

EFICIÊNCIA, EFETIVIDADE E EFICÁCIA DO PLANEJAMENTO DOS GASTOS EM SAÚDE

EFFICIENCY, EFFECTIVENESS AND EFFICACY OF THE PLANNING OF THE EXPENSES IN HEALTH

Eduardo Augusto Werneck Ribeiro
Prof. da UNIESP - Pres. Prudente
eduwer@hotmail.com

RESUMO

O trabalho apresenta uma reflexão sobre o financiamento do sistema único de saúde - SUS na perspectiva da Geografia da Saúde. O SUS ganhou ao longo dos anos uma série de mecanismos que garantem os recursos necessários para seu funcionamento. No entanto alguns municípios não conseguiram mudar seus números de procedimentos hospitalares. A pesquisa mostra de forma comparativa, dados de municípios de porte médio. Os resultados obtidos mostram um campo muito promissor nas futuras pesquisas da Geografia da Saúde: a utilização das categorias de análise da Geografia para identificar as alocações que os dados estatísticos não conseguem mensurar.

Palavras-chaves: Geografia da Saúde, Gastos, SUS, cidades médias.

ABSTRACT

The work presents a reflection on the financing of the unique system of health - SUS from the Health Geography point view. The Brazilian public health system – SUS, won along the years mechanisms that guarantee the necessary resources for its operation. However some municipal districts didn't get to change their numbers of hospital procedures. The research shows in comparative way, data from medium municipality. The obtained results show a very promising field in the future researches of the Health Geography: the use of the categories of analysis of the Geography to identify the allocations that the statistical data don't get to measure.

Key-words: Health Geography, Expenses, Brazilian Health System, medium municipalities.

Introdução

Em um contexto internacional, as grandes mudanças ocorridas a partir do final dos anos oitenta, principalmente na América Latina, onde a flexibilização da economia e as mudanças na forma de administrar o Estado eram objetos de estudos, pesquisas, ensaios que ora expressavam tentativas de análises comparativas entre países, ora se detinham nos estudos de casos nacionais, regionais buscavam entender os novos paradigmas que estavam se consolidando.

Dentre os vários temas que poderiam ser pesquisadas, as experiências locais de descentralização e de busca de alternativas para a organização dos serviços de saúde ocuparam um espaço importante na literatura daquele momento.

Para Cordeiro (2001), os trabalhos de análise de políticas públicas de saúde, contextualizadas nas experiências - principalmente as dos anos 90 - tinham como temas: a dinâmica das reformas do Estado ao processo de globalização como a variável determinante. Buscava-se peculiaridades de territórios nacionais, subnacionais (regionais) em que as reformas adquirem características ou tendências específicas.

O ambiente para estes estudos era fértil. Havia um grande debate sobre alocações fiscais para a Saúde que a crise fiscal daquela década reduziu bastante. Mas este não era o problema principal.

Médici (2000), por exemplo, aponta que não se deve atribuir a falta de recursos às dificuldades do setor saúde na América Latina e Caribe dado que a região gastava um valor médio de 6,2% do produto interno bruto, inferior apenas ao volume de recursos gastos pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE) que era de 7,8% do PIB naquela época. Reconhece o autor, contudo, que para os países mais pobres da região os recursos ainda eram insuficientes para expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Não podemos deixar de mencionar que era também o momento em que as grandes agências de financiamento apresentavam seus planos de estruturação, modelos de estruturação entre um setor estatal pouco eficiente e inchado e a agilidade e a eficiência da rede privada.

As reformas propostas deveriam ter o sentido de expandir a cobertura, visando à maior equidade, propiciar viabilidade fiscal e financeira do sistema de saúde, melhorar a eficiência, a qualidade e a satisfação dos usuários. Contudo, o aspecto central foi o de estabelecer novas funções do Estado na formulação e implementação de políticas públicas de saúde.

Diante disto, resultou o debate ideológico e a ação concreta das agências internacionais de financiamento para tornar hegemônica a concepção de que, como decorrência de exigências técnicas da globalização, as instituições públicas vinculadas ao Estado deveriam exercer o papel de reguladoras e promotoras da equidade, estimulando o setor privado (lucrativo ou filantrópico) a ampliar suas funções de prestador de serviços de forma autônoma e competitiva, como também aumentar a eficiência distributiva do gasto e a capacidade de controle de recursos no âmbito local, envolvendo, portanto, descentralização fiscal e financeira, além de maiores possibilidades de corrigir distorções distributivas a partir de redefinição de competências entre os níveis central e local de governo (Cordeiro, 2001 apud Medici, 2000).

Já no contexto nacional, no Brasil, os efeitos deste debate não chegaram apenas nos anos oitenta. Já existia o debate sobre a saúde, mas por outras razões. Aqui, o ambiente foi formado por lutas pela redemocratização e contra o regime militar de 1964. Desde então, as iniciativas para as reformas do sistema de saúde eram mobilizações, respostas a partir das críticas e denúncias dos resultados perversos da centralização autoritária e da concentração de poderes.

O Movimento Municipalista da Saúde, por exemplo, gerou projetos de mudança em municípios como Niterói, Campinas e Londrina, disseminando-se ao longo da década de 1970, em prefeituras governadas por partidos de oposição ao regime autoritário.

Os anos oitentas para o Brasil, nos meios acadêmicos e sindicais da saúde, demarcada pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), pela Renovação Médica (REME) e

logo pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), era um momento de grandes progressos, medidas concretas e os debates para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

As propostas da Constituição de 1988 estiveram bem distantes das propostas internacionais e nacionais das políticas de ajuste, oriunda da crise fiscal desta década negra. Propôs-se para organização dos serviços de saúde, com o SUS, a concepção de princípios constitucionais que assinalavam a transição de um modelo incipiente e incompleto de serviços de saúde para outro de maior escopo e abrangência.

A partir daí entrava em cena um ambicioso projeto como "preparação" para o Sistema Único de Saúde. As esferas estaduais e municipais, como atores de um novo pacto federativo, teriam papéis bem definidos para a gestão do SUS. Procurava-se atribuir às secretarias estaduais as ações de planejamento, controle e avaliação e prestação de serviços numa tentativa de regionalização e de busca da equidade. Aos municípios competia a gestão dos sistemas locais de saúde, incluindo o gerenciamento das unidades municipais e o controle e a avaliação das unidades privadas ou filantrópicas.

Desde então, o SUS ganhou corpo e complexidade. Normas Operacionais, Planejamentos Integrados, Investimentos – principalmente pela Emenda a Constituição - EC 28, enfim recursos que garantem o aporte financeiro do sistema. Ora, se há recursos, garantidos por lei, então como o SUS ainda não é uma realidade para muitos municípios?

Há um conjunto de fatores que se integram na questão do financiamento. Para o sistema estatístico do Ministério da Saúde, ou qualquer órgão de gestão de recursos, pode igualar municípios com necessidades diferenciadas por indicadores, índices de grande complexidade. A discussão do volume de recursos públicos que financia o setor saúde tem que levar em consideração como estes são aplicados no setor saúde e as verdadeiras demandas na escala local, na intra-urbana.

