

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**  
**CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO - CSE**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO**

**ANA BEATRIZ SENNA**

**SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA NO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA  
SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
FLORIANÓPOLIS**

**FLORIANÓPOLIS, SC**

**2011**

**ANA BEATRIZ SENNA**

**SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA NO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA  
SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração – Departamento de Ciências da Administração, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Marino Costa.  
Co-orientador: Prof. Me. João José Candido da Silva.

**FLORIANÓPOLIS, SC**

**2011**

**ANA BEATRIZ SENNA**

**SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA NO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA  
SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
FLORIANÓPOLIS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado e aprovado na sua forma final pela Coordenadoria de Estágios do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 08 de novembro de 2011 .

---

Prof. Dr. Gerson Rizzatti Júnior  
Coordenador de Estágios

**Professores Avaliadores:**

---

Prof. Dr. Alexandre Marino Costa  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Me. João José Candido da Silva  
Co-orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. Sérgio Luis Boeira  
Avaliador  
Universidade Federal de Santa Catarina

## RESUMO

SENNA, Ana Beatriz. **Sustentabilidade financeira no processo de municipalização da saúde:** um estudo de caso na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. 2011. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Administração, Departamento de Ciências da Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Este trabalho discute a sustentabilidade financeira no processo de municipalização dos serviços de saúde, em Florianópolis. Trata-se de uma pesquisa aplicada que buscou identificar, através de estudo de caso realizado na Secretaria Municipal de Saúde, os meios pelos quais a sustentabilidade financeira pode ser implementada no processo de descentralização aderido pelo município. Os dados foram coletados por meio de observações *in loco*, entrevistas semi-estruturadas e pesquisas documentais. Adotou-se uma metodologia descritiva, baseada em análises de caráter qualitativo e quantitativo. Os resultados demonstram que o município sob estudo apresenta, no processo de descentralização, desafios à sustentabilidade financeira da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura, como um todo. O trabalho propõe ações que possibilitem maior sustentabilidade financeira ao referido processo.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde – SUS. Saúde pública municipal. Descentralização. Municipalização. Sustentabilidade financeira. Financiamento da saúde municipal.

## ABSTRACT

SENNA, Ana Beatriz. **Financial sustainability in the municipalization process of the health care system:** study case of Florianópolis' Municipal Department of Health. 2011. 90p. Graduation's final dissertation – Business Administration, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

This dissertation discusses the financial sustainability in the process of municipalization of the health care services in Florianópolis. This is an applied research that aimed to identify, through a case study which took place at the Municipal Health Department, the means by which the financial sustainability can be implemented in the decentralization process adhered by the City. The data was collected through *in loco* observation, semi-structured interviews, and documental research. Descriptive methodology was used, based on qualitative and quantitative analysis. The results demonstrate that the studied City shows, in the decentralization process, challenges to the financial sustainability of the Health Department and to the City as a whole. This work suggests actions that may enable greater financial sustainability to the referred process.

**Keywords:** Brazilian Public Health System - SUS; Public Municipal Health; Decentralization; Municipalization; Financial Sustainability; Municipal Health Care Funding.

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 - Responsabilidades dos municípios nas diferentes condições de gestão da NOB 01/93 ..... | 21 |
| Quadro 2 - Impostos por nível de governo .....  | 33 |
| Quadro 3 – LRF: limites das despesas com pessoal (% da receita corrente líquida) .....            | 43 |
| Quadro 4- Valores da SMS.....   | 58 |

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - SUS: linha do tempo .....  | 19 |
| Figura 2- Tipos de descentralização financeira .....                                  | 30 |
| Figura 3 - Mínimos de aplicação em saúde, por esfera de governo (EC n° 29/2000) ..... | 36 |

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 - Brasil: Gastos governamentais em relação ao PIB.....   | 32 |
| Tabela 2 - Carga tributária bruta por nível de governo (% do total) .....                                     | 34 |
| Tabela 3 - Perfil e evolução das finanças municipais (300.000 <População<1.000.000).....                      | 35 |
| Tabela 4 - Participação dos gastos por esferas de governo .....   | 42 |
| Tabela 5 - Despesas com saúde financiadas com recursos próprios, por nível de governo (2006) .....            | 46 |
| Tabela 6 - Despesas <i>per capita</i> com saúde financiadas com recursos próprios, por nível de governo ..... | 47 |
| Tabela 7 - Gastos públicos com saúde .....  | 49 |
| Tabela 8- População de Florianópolis, divisão por sexo .....  | 58 |
| Tabela 9 - População de Florianópolis, divisão por faixa etária .....   | 59 |
| Tabela 10 - SMS: despesas com pessoal (% da receita corrente líquida).....                                    | 69 |
| Tabela 11 - Florianópolis: % de recursos próprios aplicados em saúde (EC nº. 29/2000) .....                   | 70 |
| Tabela 12 – Município de Florianópolis: percentual das despesas por funções.....                              | 72 |
| Tabela 13 - SMS: despesas de capital, despesas correntes e receita total .....                                | 74 |
| Tabela 14 - SMS: despesas total X receita total .....   | 75 |
| Tabela 15 – SMS: participação percentual das fontes de financiamento .....                                    | 76 |
| Tabela 16 - SMS: taxas de crescimento de recursos próprios e vinculados .....                                 | 77 |



## LISTA DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1 - Brasil: Evolução dos gastos governamentais - % do PIB .....                                      | 33 |
| Gráfico 2 - Distribuição da carga tributária bruta por nível de governo .....                                | 35 |
| Gráfico 3 - Efeito de longo prazo das vinculações de recursos a despesas de capital (Educação e Saúde) ..... | 45 |
| Gráfico 4 - Despesas com saúde financiadas com recursos próprios, por nível de governo (2006) .....          | 47 |
| Gráfico 5 - Crescimento percentual das despesas <i>per capita</i> com saúde (ano base: 2000) .....           | 48 |
| Gráfico 6 - SMS: despesas com pessoal (% da receita corrente líquida) .....                                  | 69 |
| Gráfico 7 - Florianópolis: % de recursos próprios aplicados em saúde (EC n.º. 29/2000) .....                 | 71 |
| Gráfico 8 - Florianópolis: percentual das despesas totais por funções (comparação entre 2000 e 2010) .....   | 72 |
| Gráfico 9 - SMS: despesas de capital, despesas correntes e receita total .....                               | 74 |
| Gráfico 10 - SMS: despesas total X receita total .....   | 75 |
| Gráfico 11 - SMS: participação percentual das fontes de financiamento .....                                  | 77 |
| Gráfico 12 - SMS: taxas de crescimento de recursos próprios e vinculados .....                               | 78 |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO.....  | 10 |
| 1.1 TEMA E PROBLEMA.....   | 10 |
| 1.2 OBJETIVO GERAL.....  | 12 |
| 1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 12 |
| 1.3 JUSTIFICATIVA .....  | 13 |
| 1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO .....  | 14 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....  | 16 |
| 2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....  | 16 |
| 2.1.1 HISTÓRICO DO SUS.....  | 17 |
| 2.1.2 PRINCÍPIOS DO SUS .....  | 25 |
| 2.2 MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE .....   | 27 |
| 2.2.1 DESCENTRALIZAÇÃO: ASPECTOS CONCEITUAIS .....   | 27 |
| 2.2.2 TIPOS DE DESCENTRALIZAÇÃO.....   | 28 |
| 2.2.3 DESCENTRALIZAÇÃO FINANCEIRA .....  | 29 |
| 2.3 FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL .....   | 31 |
| 2.3.1 FINANCIAMENTO DOS GASTOS PÚBLICOS .....  | 32 |
| 2.3.2 SISTEMÁTICA DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE MUNICIPAL.....   | 36 |
| 2.3.3 DESAFIOS À SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA NO PROCESSO DE<br>MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE.....                         | 41 |
| 3 METODOLOGIA.....   | 51 |
| 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....   | 51 |
| 3.2 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS .....  | 52 |
| 3.3 ANÁLISE DOS DADOS .....  | 54 |
| 3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA .....   | 55 |
| 4 ESTUDO DE CASO .....   | 57 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .....  | 57 |
| 4.2 PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS.....   | 62 |
| 4.3 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ...   | 65 |
| 4.4 DESAFIOS À SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA NO PROCESSO DE<br>MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE ADERIDO POR FLORIANÓPOLIS..... | 68 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....   | 79 |
| 5.1 CONCLUSÕES .....   | 79 |
| 5.2 RECOMENDAÇÕES.....   | 80 |
| REFERÊNCIAS .....  | 82 |
| APÊNDICE 1 .....   | 86 |
| ANEXO 1: PARECER DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS PROJETOS DE<br>PESQUISA EM SAÚDE - SMS .....                      | 87 |
| ANEXO 2: REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS.....   | 88 |
| ANEXO 3: ORGANOGRAMA DA SMS .....  | 89 |

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho discute a sustentabilidade financeira no processo de municipalização dos serviços de saúde, no contexto específico de Florianópolis. Trata-se de um estudo de caso que analisou o sistema de financiamento da saúde pública do município, sob a diretriz da descentralização do setor, gradualmente implementada no Brasil desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Para tanto, enunciou em seu Art. 198, §1º, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), regido por princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização. Apesar do caráter democrático, o processo de municipalização das políticas de saúde enfrenta inúmeros entraves, dentre os quais se destaca a questão do financiamento. Tal fato tem exigido dos municípios injeção cada vez maior do orçamento próprio na área da saúde, comprometendo, em alguns casos, outras políticas de interesse social.

Tendo em vista que a insuficiência de recursos pode comprometer não só a qualidade do serviço, como a efetividade do processo de descentralização da saúde, é de extrema importância estudar a sustentabilidade financeira no processo de municipalização do SUS.

### 1.1 TEMA E PROBLEMA

Ao longo da história do SUS, o princípio da descentralização é discutido e reafirmado como estratégia norteadora do Sistema (BELTRAMMI, 2008). Percebe-se a centralidade desse princípio desde a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) até o Pacto pela Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a), passando por todas as demais Normas Operacionais. Beltrammi (*op. cit.*) confirma o propósito com a seguinte consideração:

A descentralização é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que guarda uma significativa transversalidade conceitual e operativa com os demais princípios que o fundamentam. No sistema, assume um papel de eixo estruturante, posto que convida os três entes governamentais federados, União, Estados e Municípios a articularem-se, cooperarem entre si e zelarem pela qualidade das ações e serviços de saúde. (BELTRAMMI, 2008, p. 159).

De acordo com Medici (1994), o processo de descentralização do sistema público de saúde que vem sendo implementado no Brasil deve observar alguns componentes básicos, dentre os quais vale destacar:

- (a) a descentralização de serviços e competências deve ser acompanhada pela transferência de recursos físicos e financeiros do nível central aos níveis regionais e locais;
- (b) cabe à União apoiar financeiramente, em caráter básico ou suplementar, Estados e Municípios a cumprirem o Plano Nacional de Saúde. No processo de descentralização, ao transferir serviços e competências, a União deveria repassar sua rede de serviços (patrimônio e recursos humanos) às instâncias regionais e locais;
- (c) cabe aos Estados apoiarem financeiramente, em caráter básico ou suplementar, seus Municípios no processo de descentralização, repassando às instâncias locais que assumirem competências antes estaduais, recursos, patrimônio físico e pessoal;
- (d) Os Municípios, no processo de descentralização, devem passar a ser as unidades básicas de gestão e prestação dos serviços de saúde, definindo sua política de saúde conforme a realidade local específica.

Ao elencar os componentes básicos do processo de descentralização, Medici (1994) elucida que, no Brasil, a aplicação do princípio vem ampliando as competências e responsabilidades sanitárias dos Estados e, em especial, dos Municípios. Os serviços, antes prestados por órgãos da Administração Federal e Estadual, estão sendo gradativamente absorvidos pelas instâncias locais. A literatura conceitua como Municipalização tal processo de descentralização voltado às instâncias locais.

Gerschman (2000) esclarece que a Municipalização das políticas públicas foi impulsionada pelo movimento municipalista, surgido ao final dos anos 1970, após um longo período de autoritarismo vivido no país. Fundamentados em ideais democráticos, os atores desse movimento buscavam, com a municipalização:

[...] uma maneira de democratização do poder, já que seria no nível local onde os interesses poderiam ser ouvidos e debatidos: nada melhor para a efetivação desse tipo de processo do que a proximidade geográfica entre os implementadores de política e a população que o espaço municipal oferece. (GERSCHMAN, 2000, p.150-151).

De acordo com Gerschman (2000), no entanto, a transferência de competências ao nível municipal não tem sido acompanhada por repasse correspondente de recursos. Vale destacar que no ano de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000a), que assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A prática demonstra, no entanto, que os mínimos exigidos de cada ente da Federação ainda são insuficientes para a prestação de serviços de saúde pública de qualidade. Frente a essa

disparidade entre competências e repasses, é grande o clamor de Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde pela regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29.

Desde a assinatura do Pacto pela Saúde, o Município de Florianópolis, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, vem assumindo gradativamente serviços de média e alta complexidades, cuja competência anterior era do Estado e da União. De maneira semelhante à realidade de várias outras Secretarias Municipais, as despesas da instituição vêm crescendo a taxas superiores ao crescimento da receita, o que impõe ao Município a necessidade de incrementar o percentual da respectiva arrecadação aplicado em saúde.

O presente trabalho propõe a abordagem do tema por meio de um estudo de caso na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. A pesquisa foi norteada pelo seguinte problema:

**Como a sustentabilidade financeira pode ser implementada no processo de descentralização da saúde aderido por Florianópolis?**

Com a finalidade de responder ao problema proposto, foi delineado um conjunto de objetivos que guiaram a pesquisa.

## **1.2 OBJETIVO GERAL**

- Identificar os meios pelos quais a sustentabilidade financeira pode ser implementada no processo de descentralização da saúde aderido por Florianópolis.

### **1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Para alcançar o objetivo geral acima mencionado, buscou-se cumprir as seguintes ações específicas:

- a) caracterizar a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;
- b) descrever como se deu o processo de descentralização dos serviços de saúde no contexto específico do município de Florianópolis;
- c) identificar as principais características do financiamento das ações e dos serviços de saúde prestados pela Secretaria Municipal;
- d) analisar os desafios à sustentabilidade financeira no processo de municipalização da saúde aderido por Florianópolis; e
- e) propor ações que possibilitem maior sustentabilidade financeira ao processo de municipalização da saúde aderido pelo município sob estudo.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Após longo período de centralização política e autoritária vivido pela população brasileira, atores de emergentes movimentos sociais começaram a clamar, no final da década de 1970, pela aproximação entre governo e sociedade, entre implementadores de políticas públicas e cidadãos. Neste contexto, os princípios de descentralização e participação social foram adotados como diretrizes do processo de redemocratização nacional (FARAH, 2001). Na área da saúde, ambos os princípios foram incorporados pela Constituição Federal do Brasil (1988) como diretrizes estruturantes do Sistema Único de Saúde.

O princípio da descentralização, por apresentar transversalidade com as demais diretrizes embasadoras do SUS (universalidade, integralidade, equidade e participação social), assumiu importância significativa ao longo do processo de construção, implementação e fortalecimento do Sistema (GERSCHMAN, 2000).

Apesar das iniciativas governamentais, diversas publicações científicas na área demonstram que o processo de descentralização dos serviços de saúde ao nível municipal não está ocorrendo de maneira sustentável, uma vez que a transferência de competências, responsabilidades e serviços não é acompanhada por um repasse correspondente de recursos por parte dos Estados e da União (GERSCHMAN, 2000). Anualmente, os municípios estão tendo que investir percentuais cada vez mais altos de sua arrecadação em saúde, estabelecendo um *trade-off*<sup>1</sup> com as demais áreas de interesse social (SCATENA; VIANA & TANAKA, 2009).

Diante dessa fragilidade no processo de descentralização das políticas de saúde, trabalhos que se proponham a estudar formas de conferir maior sustentabilidade financeira à municipalização do SUS não são só necessários, como também extremamente oportunos.

Scatena, Viana e Tanaka (2009, p. 2435) destacam que muitas são as pesquisas voltadas para o financiamento da saúde. A despeito da enorme heterogeneidade situacional entre estados e municípios do Brasil, “[...] ainda são poucos os estudos que abordam este tema em contextos regionais ou de estados/municípios específicos [...]”.

No contexto de Florianópolis, apesar de o Município ter assinado o Pacto pela Saúde no ano de 2007, cujo objetivo principal foi a municipalização gradativa dos serviços de média e alta complexidades, não se conseguiu identificar, em pesquisa bibliográfica, produção

---

<sup>1</sup>*Trade-off* é um conceito utilizado em economia sem tradução adequada para o português. O termo expressa situações nas quais a melhoria de um critério implica, necessariamente, impacto negativo em outro (PAIVA, CARVALHO & FENSTERSEIFER, 2004).

científica que tenha abordado o tema da sustentabilidade financeira no processo de municipalização da saúde, o que demonstra o caráter de originalidade do presente trabalho.

Dados financeiros e orçamentários demonstram que, desde a assinatura do Pacto pela Saúde, o Município de Florianópolis vem aplicando percentuais crescentes na área, fato que pode gerar desinvestimentos a outras áreas de interesse social.

A identificação de diretrizes que devem orientar a sustentabilidade financeira no processo de municipalização da saúde aderido por Florianópolis é, pois, essencial. A dimensão financeira de qualquer projeto ou organização é elementar para a instrumentalização de seus objetivos. Negligenciar o problema da sustentabilidade financeira no processo de municipalização da saúde pode significar:

(a) a inviabilização do princípio da descentralização e dos demais princípios embasadores do SUS (universalidade, equidade, integralidade e participação social);

(b) o enfraquecimento do processo de aproximação democrática entre governo e cidadão; e

(c) o desinvestimento em outras políticas públicas de interesse social que possuem relação direta com a saúde.

Por fim, vale ressaltar que a escolha da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis como objeto de estudo de caso se justifica por duas razões principais: (a) a instituição aderiu, em 2007, à política de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, com consequências atuais visíveis aos respectivos gastos e ao equilíbrio financeiro do Município; e (b) a pesquisadora foi servidora da instituição, lotada na área financeira, entre os anos de 2008 e 2011 e conviveu, diariamente, com problemas encontrados no equilíbrio da sustentabilidade financeira.

## **1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO**

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos. A seguir, são descritos os pontos-chave de cada capítulo, de maneira que seja possível compreender, de forma geral, a estrutura do trabalho.

O primeiro capítulo contém a parte introdutória do trabalho, em que são expostos: o tema de pesquisa, o problema, os objetivos geral e específicos norteadores do estudo e os principais aspectos que justificam o diagnóstico proposto.

O segundo capítulo é constituído pela Fundamentação Teórica da pesquisa. Nele, estão contemplados diversos assuntos amplamente discutidos pela comunidade científica, cujo

conhecimento é essencial ao estudo de caso. Preceitos sobre o SUS, conceitos relacionados à municipalização dos serviços públicos de saúde e aspectos relativos ao financiamento da saúde pública municipal são alguns dos assuntos abordados. Vale elucidar que, apesar de a Fundamentação Teórica apresentar subtítulos bastante específicos, temas mais amplos – tais como economia do setor público, direito administrativo, federalismo fiscal e descentralização das políticas públicas de interesse social – perpassam as discussões teóricas apresentadas.

No terceiro capítulo, está descrita a metodologia que foi utilizada para a execução do estudo. De forma analítica, são expostos os métodos adotados para a coleta e análise de dados e apresentadas as limitações inerentes ao presente trabalho. Nesse capítulo, classifica-se, também, a pesquisa conforme sua abordagem, objetivos e aplicabilidade.

O capítulo quatro contém os resultados obtidos no estudo de caso. Nele estão expostos: a caracterização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis; a descrição do processo de descentralização dos serviços de saúde, no contexto específico do município; as características relativas ao financiamento das ações locais de saúde; e os principais desafios à sustentabilidade financeira enfrentados no processo de municipalização da saúde aderido por Florianópolis.

O quinto e último capítulo é constituído pelas considerações finais. Nele, são retomados os principais desafios identificados no capítulo quatro e apresentadas propostas de ações que possibilitem maior sustentabilidade financeira ao processo de municipalização da saúde aderido pelo município.



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A presente etapa da pesquisa objetiva buscar, na produção científica, fundamento teórico capaz de embasar reflexões e inferências acerca da sustentabilidade financeira no processo de municipalização da saúde. A etapa é essencial para o estudo proposto, pois respalda análises teórico-práticas sobre o problema de pesquisa.

A fundamentação ora apresentada está estruturada a partir dos seguintes tópicos principais: (2.1) O Sistema Único de Saúde; (2.2) Municipalização dos Serviços Públicos de Saúde; (2.3) Financiamento da Saúde Pública Municipal.

### 2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 caracteriza a saúde como um direito social, juntamente com a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

No seu artigo 196, a Carta Magna enuncia a saúde como dever do Estado e direito de caráter universal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Cabe destacar que a caracterização da saúde como direito social e universal, protegido pela Constituição Brasileira, trata-se de conquista recente, alcançada por meio de inúmeras discussões entre sociedade civil e governo (FONSECA & FERREIRA, 2009). O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui a estrutura idealizada democraticamente para a garantia dos direitos à saúde previstos na Constituição.

O Ministério da Saúde (link *Sobre o SUS*) apresenta o seguinte conceito para o Sistema Único de Saúde:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária –

como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos –, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros.

É importante elucidar que o conceito do SUS resultou de uma construção histórica, em que diretrizes de participação social e descentralização assumiram papel embasador. A compreensão do atual Sistema Brasileiro de Saúde Pública exige, portanto, um estudo dos principais aspectos históricos que culminaram na criação e evolução de um Sistema de Saúde orientado por princípios democráticos.

### 2.1.1 HISTÓRICO DO SUS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde e da promulgação da Constituição de 1988, o Brasil adotava o modelo hospitalocêntrico, em que o conceito de saúde restringia-se à ausência de doença (FONSECA & FERREIRA, 2009) e as políticas limitavam-se à reabilitação do indivíduo.

A partir de 1970, o Movimento Sanitarista propôs uma reflexão crítica acerca do modelo então vigente. As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por amplas discussões entre movimentos sociais, sindicatos, professores, lideranças políticas e profissionais da saúde. Varela (2008, p. 7-8) discorre que:

O processo de análise crítica da política e sistema de saúde existentes e a formulação de propostas de mudança, nas décadas de 70 e 80, resultaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes formalizados na Constituição Federal de 1988 [...].

Fonseca e Ferreira (2009) destacam que da Reforma Sanitária, iniciada em 1970, desencadeou o processo de democratização à saúde no Brasil. De acordo com os autores, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foi o marco histórico da democratização e da criação do SUS. O evento, que contou com a participação de aproximadamente 5.000 pessoas, discutiu a situação da saúde no Brasil e aprovou o Projeto de Reforma Sanitária, cujas principais propostas foram: (a) a ampliação do conceito de saúde (entendendo que a saúde é determinada socialmente e está vinculada à qualidade de vida das pessoas, e não apenas à ausência de doença); (b) a ampliação da responsabilidade social com a saúde; (c) a percepção da saúde como um direito social, de cidadania e responsabilidade do Estado; e (d) a não mercantilização da saúde.

[...] o Projeto de Reforma Sanitária foi levado à Assembléia Nacional Constituinte e aprovado quase em sua totalidade na Constituição Federal de 1988 – CF/88, que adotou a proposta do SUS. A CF/88 trata da saúde, do art. 196 ao art. 200, sendo o

ponto mais importante a concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como o seu acesso universal e igualitário [...] (FONSECA & FERREIRA, 2009, p. 202).

Nesse contexto, Médici (1997, *apud* Fonseca e Ferreira, 2009) enquadra as políticas de saúde do Brasil em três grandes fases:

- I) 1967 – 1983: A fase corresponde ao período “Previdencialista”, em que somente os trabalhadores que contribuía para a previdência social e suas famílias eram atendidos no sistema de saúde vigente;
- II) 1983 – 1988: Período de transição do sistema “Previdencialista” para o sistema universal de acesso à saúde;
- III) A partir de 1988: Fase caracterizada pela adoção de um sistema de saúde marcado pela universalidade e integralidade do atendimento.

