



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

ANDREI SOUZA TELES

**FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DA
BAHIA**

FEIRA DE SANTANA - BA
2015

ANDREI SOUZA TELES

**FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DA SAÚDE NO ESTADO DA
BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, planejamento e gestão em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho

FEIRA DE SANTANA - BA
2015

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Teles, Andrei Souza
T272f Financiamento do Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia /
Andrei Souza Teles. – Feira de Santana, 2015.
129 f. : il.

Orientadora: Profª Drª Thereza Christina Bahia Coelho

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

1. Financiamento - Saúde - Bahia. 2. Sistema Único de Saúde -
Bahia. 3. Finanças - Saúde pública. Coelho, Thereza Christina Bahia,
orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 336:614(81)

ANDREI SOUZA TELES

**FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DA SAÚDE NO ESTADO DA
BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovação em Feira de Santana-Ba, _____

Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^o Dr^o João Henrique Gurtler Scatena
Universidade Federal de Mato Grosso

Prof^a Dr^a Tânia Maria de Araújo
Universidade Estadual de Feira de Santana

A todos os usuários do SUS, especialmente, àqueles que mais necessitam e sentem profundamente na pele, nos órgãos e na alma as repercussões do problema que representa o financiamento do setor saúde no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** por toda força, resiliência, paz e serenidade transmitidas de modo a iluminar os meus caminhos para a superação dos obstáculos e desafios.

À **profª Thereza Christina Bahia Coelho**, minha querida orientadora da Iniciação Científica, Monografia e agora desta Dissertação, pelo direcionamento e precioso apoio, sempre dedicando atenção e presteza nos momentos de dúvida. Obrigado por ter acreditado em mim desde o primeiro momento e ter me incentivado a trilhar este caminho. Obrigado por todos os ensinamentos nesses anos de convivência.

Aos meus adoráveis pais, **Luis e Valdeci**, por todo apoio de sempre, pelo amor e grande incentivo para vencer mais esta etapa da vida.

Às minhas irmãs, **Aldinéia e Valéria**, pelos incentivos e pelos conselhos nos momentos difíceis.

À minha madrinha, **Irailma**, por todo apoio e incentivo.

À minha namorada, **Milla Pauline**, meu amor, por toda ajuda incondicional em todos os momentos necessários, pelo companheirismo e cumplicidade, e por entender o motivo das minhas ausências.

A todos os **professores do mestrado**, especialmente, à **profª Maria Lucia Servo**, **profª Maria Ângela**, **profª Maria Geralda** e **profª Marluce Assis**, por todos os ensinamentos acerca da Saúde Coletiva e pelas contribuições para esta dissertação.

Às **colegas do mestrado**, em especial, à Minéia, Manoela, Bianca, Adje, Jamille, Priscila e Janaína pela cumplicidade e pela prazerosa convivência nesses dois anos.

À **profª Márcia Reis Rocha Rosa**, um exemplo de determinação, pelos ensinamentos e contribuições.

Meus agradecimentos, em especial, ao **Profº João Henrique Gurtler Scatena**, por ter aceitado sem hesitar participar da banca examinadora realizando o traslado Cuiabá-Feira de Santana e por suas valiosas contribuições neste trabalho.

À **profª Tânia Maria de Araújo** pela pronta aceitação, disponibilidade para participar desta banca e todas as contribuições.

À **profª Ana Cristina Souto** por ter aceitado e se disponibilizado a participar tanto da banca de qualificação, quanto da defesa da dissertação e por todas as suas contribuições neste estudo.

À **profª Jorgana Fernanda de Souza Soares** por toda a sua gentileza e presteza e por aceitar fazer parte da banca examinadora.

Aos **bolsistas de Iniciação Científica do NUSC** pelo apoio.

A **todos os funcionários** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, especialmente aos funcionários da Secretaria do Mestrado, **Jorge e Goreth**, por toda gentileza, atenção despendida e todo apoio.

Ao **CNPq** por ter viabilizado e incentivado os meus estudos em outra cidade, disponibilizando uma bolsa de estudos.

A **todas as pessoas** que contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento e concretização deste trabalho, eternizo aqui os meus singelos e sinceros agradecimentos.

“[...] Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Martin Luther King

RESUMO

O financiamento da atenção à saúde consiste em um elemento estrutural e estruturante que alicerça economicamente as práticas sociais que cuidam da vida humana. Considerando a importância do financiamento na condução, na execução e no êxito das políticas de saúde, esta dissertação teve como objetivo analisar o Gasto Público do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado da Bahia, no período de 2009 a 2012. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo-analítico, comparativo e retrospectivo, que abrangeu todos os 417 municípios baianos. Os principais dados acerca dos recursos financeiros destinados ao setor saúde foram declarados pelos municípios ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), coletados entre 2013 e 2014, e tabulados com o auxílio do modelo de Contas Nacionais de Saúde (*National Health Accounts – NHA*), especificamente com uso a Tabela 1 (Fontes de Financiamento por Agentes de Financiamento), que foi adaptada à realidade do financiamento e dos sistemas de informação brasileiros. Os resultados revelaram que na Bahia o gasto público com o SUS, acumulado nos quatro anos de estudo, foi de cerca de R\$ 29,23 bilhões, sendo 30% deste total (8,66 bilhões) referentes ao ano de 2012. Ao considerar apenas os recursos declarados pelos municípios ao SIOPS, dispendidos pelas três esferas de governo, verificou-se um crescimento de 50,58% no Gasto Público em Saúde (GPS), totalizando no quadriênio R\$ 17,105 bilhões. A macrorregião Leste chama atenção pelo grande volume de gasto, ultrapassando a cifra de R\$ 1 bilhão em todos os anos, sendo que duas de suas regiões de saúde, Salvador e Camaçari, estiveram no ápice do *ranking* de GPS, no período. A análise por porte de gasto em saúde mostrou que a grande maioria dos municípios, cerca de 70%, não alcançou o patamar dos R\$ 5 milhões. Constatou-se, em 2010, que 20% dos recursos, cerca de R\$ 410,30 milhões, foram transferidos para os 219 municípios com os menores Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do estado; por outro lado, os 37 municípios com os melhores IDHM, receberam, aproximadamente, 60% dos recursos federais, isto é, mais de R\$ 1,23 bilhões. Evidenciou-se também que 30% dos recursos, em torno de R\$ 615,45 milhões, foi destinado a 40% da população, que se encontra espalhada por 348 municípios do total de 417 presentes na Bahia e 50%, o equivalente a mais de R\$ 1 bilhão, foram transferidos também para 40% da população, mas que se distribui por apenas 17 municípios. No que concerne ao volume de recursos federais destinados especificamente para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de 2009 a 2012, notou-se um aumento de 148,31%, com destaque para a macrorregião Leste. Todavia, metade das regiões de saúde do estado não apresentou sequer registros de gasto com esse serviço. A participação relativa do SAMU como componente do bloco de financiamento de Média e Alta Complexidade cresceu no período, atingido 6,67%, em 2012. A análise dos dados permitiu identificar desigualdades existentes na distribuição dos recursos entre macrorregiões, regiões de saúde e municípios do estado da Bahia, e também iniquidades, uma vez que foram favorecidos os municípios e regiões privilegiados socioeconomicamente, em detrimento das localidades onde as populações encontram maiores riscos de adoecer e morrer, as quais permaneceram sendo contempladas com recursos proporcionalmente menores em relação às suas necessidades de saúde. Não se pretende generalizar esses resultados, mas se espera com este estudo poder contribuir nos processos de formulação da política de saúde e de planejamento e gestão dos recursos no âmbito do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Financiamento da Saúde; Gastos em Saúde; Contas em Saúde; Equidade; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The health care financing consists of a structural and structuring element that underpins economic social practices that take care of human life. Considering the importance of funding the conduct, implementation and success of health policies, this work aimed to analyze the Public Expenditure of the Unified National Health System (SUS) in the state of Bahia, from 2009 to 2012. It is a quantitative study of a descriptive and analytical perspective, comparative and retrospective, covering all 417 municipalities in Bahia. The main data on funding for the health sector were declared by municipalities to Information System Public Health Budgets (SIOPS), collected between 2013 and 2014, and tabulated with the help of the National Health Accounts model (National Health Accounts - NHA), specifically using the Table 1 (Funding Sources for Finance Professionals), which was adapted to the reality of funding and Brazilian information systems. The results revealed that in Bahia public spending on the SUS, accumulated over four years of study, was about R\$ 29,23 billion, 30% of which (8,66 billion) for the year 2012. In considering only the resources declared by municipalities to SIOPS, expended by the three spheres of government, there was an increase of 50,58% in the Public Expenditure on Health (GPS), totaling in the period from R\$ 17,105 billion. The macro-East draws attention to the large volume of spending, surpassing the mark of R\$ 1 billion every year, and two of its health regions, Salvador and Camaçari, have been in the GPS ranking apex in the period. The health expenditure by size analysis showed that the vast majority of municipalities, about 70% did not reach the level of R\$ 5 million. It was found in 2010 that 20% of resources, about R\$ 410,30 million, were transferred to the 219 municipalities with the lowest Municipal Human Development Index (IDHM) the state, on the other hand, the 37 cities with the best IDHM received approximately 60% of federal funds, that is, more than R\$ 1,23 billion. It was evident also that 30% of resources, approximately R\$ 615,45 million, was allocated to 40% of the population, which is spread over 348 municipalities of the total of 417 present in Bahia and 50%, equivalent to more than R\$ 1 billion, were also transferred to 40% of the population, but that is distributed in only 17 municipalities. With regard to the volume of federal funds specifically for the Mobile Emergency Service (SAMU), from 2009 to 2012, noted an increase of 148,31%, highlighting the East macro-region. However, half of the state health regions did not show whether spending records with this service. The relative share of SAMU as Average funding block component and high complexity grew in the period, reached 6,67% in 2012. Data analysis identified the existing inequalities in the distribution of resources among regions, health regions and municipalities in the state of Bahia, but also inequalities, as municipalities and regions were favored already privileged socioeconomic at the expense of locations where populations are greater risks of illness and death, which remained being contemplated with proportionally fewer resources in relation to their health needs. It is not intended to generalize these results, but it is expected this study to contribute in the formulation of health policy, planning and management of resources within the SUS.

KEYWORDS: Health Financing; Health Expenditures; Health accounts; Equity; Unified National Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Teórico: financiamento da saúde.....	36
Figura 2 – Representação gráfica do fluxo de recursos no processo de financiamento do SUS, com a demarcação das tabelas propostas pela metodologia NHA.....	43
Artigo 1	
Figura 1 – Gasto público em Saúde <i>per capita</i> nas regiões de saúde do estado da Bahia, em 2010.....	58
Figura 2 – Distribuição geográfica do Gasto Público em Saúde por municípios do estado da Bahia, em 2010 (em milhões)	60
Figura 3 – Evolução das transferências federais aos Blocos de Financiamento no estado da Bahia, de 2009 a 2012 (em milhões)	65
Figura 4 – Participação percentual de cada Bloco de Financiamento, em relação ao total transferido, de 2009 a 2012.....	66
Artigo 2	
Figura 1 – Distribuição dos recursos federais aos municípios do estado da Bahia por ordem crescente de população.....	94
Figura 2 – Distribuição geográfica do Gasto Público em Saúde por municípios do estado da Bahia, em 2010 (em milhões)	97
Artigo 3	
Figura 1 – Gastos federais com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no estado da Bahia, de 2009 a 2012.....	108
Figura 2 – Gasto <i>per capita</i> com o SAMU por região de saúde no estado da Bahia, em 2010.....	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Produto Interno Bruto (PIB) Total e <i>per capita</i> da Bahia de 2003 a 2012.....	38
Artigo 1	
Tabela 1 – Gasto Público em Saúde (GPS), gasto <i>per capita</i> e proporção do PIB da Bahia, 2009-2012.....	55
Tabela 2 – Distribuição do Gasto Público em Saúde (GPS) e de sua variação <i>per capita</i> no estado da Bahia, de 2009 a 2012	56
Tabela 3 – Gasto em saúde das três esferas de governo no estado da Bahia, declarado pelos municípios, de 2009 a 2012 (em milhões).....	62
Tabela 4 – Gasto em saúde das três esferas de governo como proporção do PIB, declarado pelos municípios, de 2009 a 2012.....	62
Tabela 5 – Gasto Global em Saúde das três esferas de governo, de 2009 a 2012.....	63
Tabela 6 – Transferências federais destinadas aos blocos de financiamento, no período de 2009 a 2012 (em milhões)	67
Tabela 7 – Cálculo das Fontes Tributárias no estado da Bahia, segundo a EC 29, de 2009 a 2012 (em milhões)	72
Tabela 8 – Distribuição percentual das Fontes Tributárias dos municípios do estado da Bahia, de 2009 a 2012.....	73
Tabela 9 – Transferências Estaduais para o setor saúde dos municípios baianos, no período de 2009 a 2012 (em milhões)	75
Tabela 10 –Evolução do percentual das transferências estaduais ao setor saúde dos municípios baianos, de 2009 a 2012	76
Artigo 2	
Tabela 1 – Distribuição de receitas do financiamento federal para o setor saúde dos municípios do estado da Bahia, por tipo de rubricas, em 2010	91
Tabela 2 – Gasto Federal em Saúde (GFS) no estado da Bahia e macrorregiões, em 2010 ...	92
Tabela 3 – Distribuição dos recursos federais, em 2010, segundo IDHM, população e <i>per capita</i>	96
Artigo 3	
Tabela 1 – Gasto público federal com o SAMU por macrorregião de saúde no estado da Bahia, de 2009 a 2012	109

Tabela 2 – Evolução do número de Unidade Pré-Hospitalar Móvel de Urgência por macrorregião de saúde no estado da Bahia, de 2009 a 2012	110
Tabela 3 – <i>Ranking</i> dos municípios com maior e menor gasto <i>per capita</i> com o SAMU, estado da Bahia, em 2010.	112
Tabela 4 – Distribuição percentual do Gasto público federal com o SAMU em relação aos dispêndios totais da MAC, no estado da Bahia, de 2009 a 2012.....	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNRAC	Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
CNS	Contas Nacionais de Saúde
COFINS	Financiamento da Seguridade Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Consolidação sobre o Lucro Líquido
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC 29	Emenda Constitucional n° 29
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência

GFS	Gasto Federal em Saúde
GPS	Gasto Público com Saúde
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
ISSQN	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHA	<i>International Classification for Health Accounts</i>
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	Imposto Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho
ITR	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
ITBI	Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis Intervivos
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAC	Média e Alta Complexidade
MC	Média Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
NHA	<i>National Health Accounts</i>
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUSC	Núcleo de Saúde Coletiva

OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PES	Plano Estadual de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPA	Plano de Pronta Ação
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAWP	<i>Resource Allocation Working Party</i>
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SHA	<i>System of Health Accounts</i>
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

USA Unidades de Suporte Avançado

USB Unidades de Suporte Básico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo Geral	22
2.2	Objetivos Específicos	22
3	QUADRO REFERENCIAL	23
3.1	O financiamento da saúde no Brasil anterior e após a Constituição de 1988	23
3.2	A descentralização e o desafio da regionalização	28
3.3	A igualdade e a equidade em saúde	32
4	METODOLOGIA	37
4.1	Tipos de estudo	37
4.2	Lócus de investigação	37
4.2.1	Aspectos econômicos e demográficos do estado da Bahia	38
4.2.2	Perfil epidemiológico: morbimortalidade	39
4.2.3	Panorama dos serviços de saúde do estado da Bahia	39
4.3	Fontes de dados	41
4.4	Instrumento de coleta e análise de dados: contas nacionais de saúde	41
4.5	Análise e interpretação de dados	44
4.6	Aspectos éticos	46
5	RESULTADOS	47
5.1	Artigo 1	47
5.2	Artigo 2	83
5.3	Artigo 3	103
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
	REFERÊNCIAS	119
	ANEXOS	124
	ANEXO A - TABELA 1: FONTES POR AGENTES DE FINANCIAMENTO ..	125
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	126

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a materialização de um compromisso do Estado brasileiro, firmado na Constituição Federal de 1988, de assegurar como um direito dos seus cidadãos o acesso universal e integral aos serviços de saúde, com o encargo de provimento compartilhado entre as três esferas de governo. Contudo, a necessidade de que seja honrado esse compromisso com a saúde dos brasileiros perpassa pelo direito do SUS a um financiamento adequado e sustentável.

O financiamento nada mais é do que uma atividade direcionada para a aquisição dos recursos financeiros necessários para alavancar a realização de ações e serviços. Incide na identificação e combinação das fontes de recursos existentes, dentre as quais, no campo do financiamento do SUS, destacam-se fundamentalmente os recursos da arrecadação tributária dos entes federados (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998).

Os sistemas universais de saúde têm por objetivo precípua a cobertura completa da população e são denominados unificados por se basearem em uma única estratégia de financiamento definida centralmente, ainda que sua execução se dê de forma descentralizada ou regionalizada. O *mix* das fontes de financiamento, dessa forma, é depositado nos fundos de saúde, sejam estaduais ou municipais, para financiar os programas especificados para o setor (MEDICI, 2002).

Entretanto, no caso do SUS, o problema do gasto em saúde permanece ainda como significativo entrave a ser superado a fim de que a garantia de acesso universal e atendimento integral, realmente, possa se concretizar. Isso porque, além da escassez de recursos, o sistema convive com a falta de eficiência e efetividade em sua aplicação, iniquidades na alocação de recursos, inadequada priorização e com a malversação dos gastos (BRASIL, 2008).

Antes mesmo das teses defendidas pelo movimento da reforma sanitária serem aprovadas na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, já havia se consolidado um forte setor privado, representado tanto no campo da prestação de serviços, como no de seguros privados, que influenciou decisivamente a conformação do sistema de saúde (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008). Não por acaso, o gasto nacional em saúde apresenta estrutura herdada do período prévio ao SUS, que mais se assemelha ao dos sistemas de modelo liberal (UGÁ; SANTOS, 2006).

A descentralização da gestão para estados e municípios, inegavelmente, representou um grande avanço para as políticas públicas de saúde, que combinaram o

financiamento das três esferas para a execução descentralizada de ações e serviços do SUS. Reconhece-se que essa medida tenha favorecido a expansão de serviços de saúde, ainda que a equidade, entendida como uma distribuição geográfica adequada e justa dos recursos financeiros, tenha sido pouco valorizada na política alocativa do Ministério da Saúde (MS) (UGÁ et al., 2003).

Dada a importância do financiamento na condução, execução, sustentação e êxito das políticas de saúde, essa temática tem sido alvo de inúmeros debates e motivo de preocupação, principalmente, em tempos de crise financeira, devido à constante necessidade de ampliação dos recursos para o setor saúde (BRASIL, 2006a). Assim, torna-se cada vez mais imperioso conhecer os gastos do SUS e a estrutura de financiamento adotada, a fim de que se possa promover um planejamento eficiente, além de uma maior e melhor fiscalização do sistema.

A primeira experiência de aplicação de um modelo de Contas em Saúde foi realizada no estado da Bahia, em 2004, para as contas de 2002, com uso da metodologia da Organização Mundial de Saúde (OMS), adaptada para a realidade do SUS e à lógica dos sistemas de informação brasileiros (COELHO et al., 2005). Outra experiência de aplicação deste modelo foi efetuada no município de Santo Antônio de Jesus, em caráter experimental, para o ano de 2005 (ROSA; COELHO, 2011). Nesse mesmo ano, no âmbito nacional, o governo brasileiro efetuou, pela primeira vez, suas contas em saúde, e utilizou nesse trabalho a metodologia das Contas Satélites. Entretanto, o método, utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de aplicação centralizada e não pode ser usado com facilidade pelos entes estaduais e municipais na construção de seus próprios sistemas para um maior conhecimento e planejamento de seus gastos.

O presente estudo é parte integrante da pesquisa intitulada “Sistema de Contas Municipais em Saúde” na fase II do Subprojeto I, “Contas Bahia 2003 a 2012”, que objetiva conhecer os fluxos de distribuição dos recursos financeiros nos sistemas de saúde.

O quadro teórico desta pesquisa trata do financiamento da saúde no Brasil, em seu contexto histórico, social e político, anterior e após a promulgação da Constituição Federal de 1988; do processo de descentralização da gestão e dos recursos financeiros da saúde para as esferas infranacionais e do desafio que se configura a regionalização da saúde; além dos aspectos relacionados à igualdade e à equidade em saúde.

Tomando por base o referencial teórico mencionado, o método adotado e os dados obtidos foram redigidos três artigos. O primeiro aborda o gasto em saúde dos diferentes entes governamentais com o SUS, nas macrorregiões, regiões de saúde e nos municípios do estado

da Bahia. O segundo artigo analisa a distribuição dos recursos financeiros federais para os municípios do estado da Bahia, na perspectiva da equidade. Por fim, no terceiro artigo, procura-se analisar a evolução do gasto público federal com um serviço de saúde específico, no caso, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o Gasto Público do SUS no estado da Bahia, no período de 2009 a 2012.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar o Gasto Público do SUS em macrorregiões, regiões de saúde e municípios do estado da Bahia, no período de 2009 a 2012;

Analisar a distribuição dos recursos financeiros federais para os municípios do estado da Bahia, na perspectiva da equidade, no ano 2010;

Descrever a evolução do gasto público federal com o SAMU no estado da Bahia, no período de 2009 a 2012.

3 QUADRO REFERENCIAL

3.1 O Financiamento da saúde no Brasil anterior e após a Constituição de 1988

Indubitavelmente, a solidariedade filantrópica marcou o início do financiamento da saúde no Brasil. Os jesuítas que aqui chegavam recebiam uma espécie de treinamento em Portugal para que pudessem prestar assistência à saúde dos nativos e de seus descendentes. Aos poucos foram surgindo as Santas Casas de Misericórdia, amparadas pela caridade religiosa e também por contribuições da própria população. Um tímido financiamento oriundo do Estado ocorreu no século XIX, a partir da criação dos hospitais públicos, mas com o propósito maior de favorecer a elite e a força militar (CARVALHO, 2008).

No âmbito das políticas sociais, a constituição de 1891 definia ser competência dos estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento. Todavia, a assistência médica somente obteve reconhecimento legal como política pública com a aprovação da Lei Eloy Chaves, em 1923, que instituía as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), pois até então o Estado brasileiro limitava sua atuação em saúde às ações de saneamento nas grandes cidades e portos e no controle de epidemias que prejudicassem a economia. Em síntese, a criação das CAPs estabeleceu uma política de garantia de ações médico-hospitalares, restrita aos trabalhadores registrados em carteira. Assim, as Santas Casas passaram a dispor de outra fonte de renda para cuidar dos que estavam segurados pelo atendimento médico previdenciário (UGÁ; MARQUES, 2005; SCHNEIDER et al., 2005; CARVALHO, 2008).

Em 1930, foram fundados, em substituição às CAPs, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários, industriários, entre outros). Nesta fase, de grande arrecadação de recursos, posto que o número de contribuintes superava a quantidade de aposentados, os IAPs gastavam pouco com assistência à saúde e acumulavam fortunas que foram sendo empreendidas em grande parte nos investimentos de interesse do governo, para estimular o processo de industrialização e na construção de obras. Com efeito, esses recursos não retornaram ao caixa, gerando repercussões negativas até os dias de hoje para previdência social. Alguns hospitais, nessa época, chegaram a ser edificados, sobretudo, nos grandes centros da região Sudeste, o que dificultava, por conseguinte, o acesso aos contribuintes distribuídos em outras partes do país (SCHNEIDER et al., 2005; CARVALHO, 2008).

No início da década de 1960, com o intuito de assegurar assistência à saúde a algumas categorias de trabalhadores, os IAPs passaram a terceirizar os serviços de saúde para

as empresas da chamada medicina de grupo, em detrimento de manter seus próprios serviços hospitalares. Não por acaso, incentivou uma lógica de organização da assistência médica calcada nos grupos privados, que vigora como marca do funcionamento dos serviços de saúde correntemente. No ano de 1966, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando os múltiplos IAPs e centralizando a gestão dos recursos, mas também garantindo a assistência somente para os contribuintes, que representavam nessa época cerca de 7,3% da população (SCHNEIDER et al., 2005). Ou seja, uma enorme parcela da sociedade continuava à margem desses serviços, tendo que recorrer aos cuidados à saúde prestados pelas entidades religiosas e/ou filantrópicas. Adicionalmente, os recursos disponíveis no trato da saúde tida como universal encontravam-se centralizados pelo MS, o qual priorizava as ações de vigilância à saúde e o controle das doenças transmissíveis (PIOLA et al., 2013).

A partir da criação do INPS ampliou-se bastante o montante de recursos que passaram a ser controlados de forma centralizada. Entretanto, a insuficiente ou conivente fiscalização e a falta de controle por parte da sociedade, permitiram a vigência de uma série de ações corruptas no âmbito da previdência e de sua assistência médica. Além disso, o dinheiro dos trabalhadores era mal administrado: o INPS financiava a construção de hospitais pela iniciativa privada e depois continuava repassando verbas para comprar os serviços (internações, procedimentos, etc.). Quando um número maior de contribuintes passou a utilizar os benefícios previdenciários, bem como a assistência médica, o INPS diminuiu o volume de recursos destinado aos serviços privados, que, em contrapartida cessaram o atendimento ou diminuíram, progressivamente, os leitos designados para os pacientes do INPS e, posteriormente, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Analogamente à atualidade, muitos hospitais foram construídos com verbas públicas, mas atendiam prioritariamente aos planos privados e sua clientela (SCHNEIDER et al., 2005; CARVALHO, 2008).

Ainda nos anos de 1970 e na década de 1980 houve algumas tentativas de atenuar a exclusão dos cidadãos à saúde, dentre as quais se destacaram o Plano de Pronta Ação (PPA), o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Entretanto, em meados dos anos 80, período de transição democrática, agravou-se a crise na área da saúde, devido à décadas de precário financiamento do setor, à ineficiente e ineficaz administração dos recursos, à corrupção e ao aumento das demandas por aposentadorias. Em meio a estes desdobramentos, consolidou-se o movimento pela reforma sanitária na égide da saúde como direito universal e dever do Estado (SCHNEIDER et al., 2005; PIOLA et al., 2013). Com uma

ampla participação dos diversos seguimentos da sociedade (usuários, profissionais da saúde, lideranças populares e sindicais, técnicos, políticos, etc.), no ano de 1986, foi realizada a VIIIª Conferência Nacional da Saúde, que sintetizou as bases para a inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seu financiamento na Constituição Federal de 1988.

Dentre as principais inovações trazidas pela Constituição destaca-se a institucionalização da Seguridade Social, destinada a garantir direitos tanto relacionados à saúde, como à previdência e à assistência social, através de recursos advindos do orçamento da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de contribuições sociais. Assim, o financiamento do SUS passou a compor o Orçamento da Seguridade Social (OSS) (BRASIL, 2011a).

Os recursos do OSS contemplaram os diferentes setores de serviços e benefícios financiados por ele, tais como o regime de aposentadorias, a universalização da saúde e o “salário cidadão” (salário mínimo para portadores de deficiências e pessoas maiores de 65 anos). Com o intuito de aumentar o financiamento da Seguridade Social, torná-lo menos influenciado pelas oscilações da economia e racionalizar a alocação dos recursos, foram criadas novas fontes tais como a Consolidação sobre o Lucro Líquido (CSLL), e ampliados alguns tributos existentes como do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), atual Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS). Adicionalmente, ocorreu a especialização das fontes da Seguridade Social: a maior parte dos recursos do Finsocial era destinada para a saúde, da CSLL para a assistência social, e das contribuições de empregados e empregadores para a previdência (UGÁ; SANTOS, 2006; MENDES; MARQUES, 2009).

No ato das disposições transitórias, a Constituição definiu que 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados para o setor da saúde, excluído o seguro desemprego, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a qual deveria estipular anualmente o percentual a ser direcionado à saúde. Entretanto, observou-se uma série de desvios no tocante ao uso dos recursos da OSS para outros fins, que não os da Seguridade Social. A partir de 1990, os repasses foram diminuindo paulatinamente, e ao passo que em 1993 a LDO determinava que 15,5% do total arrecadado de contribuições deveriam ser destinados para a área da saúde. Todavia, esse repasse não ocorreu sob alegação dos problemas financeiros enfrentados no momento pela Previdência Social, que, por sua vez, passou a incorporar outras fontes de recursos da Seguridade Social e, assim, as contribuições previdenciárias deixaram de compor as fontes de financiamento da saúde. Em 1994, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE), hoje conhecido como Desvinculação de Receitas da União (DRU), o que acentuou ainda mais o quadro de instabilidade no financiamento do SUS,

posto que desvirtuava também parte das receitas destinadas à seguridade social (MENDES; MARQUES, 2009; PIOLA et al., 2013).

Diante dessa verdadeira crise no âmbito do financiamento do setor da saúde a solução encontrada pelo governo foi o estabelecimento de um novo tributo intitulado Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996, no sentido de ampliar os recursos a serem investidos em ações e serviços de saúde. A CPMF arrecadou um grande volume de dinheiro, mas que não significou avanços, nem aumento expressivo de recursos para o setor da saúde devido à redução, por sinal equivalente ao valor dessa contribuição, de outras fontes do setor da saúde, sobretudo a Cofins e a CSLL. O imposto foi renovado sucessivamente até 2007, quando deixou de vigorar. A partir desse ano a Cofins, em substituição, assumiu papel de destaque nos recursos da saúde (CARVALHO, 2008; PIOLA et al., 2013).

A legislação após a Constituição definiu momentos importantes para o financiamento da saúde no Brasil. As Normas Operacionais de 1991 (NOB 91) e de 1992 (NOB 92) não avançaram no que diz respeito aos mecanismos de transferência de recursos de caráter automático, pois os repasses eram realizados como ressarcimento pela prestação de serviços. O Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994, por sua vez, foi que instituiu as condições e as formas de transferência regular e automática dos recursos do SUS. Contudo, a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 93) havia definido três condições de gestão – incipiente, parcial e semiplena –, passíveis de habilitação pelos estados e municípios conforme suas capacidades técnicas, estando previsto apenas para essa última condição os repasses regulares e automáticos, ditos, fundo a fundo, isto é, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais, que começaram a ser realizados tendo por base a série histórica de alocações das esferas infranacionais. A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), por seu turno, criou o Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu o critério populacional no que concerne ao financiamento da assistência básica; definiu valores e incentivos para o custeamento do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), incitando, dessa forma, o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país. Ademais, foram propostos diversos tetos financeiros com a finalidade de aprimorar as transferências intragovernamentais e possibilitar uma maior transparência de recursos, além de reduzir as modalidades de gestão, ampliando a probabilidade de habilitação à gestão descentralizada de recursos e, por conseguinte, a autonomia dos estados e municípios (UGÁ et al., 2003; ANDRADE, 2006; BRASIL, 2011a).