Já se foi quase uma década e o que podemos verificar? Em muitos casos, os objetivos do sistema de saúde são desigualmente compartilhados por representantes de variadas correntes políticas. Assim, a forma de atingi-los está no cerne das disputas de poder da gestão local. Aqueles que detêm o poder num determinado momento obviamente têm mais chances de fazer prevalecer sua visão de futuro e seus métodos para alcançá-lo.

Em uma pesquisa desenvolvida por nós no período de 2002-2004, que tinha como objeto estudar os gastos municipais em saúde de Presidente Prudente - SP, nos deparamos com elementos que nos instigaram sobre as mudanças de paradigmas na organização e financiamento dos serviços de saúde, não só daquele município, mas para cidades de porte médio em geral.

Conceitos de efetividade, eficiência e eficácia nos gastos

O estudo que iremos apresentar analisa a situação da Saúde do município por meio dos indicadores de gastos considerando a efetividade, eficiência e eficácia do planejamento dos gastos em saúde. Desta forma, os reflexos serão observados nos indicadores epidemiológicos e nos aspectos já apontados das ações desenvolvidas no campo da saúde.

Segundo Jannuzzi (2001), é comum encontrarmos na literatura especializada de avaliação referências à dimensões desejáveis de desempenho de organizações e

programas avaliados. São utilizados como indicadores de programas os termos: efetividade, eficiência e eficácia.

Para Marinho & Façanha (2001), no uso corrente, a efetividade diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos. Tratando-se de programas sociais, diria respeito à implementação e ao aprimoramento de objetivos, independentemente das insuficiências de orientação e das falhas de especificação rigorosa dos objetivos iniciais declarados do programa.

Os programas ou as organizações são efetivos quando seus critérios decisórios e suas realizações apontam para a permanência, estruturam objetivos verdadeiros e constroem regras de conduta confiáveis e dotadas de credibilidade para quem integra a organização e para seu ambiente de atuação.

A eficiência denotaria a competência para se produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços, dados que, por sua vez, remetem à avaliação para considerações de benefício e custo dos programas sociais, ou seja, os investimentos que foram mobilizados devem produzir os efeitos desejados.

A eficácia, por sua vez, remete às condições controladas e aos resultados desejados de experimentos, critérios estes que, é necessário reconhecer, não se aplicam automaticamente às características e realidade dos programas sociais. Programas sociais regem-se, também, por objetivos de eficácia, uma vez que, se espera que os investimentos que mobilizam devem produzir os efeitos desejados.

Concordamos com os autores quando mencionam que:

(...) é importante reconhecer que a efetividade e a eficiência (ou seja, efetividade organizacional) dos programas são ingredientes indispensáveis da eficácia, inclusive para fins de conhecimento dos resultados pretendidos. (Marinho & Façanha, 2001: 12)

Assim, também entendemos que os programas sociais serão eficazes somente se forem antes efetivos e eficientes, pois os objetivos pretendidos destes também são estruturados pela condução e objetivos efetivos dos programas.

O debate teórico em torno desta questão é tão produtivo quanto vasto, a ponto de motivar divisões metodológicas importantes. Cientes disso, para este trabalho foi eleito um autor e seu método. Por todas as suas qualidades, o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Mattus (1993) serviu como arcabouço metodológico para pesquisarmos sobre o planejamento de nível político e estratégico.

Segundo este autor, um plano é um compromisso que anuncia resultados. Para este compromisso, planejamento em um todo, são necessárias pessoas capacitadas e que estejam a par de todas as informações sobre o setor em questão.

Entendemos que o SUS é um modelo de gestão estratégica de um serviço essencial para uma grande parcela da população brasileira. Contudo, um dos grandes problemas da implementação do modelo que o SUS propõe é sem dúvida a desinformação e a falta de conhecimento de quem governa.

A saúde pública é caracterizada, geralmente, por um perfil de não possuir um efetivo sistema de custos e também pela falta de profissionalização. Muitas vezes, colocam-se pessoas totalmente despreparadas para as funções, o que resulta na desmotivação dos demais profissionais, aumentando absurdamente o custo com a má utilização dos

recursos, e, finalmente, traduzindo em péssimo serviço prestado aos usuários.

Sobre os dados

A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio de 1998 (PN) mostrou que 72,2% dos usuários regulares dos serviços de saúde no Brasil usaram como porta de entrada os postos de saúde, centros de saúde, bem como as enfermarias dos hospitais.

Em 1999, o Ministério da Saúde realizou a “Estatística da Saúde - Atividade Médico Sanitária” com o IBGE. Nesta pesquisa concluiu-se que a maioria da população (75,5%) sem plano privado de saúde encontra nos serviços públicos do SUS o acesso aos serviços e ações de saúde.

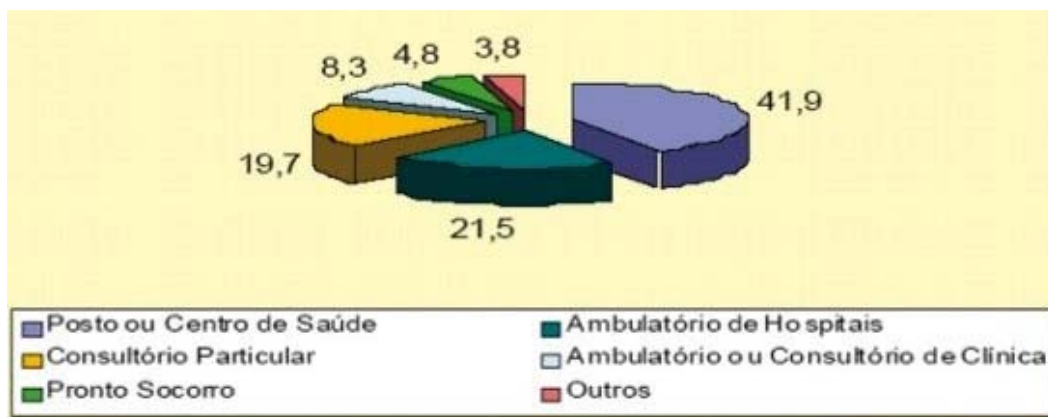


Figura 1 - Uso Regular dos serviços de saúde - proporção (%) segundo tipos de serviço
Fonte: PNAD-IBGE (1998)

Neste sentido, a partir do trabalho desenvolvido em 1998 -1999, nos preocupamos em estudar os serviços de saúde pública em uma pesquisa de iniciação científica intitulada: “*Em busca de uma equidade maior: A distribuição socioespacial dos postos de saúde em Presidente Prudente*”, com apoio financeiro da FAPESP (Werneck, 1999).

A pesquisa teve como objetivo compreender a dinâmica que define a centralidade das Unidades Básicas de Saúde em Presidente Prudente, partindo-se da análise da localização das UBS em relação aos mapas de exclusão social, densidade populacional e além da aplicação de enquetes junto à população que utiliza esses equipamentos.

Os resultados da pesquisa nos ajudaram a compreender a produção territorial da cidade e a situação dos serviços de saúde oferecidos na cidade neste processo. Além disso, mostraram que as unidades básicas de saúde que apresentavam os maiores índices de consultas e atendimentos básicos estavam localizadas em áreas de exclusão social e o número de médicos era pequeno comparado à demanda potencial das áreas de grande densidade demográfica.

A pesquisa realizada em Presidente Prudente também demonstrou como a UBS é a porta de entrada do sistema de saúde público e atende uma parcela muito expressiva da população, uma maioria de baixa renda e dependente de transporte coletivo (Werneck, 1999). O atendimento não é restrito a Presidente Prudente, estende-se também a cidades próximas.