O Ministério da Saúde (link *Sobre o SUS*) divide a saúde brasileira em duas grandes fases: a fase pré-SUS e a fase pós-SUS. De acordo com a instituição, antes da criação do Sistema, a saúde não era considerada um direito social. O modelo adotado pelo Brasil segregava os cidadãos em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito a serviços públicos de saúde por contribuir com a previdência social e os que não possuíam qualquer direito à saúde. Após a criação do SUS, a saúde passou a ser entendida como um direito social de caráter universal, integral e gratuito, de competência do Estado:

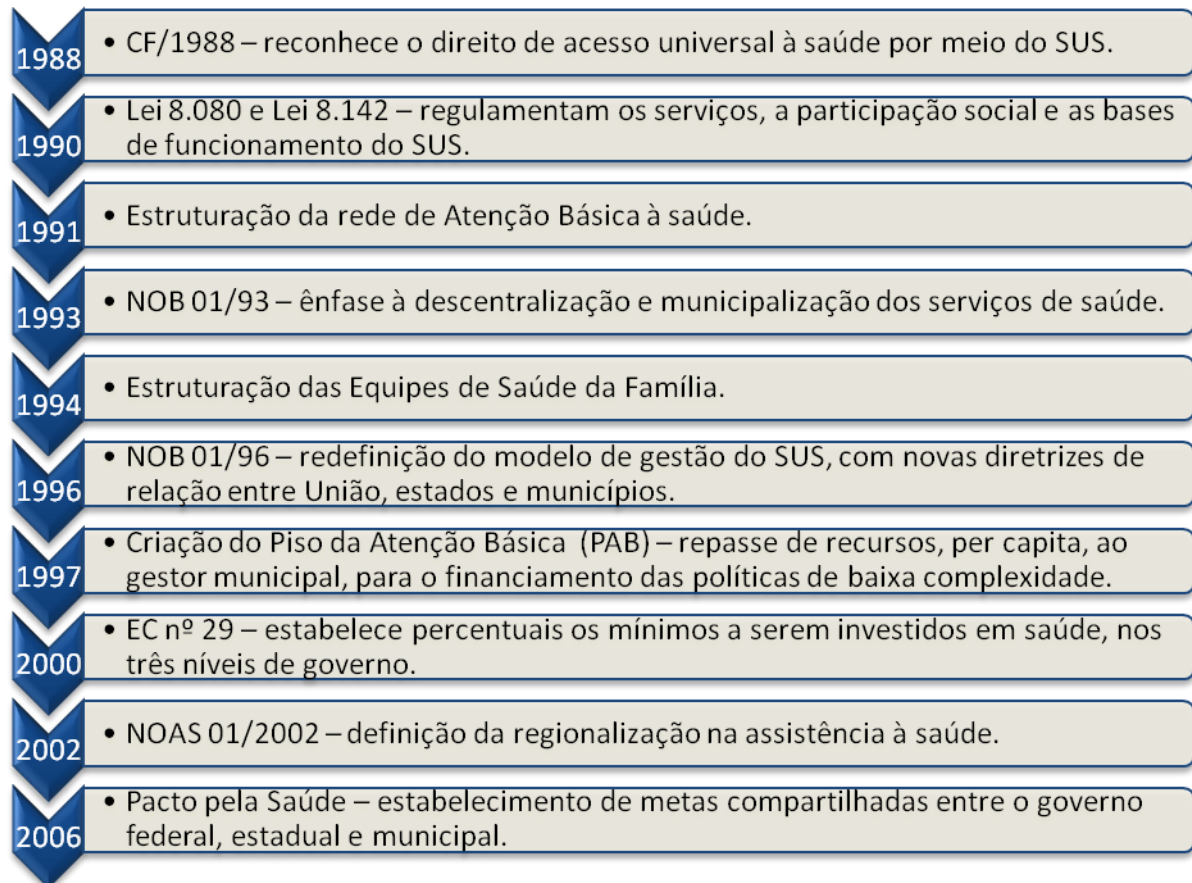
Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, link *Sobre o SUS*).

Como estratégia à universalidade, integralidade e participação social, o Sistema Único de Saúde incorporou, desde sua concepção ideológica, na VIII Conferência de Saúde, o princípio da descentralização (BELTRAMMI, 2008). De acordo com Barata, Tanaka e Mendes (2005, p. 15):

A descentralização, desde a Constituição Federal de 1988, tem sido uma das diretrizes organizacionais mais enfatizadas no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A implantação da descentralização opõe-se à tradição centralizadora da assistência à saúde no Brasil e vem promovendo a noção de que o município é o melhor gestor para a questão da saúde, por estar mais próximo da realidade da população do que as esferas estadual e federal.

Tal diretriz vem sendo reafirmada como estratégia sanitária ao longo dos mais de vinte anos de construção do SUS (BELTRAMMI, 2008). A figura 1 sintetiza os principais eventos ocorridos ao longo desses anos.

**Figura 1 - SUS: linha do tempo**



Adaptado de: Ministério da Saúde (mostra *SUS: a saúde no Brasil*)

Ao analisar a construção histórica do Sistema Único de Saúde, Beltrammi (2008) afirma que as principais leis, portarias e resoluções que regulamentam o SUS (Constituição Federal de 1988, Lei 8.080/1990, Normas Operacionais Básicas 1993 e 1996, Normas Operacionais de Assistência à Saúde 2001 e 2002 e Pacto pela Saúde/2006) apresentam a descentralização como questão central do Sistema.

O texto original da Constituição de 1988 (BRASIL) já previa a descentralização como diretriz do Sistema Único de Saúde. Em seu Artigo 198, inciso I, a Carta Magna apresenta a descentralização como uma das diretrizes norteadoras das ações e serviços públicos de saúde no Brasil.

Em 19 de setembro de 1990, foi publicada a Lei nº 8.080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a). Em seu Artigo 7º, inciso IX, alínea “a”, a lei reafirma o princípio constitucional da descentralização da saúde, com ênfase à municipalização dos serviços.

No mesmo ano, em 28 de dezembro, foi aprovada no Congresso Nacional a Lei nº. 8.142, que versa sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde, decorrentes do processo de descentralização do Sistema (BRASIL, 1990b). A lei versa sobre os repasses automáticos e estabelece, em seu Artigo 4º, pré-requisitos para tais transferências:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União (BRASIL, 1990b).

Entre 1991 e 2006 foram publicadas diversas Portarias com Normas Operacionais do SUS. Dentre elas, vale destacar as Normas Operacionais Básicas 1993 e 1996, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde 2001 e 2002 e o Pacto pela Saúde/2006. Todas buscaram o fortalecimento do processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

A Norma Operacional Básica 01/93 - NOB 01/93, instituída em 20 de maio de 1993 pela Portaria nº. 545 do Ministério da Saúde, fortaleceu o processo de descentralização previsto desde 1988, pela Constituição Federal. A NOB 01/93 regulamentou o processo, estabelecendo os parâmetros de gestão e de financiamento decorrentes do mesmo. No que tange à municipalização dos serviços de saúde, a norma instituiu três sistemáticas de gestão descentralizada: gestão incipiente, parcial e semiplena. No Quadro 1 estão expostas as principais responsabilidades municipais inerentes a cada condição de gestão.

Andrade (2002) destaca que apesar de a Norma Operacional Básica 01/93 ter fortalecido o processo de municipalização dos serviços de saúde, no ano de 1997 somente 62,84% dos municípios brasileiros estavam habilitados em algum tipo de gestão previsto pela NOB 01/93. Do total de 3.127 municípios habilitados, 2.367 (75,70%) enquadravam-se na gestão incipiente, 616 (19,70%) na gestão parcial e 144 (4,60%) na gestão semiplena.

**Quadro 1 - Responsabilidades dos municípios nas diferentes condições de gestão da NOB 01/93**

| <b>RESPONSABILIDADES</b>   | <b>GESTÃO INCIPIENTE</b> | <b>GESTÃO PARCIAL</b> | <b>GESTÃO SEMI-PLENA</b> |
|--|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Contratação e autoriza o cadastramento de prestadores  | Sim*                     | Sim                   | Sim                      |
| Programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH <sup>2</sup> e dos procedimentos ambulatoriais   | Sim*                     | Sim                   | Sim                      |
| Controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares   | Sim*                     | Sim                   | Sim                      |
| Gerencia as unidades ambulatoriais públicas existentes no município  | Demonstra disposição     | Sim                   | Sim                      |
| Incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador                 | Sim                      | Sim                   | Sim                      |
| Recebe recursos correspondentes à diferença entre o teto financeiro e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e do município | Não                      | Sim                   | Não                      |
| Recebe o total dos recursos financeiros para custeio relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar   | Não                      | Não                   | Sim                      |

\*Assume imediata ou progressivamente, conforme as condições técnico-operacionais do município

Adaptado de: Andrade (2002, p. 54)

Em novembro de 1996, buscando maior adesão dos municípios ao processo de descentralização do SUS, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria n.º. 2.203, a NOB 01/96. Tal norma tinha por finalidade primordial:

[...] promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Vale destacar que a NOB 01/96 foi formulada com o intuito de aprimorar as diretrizes de municipalização e financiamento previstas pela NOB 01/93. Nesse sentido, foram criadas duas categorias de gestão da saúde municipal: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Os municípios já habilitados nas condições de gestão previstas na NOB 01/93 permaneceram nas respectivas categorias até sua habilitação em uma das condições estabelecidas pela NOB 01/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

<sup>2</sup> AIH: Autorização de Internação Hospitalar.

Enquanto a Gestão Plena da Atenção Básica previa total responsabilidade do município sobre as ações, serviços e procedimentos de baixa complexidade, a Gestão Plena do Sistema Municipal previa responsabilidade sobre todo o sistema de saúde local, incluindo a assistência ambulatorial especializada e a hospitalar (ANDRADE, 2002).

Com a Norma Operacional Básica 01/96 houve importante intensificação do processo de descentralização dos serviços de saúde (ANDRADE, 2002). Ao final do ano de 2000, mais de 99% dos municípios brasileiros já estavam habilitados em alguma forma de gestão prevista pela NOB 01/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Noventa por cento deles estavam credenciados na Gestão Plena de Atenção Básica (ANDRADE, 2002).

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB-SUS 91, em especial das NOB-SUS 93 e 96 -, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Considerando os avanços obtidos pelas Normas Operacionais Básicas 01/93 e 01/96 e os desafios a serem superados no processo de descentralização do SUS, o Ministério da Saúde instituiu, em 2001 e 2002, respectivamente, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde 01/2001 e 01/2002 (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002). Ambas as normas ampliaram as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; definiram o processo de regionalização da assistência e atualizaram os critérios de habilitação de estados e municípios. Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal passaram a constituir as novas formas de habilitação na gestão municipal da saúde. Tais habilitações diferenciaram-se das estabelecidas pela NOB 01/96, pois incluíram mais alguns requisitos e responsabilidades (ANDRADE, 2002).

No contexto do SUS, as Normas Operacionais Básicas 01/93 e 01/96 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde 01/2001 e 01/2002 trouxeram significativo avanço à regionalização, à hierarquização e à municipalização do SUS. Trevisan e Junqueira (2007) argumentam, no entanto, que tais normas pouco auxiliaram na construção de um Sistema de Saúde em rede. Para os autores, a ideia de rede constitui a base de qualquer sistema operacional descentralizado.

É um lugar comum repetir que a responsabilidade primeira da saúde da população está no município, porque, enfim, não há o “morador na União”. Porém, pessoas e suas necessidades de saúde não se circunscrevem a uma das esferas de governo, seja ela qual for. Não é apenas o prefeito que é o responsável pela saúde do cidadão. A Constituição não prevê, nem delimita fronteiras administrativas ou até jurídicas em relação a essa responsabilidade. Porém, é inquestionável que os meios para a produção de saúde têm concentração mais definida em uma das instâncias de poder,

porque é nela que reside o cidadão. Este fato não pode impedir a visualização de responsabilidade sanitária compartilhada, que atenda a necessidade de saúde da população de forma plena e não fraccionada (TREVISAN & JUNQUEIRA, 2007, p. 899-900).

Além da importância de atuação em rede, Lobo (1989, *apud* Medici, 1994) advoga que o processo de descentralização deve ser conduzido com base em uma gama de princípios que prezem por uma transferência equilibrada de responsabilidades. Para o autor:

- (a) o processo de implantação de uma gestão descentralizada deve ser flexível, de maneira a considerar as peculiaridades de cada região;
- (b) a implantação deve ser gradual, buscando respeitar o ritmo de cada localidade;
- (c) os encargos e recursos devem ser repassados à gestão local de forma progressiva, objetivando evitar o acúmulo de novas funções nunca antes exercidas pela esfera municipal; e
- (d) o processo de descentralização deve ser conduzido sob a perspectiva democrática de participação e controle social.

O Pacto pela Saúde, divulgado através da Portaria do Ministério da Saúde nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, incorporou ao processo de descentralização a diretriz de atuação em rede e os princípios defendidos por Lobo (1989, *apud* MEDICI, 1994). Além desses autores, Felipe (2006) situa que:

Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; A Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse de recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes (FELIPE, 2006, p. 3).

O instrumento, aprovado em 2006, constitui a diretriz atual de descentralização do SUS. Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde atuam sob as orientações instituídas pela Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro. Vale destacar que o Pacto pela Saúde é formado por três dimensões: Pacto em defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão.

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O Pacto pela Vida constitui compromisso firmado entre os gestores do SUS em torno de aspectos que impactam diretamente na situação de saúde da população brasileira. Com



ação precípua no campo da saúde, a dimensão é expressa em termos de objetivos e resultados almejados, que consideram a situação de saúde da população e as prioridades sanitárias definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações articuladas entre as três instâncias de governo na busca da consolidação do Sistema como política de Estado mais do que política de governos. Para tanto, prevê um movimento de repolitização da saúde, com maior envolvimento social e fortalecimento dos princípios constitucionais do Sistema. O financiamento público do setor constitui ponto central desta dimensão. As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são: (a) mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal essencial à garantia desse direito; (b) alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; (c) garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; e (d) aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, com detalhamento dos compromissos de cada uma delas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O Pacto de Gestão busca estabelecer, de forma clara, as responsabilidades de cada ente federado na área da saúde, sob o intuito de diminuir as competências concorrentes. Ao tornar mais transparente as atribuições de cada esfera de governo, o Pacto contribui para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). Cabe ressaltar que, pelas diretrizes dessa dimensão, as atribuições são definidas considerando-se as peculiaridades de cada região envolvida:

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Simultaneamente ao processo de definição das competências de cada ente federado, o Pacto de Gestão explicita diretrizes para o sistema de financiamento tripartite da saúde pública. Nele estão previstos, portanto, não só orientações ao processo de descentralização, como também direções para a própria gestão do sistema descentralizado. Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde constituem os pontos-chave desta dimensão. As diretrizes de cada um dos pontos são tratadas detalhadamente no Anexo I da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

A adesão ao Pacto pela Saúde, por parte das Secretarias Municipais e Estaduais é voluntária e ocorre através da assinatura de Termo de Compromisso. Tal documento é

revisado bianualmente e nele são pactuados compromissos, responsabilidades, metas e prazos relacionados às dimensões pela Vida e de Gestão. Cada ente federado que opta por aderir ao Pacto subscreve um Termo específico, com responsabilidades, compromissos, metas e prazos que consideram a realidade peculiar da região/localidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Tanto as NOB's 01/93 e 01/96, como as NOAS 01/2001 e 01/2002 buscaram o fortalecimento do processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde. Pode-se afirmar, no entanto, que, por ter considerado princípios que devem nortear o processo de descentralização, o Pacto pela Saúde conferiu maior sustentabilidade ao processo.

É importante elucidar que cada Norma Operacional instituiu não somente mecanismos e diretrizes à descentralização, mas previu também as formas e fontes de financiamento desse processo. A sistemática vigente de financiamento da saúde dos municípios que aderiram ao processo de descentralização será apresentada de forma ampla no item 2.3, do presente capítulo. O caso específico do financiamento da saúde de Florianópolis é apresentado no item 4.3.

No que tange à construção e evolução do SUS, é de suma importância destacar que a história do Sistema foi e é acompanhada pelo fortalecimento de seus princípios, com destaque à descentralização. O estudo dos mesmos é, pois, condição *sine qua non* à compreensão do próprio Sistema.

### **2.1.2 PRINCÍPIOS DO SUS**

Os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde resultaram de um amplo processo de discussão iniciado com o movimento de reforma sanitária do país. Após consagrados na VIII Conferência de Saúde, os princípios foram incluídos no texto constitucional e posteriormente detalhados na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90), na Lei nº. 8.142 e nas normas infra-legais que regulam o SUS (BARATA, TANAKA & MENDES, 2004). Os autores elucidam que a Constituição Federal fixou sete princípios fundamentais ao Sistema: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

- (a) *Universalidade*: princípio que garante a todas as pessoas o direito de acesso aos serviços de saúde, nos diversos níveis de assistência (BRASIL, 1990a). Por esse princípio, todos têm direito não só aos serviços de saúde, como também a políticas

- sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (BARATA, TANAKA & MENDES, 2004).
- (b) *Equidade*: a equidade busca reconhecer as diferenças de necessidades entre regiões ou indivíduos para, posteriormente, aplicar o conceito de justiça social. Após identificar as desigualdades, o princípio busca reduzir situações de exclusão e priorizar aqueles que possuem mais necessidades (BARATA, TANAKA & MENDES, 2004). A diretriz é traduzida, no senso comum, como *tratar os desiguais de forma desigual, sob a perspectiva de promover a igualdade*.
- (c) *Integralidade*: “[...] entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a).
- (d) *Descentralização*: descentralização territorial de ações e serviços de saúde, com direção única em cada ente federativo e ênfase na municipalização (BARATA, TANAKA & MENDES, 2004; BRASIL, 1990a). Essa diretriz será melhor explanada no título 2.2 do presente capítulo.
- (e) *Regionalização*: o princípio da regionalização busca garantir o acesso, a resolutividade, a qualidade e a racionalidade nas ações e serviços de saúde cuja complexidade e população transcendem o nível local/municipal. A divisão territorial em regiões considera um espaço geográfico contínuo, com similaridades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).
- (f) *Hierarquização*: a hierarquização segmenta o SUS em níveis de complexidade (baixa, média e alta complexidade). A diretriz busca, principalmente, aumentar a abrangência do atendimento, proporcionar qualidade aos usuários e reduzir os custos do Sistema. Apesar dos inúmeros benefícios provenientes da hierarquização do SUS, há ainda desafios a serem superados, dentre os quais se destacam casos de ineficiência e ineficácia na atenção básica de alguns municípios e dificuldades de fluxo pelos níveis de atenção (QUINELLATO, 2009).
- (g) *Participação social*: pressupõe a participação da população na formulação e no acompanhamento das políticas do sistema. Tal diretriz surge como reação às práticas autoritárias do regime militar e constitui ferramenta fundamental para a adequação do SUS às verdadeiras necessidades coletivas de saúde (BARATA, TANAKA & MENDES, 2004). Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, existentes nas três

esfera de governo, constituem os principais mecanismos de participação social no SUS (BRASIL, 1990b).

Os princípios do Sistema Único de Saúde apresentam forte relação entre si. Beltrammi (2008) advoga que a descentralização assume papel central no Sistema, uma vez que possui importante transversalidade conceitual e operativa com as demais diretrizes fundamentais. Apesar dessa centralidade, Barata, Tanaka e Mendes (2004, p. 21) destacam que:

[...] a municipalização somente atingirá os seus objetivos plenamente se for acompanhada da aplicação dos demais princípios do SUS, principalmente os doutrinários, sem que dela se exija, isoladamente, a solução de todos os problemas de saúde da população.

Nesse sentido, todo o processo de descentralização do SUS, com destaque à municipalização, deve ser norteado por e para a consecução dos demais princípios fundamentais do Sistema.

## **2.2 MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Desde a idealização do Sistema Único de Saúde, a descentralização constituiu princípio fundamental. A história de construção do Sistema e suas sucessivas normas regulamentadoras demonstram a centralidade do princípio, em especial, quando assume o conceito de municipalização.

Há, no entanto, várias formas de descentralização. Para que seja possível compreender, criticamente, o processo de municipalização dos serviços de saúde aderido por Florianópolis, faz-se imprescindível o estudo dos vários conceitos.

### **2.2.1 DESCENTRALIZAÇÃO: ASPECTOS CONCEITUAIS**

De acordo com Medici (1994, p. 57), “numa definição literal, o conceito de descentralização pode ser entendido como *afastamento do centro*”. Citando Roversi-Monaco (1986), Silva (2001) expõe o conceito de forma mais aprofundada. Para o autor, a descentralização não pode ser compreendida de forma independente do conceito de centralização. Ambos os termos refletem situações ideais e, portanto, inexistentes de forma pura. Na prática, há a predominância de um ou outro conceito. Ainda referenciando Roversi-Monaco (1986), Silva (2001) define centralização como situação em que os poderes das entidades locais são reduzidos ao mínimo possível. O conceito de descentralização se opõe ao

anterior: trata-se de situação em que as entidades centrais de governo possuem poder reduzido.

Considerando as ponderações de Silva (2001); fica clara, portanto, a forte conexão existente entre o conceito de descentralização e delegação de poder. Na área da saúde, no entanto, a literatura argumenta que, a despeito da transferência de competências aos níveis regionais e locais, ainda há substancial concentração de poder na esfera federal.

O modelo de descentralização do SUS caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal, assim como por financiar a política de saúde por meio de um abrangente sistema de transferências inter-regionais. (ARRETCHE & MARQUES, 2007, p. 174).

Para Silva (2001), a delegação de responsabilidades aos níveis locais sem a correspondente delegação de autonomia e poder decisório não deve ser caracterizada como descentralização, mas sim como desconcentração. Sob uma visão menos dicotômica, Medici (1994), não enxerga antagonismo entre os conceitos, mas os interpreta como complementares. Para ele, a desconcentração deve ser vista como uma etapa do processo de descentralização. Nessa perspectiva, o autor destaca que “[...] a desconcentração é condição necessária mas não suficiente para um processo pleno de descentralização” (MEDICI, 1994, p. 67).

Considerando o conceito de descentralização, Silva (2001) elucida que o termo pode ser categorizado conforme a estrutura para qual se delega poder.

### **2.2.2 TIPOS DE DESCENTRALIZAÇÃO**

De acordo com Silva (2001), a descentralização pode ocorrer de duas formas básicas: (a) descentralização institucional e (b) descentralização interinstitucional.

A descentralização institucional constitui o deslocamento de responsabilidades dentro da mesma estrutura de governo. Trata-se da transferência de competências da Administração Direta para entidades da Administração Indireta, tais como empresas públicas, sociedades de economia mista, fundações e autarquias (SILVA, 2001). Em oposição à doutrina jurídica, Medici (1994) e Silva (2001) defendem que a descentralização institucional se aproxima da desconcentração; uma vez que, na prática, pouco poder decisório é transferido às entidades de Administração Indireta. A vinculação a órgãos da Administração Direta limita a autonomia gerencial, orçamentária e financeira das entidades indiretas.

A descentralização interinstitucional transfere o poder decisório a outras instituições governamentais ou a entidades da sociedade civil. Silva (2001) subdivide a descentralização institucional em dois grupos: delegação e devolução.

A delegação constitui forma de descentralização em que as responsabilidades e o poder decisório são transferidos dos órgãos de governo a entidades da sociedade civil, a exemplo das Organizações não Governamentais (SILVA, 2001). Silva (2001) destaca que, no Brasil, a delegação ganhou força na década de 1990, após a Reforma Administrativa instituída pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE.

Na devolução, as responsabilidades político-administrativas e o poder decisório são transferidos dos níveis centrais aos níveis locais de governo. Também conhecida por descentralização territorial ou político-administrativa, a devolução faz-se bastante presente em Estados onde se adota a estrutura federativa. A Municipalização trata-se, portanto, de uma forma de devolução, em que as responsabilidades e, em tese, o poder decisório são transferidos dos níveis federal e estadual ao governo municipal (SILVA, 2001).

Apesar de ter sido amplamente discutida na década de 1970, sob a perspectiva de universalização, democratização e participação social, a devolução ganhou evidência no âmbito das políticas públicas no final da década de 1980 e início da década de 1990, após a crise fiscal do Estado (FARAH, 2001). A autora discorre, que após o Consenso de Washington, os países da América Latina e dentre eles o Brasil, começaram a incorporar no âmbito das políticas públicas conceitos da Administração Privada, dentre os quais se destacam a eficiência e a eficácia. A agenda governamental previu, portanto, “a descentralização das políticas sociais para as esferas locais de governo, como forma de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto público” (FARAH, 2001, p. 126).

Nesse sentido, a municipalização das políticas públicas e, em especial, da saúde, foi impulsionada não só pelo clamor de democratização pós regime militar, como também pela necessidade de conferir maior eficiência e eficácia às ações estatais.

Para ser efetiva no âmbito democrático e gerencial, a estratégia de descentralização territorial precisa estar associada a uma forma de descentralização financeira que garanta aos municípios autonomia para agir conforme as especificidades locais.

