

Seção Temática:
Gestão e poder local

Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil

José Angelo Machado

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Ana Luíza dos Santos Guim

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Neste trabalho avaliamos em que medida desigualdades territoriais afetam capacidades e condições locais para provisão de serviços em uma política pública nacional com implementação descentralizada. Analisando a política de saúde brasileira, em que municípios respondem pela provisão dos serviços, sua estratégia metodológica foi direcionada para um estudo transversal dos orçamentos locais, na formação das receitas e despesas, considerando porte populacional e a inserção regional dos municípios. Ao final, a despeito do caráter equalizador das transferências condicionadas federais, identificamos assimetrias entre capacidades e condições locais que podem comprometer o acesso igualitário aos serviços de saúde, como definido na Constituição brasileira.

Palavras- chave: gestão de políticas públicas, política de saúde, gestão orçamentária, descentralização administrativa, desigualdade regional, administração municipal

La descentralización y la igualdad de acceso a los servicios de salud: el caso de Brasil

En este trabajo se evalúa en qué medida las desigualdades territoriales afectan a la capacidad y las condiciones locales para la prestación de servicios en una política pública nacional con la ejecución descentralizada. El análisis de la política de salud de Brasil, en el cual los municipios son responsables por la prestación de servicios, su estrategia metodológica fue dirigida a un estudio transversal de los presupuestos locales en la formación de los ingresos y gastos, teniendo en cuenta el tamaño de la población y ubicación regional de los municipios. Al final, a pesar del carácter equalizador de las transferencias condicionadas

[Artigo recebido em 8 de setembro de 2016. Aprovado em 22 de março de 2017.]

federales, identificamos las asimetrías entre la capacidad y las condiciones locales que pueden estar comprometiendo la igualdad de acceso a los servicios de salud, tal como se define en la Constitución brasileña.

Palabras clave: gestión de política pública, política de salud, gestión presupuestaria, descentralización administrativa, desigualdad regional, administración municipal

Decentralization and equality in access to health services: the case of Brazil

In this paper we evaluate to what extent territorial inequalities affect capacity and local conditions for provision of services in a national public policy with decentralized implementation. Analyzing the Brazilian health policy, in which municipalities are responsible for the provision of services, their methodological strategy was directed to a cross-sectional study of local budgets in the formation of revenues and expenses considering population size and regional location of municipalities. In the end, despite the equalizer character transfers conditional federal, we identify asymmetries between capacity and local conditions which may jeopardize the equal access to health services, defined in the Brazilian Constitution.

Keywords: management of public policies, health policy, budget management, administrative decentralization, regional inequality, municipal administration

Introdução

Neste trabalho¹ avaliamos em que medida desigualdades territoriais afetam capacidades e condições locais para provisão de serviços em uma política pública nacional com implementação descentralizada. Para tanto, analisando a política de saúde brasileira, em que municípios respondem pela provisão dos serviços, identificamos efeitos que o porte populacional e a inserção regional dos mesmos produzem na formação das receitas e despesas em orçamentos locais. Os componentes de receita e despesa analisados foram tomados, respectivamente, enquanto representantes das capacidades e condições locais para provisão dos serviços. Assumimos, como hipótese, que, mesmo com o efeito equalizador produzido pela legislação e normativas setoriais, e pelo sistema de transferências condicionadas, sob a coordenação da gestão nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), desigualdades territoriais têm afetado significativamente as capacidades e condições locais para provisão de serviços, reproduzindo assimetrias que podem comprometer o acesso igualitário aos serviços de saúde, tal como definido no artigo 196 da Constituição brasileira.

A estratégia metodológica foi a realização de estudo transversal dos orçamentos locais, considerando o impacto do porte populacional e inserção regional dos municípios na formação das receitas e despesas, a partir de um banco de dados com informações de todos os municípios brasileiros. A partir da seleção de elementos representativos das capacidades e condições locais para produção local dos serviços, utilizando estatística descritiva, foram calculadas as médias e desvios-padrão para diferentes subconjuntos de municípios analisados, sendo colhidas análises e interpretação de gestores do SUS vinculados aos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – acerca dos resultados obtidos, com objetivo de validar e refinar sua interpretação.

Ao final, resultados apontaram para importantes assimetrias territoriais entre capacidades fiscais locais e entre disponibilidades de fatores envolvidos na produção dos serviços, bem como identificaram a produção de ineficiências por perdas de economia de escala, agravando ainda mais as restrições à equalização das capacidades e condições para garantir o acesso igualitário aos serviços pelo sistema de saúde brasileiro.

¹ Elaborado a partir dos resultados da pesquisa “Direitos iguais, relações desiguais: transferências intergovernamentais e escolhas orçamentárias no setor saúde em municípios de pequeno porte”, financiada pela *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig)* e realizada no período 2013-2015. Este trabalho foi apresentado oralmente no 4º Congresso Internacional de Ciência Política promovido pela Associação Mexicana de Ciências Políticas, na cidade de Monterrey, em agosto de 2016.

O trabalho está organizado em três partes, fora esta introdução e a conclusão. Na primeira, nosso problema de pesquisa é situado na literatura que trata da implementação de políticas públicas em sistemas federativos, complementado pela apresentação do arranjo institucional descentralizado para a política de saúde no Brasil e pela apresentação da estratégia metodológica adotada. Na segunda, discutimos como desigualdades de porte populacional e inserção regional dos municípios afetam a formação das receitas em saúde e, na terceira, como afetam a formação das despesas. Por fim, analisamos, nas conclusões, implicações dos resultados encontrados para qualificar os limites da coordenação federativa na garantia da igualdade de acesso aos serviços de saúde.

Federalismo, descentralização e igualdade social

Uma das características mais importantes das federações seria gerar e manter, simultaneamente, unidade e diversidade: ao unir os diversos, constituídos como unidades políticas permanentes, a Federação negaria ao mesmo tempo a fragmentação ou desunião, por um lado, e a homogeneidade, por outro (ELAZAR, 1991). A possibilidade de autogoverno das unidades constituintes da Federação “*offer continued opportunities for diverse interests to find expression*” (ELAZAR, 1991, p. 73), reservando espaços institucionalizados para escolhas governamentais divergentes. É dessa última implicação que derivam as tensões entre federalismo e políticas sociais, uma vez que essas últimas supõem garantias igualitárias de tratamento do Estado a todos os cidadãos em dimensão nacional (OBINGER, 2005). Neste sentido, em tese pelo menos, seria cabível tomar o federalismo como um potencial obstáculo à igualdade social.

Para Greer (2009), não só federações, mas até mesmo estados unitários, poderiam obstruir a igualdade social ao restringir a estruturação do *Welfare State* nacional. Partindo da crítica à ambiguidade do conceito de descentralização, insuficiente para explicar tal fenômeno, considerou a diversidade das escolhas políticas das unidades subnacionais na dependência do comportamento de três variáveis: estruturação de pontos de veto para políticas nacionais no sistema político, nível de autonomia legal das unidades subnacionais e nível de constrangimento sobre o gasto dessas últimas. Seria possível, portanto, que federações não viessem obstruir o desenvolvimento do *Welfare State* diante de poucos pontos de veto às políticas nacionais e restrições à autonomia legal e à liberdade de gastos dos governos subnacionais.

De outrolado, parte da literatura focou na dicotomia centralização/descentralização, colocando em jogo, até mesmo, a pertinência da igualdade social em dimensão nacional. É nesse sentido que argumentos favoráveis à descentralização enfatizaram

vantagens como a maior adaptabilidade das decisões políticas às preferências dos cidadãos², maior nível de controle desses sobre os governos ou, ainda, maior possibilidade de explorar vantagens locais na composição de custos dos bens públicos (TIEBOUT, 1956; BUCHANAN, 1999). A descentralização se justificaria quanto mais heterogênea fosse a distribuição territorial de preferências, fazendo das “escolhas divergentes” de governos locais exatamente o seu ponto forte, incluindo aquelas referentes a políticas sociais. Já os argumentos críticos à descentralização enfatizam seu potencial para reprodução de desigualdades sociais ou econômicas, bem como outros efeitos negativos tais como o aumento dos níveis de corrupção, perdas de economia de escala ou vulnerabilidade a externalidades negativas das escolhas de determinadas jurisdições locais sobre outras³ (OATES, 1999; INMAN; RUBINFELD, 1999; TREISMAN, 2006). A centralização de determinadas funções se justificaria por favorecer políticas redistributivas pela maior eficiência com economias de escala ou por absorver externalidades negativas.

No bojo desse debate, uma distinção analítica requalificou o problema da compatibilidade entre igualdade social e descentralização. O desenho da descentralização poderia atribuir aos governos subnacionais o papel de implementadores das políticas públicas ou de *policy making*, o que não impediria que governos nacionais atuassem nos processos de *policy decision making* (ARRETCHÉ, 2012), formulando políticas nacionais que mitigassem o potencial de escolhas divergentes das unidades constituintes e promovessem a igualdade social.