A organização da porta de entrada do sistema, através da estruturação da atenção básica, segundo os preceitos do SUS, deve garantir a articulação e integração com os demais níveis de atenção à saúde. A pesquisa realizada em 1999 nos mostrou a importância da articulação da rede básica de saúde no município através da gestão local da saúde. Este papel articulador ganha força com as atribuições garantidas pela Norma Operacional Básica¹ de 1996.

Devemos lembrar que ocorreram mudanças marcantes a partir de 1997, quando teve início a vigência da NOB/96, com a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública. De um lado, a União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de alocar recursos, passando a priorizar as transferências aos municípios. De outro, focalizou a Atenção Básica como prioridade, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências.

Há quem afirme que a NOB/96 – em que pese ser um instrumento na operacionalização da descentralização do sistema, ao incrementar as transferências diretas fundo a fundo no campo da Atenção Básica – pode impedir ou criar obstáculos à construção de uma política de saúde fundada nas necessidades locais, mas acreditamos que este trabalho não se apresenta como espaço apropriado para este debate. Desta forma, podemos então verificar o financiamento, de maneira simplificada, através da figura abaixo:

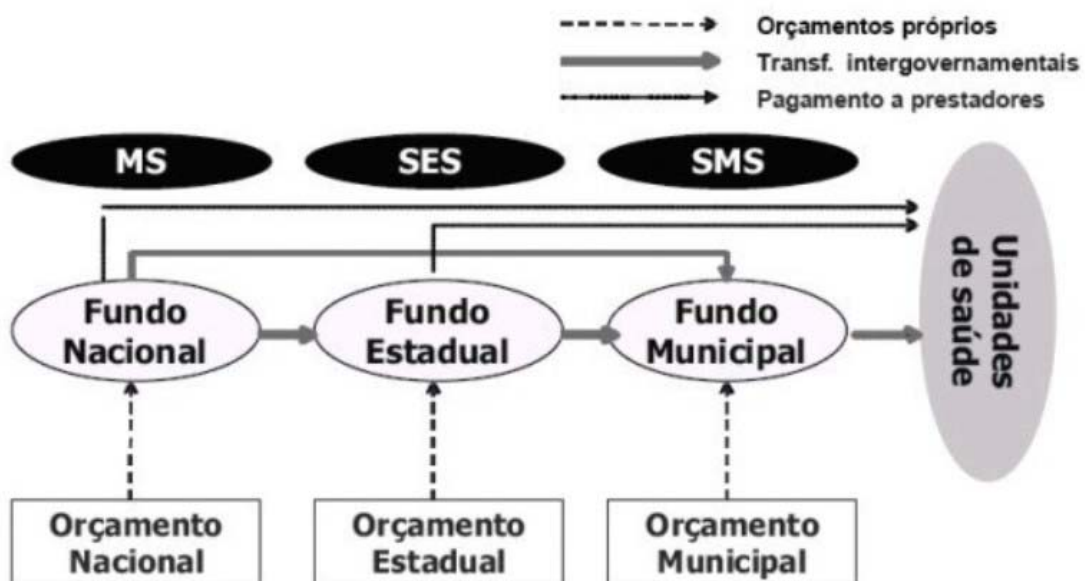


Figura 2 - Fluxo de financiamento do SUS
Fonte: Datasus e Ministério da Saúde, 1993 e org. Werneck

Segundo o Ministério da Saúde, desde 2000, o financiamento do SUS tem como marco legal a Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), estabelecendo que os governos (federal,

¹ A norma Operacional Básica (NOB) é uma lei complementar instituída para regulamentar as atribuições do Estado no campo da saúde através do SUS. Estas atribuições encontram-se descritas nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal.

estadual e municipal) aumentem seus investimentos na Saúde, garantindo recursos constitucionais mínimos para ações e serviços no âmbito do SUS.

No Brasil, o financiamento é dado pelas 3 esferas de governo (federal, estadual e municipal). Na esfera federal, 64% da arrecadação do total dos impostos como a Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social) e com a CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido) somadas aos 0,2% da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira) contribuem no orçamento. Na esfera estadual, o governo estadual tem de destinar 12% do orçamento e os municípios devem contribuir com 15%. Os recursos seriam descentralizados e regulamentados por uma lei específica para este objetivo (Norma Operacional Básica 01/93).

A NOB 01/93 começou a modificar essa situação ao implantar progressivas formas de gestão municipal das ações de saúde. De forma incipiente, passando pela parcial até a semiplena, os municípios habilitados passaram a dispor de tetos financeiros definidos a serem repassados pelo governo federal e autonomia de gestão de todas as unidades de abrangência municipal ou regional (dependendo do porte do município).

Existem dois tipos de modalidades de repasse: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos. É diante desse quadro, que surge outra Norma Operacional do SUS, a NOB 01/96 (Portaria N.º 2203 de 05 de novembro de 1996) que introduziu alguns instrumentos de repasse e tornou a autonomia de estados e municípios mais próximos do espírito das leis que hoje regulam o setor.

Um desses instrumentos constituiu-se no estabelecimento de um Piso Assistencial Básico (PAB). Este piso consiste num montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal.

O PAB é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, até a habilitação municipal. O valor do PAB foi fixado em R\$ 10,50/hab/ano (valores de 2002).

Os serviços custeados pela PAB são chamados de assistência ambulatorial básica e consistem nos procedimentos das Ações de Vigilância Epidemiológica e Imunizações e atos Não-Médicos (AVEIANM): vacinas, curativos, inspeção sanitária, visita domiciliar, as consultas em especialidades médicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia e pequena cirurgia ambulatorial) e os procedimentos preventivos de odontologia.

Além desses procedimentos, constantes na parte fixa do PAB, existe uma outra parte, variável, composta por incentivos para o Programa de Saúde da Família - PSF e Programa de Agentes Comunitários - PACS. Esta outra parcela é destinada para a aquisição de medicamentos básicos, manutenção da vigilância sanitária, combate à endemias e ações sobre o ambiente, sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde.

Outro instrumento, já vinculado à produção, é o Teto Financeiro Hospitalar. Para cada estado, deveria ser fixada uma cota física anual de internações hospitalares por meio da AIH², correspondente a 10% da população, a qual, multiplicada pelo custo médio da

2- AIH (Autorização de Internação Hospitalar) é a forma pela qual são remunerados os prestadores de serviços de saúde no Brasil. Este sistema consiste em montar uma tabela de pagamentos que remunera cada um dos componentes que compõe o custo médio da intervenção médica necessária para aquele diagnóstico. Tal sistema de pagamento constitui-se num resquício do antigo padrão de financiamento do INAMPS, que privilegiou uma lógica de gestão bastante diversa do SUS.

internação no estado, resultaria no teto financeiro para custeio das atividades hospitalares. Os tetos municipais seriam estabelecidos a partir da definição de uma cota física de 8% da população, multiplicada pelo custo médio da internação no município

É importante lembrarmos que em 1998, com a gestão plena, não apenas Presidente Prudente, mas muitas cidades no interior do Estado de São Paulo³ passaram a ser os gestores do sistema de saúde de seu território, o que significou assumir a responsabilidade pela prestação de todos os serviços, inclusive os do setor privado, decidindo sobre o seu credenciamento, pagamento e controle.

