



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Lidia Zimbardi

**Gestão dos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do  
Estado do Rio de Janeiro: autonomia ou dependência?**

Rio de Janeiro

2013

Lidia Zimbardi

**Gestão dos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: autonomia ou dependência?**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sulamis Dain

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

Z71 Zimbardi, Lídia.

Gestão dos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro : autonomia ou dependência? / Lídia Zimbardi. – 2013.

99 f.

Orientadora: Sulamis Dain.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Política de saúde – Teses. 2. Saúde pública – Administração - Teses. 3. Saúde – Planejamento – Teses. 4. Saúde pública – Financiamento – Teses. I. Dain, Sulamis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Lídia Zimbardi

**Gestão dos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: autonomia ou dependência?**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 20 de setembro de 2013.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sulamis Dain  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Leyla Gomes Sancho  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

---

Prof. Dr. Roberto Parada  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2013

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof.<sup>a</sup> Sulamis Dain, docente e pesquisadora, que acreditando na potencialidade deste trabalho, o acompanhou e disciplinou: por sua amizade e carinho, presentes em todos os momentos, pela competência e disponibilidade na orientação da pesquisa e pelo exemplo de seriedade e compromisso profissional.

Ao Dr. Gilson Carvalho, agradeço sobretudo por ter gentilmente enviado, semanalmente, seus artigos que foram muito importantes na elaboração desta pesquisa.

Aos Professores George Kornis, Roberto Parada e Leyla Sancho, que aceitaram participar da banca de qualificação desta dissertação e cujos comentários e orientações foram fundamentais no desenvolvimento e conclusão da presente dissertação.

Aos gestores municipais da Saúde e aos responsáveis pela operacionalização dos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, que concordaram em participar como entrevistados, e sem os quais não seria possível realizar esta pesquisa.

A Ana Sílvia Gesteira, pela revisão desta dissertação.

Aos funcionários do IMS, especialmente Simone e Eliete, pela ajuda eficiente no trato das questões administrativas da Secretaria Acadêmica.

A chave do cofre é aumentar os recursos no limite do legal e saber usar bem esses recursos.

*Gilson Carvalho*

## RESUMO

ZIMBARDI, Lídia. *Gestão dos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: autonomia ou dependência?* 2013. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2013.

Este trabalho tem por objetivo conhecer como se realiza a gestão municipal dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde nos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. A partir de então, procura identificar o grau de autonomia ou dependência desses fundos, principalmente em relação às outras secretarias dos municípios e o quanto a gestão desses fundos pode interferir no planejamento municipal e regional da Saúde. Foram realizadas entrevistas, previamente consentidas, com os Secretários Municipais de Saúde e os responsáveis pela operacionalização dos Fundos Municipais de Saúde dos municípios da região. Seguiu-se um roteiro estruturado para que a coleta de dados tenha similaridade e possa ser mais bem consolidada e analisada. O embasamento do estudo se deu através de levantamento bibliográfico sobre o SUS e seu financiamento, enfatizando as dificuldades para este financiamento e os instrumentos legais existentes para o pleno funcionamento dos Fundos Municipais de Saúde. O período de análise é do ano de 2009 a 2012, delimitado pelo último período de gestão das prefeituras municipais.

Palavras-chave: Financiamento da saúde. Fundos de saúde. Regionalização.

## ABSTRACT

ZIMBARDI, Lídia. *Management Funds Municipal Health Metropolitan Region I of the State of Rio de Janeiro: autonomy or dependence?* 2013. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2013.

This study aims to understand how to perform the municipal management of financial resources within the Brazilian National Health System (the so-called SUS) in Municipal Health Funds of Metropolitan Region I in the State of Rio de Janeiro. Then, this study seeks to identify the degree of autonomy or dependence of these funds, especially in relation to other departments of the municipalities and how managing these funds can interfere with municipal and regional planning in Health. Previously consented interviews were conducted, with Municipal Health Secretaries and those responsible for the operation of the Municipal Health Funds in those municipalities. Then followed a structured script for data collection, so it holds similarity and can be further consolidated and analyzed. The basis of the study was literature about the SUS and its funding, emphasizing the difficulties for such financing and the existing legal instruments for the full operation of the Municipal Health Funds. The period of analysis is from the year 2009 to 2012, delimited by the last term of office of municipal governments.