### **2.2.3 DESCENTRALIZAÇÃO FINANCEIRA**

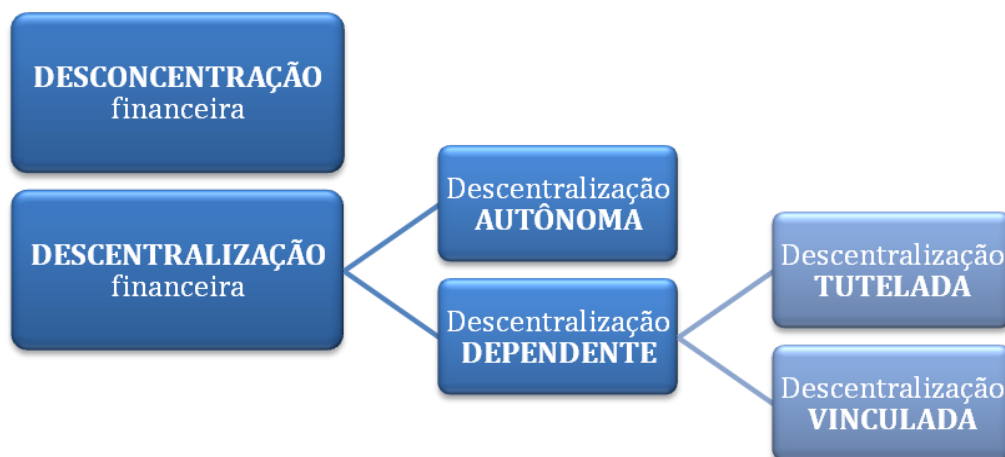
Em seu livro, Medici (1994) destaca que a autonomia conferida aos níveis regionais e locais não deve ser somente institucional, mas também política e financeira.

Arretche e Marques (2007) alegam, no entanto, que a delegação de autonomia financeira aos níveis locais ainda é muito incipiente no âmbito da saúde pública brasileira. “A

concentração das funções de financiamento no governo federal significa que as políticas dos governos locais são fortemente dependentes das transferências desses ministérios” (p. 179).

Considerando os diferentes níveis de autonomia financeira que podem ser adotados no processo de descentralização das políticas saúde, Medici (1994) apresenta os seguintes conceitos de descentralização/desconcentração financeira:

**Figura 2- Tipos de descentralização financeira**



Elaborado a partir do texto de Medici (1994)

(a) *Desconcentração financeira*: na desconcentração financeira, a responsabilidade sobre o gasto mantém-se sob o poder central. O mecanismo é geralmente adotado quando são implementadas, nos níveis locais, agências de órgãos pertencentes ao governo federal. Como exemplo, pode-se citar o mecanismo de financiamento das agências locais da FUNASA. (MEDICI, 1994);

(b) *Descentralização financeira*: na descentralização financeira, a responsabilidade sobre o gasto é transferida do governo central para as esferas regionais ou locais. Dependendo do nível de autonomia financeira autônoma ou dependente (MEDICI, 1994).

(b. 1) *Descentralização autônoma*: o financiamento dos gastos é feito com recursos próprios da esfera local. Como não são recursos transferidos, e sim advindos de arrecadação própria, os níveis locais possuem maior autonomia e flexibilidade para aplicá-los conforme a necessidade específica da região (MEDICI, 1994).

(b. 2) *Descentralização dependente*: o financiamento dos gastos é feito mediante recursos transferidos da esfera central para a esfera regional/local. Como não são recursos advindos de arrecadação própria, mas sim de transferências federais, os estados e municípios possuem baixa autonomia sobre eles. A alocação é parametrizada pelo governo central. A

descentralização dependente pode ser dividida, ainda, em descentralização tutelada e vinculada (MEDICI, 1994).

(b.2.1) *Descentralização tutelada*: nesse tipo de descentralização financeira, os recursos transferidos são resultantes de negociações entre o nível central e local (MEDICI, 1994). “Nesse caso, mantém-se uma frágil relação de dependência entre a esfera local e a esfera central, a qual está baseada em laços políticos, técnicos ou institucionais que podem ser efêmeros” (MEDICI, 1994, p. 66).

(b.2.2) *Descentralização vinculada*: nesse tipo de descentralização financeira, os recursos são transferidos automaticamente do nível central ao nível local. Os repasses são determinados pela Constituição Federal, por lei complementar ou por lei ordinária (MEDICI, 1994). “Esta descentralização, ainda que mantenha o nível de dependência, não é tão efêmera e tem amplo amparo na legislação corrente, não estando atrelada aos humores da esfera que realiza o repasse dos recursos” (MEDICI, 1994, p. 66).

A categorização anteriormente exposta constitui formulação teórica que auxilia estudos acerca do nível de descentralização de políticas públicas. Medici (1994) ressalta, no entanto, que as formas de descentralização financeira são complementares e, na prática, ocorrem de maneira simultânea. O autor defende a realização de pesquisas que busquem identificar, a nível local, as formas de descentralização financeira adotadas e o consequente nível de dependência dos governos municipais em relação ao federal.

A questão básica a ser pesquisada é qual o grau de dependência de recursos externos para o financiamento dessa política, ou seja, procurar saber que restrições um órgão da esfera local efetivamente irá sofrer se cessarem os repasses federais (MEDICI, 1994, p. 67).

O tipo de descentralização financeira predominante no nível local constitui, portanto, importante indicador do grau de sustentabilidade das políticas municipalizadas.

## **2.3 FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL**

O estudo da sustentabilidade financeira no processo de municipalização da saúde exige prévia compreensão da sistemática de financiamento da saúde pública municipal. O presente título da Fundamentação Teórica busca um tratamento crítico do tema. Para tanto, discorre-se sobre: (a) a sistemática de financiamento dos gastos públicos; (b) as fontes de recursos que financiam a saúde municipal; e (c) os desafios financeiros inerentes ao processo de municipalização do SUS.



### 2.3.1 FINANCIAMENTO DOS GASTOS PÚBLICOS

Da Revolução Industrial até a década de 1930, a economia mundial demonstrou ampla adesão à Teoria Clássica, idealizada por Adam Smith. O pensador defendia a participação e intervenção mínima do Estado na economia. Os clássicos advogavam que o governo deveria limitar sua atuação à promoção da justiça e da segurança pública, deixando o mercado funcionar sob o regime do *laissez-faire* (SILVA, 2001; RIANI, 2009).

Entretanto, a partir de 1930, com os problemas sociais e econômicos advindos da crise de 1929, houve o fortalecimento do *keynesianismo*, em detrimento da Teoria Clássica. John Maynard Keynes defendia uma maior participação do Estado na economia, de maneira a garantir a defesa dos interesses coletivos (RIANI, 2009). Saúde, educação, moradia, saneamento, assistência social, geração de trabalho e renda, além de outras áreas, foram gradativamente incorporadas à atuação estatal.

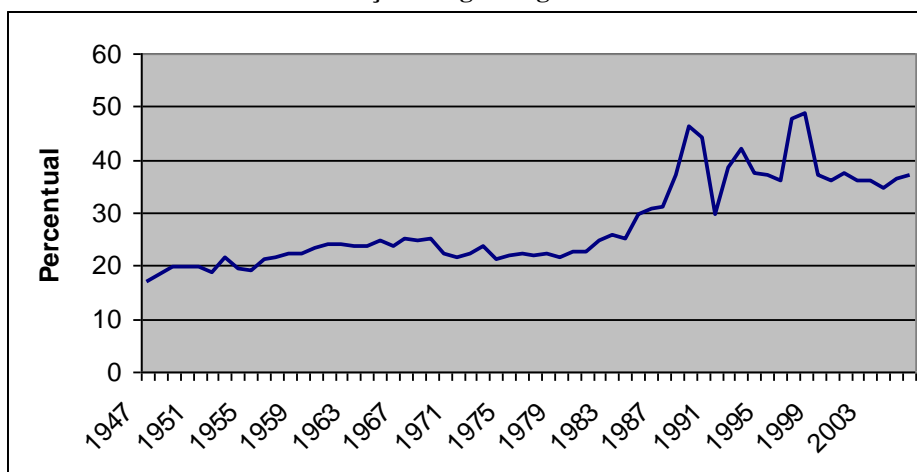
No contexto brasileiro, a Constituição Federal de 1988 inspirou-se nas premissas do modelo *keynesiano*, atribuindo ao Estado responsabilidade sobre inúmeras áreas de interesse social. Silva (2001) e Riani (2009) demonstram significativa expansão do setor público nas últimas décadas. Como pode ser observado na Tabela 01 e no Gráfico 01 os gastos governamentais em relação ao PIB apresentaram significativo crescimento após o ano de 1988, mantendo elevada representatividade mesmo após a Reforma Administrativa da década de 1990.

**Tabela 1 - Brasil: Gastos governamentais em relação ao PIB**

| Anos | %    | Anos | %    | Anos | %    | Anos | %    | Anos | %    |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1947 | 17,1 | 1959 | 22,4 | 1971 | 21,6 | 1983 | 25,6 | 1995 | 37,1 |
| 1948 | 18,3 | 1960 | 23,3 | 1972 | 22,3 | 1984 | 25,1 | 1996 | 36,1 |
| 1949 | 19,8 | 1961 | 23,9 | 1973 | 23,5 | 1985 | 29,7 | 1997 | 47,7 |
| 1950 | 19,9 | 1962 | 24,1 | 1974 | 21,3 | 1986 | 30,7 | 1998 | 48,8 |
| 1951 | 19,7 | 1963 | 23,7 | 1975 | 21,9 | 1987 | 31,1 | 1999 | 37,0 |
| 1952 | 18,8 | 1964 | 23,6 | 1976 | 22,2 | 1988 | 37,1 | 2000 | 35,9 |
| 1953 | 21,5 | 1965 | 24,8 | 1977 | 21,8 | 1989 | 46,1 | 2001 | 37,3 |
| 1954 | 19,5 | 1966 | 23,6 | 1978 | 22,3 | 1990 | 44,1 | 2002 | 36,1 |
| 1955 | 19,2 | 1967 | 25,1 | 1979 | 21,4 | 1991 | 29,6 | 2003 | 36,1 |
| 1956 | 21,1 | 1968 | 24,8 | 1980 | 22,6 | 1992 | 38,6 | 2004 | 34,7 |
| 1957 | 21,7 | 1969 | 25,1 | 1981 | 22,6 | 1993 | 42,1 | 2005 | 36,3 |
| 1958 | 22,2 | 1970 | 22,4 | 1982 | 24,8 | 1994 | 37,4 | 2006 | 37,2 |

Fonte: Silva (1976, p. 85) *apud* Riani (2009, p. 71)

Gráfico 1 - Brasil: Evolução dos gastos governamentais - % do PIB



Fonte: Tabela 1

O financiamento dos gastos governamentais depende das possibilidades de arrecadação estatal instituídas em lei. Atualmente, no Brasil, os governos obtêm receita por meio de: (a) tributos, que se dividem em impostos, taxas e contribuições de melhorias; (b) contribuições sociais e contribuições econômicas; e (c) receitas patrimoniais, de prestação de serviços, industriais e de produção agropecuária (SILVA, 2001).

Riani (2009) ressalta que, na composição da receita dos entes federativos, os impostos têm peso significativamente maior do que as outras fontes de recursos. O estudo do financiamento dos gastos públicos pressupõe, portanto, uma compreensão analítica do federalismo fiscal brasileiro em vigor.

O quadro 2 demonstra os principais impostos instituídos na Carta Magna e sua distribuição entre os níveis de governo.

Quadro 2 - Impostos por nível de governo

| COMPETÊNCIA TRIBUTÁRIA       | IMPOSTO   |
|------------------------------|---|
| <b>Governo Federal</b>       | Imposto de Importação<br>Imposto de Exportação<br>Imposto Territorial Rural<br>Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza<br>Imposto sobre Produtos Industrializados<br>Imposto sobre Operações Financeiras<br>Imposto sobre Grandes Fortunas |
| <b>Governo Estadual e DF</b> | Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte e Comunicação<br>Imposto de Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doação<br>Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores Adicional do Imposto de Renda                   |
| <b>Governo Municipal</b>     | Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana<br>Imposto de Transmissão <i>Inter Vivos</i><br>Imposto sobre Serviços   |

Elaborado a partir do texto de Riani (2009) e do texto da Constituição Federal (BRASIL, 1988)

Parcela dos impostos federais e estaduais, por imperativo constitucional, legal ou normativo, são transferidos aos níveis federativos inferiores. Além dessas transferências, os níveis de governo negociam, entre si, repasses de recursos em função de programas e investimentos específicos. No entanto, estes últimos não são obrigatórios e dependem do poder de negociação de cada ente federativo (RIANI, 2009).

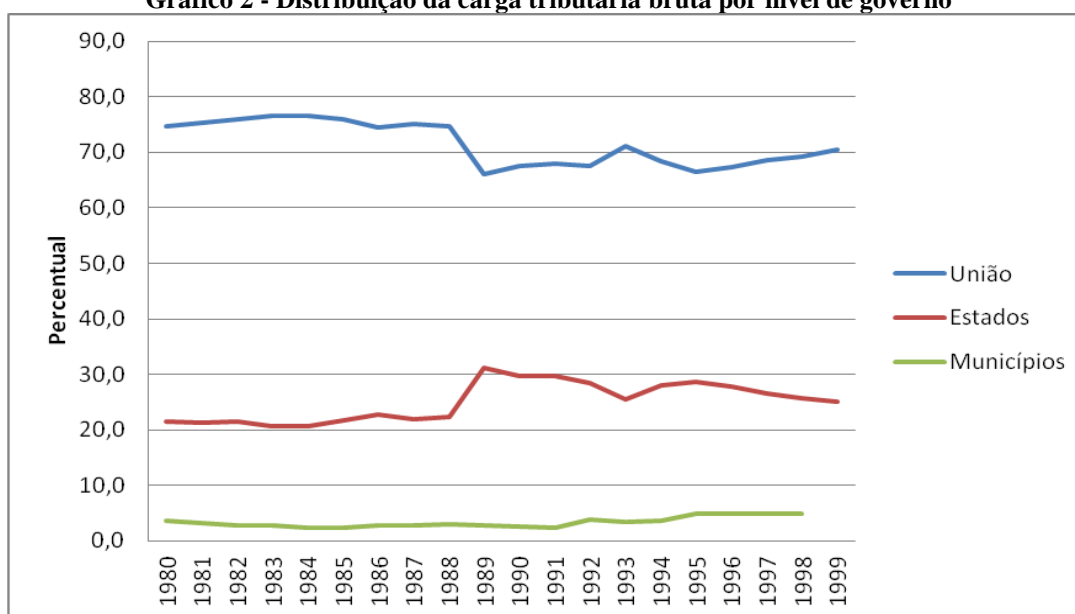
Silva (2001) afirma que, se comparado aos sistemas anteriores, o sistema tributário embutido na Constituição Federal de 1988 adotou uma política de descentralização da receita. Riani (2009) ressalta, entretanto, que mesmo com uma política maior de descentralização, ainda há significativa concentração da arrecadação na esfera federal (ver tabela 2 e gráfico 2).

**Tabela 2 - Carga tributária bruta por nível de governo (% do total)**

| Ano  | Nível de Governo |         |            |
|------|------------------|---------|------------|
|      | União            | Estados | Municípios |
| 1980 | 74,7             | 21,6    | 3,7        |
| 1981 | 75,4             | 21,3    | 3,3        |
| 1982 | 75,9             | 21,4    | 2,7        |
| 1983 | 76,6             | 20,6    | 2,8        |
| 1984 | 76,6             | 20,7    | 2,4        |
| 1985 | 75,9             | 21,8    | 2,3        |
| 1986 | 74,5             | 22,7    | 2,8        |
| 1987 | 75,2             | 21,9    | 2,9        |
| 1988 | 74,6             | 22,4    | 3,0        |
| 1989 | 66,1             | 31,2    | 2,7        |
| 1990 | 67,5             | 29,8    | 2,6        |
| 1991 | 68,0             | 29,6    | 2,4        |
| 1992 | 67,5             | 28,5    | 3,9        |
| 1993 | 71,2             | 25,4    | 3,4        |
| 1994 | 68,3             | 28,1    | 3,6        |
| 1995 | 66,5             | 28,6    | 4,9        |
| 1996 | 67,4             | 27,8    | 4,8        |
| 1997 | 68,5             | 26,5    | 5,0        |
| 1998 | 69,3             | 25,7    | 5,0        |
| 1999 | 70,4             | 25,1    | 4,5        |

Fonte: Sistemas de Contas Nacionais/IBGE *apud* Riani (2009, p. 206)

Gráfico 2 - Distribuição da carga tributária bruta por nível de governo



Fonte: Tabela 2

Tal situação é agravada pelo crescimento considerável das contribuições sociais na composição do montante da receita do Governo Federal (SILVA, 2001; RIANI, 2009). De acordo com o primeiro autor:

A arrecadação de contribuições sociais constitui a principal fonte de recursos utilizados no financiamento dos programas incluídos no orçamento federal. Esse papel preponderante das contribuições sociais deve-se, em maior parte, à Constituição de 1988, que expandiu consideravelmente os diretos sociais e proporcionou, em contrapartida, as fontes para o governo. Também é verdade o interesse maior do Governo Federal em ampliar a arrecadação de contribuições sociais, **visto que essas não são repartidas com estados e municípios**, ao contrário do imposto de renda e dos impostos sobre produtos industrializados (SILVA, 2001, p. 153, grifo nosso).

Vale ainda ressaltar que, em épocas de crise, a União adota uma política fiscal de diminuição e isenção de impostos, nunca de contribuições sociais, o que agrava, ainda mais, a situação financeira dos governos regionais e locais em tempos de recessão (RIANI, 2009).

Diante das mencionadas características do sistema tributário nacional, pode-se afirmar que há uma “[...] grande centralização de poder e recursos dentro do governo federal e uma grande dependência de recursos transferidos desse nível de governo para os estados e, principalmente, para os municípios” (RIANI, 2009, p. 190). A tabela 3 confirma a afirmação.

Tabela 3 - Perfil e evolução das finanças municipais (300.000 &lt;População&lt;1.000.000)

| DISCRIMINAÇÃO             | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | MÉDIA |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Receita total             | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100   |
| Receita de própria        | 41,2 | 40,9 | 39,8 | 39,1 | 41,8 | 41,6 | 41,4 | 39,8 | 39,2 | 40,5  |
| Receita de transferências | 58,8 | 59,1 | 60,2 | 60,9 | 58,2 | 58,4 | 58,6 | 60,2 | 60,8 | 59,5  |

Adaptado de: Tesouro Nacional, Ministério da Fazenda *apud* Riani (2009, p. 154)

As desigualdades do atual sistema tributário brasileiro são refletidas na área da saúde. Apesar de o setor ter desenvolvido mecanismos mais aperfeiçoados de descentralização em relação às outras áreas de interesse social (GERSCHMAN, 2000), há, ainda, significativa concentração das funções de financiamento no governo federal e, conseqüentemente, forte dependência dos municípios às transferências advindas do nível central (ARRETCHE & MARQUES, 2007).

É importante elucidar que o elevado grau de dependência da saúde municipal às transferências do Ministério da Saúde fragiliza a sustentabilidade financeira do processo de municipalização. O nível dos serviços de saúde prestados localmente permanece sujeito às decisões políticas estabelecidas pelo governo federal (MEDICI, 1994).

### 2.3.2 SISTEMÁTICA DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE MUNICIPAL

Como demonstrado no item 2.1.1, o amadurecimento do processo de descentralização do SUS foi impulsionado pelas Normas Operacionais e, mais recentemente, pelo Pacto pela Saúde (BELTRAMMI, 2008). Cada Norma Operacional instituiu não somente mecanismos e diretrizes à descentralização, mas previu também as formas e fontes de financiamento desse processo. O presente item da Fundamentação Teórica busca elucidar a sistemática vigente de financiamento da saúde dos municípios.

No ano de 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional nº. 29 (BRASIL, 2000a), a responsabilidade tripartite sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde foi elevada ao texto da Carta Magna. A Emenda não só estabeleceu a corresponsabilidade da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal pela destinação de recursos ao SUS, como também instituiu percentuais mínimos de aplicação em saúde, para cada esfera de governo. A figura 3 demonstra as aplicações mínimas em vigência, para cada ente da federação.

**Figura 3 - Mínimos de aplicação em saúde, por esfera de governo (EC nº 29/2000)**

| UNIÃO  | ESTADOS   | MUCÍPIOS  |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12% do produto de arrecadação dos impostos da respectiva competência e dos repasses relativos à participação em impostos federais</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15% do produto de arrecadação dos impostos da respectiva competência e dos repasses relativos à participação em impostos federais e estaduais</li> </ul> |

Elaborado a partir de informações retiradas da EC nº 29/2000

Em função da descentralização do SUS, os recursos aplicados em saúde pela União e pelos estados financiam não só ações e serviços de saúde próprios, como também fomentam transferências ao nível municipal.

Na instância local, o Sistema Único de Saúde é viabilizado, portanto, por recursos próprios e por transferências das esferas de governo superiores – recursos vinculados (MEDICI, 1994), com destaque àquelas advindas do governo federal (ARRETCHE & MERQUES, 2007).

Ao longo do processo de municipalização dos serviços de saúde, cada Norma Operacional instituiu diretrizes ao processo de descentralização e transferência de recursos. Com a publicação do Pacto pela Saúde, foi elaborada a Portaria nº. 204 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), que regulamenta a atual sistemática de financiamento e de transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde.

A referida Portaria, complementada em 2009 pela Portaria nº. 837 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), estabelece a organização dos repasses federais em seis blocos de financiamento:

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Gestão do SUS; e
- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde

Os recursos repassados pela esfera federal aos municípios, através dos blocos de financiamento do SUS, têm a respectiva aplicação parametrizada por normas do Ministério da Saúde. De acordo com o artigo 6º da Portaria nº. 204, “os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes de financiamento: (a) Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo; e (b) Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

De acordo com a Seção I da Portaria nº. 204 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), os recursos do PAB Fixo são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Já, os recursos do PAB Variável destinam-se ao financiamento de estratégias de Atenção Básica e são repassados mediante adesão e implementação das ações a que se

destinam. A exemplo de estratégias financiadas com recursos do PAB Variável, a referida Portaria cita: saúde da família, agentes comunitários de saúde, saúde bucal, saúde dos povos indígenas, atenção à saúde no sistema penitenciário, etc.

O detalhamento dos repasses do bloco da Atenção Básica é normatizado por Portarias específicas, as quais estão listadas no artigo 12 da Portaria nº. 204 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar também é formado por dois componentes: (a) Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC; e (b) Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

De acordo com a Portaria nº. 204 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), os recursos integrantes do Limite Financeiro MAC são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, conforme a Programação Pactuada Integrada (PPI) de cada município. A referida Portaria lista os incentivos que podem compor o Limite Financeiro da MAC: Centro de Especialidades Odontológicas - CEO; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS; Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS; dentre outros instituídos por ato normativo específico.

A Portaria nº. 204 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) acrescenta que os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidades são atualmente financiados pela FAEC. No entanto, serão gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC.

O bloco de Vigilância em Saúde destina-se ao financiamento das ações de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária. Ele é composto por dois componentes: (a) Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; e (b) Vigilância Sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

De acordo com a Portaria nº. 204, os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente. No entanto, devem seguir a Programação Pactuada e Integrada e a orientação do respectivo Plano de Saúde. Nesse bloco são repassados recursos de incentivo a campanhas de vacinação, atividades de promoção à saúde, serviço de

verificação de óbito, programa DST/AIDS, laboratório de saúde pública, combate à dengue, contratação de agentes de campo, etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O detalhamento dos repasses do bloco de Vigilância em Saúde é normatizado por Portarias específicas, as quais estão listadas no artigo 23 da Portaria nº. 204 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O bloco de Assistência Farmacêutica é constituído por três elementos: (a) componente Básico da Assistência Farmacêutica; (b) componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e (c) componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Os recursos relativos ao componente Básico da Assistência Farmacêutica destinam-se à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica. A Portaria nº. 204 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) esclarece que esse componente é formado por uma parte financeira fixa e por uma parte financeira variável. A parte financeira fixa constituiu um valor *per capita* transferido aos estados, Distrito Federal e municípios e exige contrapartida das instâncias regionais/locais. A parte financeira variável também consiste em valores *per capita*; no entanto, os recursos são destinados a agravos e programas de saúde específicos da atenção básica (Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo) e são descentralizados conforme pactuação firmada entre as esferas de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Os recursos referentes ao componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destinam-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica relativas aos seguintes programas estratégicos: controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; anti-retrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; e imunobiológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Conforme a Portaria nº. 204 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), o componente Medicamentos de Dispensação Excepcional destina-se ao financiamento de Medicamentos de Dispensação Excepcional, com aquisição e distribuição regulada por Portaria específica. A Portaria nº. 204 esclarece que tal componente é de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado da Saúde.