Desta forma, procuramos com esta pesquisa, levantar informações adequadas sobre os gastos em saúde no município por meio do sistema de informações do DATASUS do Ministério da Saúde, Fundação SEADE (órgão do governo estadual), Conselho e Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Prudente.

Pudemos avaliar, pelas referidas fontes, a participação de cada esfera de governo na composição das receitas municipais para a área de saúde, as mudanças decorrentes do novo padrão de financiamento e a existência de iniciativas desenvolvidas pelos municípios para obterem recursos adicionais para a saúde.

O fundo municipal de saúde é um instrumento legal, de natureza contábil, orçamentária e financeira, destinado a gerir centralizadamente, com racionalidade e transparência, a totalidade dos recursos da saúde do município. A tabela 6 abaixo apresenta a evolução das transferências federais para o Fundo Municipal de Saúde de Presidente Prudente.

Tabela 6
Presidente Prudente - Valor despendido por Tipo Transferência, 1998 - 2003

Ano Competência	Remuneração por serviços produzidos	Transferências a Estados	Transferências a Municípios	Total
1998	16.413.731,53	-	17.639.527,03	34.053.258,56
1999	8.256.038,05	441.958,95	34.101.480,36	42.799.477,36
2000	9.241.201,09	533.588,04	35.171.520,06	44.946.309,19
2001	10.017.151,24	541.961,55	39.806.701,77	51.020.106,16
2002	12.017.151,24	550.831,68	39.899.348,27	52.467.331,19
2003	7.755.293,14	647.697,92	44.365.705,43	52.768.696,74
TOTAL	64.354.858,14	2.716.038,14	210.984.282,92	278.055.179,20

Fonte: Datasus (2005)

Observemos que na passagem do ano de 1998 para 1999, houve um enorme incremento de recursos federais para o SUS local, o volume que seguiu aumentando gradativamente até o ano 2003. Vale mais uma vez salientar que o município é gestor pleno do SUS. Este dado é um bom indicativo para observarmos como o município vem administrando e criando condições para diminuir a dependência federal na composição orçamentária municipal da saúde.

Sobre a remuneração por serviços, podemos observar que houve um brusco corte no repasse de verbas, refletido pela implantação da gestão plena. No entanto, as despesas

³ Dados até 2001, segundo a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

vinham aumentando até 2002, mas em 2003 apresentaram um corte de mais de 50% do valor do repasse em relação ao ano anterior. É bom salientarmos que no mês de agosto de 2003, o Ministério da Saúde deixou de repassar a verba a estes prestadores, assim criando o estopim da crise orçamentária sofrida pelo setor naquele ano e geração dos fatos analisados no capítulo anterior.

A partir deste fato, buscamos comparar o comportamento do orçamento na área de Saúde em municípios com a gestão plena no interior do Estado de São Paulo. Segundo os dados do Datasus, as despesas municipais de saúde de Presidente Prudente, comparada a outros municípios de porte regional⁴ do interior paulista como Marília, Araçatuba e São José do Rio Preto, refletem uma grande heterogeneidade regional nos gastos de saúde no que se refere ao repasse federal para os fundos municipais de saúde da gestão plena. A localização destes centros regionais pode ser observada na figura abaixo:



Figura 3 - Localização de Municípios do Interior Paulista, 2004
Org. Eduardo Werneck

⁴ Consciente do grande debate sobre este tema, delimitamos apenas o conceito “porte regional” em relação a funções de referências na prestação de serviços em saúde do SUS.

Dente estes municípios, Araçatuba mostra um sensível aumento na remuneração por serviços produzidos no mesmo período da tabela anterior. Alguns anos nos chamaram a atenção e duas passagens de ano, obtiveram um comportamento anormal.

Na passagem de 2000 para 2001 os valores pagos aos prestadores de serviços obtiveram um aumento em mais de sete vezes nos serviços prestados comparados ao período anterior. Em outro momento, conforme a tabela 2, na passagem de 2001 para 2002 podemos observar um aumento em mais de três vezes no valor pago aos prestadores. Em ambos os momentos destacados, o índice de aumento não foi refletido nas transferências federais para o fundo municipal de saúde.

O fundo municipal é praticamente o principal agente de financiamento do SUS local, mas a participação dos prestadores vem aumentando de forma progressiva.

Marília é o município que vem diminuindo sensivelmente a participação dos prestadores e reforçando o fundo municipal como o principal agente de saúde do município. A participação dos prestadores de serviços no período comparado vem diminuindo expressivamente. Em 1998, a participação dos prestadores era em torno de 75% no orçamento e o fundo com os outros 25%. Hoje os prestadores têm uma participação em torno de 9% e o fundo municipal como mais de 89% no orçamento.

Tabela 2

Araçatuba - Valor despendido por Tipo Transferência, 1998 – 2003

Ano Competência	Remuneração por serviços produzidos	Transferências a Estados	Transferências a Municípios	Total
1998	4.109.077,06	-	11.453.525,78	15.562.602,84
1999	35.604,44	140.029,91	19.723.074,32	19.898.708,67
2000	42.656,76	169.302,96	19.976.396,13	20.188.355,85
2001	322.627,06	171.387,24	25.517.409,15	26.011.423,45
2002	14.78.832,93	171.288,96	26.644.343,17	26.294.465,06
2003	19.35.283,44	208.400,88	28.419.712,22	30.563.396,54
TOTAL	7.924.061,69	860.409,95	129.734.460,77	138.518.952,41

Fonte: Datasus

Tabela 3

Marília - Valor despendido por Tipo Transferência, 1998 – 2003

Ano Competência	Remuneração por serviços produzidos	Transferências a Estados	Transferências a Municípios	Total
1998	19.110.173,05	-	6.428.767,76	25.583.940,81
1999	10.212.785,47	155.506,74	20.919.061,93	31.287.354,14
2000	4.976.209,69	188.691,00	26.976.578,51	32.141.479,20
2001	587.2861,29	194.523,99	31.253.895,69	37.321.280,97
2002	5.943.915,92	201.573,96	31.499.497,27	37.644.987,15
2003	4.025.583,86	261.431,49	37.538.139,50	41.825.154,85
TOTAL	50.141.529,28	1.001.727,18	154.615.940,66	205.759.197,12

Fonte: Datasus

São José do Rio Preto é o maior orçamento dos municípios pesquisados. No período comparado, os investimentos somados em saúde somam quase meio bilhão de reais. Os dados das transferências federais mostram um comportamento interessante. O volume de investimento praticamente não tem sido alterado desde 1999, conforme a tabela 4.

Tabela 4

São José do Rio Preto - Valor despendido por Tipo Transferência, 1998 - 2003

Ano Competência	Remuneração por serviços produzidos	Transferências a Estados	Transferências a Municípios	Total
1998	47.647.988,08	-	18.328.769,09	65.976.757,17
1999	50.892.266,66	288.842,27	31.60540,26	82.786.669,39
2000	45.546.646,91	351944,04	30.003.703,87	75.902.294,82
2001	54.986.851,95	362456,79	30.667.868,35	86.037.177,09
2002	64.299.613,05	367247,04	29.121.006,54	93.787.866,63
2003	42.839.035,49	350521,76	32.593.271,24	75.782.828,49
TOTAL	306.212.422,34	1.721.011,90	172.340.159,35	480.273.593,59

Fonte: Datasus

Podemos observar também que os pagamentos aos prestadores de serviços é praticamente o dobro dos valores transferidos para o fundo municipal.