Key words: Health financing. Health funds. Regionalization.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo de Financiamento do SUS em 1991 .....	27
Figura 2 -	Modelo de Financiamento da primeira metade da década de 1990.....	29
Figura 3 -	Modelo de Financiamento no final da década de 1990.....	32
Figura 4 -	Modelo de Financiamento entre os anos 2000 e 2005.....	34
Figura 5 -	Modelo de Financiamento a partir de 2006.....	35
Figura 6 -	Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro .....	47
Figura 7 -	Municípios que constituem a Região Metropolitana I do ERJ.....	47
Figura 8 -	Distribuição etária e por sexo na RMI .....	54
Quadro 1 -	Estruturas da área financeira para Secretarias Municipais de Saúde.....	42

## LISTA DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição da população da RMI nos municípios que a constituem (em percentuais).....	53
Gráfico 2 -	Criação dos Fundos Municipais da Região.....	71
Gráfico 3 -	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica dos FMS da RMI.....	72
Gráfico 4 -	Estrutura Organizacional dos FMS da RMI.....	73
Gráfico 5 -	Quantitativo de profissionais lotados nos FMS da região.....	74
Gráfico 6 -	Percentual de capacitação dos funcionários dos FMS da região .....	74
Gráfico 7 -	Periodicidade de capacitação.....	75
Gráfico 8 -	Operacionalização dos fundos de saúde da RMI.....	76
Gráfico 9 -	Pagamento das despesas da Saúde.....	76
Gráfico 10 -	Alocação dos Recursos Financeiros da Saúde.....	77
Gráfico 11 -	Licitações da Saúde.....	78
Gráfico 12 -	Frequência da prestação de contas.....	79
Gráfico 13 -	Cumprimento das metas do Plano Municipal de Saúde.....	79
Gráfico 14 -	Percentual do orçamento do Fundo de Saúde gasto com ações não previstas no Plano Municipal de Saúde.....	80
Gráfico 15 -	Percentual em que as referências não foram atendidas.....	81
Gráfico 16 -	Dificuldades apontadas para fazer a gestão do FMS.....	82
Gráfico 17 -	Dificuldade para fazer a gestão da Saúde.....	83
Gráfico 18 -	Avaliação sobre o sistema de gestão dos recursos financeiros.....	85

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Países selecionados segundo a participação pública privada em relação aos gastos com saúde em 2007.....	38
Tabela 2 - Gasto nacional em saúde: percentual do PIB, em per capita e participação público-privado: estimativas para 2007.....	38
Tabela 3 - Distribuição da população da Região Metropolitana I pelos municípios que a constituem.....	52
Tabela 4 - PIB 2006 a 2010, dos municípios da RMI em valores correntes e participação (%) em relação ao PIB total do estado.....	56
Tabela 5 - Morbidade Hospitalar na Região Metropolitana I do ERJ.....	59
Tabela 6 - População SUS dependente na Região Metropolitana I por município.....	62
Tabela 7 - Série Histórica de dez anos da Cobertura Populacional em Atenção Básica (em percentuais) na Região Metropolitana I do ERJ.....	63
Tabela 8 - Quantitativo de leitos existentes e necessários por município.....	65

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
Arena	Aliança Renovadora Nacional
AI	Ato Institucional
CAUC	Cadastro Único de Convênios
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGR	Colegiado de Gestores Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIDE	Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COFINS	Contribuição do Financiamento da Seguridade Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COMPERJ	Complexo Petrolífero do Rio de Janeiro
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CTB	Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC 29	Emenda Constitucional nº 29
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
Femerj	Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro
FIOCRUA	Fundação Oswaldo Cruz
FINSOCIAL	Fundo de Investimentos Social
FNS	Fundo Nacional de Saúde