Frente à indefinição dos recursos a serem alocados para o SUS, começaram a se desenvolver iniciativas parlamentares no sentido de vincular à saúde recursos orçamentários dos três entes governamentais. Em 1993, já havia sido apresentada a Proposta de Emenda Constitucional nº 196, que tramitou no Congresso até a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), no ano 2000 (MENDES; MARQUES, 2009). Ao definir a participação das esferas de governo no financiamento da saúde, a EC 29 estabeleceu que para o primeiro ano de sua vigência os estados e municípios deveriam destinar, no mínimo, 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, sendo que esse percentual deveria aumentar anualmente até atingir para os estados 12%, e para os municípios 15%, em 2004. No que concerne à União, ficou determinado que o limite mínimo de gastos com a saúde deveria ser, para o primeiro ano, o montante empenhado no ano anterior (1999) acrescido de 5% e, para os anos seguintes, o valor aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (UGÁ; MARQUES, 2005).

De todo modo, a EC 29 possibilitou uma série de avanços, como o aumento da participação de estados e municípios no financiamento do SUS; a definição dos percentuais mínimos de aplicação; a constitucionalização dos fundos de saúde municipal, estadual e federal, bem como de seus mecanismos de fiscalização; além da definição de sanções para eventuais descumprimentos da emenda (CARVALHO, 2008).

De acordo com Piola e outros (2013), a EC 29 promoveu importante aumento de recursos para serem aplicados em ações e serviços do SUS. Em 2000, esses recursos representavam 2,89% do PIB, elevando-se em 2011 para 3,91% do PIB, apesar da União reduzir sua contribuição no total aplicado em saúde, passando de 60% em 2000 para 44% em 2011. Já a participação dos estados e municípios progrediu, no mesmo período, respectivamente, de 18,5% para 25,7%, e de 21,7% para 29,6%. Com prolongamento das discussões acerca da regulamentação da EC 29, colocou-se a proposta para aplicação dos recursos da União em 10%, no mínimo, da receita corrente bruta, como uma forma de resgatar um quadro de responsabilidade do governo federal com o SUS (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003). O projeto de regulamentação recentemente foi aprovado, mas permanecendo o financiamento federal vinculado à variação nominal do PIB.

No SUS pós-NOB, em 2006, o Pacto pela Saúde contribuiu no seu processo de consolidação ao enfatizar a temática do financiamento no Pacto em Defesa do SUS propondo o aumento dos recursos para a área da saúde. No Pacto de Gestão o financiamento também foi enfatizado e, dentre outros aspectos, foram delimitadas as responsabilidades dos gestores

federais, estaduais e municipais, a redução das iniquidades persistentes no país, e o repasse Fundo a Fundo de recursos para o SUS (SCHNEIDER et al., 2009).

A Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007 foi editada devido à excessiva fragmentação de programas e serviços de saúde no sentido de regulamentar o financiamento e as transferências de recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de seis blocos: 1) Atenção Básica; 2) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; 3) Vigilância em Saúde; 4) Assistência Farmacêutica; 5) Gestão do SUS; e 6) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde¹. Assim, os recursos puderam ser transferidos de forma direta para cada bloco de financiamento, possibilitando aos estados e municípios uma maior autonomia no que diz respeito à realocação dos recursos dentro dos blocos. Essa Portaria foi produto de uma intensa negociação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e versa ainda sobre os casos em que as transferências são suspensas (BRASIL, 2011a; PIOLA et al., 2013).

Mais recentemente, após uma série de tentativas, ocorreu a tão almejada regulamentação da EC 29, mediante a Lei Complementar nº 141, sancionada em 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012). Contudo, para o descontentamento de muitos, esta LC não determinou aumento da participação dos recursos da União no financiamento do SUS, por não alterar o critério de vinculação desses recursos. Em linhas gerais, a EC 29 regulamentada continua prevendo que os recursos federais destinados à prestação de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) sejam iguais ao montante empenhado no ano anterior acrescido da variação do PIB. Por outro lado, apresentou pontos positivos, tais como a demarcação das ASPS; a definição dos restos a pagar no cumprimento dos percentuais da emenda, que por alguns motivos eram cancelados; além disso, estabeleceu que se descumprido o valor mínimo a ser aplicado pelos entes federados nas ASPS para determinado ano, a diferença deverá ser adicionada ao valor do ano posterior (PIOLA et al., 2013).

3.2 A descentralização e o desafio da regionalização

O processo de descentralização começou a se estruturar ainda na década de 1980, mas adquiriu uma maior proeminência com a Constituição de 1988 e a legislação subsequente – Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990; Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; Normas Operacionais de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002) e o Pacto

¹ Inserido através da Portaria GM/MS nº 837, de 23 de abril de 2009.

pela Saúde de 2006. Os municípios, a partir desses marcos legais foram assumindo cada vez mais um papel central nas estratégias do SUS, dada a responsabilização destes pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado (UGÁ et al., 2003; VIANA et al., 2008).

No que concerne à cooperação financeira da União, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no art. 35, estabeleceu que metade dos recursos federais destinados aos estados, Distrito Federal e municípios seria repassado com base no número de habitantes. A outra metade, a partir da combinação de critérios como perfil epidemiológico e demográfico da região, capacidade instalada, desempenho técnico, econômico e financeiro do ano anterior, e da previsão do plano quinquenal de investimentos. Em seguida, a lei n. 8.142/90 definiu que os recursos de ações e serviços de saúde seriam transferidos de forma regular e automática para as esferas infranacionais de acordo com os critérios previstos na Lei 8.080/90 (UGÁ et al., 2003).

A descentralização com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde é um princípio do SUS estreitamente relacionado, tanto no plano conceitual como no operativo, com os demais princípios. Não por acaso, assume um papel de eixo estruturante na articulação e cooperação entre as esferas de governo (BELTRAMMI, 2008). Para Gerschman e Viana (2005), um dos principais propósitos da inclusão da descentralização entre os preceitos constitucionais do SUS estava relacionado à possibilidade de se produzir um maior equilíbrio entre as regiões do país, bem como diminuir as desigualdades regionais em saúde, promovendo o acesso ao nível local, levando em consideração a intrínseca relação existente entre o acesso com a estratificação social da população.

Desde que o SUS foi instituído, tem-se a descentralização como estratégia privilegiada para sua implantação. Com a intensa municipalização estimulada, principalmente, a partir da NOB 96, houve um importante movimento de transferência da gestão dos serviços de saúde para os governos locais. Esse processo também envolveu a transferência de poder decisório, além dos recursos financeiros, para os estados e, sobretudo, para os municípios (LIMA; VIANA, 2011).

A criação do PAB e de seus componentes fixo e variável trouxeram mudanças significativas nos critérios de repasse de recursos para a atenção tida como básica. A parte fixa do PAB é transferida para os municípios a partir da definição de um valor *per capita* nacional. Já o PAB variável corresponde a incentivos financeiros para o desenvolvimento de programas específicos (UGÁ; MARQUES, 2005). Entretanto, a implantação do PAB com a adoção de uma nova sistemática para a transferência de recursos, embora tenha possibilitado

uma distribuição igualitária no que concerne aos valores *per capita* para o custeio das atividades da AB, não levou em conta as desigualdades entre as regiões, tanto relacionadas às singulares necessidades de saúde, quanto aos modelos assistenciais vigentes nas distintas localidades (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, o processo de descentralização reiterou desigualdades regionais e gerou também entraves no financiamento da média e alta complexidade, sendo constatada uma grande dependência da União, por parte de alguns estados e pela grande maioria dos municípios (RODRIGUES et al., 2010).

A descentralização, contudo, não se esgota na municipalização, portando como um de seus aparatos, senão o mais importante, a regionalização. Apesar de estar prevista na Constituição Federal de 1988 e nas leis e portarias posteriores como mecanismo de descentralização, equidade e integralidade, é na década de 2000 que a regionalização tem um maior destaque, a partir principalmente da edição das NOAS e do Pacto pela Saúde (VIANA et al., 2008).

A regionalização é entendida como uma estratégia de conformação de relações intergovernamentais mais cooperativas e de sistemas de saúde que leva em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico e a oferta de serviços (BRASIL, 2006b). Para Rodrigues e outros (2010), a regionalização consiste em uma estratégia de superar a incapacidade de muitas localidades em financiar a implantação, a estruturação e o desenvolvimento de seus serviços de saúde, bem como a necessidade de criação de mecanismos capazes de articular os diferentes níveis de atenção.

As NOAS de 2001 e de 2002 aperfeiçoaram importantes instrumentos para o planejamento da regionalização, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), entendido como desenho das diversas regiões sanitárias de um estado baseado em critérios como facilidade de acesso, necessidades e serviços ofertados; o Plano Diretor de Investimento (PDI), que consiste na pactuação dos recursos necessários e da forma de desembolso dos mesmos para garantir a oferta dos serviços; além da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), referente ao planejamento dos serviços de uma região, em síntese, a definição do que o município necessita e pode ofertar para que sua população obtenha o acesso aos serviços de saúde (SCHNEIDER et al., 2007; BELTRAMMI, 2008). Centradas no estabelecimento da proposta de regionalização das redes de serviços, essas NOAS também estiveram voltadas para os mecanismos mais concretos de regulação do acesso através da implantação de complexos reguladores com o agrupamento das diversas unidades de trabalho

responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros serviços (BRASIL, 2011a).

No ano de 2006, com o lançamento do Pacto pela Saúde, a regionalização assume o papel de diretriz organizativa transversal de suas vertentes – o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. São preconizados a potencialização dos processos de negociação e pactuação entre as esferas de governo, principalmente no âmbito municipal, e o processo de identificação e redefinição de regiões de saúde, entendidas como “uma área territorial contínua provida de identidades culturais, econômicas e sociais comuns, além de infraestrutura, comunicação, transporte, saúde e outros insumos compartilhados” (BELTRAMMI, 2008, p. 161). Em síntese, o Pacto pela Saúde amplia a visão da regionalização para além da assistência à saúde, enfatizando-a como um eixo central; expressa o compromisso da gestão compartilhada; e atualiza os instrumentos de planejamento da NOAS (LIMA; VIANA, 2011).

Mais recentemente, a partir do Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, a descentralização em sua face regionalizada passa a contar com um novo instrumento de operacionalização, os chamados Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde (COAP). Tal dispositivo consiste em um acordo de colaboração entre as esferas de governo para a organização e integração dos serviços de saúde dentro da rede regionalizada e hierarquizada, que delimita entre outros aspectos as responsabilidades, metas, e a transferência de recursos entre os entes federados, além dos critérios de avaliação e fiscalização de sua execução (BRASIL, 2011b).

Para Levi e Scatena (2011), a regionalização do SUS consiste numa estratégia essencialmente pautada em pactuações, que visam facilitar o acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde que compõem a rede assistencial de determinada região. Entretanto, é válido ressaltar que as pactuações entre os diferentes entes e localidades envolvem também implicações financeiras que tornam o processo de regionalização imbricado ao financiamento do sistema, de modo que o fortalecimento desse componente estrutural impulsiona a conformação das redes, a ampliação dos serviços e o aumento da qualidade assistencial, da mesma forma que a redução dos aportes financeiros para o SUS tende a penalizá-los.

De todo modo, dentre as vantagens obtidas com o processo de regionalização da saúde estão a otimização dos recursos e os ganhos em economia de escala. Isto porque as redes regionalizadas de atenção à saúde² são potencialmente capazes de promover

² Refere-se ao conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, de modo a assegurar a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011b).

racionalização de gastos, ao proporcionar um melhor aproveitamento de toda a capacidade assistencial instalada (SILVA, 2011). Além disso, a regionalização apresenta-se com muita importância no que tange ao planejamento no âmbito do território nacional, posto que

[...] a imensidão do Brasil e suas históricas desigualdades requerem políticas públicas de fôlego para a diminuição das iniquidades atreladas a um projeto nacional de desenvolvimento. E para que essas políticas sejam efetivas e coerentes com a realidade de cada lugar, a regionalização se mostra um instrumento imprescindível para o planejamento (VIANA et al., 2008, p. 98).

Assim, as desigualdades não podem ser interpretadas como barreiras para o processo de regionalização, pelo contrário, devem servir de estímulo para a concretização da regionalização do sistema e da política, como um movimento dinâmico e flexível que segue em direção oposta aos métodos fechados e rígidos em seus modos de aplicação (BRASIL, 2006b).

3.3 A igualdade e a equidade em saúde

O termo equidade em seu aspecto semântico e etimológico encontra-se bem próximo da palavra igualdade, podendo inclusive ser considerado como sinônimo. Ambos estão centrados no combate às desigualdades socioeconômicas e de saúde (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005; PAIM, 2006). Contudo, há uma série de acepções e conceitos que ressaltam potenciais diferenças e singularidades.

Neste sentido, Vianna e outros (2001) assinalam que o princípio da igualdade baseia-se na definição de cidadania, através da qual todos os indivíduos são iguais e possuem os mesmos direitos. Um sistema igualitário, nessa perspectiva, refere-se àquele que rege pela igualdade de condições para todos, desse modo, uma pessoa considerada rica deve receber o mesmo tratamento de uma pessoa pobre. Desigualdade aqui corresponde ao desrespeito aos direitos fundamentais e, portanto, configura-se como injustiça. O princípio da equidade, por sua vez, recupera a ética e a justiça em valores e regras de distribuição e reconhece que por conta das diferenças existentes entre os indivíduos faz-se necessário um tratamento diferenciado, o qual possa compensar as desigualdades vigentes. Ou seja, o tratamento desigual é justo quando executado em benefício do mais carente. Nessa concepção, indivíduos pobres necessitam de uma atenção diferenciada e de mais recursos públicos que os ricos.

Starfield (2001) diferencia dois tipos de equidade - horizontal e vertical. A equidade horizontal indica que não deve haver diferenças nos serviços de saúde para as

peessoas que possuam as mesmas necessidades. Já a equidade vertical emerge quando os indivíduos mais necessitados recebem proporcionalmente maiores recursos, que é possível quando os serviços de saúde se fazem presentes onde as necessidades são notadamente maiores. Para Nunes (2004), a definição de equidade horizontal fica um tanto quanto prejudicada quando se tem em vista a diversidade e singularidade da situação de saúde de cada usuário.

Em sentido amplo, a equidade em saúde é definida como a ausência de diferenças sistêmicas e evitáveis na saúde e em seus determinantes entre os grupos de diversos gêneros, classes sociais, raças ou etnias. Por outro lado, as iniquidades em saúde são caracterizadas por acentuar ainda mais as desvantagens de quem já é socialmente desfavorecido (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003).

Certamente, os sistemas universais devem buscar a equidade para que se atinja um melhor estado de saúde possível de uma população. No entanto, é válido salientar que o termo equidade não foi referido de modo explícito, com um status singular, na Constituição Federal de 1988 e tampouco na legislação infraconstitucional do SUS. A Constituição assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado através de um acesso em caráter universal e igualitário às ações e serviços do sistema de saúde. Na Lei 8.080/90, no Art. 7º, é a igualdade em saúde, sem preconceitos ou privilégios, que é estabelecida entre os princípios basilares do SUS. Contudo, a equidade vem sendo incorporada e interpretada como importante preceito do SUS (BRASIL, 2006a).

A equidade em saúde pode ser visualizada sob distintas perspectivas: quanto à acessibilidade aos serviços de saúde e ao financiamento do sistema. No que concerne ao acesso da população aos serviços de saúde a equidade

[...] justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos seguimentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. Inclui-se à lógica do SUS, dessa forma, o princípio da discriminação positiva³ para com os grupos sociais mais vulneráveis, buscando-se assegurar prioridade no acesso às ações e serviços de saúde aos grupos excluídos e com precárias condições de vida, considerando as desigualdades de condições decorrentes da organização social. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 535).

No que diz respeito ao financiamento do SUS na ótica da equidade, um repasse financeiro igualitário não denota, necessariamente, uma distribuição equitativa. Isto porque a aplicação da equidade exige uma alocação de recursos para estados e municípios não só a

³ Entende-se por discriminação positiva a eleição de determinados grupos populacionais aos quais se destinam ações prioritárias, haja vista seu grau de vulnerabilidade (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

partir de um mesmo valor *per capita*, mas também que leve em conta as necessidades de saúde diferenciadas de grupos específicos da população (BRASIL, 2006a).

É válido ressaltar que as necessidades em saúde, em uma concepção ampliada, são também determinadas por contextos sociais e históricos, e envolvem não somente aspectos relacionados à assistência à saúde, mas também “carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades, expressos no que é necessário para se ter saúde e que envolve condições necessárias para o gozo da vida” (HINO et al., 2009, p. 1157).

A igualdade e a equidade são tidos como dois dos mais importantes princípios dos paradigmas de justiça que norteiam a distribuição de recursos públicos em saúde. Disposições alocativas fundamentadas no princípio da igualdade canalizam estratégias para a universalização das políticas sociais, ao passo que decisões baseadas na equidade comumente implicam na focalização dessas políticas. A aplicação desses princípios repercute diretamente na estrutura de desigualdades de uma sociedade, nos gastos das políticas sociais e em seu processo de implementação e controle (MEDEIROS, 1999). Na visão do referido autor,

Essa discussão é extremamente importante no Brasil, uma vez que os recursos disponíveis são escassos e há uma pobreza massiva que leva à dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado, fazendo com que os resultados da alocação tenham impactos muito relevantes na vida dos cidadãos (MEDEIROS, 1999, p. 2).

Em linhas gerais, o conceito de equidade exprime a ideia central de que as desigualdades existentes na sociedade não são determinadas naturalmente, mas sim sintetizadas por um processo histórico, bem como pelo modelo de organização e produção social (NUNES, 2004). O que, de certa forma, justifica sua utilização na tentativa de sanar dívidas historicamente produzidas.

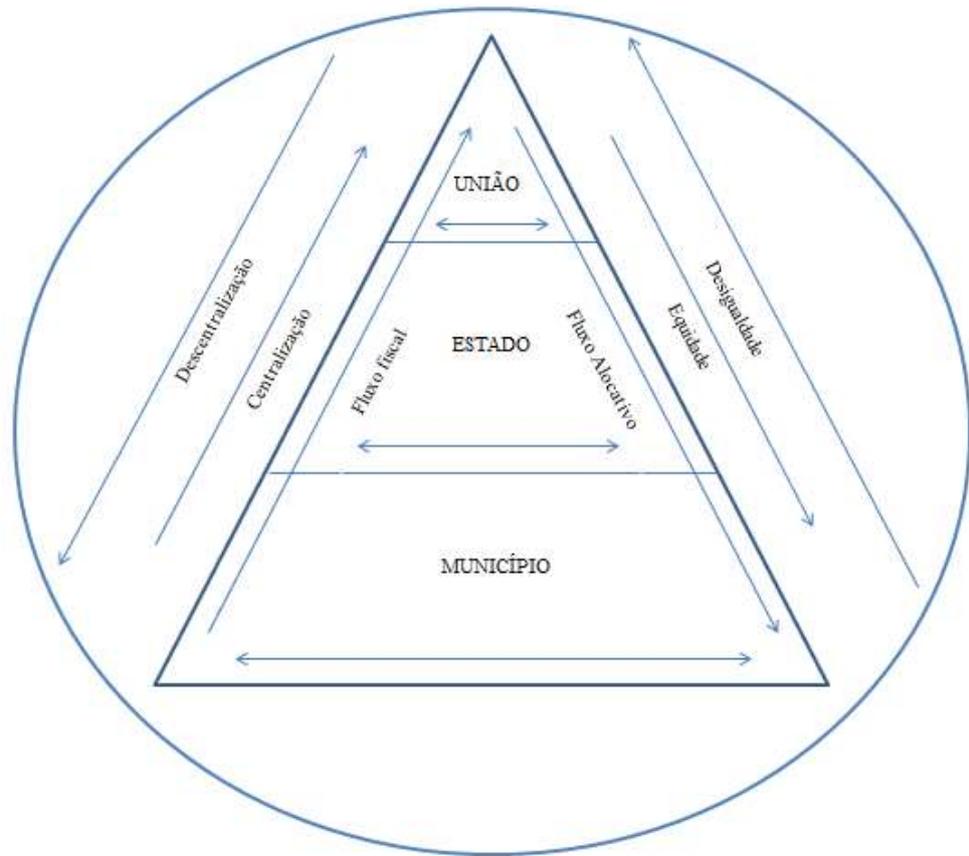
De todo modo, é importante ressaltar que nem toda desigualdade constitui uma iniquidade, uma vez que esta representa uma desigualdade injusta, isto é, que poderia ser potencialmente evitável (VIANNA et al., 2001). Para Whitehead (2000), o termo iniquidade possui uma dimensão moral e ética, e representa uma situação tida como injusta no contexto social. Assim, as diferenças de saúde estabelecidas por conta de determinantes biológicos e comportamentos individuais inadequados para a saúde, escolhidos por vontade, própria são consideradas como inevitáveis. Já as diferenças provocadas pela impossibilidade social de alterar um estilo de vida considerado prejudicial, a exposição a precárias condições de trabalho, e a falta de acesso aos serviços públicos de saúde, seriam consideradas como evitáveis e injustas e, portanto, como iniquidades em saúde.

Segundo Pelegrini, Castro e Drachler (2005), as desigualdades em saúde espelham, de uma forma ou de outra, as desigualdades implícitas e explícitas na sociedade, e a igualdade no acesso aos serviços de saúde não basta para diminuir as desigualdades no adoecer e morrer dos diferentes grupos sociais. Todavia, em um país continental como o Brasil as peculiaridades de suas regiões representadas por condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras distintas acabam por gerar problemas, dificuldades e acentuadas desigualdades na capacidade do SUS em responder às necessidades da população (LUCCHESI, 2003).

A equidade nesse contexto deve portar-se como um princípio orientador das políticas de saúde, representando um objetivo central a ser alcançado a fim de que se possa promover a melhoria das condições de saúde e reduzir as desigualdades na capacidade de resposta das diversas localidades às necessidades de saúde de sua população.

A descentralização do financiamento e a distribuição dos recursos, de forma equânime ou desigual, serviram de estímulo para que estados e municípios ampliassem sua contribuição no montante de recursos destinados ao setor da saúde. No entanto, a capacidade normativa do governo federal se afirmou sobre as esferas infranacionais, passando a exercer cada vez maior regulação através das políticas de saúde, o que configurou um processo de descentralização administrativa e financeira marcado pela centralização política (COELHO; SCATENA, 2014). Não se pode desconhecer que a geração de receitas se faz, essencialmente, no nível municipal, cabendo ao nível central o papel de acumular e redistribuir os montantes que formam a renda nacional para os diversos setores e funções de forma justa. Como tem se dado as relações entre estes fluxos e movimentos do capital no âmbito da saúde é a questão que orienta a proposta da metodologia desta pesquisa. A Figura 1 apresenta, de forma esquemática, o modelo teórico do estudo.

Figura 1: Modelo Teórico: financiamento da saúde.



Fonte: Elaboração própria.

4 METODOLOGIA

Metodologia em pesquisa consiste em um conjunto de técnicas e processos utilizados a fim de que se consiga atingir os objetivos propostos pelo estudo. Estabelece o elo entre o saber e a prática incluindo concomitantemente a teoria de abordagem, os instrumentos de operacionalização e a criatividade do pesquisador para o alcance de determinados resultados (MINAYO; DESLANDES, 2007; SANTANA, 2010).

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo em uma perspectiva descritiva-analítica, comparativa e retrospectiva, uma vez que foram identificados em várias fontes, classificados, descritos e analisados os gastos com o financiamento de ações e serviços de saúde nos municípios, regiões de saúde e macrorregiões do estado da Bahia, no período de 2009 a 2012. Entende-se aqui como gastos os recursos despendidos por algum agente, a fim de financiar oferta das ações e serviços de saúde. O gasto federal e estadual se constitui em receita dos municípios, os quais recebem os recursos por meio das transferências fundo a fundo (TELES; COELHO, 2011).

O estudo ultrapassa o enfoque descritivo, ou seja, de caracterizar e descrever a realidade como uma fotografia (SANTANA, 2010), ao buscar compreender não só a trama do fluxo de recursos, mas também a influência e/ou as repercussões do processo histórico no financiamento do SUS, com destaque para a evolução dos processos de descentralização/regionalização, e a conformação das desigualdades e iniquidades na distribuição dos recursos financeiros.

4.2 Lócus de investigação

A Bahia é o maior estado da região Nordeste e o quinto do Brasil, possui uma área de unidade territorial de 564.830,859 km² ocupando 36,3% da região e 6,63% do território nacional. Representa o quarto estado mais populoso do país com uma população de 14.016.906 habitantes, em 2010, sendo 10.102.476 residentes da zona urbana (72,07%) e 3.914,430 (27,93%) da zona rural. O Estado concentra 7,3% do total de habitantes da federação e possui densidade demográfica de 24,82 habitantes/km² (IBGE, 2010; BAHIA, 2012).

4.2.1 Aspectos econômicos e demográficos do estado da Bahia

A população do Estado da Bahia, entre os anos de 2003 a 2012, aumentou de 13.544.336 para 14.175.341 habitantes (Tabela 1), o que representa um acréscimo de 631.005 habitantes em 10 anos. O percentual de crescimento da ordem de 4,65% foi menor que a metade do crescimento registrado na década anterior de 10,13% (SILVA; SILVA, 2011).

O PIB da Bahia, como mostra a Tabela 1, do ano de 2003 foi de cerca de 68 bilhões de reais, que distribuído pela população ficou em torno de R\$ 5.031,00 *per capita*. Em 2007, com uma das maiores taxas de crescimento apresentadas no período destacado, de 5,3% no ano, o PIB já havia se elevado para 109,65 bilhões (R\$ 7.787,00 *per capita*). No ano 2012, o PIB alcançou aproximados 168 bilhões de reais o equivalente a R\$ 11.832,00 *per capita* com taxa de crescimento de 2% em relação ao ano anterior (BAHIA, 2011).

Tabela 1 - Produto Interno Bruto (PIB) Total e *per capita* da Bahia de 2003 a 2012.

Anos	PIB Total (valores correntes - R\$ milhão)	População (Habitantes)	PIB <i>per capita</i> (valores correntes - R\$ 1,00)
2003	68.147	13.544.336	5.031
2004	79.083	13.682.074	5.780
2005	90.919	13.815.334	6.581
2006	96.521	13.950.146	6.919
2007	109.652	14.080.670	7.787
2008	121.508	14.502.575	8.378
2009	137.075	14.637.364	9.365
2010	154.340	14.021.432	11.007
2011	159.869	14.097.534	11.340
2012	167.727	14.175.341	11.832

Fonte: SEI/Coordenação de Contas

De acordo com última atualização do PDR oficializada pela Resolução da CIB nº 164, de 28 de maio de 2013 (BRASIL, 2013), o estado é composto por 417 municípios organizados em 28 regiões de saúde, 31 Dires e nove macrorregiões, a saber: Norte, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Nordeste, Leste, Sudoeste, Sul e Extremo Sul. O PDR tem por objetivo ordenar o processo de regionalização da saúde e reduzir as disparidades existentes entre os municípios, de modo a promover maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006b).

Quase 60% dos municípios baianos possuem menos de 20.000 residentes, sendo considerados de pequeno porte populacional. Em 2010, a macrorregião com maior número de habitantes foi a Leste, com 4.353.829 residentes, e a menos populosa foi a Extremo Sul, com

760.206 habitantes. É válido ressaltar que a macrorregião Leste concentra 31,7% do número de residentes do Estado, com destaque para a região de saúde de Salvador que representa, isoladamente, 72,7% do total de habitantes da macrorregião (BAHIA, 2012).

4.2.2 Perfil epidemiológico: morbimortalidade

Na rede integrada do SUS, no ano de 2010, foram executadas 892.796 internações em todo o estado, sendo 21% delas na faixa de 20 a 29 anos de idade. Representaram as principais causas de internamentos entre menores de 1 ano as doenças do aparelho respiratório (37%). Nas faixas de 1 a 4 e 5 a 9 anos predominaram as doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo, enquanto que de 10 a 19 e de 20 a 39 anos, para o sexo masculino, houve um maior quantitativo de internações por causas externas, e para o feminino, a gravidez, o parto e o puerpério estiveram entre as principais causas dos internamentos. Entre os homens de 40 a 59 anos, as internações estiveram relacionadas, principalmente, às doenças do aparelho digestivo, e entre as mulheres, ao leiomioma do útero, seguida de diarreias infecciosas. Por fim, para as mulheres e homens idosos (60 anos ou mais), na taxa de internações por grupos de causas, predominaram as doenças do aparelho circulatório (BAHIA, 2012).

Em se tratando da análise das principais causas de morte, do total de 76.390 óbitos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), em 2010, 22,1% estiveram relacionadas às Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), 15,5% às causas externas e 11,3% às neoplasias. As DAC representaram uma das principais causas de morte, sobretudo, a partir dos 10 anos, aumentando na idade adulta e prevalecendo como primeira causa de morte após os 50 anos. No grupo das DAC, destacam-se as doenças cerebrovasculares com uma participação de 33% nos óbitos, e o infarto agudo do miocárdio que aumentou sua participação na última década de 17,7% para 22,2%. Esses dados reforçam a necessidade de prevenção deste grupo de doenças, em especial, na adolescência, através da Atenção Básica (BAHIA, 2012).

4.2.3 Panorama dos serviços de saúde do estado da Bahia

De acordo com dados do Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015 (BAHIA, 2012) referentes ao ano 2010, o estado contava com 2.827 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 2.683 equipes de saúde da família. Houve um aumento de 145% no número de

unidades se comparado ao ano de 2003, quando funcionavam 1.093. A cobertura populacional nesse período passou de 27% para 59%.

No que diz respeito à atenção ambulatorial de saúde encontravam-se na Bahia 560 Policlínicas, 953 unidades de apoio à diagnose e terapia, e 2.373 estabelecimentos classificados como clínica especializada. A macrorregião Leste era a que possuía a maior parte desses estabelecimentos, concentrando 1.098 clínicas especializadas e 953 unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, o que corresponde, respectivamente, a 46,3 e 32% desses serviços (BAHIA, 2012).

O estado possuía, no referido ano, 390 hospitais gerais, 58 hospitais especializados e 19 hospitais dia (internação parcial), totalizando 467 hospitais. Juntamente com os leitos complementares eram 32.021 leitos de internação, dos quais 26.084 estavam disponíveis ao SUS. A macrorregião Leste concentrou 37% do número total de leitos, o equivalente a 11.859; por outro lado, as macrorregiões Nordeste e Extremo Sul foram as que dispunham de menor número de leitos, 3,6% (1.156) e 4,8% (1.531), respectivamente. A maioria dos leitos (85,7%) era destinada à assistência nas clínicas básicas – cirurgia, clínica, obstetrícia, pediatria (BRASIL, 2012).