O caráter uniforme das garantias sociais seria fortalecido se tais governos nacionais dispusessem, mais que de prerrogativas de formulação, de instrumentos para coerção legal ou incentivos financeiros que permitissem induzir as ações dos governos subnacionais. No caso brasileiro, a literatura política corrobora o sucesso da implementação descentralizada das políticas sociais sob coordenação federal (ARRETCHÉ, 1999, 2003; ABRUCIO, 2005; ALMEIDA, 2005, 2007), tendo as transferências condicionadas universais⁴ um papel decisivo na redução das desigualdades de base territorial:

² No caso do Federalismo Fiscal, a descentralização fiscal ofereceria mais oportunidades de maximização do bem-estar social, sob a premissa de que a proximidade física entre governantes e governados implica menores custos informacionais das demandas dos últimos para a conformação da oferta de bens públicos, mas também quanto à disposição de arcar com tributos que os financiariam (OATES, 1999).

³ Trata-se de casos em que decisões como ofertar ou não um bem público, ou mesmo conservar ou não um recurso natural de uso comum afetam não apenas a localidade em que foram tomadas, mas outras localidades próximas.

⁴ De acordo com Arretché (2010), são universais “no sentido de que todos os municípios que cumpram os requisitos estabelecidos... estão aptos a recebê-las”.

O papel redistributivo do governo federal parece ser uma condição para reduzir desigualdades inter-jurisdicionais de receita e, por consequência, a desigualdade de acesso dos cidadãos a serviços públicos no interior de um estado-nação. Na ausência das transferências, a capacidade dos municípios brasileiros para prover serviços públicos seria altamente desigual (ARRETCHÉ, 2010, p. 611).

A regulação federal da implementação local dessas políticas teria sido decisiva para explicar o padrão encontrado por Arretche nas escolhas orçamentárias dos municípios: “alta prioridade e baixa desigualdade nas políticas reguladas acompanhada de baixa prioridade e elevada desigualdade nas políticas não reguladas” (ARRETCHÉ, 2010, p. 611). Desse modo, políticas descentralizadas sob regulação federal teriam maior espaço para realizar ambições igualitárias no que se refere à provisão de bens e serviços sociais em extensão nacional.

Entretanto, a despeito do reconhecimento dos efeitos equalizadores da regulação federal, não estamos certos de que essa seja suficiente para assegurar o caráter igualitário do acesso a bens e serviços sociais. Neste sentido, tomamos para análise a política pública de saúde, um dos casos bem-sucedidos de descentralização sob a regulação federal e que combina: de um lado, garantias constitucionais e legais plenas de acesso universal, integral e igualitário aos serviços em todas as suas modalidades e, de outro, a atribuição legal aos municípios, enquanto entes federados, das competências para planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, gerindo e executando os serviços públicos de saúde, mesmo que sob a coordenação e cooperação dos níveis estadual e federal de governo. Vale notar que, no arranjo institucional descentralizado do setor, cabe à União a coordenação, normatização e definição de padrões nacionais de ação governamental e, aos estados, funções de coordenação e normatização complementar, além de acompanhamento, avaliação e controle das redes regionalizadas de atenção à saúde, prestando apoio técnico e financeiro aos municípios.

A operação da coordenação federativa no âmbito do SUS, especialmente pela via da indução financeira, pela via da adesão a programas federais, levou o alinhamento das ações municipais às iniciativas do Governo Federal (ARRETCHÉ, 2004; ABRUCIO, 2005). Além disso, as arenas de pactuação entre gestores dos diferentes níveis de governo – no plano nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e, no plano estadual, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) – e a edição de normas operacionais pelo Ministério da Saúde definiram parâmetros nacionais na gestão do sistema e operação dos serviços, difundindo práticas e homogeneizando o desenho das redes de atenção à saúde. Porém, conforme Arretche (2010), foi na composição das receitas e das despesas locais com saúde que a regulação federal atuou mais incisivamente para assegurar a uniformidade na provisão dos serviços aos cidadãos brasileiros no setor

de saúde. Apesar da concordância nesse ponto, na próxima seção levantamos a suspeita de que seu sucesso tenha sido parcial e insuficiente para a realização do acesso igualitário a esses serviços ao analisar esse aspecto mais de perto.

A formação dos orçamentos locais em saúde

Como resultante da regulação federal, as receitas municipais de saúde se constituem a partir de basicamente dois fluxos. O primeiro, formado pelas receitas extraídas dos tributos arrecadados pelo município, mais os recebidos mediante transferências intergovernamentais obrigatórias, por força constitucional ou legal⁵. O segundo, formado pelas transferências intergovernamentais condicionadas, executadas pelo Governo Federal e, em menor monta, pelos governos estaduais. Para recursos oriundos do primeiro fluxo, a execução das despesas foi disciplinada pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, que fixou a aplicação do mínimo de 15% das receitas próprias com saúde para os municípios, mas, também, especificou critérios para que uma despesa seja enquadrada como de saúde. Para os recursos oriundos do segundo, as regras definindo as condições para execução das despesas foram estabelecidas pelas normativas do Ministério da Saúde, sendo mais relevantes as Portarias Ministeriais nº 399/2006 e nº 204/2007, que regulamentaram as transferências federais por “blocos de financiamento”⁶.

O exame da formação das receitas sob os dois fluxos sugere efeitos distintos na distribuição de capacidades municipais para provisão de serviços de saúde. Sob o primeiro fluxo, tomando preliminarmente o porte populacional dos municípios, nota-se que naquelas faixas com até 50 mil habitantes as receitas oriundas de *arrecadação direta de tributos* não ultrapassam 10% das *receitas próprias*⁷ – que somam a essas as *transferências obrigatórias* – enquanto que nos municípios com mais de 400 mil habitantes ela ultrapassa os 34%, superando as transferências obrigatórias (Gráfico 1). Já considerando valores *per capita* das *receitas próprias* por faixas populacionais (Tabela 1), é perceptível sua hipertrofia nos chamados micromunicípios, ou seja, naqueles com até 5 mil habitantes e que dispunham, em 2010, do equivalente a R\$ 1.979,31 enquanto aqueles entre 5 e 10 mil habitantes

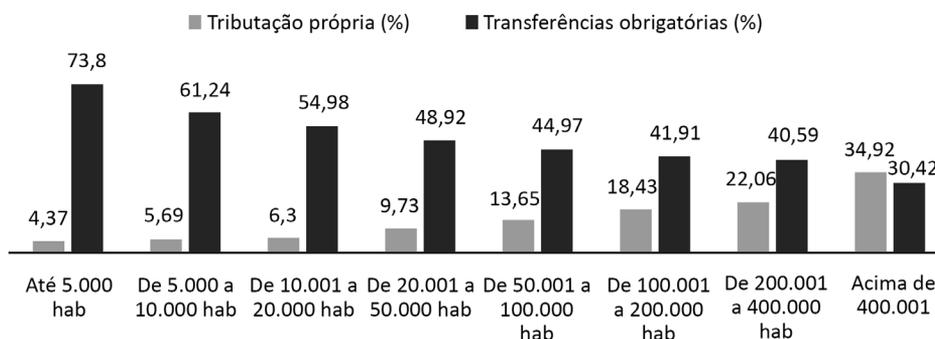
⁵ O Fundo de Participação dos Municípios (FPM) é a principal dessas modalidades obrigatórias no Brasil.

⁶ Os blocos de financiamento agrupam diversas modalidades de transferência conforme a finalidade específica a que se destinam na atenção à saúde e são, atualmente, seis blocos: atenção básica; média e alta complexidade; vigilância à saúde; assistência farmacêutica; gestão em saúde; e investimentos em saúde.

⁷ Além da arrecadação direta de tributos e transferências obrigatórias, as receitas próprias também podem advir de taxas municipais instituídas nos termos da Constituição, receitas patrimoniais ou receitas de serviços, entre outras fontes.

dispunham de apenas R\$ 1.133,64. Para as demais faixas populacionais, o valor se manteve abaixo dos R\$ 1.000,00, exceto para os com mais de 400 mil habitantes, para os quais se elevou a R\$ 1.191,65. E se agregamos a inserção regional dos municípios⁸ à análise por faixa populacional, é perceptível que, na média nacional e para todas as faixas populacionais, exceto naquela entre 200.001 e 400 mil habitantes, municípios das regiões Norte e Nordeste apresentam os menores valores *per capita*, revelando menor capacidade de gerar receitas próprias. O cruzamento das dimensões porte populacional e desenvolvimento socioeconômico expõe, ainda mais, as desigualdades quanto à disponibilidade de receitas próprias para a saúde: atendendo, hipoteticamente, ao mínimo de 15% estipulado constitucionalmente, por exemplo, municípios com até 5 mil habitantes da Região Sul destinariam R\$335,13 *per capita* em 2010, enquanto municípios do Nordeste entre 50 e 100 mil habitantes destinariam apenas R\$82,54.