FSE	Fundo Social de Emergência
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
HFA	Hospital Federal do Andaraí
HFB	Hospital Federal de Bonsucesso
HFCF	Hospital Federal Cardoso Fontes
HFL	Hospital Federal da Lagoa
HSE	Hospital dos Servidores do Estado
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFF	Instituto Fernandes Figueira
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
IVISA	Índice de Valorização do Impacto da Vigilância Sanitária
IVR	Índice de Valorização de Resultados
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MDB	Movimento Democrata Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PAS	Programação Anual de Saúde
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PBVS	Piso Básico da Vigilância Sanitária
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RAG	Relatório Anual de Gestão
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RMI	Região Metropolitana I
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
Sinpas	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SICONV	Sistema de Convênios do Governo Federal
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SRI	Secretaria de Relações Institucionais
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TFA	Teto Financeiro da Assistência
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TFECD	Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
TFG	Teto Financeiro Global
TFVS	Teto Financeiro da Vigilância Sanitária
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNE	União Nacional dos Estudantes

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	15
1	<b>O SUS E SEU FINANCIAMENTO .....</b>	18
1.1	<b>A construção do Sistema Único de Saúde.....</b>	18
1.2	<b>O financiamento do SUS e sua evolução.....</b>	22
1.3	<b>Modelos de transferências e alocação de recursos financeiros públicos do SUS.....</b>	25
1.4	<b>Insuficiência de recursos públicos para o SUS.....</b>	36
1.5	<b>Gestão financeira do SUS.....</b>	39
2	<b>A REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....</b>	46
2.1	<b>Considerações iniciais.....</b>	46
2.2	<b>História da Região Metropolitana I do ERJ.....</b>	48
2.3	<b>Aspectos demográficos.....</b>	52
2.4	<b>Condições socioeconômicas da região.....</b>	54
2.5	<b>Condições de saúde.....</b>	57
2.6	<b>Capacidade instalada e assistência à saúde.....</b>	60
2.7	<b>Gestão do sistema regional e financiamento.....</b>	66
3	<b>PESQUISA DE CAMPO.....</b>	69
3.1	<b>Considerações iniciais.....</b>	69
3.2	<b>Resultados e discussão.....</b>	70
3.2.1	<b><u>Criação dos Fundos Municipais de Saúde na região.....</u></b>	71
3.2.2	<b><u>Autonomia administrativa e contábil.....</u></b>	72
3.2.3	<b><u>Estrutura organizacional dos Fundos Municipais de Saúde da RMI.....</u></b>	72
3.2.4	<b><u>Qualificação dos funcionários que atuam nos Fundos Municipais de Saúde.....</u></b>	74

3.2.5	<u>Operacionalização desses Fundos Municipais de Saúde.....</u>	75
3.2.6	<u>Pagamentos das despesas de saúde nesses municípios.....</u>	76
3.2.7	<u>Alocação dos recursos financeiros da Saúde nos municípios da região.....</u>	77
3.2.8	<u>Licitações da Saúde.....</u>	78
3.2.9	<u>Prestação de contas.....</u>	78
3.2.10	<u>Cumprimento do Planejamento Municipal de Saúde na região.....</u>	79
3.2.11	<u>Dificuldades no referenciamento de procedimentos de saúde.....</u>	80
3.2.12	<u>Dificuldades na gestão dos Fundos Municipais de Saúde.....</u>	81
3.2.13	<u>Dificuldades na gestão municipal da Saúde.....</u>	83
3.2.14	<u>Avaliação sobre o sistema de gestão de recursos financeiros da Saúde.....</u>	84
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	86
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	90
	<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	97
	<b>APÊNDICE B - Roteiro para orientação da estrutura das entrevistas.....</b>	99

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal, nasceu de uma intensa mobilização social que se deu paralelamente ao processo de redemocratização do Brasil. As referências para o estabelecimento de seus princípios e características foram o Movimento da Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde, esta considerada um marco na criação do novo sistema de saúde que iria vigorar no país (MENDES, 2001).

Assim, surgiu a visão de um sistema público, universal, integral e gratuito, organizado de modo descentralizado de forma que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, com um único comando em cada nível de governo e cujas diretrizes constitucionais são a descentralização, o atendimento integral priorizando as ações preventivas e a participação de toda a sociedade.

Das diretrizes constitucionais do SUS, a descentralização pode ser compreendida como orientadora e estruturante das políticas de saúde, no sentido de que faz os entes federados se articularem e cooperarem entre si pela qualidade das ações e serviços de saúde como gestores do sistema – concorrendo, portanto, para pôr em prática os princípios éticos doutrinários da universalidade, equidade e integridade. Neste sentido, a alocação descentralizada dos recursos financeiros tem constituído um dos maiores desafios para a implementação e consolidação do SUS, que ao longo de mais de vinte anos passou por diversas lógicas e combinações, a fim de garantir fontes de recursos suficientes para o financiamento do sistema.