Segundo a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária do IBGE de 2009, boa parte dos estabelecimentos assistenciais de saúde e, principalmente, dos leitos eram privados, enquanto a maioria das unidades ambulatoriais era de natureza pública (IBGE, 2009). A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE de 2008 revelou que a despesa média mensal familiar com assistência a saúde foi de R\$ 106,26. Para Silva e Silva (2011), apesar das pessoas de menor renda gastarem menos, o peso desse gasto sobre o seu orçamento é muito maior do que o ocorrido com as pessoas que possuem uma renda mais elevada. A cobertura dos serviços contemplada pelos planos de saúde privados abrangeu 15,1% da população residente do estado no ano de 2008, o equivalente a 2.189.889 habitantes (IBGE, 2008).

Informações concernentes à oferta de serviços demonstram a disponibilidade de equipamentos de média e alta complexidade para o estado, que contava com 261 mamógrafos, 122 tomógrafos, 60 equipamentos de Raio X, 47 de ressonância magnética, 737 de ultrassom doppler colorido, 1.300 eletrocardiógrafos, 253 equipamentos de eletroencefalógrafo e 1.159 de hemodiálise (IBGE, 2009). Vale ressaltar que o segmento privado dispõe de muito mais desses equipamentos do que o SUS. Todavia, com os aparelhos de hemodiálise não ocorre o mesmo, posto que são mais utilizados no setor público (SILVA; SILVA, 2011).

Do ponto de vista da metodologia é importante conhecer a distribuição dos serviços, estabelecimentos e equipamentos do setor para compreender a composição do gasto e a relação das receitas de saúde com as despesas.

4.3 Fontes de dados

Constituíram fontes de dados secundários da pesquisa, referentes ao financiamento de ações e serviços de saúde, disponíveis na internet, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) e o sistema de informação mantido pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para os dados populacionais, a principal fonte foram as informações do censo do IBGE, e no que diz respeito ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), utilizaram-se dados provenientes do Atlas de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

O SIOPS é um instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS que reúne informações sobre o financiamento e o gasto com as ações e serviços de saúde dos municípios, dos estados e da União. O sistema constitui importante fonte de dados ao sintetizar informações com regularidade e qualidade, o que viabiliza a realização de estudos, acompanhamento, fiscalização e avaliação do financiamento no âmbito das ações de saúde no Brasil (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003). No FNS encontram-se informações acerca da gestão financeira dos recursos do SUS, sendo possível acessar programas, convênios, consulta de pagamentos, dentre outros dados.

Os dados informados pelos municípios sobre o financiamento do sistema de saúde no estado da Bahia foram coletados nos relatórios de receitas e despesas e nos demonstrativos de recursos próprios aplicados em saúde do SIOPS. Para os municípios que não haviam declarado suas informações financeiras ao SIOPS durante o período em que transcorreu a coleta de dados, de agosto de 2013 a setembro de 2014, foram utilizados, complementarmente, os dados do FNS.

4.4 Instrumento de coleta e análise de dados: as contas nacionais de saúde

A maior parte dos dados sobre financiamento de ações e serviços de saúde foi coletada e analisada com o auxílio do instrumento de contas cujo modelo Contas Nacionais de Saúde (*National Health Accounts – NHA*) foi desenvolvido inicialmente nos Estados Unidos e aperfeiçoado pela OMS. Este modelo adota os princípios básicos do *System of Health*

Accounts (SHA) da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) contidos no manual de classificação da SHA, o *International Classification for Health Accounts* (ICHA). O NHA vem sendo aplicado com êxito por uma gama de países com sistemas de saúde ditos pluralísticos, ou seja, que se utilizam de diversas fontes, agentes e provedores, em especial na América Latina (MAGNOLI, 2001; PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, 2003). Representa um instrumento que facilita e viabiliza o processo de sintetização, descrição, análise e interpretação das informações financeiras geradas, com o intuito de contribuir para um maior entendimento da conformação dos gastos em saúde com vistas à melhoria do desempenho do sistema de saúde (COELHO et al., 2005).

Os gastos em saúde, a partir do modelo de NHA, podem ser mensurados utilizando uma matriz com quatro categorias básicas da atenção à saúde (PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, 2003):

1- Fontes de financiamento: são responsáveis por fornecer as verbas para o setor da saúde, tais como os recursos de arrecadação tributária federal, estadual e municipal;

2- Agentes de financiamento: são os receptores intermediários das verbas de fontes de financiamento e as usam para pagar serviços de saúde e produtos (medicamentos, remédios etc);

3- Provedores: são os receptores finais das verbas de cuidados com a saúde. Distribuem os serviços de saúde para a população, ou seja, os hospitais, as clínicas e os postos de saúde;

4- Atividades: referem-se às ações e aos serviços que os provedores oferecem com seus recursos, por exemplo, curativos, cuidados de enfermagem, insumos médicos, dentre outros.

Estas categorias orientam a montagem das tabelas e guiam, estruturalmente, a análise. O detalhamento do fluxo de recursos, de cada fonte até as atividades específicas, permite identificar como cada serviço é financiado (quem gasta em saúde, como e quando), ampliando, desse modo, a visão de toda a estrutura do financiamento da saúde. Assim, a utilização do modelo de Contas Nacionais em Saúde permite uma melhor gestão dos recursos financeiros em saúde ao oferecer um instrumental com o qual é possível traçar um perfil pluridimensional do fluxo destes recursos (COELHO et al., 2005). A Figura 2 ilustra o referido fluxo do dinheiro, composto por receitas e despesas.

O NHA estrutura, organiza e tabula os dados acerca dos gastos em saúde na forma de quatro tabelas básicas (PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, 2003):

Tabela 1. Fontes de financiamento por Agentes de financiamento.

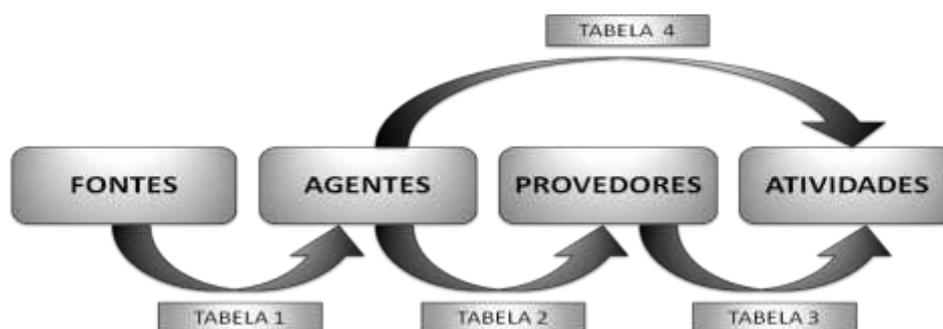
Tabela 2. Agentes de financiamento por Provedores.

Tabela 3. Agentes de financiamento por Atividade.

Tabela 4. Provedores por Atividade.

Cada tabela bidimensional, representada na Figura 2, apresenta o fluxo dos fundos (verbas) de uma categoria de entidade de saúde para outra, isto é, quanto é gasto por cada dimensão de cuidados com saúde e para onde estas verbas são transferidas. Dessa forma, expressam o gasto com a saúde a partir dos registros de diferentes momentos do fluxo financeiro. Essas tabelas básicas do NHA foram adaptadas à realidade do financiamento e dos sistemas de informação brasileiros com a expectativa de fornecer informações mais acessíveis para os gestores e para o controle social, levando-se em conta seu potencial e a facilidade de uso para o alcance de maior eficiência e equidade na distribuição dos recursos (COELHO et al., 2005; COELHO; CHAGAS, 2006).

Figura 2 - Representação gráfica do fluxo de recursos no processo de financiamento do SUS, com a demarcação das tabelas propostas pela metodologia NHA.



Fonte: Elaboração própria.

O modelo NHA mensura os gastos com as ações e os serviços de saúde como proporção do PIB e recomenda o uso de definições mais precisas para as noções de “gastos” e “orçamentos”, essenciais para as estimativas financeiras utilizadas. No Brasil, a LC 141/2012 definiu o gasto em saúde como sendo aquele destinado a ações e serviços de saúde, para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, com vistas ao acesso universal, igualitário e gratuito, devendo estar em concordância com as metas e objetivos especificados nos Planos de Saúde dos entes federados (BRASIL, 2012a). De acordo com o manual técnico do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o orçamento, por seu turno, é tido como um instrumento de planejamento, no qual se presume o fluxo de entradas (receitas) e saídas dos recursos (despesas), de modo a auxiliar a administração no alcance de seus objetivos. A ordenação dos recursos é realizada através da LDO, que consiste numa ferramenta norteadora

para a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA), na medida em que dispõe sobre a estrutura e organização dos orçamentos, alterações na legislação tributária e fiscalização de obras e de serviços irregulares (BRASIL, 2012b).

4.5 Análise e interpretação de dados

Os dados informados pelos municípios ao SIOPS referentes ao financiamento do SUS no estado da Bahia foram tabulados através da Tabela 1 (Anexo A) do método NHA com a utilização do programa Excel. A partir da formação das matrizes contábeis foi possível estimar o gasto federal e estadual, representado pelas respectivas receitas transferidas aos municípios, e o gasto municipal, constituído pelos recursos próprios aplicados no setor saúde que foram declarados ao SIOPS, os quais possibilitaram a análise e interpretação com base na composição de *rankings*, médias e percentagens e na elaboração de indicadores de financiamento, como o Gasto Público em Saúde (GPS)⁴; o GPS *per capita*⁵; o GPS municipal, estadual e federal como proporção do PIB; a Taxa de Crescimento Anual (TCA) do GPS; o gasto federal, estadual ou municipal como percentagem do GPS, dentre outras medidas da relação entre o financiamento e a produção dos serviços de saúde.

Foram incluídos ainda no estudo, no sentido de dimensionar o gasto público total com o SUS na Bahia, os recursos geridos pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), compostos pelas transferências federais ao estado e o gasto próprio do governo da Bahia, declarados de forma agregada ao SIOPS.

De todo modo, a aplicação do modelo de Contas Nacionais em Saúde (NHA) possibilitou uma visão mais precisa da estrutura de financiamento do setor, pois consiste em um instrumental para a avaliação das desigualdades existentes no que concerne à alocação de recursos. Entretanto, segundo Coelho e outros (2005), alguns limites precisam ser melhor investigados principalmente no que se refere aos vários níveis de agentes presentes com a descentralização dos recursos e com a dificuldade de obter informações do setor privado.

Para identificar e analisar, de um modo mais preciso, as iniquidades atinentes à distribuição dos recursos para o setor da saúde tomou-se o IDHM desenvolvido pelas Nações Unidas como uma *proxy*⁶ das necessidades em saúde. A análise foi realizada comparando-se

⁴ Refere-se à soma do gasto federal, estadual e municipal com a saúde.

⁵ Representa o gasto público em saúde dividido pelo número de habitantes, no ano estudado.

⁶ Uma medida de *proxy* das necessidades de saúde representa uma ferramenta importante para identificação das desigualdades em saúde e pode ser utilizada como instrumento valioso para fins distributivos e para adequação da oferta dos serviços de saúde às reais necessidades da população (ARAÚJO et al., 2006).

os repasses federais para os municípios do estado da Bahia com o respectivo IDHM. O objetivo foi verificar se os municípios com baixo IDH recebem proporcionalmente menos recursos federais para o setor da saúde, o que caracteriza uma distribuição iníqua de recursos.

O IDHM trata-se de um indicador abrangente, que compreende três dimensões do desenvolvimento humano: o grau de escolaridade, a renda e o nível de saúde baseado na expectativa de vida, que reflete as condições de saúde e dos serviços de saneamento. O índice varia de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 maior o IDH de um município – de 0 a 0,499 é considerado muito baixo; de 0,500 a 0,599 baixo; de 0,600 a 0,699 médio; de 0,700 a 0,799 alto; e, por fim, de 0,800 a 1 tido como muito alto.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), um ponto positivo no uso desse indicador é facilidade de obtenção dos índices que o compõem e o seu potencial de comparabilidade entre realidades distintas, já que em diversos países é sintetizado com metodologia semelhante. Pelegrini, Castro e Drachler (2005), estudando critérios que buscam garantir maior equidade na distribuição de recursos no Rio Grande do Sul, utilizaram o IDHM como variável, mas questionam a capacidade desse índice se manter como um bom indicador para auxiliar na formulação do planejamento do sistema de saúde em decorrência do aumento da expectativa de vida.

Além disso, um fator dificultador da análise com uso do IDHM refere-se à capacidade instalada da saúde que compõe a oferta de serviços que condiciona a demanda e o financiamento da média e alta complexidade, uma vez que o financiamento da AB possui mecanismos redistributivos importantes como o PAB fixo, que utiliza critério populacional e o PAB variável que depende do investimento/adesão municipal. Assim, o baixo IDHM, na verdade, pode significar um indicador de capacidade a ser instalada, o que implica em financiamento de investimento.

Para Araújo e outros (2006), a observação de como os recursos financeiros destinados a ações e serviços de saúde são distribuídos entre os municípios e suas populações é tão importante quanto se definir os mecanismos de eficiência para o financiamento. A necessidade de conjugar eficiência e equidade na distribuição dos recursos fez com que uma série de países como Inglaterra, Canadá e Suécia adotassem mecanismos de distribuição de recursos pautados em necessidades em saúde.⁷

⁷ Na Inglaterra o índice de Rawp foi inicialmente construído apenas com indicadores de necessidade mas teve depois que ser corrigido por Car Hill de forma a controlar o condicionamento da demanda pela oferta.

4.6 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos no campo da saúde têm na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos. Tal Resolução reúne sob a ótica do indivíduo e das coletividades uma série de referenciais da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade) com o propósito de assegurar os direitos e deveres que proferem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012c).

Em cumprimento da Resolução 466/2012, o projeto do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e aprovado sob o parecer de nº 558.940/2014 (Anexo B).

Ao investigar o fluxo das contas de saúde, os gestores responsáveis pela condução do financiamento dos serviços de saúde, embora não sejam participantes da pesquisa, poderão estar submetidos a riscos na dimensão política, psíquica, social. Em respeito ao princípio de não maleficência, foi garantido o sigilo, o anonimato e a privacidade dos gestores, e não foi estabelecida, em momento algum, articulação com o gestor responsável pelo município no período da pesquisa, sendo traçadas apenas críticas construtivas acerca do financiamento da saúde no estado da Bahia.

Cabe ressaltar que todos os dados utilizados são de domínio público e qualquer cidadão brasileiro pode ter acesso a eles e questionar sobre seu significado. No caso do trabalho de pesquisa é, justamente, a conduta ética e os altos propósitos que justificam o risco a ser assumido pelos pesquisadores. Por sua vez, a legitimidade social resultante da relevância das questões, a excelência docente da instituição que sedia a pesquisa – a UEFS, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e o Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) –, e a transparência das suas práticas produzem o respaldo necessário à condução de todo o processo.

No que diz respeito aos benefícios, a aplicação de uma metodologia a qual permita captar as singularidades da realidade do financiamento do SUS viabilizou um maior entendimento do sistema e novos ângulos de análise para os planejadores das políticas públicas em saúde. Dessa forma, irá servir como um novo instrumento de conhecimento e controle para a gestão dos recursos financeiros no setor da saúde, a ser utilizado pela Secretaria de Saúde do Estado e também por municípios. Este estudo representa um importante passo no desenvolvimento da tecnologia de contas na área da saúde no Brasil.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1

GASTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

UNIFIED NATIONAL HEALTH SYSTEM EXPENSES IN THE STATE OF BAHIA

Andrei Souza Teles
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

Este estudo teve por objetivo descrever o gasto dos diferentes entes governamentais com o Sistema Único de Saúde (SUS), em macrorregiões, regiões de saúde e municípios do estado da Bahia, de 2009 a 2012. Os gastos em saúde foram obtidos a partir da utilização da Tabela 1 (Fontes de Financiamento *versus* Agentes de Financiamento) do modelo de Contas Nacionais da Organização Mundial de Saúde. O gasto público com o SUS, no estado da Bahia, acumulado nos quatro anos de estudo, foi de cerca de R\$ 29,23 bilhões, sendo 30% deste total (8,66 bilhões) referentes ao ano de 2012. Ao considerar apenas os recursos declarados pelos municípios ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), dispendidos pelas três esferas de governo, verificou-se um crescimento de 50,58% no Gasto Público em Saúde (GPS), totalizando no quadriênio R\$ 17,10 bilhões. A macrorregião Leste chama atenção pelo grande volume de gasto, ultrapassando a cifra de R\$ 1 bilhão em todos os anos, sendo que duas de suas regiões de saúde, Salvador e Camaçari, estiveram no ápice do *ranking* de GPS, no período. A análise por porte de gasto em saúde revelou que a grande maioria dos municípios baianos, cerca de 70%, não alcançou o patamar dos R\$ 5 milhões. Assim, o gasto concentrou-se na região mais rica do estado e se apresentou diretamente proporcional ao porte populacional dos municípios.

PALAVRAS-CHAVE: Financiamento da Saúde; Gastos em Saúde; Contas em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to describe the expense of the different government entities with Unified National Health System (SUS), the macro-regions, health regions and municipalities of the state of Bahia, from 2009 to 2012. The health expenditures were obtained from the use of Table 1 (Sources versus financing agents) financing of National Health Accounts model of the World Health Organization. Public spending on the SUS in the state of Bahia, accumulated over four years of study was about R\$ 29,23 billion, 30% of which (8,66 billion) for the year 2012. When considering only the resources declared by municipalities to Information System Public Health Budgets (SIOPS), there was an increase of 50,58% in the Spent Public Health (GPS), totaling in the period from R\$ 17,10 billion. The macro-East draws attention to the large volume of spending, surpassing the mark of R\$ 1 billion every year, and two of its health regions, Salvador and Camaçari, have been in the GPS ranking apex in the period. Analysis by spending sized health revealed that the vast majority of municipalities in Bahia, about 70% did not reach the level of R\$ 5 million. Thus, spending concentrated in the richest region of the state and performed directly proportional to the population size of the municipalities.

KEYWORDS: Health Financing; Health Expenditures; Health Accounts.

INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 05 de outubro de 1988, ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), previu o seu financiamento no âmbito da Seguridade Social, entendida, no art. 194, da Seção I do Capítulo II, como um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado à garantia dos direitos concernentes à saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 1988).

No ato das disposições transitórias, a Constituição definiu que 30% dos recursos da Seguridade Social provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deveriam ser aplicados no setor da 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 para área da saúde, resultando em irregularidades dos aportes financeiros e, por conseguinte, na inobservância dos preceitos constitucionais, o que ensejou a minimização dos recursos destinados ao SUS desde o início de sua trajetória (DAIN, 2007; MENDES; MARQUES, 2009).

Sabidamente, o financiamento não é o único problema do SUS. Contudo, destaca-se como importante limitação e grande desafio, 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 e, em especial, na rede pública (BRASIL, 2008). São apontadas como consequências inelutáveis do subfinanciamento: o desinvestimento em edificações, equipamentos e tecnologias, sobretudo nos serviços da Atenção Básica (AB) e Média Complexidade (MC); 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 aos Estados Unidos (17,6%) e também, embora em menor proporção, a outros países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como Canadá (11,4%), Dinamarca (11,1%), Espanha (9,6%) e Reino Unido (9,6%), os quais se utilizam de sistemas universais de saúde. Nestes países, o gasto público é geralmente maior que o privado no financiamento total da saúde, acima de 65%. Entretanto, no Brasil, o gasto privado é superior, correspondendo, por exemplo, no ano de 2010, a 53% do total, percentual similar ao dos Estados Unidos, que teve,

nesse ano, 48% do financiamento total público, mas bastante inferior ao de países como Argentina e Uruguai, onde, respectivamente, 64,4% e 65,3% dos gastos com saúde eram públicos (WHO, 2013). Portanto, é ainda baixa e um tanto quanto controversa a participação do gasto público no sistema de saúde brasileiro, principalmente tendo em vista os princípios basilares que norteiam o SUS.

Apesar do 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 adequado e esteja ajustado às demandas, às necessidades e aos direitos de saúde da população. Neste sentido, não esgotando os embates a respeito dos recursos necessários para o financiamento público da saúde no Brasil, foi aprovada a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), que regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal e, por consequência, a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2012). Se por um lado ratificou-se a obrigação dos estados e municípios destinarem, respectivamente, 12% e 15% de suas receitas no setor da saúde, de outro, não foi aprovada a proposta original conhecida como PEC nº 196, na qual o governo federal deveria aplicar 10% da receita corrente bruta. Isto é, manteve-se a norma já adotada na aplicação do valor do ano antecedente acrescido da variação nominal do PIB para a União.

Os gastos realizados pela gestão pública para financiar o setor da saúde são oriundos de impostos, contribuições e taxas cobradas sobre produção, consumo, renda e patrimônio (BRASIL, 2007a). É importante notar que o problema do gasto em saúde perpassa também outros aspectos, para além da escassez de recursos, como a falta de eficiência e efetividade em sua aplicação, iniquidades na alocação de recursos, inadequada priorização, além da malversação dos gastos (BRASIL, 2008). Estes fatores constituem ainda significativos entraves a serem superados a fim de que a garantia de acesso universal e atendimento integral, realmente, possa se concretizar.

É válido ressaltar que 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 descentralizada das ações e serviços do SUS. Em que pese o fato da participação relativa da União nos gastos com a saúde diminuir paulatinamente a partir da promulgação da EC 29, em 2000, ao contrário dos estados e municípios que aumentaram a disponibilidade de suas receitas, reconhece-se que essa medida tenha incentivado a expansão de serviços de saúde, ainda que a equidade tenha

sido pouco valorizada na política de alocação de recursos do Ministério da Saúde (MS) (UGÁ et al., 2003; BRASIL, 2011a).

Através da evolução das formas de financiamento delineadas pelo MS, 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 (NOAS 01/2001) e de 2002 (NOAS 01/2002), e, posteriormente, o Pacto pela Saúde, em 2006, buscaram majorar a participação dos estados na gestão do SUS, consubstanciando a proposta de regionalização das redes de serviços (FAVERET, 2003). Para Silva (2011), as redes regionalizadas referem-se a estruturas integradas, com diferentes níveis de atenção à saúde, circunscritas em um determinado espaço regional que visam possibilitar a efetivação da integralidade das ações e serviços, bem como a otimização dos recursos, haja vista sua contribuição para a racionalização dos gastos, não obstante o subfinanciamento também obstaculizar a conformação dessas redes.

O sistema de saúde brasileiro, correntemente, vem apresentando inúmeros avanços, mas a consecução, de fato, dos princípios basilares do SUS ainda esbarra na questão do financiamento, definido por Coelho e Scatena (2014, p.285) como “elemento estrutural e estruturante que alicerça economicamente as práticas sociais que cuidam da vida humana”. Não por acaso, o financiamento do setor saúde tem sido motivo de preocupação em todo mundo, pois os serviços de saúde geralmente são bastante dispendiosos, exigindo eficiência no planejamento do gasto e uma distribuição não somente igualitária, mas também equitativa dos recursos (BRASIL, 2006a).

A relevância deste estudo está na possibilidade de uma maior e melhor compreensão do financiamento da saúde no estado da Bahia. Assim, a produção e apropriação dos conhecimentos e informações relativas a essa temática pretende suscitar a construção de políticas alocativas, as quais promovam, de fato, uma distribuição dos recursos de modo a reparar as disparidades entre os municípios. Neste sentido, a possibilidade de dar sequência a outros estudos que têm procurado compreender o fluxo financeiro entre os níveis administrativos do SUS e o caminho dos recursos das fontes até sua aplicação (COELHO et al., 2005; COELHO; CHAGAS, 2006; ROSA; COELHO, 2011; TELES, COELHO, 2011) poderá repercutir em ganhos de eficiência e equidade, promovendo suporte técnico para a resolução dos problemas de desigualdades existentes na alocação dos recursos.

Diante do grande impacto e influência que exercem as políticas de financiamento sobre a estrutura dos serviços de saúde, este estudo tem por objetivo descrever o gasto dos

diferentes entes governamentais com o SUS, nas macrorregiões, regiões de saúde e municípios do estado da Bahia, de 2009 a 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa do tipo descritivo, comparativo e retrospectivo, que teve como fontes de dados o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o sistema de informação mantido pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Os dados acerca do financiamento das ações e serviços públicos de saúde foram extraídos, majoritariamente, do SIOPS, que reúne informações financeiras declaradas pelos entes federados sobre as receitas totais e despesas com o setor saúde (BRASIL, 2011a). De acordo com as determinações da LC 141/2012 (BRASIL, 2012) o registro e a atualização de dados no SIOPS sobre gastos com saúde são obrigatórios para o gestor de saúde no âmbito da União, estados, municípios e Distrito Federal, de modo a viabilizar a fiscalização e avaliação do financiamento das ações e serviços de saúde no Brasil.

Conforme define o manual do Tesouro Nacional, receitas referem-se aos ingressos de recursos financeiros nos cofres das esferas governamentais, para cobertura das despesas públicas (BRASIL, 2004). São consideradas despesas em saúde aquelas voltadas para a promoção do acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços de saúde ofertados no âmbito do SUS (BRASIL, 2012).

A coleta de dados foi realizada no período entre agosto de 2013 a setembro de 2014 e, em média, 99% do total de municípios transmitiram suas informações financeiras referentes aos anos de 2009 a 2012. Em 2010, todos os municípios informaram os dados, em 2009 e 2011, 99,8%, e, por fim, em 2012, 96,4% haviam informado até o momento que findou a coleta. Para os municípios que não declararam suas receitas e despesas ao SIOPS foram utilizados, de modo complementar, os dados do FNS.

O estudo abrangeu, dessa forma, todos os 417 municípios do estado 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 o Plano Diretor de Regionalização (BRASIL, 2013) do estado, em 28 regiões de saúde e nove macrorregiões, a saber: Norte, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Nordeste, Leste, Sudoeste, Sul e Extremo Sul.

Os dados informados pelos municípios acerca dos recursos financeiros destinados à execução das ações e serviços de saúde foram coletados e organizados com base no modelo

de Contas Nacionais de Saúde - CNS (*National Health Accounts – NHA*) adaptado por Coelho e outros (2005). O modelo CNS segue os princípios do *System of Health Accounts (SHA)* da *Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)* contidos no manual de classificação da SHA, o *International Classification for Health Accounts (ICHA)*. O modelo NHA é capaz de fornecer um quadro completo da performance do sistema de saúde, pois diz respeito a uma classificação rigorosa dos atores, tipos de gastos em saúde e suas finalidades. O objetivo principal é servir como instrumento de apoio à governança e tomada de decisão em saúde, podendo contribuir para o alcance das metas das políticas de saúde e melhorar o desempenho do sistema de saúde (WHO, 2003).

Como importantes pontos positivos da utilização desse modelo destacam-se a possibilidade de avaliação da importância conferida pelo governo a determinados programas estratégicos e, conseqüentemente, do próprio modelo de atenção em saúde adotado a partir dos incentivos financeiros, além do acompanhamento das mudanças nos padrões de alocação de recursos em determinada série temporal (MAGNOLI, 2001).

O NHA mensura os gastos em saúde na forma de quatro tabelas básicas, contudo, este estudo fez uso apenas da Tabela 1: Fontes de Financiamento por 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 e 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.

A Tabela 1 do NHA foi adaptada à realidade do financiamento e dos sistemas de informação brasileiros, como o SIOPS, e atualizada por esta pesquisa 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 facilidade de uso para o alcance de maior eficiência e equidade na distribuição dos recursos (COELHO et al., 2005; COELHO; CHAGAS, 2006).

As receitas realizadas consistem em uma *proxy* utilizada neste estudo para medir o gasto em saúde, dado que as despesas não podem ser distribuídas por fonte. Isto significa que, o gasto federal e estadual são representados pelas receitas transferidas aos municípios, e o gasto municipal é representado pelos recursos próprios declarados ao SIOPS. Elas foram tabuladas com a utilização do programa Excel, em seu nível máximo de desagregação para as

fontes e agregadas por ano de ingresso nos Fundos Municipais de Saúde, e não por competência. A análise e interpretação dos dados foram realizadas a partir da elaboração de *rankings* de gastos, médias e percentagens, além da construção de indicadores de financiamento, como o Gasto Público com Saúde (GPS), o GPS *per capita*, GPS federal, estadual ou municipal, o GPS como proporção do PIB, dentre outras medidas da relação entre o financiamento e a produção dos serviços de saúde. Para efeito deste estudo o GPS refere-se à soma dos gastos federais, estaduais e municipais executados no âmbito do SUS, declarados pelos municípios nos relatórios do SIOPS de receitas e despesas e nos demonstrativos do cálculo do percentual de recursos próprios aplicados em saúde, conforme a EC 29/2000.

A fim de dimensionar o gasto público total com o SUS foram também utilizadas as informações transmitidas pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) ao SIOPS, não passíveis de desagregação. Esse gasto global foi obtido considerando a soma das receitas federais recebidas pelo estado e pelos municípios; o gasto próprio dos municípios informados ao SIOPS; e a receita própria informada pela SESAB, a qual contém a receita que o município recebeu do estado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O gasto público com o SUS, no estado da Bahia, acumulado nos quatro anos de estudo, foi de cerca de R\$ 29,23 bilhões, sendo o ano de 2012 responsável por aproximadamente 8,66 bilhões, 30% deste total. Como os recursos geridos pelo estado foram declarados ao SIOPS de forma agregada, a análise da distribuição entre os municípios foi efetuada levando-se em conta apenas os recursos dos três entes declarados pelos municípios (transferências da União e do estado para os municípios e recursos próprios municipais). Enquanto considerações sobre o gasto global, que envolvem as transferências federais ao estado e o gasto próprio do governo da Bahia, foram detalhadas na seção que aborda a participação das três esferas de governo no gasto em saúde.

O gasto público em saúde e sua distribuição geográfica

Os gastos com os serviços de saúde estão cada vez mais elevados, exigindo uma política de financiamento que garanta, de fato, um fluxo de recursos permanente e adequado para o setor. Destacam-se como as forças propulsoras dos gastos em saúde a transição

demográfica, epidemiológica e, sobretudo, o constante processo de incorporação tecnológica do setor para todas as faixas etárias (BRASIL, 2006a).

No estado da Bahia, incluindo-se recursos dispendidos pelas três esferas de governo, no período de 2009 a 2012, o total do GPS foi de, aproximadamente, R\$ 17,105 bilhões. O gasto passou de R\$3.352.596.091,00, em 2009, para R\$ 5.048.186.673,00, em 2012, o que corresponde a um crescimento da ordem de 50,58%. A trajetória do GPS de 2009 a 2011 apresentou-se de forma linear. De 2009 para 2010 o aumento foi de 17,63% e de 2010 para 2011 de 20,72%. Entre os anos 2011 e 2012, embora tenha ocorrido o incremento de R\$ 287.179.028,00, mantendo assim a evidência de crescimento progressivo do GPS no período, se comparada aos outros anos, a variação percentual observada pode ser considerada tímida, de apenas 6,03% (Tabela 1).