O bloco de Gestão do SUS “[...] tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). De acordo com a Portaria nº. 204 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), tal



bloco é constituído por dois componentes: (a) Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e (b) Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

Os recursos relativos ao componente para a Qualificação da Gestão do SUS são transferidos, às instâncias municipais, mediante adesão ao Pacto pela Saúde, com incentivo específico para cada ação que integra o componente: Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde; Incentivo à Participação e Controle Social; Informação e Informática em Saúde; Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Os recursos relativos ao componente para Implantação de Ações e Serviços de Saúde são transferidos aos municípios mediante parcela única e buscam incentivar o processo de descentralização do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). De acordo com a Portaria nº. 204 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), são repassados recursos para: implantação de Centros de Atenção Psicossocial; qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; ações de redução de danos em CAPS AD; inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; entre outros.

O bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde foi acrescido à Portaria nº. 204 através da Portaria nº. 837 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Tal bloco engloba recursos destinados, exclusivamente, a despesas de capital. Os recursos financeiros transferidos são feitos mediante repasse regular e automático, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, após apresentação e aprovação de projeto de investimento, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Os critérios de repasse de recursos e os valores correspondentes aos componentes/incentivos de cada bloco de financiamento estão expostos nos Anexos da Portaria nº. 204 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) e nas demais Portarias complementares, citadas no próprio instrumento normativo.

Apesar de contar com uma sistemática estruturada de financiamento, a municipalização do SUS ainda apresenta desafios à respectiva sustentabilidade financeira (ARRETCHE &

MARQUES, 2007; MEDICI, 1994; SILVA, 2001; BARATA, TANAKA & MENDES, 2004; SCATENA, VIANA & TANAKA, 2009).

### **2.3.3 DESAFIOS À SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA NO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE**

O termo sustentabilidade surgiu no início da década de 1980, com Lester Brown. Ao definir “sociedade sustentável” como aquela capaz de satisfazer as próprias necessidades sem comprometer as gerações futuras (CAPRA, 2005 *apud* SIMÃO *et al*, 2010), Brown conferiu ao termo a perspectiva de longo prazo. Com base nessa perspectiva, Simão *et al* (2010) fazem a seguinte afirmação:

Apesar de existirem diversos problemas para serem solucionados, discute-se, nos discursos, na academia, nas empresas e na forma de agir e de pensar das pessoas, uma preocupação maior: a garantia da sobrevivência, atual e futura, expressa pela sustentabilidade – a qual é almejada e é o objetivo a ser atingido (p. 36).

A viabilidade financeira constitui ferramenta essencial à sobrevivência atual e futura de políticas públicas de interesse social. Na área da saúde, o processo de municipalização do SUS vem sendo acompanhado por desafios financeiros que, se não observados com cuidado, podem comprometer a sustentabilidade do princípio de descentralização (ARRETCHE & MARQUES, 2007; MEDICI, 1994).

Após ampla pesquisa bibliográfica e reflexão crítica sobre a mesma, pôde-se deduzir os principais desafios à sustentabilidade financeira da municipalização do SUS, quais sejam: limitações de gastos com pessoal; *trade-off* com as demais áreas de interesse social; investimentos X gastos correntes; recursos vinculados X recursos próprios; e eficiência dos gastos com saúde. A seguir discorre-se sobre tais desafios, com a indicação, em cada item, do respectivo referencial teórico embasador.

#### **➤ LIMITAÇÕES DE GASTOS COM PESSOAL**

De acordo com Silva (2001), cada nível de governo apresenta padrões específicos na respectiva estrutura de composição dos gastos. O autor esclarece que, no nível federal, o pagamento de juros e amortização da dívida e o total de transferências correntes (benefícios previdenciários, aposentadorias e pensões dos servidores públicos e transferências a estados e municípios) constituem aproximadamente 80% dos dispêndios. Os estados apresentam maiores gastos com consumo e com transferências correntes, destacando-se, dentro dos

dispêndios de consumo, as despesas com pessoal ativo (SILVA, 2001). O autor complementa que, na esfera municipal, destacam-se os gastos de consumo e as despesas com investimentos. De forma semelhante à realidade estadual, parcela significativa dos gastos de consumo municipais é destinada às despesas com pessoal ativo. A tabela 4 apresenta a composição da estrutura econômica dos gastos em cada nível de governo, transparecendo a considerável diferença de padrão dos dispêndios e o elevado percentual dos gastos municipais com despesas de consumo.

**Tabela 4 - Participação dos gastos por esferas de governo**

| <b>Média 1995-1997 (em % do total)</b> |      |
|--|------|
| <b>Governo Federal</b>                 |      |
| Consumo                                | 11,4 |
| Transferências correntes               | 33,0 |
| Investimentos                          | 1,3  |
| Pagamento de juros                     | 14,3 |
| Amortização da dívida                  | 30,9 |
| Total                                  | 90,9 |
| <b>Estados</b>                         |      |
| Consumo                                | 40,4 |
| Transferências correntes               | 20,9 |
| Investimentos                          | 4,6  |
| Pagamento de juros                     | 3,1  |
| Amortização da dívida                  | 15,2 |
| Total                                  | 84,2 |
| <b>Municípios</b>                      |      |
| Consumo                                | 67,0 |
| Transferências correntes               | 7,6  |
| Investimentos                          | 16,5 |
| Pagamento de juros                     | 2,0  |
| Amortização da dívida                  | 3,9  |
| Total                                  | 97,0 |

Fonte: IBGE - Departamento de Contas Nacionais *apud* Silva (2001, p. 76)

A despeito das significativas diferenças entre as estruturas de gastos de cada nível federativo, a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000b) estabeleceu à União, a estados e a municípios, limites pouco distintos às despesas com pessoal. O quadro 3 elenca tais limites, com destaque ao percentual destinado ao Poder Executivo de cada esfera de governo.

**Quadro 3 – LRF: limites das despesas com pessoal (% da receita corrente líquida)**

| NÍVEL DE GOVERNO | LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL |   |
|------------------|--------------------------------|---|
|                  | Limite Global                  | Repartição do limite  |
| Esfera Federal   | 50%                            | 2,5% para o Legislativo, incluído o TCU<br>6% para o Judiciário<br><b>40,9% para o Executivo</b><br>0,6% para o Ministério Público da União |
| Esfera Estadual  | 60%                            | 3% para o Legislativo, incluído o TCE<br>6% para o Judiciário<br><b>49% para o Executivo</b><br>2% para o Ministério Público dos Estados    |
| Esfera Municipal | 60%                            | 6% para o Legislativo, incluído o TCM, se houver<br><b>54% para o Executivo</b>   |

Elaborado a partir do texto da Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000b)

Barata, Tanaka e Mendes (2004) destacam que a maior parte das despesas da área da saúde envolve recursos humanos. Com a municipalização dos serviços, incrementa-se, gradativamente, as despesas com pessoal no nível local. Em contrapartida, há um limite legal de 54% para gastos com pessoal (Poder Executivo Municipal), que devem contemplar não só a área da saúde, como também educação, assistência social, etc.

Outros pontos a serem enfrentados: “a Lei da Responsabilidade Fiscal e suas limitações para o gasto com pessoal, uma vez que a maior parte das despesas do setor Saúde envolve recursos humanos” (BARATA, TANAKA & MENDES, 2004, p. 24).

A Lei de Responsabilidade Fiscal e suas limitações para as despesas com pessoal constitui, portanto, importante desafio frente à municipalização do SUS.

### ➤ **TRADE-OFF COM AS DEMAIS ÁREAS DE INTERESSE SOCIAL**

De acordo com Medici (1994), o sucesso da municipalização dos serviços de saúde exige incremento nos recursos destinados ao setor. Scatena, Viana e Tanaka (2009) discorrem que, nos últimos anos, os gastos públicos municipais com saúde apresentaram significativo crescimento. Conforme esses autores, grande parte dos municípios tem aplicado no setor percentuais mais elevados do que o mínimo exigido pela Emenda Constitucional nº. 29 (BRASIL, 2000a).

Apesar de parecer uma evolução no setor, Scatena, Viana e Tanaka (2009) ressaltam que investimentos crescentes na área da saúde podem estabelecer um *trade-off* com as demais áreas de interesse social.

Ao ter de alocar, em ações e serviços de saúde, percentuais cada vez mais elevados de suas receitas, os municípios podem comprometer outros setores, ou mesmo fomentar conflitos internos entre os vários atores da administração municipal. Isso pode gerar obstáculos à governabilidade municipal, com conseqüências negativas inclusive ao próprio setor saúde, que, por sua natureza, tem interfaces múltiplas com os demais setores (SCATENA; VIANA & TANAKA, 2009, p. 2442).

Vale ressaltar, ainda, que a saúde é estado complexo, o qual depende da interação de inúmeros fatores sociais, econômicos, ambientais, biológicos e psicológicos (MEDICI, 1994). A própria Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990a) destaca a relação e dependência da saúde às demais áreas de interesse social:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990a).

A partir do exposto, pode-se inferir que a destinação de recursos cada vez maiores ao setor, com *trade-off* às demais áreas de interesse social, não constitui a estratégia mais adequada à eficiência e à eficácia das ações do SUS no âmbito municipal. A necessidade de incrementar os gastos municipais com saúde, decorrente da descentralização dos serviços, trata-se, pois, de importante desafio à municipalização do Sistema.

### ➤ INVESTIMENTOS x GASTOS CORRENTES

A classificação quanto à categoria dos gastos divide os dispêndios públicos em dois grandes grupos: o grupo de despesas correntes e o grupo de despesas de capital (SILVA, 2001).

As despesas correntes referem-se aos dispêndios que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital; ou seja, referem-se aos gastos públicos operacionais, destinados à manutenção e ao funcionamento dos órgãos governamentais (KOHAMA, 2010).

Por sua vez, classificam-se como despesas de capital todos os gastos que contribuem, diretamente, para a formação e aquisição de bens de capital (KOHAMA, 2010). Os dispêndios de capital representam os investimentos realizados pelo governo. Obras, aquisições de equipamentos e de material permanente, compras de imóveis e, por fim, despesas com amortizações de dívidas são exemplos de gastos de capital (KOHAMA, 2010; RIANI, 2009).

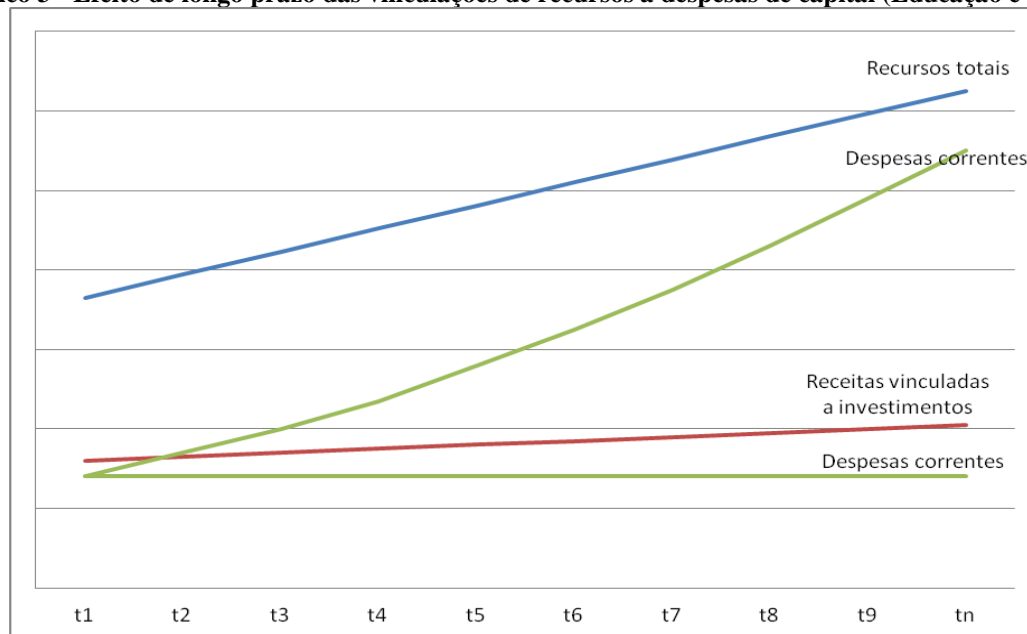
Silva (2001) disserta sobre a relação existente entre dispêndios de capital e gastos de custeio. O autor esclarece que “[...] a realização de um programa de investimentos impõe ônus futuro quanto à necessidade de expandir gastos de custeio [...]” (p. 145). Para garantir a sustentabilidade dos investimentos realizados, a Administração Pública deve se preocupar, constantemente, em quantificar a relação entre acréscimos nos gastos de custeio para dado aumento nos investimentos (SILVA, 2001).

Ao discorrer sobre os setores de saúde e educação, Silva (2001) advoga que ambas as áreas demandam ainda mais atenção, uma vez que as despesas de capital são realizadas, inúmeras vezes, com recursos vinculados.

De acordo com essas hipóteses, a conclusão é de que as repercussões sucessivas dos novos investimentos, realizados com os recursos vinculados aos programas do tipo daqueles citados como exemplo, provocariam um acréscimo real nas despesas de custeio a taxas muito mais elevadas do que a taxa de crescimento dos recursos totais, de forma que reduza progressivamente a capacidade de poupança e o grau de liberdade na alocação setorial dos investimentos (SILVA, 2001, p. 147).

Por demonstração gráfica, Silva (2001) esclarece os efeitos de longo prazo que as vinculações de recursos a despesas de capital podem causar nos setores de educação e saúde (ver gráfico 3).

**Gráfico 3 - Efeito de longo prazo das vinculações de recursos a despesas de capital (Educação e Saúde)**



Adaptado de: Silva (2001, p. 146)

Medici (1994) defende que as despesas de capital realizadas no âmbito municipal devem continuar sendo financiadas por recursos vinculados e negociados. No entanto, ressalta: “no que diz respeito aos recursos para o custeio, acredita-se que todos eles devem ser descentralizados [...]” (MEDICI, 1994, p. 189).

A partir do exposto, pode-se inferir que o equilíbrio de longo prazo entre despesas de capital e despesas de custeio constitui fator de suma importância à sustentabilidade financeira da municipalização do SUS.

Ao assumir equipamentos públicos de saúde antes estatais ou federais e ao investir em unidades necessárias à prestação de serviços descentralizados, o gestor da saúde municipal deve se preocupar em quantificar a relação entre acréscimos nos gastos de custeio para dado aumento nos investimentos. Somente assim, poderá evitar que as taxas de despesas correntes cresçam a ritmos superiores às taxas de crescimento dos recursos totais (SILVA, 2001).

### ➤ RECURSOS VINCULADOS x RECURSOS PRÓPRIOS

Conforme explanado anteriormente, no item 2.2.3, a descentralização financeira pode ocorrer de modo autônomo ou dependente, ou seja, com recursos próprios ou recursos vinculados.

Em função do atual sistema tributário nacional, que concentra o maior potencial de arrecadação no nível federal (ver item 2.3.1), a saúde de grande parte dos municípios brasileiros é financiada, prioritariamente, por meio de recursos vinculados (ver tabela 5 e gráfico 4, a seguir).

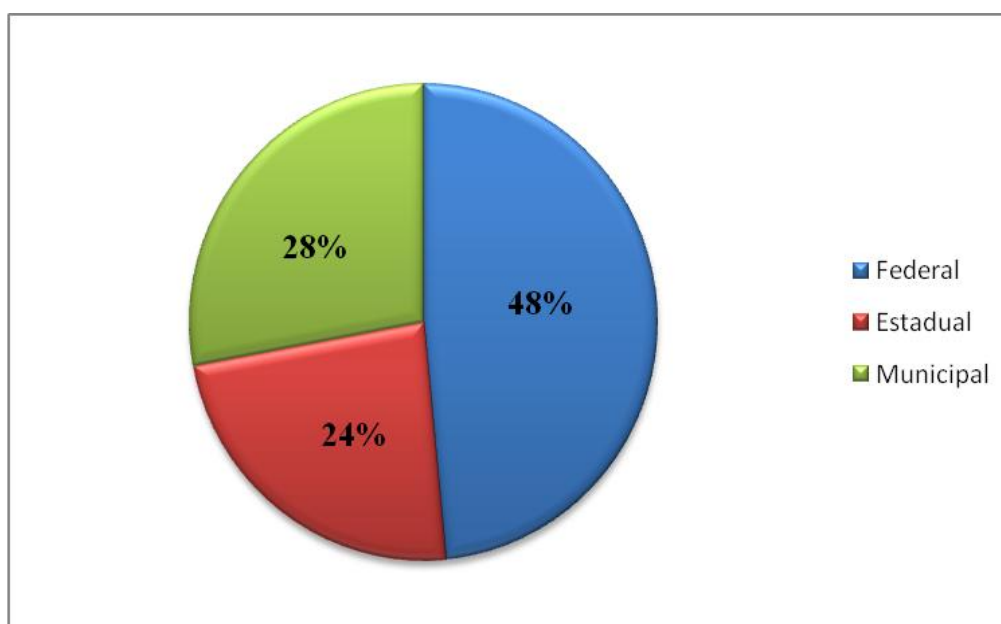
**Tabela 5 - Despesas com saúde financiadas com recursos próprios, por nível de governo (2006)**

| <b>Despesa (em R\$ milhões)</b> |                 |                  |
|---------------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Federal</b>                  | <b>Estadual</b> | <b>Municipal</b> |
| 40.750                          | 19.799          | 23.484           |

Elaborado a partir de dados do SIOPS<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados\\_RIPSA-09062008\\_PIB.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-09062008_PIB.pdf)>. Acesso em: 03 nov. 2011.

Gráfico 4 - Despesas com saúde financiadas com recursos próprios, por nível de governo (2006)



Fonte: Tabela 5

Arretche e Marques (2007) destacam que essa característica torna as políticas de saúde dos governos locais fortemente dependentes das transferências ministeriais. O nível dos serviços de saúde prestados nos municípios permanece sujeito às decisões políticas e financeiras do governo federal (MEDICI, 1994).

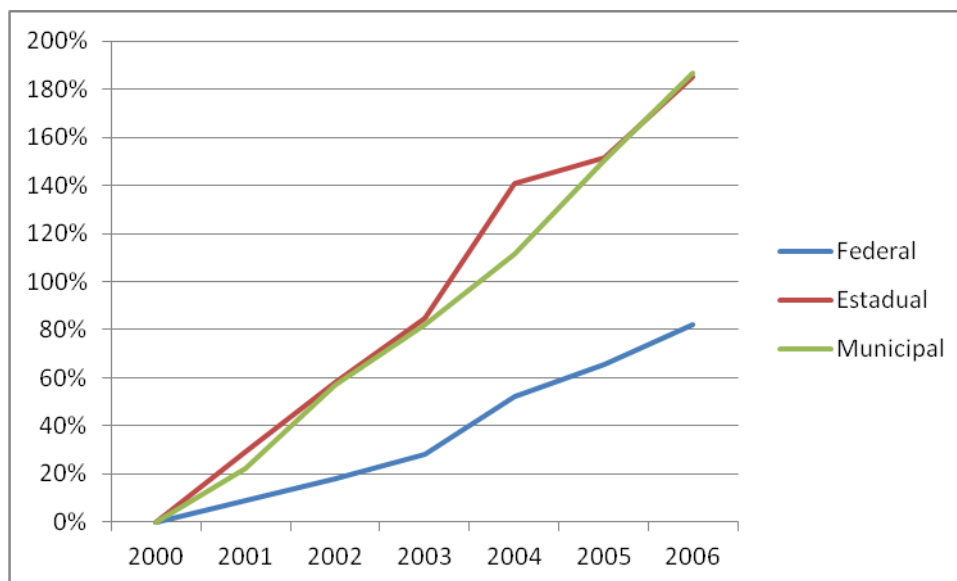
A despeito da concentração da arrecadação no nível federal, dados oficiais (SIOPS) mostram que, com a descentralização do SUS, estados e municípios têm apresentado taxas de crescimento das despesas *per capita* significativamente maiores do que as do nível federal (ver tabela 6 e gráfico 5, a seguir), o que conduz à inferência de que os repasses federais não vêm sendo suficientes ao custeio do sistema descentralizado.

Tabela 6 - Despesas *per capita* com saúde financiadas com recursos próprios, por nível de governo

| Ano  | Federal                            |                                | Estadual                           |                                | Municipal                          |                                |
|------|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
|      | Despesa <i>per capita</i> (em R\$) | Crescimento % (ano base: 2000) | Despesa <i>per capita</i> (em R\$) | Crescimento % (ano base: 2000) | Despesa <i>per capita</i> (em R\$) | Crescimento % (ano base: 2000) |
| 2000 | 119,86                             | 0%                             | 37,18                              | 0%                             | 44,71                              | 0%                             |
| 2001 | 130,37                             | 9%                             | 47,96                              | 29%                            | 54,79                              | 23%                            |
| 2002 | 141,65                             | 18%                            | 58,86                              | 58%                            | 70,17                              | 57%                            |
| 2003 | 153,67                             | 28%                            | 68,66                              | 85%                            | 81,35                              | 82%                            |
| 2004 | 182,59                             | 52%                            | 89,49                              | 141%                           | 94,51                              | 111%                           |
| 2005 | 198,15                             | 65%                            | 93,58                              | 152%                           | 111,88                             | 150%                           |
| 2006 | 218,18                             | 82%                            | 106,01                             | 185%                           | 128,13                             | 187%                           |

Elaborado a partir de dados do SIOPS<sup>3</sup>



**Gráfico 5 - Crescimento percentual das despesas *per capita* com saúde (ano base: 2000)**

Fonte: Tabela 6

Ainda em relação à predominância do financiamento por meio de recursos vinculados, Medici (1994) acrescenta que a aplicação desses é parametrizada pelo governo central, o que limita a autonomia dos municípios de alocação financeira conforme as necessidades sanitárias específicas da localidade.

Quanto ao financiamento por meio de recursos vinculados, Medici (1994) discorre, ainda, a respeito da necessidade de substituir as transferências negociadas por transferências automáticas:

Não há dúvida que as transferências automáticas devem substituir as atuais transferências negociadas, tendo em vista acabar o processo de descentralização tutelada [...], o qual teve como efeito o retorno do clientelismo a partir da utilização dos recursos da saúde como moeda de troca política (MEDICI, 1994, p. 189).

Os dados e referenciais teóricos anteriormente trabalhados demonstram que a atual estrutura do sistema tributário nacional constitui um dos principais desafios à municipalização do SUS. O financiamento da saúde local por meio de recursos vinculados, em especial por meio daqueles de caráter negociado, fragiliza a sustentabilidade do processo de descentralização (MEDICI, 1994).

### ➤ EFICIÊNCIA DOS GASTOS COM SAÚDE

O termo eficiência pode ser definido como obtenção do “[...] nível máximo de produto, dada a quantidade de fatores produtivos empregados [...]” (FONSECA & FERREIRA, 2009, p. 200).

A eficiência começou a ser discutida, no âmbito da saúde, entre as décadas de sessenta e setenta. Nesse período, em função da universalização das políticas de saúde, países centrais começaram a desenvolver instrumentos voltados à equidade e à eficiência dos gastos relacionados ao setor (MEDICI, 1994). Tais instrumentos serviram de base ao desenvolvimento da disciplina de economia da saúde (MEDICI, 1994).

Um dos princípios básicos da economia da saúde é o de adotar medidas racionalizadoras que propiciem redução de custos sem que ocorram impactos negativos nos níveis de saúde. O objetivo das medidas racionalizadoras é aumentar a eficiência dos serviços sem que haja prejuízos na eficácia (no alcance das metas planejadas) ou na efetividade (no alcance coletivo das ações médico-sanitárias) (MEDICI, 1994, p. 33).

No âmbito da saúde pública brasileira, Medici (1994) destaca que a eficiência constitui um desafio ao setor. De acordo com o autor, “[...] o Brasil tem reconhecidamente gasto mal com políticas de saúde” (MEDICI, 1994, p. 52).

Na década de 1990, com a Reforma Administrativa e com a consequente redução de recursos destinados ao setor (ver tabela 7), a disciplina de economia da saúde e seus preceitos a respeito de eficiência ganharam importância significativa (MEDICI, 1994; FONSECA & FERREIRA, 2009).

**Tabela 7 - Gastos públicos com saúde**

| <b>Anos</b> | <b>Gastos totais (em US\$ milhões médios de 1992)</b> |
|-------------|---|
| 1980        | 9.710,1   |
| 1981        | 9.048,1   |
| 1982        | 9.282,4   |
| 1983        | 7.638,7   |
| 1984        | 8.155,1   |
| 1985        | 9.238,4   |
| 1986        | 10.365,6  |
| 1987        | 12.513,0  |
| 1988        | 11.506,2  |
| 1989        | 13.979,8  |
| 1990        | 12.496,7  |
| 1991        | 10.320,4  |
| 1992        | 9.079,8   |

Adaptado de: Medici (1994)

Fonseca e Ferreira (2009) acrescentam que a otimização dos recursos deve constituir preocupação constante na saúde, uma vez que o setor possui fontes de financiamento limitadas e, em contrapartida, necessidade de ampliação do atendimento prestado.