Para que esses recursos ficassem protegidos e limitados exclusivamente à saúde, a Lei n°. 8080/90, que regulamentou o SUS, definiu em seu artigo 35 critérios para a transferência de valores aos municípios que foram complementados pela Lei n°. 8142/90 e, mais recentemente, em janeiro de 2012, pela Lei Complementar n°. 141, que determinou que as transferências de recursos destinados a financiar ações e serviços públicos de saúde devam ser realizadas diretamente aos Fundos de Saúde, consideradas unidades gestoras de orçamento.

Os municípios têm papel estratégico no SUS e, para garantir a transferência de recursos federais e estaduais que financiarão a saúde, estão obrigados ter Fundos de Saúde, instituídos por lei. Estes são diretamente administrados pelas Secretarias de Saúde, que devem ser responsáveis e autorizadas das despesas, sendo a prestação de contas aprovada pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e Poder Legislativo.

Conhecer a gestão dos recursos financeiros do SUS nos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro e o grau de autonomia de gestão desses fundos é o objetivo principal deste estudo; o objetivo secundário é entender de que forma a autonomia de gestão desses fundos pode interferir no planejamento municipal e regional da saúde.

A escolha da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro como tema desta dissertação se deu não só por sua importância no cenário estadual, pois abriga aproximadamente 62% de toda a população do estado, mas também por possuir o maior parque tecnológico de saúde de todo o Rio de Janeiro e por ser a área de atuação da pesquisadora.

Esta pesquisa se justifica pela lacuna bibliográfica existente sobre o conhecimento da gestão dos recursos financeiros dos SUS no nível dos Fundos Municipais de Saúde. A metodologia utilizada foi, inicialmente, um levantamento bibliográfico sobre o SUS e seu financiamento público, enfatizando questões como as dificuldades de serem estabelecidas fontes exclusivas e suficientes de financiamento para a saúde, os modelos de alocação dos recursos financeiros do SUS e a gestão municipal desses recursos. A partir desse levantamento, foi realizada pesquisa de campo, cuja coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas, previamente consentidas, com os gestores municipais de saúde e os responsáveis pela operacionalização dos Fundos Municipais de Saúde. O fato de eles possuírem a experiência prática do problema pesquisado permitiria agregar o máximo possível de conhecimento do assunto, a ser em seguida analisado de maneira correta e eficaz. O período de análise foi de quatro anos, coincidente com o período da última gestão das prefeituras municipais, de janeiro de 2009 a dezembro de 2012.

O estudo foi dividido em quatro capítulos. O primeiro, marco histórico/institucional que orienta o desenvolvimento da pesquisa, apresenta um breve histórico do SUS e suas principais legislações e normatizações, dando enfoque principal a seu financiamento: suas dificuldades; insuficiência; descentralização desses recursos e necessidade de que os entes federados estejam bem estruturados administrativa e operacionalmente para obterem uma boa gestão desses recursos; e os modelos propostos ao longo desses anos de existência do SUS

O segundo capítulo aborda as especificidades da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro e sua organização para prestar a necessária atenção em saúde à população.

O terceiro capítulo refere-se à pesquisa de campo realizada, pesquisa exploratória e quantitativa que busca nos resultados obtidos e em sua discussão interpretar o fenômeno que se deseja estudar, contribuindo para sua melhor compreensão.

O quarto e último capítulo apresenta as conclusões da pesquisa e os pontos de reflexão sobre a situação do financiamento da Saúde nessa região.

Espera-se, com o desenvolvimento deste trabalho e através do conhecimento da gestão dos Fundos Municipais de Saúde da maior e mais importante região do Estado do Rio de Janeiro, apresentar as discussões e reflexões sobre o financiamento do SUS, assim como a importância e o papel dos Fundos Municipais de Saúde.