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

Ano	GPS (milhões R\$)	Crescimento do GPS (%)	GPS <i>per</i> <i>capita</i> (R\$)	Crescimento do GPS <i>per capita</i> (%)	Participação GPS/PIB (%)
2009	3.352,60	-	229,04	-	2,45
2010	3.943,77	17,63%	281,36	22,84%	2,56
2011	4.761,01	20,72%	337,72	20,03%	2,98
2012	5.048,19	6,03%	356,12	5,45%	3,01

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

O GPS *per capita* foi originado a partir da divisão do gasto total anual com as ações e os serviços de saúde pela população do estado de cada ano. Como desdobramento desses números o GPS *per capita* aumentou de R\$ 229,04, em 2009, para R\$ 356,12 em 2012, apresentando um crescimento de 55,48% no período. O fato da população do estado da Bahia ter se mantido sem grandes alterações resultou em um padrão de crescimento do gasto *per capita* similar ao do GPS propriamente dito, com a ressalva de que de 2009 para 2010 foi observado o maior crescimento do valor *per capita* de todo o período (22,84%).

O gasto como proporção do PIB consiste em um importante indicador do grau de comprometimento do governo com os direitos assegurados constitucionalmente (MATOS; COSTA, 2003). A participação do GPS do estado passou de 2,45% em 2009, para 3,01% 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 ações de saúde para estados e municípios é uma diretriz organizativa do SUS estreitamente relacionada no plano conceitual e operativo com os demais princípios. Não por acaso, assume um papel de

eixo estruturante na articulação e cooperação entre os níveis de governo (BELTRAMMI, 2008). Segundo Gerschman e Viana (2005), dentre 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.

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, de 2009 a 2012.

Macrorregiões	GPS (milhões de R\$)				GPS Per Capita (R\$)			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Leste	1.005,93	1.255,66	1.532,81	1.592,71	215,90	288,40	348,91	359,37
Centro-Leste	487,97	564,74	661,56	730,52	224,34	269,13	313,67	344,68
Sudoeste	428,27	491,14	564,67	651,21	244,84	288,14	330,47	380,14
Sul	369,19	416,01	536,79	441,35	215,89	256,52	331,19	272,69
Norte	256,43	285,03	347,05	386,70	238,36	280,32	339,33	376,00
Oeste	230,89	274,23	345,85	381,09	258,34	312,75	390,92	427,09
Extremo-Sul	207,78	242,52	290,14	316,47	278,22	319,01	378,01	408,56
Centro-Norte	184,20	219,84	256,98	289,12	229,36	285,04	332,12	372,52
Nordeste	181,93	194,60	225,17	259,01	220,71	239,28	275,56	315,55
Total	3.352,60	3.943,77	4.761,01	5.048,19	229,04	281,36	337,72	356,12

Fonte: SIOPS/IBGE.

No que concerne aos gastos entre as macrorregiões, nota-se uma situação de desequilíbrio e desigualdade, possivelmente em virtude de uma cultura alocativa que prioriza regiões com maior capacidade instalada de serviços de saúde, as quais possuem as melhores condições sanitárias e socioeconômicas (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012). A macrorregião Leste chama atenção pelo grande volume de gasto, ultrapassando a cifra de R\$ 1 bilhão em todos os anos evidenciados no estudo, com um aumento de mais de 58%, seguida da macro Centro-Leste, onde o GPS variou entre R\$ 487,97 milhões em 2009, para R\$ 730,52, em 2012, revelando um crescimento percentual de cerca de 50%. Por outro lado, a macro Nordeste exibe os menores valores no quadriênio, não chegando a atingir o patamar de R\$ 260 milhões.

Analisando-se a distribuição *per capita* do GPS entre as macrorregiões ao longo dos anos, encontra-se um quadro de crescimento desse gasto para a grande maioria das macrorregiões, com exceção da macro Sul, onde o *per capita* de 2012 (R\$ 272,69) sofreu queda significativa em relação ao de 2011 (331,16), retornando ao posto de menor gasto *per capita* entre as macros ostentado em 2009 (215,89). Apesar de totalizar no quadriênio uma variação percentual positiva de 26,31%, esse crescimento não foi suficiente para mudar a sua posição no *ranking* das receitas regionais de saúde.

As macrorregiões Oeste e Extremo-Sul apresentaram os maiores valores *per capita* em todos os anos, exibindo crescimento de, respectivamente, 65,32% e 46,85%, no período. Em 2009, as macrorregiões Sul (R\$ 215,89) e Leste (R\$ 215,90), 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\$ 239,28 e R\$ 275,56, alternando com a macro Sul, que em 2012 apresentou novamente o menor volume de receitas entre as macros, de R\$ 272,69.

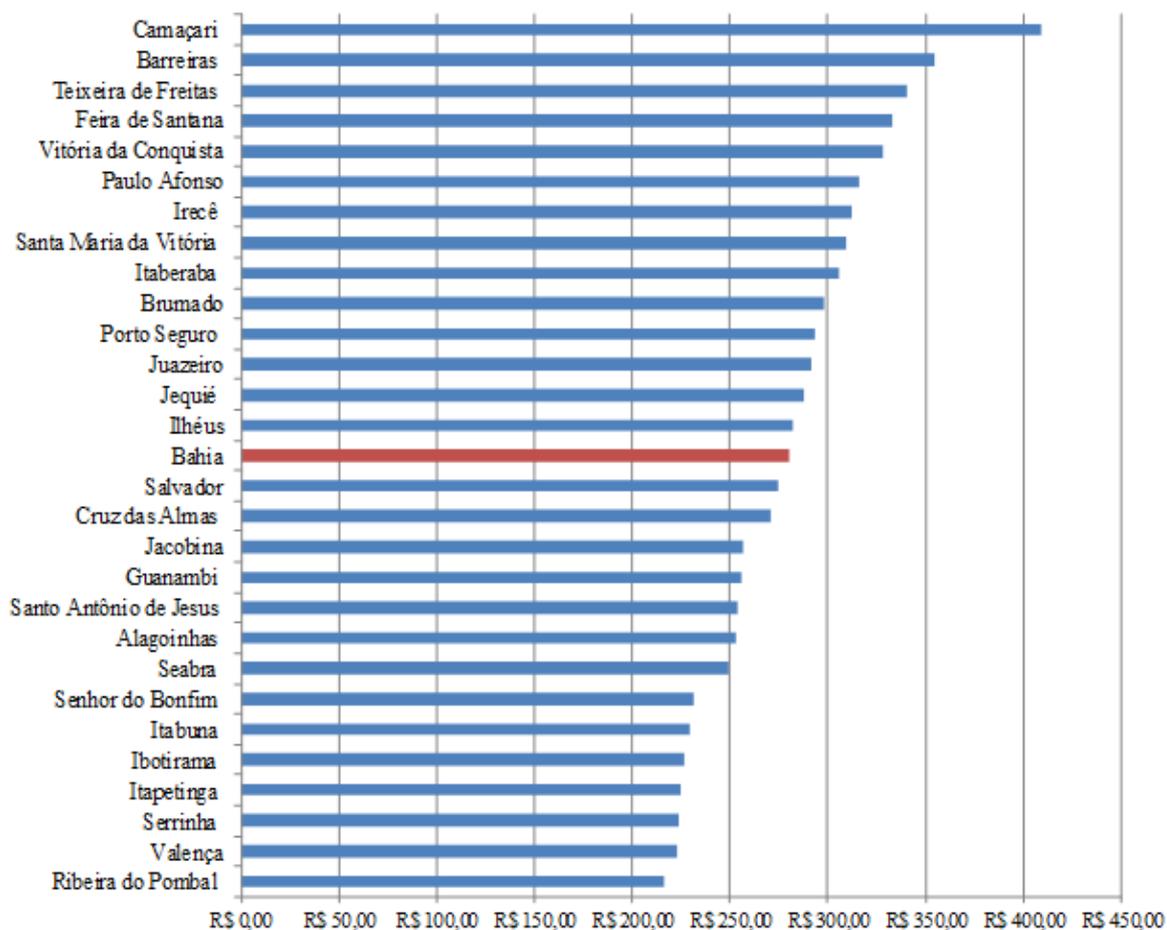
De acordo com Souza (2001), o forte processo de descentralização com ênfase na municipalização deveria ter ampliado a atuação do controle social no âmbito do SUS no que concerne à prestação de contas, entretanto, acabou por reiterar as desigualdades regionais, principalmente no que diz respeito ao financiamento da média e alta complexidade, além de ocasionar uma grande dependência de estados e de muitos municípios em 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. Todavia, foi na década de 2000 que a regionalização obteve maior expressividade a partir, sobretudo, da edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002) e do Pacto pela Saúde de 2006 (VIANA et al., 2008; RODRIGUES et al., 2010).

A macrorregião Leste, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado da Bahia, é composta por 48 municípios dispostos em quatro regiões de saúde, a saber: 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 quarta posição com a região de Vitória da Conquista da macrorregião Sudoeste, com 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, no quadriênio em análise, 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 gasto, percebe-se que ao longo dos anos foi mantido um padrão de gasto, especialmente entre as que gastaram mais e menos recursos com ações e serviços públicos de saúde.

Com efeito, quando se analisa a distribuição dos aportes financeiros por habitante a situação altera-se consideravelmente, mas as desigualdades continuam a se reproduzir. Na Figura 1, tem-se o GPS *per capita* das regiões de saúde, no ano de 2010, com uma variação de cerca de 88,76%: de R\$ 216,58 (Ribeira do Pombal) a R\$ 408,82 (Camaçari).

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



Fonte: SIOPS/IBGE.

Metade das regiões não conseguiu atingir a média de gasto *per capita* do estado (R\$ 280,36), curiosamente, dentre elas a região de Salvador, que havia apresentado o maior GPS. Todavia, quando esse gasto foi distribuído pela população, ficou abaixo da média (R\$ 274,75). Apenas duas regiões de saúde, Camaçari e Barreiras, despenderam mais de R\$ 350,00 por hab./ano.

Ao ordenar o GPS para os 417 municípios da Bahia do maior para o menor, no período de 2009 a 2012, observou-se um fato que salta à vista, 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 forma, Anguera, assim como outros municípios menores, permaneceram no pior quadrante, ou entre os cem municípios com menor gasto em saúde.

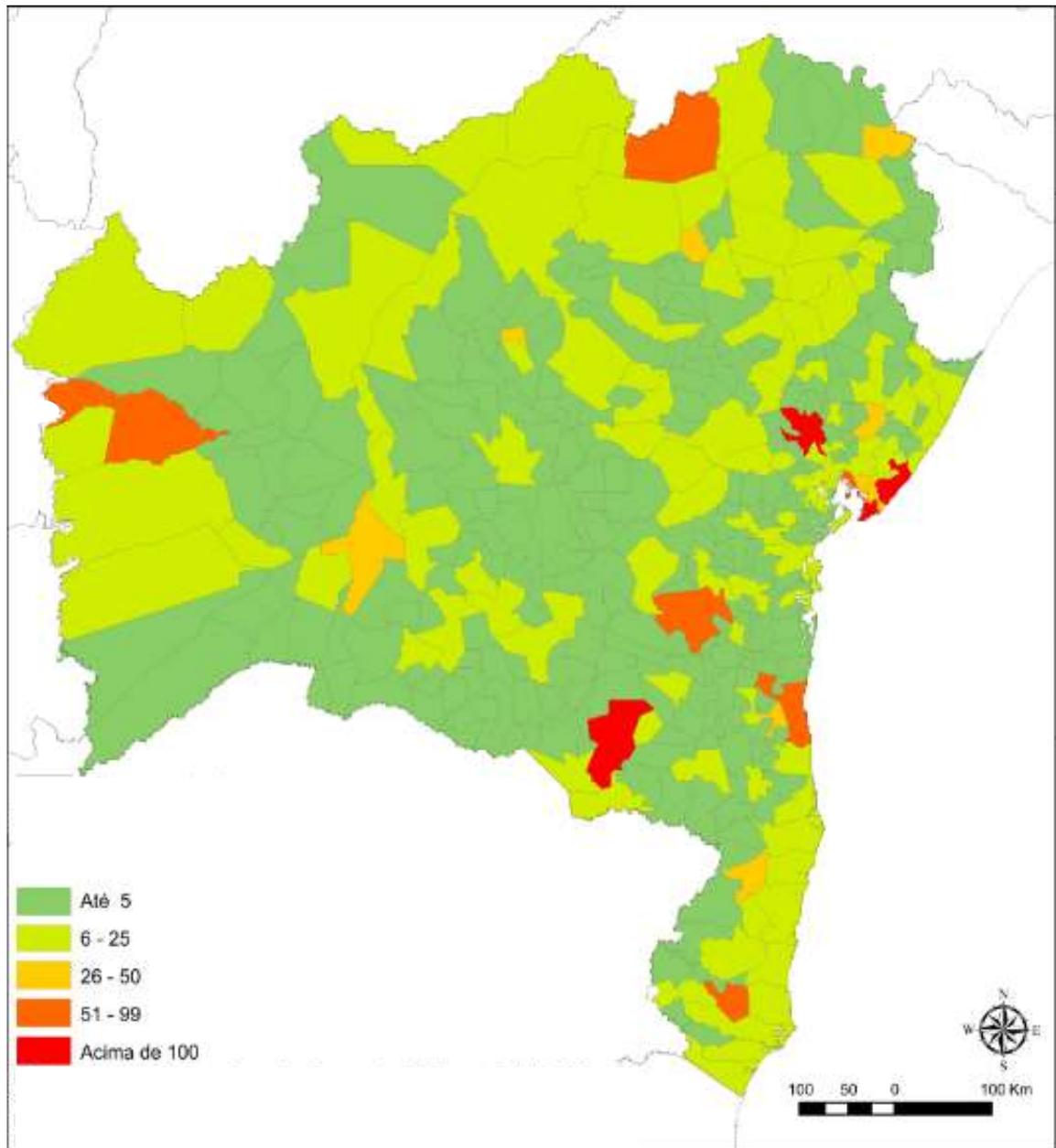
Na Figura 2, tem-se a distribuição geográfica do GPS por municípios do estado da Bahia, em 2010. A análise por porte de gasto revela que a grande maioria dos municípios baianos, aproximadamente 70% (290), não ultrapassou o patamar dos R\$ 5 milhões, com importante concentração nas macrorregiões Centro-Leste, Sul e Sudoeste. Cerca de 26% (107), encontraram-se na faixa de R\$ 6 a 25 milhões, 2,4% (10) no porte de gasto que vai de 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 representam 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).

Dessa forma, verifica-se uma predominância dos municípios com os maiores gastos do estado (acima de 100 milhões) na macrorregião Leste – Salvador e Camaçari –, além do fato de que esses municípios foram os que possuíram, no ano de 2010, as maiores populações da Bahia, acima de 240.000 habitantes. Ou seja, o gasto em saúde concentra-se na região mais rica do estado e parece ser diretamente proporcional ao porte populacional dos municípios.

Na análise consolidada de 2009 a 2012, situaram-se na faixa de GPS abaixo dos R\$ 50 milhões até 409 (98,08%) dos 417 municípios existentes no estado. Fizeram parte da

categoria de R\$ 51 a 99 milhões oito municípios (1,91%) e, a partir de R\$ 100 milhões, apenas cinco (1,19%).

Figura 2 - Distribuição geográfica do Gasto Público em Saúde por municípios do estado da Bahia, em 2010 (em milhões).



Fonte: SIOPS.

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, 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 da Tabela 1 do modelo NHA, mesma metodologia utilizada neste estudo. Como resultado, encontraram o gasto em saúde de cerca de R\$ 75 milhões, incluindo receitas das três esferas de governo. Em outro estudo, Coelho e Scatena (2014) reviram estes dados chegando ao seguinte valor para o GPS deste município: R\$ 91.041.921,00. Entretanto, nos estudos destes autores estavam incluídos os gastos próprios estaduais não repassados, de modo que, numa análise comparativa com os achados do ano de 2010, é possível estimar um aumento de quase 200% no período, em valores nominais.

Ao observar a distribuição do gasto em saúde *per capita*, a posição dos municípios muda drasticamente. Para se ter uma ideia, Salvador que ostentou durante o quadriênio a primeira colocação na ordenação de gasto, 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, evoluiu para a 246º colocação, com R\$ 249,36 hab./ano e, em 2011, foi para a posição 168º (R\$ 320,93). Finalmente, desceu novamente no ranking em 2012 para 284º colocação, com R\$ 307,74hab./ano. Em contrapartida, municípios de menor porte se destacaram mais, como São Francisco do Conde, que, com uma população em média de 33 mil habitantes, obteve gastos *per capita* considerados altos em todos os anos se comparado aos demais municípios, em 2009, R\$ 1.699,49, em 2010, R\$ 1.844,54, R\$ 2.004,09 em 2011 e R\$ 2.198,92 em 2012.

Estudo realizado por Rodrigues e outros (2010), encontrou, a nível nacional, resultados semelhantes e também 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 Nordeste do país. Sendo maior o gasto realizado no Sudoeste, principalmente para os municípios com população superior a 500 mil habitantes. Resumindo, 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.

Participação das três esferas de governo no gasto público com SUS

A Tabela 3 evidencia o gasto em saúde das esferas de governo declarado pelos gestores municipais ao SIOPS. O nível federal, no estado da Bahia, foi responsável por 56%

do gasto em saúde em 2009, com mais de R\$ 1,8 bilhões, e em 2012, mesmo tendo quase dobrado o volume de gasto para cerca de R\$ 2,6 bilhões, foi reduzida sua participação do total em quase 5%. Em contraponto, o nível municipal aumentou sua contribuição: em 2009 foi responsável por 40,42%, e em 2012, por 45,36% do gasto em saúde, com respectivamente, cerca de R\$ 1,4 e 2,3 bilhões. A pequena participação da esfera estadual no GPS decresceu, apesar de elevar o gasto em mais de 46% no quadriênio.

Tabela 3 - Gasto em saúde das três esferas de governo no estado da Bahia, declarado pelos municípios, de 2009 a 2012 (em milhões).

Ano	Esfera						Total R\$
	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	
2009	1.877,93	56,01	119,51	3,56	1.355,15	40,42	3.352,60
2010	2.051,52	52,02	138,18	3,50	1.754,07	44,48	3.943,77
2011	2.430,92	51,06	158,96	3,34	2.171,12	45,60	4.761,01
2012	2.583,91	51,18	174,58	3,46	2.289,69	45,36	5.048,19

Fonte: SIOPS.

Em relação ao PIB da Bahia, o gasto em saúde relativo aos três níveis de governo apresenta elevação no período, em diferentes proporções. O crescimento do GPS da União, estados e municípios, de 2009 a 2012, alcançou o patamar de 12%, 19% e 38%, respectivamente. Na esfera federal, os gastos passaram de 1,37% para 1,54%, na estadual, evoluíram de 0,09% para 0,1% e, por fim, no nível municipal, os dispêndios passaram de 0,99% a 1,37% do PIB no mesmo período, sendo o maior crescimento observado (Tabela 4).

Tabela 4 - Gasto em saúde das três esferas de governo como proporção PIB, declarado pelos municípios, de 2009 a 2012.

Ano	Gasto em saúde em % do PIB			
	Federal	Estadual	Municipal	Total
2009	1,37	0,09	0,99	2,45
2010	1,33	0,09	1,14	2,56
2011	1,52	0,10	1,36	2,98
2012	1,54	0,10	1,37	3,01

Fonte: SIOPS/SEI

Entretanto, é importante ressaltar que ao considerar os recursos geridos pela SESAB, informados ao SIOPS, especificamente o gasto com recursos próprios e as

transferências de recursos da União, tem-se um novo quadro de distribuição dos gastos em saúde por esfera de governo, conforme expressa na Tabela 5.

Tabela 5 - Gasto Global em Saúde das três esferas de governo, de 2009 a 2012 (em bilhões).

Ano	Esfera			Total
	Federal	Estadual	Municipal	
2009	2,90	1,67	1,36	5,93
2010	3,11	1,92	1,75	6,79
2011	3,54	2,15	2,17	7,86
2012	4,15	2,21	2,29	8,66
Total	13,70	7,96	7,57	29,23

Fonte: SIOPS.

Verifica-se nessa perspectiva de análise que os gastos estaduais alcançaram uma significativa representatividade, ao contrário do que foi observado na Tabela 3, passando de 1,67 bilhões, em 2009, para 2,21 bilhões, em 2012, embora tenha diminuído sua participação no gasto total de 28,27% para 25,55%, nesse período. O gasto municipal ao variar de R\$ 1,36 bilhões para R\$ 2,29 bilhões apresentou um crescimento de quase 69%, o maior evidenciado no quadriênio, e também ampliou sua participação relativa chegando em 2012 a alcançar o patamar de 26,45%. Já o gasto do governo federal teve a participação mais expressiva no montante, representando 48,86% e 48,00%, respectivamente, em 2009 e 2012, oscilando progressivamente entre R\$ 2,90 a R\$ 4,15 bilhões, nesses anos. Considerando todo o quadriênio, obteve-se um volume total de recursos de, aproximadamente, 29 bilhões, sendo que, 46,88% foram gastos do governo federal, 27,22% do governo estadual e os 25,90% restantes foram gastos dos municípios com saúde.

Em que pesem os esforços da EC 29 na tentativa de ampliar a participação de estados e municípios no financiamento da saúde, o governo federal continua majoritariamente respondendo pelo maior percentual do montante de recursos, portando-se ainda como a grande fonte de financiamento do setor saúde, embora venha apresentando uma tendência de diminuição de sua participação.

De acordo com Servo e outros (2011), é consenso que a EC 29 promoveu um importante aumento de recursos para serem aplicados em ações e serviços do SUS. Em 2000, de acordo com dados do SIOPS, esses recursos representavam 2,89% do PIB nacional, elevando-se em 2010 para 3,77% do PIB, apesar da União reduzir sua contribuição no total

aplicado em saúde, passando de 60% em 2000 para 44% em 2010. Todavia, a participação dos estados progrediu, no mesmo período, de 18,5% para 26,7%, e dos municípios de 21,7% para 28,6%. Mensura-se que, na prática, a participação de estados e municípios tenha resultado em um incremento de recursos para o setor saúde, de 2000 a 2010, de mais de R\$ 50 bilhões, e esse valor poderia ser ainda maior caso estes entes não descumprissem as determinações da EC 29 e os critérios da Resolução nº 322/2003.

Nesse sentido, Campelli e Calvo (2007), estudando o cumprimento da EC 29/2000 no Brasil, de 2000 a 2003, identificaram que os estados deixaram de repassar ao SUS R\$ 5,29 bilhões, e a União R\$ 1,8 bilhão, o que representa uma dívida acumulada com o setor saúde de R\$ 7,09 bilhões. Silva e outros (2012), por sua vez, analisando a questão do cumprimento dos percentuais mínimos a serem aplicados no setor saúde para os 100 municípios mais populosos do país, de 2000 a 2008, também encontraram irregularidades, uma vez que 49 municípios não cumpriram as determinações legais postuladas pela EC 29, dentre eles a capital baiana (Salvador), a qual não conseguiu atingir a meta prevista no período de 2000 a 2003.

Transferências federais para os municípios por blocos de financiamento

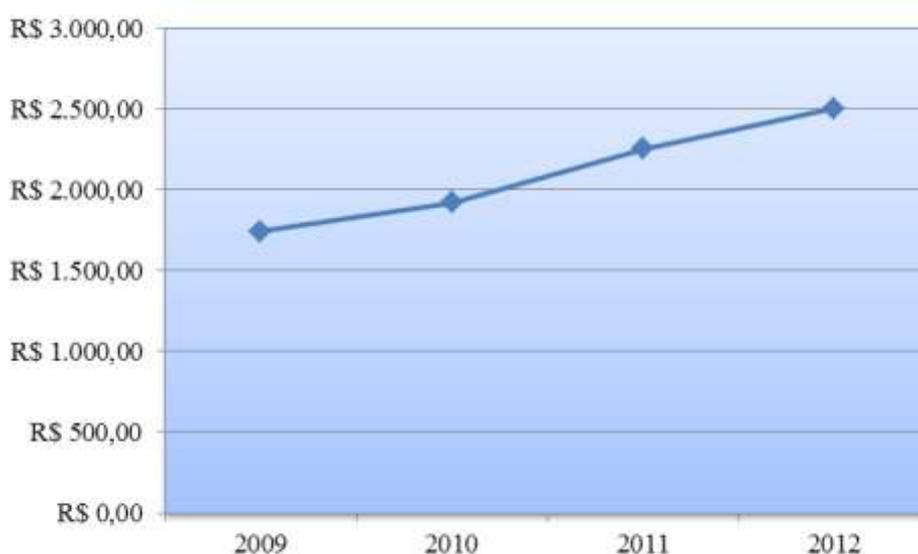
Em 2006, surge a partir da Portaria nº 399/GM o Pacto pela Saúde, que veio contribuir no processo de consolidação do sistema de saúde brasileiro. O Pacto em Defesa do SUS enfatiza a temática do financiamento propondo o aumento dos recursos para a área da saúde. Já no Pacto pela Gestão foram postulados os princípios do financiamento do SUS: responsabilidade dos três níveis de governo; diminuição das iniquidades estaduais, macrorregionais e regionais; transferências de recursos financeiros fundo a fundo; além do financiamento de custeio com recursos federais organizados e repassados na forma de blocos de recursos (BRASIL, 2006b).

Devido à excessiva fragmentação de programas e serviços de saúde, que dificultava a atuação de gestores, bem como o desempenho das próprias atividades de saúde, foi implantada a Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007, que regulamentou o financiamento e as transferências de recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de cinco blocos: 1) Atenção Básica; 2) Atenção Média e de Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; 3) Vigilância em Saúde; 4) Assistência Farmacêutica; 5) Gestão do SUS. Através da Portaria GM/MS nº 837, em 2009 foi inserido o sexto bloco: Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Desse modo, os recursos puderam ser

transferidos diretamente para cada bloco de financiamento, possibilitando aos estados e municípios uma maior autonomia atinente à realocação dos recursos dentro dos respectivos blocos (ANDRADE, 2006; BRASIL, 2011a; PIOLA et al., 2013).

A Figura 3 evidencia a evolução do financiamento federal para os blocos de financiamento no estado da Bahia. Em todo o período, essas transferências totalizaram R\$ 8.426.813.713,00, sendo verificado um crescimento significativo de, aproximadamente, 44%, uma vez que os repasses passaram de R\$ 1.741.767.233,00, em 2009, para R\$ 2.506.263.761,00, no ano 2012. O crescimento mais expressivo do quadriênio foi registrado de 2010 para 2011, quando os repasses aumentaram em 17%. É válido ressaltar que, apesar de inserido legalmente em 2009, o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, segundo os relatórios de receitas e despesas do SIOPS, só recebeu recursos a partir de 2011, contribuindo também para o aumento de repasses a partir deste ano.

Figura 3 - Evolução das transferências federais aos Blocos de Financiamento no estado da Bahia, de 2009 a 2012 (em milhões).

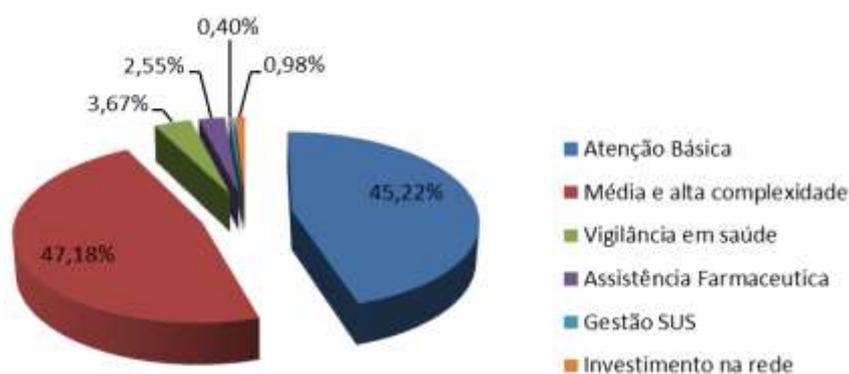


Fonte: SIOPS.

Analisando-se de forma desagregada, nota-se que o bloco da AB recebeu um montante de R\$ 3.810.976.867,00, o que correspondeu a 45,22% do total alocado para os blocos, de 2009 a 2012 (Figura 4). As transferências destinadas para AB foram aumentando progressivamente ao longo dos anos. Conforme mostra a Tabela 6, em 2009, este bloco recebeu R\$ 755.191.563,00 (43,36% do total repassado), em 2010, o valor subiu para R\$ 848.109.397,00 (44,13%), e em 2011 para R\$ 1.002.193.154,00 (44,41%).

Finalmente em 2012, o valor de R\$ 1.205.482.751,00 ultrapassou o volume de recursos destinados à Média e Alta Complexidade (MAC), chegando a significar 48,10% do total das transferências federais para os blocos de financiamento, e quiçá mais que isso, um novo passo rumo à consecução da mudança, de fato, do modelo assistencial.

Figura 4 - Participação percentual de cada Bloco de Financiamento, em relação ao total transferido, de 2009 a 2012.



Fonte: SIOPS.

Entretanto, vale destacar estudo realizado por Rosa e Coelho (2011) que 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 de AB, uma vez que o município precisava realizar grande esforço para cumprir as normas e diretrizes postuladas e aumentar o acesso a esse tipo de serviço.

O bloco de financiamento da AB é constituído de dois componentes: o Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), cujos recursos são transferidos de modo regular e automático, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, para a cobertura de ações básicas à saúde, levando em conta a população residente; e o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), que é determinado pela adesão dos municípios a programas e implementação das ações, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Programa de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS), Saúde Indígena, Compensação de Especificidades Regionais, dentre outros (BRASIL, 2011a).

Tabela 6 – Transferências federais destinadas aos blocos de financiamento, no período de 2009 a 2012 (em milhões).

Blocos de Financiamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%
Atenção básica	755,19	43,36	848,11	44,13	1.002,19	44,41	1.205,48	48,10
Média e alta complexidade	876,56	50,33	942,51	49,04	1.089,04	48,26	1.067,61	42,60
Vigilância em saúde	67,15	3,86	74,05	3,85	78,65	3,49	89,10	3,55
Assistência farmacêutica	38,82	2,23	45,36	2,36	57,20	2,53	73,67	2,94
Gestão do SUS	4,04	0,23	12,01	0,62	5,32	0,24	12,55	0,50
Investimento na rede	-	-	-	-	24,33	1,08	57,85	2,31
Total	1.741,77	100,00	1.922,05	100,00	2.256,74	100,00	2.506,26	100,00

Fonte: SIOPS.