A diferença no repasse das verbas entre os prestadores e o fundo municipal chega a ser de duas vezes como apresenta em 1998, quando o repasse aos prestadores chegou a representar mais de 70% do orçamento da saúde do município. A diferença entre os volumes de repasse e a participação dos prestadores de serviços estava diminuindo até 2000, sendo que em 2001 e 2002, a diferença e a participação no orçamento dos prestadores voltam a crescer.

Apenas em 2003, a diferença de valores nos pagamentos voltou ao mesmo volume de 2000. Desta forma, os investimentos para o ano de 2003 são praticamente os mesmos valores executados em 2000.

Diante deste quadro orçamentário regional, podemos identificar elementos motivadores para iniciarmos a reflexão que propomos para esta pesquisa.

Somados todos os anos de repasses aos municípios que utilizamos como parâmetros, encontraremos um orçamento regional executado, nos últimos 6 anos, algo em torno de 1 bilhão de reais. É um valor substancial para uma população aproximadamente de 1 milhão de habitantes⁵, segundo o Datasus.

Vale mais uma vez salientar que os municípios são gestores plenos do SUS. Este dado pode ser um indicativo de como o município vem administrando e criando condições para diminuir a dependência dos prestadores de serviços na composição orçamentária municipal. Assim, saindo do modelo de gestão médico assistencial privatista como descrevemos no capítulo anterior. As tabelas acima mostram, no geral para todos os municípios, um crescimento acentuado dos repasses aos orçamentos municipais de saúde neste período estudado.

É importante salientarmos que as gestões plenas foram implantadas no mesmo ano em cada município. Desta forma, podemos observar que os repasses federais para os fundos praticamente mais que dobrou em todos os municípios no período compreendido ente 1998 e 2003.

É possível observar também que em alguns municípios, a participação dos prestadores de serviços não diminuiu, e chega a ser superiores aos valores repassados aos fundos

⁵ Por aglomerado urbano, as projeções do Datasus utilizam os dados do IBGE.

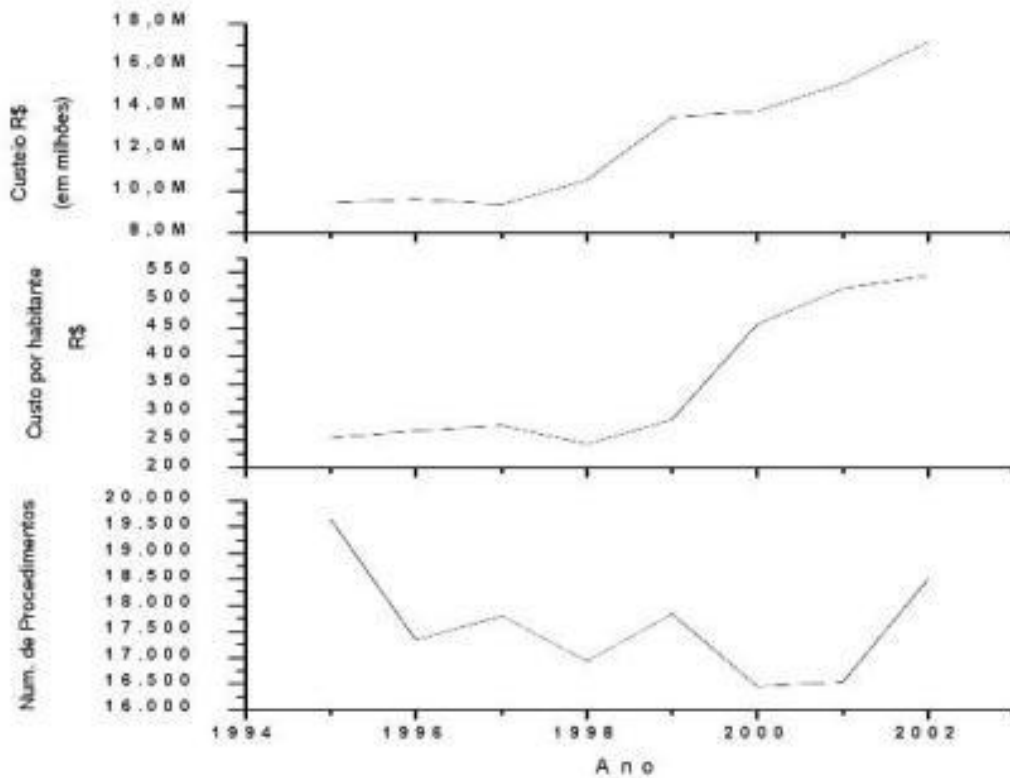
municipais. É o caso de São José do Rio Preto.

Mas na cidade de São José do Rio Preto, como se nota na tabela 5, a diferença do volume entre os investimentos (pagamento a prestadores e repasse ao fundo) vem diminuindo progressivamente.

Sobre os repasses aos municípios para os fundos municipais, Presidente Prudente aparece como a cidade que mais recebeu verbas em 2003, comparada aos demais municípios no mesmo período. É o terceiro maior orçamento acumulado e de volumes de repasses federais ao longo do período estudado.

Figura 4

Presidente Prudente - Custeio da saúde no município e procedimentos pagos por habitante, 1995 - 2002



Fonte: Datasus e org. Werneck, 2004.

Ao analisarmos a relação entre o custeio da saúde nos municípios observados, encontraremos dados interessantes. As figuras abaixo mostram a relação entre o custeio da Saúde no município, custeio por habitante e os números de procedimentos hospitalares pagos aos prestadores no período entre 1998 e 2002.

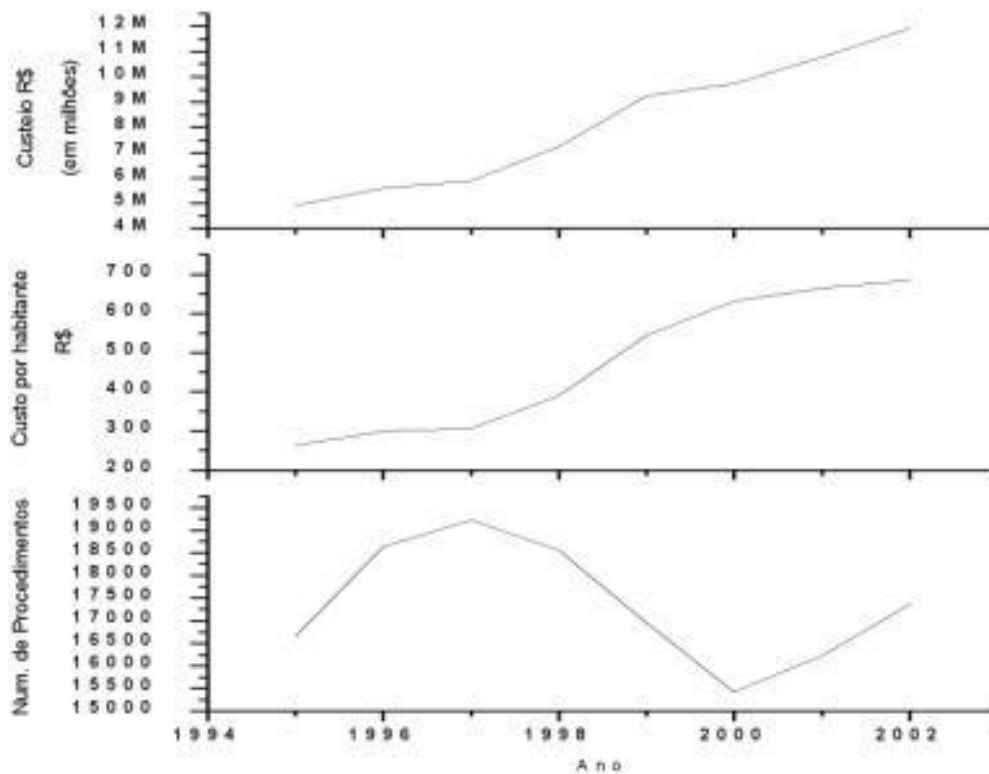
Como vimos anteriormente, um dos pilares políticos do SUS é o reforço da atenção