## **1 O SUS E SEU FINANCIAMENTO**

### **1.1 A construção do Sistema Único de Saúde**

O SUS, considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (CF 88), mas sua história começou um pouco antes, quando um decreto presidencial convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Desta conferência resultou a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os governos estaduais, que constituiu as bases para a seção “Da Saúde” da futura Constituição Federal. Nesse sentido, essa conferência pode ser considerada um marco na criação do SUS.

A CF 88 unificou os direitos à saúde aos direitos à previdência social e à assistência social no capítulo “Da Seguridade Social”, cuja organização pelo Poder Público passou a ter os mesmos objetivos: a universalidade da cobertura e do atendimento; a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; a irredutibilidade do valor dos benefícios; a equidade na forma de participação no custeio; a diversidade da base de financiamento e o caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão com participação dos trabalhadores, empregadores, aposentados e do governo.

Essa unificação promoveu uma ruptura com o modelo de saúde vigente, iniciado na Era Vargas, que atribuía ao Ministério da Saúde a responsabilidade pelo combate às epidemias e tomava a assistência médica como uma atribuição das instituições previdenciárias, segmentadas por categorias profissionais. O governo militar modificou um pouco esse cenário, unificando todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mas a lógica dicotomizada da saúde permaneceu. Por um lado, o INPS era responsável por todas as ações curativas da saúde, como consultas médicas, hospitalização, cirurgias e serviços de apoio ao diagnóstico, enquanto o Ministério da Saúde cuidava da prevenção. Nesse modelo, excludente, os desempregados ou os que exerciam atividades informais de trabalho não tinham acesso à saúde curativa gratuita, uma vez que não pertenciam aos quadros do INPS e a saúde pública era apenas preventiva.

A partir da CF 88, a Previdência Social perdeu as atribuições relativas ao atendimento médico-hospitalar, passando a restringir-se à concessão e ao gerenciamento das aposentadorias, pensões e seguros de acidentes de trabalho, e a Saúde assumiu caráter mais abrangente e integral, que vai da prevenção à recuperação para toda a população brasileira. Assim ficou determinado o que seria o Sistema Único de Saúde brasileiro:

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 [...] As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade. (Capítulo VIII, Seção II da CF 88).

O SUS foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei n.º. 8.080, complementada pela Lei n.º. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e nessa regulamentação foram definidos seus princípios, obedecendo às diretrizes constitucionais que organizaram seu modelo operacional. A definição de estratégias que iriam orientar a operacionalidade desse sistema se deu com a publicação, pelo Ministério da Saúde, de quatro Normas Operacionais Básicas (NOB) entre os anos de 1991 a 1996, e duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), uma em janeiro de 2001 e a outra em fevereiro de 2002, que desenharam um sistema baseado na municipalização da gestão dos serviços, tendo a esfera estadual função de coordenadora de seus municípios.

A criação do SUS proporcionou um cenário de grandes mudanças institucionais, sobretudo no que diz respeito às responsabilidades entre os entes federados. A oferta de serviços públicos de saúde passou a ser atribuição de estados e municípios, que se transformaram em entes federados autônomos, e os três níveis governamentais passaram a ter necessidade de se articular e cooperar entre si para garantir as diretrizes constitucionais da saúde.

Dessas diretrizes, a descentralização é a que guarda maior transversalidade com as demais, visto que concorre para pôr em prática os princípios da universalidade, equidade e integralidade sendo, portanto, orientadora e estruturante das políticas de saúde nacionais. A CF 88 indica a descentralização como forma de organização do sistema com “direção única em cada esfera de governo”.

A descentralização política brasileira, consolidada pela CF 88, gerou um federalismo singular no cenário mundial, por estar estruturado em três níveis político-administrativos, representados pela União, estados e municípios, segundo o qual estes possuem autonomia

política, administrativa e financeira, com competências constitucionais e infraconstitucionais bem estabelecidas, e pela repartição de recursos da União e dos estados para os municípios (MENDES, 2001).

O sistema federativo, de modo geral, favorece o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social, como é o Brasil. Mas esse tipo de sistema torna mais complexa a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, principalmente quando há marcantes desigualdades e exclusão social. Nesses casos, acentua-se a importância do papel das políticas sociais de redistribuição, a redução das desigualdades e iniquidades no território nacional e a inclusão social.