Em 2009, a parcela correspondente ao PAB Fixo foi de R\$ 278.075.298,00, o equivalente a 36,82% do total de recursos destinados à AB. Em 2012, o valor do PAB Fixo repassado aos municípios baianos foi de R\$ 352.164.665,00, representando um aumento no quadriênio de cerca de 27%. A elevação do valor das transferências pode ser atribuída à ampliação dos valores anuais *per capita* previstos a partir da Portaria GM/MS nº 1.602/2011 (BRASIL, 2011b), que estabeleceu uma variação de valores da parte fixa do PAB que vai de R\$ 18,00 a R\$ 23,00 por habitante, a depender do porte populacional dos municípios.

O valor total repassado aos municípios da Bahia para o PAB Variável, em 2009, foi de R\$ 477.116.264,00, sendo os programas/estratégias que mais concentraram recursos: Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, com respectivamente, 48,87%, 37,74% desse valor. O PAB Variável repassado em 2012 foi de R\$ 791.524.297,00, um aumento no quadriênio de aproximadamente 66%, o que pode estar relacionado tanto ao aumento de municípios fazendo adesão a um maior número de programas do MS, quanto ao surgimento de novas ações/estratégias como o NASF. Os programas que mais despontaram quanto ao volume de recursos continuaram sendo os mesmos de 2009, a ESF e o PACS, que absorveram juntos 75,18% do gasto total com o PAB variável.

No período de 2009 a 2012, as transferências do Fundo Nacional de Saúde aos municípios da Bahia para o bloco de MAC totalizaram R\$ 3.975.727.517,00, com um salto de

aproximadamente 22%, de R\$ 876.555.950,00, em 2009, para R\$ 1.067.613.083,00, em 2012. Contudo, foi diminuída sua participação no total de 50,33% para 42,60%, sobretudo devido à ampliação do volume de recursos destinados para o bloco de financiamento da AB.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (BRASIL, 2011a), o financiamento da AB no Brasil vem sendo ampliado desde 1995, quando representava apenas 10,82% dos gastos federais com as ações e serviços públicos de saúde. Em 2004, a participação havia aumentado para 18,34%. No que concerne à MAC, foi diminuída sua participação relativa de 50,01% para 48,34%, nesse período.

O bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar recebeu recursos federais conforme estabelecido na Programação Pactuada e Integrada. Tal bloco compõe-se do Limite Financeiro, do qual fazem parte o Teto Financeiro e programas como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); e do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), que se destina ao custeio dos procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), tais como os transplantes, dentre outros programas de financiamento fundo a fundo (BRASIL, 2011a).

O componente Limite Financeiro representava, em 2009, 79,08% do valor total com a atenção de MAC (R\$ 693.200.644,00), enquanto o FAEC, 20,92% (R\$ 183.355.306,00). Em 2012, ampliaram-se as transferências para o Limite Financeiro, aumentando consequentemente sua participação na composição do bloco para 82,44% (R\$ 880.131.610,00). Dessa forma, o FAEC passou a representar 17,56% (R\$ 187.481.472,00) do total.

Por seu turno, o bloco da Vigilância em Saúde recebeu no quadriênio um total de R\$ 308.949.952,00, o que correspondeu a 3,67% do montante das transferências federais realizadas para os blocos. Comparando dois pontos do período (2009 e 2012), sem, portanto, considerar o que pode ter ocorrido entre eles, verificou-se que o valor recebido pelos municípios da Bahia aumentou de R\$ 67.152.596,00 (3,86%) para R\$ 89.096.543,00 (3,55%).

O bloco de Vigilância em Saúde recebe recursos para financiar ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária. É categorizado pelo SIOPS em: Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, Vigilância Sanitária e outros programas financiados por transferências fundo a fundo. O montante repassado para o componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde em 2009 foi de R\$ 32.492.460,00 (48,39% do bloco), envolvendo em 2012 para R\$ 30.601.816,00

(34,35%). O componente Vigilância Sanitária, por sua vez, recebeu em 2009, R\$ 23.136.639,00, e em 2012, R\$ 32.751.811,00, um aumento de quase 42% no quadriênio em análise. Os outros programas receberam, respectivamente, R\$ 11.523.496,00 (17,16%) e R\$ 25.742.914,00 (28,89%), em 2009 e 2012.

A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, define como objetivo do bloco financeiro da Gestão do SUS contribuir para a organização e eficiência de todo o sistema, sendo dividido em dois componentes: Qualificação da Gestão do SUS e Implantação de Ações e Serviços de Saúde (BRASIL, 2007b).

O bloco da Gestão do SUS foi o que menos recebeu recursos na análise consolidada da evolução das transferências federais do período, cerca de R\$ 33.927.807,00, ou seja, 0,48% do total de repasses realizados para os blocos de financiamento. Em 2009, o bloco recebeu um total de R\$ 4.042.145,00, sendo 18,81% desse valor (R\$ 760.398,00) destinado para o sub-bloco Qualificação da Gestão do SUS, 8,24% (R\$ 333.114,00) para o componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde e a maior parte, 72,95% (R\$ 2.948.632,00), para outros programas, não especificados nos relatórios de receitas e despesas divulgados pelo SIOPS. Já em 2012, observou-se um aumento de mais de 210% no valor transferido pelo Fundo Nacional de Saúde para esse bloco, cerca de R\$ 12.554.920,00, que ficou distribuído da seguinte forma, respectivamente, para o componente de Qualificação da Gestão do SUS, Implantação de Ações e Serviços de Saúde e outros programas: R\$ 4.557.071,00 (36,30%), R\$ 833.000,00 (6,63%) e R\$ 7.164.849,00 (57,07%).

Os recursos do bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde são destinados excepcionalmente para a realização de despesas de capital. Para que sejam transmitidos aos municípios, estes devem encaminhar os projetos para o MS, os quais serão submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com a finalidade de que seja avaliada a consonância desses projetos com o Plano Estadual de Saúde (PES), Plano Diretor de Investimento e PDR (BRASIL, 2011a).

Apesar de só ter recebido os repasses federais na segunda metade do período analisado, o bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde fez jus a R\$ 82.186.150,00 no montante de dois anos (2011-2012), o que correspondeu apenas a 0,1% do total recebido pelos blocos, mas que num comparativo com o bloco Gestão do SUS, chegou a ser cerca de 2,4 vezes maior. Os municípios baianos receberam no ano de 2011, R\$ 24.334.759,00 do Bloco de Investimentos. Em 2012, houve elevação no montante repassado, atingindo o total de R\$ 57.851.391,00.

Quanto ao bloco de Assistência Farmacêutica, observou-se um aumento de cerca de 90% nos repasses do período em análise, de R\$ 38.824.977,00 para R\$ 73.665.070,00, o que resultou também na elevação da participação desse bloco no total das transferências, de 2,23% para 2,94%.

O Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica é composto de três componentes: 1) Componente Básico – contempla medicamentos no âmbito da AB e programas específicos, tais como Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde da Mulher, Saúde Mental, dentre outros; 2) Componente Estratégico – financia o controle de endemias, como a tuberculose, a hanseníase e malária; antirretrovirais do programa DST/AIDS; sangue, hemoderivados e imunobiológicos; e 3) Componente Especializado – direcionado para doenças de baixa prevalência, de uso crônico ou de alto custo, constantes nas linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (VIEIRA, 2010; AUREA, 2011; VIEIRA; MENDES, 2007).

Contudo, o SIOPS classifica os constituintes desse bloco da seguinte forma: componente Básico da Assistência Farmacêutica, componente Estratégico e outros programas. Em 2009, o componente básico recebeu 91,95% (R\$ 35.698.267,00) dos repasses federais para assistência farmacêutica, enquanto o componente estratégico apenas 1,16% (R\$ 449.397,00) e os outros programas 6,90% (R\$ 2.677.312,00). Em 2012, foi aumentado o volume de recursos destinado ao componente básico, apesar de diminuída sua participação em relação ao total para 80,49% (R\$ 59.289.447,00); por outro lado, verificou-se aumento tanto dos recursos, quanto da composição percentual do total transferido ao bloco para o componente estratégico que passou a representar 4,30% (R\$ 3.166.601,00) e para a classificação de outros programas que apresentou uma participação relativa de 15,22% (R\$ 11.209.022,00).

Teles e Coelho (2011), analisando o gasto público federal com medicamentos na Macrorregião Centro-Leste da Bahia, evidenciaram importante evolução no período de 2002 a 2006 quanto aos investimentos federais para o componente básico da Assistência Farmacêutica. Os resultados da pesquisa mostraram um gasto total de R\$ 17,802 milhões, sendo, aproximadamente, 80% desse valor destinado ao programa de Assistência Farmacêutica Básica.

A União é responsável juntamente com estados e municípios pelo componente básico e especializado, sendo o componente estratégico de sua exclusiva competência. Conforme a Portaria GM/MS nº 2.981/2009, o financiamento dos medicamentos para AB foi

ampliado, sendo a contrapartida mínima para os estados e municípios de R\$ 1,86/habitante/ano e para a união de R\$ 5,10/habitante/ano (BRASIL, 2010).

De acordo com Vieira (2010), o agrupamento dos programas e ações em componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica facilitou a execução financeira por parte das esferas de gestão do SUS. Inegavelmente, a organização da assistência farmacêutica do SUS em programas melhora o fornecimento público e o acesso a medicamentos para a população mais pobre, bem como para a de maior renda, quando se trata, principalmente, do tratamento medicamentoso de alto custo (AUREA, 2011).

Para Oliveira, Assis e Barboni (2010), as contribuições dos marcos legais para a organização e afirmação do financiamento da assistência farmacêutica são indiscutíveis e demonstram a importância desse setor no âmbito da atenção à saúde. Todavia, existe um distanciamento entre a assistência farmacêutica legalmente constituída e a que se faz presente no contexto dos municípios. Os problemas evidenciados abrangem desde a má conservação dos produtos até a ausência dos medicamentos essenciais nos estabelecimentos de saúde, o que por sinal reforça a necessidade de um eficiente planejamento do gasto.

Receitas tributárias municipais

As receitas tributárias correspondem aos ingressos originados da arrecadação de impostos, taxas e contribuições. Assim, constituem-se em receita privativa da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, os quais possuem legalmente o poder de tributar (BRASIL, 2004).

As receitas tributárias recebidas pelos municípios, que naturalmente se convertem em gastos municipais com ações e serviços de saúde de acordo com as determinações da EC 29, são compostas pelos impostos arrecadados localmente, mas também por transferências constitucionais e legais da União e do estado. É mister assinalar que o processo de descentralização tributária, observado a partir da promulgação da Constitucional Federal de 1988, aumentou a competência tributária de estados e municípios, além de ampliar as transferências de tributos federais para as esferas infranacionais de governo. Grande parte dos ganhos tributários dos municípios deve-se à elevação das transferências federais e estaduais: a União repassa aos municípios 50% do que arrecada do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), e os estados transferem, respectivamente, 25% e 50% da arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) e do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA). Dessa forma, no início dos anos 1990,

os municípios brasileiros já haviam chegado a reter 34% da carga tributária global (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

O quantitativo dos recursos aplicados à saúde foi obtido por intermédio do percentual informado pelos municípios ao SIOPS aplicado a cada fonte de arrecadação vinculada pela EC 29/2000. As Tabelas 7 e 8, a seguir, mostram as fontes tributárias e como a participação dessas fontes variou no quadriênio em análise (2009-2012).

Tabela 7 – Recursos aplicados em Saúde por Fontes Tributárias segundo a EC 29, no estado da Bahia, de 2009 a 2012 (em milhões).

Fontes Tributárias	2009	2010	2011	2012	Total
Impostos Municipais	204,89	336,22	453,93	505,78	1.500,81
ITR	0,01	0,00	0,03	0,00	0,04
IPTU	21,68	45,16	65,84	72,14	204,82
IRRF	31,89	41,28	51,13	65,01	189,31
ITBI	11,58	27,17	47,62	45,76	132,13
ISS	128,7	201,78	259,72	293,36	883,56
Multas e Juros de Mora de Impostos EC 29	1,53	3,56	2,97	6,63	14,69
Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa EC 29	0,96	2,35	2,62	2,54	8,46
Dívida Ativa dos Impostos EC 29	8,54	14,92	24,00	20,34	67,8
Transferências da União	764,32	890,63	1.110,75	1.102,68	3.868,39
Cota-Parte FPM (100%)	740,51	873,74	1.094,28	1.084,11	3.792,65
Cota-Parte FPM adic.(Art.159-I-alín.D CF/88)	7,22	10,12	9,58	9,54	36,46
Cota Parte ITR	2,32	3,54	3,61	5,35	14,81
Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir EC 29	14,27	3,23	3,28	3,68	24,47
Transferências do Estado	385,55	527,22	606,44	682,24	2.201,47
Cota-Parte do ICMS (100%)	352,43	474,86	536,42	606,24	1.969,96
Cota-Parte do IPVA	26,8	45,26	59,63	67,33	199,03
Cota-Parte do IPI Estados Exportadores (100%)	6,32	7,10	10,39	8,67	32,48
Total	1.354,77	1.754,07	2.171,12	2.290,71	7.570,68

Fonte: SIOPS.

Os recursos advindos das fontes tributárias para o setor da saúde dos municípios baianos sofreram um importante aumento de 69%, no período de 2009 a 2012, totalizando R\$ 7.570.670.300,00, sendo 30,36% desse valor (R\$ 2.290.706.530,00) obtido no último ano, conforme se observa na Tabela 7. Do total destinado ao SUS no quadriênio, incluindo transferências fundo a fundo, receitas de convênios e outras transferências, os recursos derivados das fontes tributárias tiveram uma significativa participação de 44,26%.

Como mostra a Tabela 8, no cálculo da proporção, o imposto Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM (100%), que é transferido da União para os municípios, representou a maior fonte tributária oscilando no período entre os 54,66% de 2009 e os 47,33% de 2012. Em seguida, tem-se a Cota-Parte do ICMS (100%), transferência estadual, que detinha 26,01% em termos de participação em 2009 e, após algumas flutuações

– 27,07% em 2010 e 24,71% em 2011 – atingiu 26,47%, em 2012.

É importante esclarecer que estas transferências do estado e da união, relativas aos impostos são diferentes daquelas transferências vinculadas, pois estes recursos são computados como recursos próprios dos municípios, pois a eles pertencem, legalmente. Desse modo, o IPVA, por exemplo, é um imposto estadual e cada município tem direito a receber uma pequena parcela dele, o que é chamado Cota-Parte.

Tabela 8. Distribuição percentual das Fontes Tributárias dos municípios do estado da Bahia, de 2009 a 2012.

Fontes Tributárias	2009	2010	2011	2012
Impostos Municipais	15,12	19,15	20,9	22,09
ITR	0,00	0,00	0,00	0,00
IPTU	1,60	2,57	3,03	3,15
IRRF	2,35	2,35	2,35	2,84
ITBI	0,86	1,55	2,19	2,00
ISS	9,50	11,5	11,96	12,81
Multas e Juros de Mora de Impostos EC 29	0,11	0,2	0,14	0,29
Multas e Juros de Mora da Divida Ativa EC 29	0,07	0,13	0,12	0,11
Dívida Ativa dos Impostos EC 29	0,63	0,85	1,11	0,89
Transferências da União	56,41	50,77	51,16	48,14
Cota-Parte FPM (100%)	54,66	49,81	50,4	47,33
Cota-Parte FPM adic.(Art.159-I-alín.D CF/88)	0,53	0,58	0,44	0,42
Cota Parte ITR	0,17	0,2	0,17	0,23
Lei Comp. Nº 87/96 - Lei Kandir EC 29	1,05	0,18	0,15	0,16
Transferências do Estado	28,46	30,05	27,94	29,79
Cota-Parte do ICMS (100%)	26,01	27,07	24,71	26,47
Cota-Parte do IPVA	1,98	2,58	2,75	2,94
Cota-Parte do IPI Estados Exportadores (100%)	0,47	0,40	0,48	0,38
Total	100	100	100	100

Fonte: SIOPS/MS.

No que dizem respeito aos impostos de arrecadação própria pelos municípios, os quais totalizaram R\$ 1,5 bilhões no período de 2009 a 2012, o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS ou ISSQN) foi o que apresentou a maior participação relativa do total das fontes tributárias, no ano 2009, representava 9,50% (R\$ 128,70 milhões), e ao final do quadriênio 81% (R\$ 883,56 milhões). Nesse ínterim, o Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) também obteve importante expressividade, aumentando paulatinamente sua importância e atingindo um valor inédito de participação ao final do quadriênio de 3,15% (R\$ 204,82 milhões).

A participação do Imposto Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho (IRRF) se apresentou constante em 2,35% nos três anos iniciais do período estudado, elevando-se no último ano para 2,84%, o que correspondeu a um total arrecadado de R\$

189,31 milhões. O Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis Intervivos (ITBI) evoluiu sua participação de 0,86%, em 2011, para 2,0%, em 2012. As demais fontes tributárias de arrecadação no próprio município foram menos expressivas não chegando a atingir 1,2% na proporção do total, no período.

Analisando-se, em separado, os impostos arrecadados especificamente no âmbito municipal, no ano 2010, tem-se uma composição média dos municípios baianos, que se apresentou da seguinte forma: ISS (60,01%), IPTU (13,43%), IRRF (12,28%), ITBI (8,08%), Dívida Ativa dos Impostos (4,44%) e os demais (1,76%). Essa composição está de acordo com os achados de uma pesquisa realizada por Coelho e Chagas (2006), abordando as fontes tributárias de arrecadação própria do município de Feira de Santana, que mostrou o ISS já constituindo, em 2002, a mais importante fonte, representando 61,38% do total, seguida do IPTU (21,05%), do IRRF (5,83%) e do ITBI (3,34 %). Esse perfil de arrecadação guarda semelhanças com o apresentado, para o ano de 2005, por Rosa (2008), no município de Santo Antônio de Jesus, onde o ISS se sobressaiu em relação aos demais com 49% do total das receitas tributárias de arrecadação local, seguido do IPTU com 22%, da Dívida Ativa de Impostos que correspondeu a 15%, e do ITBI e IRRF, os quais apresentaram cada 6% de participação relativa.

Em linhas gerais, uma constatação que pode ser feita é que as participações relativas das distintas fontes sofreram flutuações que não permitem caracterizar um padrão estável de distribuição ao longo dos anos. Entretanto, as transferências constitucionais e legais dos impostos da União para os municípios constituíram a principal fonte, em todos os anos. Apesar de estar diminuindo sua participação, representaram, em 2012, 48,14% do total, seguida das transferências do estado (29,79%) e dos impostos arrecadados localmente (22,09%).

Transferências estaduais

A evolução das transferências estaduais revelada na Tabela 9 evidencia que o maior volume de recursos foi destinado aos municípios através da rubrica de Transferências de Recursos do Estado para Programas de Saúde, que no quadriênio, somou R\$ 314.657.137,00, representando 53,22% do total dos repasses estaduais, seguida da rubrica intitulada Outras Transferências de Convênios dos Estados, que totalizou no período R\$ 125.881.904,00 (21,29%), das Transferências de Recursos do SUS a partir de Convênios com

a União com o repasse de R\$ 76.000.718,00 (12,85%) e das Transferências de Convênios dos Estados e do DF para a área da Saúde com R\$ 31.511.356,00 (5,33%).

Em contraponto, as rubricas que receberam menos recursos foram as intituladas Transferências de Convênio dos Estados para o SUS com R\$ 12.632.383,00 (2,14%) e as Transferências dos Estados para Programas de Saúde, através da qual foi repassado R\$ 6.272.246,00 (1,06%) aos municípios baianos.

Tabela 9 – Transferências Estaduais para o setor saúde dos municípios baianos, no período de 2009 a 2012 (em milhões).

Fontes Estaduais	2009	2010	2011	2012	Total
Transferências de Recursos do Estado para Programas de Saúde	62,40	74,55	95,83	81,88	314,66
Transferências de Convênio dos Estados para o SUS	3,80	2,75	4,04	2,04	12,63
Outras Transferências de Convênios dos Estados	22,73	35,06	27,28	40,82	125,88
Transferências dos Estados para Programas de Saúde	2,02	0,61	0,60	3,05	6,27
Transferências de outros Estados para área de saúde	5,62	4,29	8,09	6,28	24,29
Transferências de Recursos do SUS - Convênios União	16,21	14,03	15,69	30,07	76,00
Transferências de Convênios do Estados e do DF: área da Saúde	6,73	6,89	7,45	10,44	31,51
Total	119,51	138,18	158,96	174,58	591,24

Fonte: SIOPS.

As participações relativas das rubricas de transferências estaduais sofreram importantes variações, no período de 2009 a 2012. Como mostra a Tabela 10, as Transferências de Recursos do Estado para Programas de Saúde foram responsáveis pela maior parcela do financiamento estadual, uma vez que oscilaram sua participação entre os 46,90% de 2012, e os 60,28% de 2011.

Estes dados, de certa forma, evidenciam uma maior importância dada pelo financiamento do estado a programas como a ESF, por exemplo, que necessitam realmente de contrapartida estadual, entretanto vale ressaltar que não foram todos os municípios que receberam esses recursos, uma boa parte contou apenas com a contrapartida federal. Cabe frisar também que existe uma tendência do estado, diferentemente da União, a concentrar seu gasto em serviços que ele próprio administra, direta ou indiretamente.

A participação da rubrica Outras Transferências de Convênios dos Estados no quadriênio analisado também foi significativa, variando de 17,16% a 25,37%. No que diz respeito às Transferências de Recursos do SUS a partir de Convênios com a União, notou-se uma redução de sua participação de 13,57% em 2009, para 9,87% em 2011, alcançando o patamar de 17,22% no ano 2012. De modo similar, as Transferências de Recursos dos

Estados para Programas de Saúde reduziram sua importância até 2011, atingindo 1,75% em 2012.

Tabela 10 – Evolução do percentual das transferências estaduais ao setor saúde dos municípios baianos, de 2009 a 2012.

Fontes Estaduais	2009	2010	2011	2012
Transferências de Recursos do Estado para Programas de Saúde	52,21	53,95	60,28	46,90
Transferências de Convênio dos Estados para o SUS	3,18	1,99	2,54	1,17
Outras Transferências de Convênios dos Estados	19,02	25,37	17,16	23,38
Transferências dos Estados para Programas de Saúde	1,69	0,44	0,37	1,75
Transferências de outros Estados para área de saúde	4,70	3,11	5,09	3,60
Transferências de Recursos do SUS - Convênios União	13,57	10,16	9,87	17,22
Transferências de Convênios do Estados e do DF: área da Saúde	5,63	4,99	4,69	5,98
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: SIOPS.

As Transferências de Convênio dos Estados para o SUS, por seu turno, apresentaram uma trajetória errática: no início do período atingiu 3,18% e ao final 1,17%. As Transferências de outros Estados para a área de saúde variaram de 3,11% a 5,09% no período, enquanto as Transferências de Convênios do Estado e do DF para a Área da Saúde de 4,69 a 5,98%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revelaram um crescimento de, aproximadamente, 51% dos gastos realizados conjuntamente pela União, Estados e Municípios com ações e serviços públicos de saúde, no período de 2009 a 2012, conforme declarado pelos municípios ao SIOPS. De 2010 para 2011 foi registrado o aumento mais expressivo, possivelmente devido à inclusão de novos programas e dos incentivos ao bloco de investimentos. Em que pesem as críticas acerca da fragmentação existente a partir de ações, estratégias, programas e entre os blocos de financiamento, a realidade é que de qualquer forma eles acabam angariando mais recursos para o setor saúde.

Analisando-se a distribuição dos gastos entre as macrorregiões constatou-se expressivo desequilíbrio em favor das que sabidamente possuem maior capacidade instalada,

como a macro Leste e Centro-Leste. Entretanto, frente à grande população que essas regiões concentram esses gastos parecem ainda não ser suficientes, uma vez que os respectivos gastos *per capita* estiveram dentre os menores do estado.

O GPS parece estar intrinsecamente relacionado ao porte populacional dos municípios. Cerca de 60% dos municípios baianos são considerados de pequeno porte populacional, com menos de 20.000 habitantes, e o GPS de, aproximadamente, 70% dos municípios foi inferior a R\$ 5 milhões. Apenas quatro municípios ultrapassaram o patamar dos R\$ 100 milhões de gasto 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 reduz as desigualdades, muito menos consegue ser equânime.

Quanto à participação das três esferas de governo no GPS do estado da Bahia, observou-se, ao analisar os recursos declarados pelos municípios nos relatórios do SIOPS, o nível federal como o grande financiador das ações e serviços de saúde, com um aumento aproximado de 40% nos gastos no quadriênio em análise, apesar de ter diminuído sua participação relativa ao total dos gastos, em decorrência, sobretudo, da ascensão dos investimentos municipais, que atingiram, em 2012, a cifra de R\$ 2,3 bilhões, enquanto os gastos estaduais representaram a menor participação no GPS. Ao incluir na análise os recursos informados pela SESAB ao SIOPS, ratificou-se a supremacia do ente federal no financiamento do SUS, bem como a evolução da participação dos gastos municipais, que, inclusive, chegaram a ser superiores aos gastos estaduais na segunda metade do período estudado.

É importante sinalizar que o gasto global efetuado pelo estado em cada município, região de saúde e macrorregião permanece desconhecido, uma vez que o estado não possui obrigação legal de detalhar seus objetos de gasto nos relatórios de gestão que, por sua vez, são de difícil acesso, não estando publicamente disponíveis, a despeito dos slogans de transparência governamental.

A análise das transferências federais para os municípios na forma de blocos de financiamento revelou uma importante mudança de comportamento do gasto em saúde ao final do período estudado. Isto porque em 2012, o volume de recursos destinados para a AB, ao atingir um patamar inédito de R\$ 1,2 bilhões, foi superior aos gastos federais com a atenção de MAC, o que significa alterar uma cultura histórica e hegemônica de alocação de recursos financeiros, constituindo, assim, um passo fundamental para a concretização da real mudança do modelo de atenção à saúde, a partir da expansão da ESF e ampliação do acesso aos serviços.

Analisando as rubricas de receitas municipais e estaduais, foram verificadas importantes características da forma de participação, no financiamento da saúde, das esferas infranacionais no estado da Bahia. As receitas municipais provenientes de tributos, aumentaram em 69%, de 2009 a 2012, sendo, na arrecadação local, o ISS o imposto que mais angariou recursos para o setor saúde dos municípios baianos, seguido do IPTU, do IRRF e do ITBI. No que concerne aos gastos estaduais, os dados informados pelos municípios ao SIOPS revelaram que a maior parte dos recursos (53,22%) é transferida por meio da rubrica de receita intitulada Transferências de Recursos do Estado para Programas de Saúde.

Tomando como base o exposto, é preciso fazer jus ao fato de que para todos os anos, municípios e itens de gastos listados os recursos para a saúde aumentaram. De certo que não basta ter o recurso, pois a qualidade do gasto e sua distribuição de forma equânime, isto é, levando em consideração as necessidades de saúde da população, além de uma gestão racional que evite desperdícios, são imprescindíveis. De todo modo, a ampliação das verbas para custeio e investimentos em ações e serviços públicos de saúde representa um passo extremamente importante como forma de um processo de quitação de uma dívida historicamente produzida, uma vez que a maior parte da população já foi, outrora, considerada indigente, tendo o acesso aos serviços de saúde negado, e tem hoje, através do SUS, uma maior oportunidade de cuidar de sua saúde. É pois necessário que a saúde seja uma prioridade de gasto nesse país com acentuadas desigualdades sociais e com ampla concentração de renda nas mãos de poucos, e que o SUS se torne tão bem estruturado quanto inscrito nas legislações que o regulamentam.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M. Atenção primária à saúde e a estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W. S. et al (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**, São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p.783-836.

AUREA, A.P et al. **Programas de assistência farmacêutica do governo federal**: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. Brasília, DF: IPEA; 2011.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, supl. 1, p. 1- 166, dez., 2012.

BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **Revista de Administração em Saúde**, v. 10, n. 41, p. 159-163, out./dez. 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Receitas públicas**: manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília: Ministério da Fazenda, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006a.

BRASIL. Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Receitas públicas**: manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de janeiro de 2007b, Seção 1, p. 45-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Comportamento da despesa com investimento no gasto público em saúde realizado por estados e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **A assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 11 jul. 2011b, p. 50-78.

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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012, Seção 1, p. 1.

BRASIL. 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mai. 2013. Seção 1, p. 29.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007.

COELHO, T. C. B. et al. **Contas em Saúde**: uma proposta metodológica para o Estado da Bahia. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB, 2005. Mimeo.

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 Análise e Dados**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 303-313, 2006.

COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, Sup., p. 1851-1864, 2007.

FAVERET, A. C. S. C.A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. d'Á. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N. T. et al (orgs.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 307-352.

MAGNOLI, A. **National health accounts in Latin American and Caribbean**: concept, results and policy uses. Cambridge: Harvard University, 2001. 47 p.

MATTOS, R. A.; COSTA, N. R. Financiando o SUS: algumas questões para o debate. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n 2, p. 315-333, 2003.

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

OLIVEIRA, L. C. F. ASSIS, M. M. A. BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, Supl. 3, p. 3561-3567, 2010.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento Público da Saúde**: uma história à procura de rumo, Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

RODRIGUES, R. et al. Federalismo, relação público-privado e gasto em saúde no Brasil. **Rev. Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, Salvador, 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? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, 2011.

ROSA, M. R. R. **A gestão dos recursos financeiros do SUS em um município da Bahia**. 2008. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2008.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A.D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

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

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (orgs.). **Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

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

SILVA, M. C. Gastos com Saúde: uma Análise do Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 pelos 100 Municípios Brasileiros mais Populosos, no período de 2000 a 2008. **REUNIR – Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, v. 2, n. 1, p.1-20, 2012.

SOUZA, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **Dados – Rev. Ciênc. Sociais**, v. 44, n. 3, p. 513-560, 2001.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B. Gasto público federal com medicamentos em uma macrorregião de saúde. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 264-70, 2011.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1597-1609, 2006.

VIANA, A. L. D'Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun., 2008.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 2, p 149–56, 2010.

VIEIRA, F. S.; MENDES, A. C. R. **Evolução dos gastos com medicamentos**: crescimento que preocupa. In: VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde. São Paulo: PUC/SP, 2007. Disponível em: <<http://www.abresbrasil.org.br/pdf/18.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.

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

WHO. **World health statistics**. Geneva: World Health Organization, 2013.