Gráfico 1 – Proporção média da receita de arrecadação de tributos próprios e de transferências constitucionais e legais sobre a receita total arrecadada pelos municípios, em 2010, por porte populacional



Fonte: SIOPS (2017).

⁸ Consideramos que a inserção regional dos municípios oferece uma segunda dimensão territorial, dado que as macrorregiões, a despeito das próprias assimetrias e desigualdades internas, contrastam fortemente entre si sob vários aspectos. Quanto aos diferentes níveis de desenvolvimento, vale notar as discrepâncias entre o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* (em R\$) para 2013: Nordeste, 12.954,80; Norte, 17.213,30; Sul, 30.495,79; Centro Oeste, 32.322,31; e Sudeste, 34.789,78 (Fonte: IBGE, 2015). Em 2010, a renda média domiciliar *per capita* variou nas regiões brasileiras (em R\$), respectivamente, entre 458,63; 494,11; 919,90; 935,06; e 943,34 (Fonte: DATASUS, 2017). No caso da saúde, as discrepâncias são igualmente gritantes. Na mesma ordem, a proporção de médicos para cada mil habitantes variava em 2010 entre 1,09; 0,90; 2,06; 1,76 e 2,51 (Fonte: DATASUS, 2017). Já a mortalidade infantil variava, em 2010, entre 19,09; 20,97; 11,58; 15,93; e 13,43 (Fonte: DATASUS, 2017).

Tabela 1 – Receitas oriundas de tributação própria e transferências constitucionais *per capita* por faixa populacional e região em que se inserem municípios em 2010

Região	Até 5.000 hab	De 5.001 a 10.000 hab	De 10.001 a 20.000 hab	De 20.001 a 50.000 hab	De 50.001 a 100.000 hab	De 100.001 a 200.000 hab	De 200.001 a 400.000 hab	Acima de 400.001	Total
Norte	1.600,71	896,37	736,09	579,45	626,34	686,77	894,55	772,71	730,03
Nordeste	1.448,30	820,77	702,25	608,99	550,26	644,23	603,39	798,77	687,97
Sudeste	2.066,83	1.314,65	1.134,08	1.107,55	1.154,65	1.186,51	1.113,32	1.404,09	1.274,05
Sul	2.234,19	1.290,01	1.100,30	1.064,80	824,2	1.072,84	817,11	1.203,73	1.094,78
Centro-Oeste	2.142,85	1.371,52	1.128,88	994,29	938,00	846,19	661,53	940,33	1.029,32
Brasil	1.979,31	1.133,64	911,75	836,11	826,82	999,19	925,16	1.191,65	1.023,09

Fonte: SIOPS (2017) (acessível em <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>).

Sob o segundo fluxo, as transferências condicionais do SUS também apresentaram significativas variações entre valores *per capita* para distintas faixas populacionais de municípios, embora em sentido inverso: aqueles com até 50 mil habitantes não ultrapassam a média de R\$ 130,50 *per capita*, enquanto os vinculados às faixas populacionais superiores partem de R\$156,05 para chegar até R\$189,79 nos municípios com mais de 400 mil habitantes⁹ (Tabela 2). Agregando a dimensão da inserção regional dos municípios, é notável que o *per capita* SUS da Região Nordeste seja superado apenas pelo da Região Centro-Oeste e que, ao contrário das receitas próprias, o *per capita* da Região Sudeste se mantenha abaixo da média nacional e superado pelas demais regiões, à exceção da Norte, tendo ficado entre os mais baixos em quase todas as faixas populacionais (foi o mais baixo na faixa até 5 mil habitantes e na entre 100.001 e 200 mil). É perceptível, portanto, o caráter de recomposição das capacidades locais exercido pelas transferências do SUS para municípios de médio e grande porte e para aqueles inseridos em regiões menos aquinhoadas com receitas próprias, exceção feita à Região Norte.

⁹ Variação em certa medida já esperada, considerando o papel de “exportador” de serviços de referência regional, atendendo a cidadãos de municípios de maior porte.

Tabela 2 – Valor transferências *per capita* do SUS para municípios brasileiros, em 2010, por porte populacional, em R\$ *per capita*

Região	Até 5.000 hab	De 5.001 a 10.000 hab	De 10.001 a 20.000 hab	De 20.001 a 50.000 hab	De 50.001 a 100.000 hab	De 100.001 a 200.000 hab	De 200.001 a 400.000 hab	Acima de 400.001	Total
Norte	148,34	157,04	137,25	126,98	137,52	151,68	112,9	127,21	132,15
Nordeste	133,25	133,13	134,86	138,15	173,89	190,59	205,05	210,18	169,09
Sudeste	119,65	108,74	108,67	115,3	153,86	138,9	151,51	164,29	147,08
Sul	126,98	105,67	97,79	84,09	128,18	161,42	151,11	285,19	152,66
Centro-Oeste	154,96	145,61	153,96	173,33	180,53	207,14	193,12	307,71	210,23
Brasil	130,5	122,19	123,81	125,46	156,05	157,9	160,08	189,79	156,72

Fonte: SIOPS (2017), (acessível em <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/mlIndicadores.def>).

Considerando o caráter igualitário do direito à saúde no Brasil, poder-se-ia advogar no sentido da complementariedade entre ambos os fluxos, produzindo um equilíbrio entre capacidades locais. Porém, o exame de uma medida mais direta, a despesa municipal com saúde *per capita* (**Tabela 3**), permite notar que, ainda combinando os dois fluxos, são significativas as assimetrias entre municípios: os desequilíbrios entre gastos municipais *per capita* não desaparecem, tanto sob a análise por porte populacional quanto pela inserção regional, ou combinando ambas.

Quanto ao porte populacional, são os municípios de menor porte que despendem os maiores valores *per capita*, especialmente os com até 5 mil habitantes, havendo decréscimo desses valores até os municípios com 20 a 50 mil habitantes, cujo *per capita* é de apenas 60% dos primeiros, a partir de onde voltam a crescer, porém sem que os municípios com mais de 400 mil habitantes, com apenas R\$432,00, consigam alcançar os R\$519,62 despendidos pelos primeiros. Quanto ao desenvolvimento socioeconômico, municípios do Norte e Nordeste são os que apresentam a menor despesa *per capita*, a ponto de a mesma chegar a apenas 73% da despesa *per capita* no Sudeste, realidade que se verificou em quase todas as faixas populacionais, exceção feita àquela entre 200 e 400 mil habitantes.

Tabela 3 – Despesa *per capita* de municípios com saúde por porte populacional e região em 2010

Região	Até 5.000 hab	De 5.001 a 10.000 hab	De 10.001 a 20.000 hab	De 20.001 a 50.000 hab	De 50.001 a 100.000 hab	De 100.001 a 200.000 hab	De 200.001 a 400.000 hab	Acima de 400.001	Total
Norte	452,42	326,8	278,91	245,98	275,98	278,91	267,47	278,32	274,79
Nordeste	410,61	300,15	284,30	266,71	286,56	329,64	330,96	376,46	312,79
Sudeste	552,00	411,03	380,14	383,84	416,48	407,81	396,55	450,16	423,34
Sul	552,36	366,17	323,47	299,71	292,10	354,17	320,67	510,88	367,33
Centro-Oeste	562,41	422,73	395,41	382,70	366,83	386,74	329,78	515,07	425,86
Brasil	519,62	362,24	322,96	310,25	333,59	371,14	356,75	432,00	371,95

Fonte: SIOPS (2017), (acessível em <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/mlndicadores.def>).

Entretanto, vale notar que a formação das despesas, que refletem não apenas as capacidades locais acumuladas, mas, também, as condições locais dos mercados vinculados aos fatores que concorrem para a produção de serviços (de profissionais, passando por insumos, até chegar a equipamentos). Deste modo, maiores níveis de despesa municipal *per capita* não necessariamente traduzem maiores níveis qualitativos ou quantitativos de serviços de saúde. É notória, por exemplo, a escassez de profissionais especializados, notadamente de médicos¹⁰, em determinadas regiões do País (PÓVOA; ANDRADE, 2006; SILVA; SILVA, 2015), o que torna contratações mais caras, dada a baixa oferta desses no mercado de trabalho. Além disso, maiores níveis de despesa podem significar a absorção orçamentária das perdas de economia de escala, algo comum em serviços de saúde de complexidade assistencial, como os hospitalares, que geram elevados custos unitários em pequenas unidades produtivas¹¹. Desse modo, variações percebidas na despesa *per capita* entre municípios de diferente porte populacional e desenvolvimento socioeconômico podem apontar não apenas para assimetrias entre capacidades locais, mas, também, para a diversidade de condições enfrentadas pelos governos

¹⁰ Um indicativo da baixa cobertura de profissionais médicos em várias localidades é o fato de que 2.868 municípios solicitaram 13 mil médicos por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), do Ministério da Saúde, que destina bolsas e incentivos adicionais (10% de bônus em provas para residência médica) para médicos recém-formados atuarem em unidades básicas de saúde. Dos solicitantes, 1.565 municípios não foram contemplados (fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>).