básica por meio das unidades básicas de saúde (portas de entrada) e os programas a ela ligados como o PSF e outros.

No sentido inverso desta proposta, o custeio dos prestadores de serviços de saúde em Pres. Prudente vem aumentando os recursos pagos. Este fato é observado na figura 5, na qual encontramos todo o volume empenhado no pagamento de recursos em procedimentos médicos ao longo de um período. Como podemos observar, os pagamentos mantinham um padrão de recursos financeiros até 1998, mas a partir deste ano, os valores tomaram outra dimensão, aumentando progressivamente.

Figura 5

Araçatuba - Custeio da saúde no município e procedimentos pagos por habitante, 1995 - 2002



Fonte: Datasus e org. Werneck, 2004.

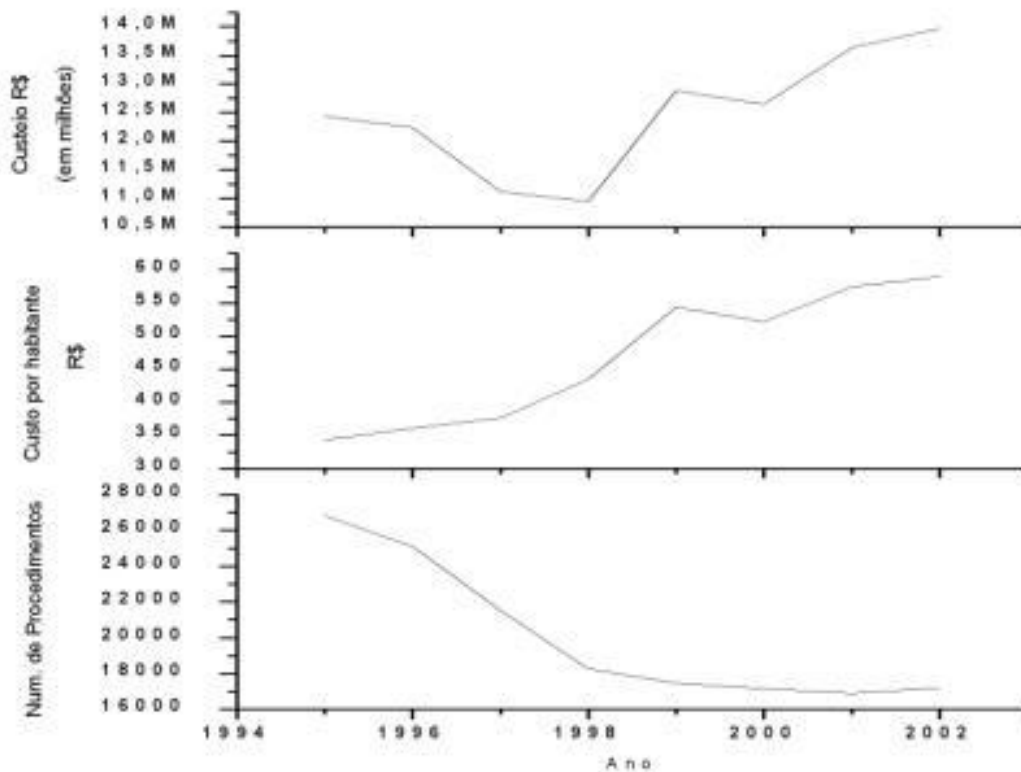
Refletindo também no valor médio das internações por habitante, os valores acompanham a mudança no pagamento dos custos aos prestadores. A média do AIH em 1998 era em torno de R\$ 250 reais, chegando a 2002 com os valores próximos a R\$ 550 reais.

Os números de procedimentos têm variado de forma irregular. Não aparentando, ao

compararmos com os outros gráficos, nenhuma correlação que pudéssemos encontrar.

Figura 6

Marília - Custeio da saúde no município e procedimentos pagos por habitante, 1995 - 2002



Fonte: Datasus e org. Werneck, 2004.

O comportamento dos custos em Araçatuba mostra que a partir de 1997, a relação entre pagamento aos prestadores de serviços vem diminuindo e, desta forma, os procedimentos também. Como em Presidente Prudente, os valores médios dos procedimentos por habitante também aumentaram. O que nos chama a atenção é o retorno do aumento de procedimentos a partir de 2000.

Poderemos notar que há um progressivo aumento no volume do custeio dos recursos da Saúde do Município desde 1995 se observarmos a figura 5.

O município de Marília tem o mesmo comportamento dos outros municípios acima descritos. Após 1998, o custo de internação vem aumentando e assim influenciando nos valores médios dos procedimentos *per capita*. O que surpreende, no entanto, nos mostra uma surpresa é a queda vertiginosa dos números de procedimentos no período analisado.

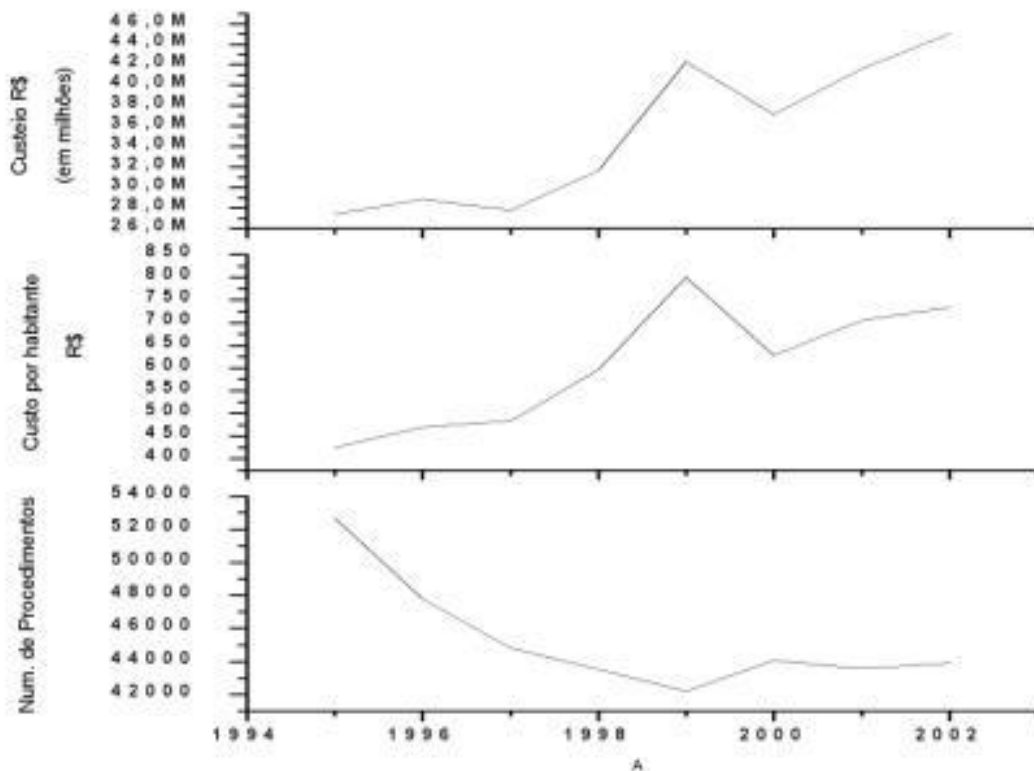
São José do Rio Preto como Marília, apresenta uma evolução nos gastos com o