5.2 Artigo 2

FINANCIAMENTO FEDERAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA NA PERSPECTIVA DA EQUIDADE

FINANCING FEDERAL OF UNIFIED HEALTH SYSTEM IN BAHIA STATE IN VIEW OF EQUITY

Andrei Souza Teles
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

O artigo analisa a distribuição dos recursos financeiros federais para os municípios do estado da Bahia, na perspectiva da equidade, no ano 2010, em relação ao tamanho populacional e em função do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), considerado uma *proxy* das necessidades de saúde e indicador de desigualdades sociais e de saúde. Constatou-se que 20% dos recursos, cerca de R\$ 410,30 milhões, foram transferidos para os 219 municípios com os menores IDHM do estado da Bahia, por outro lado, os 37 municípios com os melhores IDHM, detiveram 60% dos recursos federais, isto é, mais de R\$ 1,23 bilhões. Evidenciou-se também que 30% dos recursos, aproximadamente, R\$ 615,45 milhões, foi destinado a 40% da população, que se encontra espalhada por 348 municípios do total de 417 presentes na Bahia e 50%, o equivalente a mais de R\$ 1 bilhão, foram transferidos também para 40% da população, mas que se distribui por apenas 17 municípios. A análise dos dados permitiu concluir que a distribuição de recursos federais não foi equânime tendo como base as variáveis utilizadas no estudo, pelo contrário, verificou-se uma grande concentração de recursos destinada a poucos municípios de grande porte populacional e foram beneficiados os municípios com os mais altos IDHM, favorecendo regiões privilegiadas socioeconomicamente, enquanto os municípios onde as populações encontram maiores riscos de adoecer e morrer permaneceram sendo contemplados com recursos proporcionalmente menores em relação às suas necessidades de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Equidade em Saúde; Financiamento; Gastos em Saúde.

ABSTRACT

The article analyzes the distribution of federal funds to the municipalities of the state of Bahia, in the perspective of equity in the year 2010 in relation to population size and function of the Municipal Human Development Index (IDHM), considered a proxy of the needs of health and indicator of social and health inequalities. It was found that 20% of resources, approximately R\$ 410.30 million, were transferred to the 219 municipalities with the lowest IDHM of Bahia, on the other hand, the 37 cities with the best IDHM, detained 60% of the resources federal, that is, more than R\$ 1,23 billion. It was evident also that 30% of resources, approximately R\$ 615,45 million, was allocated to 40% of the population, which is spread over 348 municipalities of the total of 417 present in Bahia and 50%, equivalent to more than R\$ 1 billion, were also transferred to 40% of the population, but that is distributed in only 17 municipalities. Data analysis showed that the distribution of federal funds was not equitable based on the variables used in the study, however, there was a large concentration of resources allocated to a few cities of large population size and cities have benefited from the higher IDHM, favoring privileged socioeconomic regions, while the municipalities where populations are greater risks of illness and death remained being awarded proportionately less resources in relation to their health needs.

KEYWORDS: Equity in Health; Financing; Health Expenditures.

INTRODUÇÃO

O financiamento é um dos principais gargalos do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua institucionalização, sendo apontado como um importante fator obstaculizador do alcance pleno de uma plêiade de princípios basilares. Importa assinalar, que o desafio do financiamento do SUS perpassa pela necessidade de ampliação dos recursos financeiros, tendo em vista a construção de um sistema público universal, integral e igualitário, mas também, certamente, pela melhoria da qualidade do gasto em saúde. Partindo do pressuposto que os recursos são limitados, racionalizar seu uso a partir das necessidades das populações pode representar ganhos em eficiência e equidade na alocação de recursos no âmbito do SUS (BRASIL, 2007).

É consenso que os sistemas universais devam buscar a equidade como princípio orientador para que se atinja um melhor estado de saúde possível de uma população. Todavia, o termo equidade não foi referido de modo explícito na Constituição Federal de 1988 e tampouco na legislação infraconstitucional do SUS. A Constituição assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado através de um acesso em caráter universal e igualitário a ações e serviços do sistema de saúde e, no Art. 7º da Lei 8.080/90, é a igualdade em saúde, sem preconceitos ou privilégios, que é estabelecida entre os princípios do SUS. Apesar disso, a equidade vem sendo incorporada e interpretada tanto no discurso oficial quanto por atores sociais como importante princípio do SUS (BRASIL, 2006a).

De todo modo, princípios como os da igualdade e equidade são essenciais em suas diferenças para o desenvolvimento do sistema de saúde. O princípio da igualdade está baseado na definição de cidadania, por meio da qual todos os indivíduos são iguais e, portanto, possuem os mesmos direitos. Assim, uma pessoa considerada rica deve receber o mesmo tratamento de uma pessoa pobre. O princípio da equidade, por sua vez, recupera a ética e a justiça em valores e regras de distribuição e reconhece que, por conta das diferenças existentes entre os indivíduos, faz-se necessário um tratamento diferenciado que possa compensar as desigualdades existentes. Ou seja, o tratamento desigual é justo quando executado em benefício de quem mais necessita. Nessa concepção, indivíduos pobres tendem a necessitar de uma atenção diferenciada e de mais recursos públicos que os ricos, pois competem pelos recursos em situação de desvantagem social. Por outro lado, desigualdade corresponde a um desrespeito aos direitos fundamentais e, portanto, configura-se como injustiça. É oportuno ressaltar que nem toda desigualdade constitui uma iniquidade, uma vez

que esta representa uma desigualdade injusta, isto é, que poderia ser potencialmente evitável (VIANNA et al., 2001).

Para Whitehead (2000), o termo iniquidade possui uma dimensão moral e ética, e representa uma situação tida como injusta no contexto social. Assim, as diferenças de saúde estabelecidas por conta de determinantes biológicos e comportamentos individuais inadequados para a saúde, escolhidos por vontade própria, são consideradas como inevitáveis. Já as diferenças provocadas pela impossibilidade social de alterar um estilo de vida considerado prejudicial, a exposição a precárias condições de trabalho, e a falta de acesso aos serviços públicos de saúde, seriam ponderadas como evitáveis e injustas, logo, como iniquidades em saúde.

Em sentido amplo, a equidade é definida como a ausência de diferenças sistêmicas e minoráveis na saúde e em seus determinantes entre os grupos de diferentes gêneros, classes sociais, raças ou etnias (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003). Dessa forma, exprime a ideia central de que as desigualdades existentes na sociedade não são determinadas naturalmente, mas sim sintetizadas por um processo histórico, bem como pelo modelo de organização e produção social (NUNES, 2004). O que, de certa forma, justifica sua utilização na tentativa de sanar dívidas historicamente produzidas.

A equidade, no setor saúde, pode estar relacionada tanto à questão de acessibilidade aos serviços, bem como de financiamento do sistema. Quanto ao acesso da população aos serviços de saúde a equidade “justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos seguimentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 535). No que diz respeito ao financiamento do SUS, vale ratificar que um repasse financeiro igualitário não denota, necessariamente, uma distribuição equitativa, vez que a aplicação da equidade exige uma alocação de recursos para estados e municípios não só a partir de um mesmo valor *per capita*, mas também que leve em conta as necessidades de saúde diferenciadas de grupos específicos da população (BRASIL, 2006a).

Em se tratando da distribuição de recursos públicos em saúde, a igualdade e a equidade são tidas como dois dos mais importantes princípios dos paradigmas de justiça. Disposições alocativas fundamentadas no princípio da igualdade canalizam estratégias para a universalização das políticas sociais, ao passo que decisões baseadas na equidade comumente implicam na focalização dessas políticas. A aplicação desses princípios repercute diretamente na estrutura de desigualdades de uma sociedade, nos gastos das políticas sociais e em seu processo de implementação e controle. A propósito, é mister afirmar que essa discussão é

extremamente oportuna no Brasil, onde os recursos são escassos e as desigualdades sociais levam a maior parte da população à dependência dos serviços oferecidos pelo Estado, fazendo com que os resultados da alocação tenham impactos diretos e significativos na vida dos usuários, principalmente daqueles que se encontram em condições de maiores necessidades (MEDEIROS, 1999).

O conceito de necessidade é polissêmico, contudo, traz uma ideia de restrição de liberdade de escolha ou mesmo de dependência (COELHO; SCATENA, 2014). Assim, as necessidades em saúde, em uma concepção ampliada, dizem respeito não somente aos aspectos relacionados à assistência à saúde (doença, sofrimento, agravos), mas também englobam carências ou vulnerabilidades que expressam o que é necessário para se ter saúde e que envolve condições necessárias para o gozo da vida, sendo determinadas por contextos sociais e históricos (HINO et al., 2009). Nesse contexto, Starfield (2001) diferencia ainda dois tipos de equidade - horizontal e vertical. A equidade horizontal indica que não deve haver diferenças nos serviços de saúde para as pessoas que possuam as mesmas necessidades. Já a equidade vertical emerge quando os indivíduos mais necessitados recebem proporcionalmente maiores recursos, que é possível quando os serviços de saúde se fazem presentes onde as necessidades sabidamente são maiores.

Para Ugá, Porto e Piola (2012), uma distribuição de recursos financeiros considerada equitativa é aquela que se dá de modo a privilegiar regiões mais necessitadas que estejam em condições sanitárias e socioeconômicas desfavoráveis, para as quais deve ser destinado um volume de recursos superior ao estipulado em virtude do número de habitantes. Em síntese, a alocação de recursos para custeio de ações e serviços de saúde deve partir da base populacional, mas também incorporar uma medida *proxy* de necessidades, que consiste numa importante ferramenta para mensurar desigualdades nas populações de diferentes áreas geográficas.

A busca por equidade na distribuição geográfica dos recursos fez com que diversos países adotassem metodologias no sentido de orientar a alocação de recursos com base nas necessidades de saúde das populações. A Inglaterra foi o país pioneiro a adotar esse tipo de estratégia, na década de 1970, com a utilização da fórmula conhecida como RAWP (*Resource Allocation Working Party*), que usava como *proxy* das necessidades de saúde a taxa de mortalidade padronizada por sexo e idade. A crítica principal a este modelo estava relacionada ao fato de apenas ser utilizado um indicador para representar as necessidades, o que levou seus elaboradores, posteriormente, a desenvolverem uma nova proposta metodológica baseada em dados de uso dos serviços de saúde para estimar a demanda dos

serviços ocasionada pelas necessidades de saúde (NUNES, 2004; PORTO et al., 2003; COELHO; SCATENA, 2014). No Brasil, a tentativa de utilização desse modelo à realidade do SUS por Porto e outros (2007) não se mostrou aplicável para a consecução de uma alocação de recursos equânime.

De acordo com Araújo e outros (2006), é crescente o debate acerca da adoção de mecanismos na distribuição dos recursos. Entretanto, historicamente tem-se um quadro de alocação de recursos que favorece as regiões as quais dispõem de ampla capacidade instalada, em detrimento das que possuem necessidades desses serviços e, conseqüentemente, maiores necessidades de saúde, acentuando, assim, as disparidades existentes.

Nesse contexto, equidade na alocação geográfica de recursos insere-se como uma imagem-objetivo, que está relacionada, sobretudo, a uma distribuição adequada e justa dos recursos financeiros, de forma que atenda realmente às necessidades e especificidades das populações. De forma intrínseca à questão da equidade está o entendimento de que todas as pessoas devem estar livres de morbidades e mortalidades essencialmente evitáveis, o que representa um grande desafio para os gestores e planejadores do sistema de saúde, que devem conhecer melhor as implicações das desigualdades na distribuição de ações e serviços de saúde, bem como as necessidades de saúde das populações, para o estabelecimento de mecanismos eficazes e eficientes em prol de uma distribuição de recursos mais equitativa (COELHO; SCATENA, 2014).

Portanto, ter o recurso financeiro é condição necessária, mas não suficiente para que as ações e os serviços de saúde estejam ao alcance de quem mais necessita. Daí a importância de observar como os recursos direcionados para o setor da saúde são distribuídos pela população. Nesse sentido, este artigo teve por objetivo analisar a distribuição dos recursos financeiros federais para os municípios do estado da Bahia, na perspectiva da equidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo em uma perspectiva descritiva-analítica e comparativa, no qual constituíram categorias de análise o gasto federal para os municípios baianos, a população dos respectivos municípios e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). O que é gasto federal se constitui em receita dos municípios que recebem as transferências do Fundo Nacional de Saúde para o financiamento e a oferta das ações e dos serviços de saúde (TELES; COELHO, 2011).

O escopo do estudo abrange o estado da Bahia setorizado por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento que detalha a organização da assistência com o objetivo de ordenar o processo de regionalização da saúde e reduzir as disparidades existentes entre os municípios, de modo a promover maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006b). De acordo com a última atualização do PDR oficializada pela Resolução da CIB nº 164, de 28 de maio de 2013 (BRASIL, 2013), o estado da Bahia era composto por 417 municípios agrupados em 28 regiões de saúde e nove macrorregiões: Norte, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Nordeste, Leste, Sudoeste, Sul e Extremo Sul.

Constituíram fontes de dados deste estudo, disponíveis na internet, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Atlas de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que foi utilizado na obtenção do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2013 a setembro de 2014, período no qual todos os 417 municípios da Bahia já haviam declarado suas informações financeiras ao SIOPS referentes ao ano 2010, quando o estado contava com uma população de 14.016.906 habitantes.

Os dados sobre financiamento das ações e serviços de saúde foram coletados e tabulados com o auxílio de instrumentos construídos a partir das principais categorias do modelo das Contas Nacionais de Saúde (*National Health Accounts* – NHA): as fontes de financiamento da saúde; os gestores ou intermediários das verbas, em geral, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS); os prestadores de serviços; e as atividades de saúde por eles desenvolvidas, que serão aqui designadas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) de forma a atender a Lei Complementar (LC) nº 141 de 2012.

Este modelo permite seguir o fluxo dos recursos financeiros das suas origens até seus usos, permitindo sua melhor descrição e uma análise das informações financeiras mais próximas da realidade (COELHO et al., 2005). Para fins de padronização dos conceitos utilizados ele adota os princípios básicos do *System of Health Accounts* (SHA) da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) contidos no manual de classificação da SHA, a *International Classification for Health Accounts* (ICHA) (MAGNOLI, 2001; PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, 2003).

O modelo de NHA mensura os gastos em saúde utilizando uma matriz com quatro categorias básicas da atenção à saúde, mas para efeito deste estudo somente foi utilizada a primeira tabela: Fontes de Financiamento *versus* Agentes de Financiamento. As fontes foram

categorizadas a partir do Manual da União que as organiza em duas categorias principais de receita: correntes e de capital.

As receitas correntes são os ingressos de recursos financeiros advindos do poder de tributação ou da venda de serviços, que tem por finalidade a consecução dos propósitos contidos nos programas e ações de governo. Já as receitas de capital são denominadas dessa forma por serem oriundas de recursos mediante a constituição de dívidas, amortização de empréstimos e financiamentos (BRASIL, 2004).

Para analisar a descentralização dos recursos federais para os municípios baianos na perspectiva da equidade, o estudo lançou mão da Curva de Lorenz, uma representação gráfica de frequências acumuladas que compara a distribuição obtida por uma dada variável com o que seria uma distribuição perfeitamente igualitária, representada por uma reta de inclinação de 45°. Quanto mais distante se formar a curva de frequência relativa acumulada em relação a essa reta, maior é a desigualdade, ou a depender da variável utilizada, mais ampla é a iniquidade (HOFFMANN, 2002; SCHNEIDER et al., 2002; MATOS, 2005).

Para efeito de comparabilidade, foi verificada a distribuição dos recursos em relação ao tamanho populacional e em função do IDHM, considerado uma *proxy* das necessidades de saúde e indicador de desigualdades sociais e de saúde. Assim, para a elaboração das curvas, os municípios foram ordenados de forma crescente de população, bem como de IDHM. No eixo das ordenadas (y) foi representada a proporção acumulada dos repasses federais realizados para os municípios baianos e no eixo das abscissas a proporção acumulada da população e do IDHM.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A despeito dos avanços da descentralização dos recursos alocados no setor saúde, a participação do governo federal no financiamento do SUS mantém-se crucial para o desenvolvimento das ações de saúde e como importante indutor das políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS). A transferência dos recursos financeiros federais para estados e municípios tem ocorrido principalmente através de transferências regulares e automáticas, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, e cada vez menos por remuneração direta por serviços produzidos e convênios, tendo como propósito, além de aproximar o financiamento das esferas subnacionais, também incentivá-las a ampliar seus gastos em saúde (BRASIL, 2003; COELHO; SCATENA, 2014).

A Lei Complementar 141/2012, recentemente, definiu gastos em saúde (ou despesas com as ASPS) como aqueles destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, com vistas à consecução do acesso universal, igualitário e gratuito. Adicionalmente, esses gastos devem estar em concordância com as metas e objetivos especificados nos Planos de Saúde dos entes federados, e condizer, estreitamente, com as responsabilidades do setor saúde (BRASIL, 2012).

Em 2010, no estado da Bahia, de acordo com os relatórios do SIOPS, os gastos públicos com as ações e serviços de saúde executados no âmbito do SUS totalizaram R\$ 3,9 bilhões, dos quais, 52,02% foram de origem federal, 3,50% estadual e 44,48% municipal. Assim, tem-se ainda como o mais importante financiador do sistema a União, seguida dos municípios e do estado. O valor das transferências federais foi de R\$ 2.051.521.189,00, correspondendo a um valor *per capita* de R\$ 146,36, que seria o valor que cada município receberia se as transferências de recursos levasse em conta tão somente o fator população, caracterizando, assim, uma distribuição igualitária, mas não necessariamente equânime.

Cabe sinalizar que esta distribuição toma como base apenas a declaração dos municípios acerca das suas receitas, deixando de lado a receita movimentada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) que não é repassada aos municípios, ainda que possa ser aplicada em saúde nos municípios.

As rubricas das receitas, correntes e de capital que compuseram os gastos federais encontram-se dispostas na Tabela 1, onde as Receitas Correntes, somadas às Receitas de Capital totalizam as Receitas Federais de Saúde. Verifica-se, tomando por referência a totalidade dos municípios baianos que declararam suas informações financeiras ao SIOPS, no ano de 2010, que a Atenção Básica (AB) e a Média e Alta Complexidade (MAC) receberam os maiores aportes de recursos, absorvendo juntas 87,28% do financiamento federal do SUS. O volume de recursos destinados à AB representou 41,34% do total das transferências federais, mas, ainda assim, foi inferior ao alocado para a atenção de MAC, que correspondeu à cerca de 46% do montante.

Considerando-se que a SESAB recebeu transferências federais, em 2010, no valor de R\$ 881.977.111,00, apenas para a rubrica Média e Alta Complexidade (83% de todas as transferências federais para a SESAB) e insignificantes R\$ 1.202.399,00, para a AB, estima-se que os gastos federais totais com a MAC no estado tenham ficado em, pelos menos, dois bilhões de reais, considerando-se os dados fornecidos ao SIOPS. Vale destacar que a SESAB declarou gastos com recursos próprios no valor de R\$ 1.916.885.631,00, em 2010, mais um total de repasses federais no valor de R\$ 1.063.303.181,00, ficando a Despesa Liquidada

Total com ações e serviços de saúde em torno de R\$ 3.056.491.854,00. Ou seja, dado que a expressiva maioria destes recursos foram alocados na MAC, e que não estão sendo computados neste estudo os gastos próprios dos municípios, as disparidades entre a AB e a MAC podem ser muito maiores do que os estudos sobre financiamento têm apontado. Na verdade, a estimativa é de que o Gasto Público Total com a MAC, incluindo recursos federais, estaduais e municipais, tenha oscilado em torno de 4 bilhões no ano de 2010.

Tabela 1 – Distribuição de receitas do financiamento federal para o setor saúde dos municípios do estado da Bahia, por tipo de rubricas, em 2010.

Receitas	Valores declarados ao SIOPS (R\$)	%
Receitas Federais de Saúde	2.051.521.189,00	100,00
Receitas Correntes	2.026.576.960,00	98,78
Remuneração de Dep. Banc. de Rec. Vinculados	16.698.217,00	0,81
Serviços Hospitalares (SIH)	48.426.395,00	2,36
Serviços Radiológicos e Laboratoriais (SIA/SIH)	6.043.346,00	0,29
Serviços Ambulatoriais	5.663.135,00	0,28
Atenção Básica	848.109.397,00	41,34
Atenção de Média e Alta Complexidade	942.514.289,00	45,94
Vigilância em Saúde	74.050.895,00	3,61
Assistência Farmacêutica	45.358.995,00	2,21
Gestão do SUS	12.012.530,00	0,59
Outros Programas Financ. por Transf. Fundo a Fundo	12.339.465,00	0,60
<i>Transferências de Convênio</i>	15.360.292,00	0,75
Convênios com o Ministério da Saúde	7.514.321,00	0,37
Outros Convênios da União para a área da Saúde	7.845.971,00	0,38
Receitas de Capital	24.944.228,00	1,22
Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	0,00	0,00
Outras Transferências de Recursos do SUS	0,00	0,00
<i>Transferências de Convênio</i>	24.944.228,00	1,22
Convênios com o Ministério da Saúde	7.497.491,00	0,37
Outros Convênios da União para a Área da Saúde	6.442.516,00	0,31
Convênios: Ministério da Saúde p/ área Saneamento	11.004.221,00	0,54

Fonte: SIOPS.

Estudo realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (BRASIL, 2011) aponta uma tendência de aumento da prioridade no financiamento da AB, uma vez que, em 1995, representava 10,82% dos gastos federais com ações e serviços de saúde, e em 2004, esse percentual havia aumentado para 18,34%. Enquanto a MAC, nesse mesmo período, havia reduzido timidamente sua participação relativa de 50,01% para 48,34%. É válido ressaltar que, apesar dos múltiplos esforços ao longo dos anos rumo à mudança do modelo assistencial, é imprescindível que eles estejam ajustados, acompanhados

e impulsionados por um financiamento adequado e permanente para que sejam asseguradas não só a continuidade, como também a evolução dos avanços já conquistados.

Para os outros blocos de financiamento como a Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS foram transferidos, aproximadamente, R\$ 131,42 milhões (6,41%). Não obstante, ter sido inserido legalmente em 2009, através da Portaria GM/MS nº 837/2009, o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, segundo os relatórios de receitas e despesas do SIOPS, não recebeu recursos em 2010 (BRASIL, 2009).

Os convênios do MS são celebrados com órgãos ou entidades para a realização de ações e programas vinculados com o setor da saúde de responsabilidade mútua entre o órgão concedente e o conveniente (BRASIL, 2003). Os recursos repassados, desta forma, aos municípios baianos, incluindo receitas correntes e de capital, totalizaram cerca de R\$ 40,30 milhões, o correspondente a 1,96% do total das transferências.

A receita patrimonial, derivada de ganhos de investimentos do ativo permanente (BRASIL, 2004), intitulada Remuneração de Depósitos Bancários de Recursos Vinculados recebeu aproximados 16,7 milhões (0,81%) por transferências federais. Das receitas de serviços o maior volume de recursos deu-se em Serviços Hospitalares (SIH) com R\$ 48.426.395,00 (2,36%), seguidos dos Serviços Radiológicos e Laboratoriais, e dos Serviços Ambulatoriais, para os quais foram destinados, respectivamente, R\$ 6.043.346,00 (0,29%) e R\$ 5.663.135,00 (0,28%).

A Tabela 2 mostra a distribuição do Gasto Federal em Saúde (GFS) entre as macrorregiões do estado da Bahia que, por sinal, revela uma situação de grande desequilíbrio.

Tabela 2 – Gasto Federal em Saúde (GFS) no estado da Bahia e macrorregiões, em 2010.

Macrorregiões	GFS (R\$)	%	GFS per capita (R\$)	% do per capita macrorregional em relação ao per capita estadual
Leste	673.021.875,00	32,81	154,58	105,62
Centro-Leste	292.373.781,00	14,25	139,33	95,20
Sudoeste	269.041.747,00	13,11	157,84	107,84
Sul	195.836.929,00	9,55	120,76	82,51
Norte	158.902.126,00	7,75	156,28	106,77
Oeste	128.579.258,00	6,27	146,64	100,19
Nordeste	86.000.016,00	4,19	105,75	72,25
Centro-Norte	115.841.391,00	5,65	150,20	102,62
Extremo-Sul	131.924.062,00	6,43	173,54	118,57
Bahia	2.051.521.189,26	100,00	146,36	100,00

Fonte: SIOPS.

A macrorregião Leste recebeu, em 2010, aproximadamente, R\$ 673,02 milhões, o equivalente a 32,81% do GFS de todo o estado. Adicionando esse valor ao que foi repassado para as macrorregiões Centro-Leste e Sudoeste, tem-se um total de 1,23 bilhões, o correspondente a 60,17% do GFS da Bahia, o que significa logicamente que as seis outras macrorregiões receberam menos de 40% do total das transferências federais, sendo a macro Nordeste a que menos recebeu recursos. Entende-se que o agrupamento dos municípios em macrorregiões já possui viés distributivo, pois agrega municípios de menor porte ao redor de outros de maior porte que são sede das regiões de saúde e que possuem oferta de serviços compatível, o que minimiza (mas não elimina) as diferenças de capacidade instalada entre as macrorregiões.

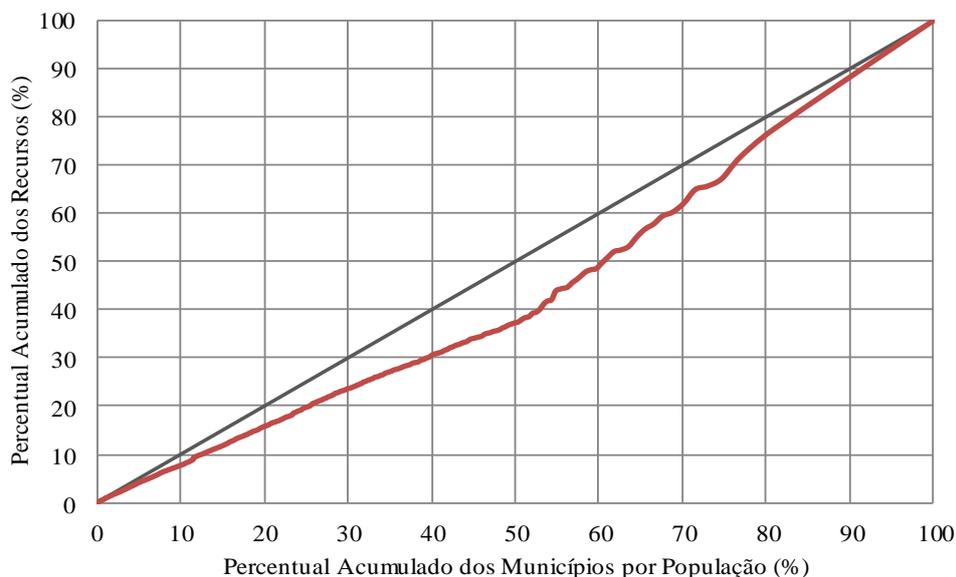
A análise da distribuição dos recursos *per capita* minimiza, de certa forma, a interferência do porte populacional dos municípios que compõem as macrorregiões de saúde, já que existem rubricas de receitas em um nível mais desagregado, como o Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), para as quais os recursos são repassados segundo número de habitantes. Entretanto, ainda assim, verifica-se que os valores também continuam oscilando consideravelmente. O gasto *per capita* variou entre R\$ 105,75, na macrorregião Nordeste que se encontra abaixo do valor *per capita* estadual (representa 72,25% desse valor), e R\$ 173,54 no Extremo-Sul (118,57% do valor *per capita* estadual). Ademais, os dados apresentados salientam que o GFS *per capita* para a maioria das macrorregiões (Leste, Sudoeste, Norte, Oeste, Centro-Norte e Extremo-Sul) foi superior à média estadual de R\$ 146,36. Das macrorregiões que possuíram o *per capita* inferior, a Nordeste foi novamente a que mais se distanciou, chegando a quase 28% a menos que a média *per capita* estadual.

O critério distributivo reinante ainda hoje no Brasil tem sofrido críticas contundentes por privilegiar, historicamente, regiões com melhores condições socioeconômicas e sanitárias e maior capacidade instalada. Por conseguinte, tem-se um quadro de desigualdade que penaliza regiões pobres com acentuadas necessidades de saúde (ARAÚJO et al., 2006; NUNES, 2004; PORTO et al., 2003). Ugá, Porto e Piola (2012), dando acento às críticas, assinalam que o critério de alocação de recursos adotado no país não leva em consideração as desiguais necessidades por serviços de saúde das populações, por não integrar, na definição das transferências, variáveis determinantes dessas necessidades.

A Figura 1 expressa o percentual acumulado da população e dos recursos federais, estando os municípios agrupados em ordem crescente de população. Esta, por sua vez, encontra-se dividida em dez décimos, sendo o primeiro décimo composto pelos municípios

com menor número de habitantes e o último décimo pelos de maior população. A fronteira entre um décimo e outro é denominada de decil (MEDEIROS, 2006).

Figura 1 – Distribuição dos recursos federais aos municípios do estado da Bahia por ordem crescente de população.



Fonte: SIOPS/IBGE.

Percebe-se que, apenas nos extratos extremos da população, a Curva de Lorenz se aproxima da linha da perfeita igualdade. Isto indica que a transferência de recursos também se aproximou de uma distribuição igualitária para os municípios no primeiro e no último décimo, entre si, o que apesar de possuir aceitabilidade política, não evidencia uma distribuição de recursos equânime (BRASIL, 2006a). Cabe destacar que foi observada a formação de certa concavidade em relação à reta de 45° de inclinação, ilustrando que também houve desigualdade na distribuição dos recursos. Embora o arco da curva não esteja muito pronunciado, essa desigualdade foi mais favorável ao conjunto de municípios com maior número de habitantes, posto que 30% dos recursos, aproximadamente R\$ 615,45 milhões, foram destinados a 40% da população, que se encontra espalhada por 348 municípios do total de 417 presentes no estado da Bahia e 50%, o equivalente a mais de R\$ 1 bilhão, foram transferidos também para 40% da população, mas que se distribui por apenas 17 municípios.

Sob o prisma da equidade, a distribuição de recursos para o SUS demanda mais que uma política de alocação de recursos pautada simplesmente em um valor *per capita* igualitário. Devem ser realizados, sim, ajustes de base populacional, mas, sobretudo, devem ser consideradas as desigualdades entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços

encontradas nas macrorregiões, regiões de saúde e nos municípios (BRASIL, 2006a; PORTO et al., 2003).