O federalismo brasileiro apresenta especificidades que merecem destaque por suas implicações para a área da saúde. Primeiramente, pelo grande peso dos municípios com muitas responsabilidades no desenvolvimento das políticas públicas, e também pela diversidade desses municípios em termos de porte, desenvolvimento político, socioeconômico, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional do Estado, implicando diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados. Complementando essa ideia, Parada afirma que:

Outra característica marcante da nossa organização federativa é que, ao contrário do federalismo dos países avançados e consolidados, ela carece de estabilidade das relações políticas intergovernamentais, recursos suficientes para as demandas e concretude das políticas, definição clara das competências tributárias e de responsabilidades dos governos, pacto federativo centrado nas relações entre o nível federal e estadual de governo e mecanismos políticos de repactuação federativa no plano do legislativo e/ou dos partidos políticos. (PARADA, 2002, p.18).

Quando se garante o direito integral à saúde, as desigualdades sociais e territoriais ficam reduzidas na medida em que se possibilitam os meios adequados ao acesso à saúde integral. Mas como a maioria dos municípios brasileiros não tem capacidade instalada própria para oferecer a seus munícipes todos os níveis de complexidade que a saúde integral exige, a regionalização se torna fundamental para essa garantia, não só a do acesso, mas também a da qualidade dessas ações e serviços. Ouverney, complementando essa ideia, afirma:

O processo de constituição das estruturas do SUS mediante a descentralização dos núcleos de elaboração e implementação das políticas de saúde, o compartilhamento das instâncias decisórias com a Sociedade Civil e a necessidade de contratação pelo Estado de insumos e serviços de saúde fora de seus domínios, fundamentou os pilares da nova forma de composição da Política Nacional de Saúde por meio de processos de coordenação interorganizacional. “ (OUVERNEY, 2005, p.92).

Essa composição inter-organizacional impõe um desafio constante na promoção da integração entre os diversos atores do sistema, mediante a articulação de recursos e bases organizacionais e decisórias. A estratégia de regionalização assume, então, papel fundamental para a obtenção dos princípios de equidade e integralidade, além da ampliação do grau de integração entre as bases municipais de serviços de saúde.

A estratégia adotada pelo MS a partir de 2006 foi construir Redes de Saúde, que são recortes territoriais inseridos num espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, socioeconômicas e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes, compartilhadas no território, que organizam as ações e serviços de saúde, assegurando a universalidade de acesso, a equidade e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2006).

Essas regiões funcionam como unidades de referenciamento de atenção à saúde que envolvem a organização, a alocação de recursos, a gestão do sistema e a articulação da provisão de serviços por meio de fluxos intermunicipais de referência. Para a constituição de uma rede de saúde em determinado território, é necessário haver pactuação entre todos os gestores envolvidos quanto às responsabilidades compartilhadas e ações complementares. A atenção básica em saúde, sendo responsabilidade de todos os municípios, não se inclui no rol de responsabilidades compartilhadas.

Para garantir a atenção da média complexidade em ações e serviços de saúde na região, deve haver pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a partir da realidade de cada estado; e para garantir a alta complexidade em saúde, as regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais.

Os formatos para a composição de Regiões de Saúde são de três tipos, de acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: *Regiões Intraestaduais*, compostas por municípios dentro de um mesmo estado; *Regiões Interestaduais*, conformadas entre municípios limítrofes em diferentes estados, por ato conjunto dos respectivos estados em articulação com os municípios; e *Regiões Fronteiriças*, constituídas por municípios limítrofes de países vizinhos, que são coordenadas pelo MS.

Para que a regionalização possa ser implantada eficazmente, há necessidade de elaboração de Plano Diretor de Regionalização (PDR), de Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada Integrada (PPI).

O PDR deve traçar o desenho final do processo de pactuação dos gestores na identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde; elaborar os mapas de arranjos regionais que conformam as macrorregiões de saúde; identificar os complexos regulatórios existentes,

implantando-os quando necessário; e estruturar os Colegiados Inter-regionais, que são instâncias de pactuação intermunicipais, coordenados pelos estados.