¹¹ 62% dos hospitais brasileiros têm até 50 leitos, longe de parâmetros de viabilidade econômica – entre 100 e 450 leitos – apresentados na literatura especializada. Desses hospitais de pequeno porte, 57% estão localizados em municípios com até 30 mil habitantes (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

locais, algo preocupante diante da pretensão dos constituintes de 1988 de proporcionarem o acesso igualitário aos serviços.

Assimetrias locais e acesso igualitário em saúde

No que se refere ao setor saúde, a Constituição Federal de 1988 foi incisiva, no artigo 196, em definir para todos os cidadãos brasileiros o direito ao “acesso universal e igualitário às ações e serviços”, o que foi reafirmado na Lei nº 8.080/90, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em seu artigo 2º quanto no 7º, em que a “igualdade de assistência à saúde” foi considerada um dos seus princípios ordenadores. Assim, diante das assimetrias tratadas na seção anterior, envolvendo a formação das receitas e despesas municipais, anuncia-se como relevantes os obstáculos materiais à realização da pretendida igualdade.

É verdade, por um lado, que não se pode afirmar que o SUS requeira níveis de gasto uniformes em todas as localidades do País ou que os problemas de saúde prevalentes em cada uma delas não possam levar à mobilização de diferentes montantes relativos de recursos nas municipalidades. Entretanto, como aponta Resende (2010), o SUS ainda não dispõe de consenso quanto a variáveis que possam indicar como necessidades ou demandas poderiam gerar diferentes padrões de alocação de receitas:

No caso da saúde, a inexistência de uma variável que identifique com clareza a localização das demandas, como no caso das matrículas escolares, aumenta a dificuldade de corrigir os desequilíbrios entre a localização das garantias financeiras e a correspondente localização das demandas a serem atendidas. Novas regras, adotadas no âmbito do SUS após a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, atentaram para a necessidade de limitar as distorções decorrentes de vinculações uniformes de percentuais das receitas de estados e municípios ao setor, dados os desequilíbrios fiscais apontados. Mas o potencial dessas medidas para atenuar o problema é bem menor quando comparado ao da fórmula adotada no caso da educação. Na saúde, é a concentração da oferta, principalmente no que concerne ao atendimento médico mais sofisticado, que determina a concentração das demandas (RESENDE, 2010, p. 81).

Assim, fato é que não têm sido os diferenciais de demandas ou necessidades, mas as diferenças territoriais relacionadas aos distintos padrões de desenvolvimento econômico e, dentro do setor de saúde, da dinâmica do mercado de produção de serviços, que poderiam explicar as assimetrias até aqui identificadas.

É também verdade que tem sido grande o esforço para assegurar o acesso igualitário aos serviços, seja estabelecendo incentivos financeiros para provisão de

serviços de atenção primária por parte de todos os municípios segundo padrões nacionais (portarias do Ministério da Saúde), seja fixando níveis mínimos e regras para o gasto em saúde (Emenda Constitucional nº 29/2000), seja fixando padrões técnicos e tipologias nacionais para os serviços especializados de saúde (portarias do Ministério da Saúde), além de estabelecer sistemas de referência regional para serviços de maior complexidade assistencial, compensando os “municípios exportadores” desses serviços com transferências condicionadas¹² (Norma Operacional de Assistência à Saúde nº 01/2002 ou o Pacto pela Saúde instituído pela Portaria Ministerial nº 399/2006).

Não obstante esse esforço, as assimetrias orçamentárias podem restringir as chances de equalização do acesso, sendo notável que ainda sabemos muito pouco sobre que fatores as explicariam. Suprir essa lacuna parece fundamental para que se possa delinear com mais precisão as possibilidades e limites da coordenação federativa em países social e economicamente desiguais, qualificando melhor as estratégias para lograr níveis de acesso a serviços sociais mais igualitários. Neste trabalho buscamos explorar alguns dos possíveis elementos que poderiam explicar as assimetrias entre capacidades e condições locais para provisão de serviços.

Estratégia metodológica

Para realizar esse objetivo, mantivemos o *porte populacional* dos municípios e sua *inserção regional* como dimensões comparativas – mobilizadas separadamente ou de forma combinada – tanto para a análise da formação das receitas quanto das despesas, selecionando variáveis que poderiam explicar a formação de ambos os elementos do orçamento, utilizando os seguintes critérios:

1. No caso das receitas, nos restringimos às variáveis que poderiam explicar assimetrias entre valores transferidos aos municípios por meio de *transferências condicionadas do SUS*, considerando que as razões para as assimetrias entre *receitas próprias* de municípios já vêm sendo razoavelmente estudadas (RESENDE, 2010). Desse modo, privilegiamos conhecer melhor os efeitos de potenciais elementos restritivos para que determinados grupos de municípios recebessem transferências intergovernamentais.
2. No caso das despesas, selecionamos componentes relevantes para a produção ou contratação de serviços, na suposição de que esses apresentem níveis de disponibilidade distintos conforme o porte populacional ou inserção regional do município, afetando a composição dos custos. Desse modo, privilegiamos conhecer melhor quais desses componentes afetariam as condições locais

¹² Municípios de maior porte podem assumir funções regionais na assistência à saúde, na vigilância sanitária ou epidemiológica, recebendo recursos adicionais.

para produção de serviços, levando a maiores ou menores níveis de despesa com saúde.

No caso da formação das receitas, introduzimos como variáveis a (1) propensão e a (2) capacidade de adesão dos gestores locais a estratégias federais de estruturação da atenção primária, presente em municípios de qualquer porte populacional, e a (3) prestação de serviços de média e alta complexidade assistencial. No caso da formação das despesas, foram introduzidas as variáveis (1) despesa com pessoal, com destaque para a remuneração dos médicos; (2) compra avulsa de procedimentos; e, por fim, (3) despesa com aquisição de insumos e bens de capital.

O banco de dados contendo informações dos orçamentos públicos de saúde dos municípios brasileiros¹³ foi complementado com informações pertinentes às variáveis selecionadas para análise das receitas e das despesas. A partir daí, mobilizamos a estatística descritiva para dimensionar médias e desvios-padrão para diversos subconjuntos gerados pelo cruzamento das variáveis eleitas sob as duas dimensões (porte populacional e inserção regional). Para a dimensão *porte populacional*, os municípios foram agrupados nas faixas: até 20 mil habitantes; de 20.001 a 50 mil habitantes; de 50.001 a 100 mil habitantes; de 100.001 a 200 mil habitantes; de 200.001 a 400 mil habitantes e, finalmente, acima de 400 mil habitantes. As informações para o banco de dados foram extraídas do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), Fundo Nacional de Saúde (FNS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Relação Anual de Informações Sociais (Rais)¹⁴.

Considerando o efeito gradual de regras que afetam a formação das receitas próprias e transferências do SUS, optamos por realizar um estudo transversal, tendo escolhido o ano de 2010¹⁵ por se tratar de um ano em que as mudanças nessas regras estiveram mais distantes, simultaneamente, para ambos os casos e as mesmas se apresentavam mais estáveis. A implantação da Emenda Constitucional nº 29/2000 havia sido finalizada em 2004, e vinha sendo orientada apenas pela Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde enquanto aguardava

¹³ A base de dados contou com 5.526 municípios. Foram excluídos 39 municípios que não declararam despesas ao SIOPS.

¹⁴ Os dados do CNES e da RAIS foram obtidos junto à Estação de Pesquisas em Sinais de Mercado (EPSM), vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição (Nescon) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a quem agradecemos pela colaboração.

¹⁵ Apesar das limitações e riscos de um estudo transversal na generalização dos achados para outros períodos de tempo, além da estabilidade das regras, favorece o ano escolhido o fato de não ter havido alguma mudança brusca no regime fiscal brasileiro ou efeitos mais dramáticos da crise econômica sobre as finanças públicas, como ocorreu anos depois.

regulamentação definitiva,¹⁶ enquanto as transferências condicionadas do SUS haviam sido reorganizadas sob o Pacto pela Saúde (Portarias Ministeriais nº 399/2006 e 204/2007). Por fim, relatórios gerados foram submetidos à apreciação de gestores e técnicos vinculados aos três níveis de governo do SUS, a fim de validar e refinar sua interpretação.

Transferências intergovernamentais e formação das receitas municipais em saúde

Os achados apresentados nesta seção apontam na direção de que as transferências condicionadas do SUS têm produzido efeitos equalizadores, considerando a inserção regional dos municípios, e compensatórios, considerando seu porte populacional. Para cada uma das variáveis analisadas explicitamos, a seguir, a respectiva hipótese correspondente:

(a) Propensão para adesão a programas de atenção primária: municípios com maior aporte de receitas próprias *per capita*, os de menor porte populacional, teriam *menor propensão para aderir aos programas federais para atenção primária*, percebendo menores valores *per capita* de transferências condicionadas SUS.