Referenciando Marinho e Façanha (2001), Fonseca e Ferreira (2009) defendem que, em países pobres, não é justo que a demanda crescente por serviços de saúde seja financiada, tão somente, por aumentos tributários, sem repensar as maneiras como os recursos do setor estão sendo explorados.

Para mensurar a eficiência da saúde, muitos estudos de caso vêm utilizando a técnica de Análise Envoltória de Dados (DEA), que considera os *inputs* e *outputs* do setor. Trata-se de uma programação matemática que, por meio de um problema de programação linear, procura maximizar o aumento proporcional nos níveis de produto, mantendo fixa a quantidade de insumos (FONSECA & FERREIRA, 2009).

Tendo em vista que os custos da Atenção Básica diferem, substancialmente, dos custos de Atenção Secundária e Terciária (MEDICI, 1994), é essencial que a avaliação do nível de eficiência em saúde considere a relação entre insumos e produtos, em separado, para cada nível de complexidade.

### 3 METODOLOGIA

O presente capítulo discorre sobre a metodologia adotada na pesquisa. São expostos: a caracterização do estudo, os métodos utilizados para a coleta e análise de dados e as limitações inerentes ao trabalho. A composição corresponde o que Fachin (2006) afirma:

[...] todo o trabalho científico deve ser baseado em procedimentos metodológicos, os quais conduzem a um modo pelo qual se realiza uma operação denominada conhecer, outra agir, e outra fazer. Tais operações são desempenhadas pelo ser humano a fim de desenvolver adequadamente um estudo (FACHIN, 2006, p. 29).

Considerando a importância da metodologia no âmbito científico, buscou-se trabalhar o presente capítulo de maneira analítica, objetivando proporcionar ao leitor pleno entendimento dos procedimentos metodológicos adotados.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo ora apresentado, cujo objetivo geral consistiu em “identificar os meios pelos quais a sustentabilidade financeira pode ser implementada no processo de descentralização da saúde aderido por Florianópolis”, pode ser classificado no âmbito das pesquisas aplicadas. De acordo com Almeida (2011), a pesquisa aplicada se utiliza de conhecimentos científicos já sistematizados, para a solução de problemas materiais presentes em organizações ou na própria sociedade.

Quanto ao objetivo do estudo, a pesquisa pode ser classificada como descritiva, pois buscou descrever os desafios à sustentabilidade financeira do processo de municipalização da saúde aderido por Florianópolis, seguindo, assim, considerações apresentadas por Gil (2002). O autor esclarece que as pesquisas descritivas têm por objetivo precípua a descrição das características de uma população ou de um fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Em relação aos procedimentos adotados, a pesquisa realizada caracteriza-se como um estudo de caso (ALMEIDA, 2011). Como já mencionado no capítulo 1, foi analisada a sustentabilidade financeira do processo de municipalização da saúde no caso específico de Florianópolis. Gil (2002) destaca que o estudo de caso constitui modalidade que procura compreender, de forma profunda e exaustiva, um ou poucos objetos. Em uma visão contemporânea, Yin (2005, p. 20) advoga que “[...] o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos

da vida real [...]”. Para o autor, a adoção de tal modalidade é crescente no âmbito das ciências sociais, uma vez que permite a compreensão de fenômenos complexos.

### 3.2 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

A etapa de coleta de dados foi dividida em quatro fases principais.

A primeira constituiu pesquisa bibliográfica acerca do tema sob estudo. Buscou-se construir sólida fundamentação teórica para a posterior análise dos dados coletados. Como fontes bibliográficas, adotaram-se, predominantemente, publicações científicas periódicas, livros, leis, normas e divulgações governamentais acerca do tema. Despendeu-se especial atenção a produções científicas recentes.

A segunda etapa da pesquisa buscou caracterizar a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Para cumpri-la, foram coletadas informações por meio de pesquisa documental, observação *in loco* e acesso ao *site*<sup>4</sup> da Secretaria.

A terceira etapa procurou descrever como se deu o processo de descentralização dos serviços de saúde no contexto específico do município de Florianópolis; e identificar algumas das principais características qualitativas do financiamento das ações e dos serviços prestados pela Secretaria. Para tanto, foram levantadas informações por meio de entrevistas semi-estruturadas, com Diretores e Gerentes de áreas diretamente relacionadas ao processo de descentralização aderido pelo Município. As entrevistas foram feitas com os agentes públicos ocupantes dos seguintes cargos: Diretor de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação e Auditoria; Gerente de Administração e Finanças e Gerente de Programação e Execução Orçamentária. Após o consentimento de cada entrevistado, as entrevistas foram gravadas (gravação em áudio).

Vale destacar que as entrevistas semi-estruturadas, cujo roteiro está demonstrado no Apêndice 1, não buscaram juízo de valor, mas sim relatos imparciais acerca do processo de municipalização da saúde no contexto de Florianópolis, em especial após a assinatura do Pacto pela Saúde, no ano de 2007.

A quarta fase da pesquisa buscou, por meio de dados numéricos, obtidos em pesquisa documental, identificar importantes características quantitativas sobre o financiamento das ações e serviços de saúde prestados no município de Florianópolis. Nesta etapa, foram utilizados relatórios das seguintes fontes:

---

<sup>4</sup> Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>>. Acesso em: 29 out. 2011.

(a) Sistemas internos de Informações Financeiras utilizados no âmbito da Prefeitura Municipal de Florianópolis (Betha Sapo e Betha Controle Financeiro); e

(b) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS<sup>5</sup> (MINISTÉRIO DA SAÚDE)<sup>6</sup>.

É importante destacar que, apesar de constituir um estudo de caso, a coleta de dados não se restringiu ao levantamento de informações financeiras da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Informações acerca dos investimentos realizados pela Prefeitura do Município em outras áreas de interesse social e dados financeiros sobre gastos com saúde e repasses realizados pelo Estado de Santa Catarina e pela União também foram essenciais às análises da pesquisa.

Consta, abaixo, listagem das principais informações numéricas coletadas:

- receitas e despesas totais da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;
- valores *per capita* despendidos com saúde a nível local, regional e nacional;
- percentual da receita própria municipal destinado à área da saúde e às demais áreas de interesse social;
- valores repassados pelo Estado e pela União para a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;
- total das transferências constitucionais e conveniadas;
- recursos municipais de saúde destinados a custeio e a investimentos; e
- total das despesas com pessoal, na área da saúde.

Sempre que possível, buscou-se construir série histórica, desde o exercício de 2000 até o ano de 2010. Vale destacar, no entanto, que em virtude da alteração no formato de alguns relatórios dos Sistemas internos de Informações Financeiras da Prefeitura Municipal de Florianópolis, algumas séries históricas contemplaram, somente, o período de 2003 a 2010. Foram coletadas, apenas, informações relativas ao final de cada exercício. Todos os valores foram atualizados, pelo IPCA, a dezembro de 2010. O índice acumulado foi obtido em base de dados do Banco Central do Brasil<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> “Sistema de coleta de dados das receitas e dos gastos em ações e serviços públicos de saúde da União, estados e municípios” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 48).

<sup>6</sup> Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1671](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1671)>. Acesso em: 20 out. 2011.

<sup>7</sup> Disponível em:

<<https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAOPublico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>>. Acesso em: 06 nov. 2011.

### 3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados coletados, foram aplicadas tanto a abordagem qualitativa como a quantitativa.

A abordagem qualitativa buscou caracterizar a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis; descrever como se deu o processo de descentralização dos serviços de saúde no contexto específico do município; e identificar algumas das principais características do financiamento das ações e dos serviços prestados pela Secretaria.

[...] a pesquisa qualitativa é apropriada para a avaliação formativa, quando se trata de melhorar a efetividade de um programa, ou plano, ou mesmo quando é o caso de proposição de planos, ou seja, quando se trata de selecionar metas de um programa e construir uma intervenção, mas não é adequada para avaliar resultados de programas ou planos (ROESCH, BECKER & MELLO 1999, p. 155).

Tal abordagem foi aplicada para a análise dos dados e informações coletados na pesquisa documental, nas observações *in loco*, nas informações disponíveis no portal da Secretaria e nas entrevistas semi-estruturadas. Quanto às entrevistas, é importante esclarecer que as análises qualitativas foram precedidas pela transcrição completa das falas e pela seleção de trechos considerados importantes, dado o objetivo de cada entrevista. As partes selecionadas foram pontualmente analisadas. Vale destacar que, buscando preservar a identidade dos entrevistados, optou-se pela identificação não nominal dos mesmos. Os entrevistados foram identificados pelos cargos que ocupam na instituição.

A abordagem quantitativa buscou identificar outras importantes características do financiamento das ações e serviços de saúde prestados no âmbito municipal. Elas foram fundamentadas, principalmente, em interpretações gráficas, comparações de dados e cruzamento de informações. É importante elucidar que a adesão ao Pacto pela Saúde, no ano de 2007, constituiu recorte histórico considerado nas análises.

As discussões quanto ao nível de sustentabilidade financeira do processo de municipalização da saúde aderido por Florianópolis, a identificação de desafios e as proposições de melhorias foram embasadas em análise crítica que considerou, de forma conjunta: (a) conceitos e princípios teóricos acerca do tema; (b) dados coletados em pesquisas documentais; (c) informações fornecidas nas entrevistas semi-estruturadas; e (d) inferências resultantes das análises quantitativas.

O presente trabalho foi submetido à avaliação da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde, pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e aprovado pela mesma. Somente após aprovado, deu-se início ao estudo de caso. O

documento de autorização emitido pela instituição está exposto no Anexo 1 do presente trabalho.

### **3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA**

Considerando que a pesquisa buscou diagnosticar, de forma imparcial, o nível de sustentabilidade financeira do processo de municipalização da saúde aderido por Florianópolis, não foram coletadas, nas entrevistas, opiniões dos servidores quanto ao processo de descentralização e à respectiva sustentabilidade. A emissão de juízo de valor foi afastada pelo próprio roteiro da entrevista semi-estruturada. Optou-se por não buscar opiniões dos servidores por dois motivos: (a) não haveria tempo hábil para o tratamento de tais informações qualitativas; e (b) se emitidos juízos de valor, a pesquisa deveria ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tal submissão certamente extrapolaria o cronograma de trabalho.

Quanto à etapa de coleta e análise qualitativa dos dados, cabe destacar que se optou por não realizar entrevista semi-estruturada com o gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis; pois, na qualidade de Professor do Departamento de Ciências da Administração da UFSC, o mesmo participou da elaboração do presente trabalho, como co-orientador. Nesse sentido, foram realizadas entrevistas somente com profissionais das áreas técnicas diretamente relacionadas ao processo de descentralização aderido pelo Município.

É importante destacar que a questão temporal também constitui limitação ao presente estudo. O projeto de pesquisa proposto ao final do primeiro semestre de 2011, que tinha por objetivo analisar o nível de qualidade dos gastos realizados na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, foi inviabilizado, em meados de setembro, em função de registro incorreto de dados acerca de gastos com pessoal, na própria Secretaria. Em meados de setembro do ano corrente, portanto, iniciou-se a presente pesquisa, com tema totalmente distinto e com prazo de entrega estipulado para o início de novembro de 2011. Vale ressaltar que os resultados não ficaram comprometidos, mas a metodologia foi estruturada considerando-se tal questão temporal.

O registro incorreto de dados acerca de gastos com pessoal impôs, também, no presente trabalho, limitações quanto ao estudo dos desafios à sustentabilidade financeira no processo de municipalização da saúde aderido por Florianópolis. Na etapa de pesquisa bibliográfica, a eficiência dos gastos com saúde foi apontada como um desafio à sustentabilidade financeira da municipalização. Na fundamentação destacou-se, no entanto, a



importância de verificar a relação insumos X produtos, por nível de complexidade. O registro incorreto de dados acerca de gastos com pessoal impediu a verificação do nível de eficiência dos gastos da Secretaria, pois não considerou a divisão entre níveis de atenção.

A greve dos servidores, terminada somente em final de setembro, impôs limitação à pesquisa bibliográfica, uma vez que a Biblioteca Central da UFSC esteve fechada durante todo o período de greve. Cabe esclarecer que a pesquisa bibliográfica constituiu a primeira etapa do trabalho. Durante aproximadamente quinze dias, portanto, só se teve acesso a publicações disponíveis na internet.

Tendo em vista que a presente pesquisa se propôs a realizar um estudo de caso na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, os resultados obtidos limitam-se à realidade do Município sob estudo. Outras pesquisas que se proponham a estudar o impacto da descentralização da saúde em realidades locais diferentes, e nos demais níveis federativos, certamente contribuirão para arcabouço literário acerca do tema.

Por fim, cabe destacar que o texto do Projeto de Lei que regulamenta a Emenda Constitucional nº. 29 não foi considerado na presente pesquisa. A regulamentação ainda está sob análise do Congresso Nacional, sujeita a emendas e vetos.

## 4 ESTUDO DE CASO

No presente capítulo são expostos os resultados obtidos no estudo de caso. Os dados coletados foram analisados, criticamente, com base na Fundamentação Teórica apresentada no capítulo 2. Esta etapa do estudo busca responder a questão problema da pesquisa: Como a sustentabilidade financeira pode ser implementada no processo de descentralização da saúde aderido por Florianópolis?

Para tanto, as análises foram divididas nos seguintes subtítulos: (4.1) Caracterização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis; (4.2) Processo de municipalização da saúde em Florianópolis; (4.3) Financiamento das ações da Secretaria Municipal de Saúde; (4.4) Desafios à sustentabilidade financeira no processo de municipalização da saúde aderido por Florianópolis.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A caracterização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis foi construída a partir de pesquisa documental, observação *in loco* e acesso ao *site*<sup>8</sup> da Secretaria. Muitas informações apresentadas no presente capítulo resultaram da observação *in loco*. A pesquisadora esteve vinculada à instituição, como servidora, durante três anos (2008 a 2011).

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) integra a estrutura do Poder Executivo da Administração Direta Municipal. Caracterizada juridicamente como um órgão da Prefeitura Municipal de Florianópolis, a instituição é regida pelas normas de Direito Público do Brasil.

A identidade da Secretaria Municipal de Saúde pode ser definida por sua missão, valores e visão. De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2011-2014 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, p. 9), a missão da Secretaria é “promover saúde para todos, com qualidade”. A visão é “oportunizar o acesso de 100% da população a um sistema público de saúde, com gestão da qualidade total e ordenado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) até 2014”. Seus valores estão elencados no quadro 4, a seguir.

---

<sup>8</sup> Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>>. Acesso em: 29 out. 2011.

**Quadro 4- Valores da SMS**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Comprometimento com o SUS</b>   | Estimular o debate contínuo sobre as políticas públicas em saúde.  |
|                                    | Consolidar os princípios e diretrizes do SUS, garantindo o vínculo estatal dos servidores.                   |
| <b>Compromisso com a qualidade</b> | Aprimorar os serviços, com corresponsabilização e participação social.                                       |
|                                    | Assegurar processos de planejamento, execução, avaliação e reestruturação de serviços.                       |
| <b>Diálogo</b>                     | Criar canais de construção e socialização do conhecimento.   |
|                                    | Criar canais de comunicação efetivos entre os diversos atores do sistema.                                    |
| <b>Respeito</b>                    | Valorizar atitudes, opiniões e espaços, tanto individuais quanto coletivos.                                  |
|                                    | Entender as diferenças, mantendo a cordialidade.   |
| <b>Ética</b>                       | Ter transparência nas relações com os trabalhadores do SUS e cidadãos/usuários, e nos processos de trabalho. |
|                                    | Respeitar a diversidade  |

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2011-2014 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, p. 9)

Seguindo o princípio da universalidade, previsto no Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a SMS acolhe toda população que necessitar de atendimento no município de Florianópolis (SC), independente de sua naturalidade e/ou nacionalidade. As ações da SMS, no entanto, são voltadas para a população residente no município. De acordo com o Censo Demográfico realizado em 2010 pelo IBGE, Florianópolis possui uma população residente de 421.240 habitantes. As tabelas 8 e 9 contêm o perfil da população atendida, por sexo e faixa etária.

**Tabela 8- População de Florianópolis, divisão por sexo**

| <b>POPULAÇÃO RESIDENTE EM FLORIANÓPOLIS - DIVISÃO POR SEXO</b> |          |                   |          |                   |          |
|--|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|
| <b>MASCULINO</b>   |          | <b>FEMININO</b>   |          | <b>TOTAL</b>      |          |
| <b>Quantidade</b>  | <b>%</b> | <b>Quantidade</b> | <b>%</b> | <b>Quantidade</b> | <b>%</b> |
| 203.047  | 48%      | 218.193           | 52%      | 421.240           | 100%     |

Elaborado a partir de informações do IBGE - Censo Demográfico 2010.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS

Tabela 9 - População de Florianópolis, divisão por faixa etária

| <b>POPULAÇÃO RESIDENTE EM FLORIANÓPOLIS - DIVISÃO POR FAIXA ETÁRIA</b> |                   |                |
|--|-------------------|----------------|
| <b>Faixa etária</b>  | <b>Quantidade</b> | <b>%</b>       |
| <b>Menor 1 ano</b>   | 4.616             | 1,10%          |
| <b>1 a 4 anos</b>  | 18.222            | 4,33%          |
| <b>5 a 9 anos</b>  | 23.974            | 5,69%          |
| <b>10 a 14 anos</b>  | 28.593            | 6,79%          |
| <b>15 a 19 anos</b>  | 32.573            | 7,73%          |
| <b>20 a 29 anos</b>  | 85.072            | 20,20%         |
| <b>30 a 39 anos</b>  | 70.742            | 16,79%         |
| <b>40 a 49 anos</b>  | 60.537            | 14,37%         |
| <b>50 a 59 anos</b>  | 48.488            | 11,51%         |
| <b>60 a 69 anos</b>  | 27.712            | 6,58%          |
| <b>70 a 79 anos</b>  | 13.927            | 3,31%          |
| <b>80 anos e mais</b>  | 6.784             | 1,61%          |
| <b>Total</b>   | <b>421.240</b>    | <b>100,00%</b> |

Elaborado a partir de informações do IBGE - Censo Demográfico 2010

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE – DATASUS

Buscando atender toda a população de Florianópolis, a instituição conta com aproximadamente 2.300 funcionários, ocupantes de gama considerável de cargos: médicos, dentistas, assistentes administrativos, fiscais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, motoristas, engenheiros, arquitetos, administradores, etc.

Considerando as características regionais de saúde da população do município, a SMS territorializa suas atividades por meio das Unidades de Saúde, distribuídas por toda a ilha. De acordo com o portal da instituição, são 49 Centros de Saúde, 04 Policlínicas, 02 Unidades de Pronto Atendimento, 04 Centros de Atenção Psicossocial, 01 Farmácia Popular, 01 Farmácia Escola, 01 Laboratório Municipal e 01 Centro de Controle de Zoonoses. Essa estrutura está organizada dentro de 05 grandes Distritos Sanitários de Saúde (Distritos Sanitários Norte, Leste, Centro, Sul e Continente), responsáveis por coordenar o trabalho regionalizado das Unidades de Saúde sob sua área de abrangência e por intermediar a relação entre as Unidades e a sede administrativa da Secretaria.

O mapa constante no Anexo 2 elucida a estrutura regionalizada da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Vale ressaltar que a todo conjunto de Unidades, Distritos e instâncias administrativas da SMS é dado o nome de “Rede de Atenção à Saúde em Florianópolis”.

A estrutura atual contempla basicamente ações de saúde de baixa e média complexidades. As ações de baixa complexidade são desenvolvidas, principalmente, por meio

dos Centros de Saúde e da Diretoria de Vigilância em Saúde, esta como responsável por ações de Vigilância Ambiental, Epidemiológica, Sanitária, Nutricional e de Saúde do Trabalhador. As ações de Média Complexidade são desenvolvidas, principalmente, nos Centros de Atenção Psicossocial, nas Unidades de Pronto Atendimento e nas Policlínicas. Aos poucos, a SMS está assumindo, também, a responsabilidade sobre procedimentos, ações e instituições de alta complexidade. O item 4.2 do presente estudo de caso discorre, de forma mais aprofundada, a respeito do processo de municipalização do SUS, aderido por Florianópolis.

É importante destacar que os atendimentos e procedimentos de média e alta complexidades só foram incorporados às responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde a partir de 2007, quando o Município de Florianópolis assinou o Pacto pela Saúde, aumentando as próprias competências quanto aos níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde - SUS (atenção básica, média complexidade e alta complexidade). Antes desse ano, a SMS contava com estrutura significativamente menor, pois suas ações eram limitadas à atenção básica.

À medida que a SMS vem assumindo mais responsabilidades quanto aos níveis de atenção à saúde, mais recursos são repassados pelo Ministério da Saúde para o financiamento das ações. Portanto, a partir da assinatura do Pacto pela Saúde, a SMS passou por consideráveis mudanças em sua estrutura, em sua logística, em seus recursos humanos e, principalmente, em sua organização financeira e orçamentária. Atualmente, dentre os blocos do orçamento da SMS, o bloco da Média e Alta Complexidades corresponde a uma parcela significativa do total de gastos/recebimentos.

Em 2009, como resultado das mudanças iniciadas com a assinatura do Pacto pela Saúde, a SMS passou por reestruturação em seu organograma. Nessa reestruturação, cabe destacar a criação das seguintes Diretorias: Diretorias das Unidades de Pronto Atendimento; Diretorias das Policlínicas; Diretoria de Média Complexidade Serviços Especiais e Ações Regionais e Diretoria de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação e Auditoria. No Anexo 3, consta a versão resumida do organograma, publicada no portal da Secretaria.

A logística de compra e distribuição de insumos da SMS passou, também, por considerável mudança após a assinatura do Pacto pela Saúde. Frente: (a) à necessidade de aquisição de insumos especializados para as Policlínicas, (b) ao aumento considerável do consumo de materiais e medicamentos e (c) à irregularidade da demanda por insumos, foram instituídas, em 2009, Comissões Técnicas de padronização e programação de insumos. No mesmo ano, a SMS também providenciou a normatização do uso do Sistema de Registro de Preços no âmbito da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Atualmente, a padronização e a programação anual dos insumos são feitas pelas Comissões Técnicas instituídas a partir da Portaria 293/2009 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2009). Após os devidos trâmites internos, a SMS submete as solicitações de compra para o ano subsequente a processos licitatórios, sob o sistema de Registro de Preços. As atas de Registro de Preços não obrigam o órgão público a adquirir as quantidades totais licitadas e permitem aquisições parceladas. Com isso, a partir do ano de 2010, os níveis de estoque na Central de Abastecimento diminuíram consideravelmente, os problemas relacionados à não linearidade da demanda foram amenizados e as retiradas de caixa passaram a ser parceladas.

Diante do exposto, pode-se perceber que a assinatura do Pacto pela Saúde, em 2007, resultou na reestruturação total da SMS e de suas rotinas administrativas e financeiras.

Quanto às perspectivas futuras, projetam-se para o ano de 2012 diversas reformas, construções e inaugurações de Unidades de Saúde. Tais projeções apresentam interferência direta nas despesas de capital e correntes (SILVA, 2001). Dentre as reformas, construções e inaugurações projetadas, vale destacar a construção da Unidade de Pronto Atendimento Continente, com inauguração prevista para 2012. Considerando as despesas das Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul, no que tange a gastos com insumos e pessoal, pode-se inferir que a Unidade de Pronto Atendimento Continente impactará, consideravelmente, sobre a estrutura financeira da SMS.

Como diversos outros órgãos públicos municipais, a Secretaria de Saúde possui inúmeras limitações internas. Na instituição, pode-se identificar várias disfunções do modelo burocrático, a exemplo da morosidade processual e da dificuldade de comunicação. A alta rotatividade de funcionários constitui, também, um problema crônico na instituição. Devido às discrepâncias intrínsecas à atual estrutura do federalismo fiscal (SILVA, 2001; RIANI, 2009), os níveis salariais pagos pela SMS são significativamente baixos se comparados à remuneração de outros entes federativos e à remuneração do mercado. Captar e manter funcionários é, portanto, tarefa consideravelmente difícil. A alta rotatividade de profissionais compromete a continuidade das atividades/projetos/ações da SMS e a maturidade organizacional.