O PDI deve expressar os recursos de investimento tripartite necessários para suprir as desigualdades de acesso e a garantia da integralidade da assistência, viabilizando o processo de regionalização. Finalmente, a PPI define e quantifica as ações de saúde para atendimento às populações, efetivando o pacto intergestores. Contudo, afirmam Levcovitz & cols:

A descentralização não garante o caráter democrático do processo decisório e necessita ainda do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central na condução do próprio processo de descentralização, principalmente em países heterogêneos como o Brasil. [...] Portanto, pode-se afirmar que a descentralização per se não apenas é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, mas também que os seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como: o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo, e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos. (LEVCOVITZ et al., 2001, p.272).

## 1.2 O financiamento do SUS e sua evolução

O maior desafio no processo de implantação e consolidação do SUS foi e ainda tem sido a alocação dos recursos para seu financiamento público descentralizado, que ao longo desses mais de vinte anos passou por diversas lógicas e combinações.

Até 1988, o sistema oficial de saúde disputava recursos em duas arenas distintas: o orçamento previdenciário e o orçamento fiscal. Na Previdência, o orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) não era apreciado pelo Congresso Nacional e os recursos eram disputados entre os benefícios previdenciários, a assistência social e a atenção médico-hospitalar. No orçamento fiscal, os programas do Ministério da Saúde concorriam com Educação, Justiça, Transportes, Defesa Nacional, Previdência do servidor público e outras responsabilidades do Estado.

A não vinculação de recursos específicos para a Saúde já era preocupação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), criada em 1986 por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs vincular à saúde recursos equivalentes a 10% do PIB (WHO, 2003 apud CONASS, 2011), mas a Assembleia Nacional Constituinte rejeitou a proposta.

Quando a CF 88 definiu que a Seguridade Social seria financiada por toda a sociedade, de forma direta ou indireta, com recursos provenientes das contribuições sociais e dos

orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, ficou materializado o esquema tripartite de financiamento federativo da Saúde imputado a toda a sociedade (DAIN, 2007). Os que possuíssem capacidade contributiva o fariam através das contribuições sociais, que viriam dos empregados e dos empregadores e estavam representadas pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), que constituíam o Orçamento da Seguridade Social (OSS). Os que não tivessem capacidade contributiva participariam indiretamente do custeio, através dos orçamentos fiscais das unidades federativas.

A Saúde passaria então a disputar recursos de financiamento com a Previdência e a Assistência Social. Para garantir suficientes recursos para a Saúde, o Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias determinou que, até que fosse aprovada a próxima Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), 30%, no mínimo, do orçamento da Seguridade Social (OSS) deveriam ser destinados à área da saúde, excluído o seguro-desemprego. Dessa forma, manteve-se relativamente alta a transferência de recursos de contribuição de empregados e empregadores para a Saúde.

A partir de 1990, a não observância do artigo 55 do ADCT era marcante, traduzindo o discurso neoliberal de reduzir o Estado ao mínimo, que era a tônica política no país. Embora no discurso as limitações dos gastos públicos devessem ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, na prática a redução de gastos atingiu todos os setores do governo, inclusive a Saúde. Durante o governo Collor (1990-1992), os recursos para a Saúde despencaram, caindo de cerca de US\$11,3 bilhões para um total de US\$6,5 bilhões (MEDICI, 1995 apud COSTA, 2002, p. 54).

[...] se tivesse sido cumprido este preceito legal (CF e depois LDOs) a cada ano ter-se-ia o dobro dos recursos para a área da saúde. O não cumprimento do prescrito na Constituição, e daquilo que foi o espírito do legislador resultaram na insolvência e caos da saúde.” (CARVALHO, 2008, p.43).

Em maio de 1993, o então Ministro da Previdência, Antônio Brito, alegando não ter recursos suficientes para repassar à Saúde, em virtude do aumento concedido aos benefícios dos previdenciários do INSS, determinou que a partir daquela data os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seria destinado somente para custear a Previdência Social. A interrupção do aporte desses recursos para a Saúde representou uma grande perda e o aumento da dependência da saúde em relação a outros recursos do Tesouro Nacional.

O episódio deixava clara a necessidade de garantia constitucional de recursos para a saúde, a fim de que disputas por recursos com outros setores fossem evitadas. Ainda nesse ano, o deputado Eduardo Jorge e outros redigiram então uma Proposta de Emenda Constitucional que modificava o artigo 168 da CF, que passaria a ter a seguinte redação

A União aplicará anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de trinta por cento das receitas de contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social e dez por cento da receita resultante dos impostos. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de dez por cento das receitas resultantes dos impostos. para estabelecer os recursos suficientes para a saúde. (PEC 169/93).