(b) Capacidade de adesão a programas de atenção primária: municípios que detêm menor concentração de capacidade técnica, de menor porte populacional, teriam menor *capacidade de adesão* a programas federais, percebendo menor volume *per capita* de transferências condicionadas do SUS.

(c) Oferta de serviços de maior complexidade: municípios com maior concentração na *oferta de serviços de média e alta complexidade assistencial*, mais populosos ou situados em regiões mais desenvolvidas, captariam mais transferências *per capita* do SUS.

A variável (a) - *propensão dos gestores em aderir às estratégias federais para a atenção primária* exprime o componente motivacional para a captação dessas receitas e se baseia em expectativas oriundas de teorias do Federalismo Fiscal, que apontam para a preferência dos gestores por transferências livres em detrimento das condicionadas (OATES, 1999). Considerando a maior disponibilidade de receitas próprias *per capita* em decorrência das transferências constitucionais e legais (de uso livre) no conjunto das receitas totais dos municípios de menor porte (conforme Gráfico 1), seriam menos propensos a buscar fontes adicionais

¹⁶ Posteriormente, em 2012, a Lei Complementar nº 141 regulamentou a Emenda Constitucional nº 29/2000, tendo seus efeitos produzidos a partir de 2013, além de que em 2015 Portaria MS nº 1.073 alterou novamente as regras para remanejamento de recursos entre as modalidades de transferência condicionada do SUS.

de recursos pela via de transferências condicionadas, dadas as exigências para assumir parte dos custos de serviços implementados, atender a requisitos fixados pelo Governo Federal, submetendo-se aos seus controles e às suas sanções em caso de desvios de finalidade. Para análise, elegemos apenas programas de atenção primária comuns a municípios vinculados a todas as faixas populacionais: Estratégia Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde Bucal no Âmbito do Saúde da Família (SB) e Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF).

Entretanto, os dados obtidos apontaram em sentido contrário à hipótese (Tabela 4), recebendo municípios com até 20 mil habitantes transferências *per capita* superiores aos vinculados às demais faixas para todos os programas analisados. No caso do maior deles, a Estratégia Saúde da Família (ESF), os de menor porte receberam transferências *per capita* quase 50% maiores que as percebidas por aqueles entre 20 e 50 mil habitantes e quatro vezes mais que aqueles com mais de 400 mil habitantes. Ainda para a ESF, a mesma tendência se verificou em todas as regiões do País, tendo municípios situados na região Nordeste os maiores valores de transferências *per capita* ao ano para todas as faixas populacionais, seguidos pelos da região Norte, apenas superados pelos de outras regiões em uma faixa populacional (Tabela 5). Os programas federais para atenção primária apresentaram maior penetração em municípios de menor porte e situados em regiões economicamente menos desenvolvidas. O fato de receber, proporcionalmente, maior aporte de transferências obrigatórias não tornou municípios com menos de 20 mil habitantes indiferentes à adesão aos programas federais com transferências condicionadas.

Tabela 4 – Transferências *per capita* (em reais R\$) para diferentes modalidades de transferências financeiras do SUS, em 2010, por faixa populacional de municípios (em R\$)

Faixa populacional (nº habitantes)	ESF	Desvio-padrão	ACS	Desvio-padrão	SB	Desvio-padrão	NASF	Desvio-padrão
Até 20.000	32,55	6,90	18,09	2,11	8,73	1,67	10,31	2,28
20.001 a 50.000	21,95	6,84	15,27	3,91	5,48	1,57	6,80	0,64
50.000 a 100.000	13,47	3,29	12,37	3,97	3,12	0,94	4,31	0,62
100.001 a 200.000	11,27	3,28	9,34	3,72	2,29	0,92	3,66	0,65
200.001 a 400.000	8,28	2,29	6,64	2,91	1,56	0,54	2,74	0,78
Acima de 400.000	7,20	1,27	5,29	1,41	0,95	0,57	1,49	0,71

Fonte: Elaboração própria a partir de informações do Fundo Nacional de Saúde (2014).

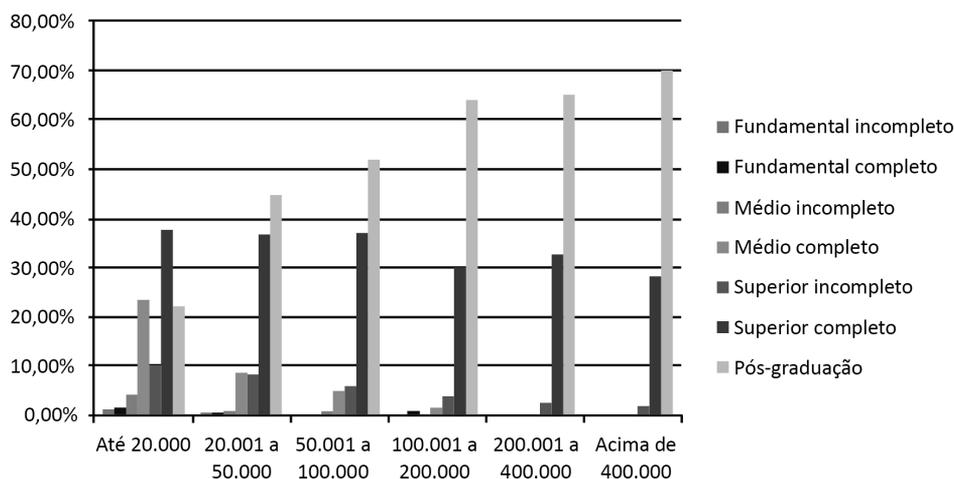
Tabela 5 – Transferências *per capita* (em reais R\$) para o programa estratégico “Saúde da Família”, por macrorregião brasileira, em 2010

Faixa populacional (nº habitantes)	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil	Desvio-padrão
Até 20.000	28,23	41,2	33,42	27,03	24,7	32,55	6,90
20.001 a 50.000	19,9	29,8	20,38	15,55	13,52	21,95	6,84
50.001 a 100.000	14,22	17,75	11,23	10,88	10,41	13,47	3,29
100.001 a 200.000	10,95	16,99	11,46	8,61	10,28	11,27	3,28
200.001 a 400.000	7,42	12,87	7,84	7,19	6,72	8,28	2,29
Acima de 400.000	5,41	8,26	7,56	6,5	8,17	7,2	1,27

Fonte: Elaboração própria a partir de informações do Fundo Nacional de Saúde (2014).

A variável (2) *capacidades de adesão aos programas de atenção primária* representa a distribuição de qualificações técnicas entre municípios, sendo operacionalizada pela escolaridade dos gestores municipais de saúde em 2011, a partir de dados do IBGE, considerando a inviabilidade de alternativas metodológicas. A suposição é que municípios dirigidos por gestores de menor escolaridade teriam menor probabilidade de concentrarem técnicos com maiores qualificações. A análise da escolaridade dos gestores por porte populacional confirmou diferenças significativas: enquanto 60,0% daqueles com até 20 mil habitantes apresentavam escolaridade superior ou com pós-graduação, naqueles com mais de 100 mil habitantes essa proporção ficou acima dos 94,0% (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição dos gestores municipais de saúde brasileiros por nível de escolaridade (em %) para municípios de diferente porte populacional em 2011

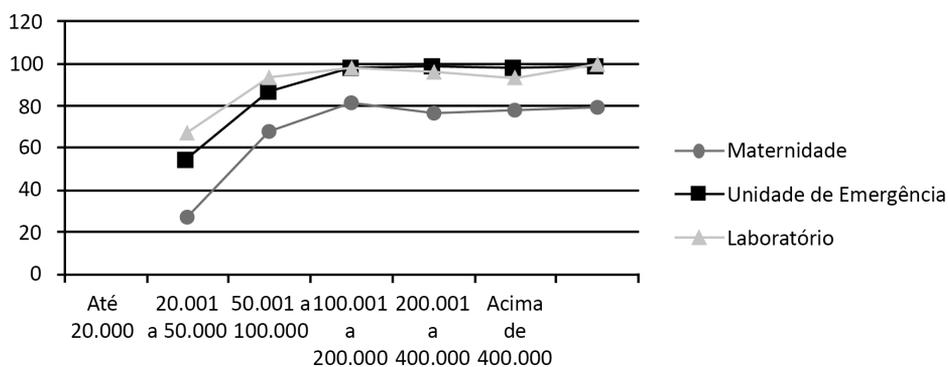


Fonte: IBGE – MUNIC, 2011, coletados em 2014

Entretanto, os resultados encontrados para a variável (1) restringem demasiadamente as probabilidades de encontrar possíveis efeitos dessa variável (2) dado que, a despeito da menor escolarização dos gestores e da suposta menor capacidade técnica local, municípios de menor porte aderiram com maior intensidade aos programas federais para atenção primária. É possível que o apoio técnico do Ministério da Saúde e das secretarias de estado da saúde baixe custos de implementação desses programas, tornando menos relevante o peso das capacidades técnicas dos municípios na adesão.