Quanto às limitações internas, vale destacar, ainda, o baixo número de capacitações, treinamentos e programas de desenvolvimento. A maioria dos profissionais aprovados nos concursos públicos iniciam suas atividades e aprendem o ofício com colegas de trabalho. Percebe-se, claramente, que tal fato permite a perpetuação de *vícios* e limita a criatividade dos novos servidores, levados a pensar no famoso “sempre foi assim”. Atualmente, ocorrem

ações no sentido de construir uma política de educação continuada do servidor; entretanto, ainda se encontram em estágio inicial.

O panorama exposto anteriormente transparece o perfil da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, instituição pública municipal que, sob as diretrizes do SUS, objetiva zelar pela saúde do cidadão florianopolitano, por meio de serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

## **4.2 PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS**

Para a descrição do processo de descentralização dos serviços de saúde no contexto específico do município de Florianópolis, foram levantadas informações com a Diretora de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação e Auditoria, por meio de entrevista semi-estruturada, cujo roteiro está demonstrado no Apêndice 1. A seguir, estão transcritos os trechos considerados imprescindíveis à compreensão do processo de municipalização do SUS, aderido por Florianópolis.

### **Diretora de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação e Auditoria (53:16 minutos)**

Destaca-se o amplo conhecimento da diretora acerca do processo de municipalização do SUS aderido por Florianópolis, bem como da sistemática de financiamento adjacente ao mesmo.

1º MOMENTO: foi esclarecido à diretora o objetivo da entrevista: descrever como se deu o processo de descentralização dos serviços de saúde em Florianópolis.

2º MOMENTO:

- Quanto ao processo de municipalização dos serviços de saúde em Florianópolis

#### **Diretora de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação e Auditoria**

– Com a publicação da Lei 8080, que institui o Sistema Único de Saúde, que regulamenta, na verdade, um dos princípios era a regionalização e a municipalização dos serviços de saúde no SUS. Então, desde 1991, quando foi publicada a 1ª norma operacional da saúde, já se começou a trabalhar as questões de financiamento, de regionalização, de descentralização e em 1993 se institui com a NOB 93, a 1ª orientação prática de habilitação dos municípios e dos estados, com 3 tipos de habilitação: a gestão plena, a gestão semiplena e a gestão incipiente.

– A 1ª habilitação que Florianópolis entrou foi com a NOB 96 e não três tipos de habilitação, eram dois tipos: ou era gestão plena ou era gestão plena em atenção básica, que significa que o município que adere a esta modalidade vai ser responsável apenas pela atenção básica, que são as unidades de saúde, os médicos nos postos, as vacinas, tudo o que é básico, o que é especializado permanecia sob gestão estadual ou federal. Isso perdurou até 2000, 2001, quando o ministério

(*Ministério da Saúde*) lançou as NOAS, Normas Operacionais da Assistência à Saúde. Quando chegou em 2006, o ministério mudou radicalmente a história da municipalização do SUS. Desde 1991 até 2005, todas as normas que foram criadas, foram criadas e uma complementava a outra e mudando alguns detalhes, apenas. Em 1996, o maior detalhe foi o financiamento que passou a ser *per capita* e de Fundo a Fundo, Fundo Nacional para Fundo Municipal.

– Com o Pacto pela Saúde, houve uma completa modificação, praticamente foi instituída uma norma nova. O Pacto extinguiu as divisões das modalidades de gestão, passou a existir uma única forma de habilitação, que é o Pacto. Só que com a diferença, com o Pacto os municípios podem programar o que vão assumir dentro de determinado tempo. O Pacto trouxe, desde 2006, a possibilidade de fazer a implantação de forma mais planejada. Em Florianópolis, começamos a discussão em setembro pra assumir o Pacto, que foi assinado em abril ou maio e fomos a última capital a entrar na gestão plena e decidimos assumir a parte especializada ambulatorial, que daria condição de implantar as áreas de controle e avaliação, auditoria, regulação, ampliar a estrutura de gestão da secretaria pra depois, mais tarde, assumir a gestão hospitalar. Isso fez com que passássemos a administrar recurso especializado de R\$273.000,00/mês (2007, quando iniciamos). Em 2009, já estávamos com cerca de R\$950.000,00/mês de recurso de média e alta complexidades e, em 2010, assumimos o Hospital de Caridade e passamos a ter R\$1.600.000,00/mês e hoje, 2011, administramos cerca de R\$2.000.000,00/mês de recurso de média e alta complexidades, tendo dois hospitais sob gestão. Desde que assumimos em 2007, os R\$273.000,00/mês só do “teto” de Florianópolis, já se teve que começar a processar produção, a fazer auditoria, fazer controle, a semente da ação nasceu; depois, fomos só ampliando essa estrutura. De todo o cronograma do Pacto, não cumprimos três itens: a gestão dos Hospitais de Florianópolis e Carmela Dutra, que ainda não veio para o município e do Hospital Universitário, que veio parcialmente, a gente só assumiu a gestão ambulatorial.

- Quanto ao que motivou o processo de municipalização desde 1996, quando a SMS assumiu a atenção básica e às etapas mais significativas desse processo

#### **Diretora de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação e Auditoria**

– Basicamente o que motivou foi a consciência do nosso Secretário da sua responsabilidade. O Ministério da Saúde define que o SUS tem que ser descentralizado e municipalizado. Todos os municípios que possuem estrutura especializada no seu território devem, pela legislação, assumir o seu papel, porque cabe a eles garantir o acesso para aqueles que não têm o serviço. Não só Florianópolis é um município que possui estrutura especializada como é capital do estado de Santa Catarina, é uma sede de referência regional e estadual. O estado de Santa Catarina possuía 21 municípios de gestão plena desde 1996. A nossa região da Grande Florianópolis era a única região do estado que não tinha nenhum município na gestão plena. Florianópolis é a única capital do Brasil que não era gestão plena.

– O ministério (*Ministério da Saúde*), no regulamento, define, através de uma planilha, que chama Termo de Compromisso de Gestão Municipal, todas as responsabilidades que um município tem que ter pra assumir a gestão. Então, a 1ª etapa que nós vivenciamos, em 2006, foi tomar consciência desse Termo, reunir com todas as áreas diretas da Secretaria, as áreas técnicas de atenção básica, da vigilância, do Fundo Municipal, Planejamento e repontuar e pactuar o que o Município deveria assumir [...]. Feita essa 1ª etapa de consolidação desse Termo de Compromisso, a gente passou pra 2ª etapa, que foi a pactuação com o Estado porque se a gente queria assumir a média complexidade até o final de 2008 e os serviços especializados estavam sob gestão estadual, a gente passou pelo processo de negociação com o Estado e de definição de quais eram os serviços que passariam para a gestão municipal.

- Quanto à cobertura financeira, pelo Ministério da Saúde, para as ações e serviços de saúde municipalizados

#### **Diretora de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação e Auditoria**

– Cobre. Existe um estudo dentro da Programação Pactária Integrada Hospitalar em que em Santa Catarina todos os anos são realizadas reavaliações para o ano seguinte, reajustados os custos médios e dos hospitais filantrópicos é feita a média do produzido. Se nesse ano eu tiver muitas contas de maior complexidade, tempo maior de permanência, no ano que vem a média aumenta, de acordo



com o ano anterior. Se não houver reajuste na tabela, o preço da internação é o mesmo. Nos últimos três anos, não houve reajuste na tabela. Se houver reajuste, é feita uma Portaria, é repassado pelo Estado para os municípios.

- Quanto à pré-determinação das rubricas onde devem ser gastos os recursos transferidos, em função da municipalização

#### **Diretora de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação e Auditoria**

– O ministério (*Ministério da Saúde*) transfere o dinheiro que é único. O meu MAC é de R\$1.300.000,00. Existem algumas rubricas separadas. A minha planilha da PPI (*Programação Pactária Integrada*) é que vai dizer onde é que eu tenho que gastar. O ministério transfere o recurso, mas o dinheiro tem que ser gasto com serviços de média complexidade [...]. Eu tenho que usar em ações de média complexidade, desde que o meu contrato com o prestador preveja. (*exemplo do dia a dia da SMS*).

A primeira e a segunda respostas obtidas na entrevista mostram que o processo de municipalização dos serviços de saúde, no contexto específico de Florianópolis, observou os princípios da transferência equilibrada de responsabilidades entre os entes federativos (LOBO, 1989 *apud* MEDICI, 1994). A entrevistada esclareceu que a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis assumiu a média e alta complexidades, somente após a instituição do Pacto pela Saúde. Vale retomar que o processo vem ocorrendo de forma gradativa, conforme responsabilidades assumidas no Termo de Compromisso de Gestão Municipal. Tal fato mostra que a sistemática adotada pela Secretaria contribuiu para a construção de um processo de municipalização sustentável (LOBO, 1989 *apud* MEDICI, 1994).

Na terceira resposta, a entrevistada afirmou que os recursos repassados pelo Ministério da Saúde, para o financiamento dos serviços de alta e média complexidades municipalizados, são suficientes para custear as ações especializadas. Tal afirmação é contraposta pelos dados apresentados na tabela 11 (p. 70) e no gráfico 7 (p. 71), os quais mostram que o município de Florianópolis tem destinado percentuais crescentes de recursos próprios à área da saúde, em especial após o ano de 2007. O cruzamento de ambas as informações conduz à inferência de que os recursos repassados são suficientes para custear as ações específicas de média e alta complexidades; porém, não são capazes de financiar as atividades-meio ampliadas em função da descentralização de serviços especializados.

A quarta resposta da entrevistada confirma a inferência anterior. A diretora elucida que os recursos transferidos pelo Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC só podem ser aplicados em atividades-fim, relacionadas aos serviços de alta e média complexidades. Apesar de não ser obrigatória a aplicação em rubricas específicas, a impossibilidade de destinar recursos da MAC a atividades-meio ratifica a teoria de Medici (1994). O autor defende que a parametrização quanto à aplicação de recursos

vinculados limita a autonomia dos municípios de alocação financeira conforme as respectivas necessidades específicas.

### **4.3 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Sob o objetivo de identificar as principais características relativas ao financiamento das ações de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, foram levantadas informações com a Gerente de Administração e Finanças e com o Gerente de Programação e Execução Orçamentária. A coleta de informações foi feita por meio de entrevista semi-estruturada, cujo roteiro está demonstrado no Apêndice 1. A seguir, estão transcritos os trechos, de ambas as entrevistas, considerados essenciais à descrição das principais características relacionadas ao financiamento das ações da Secretaria.

#### **Gerente de Administração e Finanças (25 minutos)**

Destaca-se o conhecimento da gerente acerca da sistemática de financiamento da saúde municipal, com ênfase às regras dos repasses realizados pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde à Secretaria Municipal de Saúde.

1º MOMENTO: foi esclarecido à servidora o objetivo da entrevista: identificar as principais características do financiamento das ações e dos serviços de saúde prestados pela Secretaria Municipal de Saúde.

2º MOMENTO:

- Quanto à forma que ocorre o financiamento das competências transferidas do nível estadual/federal ao Município de Florianópolis

#### **Gerente de Administração e Finanças**

– O financiamento, tanto federal quanto estadual, ocorre por meio de transferências constitucionais (*modalidade Fundo a Fundo – transferências automáticas*) e de transferência voluntárias (*convênios firmados*).

– Na modalidade fundo a fundo, os repasses são mensais. Já, as transferências voluntárias dependem de cronograma de desembolso pactuado entre as partes.

– Os recursos federais referentes às transferências constitucionais, a partir da publicação da Portaria MS/204/2007, dá-se por meio de blocos de financiamentos, que são: Atenção Primária, Média e Alta Complexidades, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Investimentos.

– Já, os recursos estaduais referentes às transferências constitucionais compreendem as seguintes atividades: co-financiamento Programa de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, co-financiamento de Centro de Especialidades Odontológicas, Serviços de Média e Alta Complexidades, Farmácia Básica e Diabetes.

- Quanto à cobertura financeira, pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, para as ações e serviços de saúde municipalizados

#### **Gerente de Administração e Finanças**

– Com a pactuação de novos serviços prestados pelo Município, no que se refere a média e alta complexidades, foram incrementados repasses do Fundo Nacional de Saúde (*bloco de financiamento: Média e Alta Complexidades*) e também do Fundo Estadual de Saúde.

- No que diz respeito à relação custos/repasses para as Unidades de baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade

#### **Gerente de Administração e Finanças**

– Não há repasses específicos para as unidades de saúde. Na verdade, o total das receitas é destinado, quase em totalidade, às atividades-fim realizadas pelas próprias unidades. O custo médio mensal das UPAs (*Unidades de Pronto Atendimento*) é de R\$1.200.000,00; das Policlínicas, R\$445.000,00 e das Unidades Básicas, R\$200.000,00.

Na primeira e na segunda respostas, a entrevistada destacou a importância dos repasses federais e estaduais para o financiamento das competências de média e alta complexidades, transferidas ao município de Florianópolis em função da adesão ao Pacto pela Saúde. O destaque demonstra que o nível dos serviços de média e alta complexidades, prestados pela Secretaria Municipal de Saúde, apresenta elevado grau de dependência aos repasses das demais esferas de governo, o que sujeita as ações de atenção secundária e terciária a contingentes políticos e financeiros de âmbito estadual/federal (MEDICI, 1994).

Na terceira resposta, cabe destacar o valor informado como custo médio mensal das UPAs e das Policlínicas, unidades próprias que prestam serviços de média complexidade. De acordo com a entrevistada, o custo médio mensal das UPAs é de R\$1.200.000,00 e das Policlínicas, de R\$445.000,00. Confrontando tais informações à primeira resposta da entrevista com a Diretora de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação e Auditoria – em que a mesma elucida que a Secretaria de Saúde administra, atualmente, cerca de R\$2.000.000,00/mês de recurso de média e alta complexidades, tendo dois hospitais sob gestão – é possível inferir que os recursos repassados pelo Ministério da Saúde não são suficientes ao custeio de todos os serviços descentralizados após a assinatura do Pacto pela Saúde. A inferência é ratificada pelas informações constantes na tabela 11 (p. 70) e no gráfico 7 (p. 71), que mostram aplicações crescentes de recursos próprios em saúde, em especial após o ano de 2007.

### **Gerente de Programação e Execução Orçamentária (30 minutos)**

Destacam-se as limitações apontadas pelo servidor em relação ao financiamento da municipalização dos serviços de saúde.

1º MOMENTO: foi esclarecido ao gerente o objetivo da entrevista: identificar as principais características do financiamento das ações e dos serviços de saúde prestados pela Secretaria Municipal.

2º MOMENTO:

- Quanto à cobertura financeira, pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, para as ações e serviços de saúde municipalizados

#### **Gerente de Programação e Execução Orçamentária**

– Os repasses são por força legal (*Portarias do Ministério da Saúde e resoluções pactuadas entre a gestão do SUS nos três níveis de governo*). Sim, foram repassados todos os recursos à prestação dos serviços. Ocorre que a tabela SUS está muito defasada, ou seja, não sofreu as correções monetárias dos últimos anos. Assim, você pode verificar que os laboratórios, clínicas e até mesmo os serviços oferecidos pelo Fundo de Saúde de Florianópolis (*exemplo pagamento de servidores*) sofreram reajustes periódicos nestes anos. Com isso, significa afirmar que o Fundo de Saúde necessariamente necessita aumentar a complementação dos recursos vinculados, utilizando seus recursos próprios e aumentando os percentuais de aplicação em ações e serviços de saúde, conforme mandamento constitucional (*Emenda Constitucional n.º. 29*).

- Quanto à pré-determinação das rubricas onde devem ser gastos os recursos transferidos, em função da municipalização

#### **Gerente de Programação e Execução Orçamentária**

– Pode ocorrer que os serviços pactuados pelo “teto” na prática não sejam alcançados e, neste caso, se recebe mais do que se gasta e pode ocorrer sobra de recursos naquele bloco de financiamento que aplicamos também no bloco, mas em folha de pagamento de servidores, materiais de enfermagem, limpeza, energia elétrica dentre outros.

- Quanto às principais fontes de recursos que financiam as ações da Secretaria Municipal de Saúde

#### **Gerente de Programação e Execução Orçamentária**

– Em primeiro lugar os recursos próprios e depois os recursos do Ministério da Saúde (média complexidade, atenção básica, atenção farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e investimentos em saúde) e em terceiro lugar os recursos repassados pelo Estado.

Na primeira resposta, o entrevistado afirma que, apesar de serem transferidos todos os recursos legalmente instituídos em função da municipalização dos serviços, os repasses federais e estaduais não são, por si só, suficientes. De acordo com o gerente, tal insuficiência decorre da defasagem dos valores transferidos. O entrevistado argumenta que a falta de correção monetária impõe ao município de Florianópolis a necessidade de aplicações

crescentes no setor (MINISTÉRIO DA SAÚDE - SIOPS). O crescimento da aplicação própria em saúde é confirmado na tabela 11 (p. 70) e no gráfico 7 (p. 71).

A segunda resposta mostra que os recursos vinculados, repassados pelo Ministério da Saúde à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, têm a respectiva aplicação parametrizada pela esfera federal, o que limita a autonomia do gestor de saúde sobre o recurso (MEDICI, 1994). No entanto, o entrevistado esclarece que esta limitação é parcial, uma vez que, dentro dos blocos de financiamento, os recursos não possuem rubrica específica.

Na terceira resposta, o servidor ordena as principais fontes de recursos que financiam a saúde municipal: recursos próprios, transferências do Ministério da Saúde e repasses estaduais. A afirmação é confirmada na tabela 15 (p. 76) e no gráfico 11 (p. 77). A predominância de fontes próprias confere maior autonomia, ao gestor municipal, para aplicações conforme as necessidades sanitárias específicas locais (MEDICI, 1994). Entretanto, deve-se estabelecer um limite às aplicações próprias em saúde, de forma a manter a sustentabilidade financeira da Prefeitura e não causar desinvestimentos em outras áreas de interesse social (SCATENA, VIANA & TANAKA, 2009).

#### **4.4 DESAFIOS À SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA NO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE ADERIDO POR FLORIANÓPOLIS**

Na Fundamentação Teórica foram elencados, no item 2.3.3, os principais desafios à sustentabilidade financeira da municipalização do SUS. No presente subtítulo, buscou-se, com base nos preceitos teóricos trabalhados no item 2.3.3, identificar as características do financiamento da saúde de Florianópolis, à luz dos desafios listados na Fundamentação Teórica.

##### **➤ LIMITAÇÕES DE GASTOS COM PESSOAL**

No ano de 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF (BRASIL, 2000b), buscando garantir o equilíbrio orçamentário e financeiro no âmbito do poder público, estabeleceu limites às despesas com pessoal, para os três níveis de governo. Desde o referido exercício, os dispêndios totais com pessoal não podem exceder, na esfera municipal, 60,00% da receita corrente líquida, sendo 6,00% para o Poder Legislativo e 54,00% para o Poder Executivo (BRASIL, 2000b).

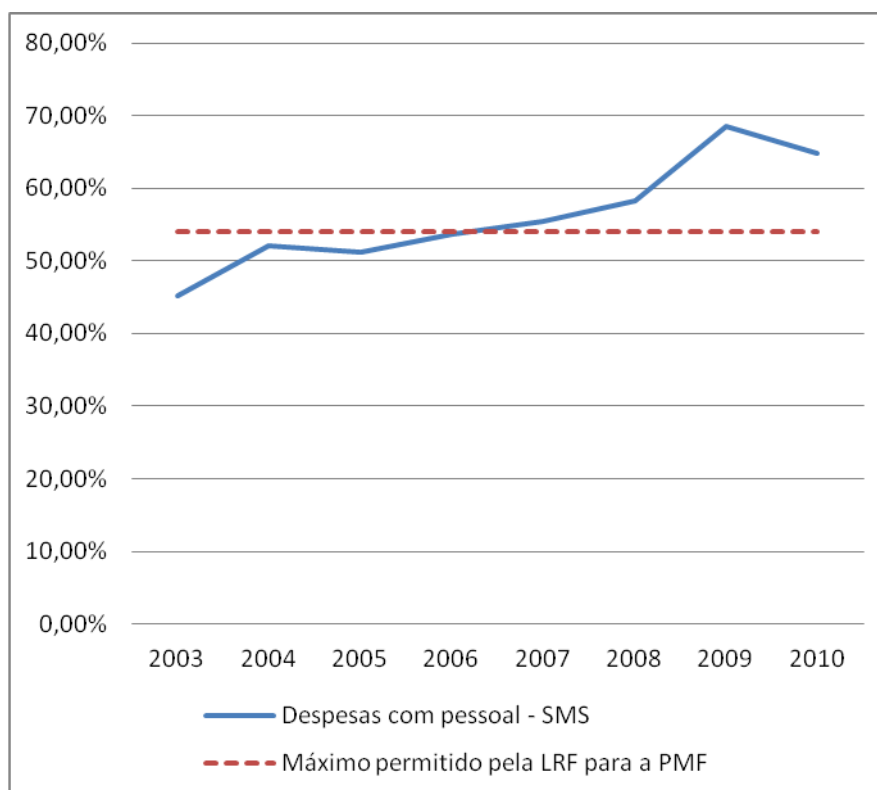
Dados retirados de relatórios orçamentários e financeiros (ver tabela 10 e gráfico 6, a seguir) demonstram que os gastos com pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) apresentam tendência de crescimento, com acentuação a partir do exercício de 2007.

**Tabela 10 - SMS: despesas com pessoal (% da receita corrente líquida)**

| <b>Ano</b> | <b>Despesas com pessoal - SMS</b> | <b>Máximo permitido pela LRF para a PMF</b> |
|------------|-----------------------------------|---|
| 2003       | 45,11%                            | 54,00%                                      |
| 2004       | 52,05%                            | 54,00%                                      |
| 2005       | 51,15%                            | 54,00%                                      |
| 2006       | 53,67%                            | 54,00%                                      |
| 2007       | 55,36%                            | 54,00%                                      |
| 2008       | 58,33%                            | 54,00%                                      |
| 2009       | 68,48%                            | 54,00%                                      |
| 2010       | 64,82%                            | 54,00%                                      |

Elaborado a partir de relatórios retirados do Sistema de Informações *Betha Sapo*

**Gráfico 6 - SMS: despesas com pessoal (% da receita corrente líquida)**



Fonte: Tabela 10

Em 2007, ano da assinatura do Pacto pela Saúde, o percentual da receita corrente líquida destinado ao pagamento de pessoal ultrapassou o limite de 54,00% imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Cabe ressaltar que o limite legal aplica-se ao Poder Executivo

Municipal como um todo, do qual a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis faz parte. Ao ultrapassar o teto de 54,00%, a área da saúde não infringe a LRF, mas impõe um contingenciamento das despesas com pessoal às demais Secretarias e órgãos que compõem a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF).

As informações expostas confirmam a asserção de que os limites legais relacionados a gastos com pessoal compõem importante desafio à sustentabilidade financeira da municipalização do SUS (BARATA, TANAKA & MENDES, 2004). No caso específico de Florianópolis, pode-se inferir que o processo de municipalização dos serviços de alta e média complexidades fragilizou a sustentabilidade financeira da PMF, com reflexos nas Secretarias que a compõem.

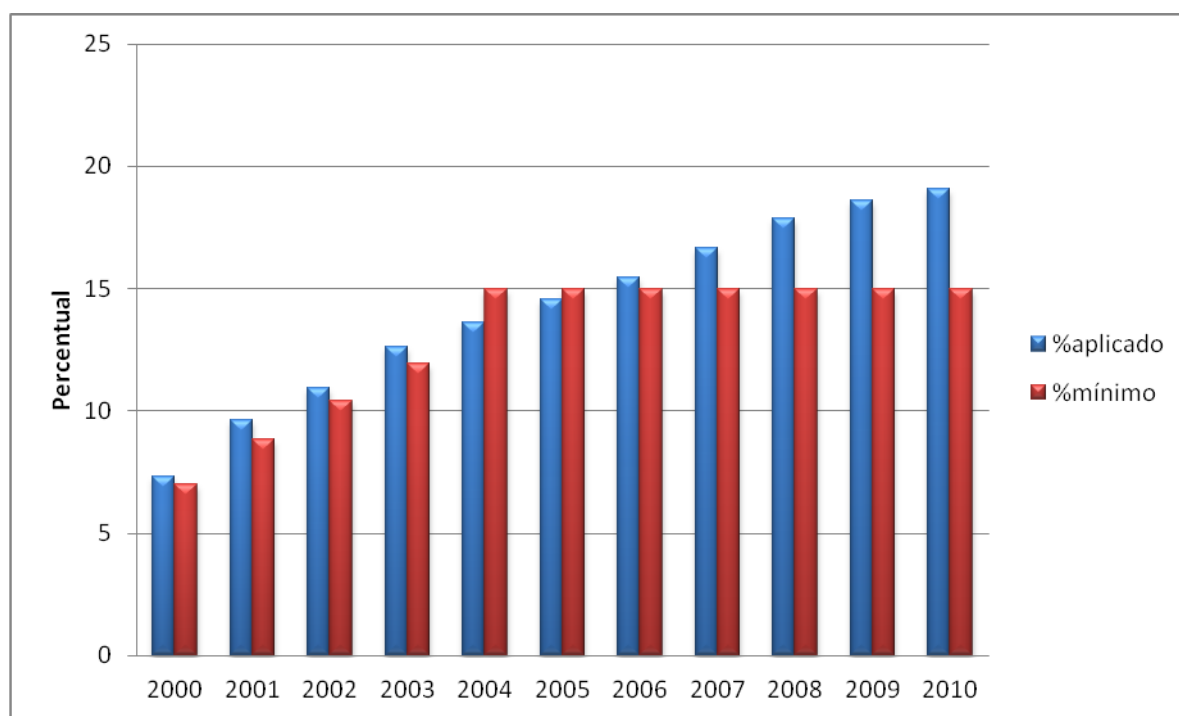
### ➤ **TRADE-OFF COM AS DEMAIS ÁREAS DE INTERESSE SOCIAL**

Dados publicados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE) demonstram crescimento do percentual de recursos próprios aplicados pelo município de Florianópolis na área da saúde (ver tabela 11 e gráfico 7).