pagamento de serviços. Mas apresenta uma variação em 2000 quando os valores pagos foram quase os mesmos praticados em 1998, ano da implantação da gestão, o que reflete também no custo médio *per capita* no período analisado.

Sobre o comportamento dos números de procedimentos, no geral, sofreram uma queda quando a gestão local foi implantada em 1998. Mas a partir de 2000, podemos observar que estes valores voltaram a subir e refletiram no aumento do volume de recursos pagos aos prestadores.

Figura 7

São José do Rio Preto - Custeio da saúde no município e procedimentos pagos por habitante, 1995 - 2002



Fonte: Datasus e org. Werneck, 2004.

O que podemos entender a partir destes dados?

Os valores apresentados nos dão a possibilidade de presumir que houve uma melhoria sensível na qualidade dos serviços de saúde ofertados pelos municípios e uma participação dos poderes locais na gestão da saúde? Gostaríamos de dizer que sim, mas não é o que estamos visualizando.

Ao avaliarmos os gastos em Saúde, entendemos que há uma forma clássica de interpretação das informações sobre a implantação e os impactos das ações governamentais propostas que visam alterar as condições daqueles menos favorecidos. Certamente, não se deve iniciar a avaliação a partir da observação de resultados, pois, em geral, há dificuldades e críticas sobre a mensuração de resultados de programas sociais.

Ao considerar a relação custo x resultados, a análise de custo-efetividade permite a incorporação da perspectiva dos usuários e dos prestadores, desde que os resultados obtidos contemplem uma programação prévia do programa ou serviço e as necessidades da população-alvo.

Podemos observar que em todos os municípios não houve eficiência em um dos objetivos traçados pela NOB/96 que era diminuir a dependência do pagamento de serviços prestados e reforçar o atendimento básico. Todos os municípios mostraram um aumento nos valores dos recursos pagos e assim aumentaram também a média *per capita* dos procedimentos por habitantes.

Em duas cidades mesmo não atendendo esta diretriz, encontramos nas ações (diretas ou indiretas) locais que diminuíram os números de procedimentos que são os casos de Marília e São José do Rio Preto. Araçatuba tinha também esta característica, mas em 2000 este indicador sofreu mudanças e, por este motivo, preferimos desconsiderá-lo fora deste exemplo.

A efetividade e a eficiência dos programas são ingredientes indispensáveis da eficácia, inclusive para fins de conhecimento dos resultados pretendidos. O que nos leva a indagar: programas de saúde serão eficazes quando forem antes efetivos e eficientes?

Segundo Marinho & Façanha (2001), os objetivos pretendidos das ações em saúde também são estruturados pela condução e objetivos efetivos dos programas. Essa constatação, se acatada, define uma agenda de atividades de escopo substancial para a avaliação, assim garantindo a sua eficácia.

A necessidade de "refinamentos metodológicos" durante o processo de investigação não é incomum em investigações de natureza qualitativa. Ao contrário, admite-se que a realidade seja histórica e socialmente construída. Tanto sua expressão quanto sua apreensão somente podem ser buscadas em sua síntese.

Não se trata, portanto, em nosso caso, de uma eleição simples de critérios de classificação dos programas de saúde, como efetivo, eficiente e eficaz; ou com outras categorias de análise - *gasto, financiamento, modelo de gestão e equidade* - particularmente porque a *equidade* tem sido associada à distribuição e alocação de recursos do SUS e esta, obviamente, está ligada ao *modelo de gestão*.

O estudo dos modelos epidemiológicos e de avaliação de serviços e sistemas de saúde para alocação de recursos financeiros tem sido tema para muitas pesquisas, patrocinadas por várias instituições, para o conhecimento das desigualdades de condições de vida e saúde entre os municípios brasileiros e os resultados das ações de saúde implementadas nesses municípios, como foi a pesquisa do Instituto de Saúde (2002).

Na descrição metodológica da pesquisa, os desafios postos e da compreensão de processos de alta complexidade, eram claros, pois corria-se o risco de valer-se de

procedimentos que culminassem no isolamento de uma parcela particular do contexto, convertendo-se artificialmente na totalidade do objeto.

Desta forma, realizou-se então uma comparação entre o índice de responsabilidade social (IRSS) da Assembléia do Estado de São Paulo (que é um indicador complexo) com um indicador que os pesquisadores construíram como um dos produtos da citada pesquisa, Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS). Assim, foi possível puderam identificar os municípios que estavam distribuídos nos mesmos grupos de igualdade ou desigualdade.

Segundo os pesquisadores do Instituto de Saúde, os Índices Sintéticos de Condições de Vida e Saúde (ICVS) e de Respostas do Sistema (IRSS) permitem a análise das desigualdades em saúde entre os municípios. No entanto, cada um dos indicadores oferece limites estatísticos e qualitativos para análise. A saída para esta pesquisa mencionada foi criar um indicador que reunisse o que tem de melhor de cada um ⁶.

Esta modalidade de análise, embora não seja privilegiada nas discussões acadêmicas, tem sido utilizada, sob a ótica dos gestores, para o reconhecimento de situações e de necessidades de intervenções na implementação de políticas públicas de saúde.

Observemos as cidades segundo esta comparação:

Tabela 6
Indicadores comparativo entre as cidades, 2002

Cidade	ICVS	Agrupamento	IRSS	Agrupamento
Araçatuba	0,794	1	0,804	1
Marília	0,788	1	0,742	1
Presidente Prudente	0,815	1	0,788	1
São José do Rio Preto	0,846	1	0,841	1

Fonte: Instituto de Saúde, 2000.

Nesta tabela, cada indicador tem seu próprio agrupamento, no caso do ICVS, os municípios estão divididos em três grupos, enquanto o IRSS está em quatro. Individualmente cada município está demonstrado a qual grupo pertence segundo o indicador. Ambos indicadores utilizam, o índice de 0 a 1, para qual o melhor índice é dado pelo valor 1 (um) e o pior é representado pelo 0 (zero).

Assim, a análise através de agrupamento de indicadores de municípios teve a finalidade de identificar grupos de municípios semelhantes. Metodologicamente, a pesquisa do Instituto de Saúde utilizou-se da técnica de análise de agrupamentos (*cluster analysis*)⁷, tanto para os componentes do ICVS quanto para os do IRSS.