Não obstante introduzir achados interessantes, a análise das duas primeiras variáveis não ajuda a explicar, ainda, a menor percepção de transferências *per capita* do SUS pelos municípios de menor porte¹⁷, o que buscaremos a seguir na análise da variável (3) *oferta de serviços de média e alta complexidade assistencial*. Essa se refere à concentração da oferta de serviços de maior complexidade tecnológica e se apoia na suposição de que tal concentração levaria municípios de maior porte, que ofertam serviços regionais para atender a cidadãos de outros municípios, a receber mais transferências financeiras federais por meio do componente denominado *Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade – Municípios (MAC)*¹⁸. A concentração desses serviços nos municípios de maior porte é ilustrada a seguir no **Gráfico 3** para três tipos de unidades de média e alta complexidade, enquanto a **Tabela 6** aponta as transferências *per capita* nessa modalidade, apresentando acréscimo significativo à medida que cresce o porte populacional do município.

Gráfico 3 – Proporção de municípios brasileiros que apresentam serviços específicos do SUS, em 2010, por porte populacional, em %



Fonte: IBGE – MUNIC (2011).

¹⁷ Não foi nosso objetivo investigar razões para as maiores transferências *per capita* aferidas pelos municípios de menor porte nos programas da atenção primária. Há estudos que sugerem maior adequação desses últimos aos municípios de menor porte (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Por outro lado, as maiores transferências para equipes de SF em municípios da Amazônia legal podem explicar, em parte, as diferenças entre valores *per capita* percebidos pelos municípios com até 20 mil habitantes e os das demais faixas.

¹⁸ As transferências para esse componente, em 2009, representaram 38,4% de todos os recursos repassados pelo FNS para estados e municípios (MACHADO, 2011).

Tabela 6 – Valores repassados em reais *per capita* (R\$) para o bloco financeiro do SUS “Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar”, por macrorregião brasileira em 2010

Faixa populacional (nº habitantes)	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil	Desvio-padrão
Até 20.000	20,77	31,28	26,81	29,5	30,79	28,1	4,08
20.001 a 50.000	56,13	52,54	42,99	51,7	50,18	51,8	3,12
50.001 a 100.000	54,53	88,45	54,51	91,83	115,05	84,3	16,96
100.001 a 200.000	74,3	110,49	65,94	77,12	137,78	91,22	22,63
200.001 a 400.000	171,63	111,24	61,27	82,05	142,85	95,96	24,22
Acima de 400.000	172,37	132,33	57,35	86,77	183,85	107,01	40,23

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Fundo Nacional de Saúde (2014).

Olhando inicialmente para a dimensão do porte populacional, municípios com até 20 mil habitantes recebem valores *per capita* correspondentes a apenas 54% do que recebem aqueles entre 20 e 50 mil habitantes e apenas 26% do que recebem aqueles com mais de 400 mil habitantes. Vale lembrar que recursos desse componente, embora alocados nos municípios de maior porte, também cobrem o atendimento a cidadãos de municípios de menor porte. Vale salientar também que o MAC¹⁹ é responsável por mais de 55% das transferências *per capita* para os municípios com mais de 400 mil habitantes, ao mesmo tempo em que responde por apenas pouco mais de 20% para os municípios com até 20 mil habitantes.

Olhando para a inserção regional dos municípios na recepção das transferências *per capita* do MAC, dada a concentração de serviços especializados nas regiões mais desenvolvidas (SOLLA; CHIORO, 2008), surpreende que municípios situados na região Nordeste, para todas as faixas populacionais, fiquem sempre entre os três que receberam os maiores aportes, sendo os primeiros na faixa para até 20 mil habitantes. Os municípios da região Centro-Oeste, juntamente com os do Sul, se alternaram na recepção de maiores valores de transferências *per capita* do MAC nas demais faixas populacionais. Chama atenção, ainda, os elevados desvios-padrão obtidos para as faixas populacionais a partir de 50 mil habitantes, o que poderia se dever ao fato de que nem todos os municípios pertencentes a essas faixas populacionais pactuem formalmente responsabilidades de atendimento regional, o que tende a ocorrer com maior regularidade apenas para aqueles que exercem a função de polos regionais.

¹⁹ As modalidades de transferências de recursos para outras funções regionais, como vigilância sanitária e epidemiológica, movimentam um volume menor de recursos.

Em síntese, a despeito de demonstrarem interesse e não serem impedidos, pela menor capacidade técnica, de aderir a programas estratégicos do Ministério da Saúde voltados para a atenção primária, municípios de pequeno porte recebem menos transferências *per capita* do SUS por outros motivos. Um deles, talvez o principal dado o elevado volume de recursos mobilizado, seriam as transferências *per capita* para procedimentos mais especializados do Teto Financeiro MAC, que dependem da concentração, em seu território, de serviços de média e alta complexidade assistencial. Do ponto de vista da inserção regional dos municípios, nenhuma das transferências condicionadas do SUS se concentrou nas regiões mais desenvolvidas, mas, pelo contrário, permitiram que municípios do Nordeste, por exemplo, recebessem maiores valores *per capita* para programas de atenção primária e, até mesmo, volumes relativamente importantes para recursos MAC. Desse modo, evidências encontradas sugerem um perfil territorialmente equalizador e compensatório dessas transferências.

Formação das despesas municipais

A despeito desses efeitos produzidos pelas transferências condicionadas do SUS na formação das receitas municipais, o estudo das despesas apontou assimetrias entre condições locais para a organização da produção de serviços de saúde, considerando o porte populacional e a inserção regional dos municípios. Nesse caso, não formulamos propriamente hipóteses, mas questões fundadas em assimetrias territoriais aqui constatadas quanto à realização da despesa:

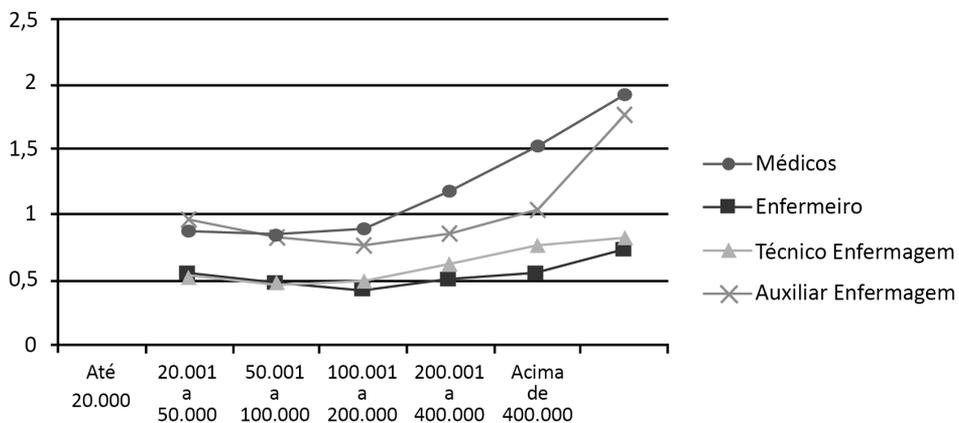
- a. **Despesa com pessoal e remuneração médica:** municípios de menor porte ou inseridos em regiões menos desenvolvidas têm menor capacidade de atração da força de trabalho em saúde? Como essa variável afeta seus *níveis de despesa*?
- b. **Compra avulsa de procedimentos:** não sendo autossuficientes para ofertar serviços de maior complexidade, municípios de menor porte *compram procedimentos de forma avulsa* ou apenas obtêm acesso a esses nos municípios-polo nas suas regiões?
- c. **Despesa com insumos e bens de capital:** a escala para *aquisição de insumos e realização de investimentos* afeta significativamente a despesa com saúde em municípios de menor porte?

A primeira variável analisada, a (1) *despesa com pessoal em saúde e remuneração médica*, refere-se à aquisição de um fator central no processo de produção dos serviços e que impacta decisivamente nas possibilidades de sua provisão. Sendo um dos setores que mais fazem uso intensivo de força de trabalho qualificada e profissionalizada (MACHADO *et alii*, 2012), a saúde tem, no profissional médico,

um agente estratégico na tomada de decisões que desencadeiam procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Além disso, no trabalho em saúde há notável dependência das decisões desse profissional para atividades desenvolvidas por outros profissionais como enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A incapacidade de atraí-lo por uma parte significativa de municípios implica, necessariamente, sérios obstáculos ao acesso igualitário aos serviços de saúde.