**Tabela 11 - Florianópolis: % de recursos próprios aplicados em saúde (EC nº. 29/2000)**

| <b>Ano</b> | <b>%mínimo</b> | <b>%aplicado</b> | <b>%diferença</b> |
|------------|----------------|------------------|-------------------|
| 2000       | 7,00           | 7,32             | 0,32              |
| 2001       | 8,86           | 9,60             | 0,74              |
| 2002       | 10,39          | 10,94            | 0,55              |
| 2003       | 11,93          | 12,62            | 0,69              |
| 2004       | 15,00          | 13,59            | -1,41             |
| 2005       | 15,00          | 14,57            | -0,43             |
| 2006       | 15,00          | 15,45            | 0,45              |
| 2007       | 15,00          | 16,68            | 1,68              |
| 2008       | 15,00          | 17,85            | 2,85              |
| 2009       | 15,00          | 18,58            | 3,58              |
| 2010       | 15,00          | 19,07            | 4,07              |

Elaborado a partir de informações do MINISTÉRIO DA SAÚDE – SIOPS

**Gráfico 7 - Florianópolis: % de recursos próprios aplicados em saúde (EC nº. 29/2000)**

Fonte: Tabela 11

A tabela 11 e o gráfico 7 mostram que, desde a aprovação da Emenda Constitucional nº. 29 (BRASIL, 2000), a gestão municipal tem destinado à saúde mais recursos próprios do que os mínimos exigidos pela Emenda, com exceção dos anos de 2004 e 2005. Vale destacar que, a partir de 2007 da assinatura do Pacto pela Saúde, a diferença entre o percentual aplicado e o mínimo exigido assumiu patamares ainda maiores.

Apesar de parecer uma evolução no setor, investimentos crescentes na área da saúde podem estabelecer um *trade-off* com outras áreas de interesse social (SCATENA, VIANA & TANAKA, 2009), tais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, etc.; fatores determinantes e condicionantes à saúde de uma população (BRASIL, 1990a).

Como pode ser observado na tabela 12 e no gráfico 8, entre os anos de 2000 e 2010, houve ampliação significativa no percentual de recursos destinados à área da Saúde, com *trade-off* considerável nas áreas de Administração e Transporte e, em menor grau, nos campos de Assistência social e Urbanismo. No entanto, percebe-se manutenção dos percentuais aplicados em Educação e em outras áreas de interesse social (ver o item “Outros” da tabela 12, a seguir). Destaca-se o crescimento dos percentuais destinados à Segurança Pública, à Previdência Social e às ações de Saneamento.



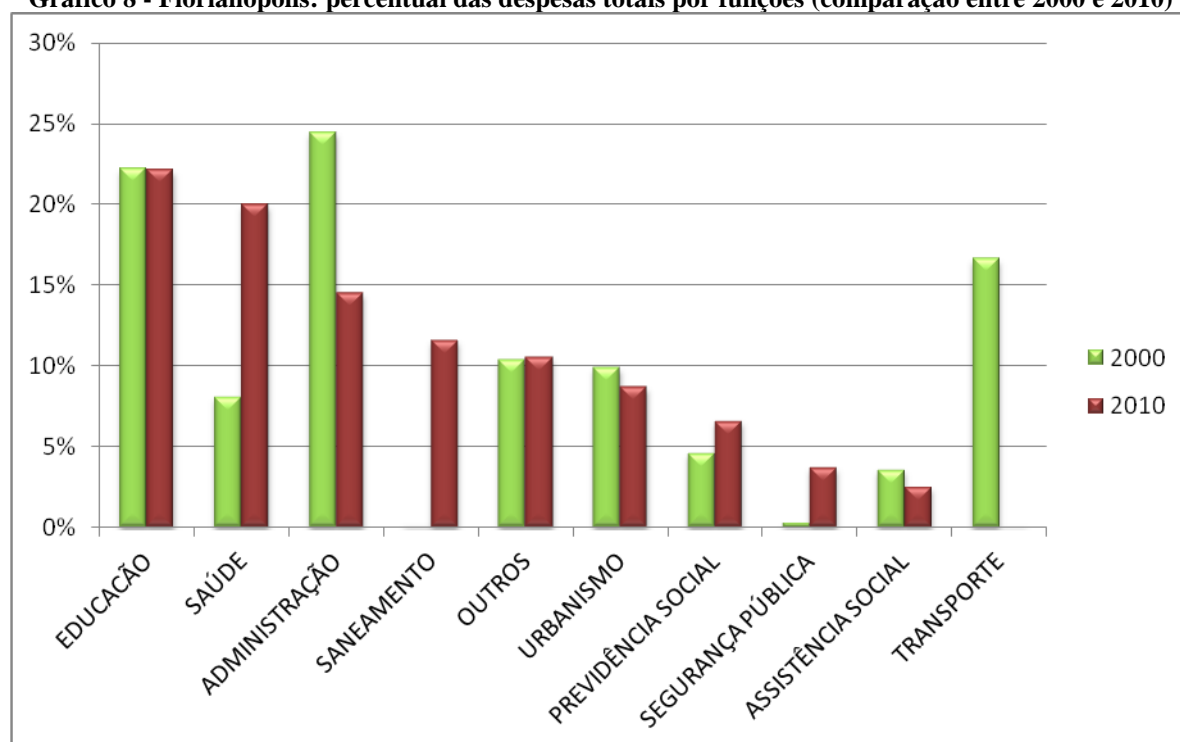
Tabela 12 – Município de Florianópolis: percentual das despesas por funções

| ÁREA               | 2000                |                   | 2010                |                   |
|--------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
|                    | % RECURSOS PRÓPRIOS | % RECURSOS TOTAIS | % RECURSOS PRÓPRIOS | % RECURSOS TOTAIS |
| Educação           | 23%                 | 22%               | 20%                 | 22%               |
| Saúde              | 6%                  | 8%                | 19%                 | 20%               |
| Administração      | 31%                 | 24%               | 18%                 | 14%               |
| Saneamento         | 0%                  | 0%                | 15%                 | 12%               |
| Outros*            | 13%                 | 10%               | 15%                 | 10%               |
| Urbanismo          | 13%                 | 10%               | 8%                  | 9%                |
| Previdência Social | 6%                  | 5%                | 2%                  | 7%                |
| Segurança Pública  | 0%                  | 0%                | 1%                  | 4%                |
| Assistência Social | 3%                  | 4%                | 3%                  | 2%                |
| Transporte         | 5%                  | 17%               | 0%                  | 0%                |
| <b>TOTAL</b>       | <b>100,00%</b>      | <b>100,00%</b>    | <b>100,00%</b>      | <b>100,00%</b>    |

\* Outros: engloba Habitação, Cultura, Gestão Ambiental, Comércio e Serviços, Trabalho, etc.

Elaborado a partir de relatórios retirados do Sistema de Informações *Betha Sapo*

Gráfico 8 - Florianópolis: percentual das despesas totais por funções (comparação entre 2000 e 2010)



Fonte: Tabela 12

Os dados demonstram que o aumento de recursos destinados à área da Saúde realmente causaram *trade-off* a outros campos de atuação do município de Florianópolis. No entanto, entre as áreas que influenciam diretamente o estado de saúde da população (BRASIL, 1990a), somente Transporte registrou queda acentuada nos percentuais de aplicação. O decréscimo no percentual das despesas destinadas à Administração pode refletir otimização

dos recursos utilizados nas “atividades meio”, uma vez que o percentual era significativamente elevado no ano de 2000, correspondendo a praticamente  $\frac{1}{4}$  das despesas totais do município.

Diante do exposto, pode-se inferir que a municipalização dos serviços de saúde não trouxe desinvestimentos a outras áreas diretamente relacionadas ao setor, com exceção do campo de Transporte.

### ➤ INVESTIMENTOS x GASTOS CORRENTES

A municipalização dos serviços de saúde impõe, às Secretarias Municipais de Saúde, investimentos destinados à ampliação de suas ações, responsabilidades e serviços (MEDICI, 1994).

As despesas de capital devem, no entanto, ser cuidadosamente avaliadas, pois implicam ônus futuros advindos da necessidade de expansão das despesas correntes (SILVA, 2001). No gráfico 3 (p. 45), Silva (2001) demonstra a importância de se acompanhar a relação entre investimentos, gastos de custeio e receitas totais, de forma a evitar que as taxas de despesas correntes cresçam a ritmos superiores às taxas de crescimento dos recursos totais.

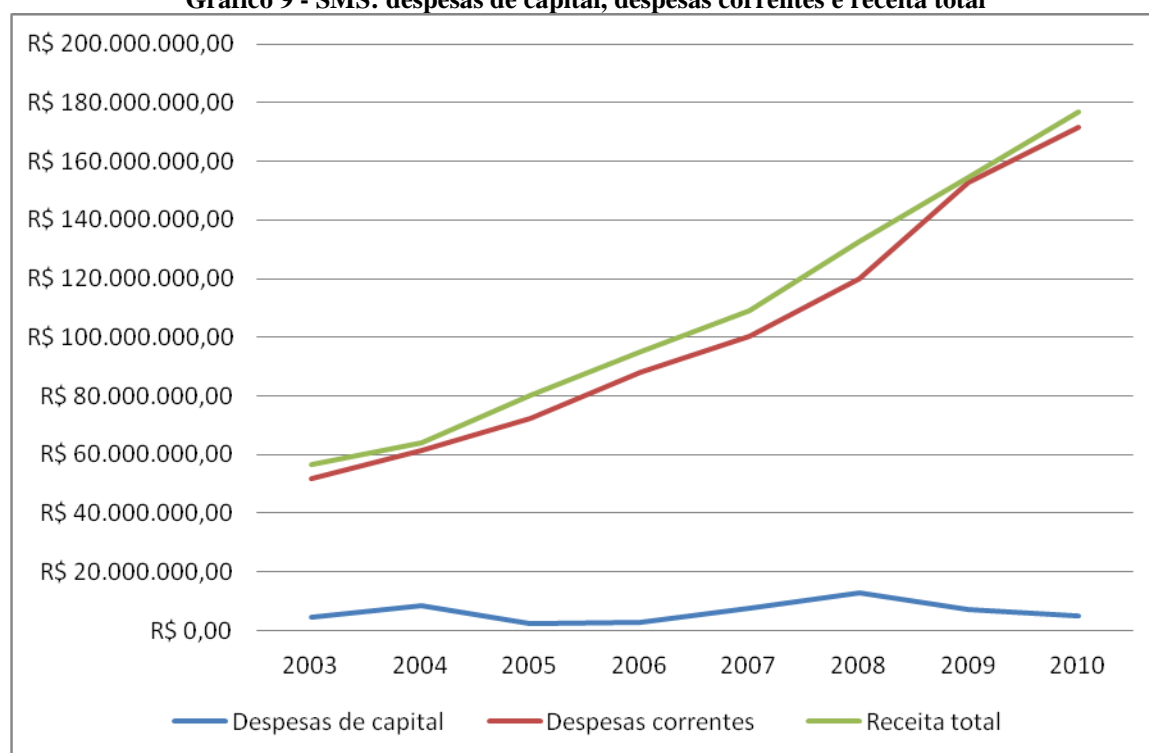
No processo de municipalização dos serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis apresenta, anualmente, investimentos destinados à ampliação de suas ações e serviços. Tais despesas de capital vêm sendo acompanhadas por uma tendência crescente dos valores destinados a custeio. No entanto, as despesas correntes apresentam taxas de crescimento semelhantes às taxas de elevação da receita total (ver tabela 13 e gráfico 9, a seguir).

**Tabela 13 - SMS: despesas de capital, despesas correntes e receita total**

| <b>Ano</b> | <b>Despesas de capital</b> | <b>Despesas correntes</b> |                                      | <b>Receita total</b> |                                      |
|------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
|            | Valores em R\$*            | Valores em R\$*           | Taxa de crescimento (ano base: 2003) | Valores em R\$*      | Taxa de crescimento (ano base: 2003) |
| 2003       | 4.590.811,78               | 51.825.781,27             | 0,00%                                | 56.483.416,30        | 0,00%                                |
| 2004       | 8.631.436,54               | 61.568.473,86             | 18,80%                               | 63.856.806,40        | 13,05%                               |
| 2005       | 2.540.458,73               | 72.382.203,96             | 39,66%                               | 80.048.252,43        | 41,72%                               |
| 2006       | 2.981.494,08               | 87.927.278,43             | 69,66%                               | 95.233.270,43        | 68,60%                               |
| 2007       | 7.417.603,09               | 100.363.756,74            | 93,66%                               | 108.931.421,93       | 92,86%                               |
| 2008       | 12.759.658,30              | 120.128.952,15            | 131,79%                              | 132.925.794,01       | 135,34%                              |
| 2009       | 7.059.674,45               | 152.945.686,66            | 195,12%                              | 154.724.502,28       | 173,93%                              |
| 2010       | 5.134.034,40               | 171.833.633,44            | 231,56%                              | 176.959.059,05       | 213,29%                              |

\* Corrigidos, pelo IPCA, a dezembro de 2010.

Elaborado a partir de relatórios retirados do Sistema de Informações *Betha Sapo*

**Gráfico 9 - SMS: despesas de capital, despesas correntes e receita total**

Fonte: Tabela 13

Apesar de crescer a taxas semelhantes à ascensão das despesas correntes, a linha de receitas totais está muito próxima à que se refere aos gastos de custeio (tabela 13 e gráfico 9). Como consequência, a relação entre despesa total e receita total é significativamente próxima (ver tabela 14 e gráfico 10), o que importa vulnerabilidade ao equilíbrio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Quaisquer variáveis externas, de caráter incontrolável, que imponham necessidades de ampliação das despesas – a exemplo de surtos

epidêmicos – ou retração da receita – a exemplo de crises fiscais – resultam em *déficits* à instituição.

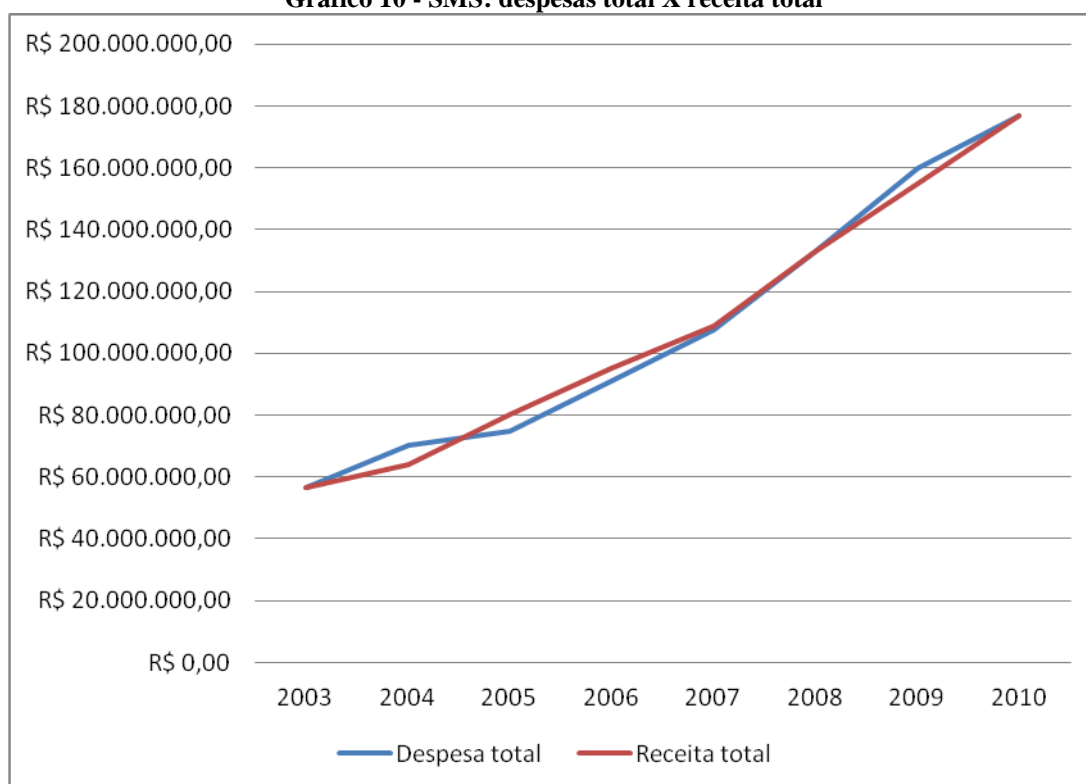
**Tabela 14 - SMS: despesas total X receita total**

|            | <b>Despesa total</b> | <b>Receita total</b> | <b>Diferença</b>     |
|------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Ano</b> | Valores em R\$*      | Valores em R\$*      | Valores em R\$*      |
| 2003       | 56.416.593,05        | 56.483.416,30        | 66.823,25            |
| 2004       | 70.199.910,41        | 63.856.806,40        | <b>-6.343.104,00</b> |
| 2005       | 74.922.662,68        | 80.048.252,43        | 5.125.589,75         |
| 2006       | 90.908.772,52        | 95.233.270,43        | 4.324.497,91         |
| 2007       | 107.781.359,83       | 108.931.421,93       | 1.150.062,10         |
| 2008       | 132.888.610,45       | 132.925.794,01       | 37.183,56            |
| 2009       | 160.005.361,11       | 154.724.502,28       | <b>-5.280.858,83</b> |
| 2010       | 176.967.667,84       | 176.959.059,05       | <b>-8.608,79</b>     |

\* Corrigidos, pelo IPCA, a dezembro de 2010.

Elaborado a partir de relatórios retirados do Sistema de Informações *Betha Sapo*

**Gráfico 10 - SMS: despesas total X receita total**



Fonte: Tabela 14

A tabela 14 e o gráfico 10 mostram que, entre 2003 e 2010, houve registro de *déficit* nos anos de 2004, 2009 e 2010. Observação *in loco* demonstrou que o déficit de 2009 e 2010 foi impulsionado pela queda da arrecadação, decorrente da crise de 2008.

Apesar de as despesas correntes não apresentarem taxas de crescimento superiores às taxas de elevação da receita total, não é possível afirmar que há sustentabilidade na relação despesas X receitas. Pelo exposto, pode-se verificar que a significativa proximidade entre as linhas de despesa e receita total tornam o equilíbrio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde vulnerável a contingentes externos.

### ➤ RECURSOS VINCULADOS x RECURSOS PRÓPRIOS

Em grande parte dos municípios brasileiros a saúde pública é financiada, prioritariamente, por meio de recursos advindos do governo federal, o que torna as políticas de saúde dos governos locais fortemente dependentes das transferências ministeriais (ARRETCHE & MARQUES, 2007).

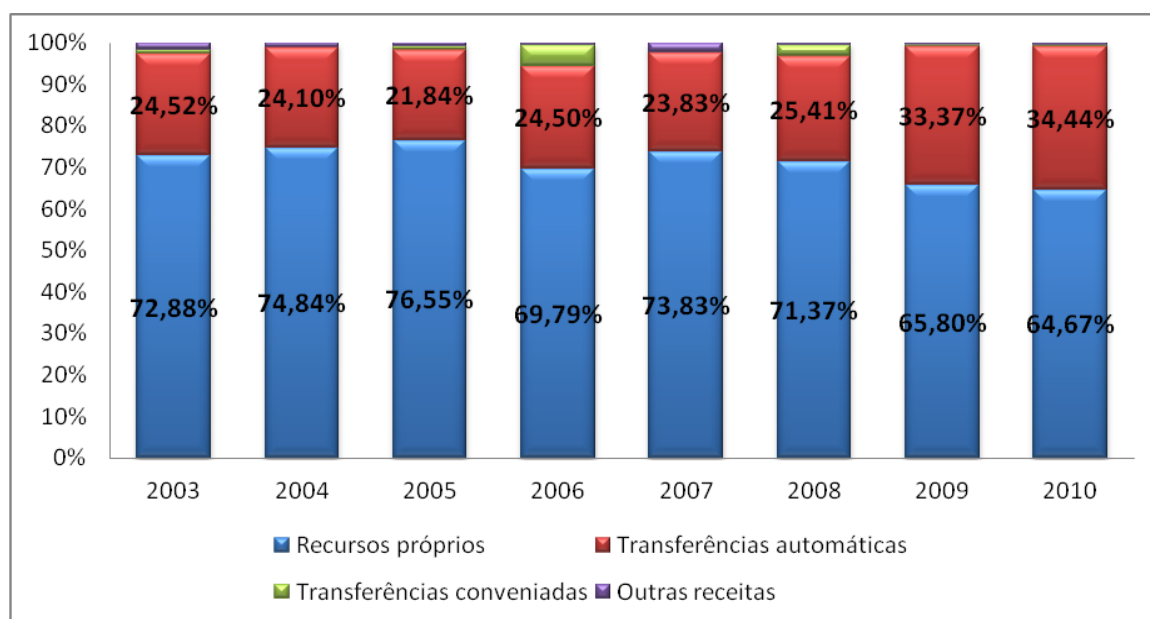
O caso de Florianópolis demonstra, entretanto, comportamento distinto à predominância indicada pela literatura (ver tabela 15 e gráfico 11). No município, a saúde é financiada, prioritariamente, por recursos próprios. Tal fato confere maior autonomia ao gestor da saúde local, possibilitando alocações financeiras conforme as necessidades sanitárias específicas do município sob estudo (MEDICI, 1994). Considerando que mais de 60% dos recursos da saúde de Florianópolis são advindos de fonte própria, o nível dos serviços de saúde prestados não fica tão sujeito às decisões políticas e financeiras dos governos federal e estadual (MEDICI, 1994).

**Tabela 15 – SMS: participação percentual das fontes de financiamento**

| Ano  | Recursos vinculados |                            |                            |                 | Total   |
|------|---------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------|---------|
|      | Recursos próprios   | Transferências automáticas | Transferências conveniadas | Outras receitas |         |
| 2003 | 72,88%              | 24,52%                     | 0,95%                      | 1,65%           | 100,00% |
| 2004 | 74,84%              | 24,10%                     | 0,00%                      | 1,06%           | 100,00% |
| 2005 | 76,55%              | 21,84%                     | 0,74%                      | 0,87%           | 100,00% |
| 2006 | 69,79%              | 24,50%                     | 5,14%                      | 0,57%           | 100,00% |
| 2007 | 73,83%              | 23,83%                     | 0,10%                      | 2,24%           | 100,00% |
| 2008 | 71,37%              | 25,41%                     | 2,63%                      | 0,59%           | 100,00% |
| 2009 | 65,80%              | 33,37%                     | 0,37%                      | 0,46%           | 100,00% |
| 2010 | 64,67%              | 34,44%                     | 0,32%                      | 0,57%           | 100,00% |

Elaborado a partir de relatórios retirados do Sistema de Informação *Betha Sapo*

Gráfico 11 - SMS: participação percentual das fontes de financiamento



Fonte: Tabela 15

A predominância do financiamento da saúde por meio de recursos próprios deve respeitar, no entanto, um limite, de forma a não afetar a sustentabilidade financeira da Prefeitura e não causar *trade-off* a outras áreas de interesse social (SCATENA, VIANA & TANAKA, 2009).