Com base nos resultados das análises estatísticas dos componentes do IRSS e do ICVS, o indicador comparado mostra uma classificação de dez grupos, onde todos os

⁶ Para mais detalhes, recomendamos a leitura das notas técnicas do CD- Rom **Quantos Brasis** do Instituto de Saúde, 2002.

⁷ Esta técnica é empregada quando se dispõe de um conjunto de dados multivariados, ou seja, uma matriz de dados com p variáveis e n elementos e deseja-se identificar padrões de similaridades existentes entre os elementos deste conjunto.

municípios acima mencionados estão no primeiro grupo.

Diante destes dados, constata-se que é pouca a diferença entre cidades selecionadas em nossa pesquisa. Todas estão, segundo os indicadores, onde se melhor aplica o dinheiro. Sob o ponto de vista do sistema são todas parecidas. Mas se analisarmos uma outra escala, encontraremos cidades produzidas espacialmente e socialmente desiguais. O Brasil é um país de cidades produzidas desigualmente.

Existe uma vasta produção bibliográfica sobre a produção do espaço urbano, mas gostaríamos de deixar claro, que não é nosso objetivo esgotar a discussão sobre tal aspecto, mas, apenas, a riqueza da produção científica e autores sobre o tema.

Carlos (1994) ao refletir sobre a dimensão da desigualdade no espaço intra-urbano ensina:

"(...) Podemos analisar o urbano de dois pontos de vista: o do produtor, que necessitará de equipamentos de infra-estrutura, de informação, de inovação, de amplas instalações e o do consumidor, que usará o espaço fundamentalmente por questões de sobrevivência: o habitar e o trabalho, mas que para tal necessita de equipamentos de lazer, oferecimento de determinados bens e serviços coletivos, de cultura etc. Em suma, cada um desses personagens tentará usufruir desse espaço do melhor modo possível para a satisfação de suas necessidades, seja a de produzir ou a de consumir; mas, se levarmos em conta que o produzir não exclui o consumo, e o vice-versa, a análise nos colocará outras questões (...)" (Carlos, 1994. p.53).

Desta forma, a reprodução do espaço urbano recria constantemente as condições gerais a partir das quais se realiza o processo de reprodução do capital.

A cidade aparece como um bem material, consumida de acordo com as leis de reprodução do capital. Mas, por outro lado, a cidade não é simples condição objetiva de vida, ela supõe condições de direção, gestão, atividades sociais, políticas, religiosas etc. Pode-se dizer que em certo sentido é também cultura: e guarda a dimensão do humano. Todavia, ela se produz de forma vinculada à propriedade privada, que se materializa na segregação espacial.

Milton Santos (1993) aponta:

"(...) A cidade em si, como relação social e como materialidade, torna-se criadora de pobreza, tanto pelo modelo socioeconômico de que é o suporte como por sua estrutura física, que faz dos habitantes das periferias (e dos cortiços) pessoas ainda mais pobres. A pobreza não é apenas o fato do modelo socioeconômico vigente, mas, também, do modelo espacial (...)." (Santos, 1993. p. 10).

Para Correia (1993), ao olharmos o intra-urbano encontraremos uma cidade fragmentada, articulada, reflexo e condicionante social, a cidade é também o lugar onde as diversas classes sociais vivem e se reproduzem.

"(...) O espaço da cidade é assim, e também, o cenário e o objeto das lutas sociais, pois estas visam, afinal de contas, o direito à cidade e à cidadania plena e igual para todos - é um produto social, resultado de ações acumuladas através do tempo, e engendradas por agentes que produzem e consomem espaço(...)" (Correia, 1993. p.11).

A maioria das políticas sociais é elaborada como tentativas de manter uma certa

distribuição de renda em um sistema social ou para a redistribuição entre os vários grupos sociais que formam uma sociedade.

Parece que os mecanismos de identificação sobre a alocação dos recursos financeiros num sistema urbano complexo, como são as cidades brasileiras, estimulam a visualizar estas como números homogêneos.

Isso é ruim, pois, o impacto das informações criadas sobre as pessoas que as recebem pode refletir nos significados que os mesmos dão aos sinais, símbolos, ou qualquer coisa que se assemelhe com a condição de melhoria.

Considerações finais

Existe uma padronização da distribuição dos recursos, mas cada município tem feito as suas obrigações diferentemente. Cada município tem seu modelo de gestão. A padronização das formas de repasse faz com que o governo federal trate todos os municípios da mesma maneira, o que é um equívoco.

Entendemos que os números, por si só, não significam que houve uma melhora na qualidade dos serviços prestados. Isso tem implicações imediatas na forma de se pensar em políticas públicas sociais, porque indica a necessidade de encarar e usar, criativamente, o espaço, e de apreciar o significado das formas espaciais criadas pelos outros para mensurar se realmente houve melhorias.

Reforçamos a idéia da necessidade de se discutir outros mecanismos que possam rever o financiamento do SUS. Não existe nenhum benefício para o município que consegue atingir suas metas ou até mesmo quando reduz o volume de AIH. Pode ocorrer o inverso, com os recursos para o ano seguinte serem até menores.

Devemos relacionar as categorias que a Geografia nos oferece e a forma espacial que a cidade assume com os mais variados indicadores da área de saúde. Os indicadores infelizmente não conseguem evidenciar estas categorias de análise de grande importância para pesquisas sociais.

Entendendo que a produção e distribuição da doença e a constituição do espaço têm os mesmos determinantes, este último, enquanto expressão das condições de vida dos segmentos que o ocupam, representa a mediação possível de informar certas relações entre a sociedade e a saúde. Tais referências poderiam aprimorar o conhecimento dos planejadores na elaboração das políticas sociais, principalmente na saúde.

Referências

BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde).

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 33**, de 23 de dezembro de 1992. Dispõe sobre a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica** - SUS 01/1991.

BRASIL. Ministério da Saúde / SUS. **Descentralização das ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**, 1993.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **A (Re)Produção do Espaço Urbano**. São Paulo, Edusp, 1994.

CORDEIRO, Hésio. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*, 2001, vol.6, no.2, p.319-328.

CORRÊA, Roberto Lobato. **O Espaço Urbano**. São Paulo, editora Ática, 2ª edição, 1993.

FUNDAÇÃO IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, PNDA de 1998**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em CD – ROM.

FUNDAÇÃO IBGE. **Estatística da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 1999**. Rio de Janeiro, 2000.

JANUZZI, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. In: **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 36(1): 51-72. Jan./Fev., 2002.

JANUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais no Brasil: Conceitos fontes e aplicações**. Campinas: Alínea, 2001.

INSTITUTO DE SAÚDE. **Quanto Brasil? Equidade para alocação de recursos no SUS**. São Paulo, 2002. Disponível em CD - ROM

MARINHO, Alexandre; FAÇANHA, Luís Otávio de F. **Programas sociais - efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

MATTOS, C. O plano como aposta. In: **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo: Revista da Fundação SEADE, p. 28 – 42, 1991.

SANTOS, Milton. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo, Hucitec, 1993.

WERNECK, E. **Em busca de uma equidade maior: a distribuição socioespacial dos postos de saúde em Presidente Prudente**. Presidente Prudente, 1999. (Relatório de pesquisa em Iniciação Científica)