A comparação entre a razão de *profissionais por mil habitantes* para médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes no SUS (Gráfico 4) ilustra que é entre os médicos que se podem observar as maiores discrepâncias entre os municípios de maior e menor porte²⁰. Se nas faixas de municípios com até 100 mil habitantes a presença dos médicos varia pouco, ela cresce consideravelmente a partir daí: é 35% maior na faixa 100-200 mil; 74% maior na faixa 200-400 mil; e 119% maior na faixa com mais de 400 mil habitantes. A enfermagem seguiu, nas três categorias, a tendência da profissão médica, porém com menor discrepância entre maiores e menores municípios.

Gráfico 4 – Relação entre número de profissionais de saúde por habitante (para cada 1.000 hab.) por porte populacional do município, em 2010



Fonte: CNES (2014).

Estes dados referentes à categoria médica não constituem novidade e seria esperado que municípios de maior porte, concentrando serviços de maior complexidade assistencial, tivessem proporcionalmente mais profissionais de saúde

²⁰ Estudo do Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina de São Paulo apontou que todas as capitais apresentaram mais de um médico a cada mil habitantes em 2012. Em 15 estados há menos de um médico para cada mil habitantes, mas a distribuição de médicos é mais desigual nos interiores dos estados, na comparação com municípios menores (CFM – CREMESP, 2013).

que os de menor porte, até porque parte desses atua em serviços especializados de vocação regional, que, por via de regra, também concentram mais pessoal de enfermagem. Porém, entre médicos, essa concentração se dá de forma mais intensa que nessas últimas profissões e é possível que sua escassez em municípios de menor porte ajude a explicar diferenças no gasto *per capita* com pessoal: municípios com até 20 mil habitantes superam todas as demais faixas populacionais nesse tipo de despesa, com exceção daquela entre 200.001 e 400 mil hab. (Tabela 7). Já em perspectiva regional, nota-se que municípios das regiões Centro-Oeste e Sudeste se alternam entre os que apresentam o maior gasto *per capita* com pessoal para todas as faixas populacionais, ao passo que as regiões Norte e Nordeste se revezam entre os que apresentam o menor gasto com pessoal. Entre os municípios com até 20 mil habitantes, tomando o Centro-Oeste como base, os do Sudeste têm a segunda maior despesa *per capita* com pessoal, correspondendo a 98% do gasto daquela região, enquanto o Sul tem 88%, o Norte 76% e o Nordeste 71%.

Tabela 7 – Despesa *per capita* com pessoal em 2010, por macrorregião brasileira e porte populacional e rendimento médico médio por porte populacional

Faixa populacional (nº habitantes)	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil	Desvio-padrão	Rendimento médico médio
Até 20.000	213,06	151,79	162,91	208,74	187,76	180,89	24,62	5.784,62
20.001 a 50.000	184,06	143,78	123,01	183,66	151,45	156,82	21,06	5.173,08
50.001 a 100.000	151,83	153,59	142,97	197,19	135,58	163,2	23,91	5.402,93
100.001 a 200.000	182,75	170,49	133,07	182,42	143,62	169	17,75	4.972,29
200.001 a 400.000	154,01	174,09	177,67	212,27	145,94	189,03	26,98	5.886,28
Acima de 400.000	239,1	161,43	159,49	175,49	184,47	175,36	19,81	5.771,59

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS e da RAIS (2014).

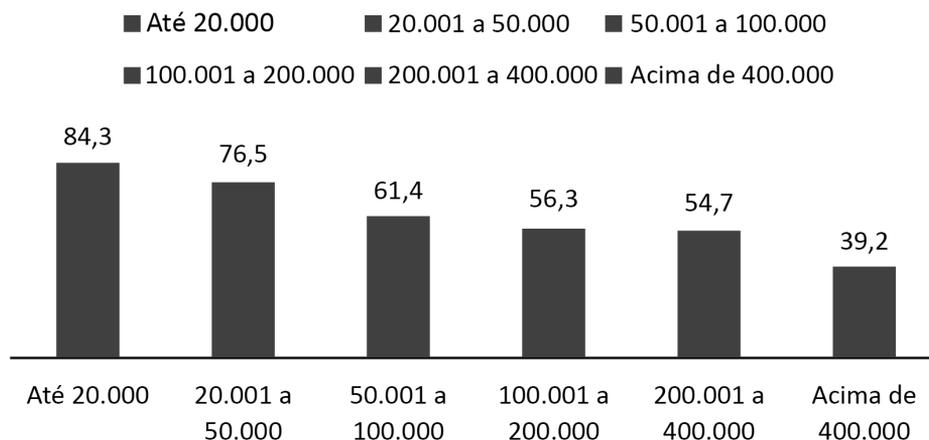
Por outro lado, considerando valores médios de rendimentos pagos aos médicos em municípios de diferentes faixas populacionais²¹, constatou-se que os municípios de pequeno porte são os que apresentam as maiores remunerações médias por emprego público de médico, a despeito do fato de, tipicamente,

²¹Subestima-se aqui o ganho real dos médicos já que os dados registram apenas os valores aferidos sob contratos formais de trabalho, captados pela RAIS. Nos pequenos municípios existem outras formas de compensação direta (complementação do salário por meio de horas extras não realizadas, pró-labore, RPA ou outras formas) e indireta (aluguel de residência, oferta casada de oportunidades de ganhos em hospitais ou clínicas particulares, dentre outras) para retribuição do trabalho médico.

empregarem profissionais em clínicas médicas básicas – pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica médica –, ao contrário dos municípios vinculados às demais faixas populacionais, que progressivamente absorvem clínicas mais especializadas e valorizadas no mercado.

A análise da variável (2) - *compra avulsa de serviços assistenciais com recursos próprios* indicou que essa ocorre mais frequentemente nos municípios com até 20 mil habitantes, em que essa proporção chegou a 84,3% (Gráfico 5). A compra avulsa é realizada sem o uso de recursos transferidos pelo SUS, não estando submetida às restrições que incidem sobre esses últimos, em especial em relação aos valores para remunerar cada procedimento, não tendo que seguir valores fixados na tabela nacional do SUS. É bem provável que os valores praticados nas compras avulsas sejam bem superiores a essa tabela, especialmente por serem contratados em pequena escala junto aos fornecedores de serviços em outros municípios. A confirmar essa suspeita, estaremos não apenas diante de ineficiências geradas pela descentralização, mas, também, da violação de uma diretriz nacional do SUS, já que contratações de serviços situados em outras localidades²² ferem o comando único do gestor local sobre os prestadores de serviços vinculados à sua jurisdição.

Gráfico 5 – Percentual dos municípios que declaram contratar serviços privados com recursos próprios em 2011 por porte populacional



Fonte: IBGE (2014).

²²Seguindo o mesmo inquérito do IBGE, consultas médicas básicas e especializadas são os principais responsáveis pelas diferenças entre municípios de diferente porte, reforçando a ideia de que a compra avulsa consiste num mecanismo compensatório para a falta de médicos nos pequenos municípios.

Para análise da variável (3), *aquisição de insumos e investimentos*, os achados mais evidentes se referem à aquisição de medicamentos e de equipamentos ou material permanente, em que elevados níveis de despesa *per capita* dos municípios com até 20 mil habitantes sugerem perdas de escala nos processos de compras. As discrepâncias, no primeiro caso, são de tal ordem que, nos municípios com até 20 mil habitantes, gasta-se com medicamentos básicos um valor 75% maior que aquele gasto nos municípios com mais de 400 mil habitantes (Tabela 8). No caso do material médico hospitalar e de laboratório, embora também ocorram, as discrepâncias entre as condições de aquisição são menos intensas e os municípios entre 200.001 e 400 mil habitantes chegam a superar a despesa *per capita* dos com até 20 mil, possivelmente por utilizarem materiais para procedimentos ou exames mais complexos que esses últimos.

Tabela 8 – Despesa *per capita* média com elementos insumos e investimentos necessários à produção de serviços de saúde, em 2010, por porte populacional (em R\$)

Porte populacional (nº habitantes)	Medicamentos	Desvio-padrão	Material médico hospitalar	Desvio-padrão	Material de laboratório	Desvio-padrão	Equipamentos e mat. permanente	Desvio-padrão
Até 20.000	17,05	2,2	7,03	1,38	2,68	0,97	10,40	2,65
20.001 a 50.000	12,14	1,72	6,27	1,17	2,05	0,78	6,36	1,43
50.001 a 100.000	10,24	2,14	5,39	1,27	1,79	0,54	5,34	0,89
100.001 a 200.000	10,70	3,45	5,53	2,15	1,58	0,44	4,78	0,95
200.001 a 400.000	10,33	3,4	8,09	2,46	2,88	0,71	4,43	0,3
Acima de 400.000	9,71	3,25	6,33	0,84	2,10	0,42	3,97	0,6

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS (2014).

Tomando a inserção regional dos municípios para análise, identificamos disparidades regionais no que se refere aos gastos *per capita* com medicamentos básicos (Tabela 9), sendo interessante notar que, entre os municípios com até 20 mil habitantes, os do Nordeste têm como gasto *per capita* 75% do apresentado pelo Centro-Oeste, enquanto que entre os com mais de 400 mil habitantes esse percentual cai para 41%.