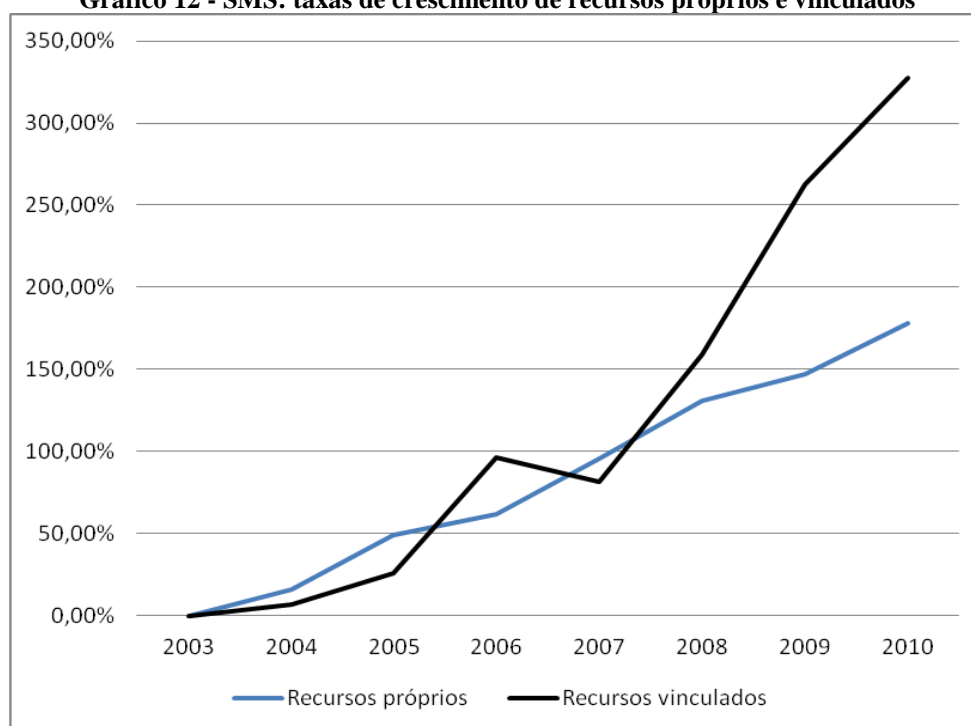
No caso de Florianópolis pode-se perceber que esse limite começa a ser imposto pelos gestores. Os dados da tabela 16 e do gráfico 12, a seguir, transparecem que os recursos vinculados apresentam taxas superiores de crescimento do que as taxas relativas ao aumento dos recursos próprios.

Tabela 16 - SMS: taxas de crescimento de recursos próprios e vinculados

| Ano  | Recursos próprios |                                      | Recursos vinculados |                                      |
|------|-------------------|--------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|
|      | Valores em R\$*   | Taxa de crescimento (ano base: 2003) | Valores em R\$*     | Taxa de crescimento (ano base: 2003) |
| 2003 | 41.163.610,10     | 0,00%                                | 14.389.332,78       | 0,00%                                |
| 2004 | 47.789.757,06     | 16,10%                               | 15.390.649,51       | 6,96%                                |
| 2005 | 61.277.300,00     | 48,86%                               | 18.072.018,37       | 25,59%                               |
| 2006 | 66.465.295,04     | 61,47%                               | 28.224.983,41       | 96,15%                               |
| 2007 | 80.427.674,87     | 95,39%                               | 26.066.814,97       | 81,15%                               |
| 2008 | 94.866.784,53     | 130,46%                              | 37.268.779,92       | 159,00%                              |
| 2009 | 101.810.511,98    | 147,33%                              | 52.207.846,32       | 262,82%                              |
| 2010 | 114.433.674,18    | 178,00%                              | 61.515.283,86       | 327,51%                              |

\* Corrigidos, pelo IPCA, a dezembro de 2010.

Elaborado a partir de relatórios retirados do Sistema de Informação *Betha Sapo*

**Gráfico 12 - SMS: taxas de crescimento de recursos próprios e vinculados**

Fonte: Tabela 16

Quanto às fontes vinculadas, vale destacar a baixa participação relativa dos recursos conveniados dentre as receitas que financiam a saúde municipal de Florianópolis (ver tabela 15 e gráfico 11, anteriormente expostos). Tal característica confere maior sustentabilidade financeira à Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que não sujeita o nível de serviços à instabilidade de políticas clientelistas (MEDICI, 1994).

Diante das informações elencadas, pode-se inferir que o atual comportamento dos recursos próprios e dos recursos vinculados não constitui fragilidade à sustentabilidade financeira da SMS e da PMF. Todavia, para garantir continuidade a essa situação, a saúde municipal deve respeitar os limites de aportes de recursos próprios, buscando elevar o total de recursos vinculados; sem, no entanto, permitir que a saúde de Florianópolis torne-se dependente dos repasses ministeriais ou estaduais.

Por meio das informações e análises que compõem o presente capítulo, pode-se verificar que o município de Florianópolis encontra, no processo de descentralização dos serviços de saúde, desafios que precisam ser discutidos e solucionados, sob o objetivo de implementar sustentabilidade financeira no processo de municipalização da saúde aderido por Florianópolis.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de caso demonstrou que o processo de municipalização da saúde, aderido por Florianópolis, apresenta desafios à sustentabilidade financeira não só da Secretaria Municipal de Saúde, mas também da Prefeitura Municipal de Florianópolis, como um todo.

No presente capítulo são retomados os principais resultados obtidos no estudo de caso e apresentadas propostas de ações que possibilitem maior sustentabilidade financeira ao processo de descentralização aderido por Florianópolis. A resposta ao problema de pesquisa proposto é sistematizada, portanto, nestas considerações finais.

### 5.1 CONCLUSÕES

Ao caracterizar a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, pôde-se verificar a elevada importância dada pela instituição aos princípios do Sistema Único de Saúde, cuja consolidação é expressa como um valor organizacional, previsto no Plano Municipal de Saúde.

O processo de municipalização dos serviços de saúde demonstra que o princípio de descentralização ganhou especial força, na Secretaria Municipal de Saúde, a partir do ano de 2007, com a assinatura do Pacto pela Saúde. O fato de ter assumido a média e alta complexidades somente após a instituição do Pacto possibilitou que o processo ocorresse de forma gradual e equilibrada, conforme a capacidade técnica e financeira da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Dados a respeito do financiamento da saúde municipal demonstram, no entanto, que, mesmo assumindo a atenção secundária e terciária de forma gradativa, o processo de municipalização aderido por Florianópolis apresenta desafios à sustentabilidade financeira da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura, como um todo. Dentre os vários desafios apresentados no capítulo 4, considera-se essencial destacar os seguintes:

- Os recursos repassados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, para o financiamento das ações de média e alta complexidades, não acompanharam o crescimento das despesas totais decorrentes da municipalização; o que impôs à Prefeitura aportes crescentes de recursos próprios; superando, significativamente, o mínimo de 15% instituído pela EC nº. 29.
- O fato de a saúde do município de Florianópolis ser financiada, principalmente, por recursos próprios confere maior autonomia, ao gestor municipal, para destinações



financeiras conforme as necessidades sanitárias específicas locais. Entretanto, as aplicações de recursos próprios em saúde devem respeitar um limite, de forma a manter a sustentabilidade financeira da Prefeitura e não causar *trade-off* em outras áreas de interesse social. No caso de Florianópolis, dados do ano de 2010 demonstraram que esse limite não vem sendo estabelecido ou bem determinado pela Prefeitura, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde. Comparando o ano de 2010 ao exercício de 2000, percebe-se crescimento significativo dos percentuais destinados às áreas de saúde e saneamento e desinvestimento no setor de transportes.

- No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, as despesas com pessoal apresentaram crescimento significativo a partir da assinatura do Pacto pela Saúde. Desde 2007, a instituição vem destinando mais de 54,00% de sua receita corrente líquida a despesas de pessoal. Ao ultrapassar o percentual, a Secretaria não infringe a Lei de Responsabilidade Fiscal, mas impõe contingenciamento às despesas com pessoal das demais Secretarias e órgãos que compõem a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), podendo interferir no nível de serviço das demais áreas de atuação da PMF.
- Há considerável proximidade entre os montantes de despesas e receitas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Isso torna o equilíbrio financeiro da instituição vulnerável a contingentes externos. A exemplo, pode-se citar os anos de 2009 e 2010, em que houve registro de déficit consecutivo em função da crise de 2008.

Os desafios à sustentabilidade financeira da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura, no processo de municipalização dos serviços de média e alta complexidades, apontam para a necessidade de se desenvolver propostas voltadas a uma política de descentralização que considere a importância do equilíbrio financeiro do município.

## 5.2 RECOMENDAÇÕES

“Como a sustentabilidade financeira pode ser implementada no processo de descentralização da saúde aderido por Florianópolis?”.

As propostas de ações que possibilitem maior sustentabilidade financeira ao processo de municipalização da saúde, aderido pelo município sob estudo, não se limitam à gestão local do Sistema Único de Saúde. Tendo em vista que os desafios abarcam, também, a gestão da Prefeitura Municipal de Florianópolis e as instâncias federativas superiores, com destaque à esfera federal, o presente trabalho apresenta recomendações à gestão da Secretaria, à gestão do município e à gestão federal.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, propõe-se a utilização de conceitos e técnicas de racionalização dos gastos, construídas pela disciplina de economia da saúde. Considerando a importância dos gastos com pessoal e as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal em relação ao tema, os mecanismos de racionalização devem ser focados às despesas com recursos humanos.

Outra recomendação essencial, no âmbito da Secretaria, refere-se à ponderação entre aumento de custos advindos da assunção de novas responsabilidades e o aumento de repasses automáticos por parte dos governos federal e estadual. Antes de qualquer pactuação, é essencial fazer tal análise, considerando no cálculo dos custos, não apenas despesas para o financiamento de atividades-fim, mas também dispêndios relacionados ao custeio de atividades-meio.

No âmbito da Prefeitura Municipal de Florianópolis, propõe-se esforços no sentido de aumentar a arrecadação municipal e, por conseguinte, as aplicações próprias em saúde. Para tanto, é necessário adotar uma política de combate à sonegação fiscal e revisar, periodicamente, as bases de cálculo dos impostos municipais.

No âmbito federal, destaca-se a importância de revisão/correção dos valores constantes nas tabelas de repasse, bem como a criação de transferências para o custeio de atividades-meio cujo valor tenha sido incrementado, na esfera municipal, em função da descentralização.

Por fim, vale destacar que é essencial deflagrar uma reforma na política fiscal, que busque a descentralização dos recursos aos níveis estaduais e, principalmente, aos níveis municipais. A concentração da arrecadação no nível federal constitui um dos principais impasses à sustentabilidade financeira no processo de municipalização dos serviços públicos de saúde.

Considerando que a responsabilidade pela saúde pública, no Brasil, é compartilhada entre União, estados e municípios, os desafios à sustentabilidade financeira no processo de municipalização do SUS e as propostas de melhorias devem constituir pauta de discussão entre as três esferas de governo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Mário de Souza. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva**. Florianópolis, 2011. Trabalho não publicado.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Sistema de Salud de Brasil: normas, gestión e financiamiento**. São Paulo: Hucitec, Sobral: UVA, 2002.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2007.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Calculadora do cidadão**. Disponível em: <<https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAO/publico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>>. Acesso em: 06 nov. 2011.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, mar. 2004. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742004000100003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 set. 2011.

BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro. Descentralização: o desafio da regionalização. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 41, p.159-163, out-dez, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº. 29, de 14 de fevereiro de 2000a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em 28 set. 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em 28 set. 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº. 101, de 04 de maio de 2000b. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: 03 out. 2011.

BRASIL, Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 19 out. 2011.

BRASIL, Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. 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 dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 28 out. 2011.

FACHIN, Odila. **Fundamentos de Metodologia**. 5. Ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-144, jan./fev. 2001. Disponível em:

<<http://danielpinheiro.wikispaces.com/file/view/Texto+Aula+5+-+FICHAMENTO+-+Parcerias,+novos+arranjos+institucionais+e+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas+no+n%C3%ADvel+local+de+governo+-+Farah.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2011.

FELIPE, Saraiva. Apresentação. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FONSECA, Poty Colaço; FERREIRA, Marco Aurélio Marques. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, jun. 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 nov. 2011.

GERSCHMAN, Silvia. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.4, p. 147-170, jul./ago. 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KOHAMA, Heilio. **Contabilidade pública: teoria e pratica**. 11. ed São Paulo: Atlas, 2010.

MEDICI, Andre Cezar. Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Publica. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Publica, 1994. 216p. (AdSAUDE. Serie Tematica; 3).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **População Residente - Santa Catarina**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsc.def>>. Acesso em: 03 nov. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário temático: economia da saúde**. 2a ed. Brasília: Editora MS, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: <<http://saude.teresina.pi.gov.br/legislacao/NOAS-01-2001.htm>>. Acesso em: 29 out. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 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. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 07 nov. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: 29 out. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 26 set. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em:

<[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545\\_20\\_05\\_1993.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837\\_23\\_04\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html)>. Acesso em: 07 nov. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a NOB 01/96. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: 29 out. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS**. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1671](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1671)>. Acesso em: 20 out. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre o SUS**. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/default.cfm>>. Acesso em: 10 out. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS: a saúde no Brasil**. Disponível em:

<<http://www.ccs.saude.gov.br/SUS20Anos/mostra/index.html>>. Acesso em: 10 out. 2011.

PAIVA, Ely Laureano; CARVALHO, José Mario de; FENSTERSEIFER, Jaime Evaldo. **Estratégia de produção e de operações**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

QUINELLATO, Luciano Vasconcellos. **A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista**. 2009. 72 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Master In International Management, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/4213?show=full>>. Acesso em: 31 out. 2011.

RIANI, Flavio. **Economia do setor público: uma abordagem introdutória**. 5.ed São Paulo: LTC, 2009.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo; BECKER, Grace Vieira; MELLO, Maria Ivone de. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SCATENA, João Henrique Gurtler; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>>. Acesso em: 29 out. 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2011-2014**. Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/12\\_01\\_2011\\_11.44.22.07483ccfcc909fbe418d1f33fd1cb7a2.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/12_01_2011_11.44.22.07483ccfcc909fbe418d1f33fd1cb7a2.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Portaria nº. 293/2009, de 14 de setembro de 2009. Institui Comissões Técnicas Permanentes de Padronização, Especificação, Programação, Análise Técnica, Aquisição e Controle de Qualidade dos insumos utilizados no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/15\\_12\\_2010\\_16.33.52.54c16f6b491366a352c2f6e7c15b124d.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/15_12_2010_16.33.52.54c16f6b491366a352c2f6e7c15b124d.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2011.

SILVA, Fernando Antonio Rezende da. **Finanças públicas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

SIMÃO, Angelo Guimarães *et al.* Indicadores, políticas públicas e a sustentabilidade. In: SILVA, Christian Luiz da; SOUZA-LIMA, José Edmilson de (orgs.). **Políticas públicas e indicadores para o desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Saraiva, 2010.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 out. 2011.

VARELA, Patrícia Siqueira. **Financiamento e controladoria dos municípios paulistas no setor saúde: uma avaliação de eficiência**. 2008. 211 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-19012009-113206/pt-br.php>>. Acesso em: 23 set. 2011.

YIN, Robert K.. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE 1

**Roteiro das entrevistas semi-estruturadas realizadas com Diretores e Gerentes da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, que atuam em áreas diretamente relacionadas ao processo de descentralização da saúde aderido pelo Município.**

- Duração média: 40 (quarenta) minutos.
  - Perguntas selecionadas conforme a Diretoria específica em que atua o profissional.
  - Nas respostas, quaisquer comentários que envolvessem juízo de valor foram negligenciados na pesquisa. O roteiro buscou um relato imparcial do processo de municipalização da saúde no contexto específico de Florianópolis. No início de cada entrevista, tal intenção foi explicitada.
1. Quando foi iniciado o processo de municipalização dos serviços de saúde em Florianópolis?
  2. O que motivou à Secretaria Municipal de Saúde o início do processo de municipalização?
  3. Cronologicamente, quais foram as etapas já cumpridas, até o momento, pelo processo de municipalização da saúde em Florianópolis?
  4. Qual é o cronograma futuro da Secretaria Municipal de Saúde em relação ao tema?
  5. Como ocorre o financiamento das competências transferidas do nível estadual/federal ao Município de Florianópolis?
  6. Com a municipalização dos serviços, foram/são repassados pelo nível estadual e/ou federal todos os recursos necessários à prestação no âmbito municipal?
  7. O governo estadual e o governo federal pré-determinam as rubricas onde devem ser gastos os recursos transferidos em função da municipalização?
  8. Qual é a relação média custos/repasses para as Unidades de baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade?
  9. Quais são as principais fontes de recursos que financiam as ações da Secretaria Municipal de Saúde?

**ANEXO 1: PARECER DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS PROJETOS  
DE PESQUISA EM SAÚDE - SMS**



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Integração Ensino Serviço

**COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS  
DE PESQUISA EM SAÚDE**

Ofício N° 15/2011

Florianópolis, 24 de outubro de 2011

Para: Prof. Dr. Alexandre Marino Costa  
De: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: "Sustentabilidade financeira no processo de municipalização da saúde: Estudo de caso na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis", enviado por V<sup>ra</sup> S<sup>ra</sup> a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC.

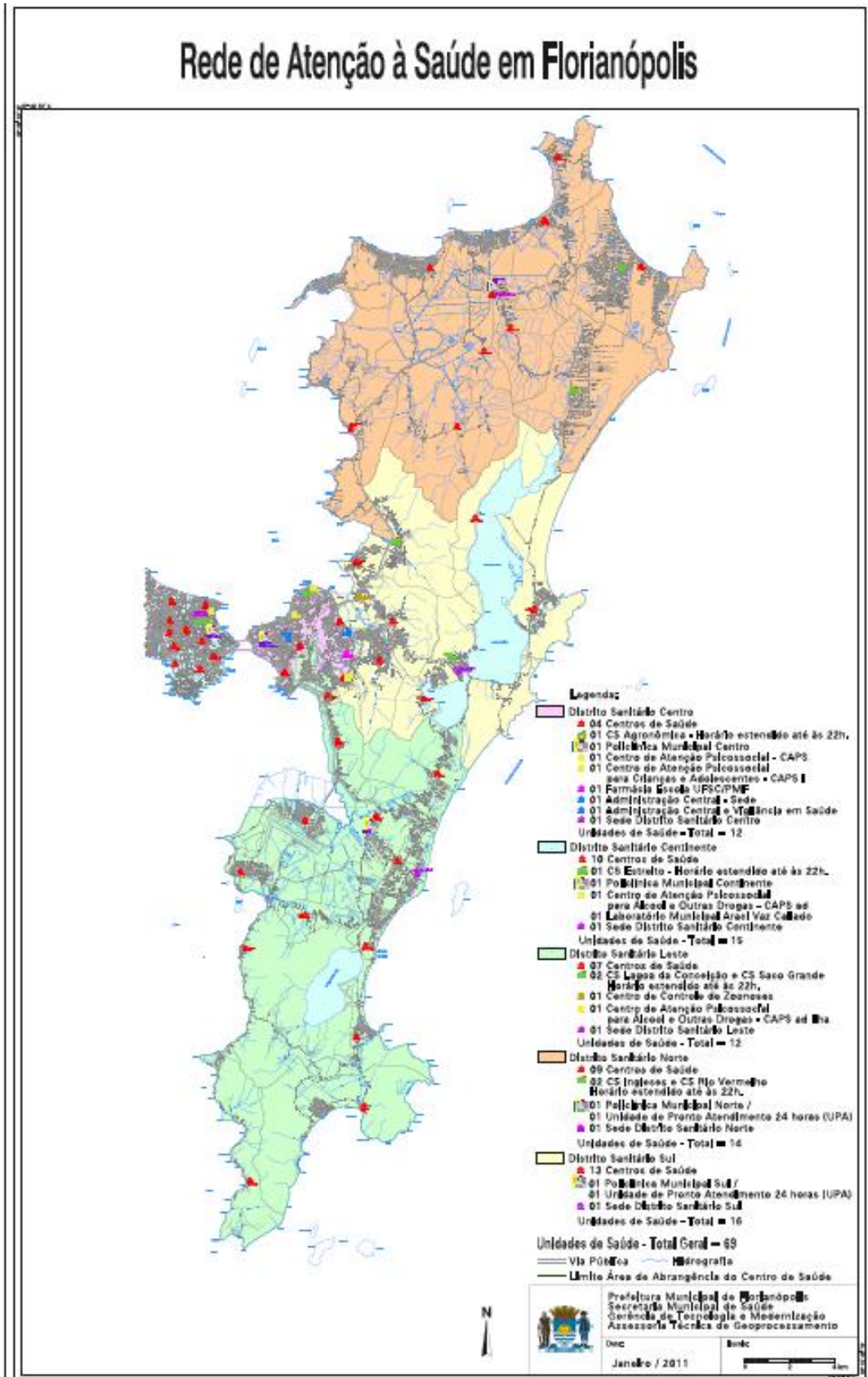
Certas de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 3239-1564.

Atenciosamente,

**Marynes Terezinha Reibnitz**  
Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde

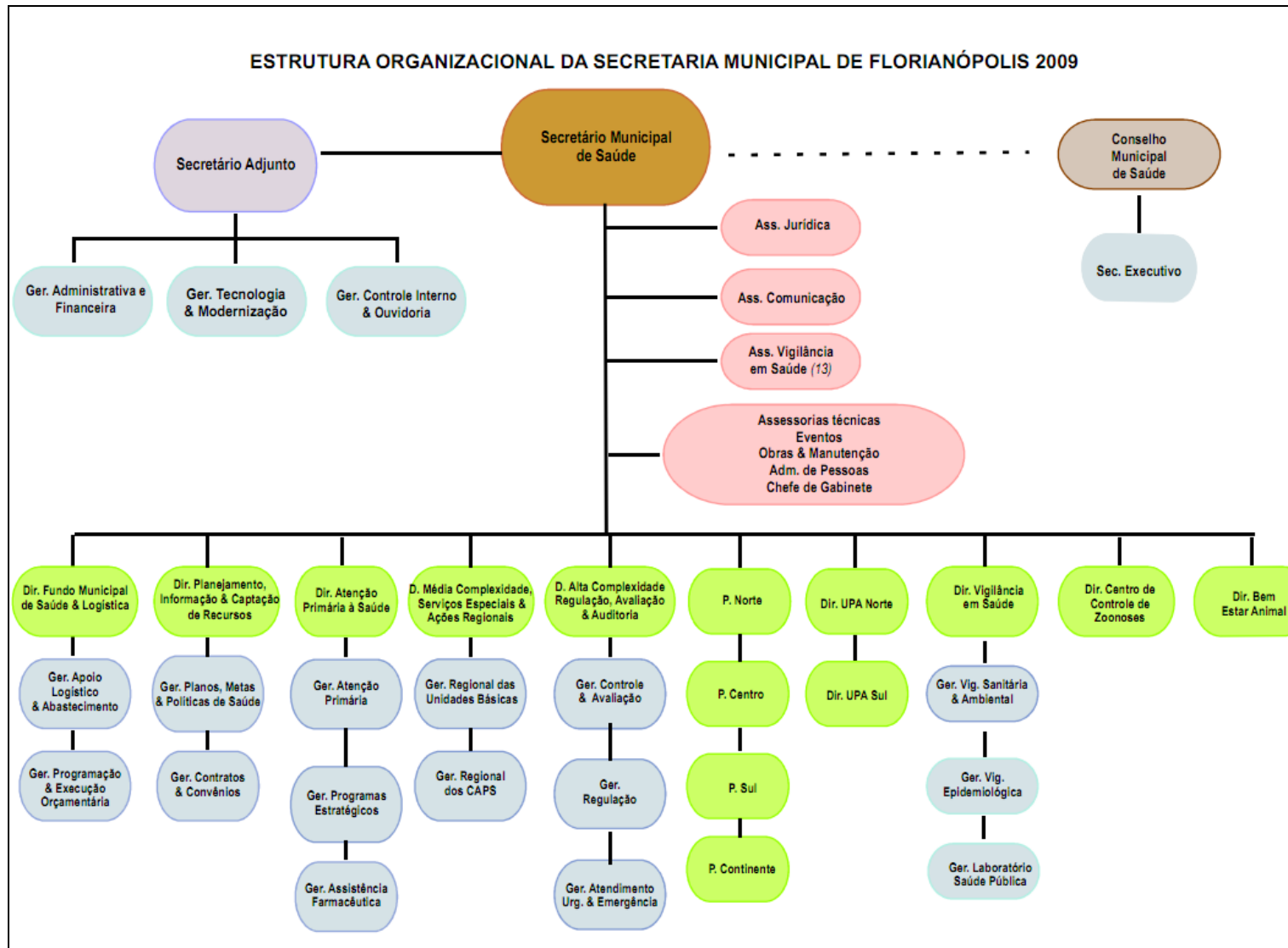


## ANEXO 2: REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS



Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>>. Acesso em: 29 out. 2011.

### ANEXO 3: ORGANOGRAMA DA SMS



Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>>. Acesso em: 29 out. 2011.