No que tange às necessidades de saúde, uma medida que tenha por intuito representá-las constitui, indubitavelmente, um importante desafio para a distribuição de recursos de forma equitativa. Contudo, esta é uma questão para a qual não existe consenso, tampouco fórmula universal sobre o conjunto ideal de variáveis a ser utilizado nas mais distintas realidades das populações. Dada a dificuldade de mensurar as necessidades populacionais de saúde de modo preciso, uma série de experiências tem utilizado variáveis socioeconômicas, epidemiológicas e demográficas que possuem evidência científica de associação positiva com as necessidades de saúde, constituindo importantes problemas tanto a disponibilidade, quanto a confiabilidade dos indicadores para essas dimensões (ARAÚJO et al., 2006; UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

O IDHM, por sua vez, é um indicador abrangente, obtido através de um ajuste metodológico ao IDH global para adequação ao contexto dos municípios brasileiros e aos indicadores disponibilizados pelos Censos Demográficos do país. Compreende três dimensões do desenvolvimento humano: o grau de escolaridade, renda e o nível de saúde baseado na expectativa de vida, que reflete as condições de saúde e dos serviços de saneamento. O índice varia de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 maior o IDH de um município – de 0 a 0,499 é considerado muito baixo; de 0,500 a 0,599 baixo; de 0,600 a 0,699 médio; de 0,700 a 0,799 alto; e, por fim, de 0,800 a 1 tido como muito alto. Esse indicador também já foi utilizado em outros estudos nacionais como uma *proxy* para medir desigualdades (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005; BRASIL, 2006a).

A distribuição dos recursos federais de saúde para os municípios baianos apresentou uma clara relação de proporcionalidade com o IDHM: quanto menor o IDHM, menor a transferência. Conforme evidencia a Tabela 3, aproximadamente 63% dos municípios baianos (262), em 2010, possuíam baixo IDHM. As transferências federais para esse conjunto de municípios que conta com 32,6% da população do estado (4.570.803 hab.) representaram 23,22% (R\$ 476.319.254,00) do total, resultando em um gasto *per capita* de R\$ 104,21.

Nota-se que existiam 146 municípios (35,01%) com o IDHM classificado como médio (39,29% da população) os quais receberam 43,42% (R\$ 890.739.719,11) dos repasses federais, o que correspondeu a R\$ 161,00 *per capita*. Na Bahia, apenas um município teve o IDHM considerado muito baixo, para o qual foram destinados R\$ 2.296.675,00 (0,11%), ou R\$ 71,19 por habitante. Por outro lado, apenas oito municípios apresentaram IDHM alto, para

os quais foram transferidos 33,25% (R\$ 682.165.540,00) dos recursos, o que, ao dividir pela população residente de 3.906.307 habitantes, totalizou um *per capita* R\$ 174,63.

Tabela 3 – Distribuição dos recursos federais, no estado da Bahia, em 2010, segundo número de municípios, IDHM, população e *per capita*.

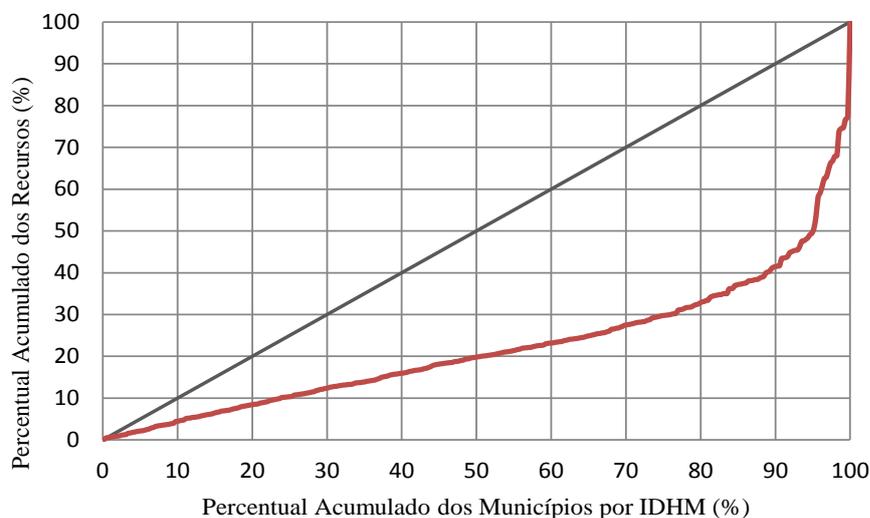
	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)							
	Muito baixo	%	Baixo	%	Médio	%	Alto	%
Nº de municípios	01	0,24	262	62,83	146	35,01	08	1,92
Gasto federal (R\$ em milhões)	2,30	0,11	476,32	23,22	890,74	43,42	682,17	33,25
População (hab.)	32.261	0,23	4.570.803	32,61	5.507.535	39,29	3.906.307	27,87
Gasto <i>per capita</i> (R\$)	71,19	-	104,21	-	161,73	-	174,63	-

Fonte: SIOPS/PNUD/IBGE.

Em linhas gerais, depreende-se dos dados apresentados que os gastos federais com o SUS seguiram a hierarquia do IDHM. Os municípios com alto índice de desenvolvimento humano, apesar de restritos numericamente, receberam um volume de recursos bastante considerável e obtiveram o maior gasto *per capita*, enquanto os municípios com menor IDHM receberam, proporcionalmente, menos recursos, embora representando a maioria, com exceção da classificação do IDHM muito baixo, da qual apenas um município fez parte, ratificando-se, dessa forma, que a distribuição dos recursos federais não foi equânime, tendo o IDHM como indicador das necessidades em saúde.

A mesma Curva de Lorenz (Figura 2) registra, graficamente, o forte grau de concentração, quando se considera a distribuição dos recursos federais segundo ordem crescente de IDHM. Verifica-se que a curva se situou bastante distante da reta de inclinação de 45° que representa a máxima igualdade de distribuição. É válido ressaltar que apenas 20% dos recursos, cerca de R\$ 410,30 milhões, foram transferidos até o quinto decil, onde se encontram os 219 municípios com os menores índices de desenvolvimento humano, por outro lado, o último décimo, composto pelos 37 municípios baianos com os melhores IDHM, deteve, aproximadamente, 60% dos recursos federais, ou seja, mais de R\$ 1,23 bilhões. Para se ter uma ideia ainda melhor do grau de desproporção e iniquidade, somente cerca de 0,4% dos recursos, que correspondem a pouco mais de R\$ 8,20 milhões, foram destinados ao primeiro décimo, que abrange os 46 municípios com os piores IDHM do estado da Bahia.

Figura 2 - Distribuição dos recursos federais aos municípios do estado da Bahia por ordem crescente de IDHM.



Fonte: SIOPS/IBGE.

Pelegrini, Castro e Drachler (2005) encontraram diferentes resultados ao analisar a distribuição de recursos proposta pela política de Municipalização Solidária da Saúde do estado do Rio Grande do Sul, no ano 2001. Ao contrário do que foi evidenciado no presente estudo, esses autores verificaram uma descentralização de recursos em favor tanto dos municípios com menor porte populacional, quanto dos que possuíam os menores índices de desenvolvimento, chegando a estimar, inclusive, até 50% das transferências para 34% da população que se concentrava nos municípios com os menores IDHM.

Já o CONASS (BRASIL, 2006a) estudando a relação entre o IDH dos estados da federação e as transferências do MS *per capita* encontrou que uma distribuição de recursos próxima da igualdade pode significar iniquidade. O Rio Grande do Norte recebeu, no ano de 2005, R\$ 125,91 *per capita* e São Paulo um valor um pouco maior, de R\$ 126,43. Todavia, enquanto o primeiro possuía um IDH de 0,705, o segundo apresentava um dos melhores IDH do país, de 0,820. O desconhecimento da metodologia utilizada para cálculo do gasto, entretanto, não permite maiores análises sobre o significado destes dados.

Seja como for, se os melhores serviços encontram-se nas regiões com os maiores IDHM, contraditoriamente, as regiões mais desassistidas são, justamente, as que mais necessitam de serviços, por estarem em piores condições de saúde (COELHO; SCATENA, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equidade deve ser entendida como um princípio orientador das políticas de saúde e objetivo central a ser alcançado a fim de que se possa promover a melhoria das condições de saúde e reduzir as desigualdades na capacidade de resposta das diversas localidades às necessidades de saúde de sua população. Entretanto, isto parece ser algo distante do modelo de financiamento da saúde adotado no Brasil, embora avanços significativos tenham ocorrido.

A análise dos dados permitiu concluir que a distribuição de recursos federais não foi equânime tendo como base as variáveis utilizadas no estudo, pelo contrário, constatou-se uma grande concentração de recursos destinada a poucos municípios de grande porte, que oferecem, por sua vez, a maior parte dos serviços de saúde, em especial, em suas redes hospitalares. Isso mostra que, a despeito da introdução de critérios populacionais, na década de 1990, para a distribuição dos insumos financeiros, como o PAB Fixo, permanecem gritantes as desigualdades regionais, ainda que dentro de um mesmo estado.

Notou-se também que os critérios atuais utilizados para a distribuição de recursos financeiros beneficiam municípios com os mais altos IDHM, favorecendo regiões privilegiadas socioeconomicamente. Enquanto os municípios onde as populações encontram maiores riscos de adoecer e morrer permanecem sendo contemplados com recursos proporcionalmente menores em relação às suas necessidades de saúde.

O financiamento e a equidade são elementos intrínsecos e essenciais para o desenvolvimento do SUS. A distribuição dos recursos sem levar em conta a equidade condiciona falhas e desproporções alocativas, podendo as necessidades de saúde de populações diversas passarem despercebidas, desassistidas e serem constrangidas por indeterminado período, paradoxalmente, em um sistema que se diz constitucionalmente universal, integral e igualitário, mas que precisa se fazer mais equânime.

Em um país com o porte do Brasil as peculiaridades de suas regiões, representadas por condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras distintas, acabam por gerar problemas, dificuldades e acentuadas desigualdades na capacidade do SUS em responder às necessidades da população (LUCCHESI, 2003). Todavia, a distribuição dos recursos precisa da incorporação de critérios de equidade, o que significa mais do que simplesmente alocar por um valor *per capita* estabelecido nacionalmente. Requer a incorporação de medidas distributivas mais próximas das

necessidades populacionais potencialmente capazes de reparar em um prazo mais curto as desigualdades que comprometem os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E. C. et al. Financiamento público da saúde no estado da Bahia: uma análise da equidade dos gastos federais com saúde em 2003. **Bahia Análise e Dados**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 243-256, 2006.
- BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Receitas públicas**: manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília: Ministério da Fazenda, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientação para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativo à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 abr. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.
- 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012, Seção 1, p. 1.
- BRASIL. 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mai. 2013. Seção 1, p. 29.
- BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **J Epidemiol Community Health**, v. 57, p. 254-58, 2003.

COELHO, T. C. B. et al. **Contas em Saúde**: uma proposta metodológica para o Estado da Bahia. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB, 2005. Mimeo.

COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1156-1167, 2009.

HOFFMANN, R. **Estatísticas para economistas**. 3ª ed. São Paulo: Thomson Pioneira, 2002, p. 271-300.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MAGNOLI, A. **National health accounts in Latin American and Caribbean**: concept, results and policy uses. Cambridge: Harvard University, 2001. 47 p.

MATOS, J. D. **Distribuição de renda**: fatores condicionantes e comparação entre as regiões metropolitanas pesquisadas pela PED. Porto Alegre: FEE, 2005.

MEDEIROS, M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Texto para Discussão Nº 687. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

MEDEIROS, M. **Uma introdução às representações gráficas da desigualdade de renda**. Texto Para Discussão Nº 1202. Brasília: IPEA, 2006

NUNES, A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS**: a receita própria do município como variável moderadora, Relatório de Consultoria. Consolidação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS – PHRplus. **Understanding national health accounts**: the methodology and implementation process. Primer for Policymakers. Bethesda, 2003.

PELEGRINI, M. L. M. de; CASTRO, J. D. de; DRACHLER, M. de L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 275-286, 2005.

PORTO, S. et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.376-388, 2003.

PORTO, S. et al. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1393-1404, 2007.

SCHNEIDER M. C. et al. Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v.12, n.3, p. 01-16, 2002.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, v.13, n.3, p. 545-566, 2001.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B. Gasto público federal com medicamentos em uma macrorregião de saúde. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 264-70, 2011.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GEOVANELLA, L. et al (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-559.

VIANNA, S. M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224p.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization. 2000.

5.3 Artigo 3

GASTO PÚBLICO FEDERAL COM O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) NO ESTADO DA BAHIA

FEDERAL PUBLIC SPENDING WITH MOBILE EMERGENCY SERVICE (SAMU) IN THE STATE OF BAHIA

Andrei Souza Teles
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

O estudo objetivou descrever o gasto público federal com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no estado da Bahia, no período de 2009 a 2012. Trata-se de uma pesquisa quantitativa em uma perspectiva descritiva, comparativa e retrospectiva. Os dados financeiros foram coletados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e analisados com o auxílio do *National Health Accounts* da Organização Mundial de Saúde. Os resultados apontaram que o volume de recursos federais destinados para o SAMU, de 2009 a 2012, aumentou em 148,31%, com destaque para a macrorregião Leste. Todavia, metade das regiões de saúde do estado não apresentou sequer registros de gasto com esse serviço. O maior gasto *per capita* foi R\$ 103,04, constatado em município de pequeno porte populacional. A participação relativa do SAMU como componente do bloco de financiamento de Média e Alta Complexidade cresceu consideravelmente no período, atingido o patamar de 6,67%, em 2012. A análise dos dados permitiu identificar disparidades existentes na distribuição do serviço e, por conseguinte, dos recursos financeiros nas macrorregiões, regiões de saúde e municípios da Bahia. Faz-se necessário, portanto, além da ampliação dos recursos financeiros destinados ao SAMU, uma maior e melhor distribuição desses recursos, de modo a reparar as desigualdades existentes entre as macrorregiões e regiões de saúde e evitar que áreas do estado fiquem sem a cobertura desse importante tipo de serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Gastos em Saúde; Emergência; Unidades Móveis de Emergência; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

The study aimed to describe the federal public spending on the Mobile Emergency Service (SAMU) in the state of Bahia, from 2009 to 2012. This is a quantitative research in a descriptive, comparative and retrospective perspective. Financial data were collected System Public Health Budget Information (SIOPS) and analyzed with the aid of the National Health Accounts of the World Health Organization. The results showed that the volume of federal funds for the SAMU, 2009-2012 increased by 148.31%, highlighting the East macro-region. However, half of the state health regions did not show whether spending records with this service. The major expenditure per capita was R \$ 103.04 found in the municipality of small populations. The relative share of SAMU as the medium and high complexity of funding block component has grown considerably in the period, reaching a level of 6.67% in 2012. Data analysis identified disparities in the distribution of the service and, therefore, financial resources in the macro-regions, health regions and municipalities of Bahia. It is necessary, therefore, in addition to expanding the funds for the SAMU, a bigger and better distribution of these resources in order to remedy existing inequalities among regions and health regions and prevent state areas are left without coverage of this important type of service.

KEYWORDS: Health Expenditures Emergencies; Emergency Units Furniture; Emergency Medical Services.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) passou a contar com um importante reforço no atendimento pré-hospitalar, há pouco mais de uma década, por meio da edição da portaria nº 1.864 de 29 de setembro de 2003 que instituiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o seu financiamento para investimento e custeio. A implantação do componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e de suas Centrais de Regulação em municípios e regiões de todo o território brasileiro representou um importante avanço, tendo em vista o quadro de morbimortalidade do Brasil relacionado às urgências, principalmente decorrente do aumento do número de acidentes, da violência urbana e da insuficiente oferta desse tipo de serviço (BRASIL, 2003).

Propõe o cuidado integral às urgências através da integração dos serviços e do conceito ampliado de urgência, em que é considerada a expectativa do usuário, além do conceito técnico de urgência dos profissionais.

O SAMU encontra-se presente atualmente em 2.538 municípios do país e oferece uma cobertura para mais de 110 milhões de habitantes. O serviço é controlado por 181 centrais de regulação, que estruturam o atendimento, realizado por equipes multiprofissionais, com o apoio de quase três mil ambulâncias. No estado da Bahia, 205 municípios possuem este tipo de serviço (BRASIL, 2013a). Para Vieira e Mussi (2008), a Central de Regulação do SAMU possibilita o estabelecimento de uma importante comunicação do público com o sistema de saúde, que deve ter o chamado de socorro acolhido, priorizado e atendido no menor tempo possível, no local mais apropriado para a resolução do problema ou agravo de saúde. Os serviços de atendimento pré-hospitalar devem ser estruturados, de modo a qualificar o atendimento às urgências, reduzir o tempo de internação hospitalar e melhorar os prognósticos de reabilitação.

Além do SAMU e de suas Centrais de Regulação fazem parte da Rede de Atenção às Urgências do SUS os seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h); Portas Hospitalares de Urgência e Emergência; e, por fim, Atenção Domiciliar. Indubitavelmente, o SAMU desempenha um papel crucial, tendo por objetivo ordenar o fluxo assistencial possibilitando atendimento precoce e o transporte de forma rápida e resolutiva para um serviço de saúde hierarquizado e integrado ao SUS às vítimas de agravos à saúde de variada natureza – clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013b).

Entretanto, o setor de urgência e emergência no Brasil é tido ainda como deficiente e problemático, haja vista as dificuldades de implantação das diretrizes organizativas do SUS (descentralização, regionalização e hierarquização) nesse campo (SILVA; NOGUEIRA, 2012). De acordo com Machado, Salvador e O'Dwyer (2011), as pressões e demandas sobre esses serviços nos últimos anos têm aumentado, sobretudo, devido às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais. Uma série de países tem organizado seus sistemas de atendimento às urgências e apesar dos diferentes modelos adotados apresentam relativamente bons resultados em termos de diminuição da morbimortalidade. No Brasil, o atendimento às urgências evidencia, de certo modo, problemas estruturais do sistema de saúde, como a carência de leitos especializados e a incipiência dos mecanismos de referência.

A aplicação do princípio constitucional que define a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, incluindo neste preceito a consecução dos princípios basilares do SUS, guarda estreita relação com o financiamento da atenção à saúde, entendido como “elemento estrutural e estruturante que alicerça economicamente as práticas sociais que cuidam da vida humana” (COELHO; SCATENA, 2014, p. 285). Dessa forma, quando se colocam as políticas nacionais voltadas, por exemplo, para ampliação dos serviços de urgências e emergências, inevitavelmente é acionada e agravada a questão da suficiência dos recursos.

Nesta acepção, o financiamento tem sido motivo de preocupação não só no Brasil, mas em todo o mundo, pois os serviços de saúde normalmente são caros e os gastos, altos e crescentes. Dentre as principais forças expansivas pode-se destacar a transição demográfica, epidemiológica e o constante processo de incorporação tecnológica do setor, os quais exigem não só um fluxo adequado, estável e permanente de recursos, mas também um planejamento eficiente e eficaz do gasto, além da colaboração dos gestores, profissionais da saúde e usuários na organização e fiscalização do sistema (BRASIL, 2006).

Em que pese os avanços, ainda são muitos os desafios para a gestão plena do SAMU em todas as esferas de governo, sendo necessária uma regulação e integração efetiva entre os demais níveis de atenção. Essa temática se justifica por sua relevância e pela escassez de pesquisas abordando os dispêndios federais com esse importante tipo de serviço. Este estudo, portanto, ao descrever e analisar a evolução do gasto público federal com o SAMU no estado da Bahia, no período de 2009 a 2012, objetivou gerar informações relevantes para a construção de políticas públicas no sentido de garantir, não só um aporte adequado de

recursos para a promoção de melhorias na qualidade do serviço, mas também uma distribuição mais equânime.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa descritiva, comparativa e retrospectiva a partir de dados quantitativos, referentes aos gastos federais do SAMU no estado da Bahia e em suas regiões, no período de 2009 a 2012. Os recursos repassados pelo âmbito federal de modo regular e automático (fundo a fundo), em conformidade com as disposições da Lei 8.142/90, constituem receitas dos municípios baianos, as quais compõem o bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade. As receitas públicas são definidas como ingressos de recursos financeiros nos cofres dos entes governamentais, com a finalidade de cobrir as despesas com ações e serviços públicos (BRASIL, 2004).

O estado objeto do estudo, a Bahia, possui uma área de unidade territorial de 564.830,859 km² ocupando 36,3% da região Nordeste e 6,63% do território nacional. É o quarto estado mais populoso do país com uma população de 14.016.906 habitantes, em 2010, sendo 10.102,476 residentes da zona urbana (72,07 %) e 3.914,430 (27,93 %) da zona rural. Concentra 7,3% do total de habitantes da federação e possui densidade demográfica de 24,82 habitantes/km² (IBGE, 2010; BAHIA, 2012). Segundo a atualização mais recente do Plano Diretor de Regionalização (BRASIL, 2013c), fazem parte do estado 417 municípios dispostos em 28 regiões de saúde e nove macrorregiões (Norte, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Nordeste, Leste, Sudoeste, Sul e Extremo Sul).

No ano de 2011, conforme informa o Plano Estadual de Saúde do estado 2012-2015 (BAHIA, 2012), o SAMU contava com 298 unidades para atendimento pré-hospitalar distribuídas no estado que possuía, no seu conjunto, 60 Unidades de Suporte Avançado (USA), das quais 46 eram habilitadas pelo Ministério da Saúde (MS), e 238 Unidades de Suporte Básico (USB), com 146 habilitadas. A USA é uma UTI móvel, que possui equipe composta por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e condutor, destinada a atender aos casos de maior gravidade, enquanto a USB conta com técnico em enfermagem e condutor para atendimento aos demais casos.

As informações necessárias à realização do estudo foram obtidas nas seguintes bases de dados, disponíveis na internet: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), Fundo Nacional de Saúde (FNS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Analisando-se as características das bases, optou-se pela utilização dos

dados concernentes aos repasses federais para o SAMU fornecidos pelo SIOPS, sendo as informações do FNS usadas de forma complementar, quando os municípios não haviam informado seus dados ao SIOPS. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2013 a setembro de 2014, período no qual 17 municípios do estado da Bahia ainda não haviam declarado suas informações financeiras ao SIOPS, referentes aos anos de 2009 a 2012, sendo 2010 o único ano onde todos os municípios informaram seus dados.

Os dados acerca do financiamento do SAMU foram coletados e organizados com o auxílio do instrumento de contas baseado no modelo *National Health Accounts* (NHA), aqui adaptado pelos autores para cada ano do estudo. Para Coelho e outros (2005), o modelo NHA permite a descrição e a análise detalhada das informações financeiras do sistema de saúde, pois consegue captar a lógica do setor. Foi utilizada a Tabela 1 da metodologia de contas que é composta pelas matrizes de Fontes de Financiamento *versus* Agentes de Financiamento. As fontes são compostas de impostos e taxas que formam as receitas de saúde, a maior parte do tipo vinculada. Os agentes municipais do setor público de financiamento são representados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

As informações financeiras foram ordenadas em tabelas menores desenvolvidas com base no modelo NHA e analisadas por meio da elaboração de rankings e indicadores como o Gasto Público Federal (GPF) e sua variação *per capita*. Este último representa o gasto da macrorregião, da região de saúde ou do município, dividido pelo número de habitantes, no ano estudado. Os resultados foram interpretados e discutidos tomando como referencial a proposta da PNAU.

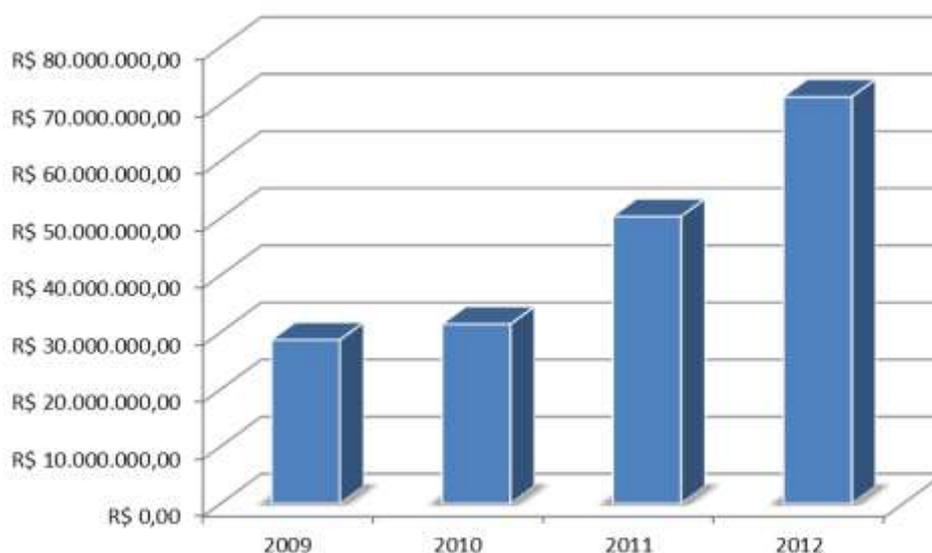
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SAMU se constitui, correntemente, em importante porta de entrada do sistema de saúde por receber diversas demandas emergenciais da população, possuindo abrangência municipal ou mesmo regional, a depender do arranjo organizacional de cada estado. No que concerne aos aspectos relacionados a sua gestão, esta pode se dar no nível municipal ou estadual, sendo o seu financiamento predominantemente feito a partir de incentivos federais para custeio e investimento, com a possibilidade de coparticipação entre outras esferas de governo (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

A análise dos resultados sobre o financiamento público federal do SAMU revelou a importante evolução dos gastos. No período de 2009 a 2012, o estado da Bahia recebeu um volume de recursos que variou de R\$ 28.694.907,00, em 2009, a R\$ 71.253.838,00, em 2012,

o que corresponde a um aumento da ordem de 148,31% (Figura 1). Observou-se um crescimento em torno de 10% do ano de 2009 para 2010, enquanto que de 2010 para 2011 foi registrada a mais expressiva evolução do período estudado, de cerca de 60%. De 2011 para 2012 houve um incremento de recursos de aproximadamente 42%.

Figura 1 - Gastos federais com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no estado da Bahia, de 2009 a 2012.



Fonte: SIOPS.

Segundo a Portaria nº 2.026 (BRASIL, 2011b), os recursos financeiros repassados para o custeio do SAMU são para manutenção das unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida terrestre, sendo destinados, a cada mês, respectivamente, R\$ 12.500,00 e R\$ 27.500,00, com a possibilidade de aumento desse último valor para R\$ 45.925,00, caso a unidade de atendimento avançado seja habilitada e qualificada. Devem ser direcionados também recursos para Equipe de Aeromédico e/ou de Embarcação, se a região ou município dispuser desses serviços. Para Aeronave e/ou Embarcação habilitada a importância repassada é R\$ 27.500,00, e quando na modalidade habilitada e qualificada, R\$ 45.925,00 por mês. Para regiões ou municípios que fazem uso de Motolâncias, são transferidos R\$ 7.000,00 mensais. Em síntese, os recursos para o SAMU são alocados de acordo com os serviços que a região ou o município dispõem e estão condicionados à disponibilidade orçamentária do MS.

A Tabela 1 mostra a distribuição do gasto federal com o SAMU na perspectiva macrorregional. O gasto com esse serviço foi crescente para a maioria das macrorregiões de saúde, assim como no estado como um todo. A macrorregião Leste apresentou um grande volume de gasto em todos os anos evidenciados no estudo, chegando a alcançar o patamar de

R\$ 22 milhões, em 2012, com um crescimento em torno de 46% no quadriênio. Esta macro é composta por 48 municípios distribuídos em quatro regiões de saúde: Camaçari, Santo Antônio de Jesus, Cruz das Almas e Salvador. Inclui, portanto, a capital do estado, que se destaca quanto ao porte populacional e número de serviços de saúde.

Tabela 1 - Gasto público federal com o SAMU por macrorregião de saúde no estado da Bahia, de 2009 a 2012.

Macrorregião	Gasto com o SAMU (R\$)			
	2009	2010	2011	2012
Leste	15.221.000,00	13.844.500,00	17.171.500,00	22.231.599,00
Sudoeste	2.322.607,00	7.471.309,00	15.561.664,00	19.963.235,00
Norte	2.296.800,00	2.325.400,00	3.506.600,00	9.986.063,00
Oeste	2.225.000,00	1.404.000,00	5.832.200,00	8.746.512,00
Sul	2.338.000,00	2.686.456,00	2.574.000,00	4.045.100,00
Extremo-sul	1.376.500,00	1.566.000,00	3.346.765,00	3.609.828,00
Centro-leste	1.199.000,00	1.308.000,00	1.308.000,00	1.579.500,00
Nordeste	1.716.000,00	850.400,00	1.020.500,00	1.092.000,00
Total	28.694.907,10	31.456.065,54	50.321.229,63	71.253.838,81

Fonte: SIOPS.

A macrorregião sudoeste, por seu turno, foi a segunda maior em termos de gasto com o serviço pré-hospitalar em destaque, variando entre R\$ 2,32 milhões, em 2009, e R\$ 19,96 milhões, em 2012, o que representa um aumento extremamente significativo de 760%. Por outro lado, a macrorregião Nordeste foi a única onde os gastos involuíram no período estudado, de R\$ 1,71 para R\$ 1,09 milhões, o que correspondeu a um decréscimo de aproximadamente 36%.

Vale ressaltar que a macrorregião Centro-Norte não foi representada na Tabela 1, por não ter constado no SIOPS valores destinados a esse serviço, apesar desta macro possuir unidades do SAMU, embora em pequeno número, como evidencia a Tabela 2.

Presume-se que a elevação das transferências federais para o SAMU esteja relacionada, sobretudo, ao aumento progressivo do número de unidades desse serviço verificado em quase todo o estado da Bahia ao longo do quadriênio em análise. Conforme dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a quantidade de unidades do SAMU no estado ampliou de 26, em 2009, para 297, em 2012. Majoritariamente o número de unidades concentrou-se na macrorregião Leste, que chegou a dispor de 107 unidades em 2012, seguida pelas macrorregiões Sudoeste e Oeste com, respectivamente, 52 e 38 unidades

do SAMU. A macro Centro-Leste foi a única que não apresentou evolução no número de unidades, apenas uma em todo período estudado, apesar de ser composta por 73 municípios, sendo uma das mais populosas do estado, com população superior a 2 milhões de habitantes.

Tabela 2 – Evolução do número de Unidades Pré-Hospitalares Móveis de Urgência por macrorregião de saúde no estado da Bahia, 2009 a 2012.