Tabela 9 – Despesa *per capita* média com medicamentos dos municípios em 2010, por macrorregião brasileira e porte populacional

Faixa populacional	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil	Desvio-padrão
Até 20.000 hab.	23,45	17,51	15,83	15,44	16,16	17,05	2,2
20.001 a 50.000 hab.	14,78	12,75	11,46	12,82	8,30	12,14	1,72
50.001 a 100.000 hab.	14,36	10,69	12,71	10,22	6,04	10,24	2,14
100.001 a 200.000 hab.	9,57	12,61	11,79	12,79	3,73	10,7	3,45
200.001 a 400.000 hab.	11,29	8,76	19,51	11,51	5,33	10,33	3,4
Acima de 400.000 hab.	13,43	5,53	5,07	10,67	14,73	9,71	3,25

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS (2014).

Diante das evidências apresentadas, o superdimensionamento das despesas locais com saúde nos municípios de menor porte, tanto no que se refere à força de trabalho profissionalizada quanto à aquisição de outros elementos necessários à produção dos serviços, como insumos ou equipamentos, além da aquisição avulsa de procedimentos em grande proporção, sugere ineficiências inerentes ao processo de descentralização. Essas poderiam resultar de perdas de economia de escala ou, no caso da força de trabalho especializada, da suboferta de profissionais no mercado de trabalho, especialmente em determinadas regiões do País. Tais ineficiências poderiam ser consideradas toleráveis se não impactassem tão diretamente sobre o acesso igualitário aos serviços de saúde.

Conclusões

O presente estudo buscou qualificar alguns dos obstáculos às pretensões igualitaristas de uma política social implementada em um país com profundas desigualdades territoriais, porém sob o federalismo e descentralização da sua gestão para governos locais. Seu caráter exploratório não autoriza generalizações por várias razões. Por ser um estudo transversal, as medidas encontradas são passíveis de mudanças em decorrência de crises econômicas, mudanças nas regras fiscais ou nos mecanismos de transferências do SUS. Por analisar um número muito reduzido de variáveis, mesmo que selecionadas intencionalmente sob critérios aqui apresentados, deixa de fora outras tantas que poderiam ser relevantes. Por não considerar diferenças internas às grandes regiões do País, deve ser parcimonioso nas considerações sobre assimetrias entre municípios inseridos naquelas tomadas, homoganeamente, como mais ou como menos desenvolvidas. Não obstante, há elementos para alimentar o aprofundamento do conhecimento sobre os ditos obstáculos.

Quanto à formação das receitas municipais, a análise por porte populacional confirmou efeitos concentradores das transferências obrigatórias (constitucionais e legais) em favor dos municípios menores que vão além de compensar sua baixa capacidade de arrecadação própria, colocando-os em posição privilegiada em termos de disponibilidade de receitas *per capita*. Em contrapartida, transferências condicionadas do SUS foram mais concentradas em municípios de maior porte, compensando-os por atendimentos de maior complexidade assistencial a populações de outros municípios. Além disso, essas transferências condicionadas não se mostraram regionalmente concentradas: municípios da região Nordeste receberam seus maiores níveis *per capita* entre os de pequeno porte e, no caso das transferências para atenção primária, foram os municípios das regiões Norte e Nordeste que apresentaram os maiores níveis de captação para todas as faixas populacionais.

Quanto à formação das despesas municipais, a análise empreendida sugere diferentes níveis de restrição a municípios, seja olhando pelo porte populacional ou pela inserção regional. Municípios de menor porte apresentam maiores níveis de despesa *per capita* com pessoal, maior remuneração médica na média, ainda que absorvam apenas especialidades das clínicas básicas, o que, ainda assim, não parece suficiente para reter esses profissionais em níveis próximos aos de municípios de médio e grande porte. Municípios menores também apresentam maior despesa *per capita* para aquisição de insumos, como medicamentos, e para investimentos de capital, assim como realizam mais compras avulsas de serviços exclusivamente com receitas próprias. Esse último achado merece maior investigação, dadas as ineficiências inerentes às perdas de escala e violações das normativas do SUS. Por fim, variações regionais nas despesas *per capita* para elementos como pessoal ou medicamentos, abrangendo municípios de diversas faixas populacionais, sugerem fortes iniquidades no acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

Desse modo, as assimetrias entre capacidades fiscais e disponibilidades locais para produção dos serviços, aqui identificadas sob as dimensões do porte populacional e da inserção regional dos municípios, parecem mitigar, em grande medida, o sucesso da ação reguladora do Governo Federal na equalização do acesso aos serviços do SUS, captado pela literatura brasileira sobre políticas públicas, sendo os efeitos compensatórios e redistributivos mais restritos à formação das receitas municipais. O arranjo para descentralização da gestão em saúde, a despeito de mudanças incrementais e mecanismos de coordenação instituídos, fixou os municípios como unidades autônomas na produção de serviços e, ao fazê-lo, pode ter tornado o sistema nacional de saúde vulnerável às imperfeições do mercado, bem como a problemas de escassez e ineficiências. Se for verdade que a descentralização regulada tornou possível, de fato, um sistema único de saúde no Brasil, não se pode

descartar, ainda, que as assimetrias entre capacidades e condições para produção de serviços entre jurisdições locais estejam corroendo as bases materiais do acesso igualitário aos mesmos.

Referências bibliográficas

ABRUCIO, F. L. A Coordenação Federativa no Brasil: a experiência do Período FHC e os desafios do Governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, p. 31-67. 2005.

ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a Federação? *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, p. 29-40, 2005.

ALMEIDA, M. H. T. O Estado no Brasil contemporâneo: um passeio pela história. In: MELO, C. R.; SÁEZ, M. A. (Org.) *A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

ARRETCHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

_____. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004

_____. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados*, v. 52, n. 3, p. 587-620, 2010.

_____. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV / FIOCRUZ, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998 -2004*. Brasília, 2006.

_____. IBGE. *Contas regionais do Brasil: 2010-2013*. Rio de Janeiro, 2015.

BUCHANAN, J. The coase theorem and the theory of the state". In: BUCHANAN, J. M; R. D. TOLLISON, R. D. (Orgs.). *The public choice II*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 1999.

CFM – CREMESP . *Demografia médica no Brasil, 2*. SCHEFFER, Mário (Coord.). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Conselho Federal de Medicina, 2013.

DAHL, R. A.; TUFTE, E. R. *Size and democracy*. Stanford: Stanford University Press, 1973.

ELAZAR, D. J. *Exploring federalism*. Tuscaloosa: The University of Alabama Press, 1991.

GREER, S. L. How does decentralisation affect the Welfare State? Territorial Politics and the Welfare State in the UK and US. *Journal of Social Policy*, v. 39, n. 2, p. 181-201, 2010.

INMAN, R. P.; RUBINFELD, D. L. The political economy of federalism. In: *Perspectives on public choice: a handbook*. MILLER, Dennis C. (Org.) Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

- MACHADO, J. A. *Relatório de pesquisa - relações intergovernamentais e coordenação de políticas sociais: eficácia e contenção do poder no desenho dos incentivos financeiros federais*. UFMG/CNPQ/FAPEMIG. Belo Horizonte, não publicado. 2011.
- MACHADO, M. H. *et alii*. Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em foco*. v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.
- OATES, W. E. An essay on fiscal federalism. *In: Journal of Economic Literature*, Pittsburgh, v. 37, n. 3, p. 1120-1149, 1999.
- OBINGER, H. *et alii*. *Federalism and the Welfare State: new world and european experiences*. New York: Cambridge University Press, 2005.
- PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, 2006.
- RESENDE, F. Federalismo fiscal: em busca de um novo modelo. *In: OLIVEIRA, R. P.; SANTANA, W. Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade*. Brasília: UNESCO, 2010.
- SILVA, M. S. Teoria do federalismo fiscal: notas sobre as contribuições de Oates, Musgrave, Shah e Ter-Minassian. *In: Nova Economia*, v. 15, n. 1, p. 117-137, 2005.
- SILVA, Tamara M. L.; SILVA, Wallison H. O. Distribuição espacial dos médicos no Brasil: uma abordagem geográfica. Belo Horizonte: não publicado. 2015.
- SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In: GIOVANELLA L, ESCOREL S.; LOBATO L.V.C.; NORONHA, J. C; CARVALHO A. I. Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- TIEBOUT, C. A pure theory of local expenditures. *The Journal of Political Economy*, v. 64, n. 5, p. 416-424, 1956.
- TREISMAN, D. Fiscal decentralization, governance and economic performance: a reconsideration. *Economics and Politics*, v. 18, n. 2, p. 219-35, 2006.
- UGÁ, M. A. D; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007.

José Angelo Machado

Doutor em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atualmente é professor do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
Contato: joseangelo@fafich.ufmg.br

Ana Luíza dos Santos Guim

Graduada em Gestão Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
Contato: ana.luizaguim@gmail.com