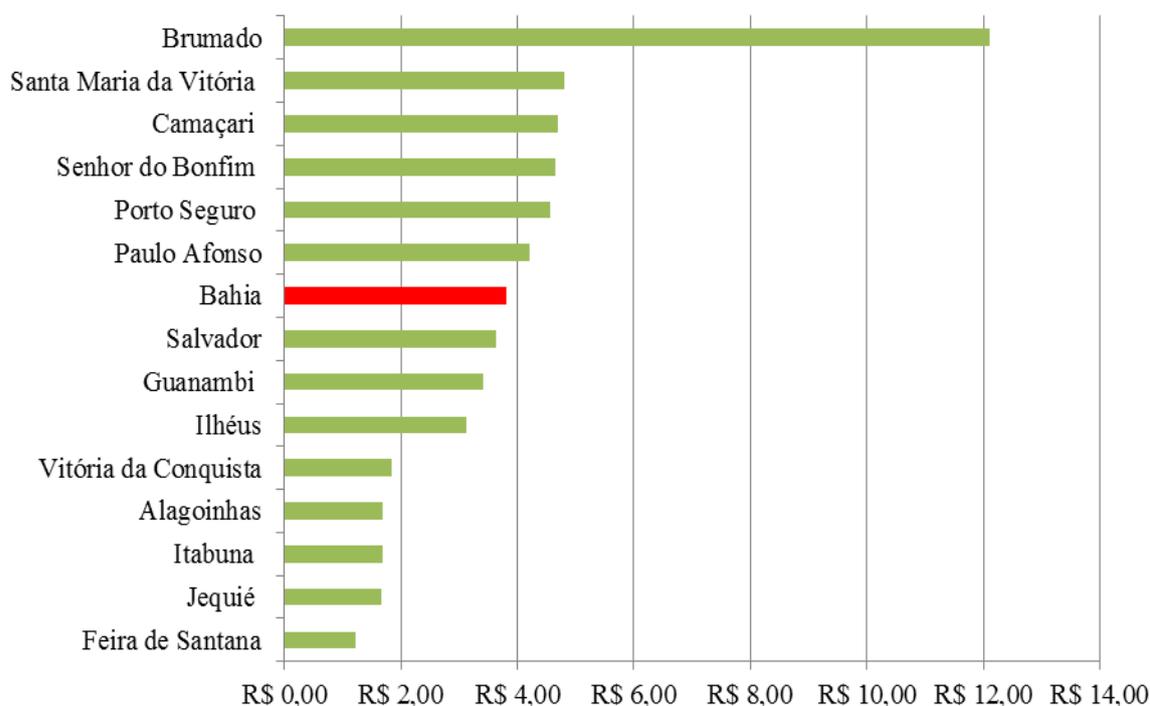
Macrorregião	Nº de Unidades			
	2009	2010	2011	2012
Leste	15	16	24	107
Sudoeste	4	5	12	52
Norte	3	3	3	33
Oeste	1	3	7	38
Sul	0	0	1	26
Extremo-Sul	2	4	5	26
Centro-Leste	1	1	1	1
Nordeste	0	2	2	12
Centro-Norte	0	0	0	2
Bahia	26	34	55	297

Fonte: DATASUS.

A Figura 2 mostra o gasto *per capita* com o SAMU nas regiões de saúde do estado da Bahia, em 2010, ano do último censo do IBGE. Verificou-se, ao analisar a distribuição dos aportes financeiros por habitante, que a situação se alterou, consideravelmente, mas as desigualdades insistiram em se reproduzir. Nessa perspectiva, com o fator população controlado, as regiões que receberam os maiores volumes de recursos não se mantiveram no ápice de *ranking* de gasto. A região de saúde de Brumado da macro sudoeste foi a que apresentou o maior gasto *per capita*, R\$ 12,10, enquanto a região de Salvador, que faz parte da macrorregião Leste, caracterizada pelo recebimento de grandes volumes de recursos, obteve um valor *per capita* três vezes menor, em torno de R\$ 3,62.

A região de Feira de Santana, da qual fazem parte 28 municípios foi a detentora do menor gasto *per capita* com o SAMU, aproximadamente um real para cada habitante, visto que recebeu R\$ 1.308.000,00 para custear o serviço para uma população de 1.073.837 habitantes, em 2010. Cabe destacar, que para a maioria das regiões o gasto por habitante foi inferior à média do estado da Bahia de R\$ 3,80 (Salvador, Guanambi, Ilhéus, Vitória da Conquista, Alagoinhas, Itabuna, Jequié e Feira de Santana). Adicionalmente, do total de 28, apenas metade das regiões de saúde recebeu os repasses federais para o custeamento do SAMU.

Figura 2 – Gasto *per capita* com o SAMU por região de saúde no estado da Bahia, em 2010.



Fonte: SIOPS/IBGE.

Esses resultados sinalizam que grande parte dos municípios baianos pode não estar coberta adequadamente pelo serviço pré-hospitalar móvel de urgência. Segundo Machado, Salvador e O'Dwyer (2011), a proporção da população abrangida pelo SAMU no estado da Bahia, em 2009, era de 45,5%, bem menor se comparada a outros estados do Brasil, como Santa Catarina, onde a proporção da população abrangida pelo serviço chega a 100%.

À luz da Portaria nº 2.026 (BRASIL, 2011b), a implantação do SAMU 192, passou a ser realizada somente em abrangência regional, sendo o seu financiamento para investimento e/ou custeio das unidades destinado às centrais com população coberta superior a 350.000 habitantes. Todavia, os projetos para implantação do SAMU analisados e aprovados antes da publicação dessa portaria não sofreram corte nas transferências federais.

A Tabela 3 a seguir, apresenta os municípios da Bahia com maiores e menores valores *per capita* de transferências federais para o SAMU. Depreende-se da análise do *ranking* que o financiamento federal do SAMU a nível municipal não obedece à lógica de organização dos sistemas regionais, nem ao porte populacional, nem tampouco às necessidades de saúde, mas sim, provavelmente, às iniciativas da gestão dos municípios. O município de Macaúbas destacou-se com o maior gasto *per capita* da Bahia, de R\$ 103,04, em 2010. Apesar de ser um município de pequeno porte (até 50.000 hab.), com população de

47.051 habitantes, obteve um gasto para o serviço pré-hospitalar móvel de cerca de R\$ 4,84 milhões, um valor consideravelmente elevado, sendo válido frisar o fato deste ser o único município da região de Brumado a dispor do SAMU.

Tabela 3 - Ranking dos municípios com maior e menor gasto *per capita* com o SAMU, no estado da Bahia, em 2010.

Maior Gasto <i>per capita</i>		Gasto <i>per capita</i>	Menor Gasto <i>per capita</i>		Gasto <i>per capita</i>
1	Macaúbas	R\$ 103,04	1	Dias D'Ávila	R\$ 2,26
2	Madre de Deus	R\$ 27,62	2	Feira de Santana	R\$ 2,35
3	Senhor do Bonfim	R\$ 17,87	3	Ipiaú	R\$ 2,53
4	Vera Cruz	R\$ 16,77	4	Lauro de Freitas	R\$ 2,94
5	Matina	R\$ 12,34	5	Caetité	R\$ 3,16
6	São Francisco do Conde	R\$ 12,05	6	Salvador	R\$ 3,22
7	Santa Maria da Vitória	R\$ 11,91	7	São Sebastião do Passé	R\$ 3,26
8	Candiba	R\$ 11,54	8	Mata de São João	R\$ 3,73
9	Sítio do Mato	R\$ 11,41	9	Vitória da Conquista	R\$ 3,77
10	Bom Jesus da Lapa	R\$ 10,22	10	Itabuna	R\$ 4,19
11	Malhada	R\$ 9,37	11	Serra do Ramalho	R\$ 4,35
12	Glória	R\$ 9,12	12	Simões Filho	R\$ 4,45
13	Pindaí	R\$ 8,64	13	Pojuca	R\$ 4,54
14	Paulo Afonso	R\$ 7,92	14	Jequié	R\$ 4,66
15	Candeias	R\$ 7,58	15	Ilhéus	R\$ 5,47

Fonte: SIOPS/IBGE.

Em síntese, grande parte dos municípios que ocuparam as primeiras posições do *ranking* de maior gasto *per capita* foi também de pequeno porte populacional, como Madre de Deus (R\$ 27,62), Matina (R\$ 12,34), Candiba (R\$ 11,54), Sítio do Mato (R\$ 11,41), Malhada (R\$ 9,37), Glória (R\$ 9,12) e Pindaí (R\$ 8,64). Sobressaíram três municípios de médio porte (50.001 a 100.000 hab.) – Senhor do Bonfim (R\$ 17,87), Bom Jesus da Lapa (R\$ 10,22) e Candeias (R\$ 7,58) –, e somente um de grande porte (100.001 a 900.000 hab.) fez parte desse *ranking*, Paulo Afonso, com R\$ 7,92 *per capita*.

No que tange aos municípios com menor gasto *per capita* com o SAMU, compuseram-no, em sua grande maioria, os de maior porte, ao contrário do que se deveria supor, já que estes receberam um maior aporte de recursos para custear esse serviço pré-hospitalar, em 2010. Entretanto, o município com menor gasto por habitante da Bahia foi Dias D'Ávila com apenas R\$ 2,22 *per capita*, que é um município considerado de médio porte. A metrópole e capital do estado, Salvador, obteve um valor *per capita* com o SAMU de R\$

3,22, ocupando a sexta posição nesse ranking. A maioria dos municípios com os menores gastos *per capita* foi de grande porte, quais sejam, Feira de Santana (R\$ 2,35), Lauro de Freitas (R\$ 2,94), Vitória da Conquista (R\$ 3,77), Itabuna (R\$ 4,19), Simões Filho (R\$ 4,45), Jequié (R\$ 4,66) e Ilhéus (R\$ 5,47). Além desses, os municípios de pequeno porte que constituíram também esse *ranking* apresentaram um gasto *per capita* que variou em torno de R\$ 2,00 e 4,00.

Os recursos direcionados para o SAMU estão integrados no bloco de financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC) Ambulatorial e Hospitalar juntamente com o Teto Financeiro, Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) e uma série de programas, tais como: o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). O percentual do gasto federal com o SAMU em relação ao total alocado para a MAC está apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição percentual do Gasto Público Federal com o SAMU em relação aos dispêndios totais da MAC, no estado da Bahia, de 2009 a 2012.

Ano	MAC (R\$)	SAMU (R\$)	% do gasto do SAMU em relação ao gasto da MAC
2009	876.555.950,00	28.694.907,00	3,27
2010	942.514.289,00	31.456.065,00	3,34
2011	1.089.044.194,00	50.321.229,00	4,62
2012	1.067.613.083,00	71.253.838,00	6,67

Fonte: SIOPS.

A participação relativa dos dispêndios com o SAMU no bloco da MAC aumentou paulatinamente ao longo do quadriênio, duplicando-se nesse período. Observou-se que o volume de recursos transferidos para a MAC, em 2009, foi de aproximadamente R\$ 876,55 milhões, sendo 3,27% (R\$ 31.456.065,00) desse valor para o SAMU. Em 2010 e 2011, notou-se uma pequena elevação nesse percentual, respectivamente, para 3,34% (R\$ 31.456.065,00) e 4,62% (R\$ 50.321.229,00). O aumento mais significativo do período foi evidenciado no ano de 2012, no qual foram destinados quase 7% (R\$ 71.253.838,00) dos recursos da MAC para o SAMU, haja vista ampliação expressiva do número de unidades desse serviço praticamente em todo estado da Bahia nesse ano.

O SAMU, sem dúvida, carrega um importante significado de serviço humanitário por conta de sua própria natureza organizacional, em funcionamento 24 horas por dia, com equipes multiprofissionais de saúde e veículos à disposição da comunidade permanentemente, com a finalidade precípua de salvar vidas. Todavia, são necessários maiores investimentos federais, bem como maior apoio das esferas infranacionais na sua estruturação e financiamento, haja vista a grande importância que possui esse tipo de serviço como componente do sistema público de saúde para a sociedade, em geral.

A propósito, é mister ressaltar que o nível federal ainda é o principal mantenedor do serviço pré-hospitalar móvel de urgência, sendo responsável, segundo a Portaria nº 2.026, por 50% das despesas, enquanto que o estado é responsável por, no mínimo, 25% e os municípios, no máximo, 25% (BRASIL, 2011b). Entretanto, outros estudos, de metodologia mais complexa, seriam necessários para determinar o gasto dos entes estaduais e municipais com este serviço e o grau de comprometimento dessas instâncias com as determinações legais que regem o SAMU.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O setor de urgência e emergência constitui indiscutivelmente um imprescindível componente da assistência à saúde. O aumento do número de acidentes, da violência urbana, além da insuficiente estruturação da rede são fatores estreitamente relacionados à sobrecarga desses serviços e à necessidade de maiores investimentos.

É inegável que houve um aumento significativo nos repasses de recursos financeiros federais com um dos serviços mais importantes da rede de urgência e emergência, o SAMU. Em síntese, no período de 2009 a 2012, em todo o estado da Bahia, o volume de recursos para esse serviço evoluiu 148,31%, com o crescimento anual mais expressivo observado de 2010 para 2011, de cerca de 60%. O comportamento do gasto agregado para todo estado replicou-se entre as macrorregiões e regiões de saúde da Bahia, com destaque para a macro Leste que apresentou o maior gasto com o SAMU em todo o quadriênio, ultrapassando a cifra dos R\$ 22 milhões, em 2012. Em relação ao total de repasses federais efetuados para a Média e Alta Complexidade, os gastos com SAMU não alcançaram sequer o patamar dos 7%.

A rigor, a necessidade desse tipo de atendimento em muitos municípios parece estar sendo constrangida, frente às grandes disparidades existentes na distribuição tanto do serviço de atendimento móvel de urgência quanto dos recursos financeiros nas macrorregiões,

regiões de saúde e nos municípios da Bahia. Vale frisar que uma macrorregião inteira, a Centro-Norte da Bahia, não apresentou gasto com o SAMU no período em estudo. Faz-se necessário, portanto, que se efetivem as redes assistenciais no estado como um todo, para que regiões não sobrem descobertas.

Diga-se de passagem, muitas discrepâncias também foram encontradas ao analisar o gasto *per capita*. Regiões de saúde que obtiveram grandes volumes de recursos destinados ao SAMU, quando eliminadas as distorções em termos do tamanho da população, apresentaram baixos gastos por habitante. Ademais, destacaram-se com maior gasto público *per capita* os municípios de menor porte populacional e com menor gasto *per capita* os municípios da Bahia de médio e grande porte.

Faz-se necessário, portanto, além da ampliação dos recursos financeiros destinados ao SAMU, uma maior e melhor distribuição desses recursos, de modo a reparar as desigualdades existentes entre as macrorregiões e regiões de saúde e evitar que regiões do estado fiquem sem a cobertura desse tipo de serviço. Cabe sinalizar a necessidade de um sistema de informação consolidado próprio do SAMU que traga dados específicos sobre o detalhamento dos gastos dentro desse serviço, os atendimentos realizados e a expansão da rede. Dessa forma, pesquisa mais aprofundada deve ser realizada para esclarecer dúvidas que não podem ser respondidas apenas com a descrição dos dados de financiamento.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, supl. 1, p. 1- 166, dez., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1864, de 20 de Setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 out. 2003. Seção 1, p. 57-9.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Receitas públicas**: manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília: Ministério da Fazenda, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1600, de 07 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no

Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 jul. 2011a. Seção 1, p. 69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026_24_08_2011.html>. Acesso em: 05 de jan de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Urgência e Emergência**, 2013a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/4612-na-bahia-os-recursos-para-custeio-do-samu-terao-aumento-de-20>. Acesso em: 09 de jan de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mai. 2013c. Seção 1, p. 29.

COELHO, T. C. B. et al. **Contas em Saúde**: uma proposta metodológica para o Estado da Bahia. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB, 2005. Mimeo.

COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estados**: Bahia. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?Sigla=ba>>. Acesso em: 6 set. 2012.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F, O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira, **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 519-28, 2011.

SILVA, N. C., NOGUEIRA, L.T. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento Móvel de urgência, **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 471-7, 2012.

VIEIRA, C. M. S.; MUSSI, F. C. A implantação do Projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios, **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 793-7, 2008.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se pretende generalizar os resultados deste estudo, mas as nuances do gasto em saúde podem estar se apresentando de forma similar entre as demais unidades federativas do país, vez que estão submetidas ao mesmo modelo de financiamento. A divulgação dos resultados obtidos pretende colaborar com a discussão sobre os critérios de alocação de recursos, e ressaltar a necessidade da revisão de tais mecanismos, fazendo-se valer as disposições do artigo 35 da lei 8.080/90. Sendo mister assinalar a importância que possui o controle social, assegurado legalmente, na fiscalização dos recursos para a saúde dos brasileiros. Por fim, espera-se que este estudo contribua para o processo de formulação das políticas e de planejamento e gestão dos recursos no âmbito do SUS, podendo os atores envolvidos nessa tarefa contar com uma metodologia de contas capaz de mensurar a evolução detalhada dos gastos em saúde, seja no estado, nas macrorregiões, nas regiões de saúde e nos municípios, a partir de dados disponíveis em sistemas oficiais de informação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M. Atenção primária à saúde e a estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W. S. et al (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**, São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p.783-836.

ARAÚJO, E. C. et al. Financiamento público da saúde no estado da Bahia: uma análise da equidade dos gastos federais com saúde em 2003. **Bahia Análise e Dados**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 243-256, 2006.

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia – SEI. **PIB estadual anual**, 2011. Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_Content&view=article&id=130&Itemid=212>. Acesso em: 6 set. 2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, supl. 1, p. 1- 166, dez., 2012.

BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **Revista de Administração em Saúde**, v. 10, n. 41, p. 159-163, out./dez. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. **Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Comportamento da despesa com investimento no gasto público em saúde realizado por estados e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Disponível em: <http://www.cng.ifmg.edu.br/downloads/biblioteca/roteiro_para_elaboracao_de_referencias_bibliograficas.pdf>. Acesso: 20 set. 2013.

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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012a, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Manual Técnico de Orçamento**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Resolução da CIB nº 164, de 27 de maio de 2013. Aprova a transferência do município de Marauá, da região de saúde de Valença para a região de saúde de Itabuna. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mai. 2013. Seção 1, p. 29.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **J Epidemiol Community Health**, v. 57, p. 254-58, 2003.

CARVALHO, G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, p.39-51, jul./dez, 2008.

COELHO, T. C. B. et al. **Contas em Saúde**: uma proposta metodológica para o Estado da Bahia. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB, 2005. Mimeo.

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 Análise e Dados**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 303-313, 2006.

COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.

COUTTOLENC, B. F., ZUCCHI, P. Gestão de Recursos Financeiros. In: **Saúde & Cidadania para gestores municipais de serviços de saúde**. Livro 10. São Paulo: ITAÚ Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1156-1167, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População**: Bahia. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009shtm>. Acesso em: 6 set. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?Sigla=ba&tema=servicossaude2009>>. Acesso em: 6 set. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estados**: Bahia. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?Sigla=ba>>. Acesso em: 6 set. 2012.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. d'Á. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N. T. et al (orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 307-352.

LEVI, M. L.; SCATENA, J. H. G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A. L. d'Á; LIMA, L. D. de. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011.

LIMA, L. D. de.; VIANA, A. L. D'Á. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. D'Á; LIMA, L. D. de. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MAGNOLI, A. **National health accounts in Latin American and Caribbean: concept, results and policy uses**. Cambridge: Harvard University, 2001. 47 p.

MEDEIROS, M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Texto para Discussão Nº 687. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

MEDICI, A. C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde.. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M (orgs.). **Economia da saúde conceito e contribuições para a gestão de saúde**. Brasília: IPEA, 2002, p. 23-68.

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

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NUNES, A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**, Relatório de Consultoria. Consolidação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio./ago., 2006.

PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS – PHRplus. **Understanding national health accounts: the methodology and implementation process**. Primer for Policymakers. Bethesda, 2003.

PELEGRINI, M. L. M.; CASTRO, J. D.; DRACHLER, M. L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 275-286, 2005.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 449-458, 2005.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento Público da Saúde**: uma história à procura de rumo, Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Valores e desenvolvimento humano**. Brasília: PNUD, 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/HDR/arquivos/rdh_Brasil_2009_2010.pdf>. Acesso em: 29 set. 2013.

RODRIGUES, R. et al. Federalismo, relação público-privado e gasto em saúde no Brasil. **Rev. Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, Salvador, 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? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, 2011.

SANTANA, J. S. S. Percurso Metodológico. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (orgs.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS, 2010. p. 87-120.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SCHNEIDER, A. et al. **Financiamento do SUS**: a luta pela efetivação do direito humano à saúde. Passo Fundo: CEAP, 2005.

SCHNEIDER, A. et al. **Pacto pela saúde**: possibilidade ou realidade? Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2007.

SCHNEIDER, A. et al. **Pacto pela gestão**: possibilidade ou realidade? Passo Fundo: IFIBE, 2009.

SILVA B. C. N.; SILVA, M. P. Crescimento demográfico no estado da Bahia, 2000 a 2010: uma contribuição estatístico-cartográfica. **Geo Textos**, v. 7, n. 2, p. 179-208, 2011.

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

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, v.13, n.3, p. 545-566, 2001.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B. Gasto público federal com medicamentos em uma macrorregião de saúde. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 264-70, 2011.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T et al (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 193-232.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1597-1609, 2006.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. o sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-559.

VIANA, A. L. D' Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun., 2008.

VIANNA, S. M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224p.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization. 2000.

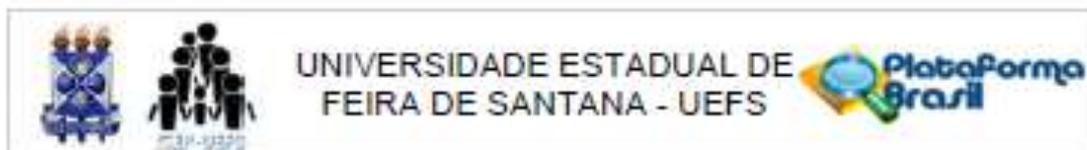
ANEXOS

ANEXO A – TABELA 1: FONTES POR AGENTES DE FINANCIAMENTO

AGENTES DE FINANCIAMENTO	FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE										Total
	FS.1 Fundos Públicos									FS.2 Fundos Privados	
	FS.1.1 Fundos Federais			FS.1.2 Fundos Estaduais			FS.1.3 Fundos Municipais				
	FS.1.1.1 Receitas F. de Saúde		FS.1.1.2 Outras Receitas	FS.1.2.1 Receitas E. de Saúde		FS.1.2.2 Outras Receitas	FS.1.3.1 Receitas M. de Saúde		FS.1.3.2 Outras receitas		
FS.1.1.1.1 Receitas Correntes	FS.1.1.1.1 Receitas de Capital		FS.1.1.1.1 Receitas Correntes	FS.1.1.1.1 Receitas de Capital		FS.1.1.1.1 Receitas Correntes	FS.1.1.1.1 Receitas de Capital				
Total (GS.1 + GS.2 + GS.3)											
GS.1 Governo											
<i>GS.1.1 Federal</i>											
GS.1.1.1 MS											
GS.1.1.9 Outros											
<i>GS.1.2 Estadual</i>											
GS.1.2.1 SESAB											
GS.1.2.9 Outros											
<i>GS.1.3 Municipal</i>											
GS.1.3.1 SMS											
GS.1.3.2 Outros											
GS.2 Privado											
<i>GS.2.1 Empresas</i>											
GS.2.2 Famílias											
GS.2.3 Empresas não-lucrativas											
GS.2.9 Outros											
GS.3 Resto do Mundo											

Fonte: Coelho e Chagas (2006). Tabela adaptada da metodologia NHA.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA, DE 2003 A 2012

Pesquisador: Andrei Souza Teles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25497213.7.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 558.940

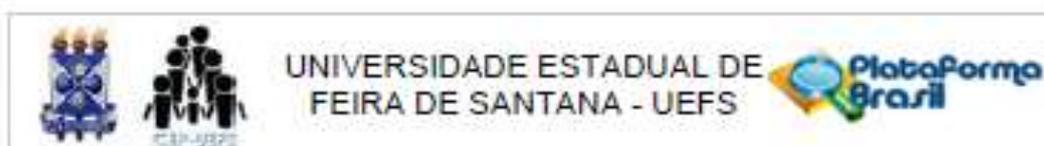
Data da Relatoria: 17/03/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), que será desenvolvido pelo mestrando Andrei Souza Teles (Pesquisador Responsável), sob orientação da Profª Drª Thereza Christina Bahia Coelho (Pesquisadora Colaboradora), cujo título é "Financiamento do Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia, de 2003 a 2012". "O presente projeto é parte integrante da pesquisa intitulada 'Sistema de Contas Municipais em Saúde' na fase II do Subprojeto I, 'Contas Bahia 2003 a 2012', que objetiva conhecer os fluxos de distribuição dos recursos financeiros nos sistemas de saúde. [...] A relevância deste estudo está numa melhor e maior

compreensão do financiamento da saúde no estado da Bahia, ou, dito de outra forma, do fluxo de recursos desde as fontes federais, estaduais e municipais para os agentes, os provedores e as atividades específicas da área da saúde, o que poderá contribuir para um controle mais efetivo na gestão dos recursos financeiros no sistema de saúde dos municípios. A produção e apropriação dos conhecimentos e informações relativas ao fluxo de financiamento da saúde poderão suscitar também a construção de políticas alocativas, as quais promovam, de fato, uma distribuição dos recursos de modo a reparar as disparidades entre os municípios. Neste sentido, a possibilidade de

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3181-4067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer 550.940

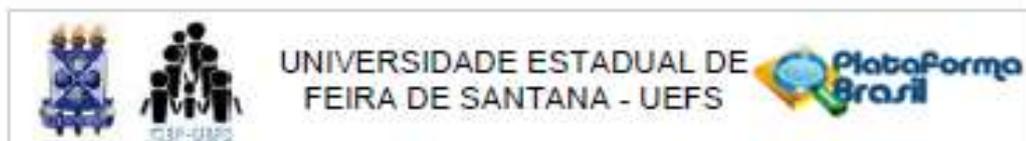
dar seqüência a experiência pioneira que o trabalho de Contas em Saúde da Bahia desenvolveu poderá repercutir em ganhos de eficiência e equidade, promovendo suporte técnico para a resolução dos problemas de desigualdades existentes na alocação dos recursos. Portanto, o objeto escolhido para o estudo é relevante para todos os municípios balanos e brasileiros que executam as políticas públicas do SUS, sendo este projeto guiado pelos seguintes questionamentos: Qual foi o gasto público federal do SUS, no estado da Bahia, na última década? Qual a contribuição de cada fonte na constituição das receitas nesse período? Qual a composição do gasto público federal do SUS para cada gestor do sistema? Qual a composição do gasto público federal, estadual e municipal do SUS nos municípios-sede das nove macrorregiões do estado da Bahia? Quais as diferenças encontradas e que diferenças podem ser consideradas como iniquidades?". (p. 9-10). "Trata-se de um estudo quantitativo em uma perspectiva descritiva-analítica, comparativa e retrospectiva, uma vez que se pretende identificar em várias fontes, classificar, descrever e analisar os gastos com o financiamento das ações e serviços de saúde nos municípios, regiões de saúde e macrorregiões do estado da Bahia, no período de 2003 a 2012. Constituirão fontes de dados da pesquisa o Sistema de Informações

sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e o sistema de informação mantido pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para os dados populacionais a principal fonte serão as informações do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e no que diz respeito ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) serão utilizados dados provenientes do Atlas de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O presente estudo também se utilizará de documentos públicos, a saber: os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e os Relatórios de Prestação de Contas Trimestral dos Conselhos de Saúde. A elaboração do RAG utiliza, atualmente, a ferramenta eletrônica conhecida como Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), cuja alimentação é anual, regular e obrigatória". (Desenho/Plataforma Brasil).

"Os dados sobre financiamento das ações e serviços de saúde serão coletados, organizados e analisados com o auxílio do Instrumento de contas cujo modelo de Contas Nacionais de Saúde (National Health Accounts - NHA) foi desenvolvido inicialmente nos Estados Unidos e aperfeiçoado pela OMS. Este modelo adota os princípios básicos do System of Health Accounts (SHA) da Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) contidos no manual de classificação da SHA, o International Classification for Health Accounts (ICHA)". (p. 30).

Apresenta Cronograma de execução e Orçamento estimado em R\$ 2323,00, com contrapartida da UEFS.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: csp@uefs.br



Continuação do Parecer: 555.940

Os pesquisadores, responsável e colaboradora, têm experiência na área da pesquisa a ser desenvolvida, de acordo com o currículo Lattes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o Gasto Público do Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia, no período de 2003 a 2012.

Objetivos Secundários:

- Estimar o Gasto Público Federal do SUS na Bahia aplicando a Tabela 1 do modelo de contas nacionais (National Health Accounts - NHA) desagregada para os 417 municípios, no período de 2003 a 2012;
- Descrever o fluxo das contas da saúde, desde as fontes de financiamento até a geração das atividades de saúde para os recursos federais, estaduais e municipais (usando as quatro tabelas do NHA) para os municípios-sede das macrorregiões de saúde, nos últimos dois anos (2011-2012);
- Discutir a evolução do gasto em saúde e suas relações com o processo de regionalização da saúde no período de 2003 a 2012;
- Identificar e analisar iniquidades na distribuição dos recursos financeiros entre os municípios do estado, no ano 2010.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

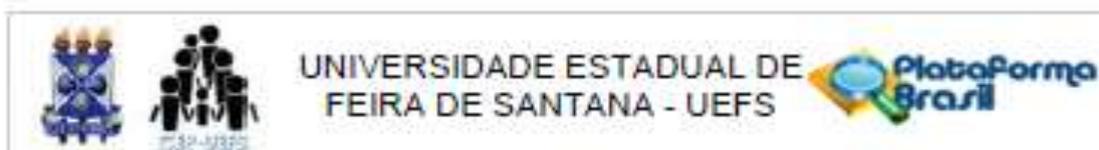
Riscos:

"Ao investigar o fluxo das contas de saúde, os gestores responsáveis pela condução do financiamento dos serviços de saúde, de todo modo, poderão estar submetidos a riscos na dimensão política, psíquica, social. Em respeito ao princípio de não maleficência, será garantido o sigilo, anonimato e privacidade". (p. 36).

Benefícios:

"No que diz respeito aos benefícios, a aplicação de uma metodologia a qual permita captar as singularidades da realidade do financiamento da saúde poderá viabilizar um maior entendimento do sistema e novos ângulos de análise para os planejadores das políticas públicas em saúde. Dessa forma, irá servir como um novo instrumento de conhecimento e controle para a gestão dos recursos financeiros no setor da saúde, a ser utilizado pela Secretaria de Saúde do Estado e

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-490
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3181-8087 E-mail: cnp@uefs.br



Continuação do Parecer: 555.940

também por municípios. Este estudo representa um importante passo no desenvolvimento da tecnologia de Contas na área da Saúde no Brasil". (p. 36).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Estudo propõe dispensa do TCLE sob a seguinte justificativa: "A presente pesquisa dispensa o TCLE, pois utilizará somente documentos públicos e dados secundários disponíveis na internet".

O projeto é viável do ponto de vista ético, e tem relevância social e científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos solicitados para submissão ao CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em Informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.3, alínea 5a - Res. 466/12.

Relembro que conforme Institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. O não cumprimento poderá implicar no impedimento de apreciação de novos projetos do pesquisador.

Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br