A proposta buscava garantir um volume de recursos definido para a Saúde no interior da Seguridade Social, porque a falta dessa definição tornara a Saúde frágil quando das negociações com a Previdência Social. No entanto, apesar de aprovada em todas as comissões, nunca foi a plenário para ser votada e, portanto, não foi aprovada.

No campo econômico, em 1994, o Plano Real, na tentativa de conter a instabilidade monetária e econômica do país, gerou importantes modificações nas contas públicas. Houve forte crescimento da dívida pública, como consequência da manutenção de elevadas taxas de juros, que buscavam atrair capitais de curto prazo vindos de exterior e promoviam o aumento das reservas cambiais através da emissão de títulos públicos com alta remuneração, e pela retenção de dólares no Banco Central, a fim de evitar o impacto sobre sua cotação no país. Na política fiscal, houve aumento da carga tributária para financiar a expansão das despesas correntes e o déficit decorrente da diferença entre a remuneração da dívida pública interna e das reservas internacionais (BENEVIDES, 2010).

Para garantir o crescimento da receita, buscou-se elevação da carga tributária, por conta das novas contribuições sociais e da ampliação das preexistentes, o que foi parcialmente neutralizado pela desvinculação das receitas da União (DRU), através do Fundo Social de Emergência (FSE), que vigorou em 1994 e 1995 (DAIN, 2007).

Em 1995, nova tentativa de vinculação de recursos para a Saúde se deu com a Proposta de Emenda Constitucional nº 82, que determinava que os recursos provenientes das contribuições dos empregadores sobre o faturamento e o lucro das empresas (COFINS e CSLL) fossem totalmente destinados ao financiamento do SUS. Contudo, o relator dessa PEC modificou a proposta, transformando-a em PEC 82-A, atribuindo um percentual progressivo dos recursos da COFINS e da CSLL para a Saúde. Esse percentual se iniciaria em 48% em 1999, atingindo o patamar máximo em 64% em cinco anos. Além disso, o relator adicionou a

Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) como receita específica para a Saúde, que foi aprovada em 1996, mas efetivamente passou a vigorar a partir de 1997.

A CPMF apresentava destinação específica de custeio da saúde pública, mas não gerou o aumento de recursos esperados porque veio acompanhada pela substituição de fontes, deixando de ser exclusiva da Saúde em 1999, quando passou a repartir recursos com a Previdência, e a partir da Emenda Constitucional 31/2000, passou a subsidiar também o Fundo de Combate à Pobreza.

O nível de flutuação das fontes de financiamento da Saúde levou o Ministério da Saúde a liderar algumas lutas pela criação de uma fonte específica de financiamento para ela ao longo dos anos, sendo a mais importante a Emenda Constitucional 29, aprovada em 13 de setembro de 2000, que alterava os Artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentava o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Para os recursos oriundos da União, passou a vigorar o montante aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB; para estados e Distrito Federal, ficou estabelecido o repasse para a Saúde de 12% do produto da arrecadação dos impostos, e para os municípios, 15% do produto da arrecadação dos impostos. Foram 12 anos de lutas e movimentações políticas até que fosse publicada a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentava os gastos com saúde legitimando a EC29 atualmente em vigor.

Recentemente, em 20 de julho de 2012, começou a se organizar um movimento capitaneado pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) com apoio de diversas outras instituições e Conselhos, como: CFM, OAB, CNBB, Femerj, UNE, CTB, além de parlamentares que tenta recolher 1,5 milhão de assinaturas, correspondendo a 1% do eleitorado do país, para em nome da sociedade aprovar projeto de lei propondo mudanças na EC 29 para que o repasse federal de recursos financeiros para a Saúde seja de 10% das receitas brutas da União.

### **1.3 Modelos de transferências e alocação de recursos financeiros públicos do SUS**

Nas décadas de 1970 e 1980, o modelo de saúde vigente se compunha de quatro subsistemas: o da atenção médica supletiva, representada pelos planos e seguros de saúde; o sistema de desembolso direto, que correspondia à medicina liberal; o subsistema estatal,

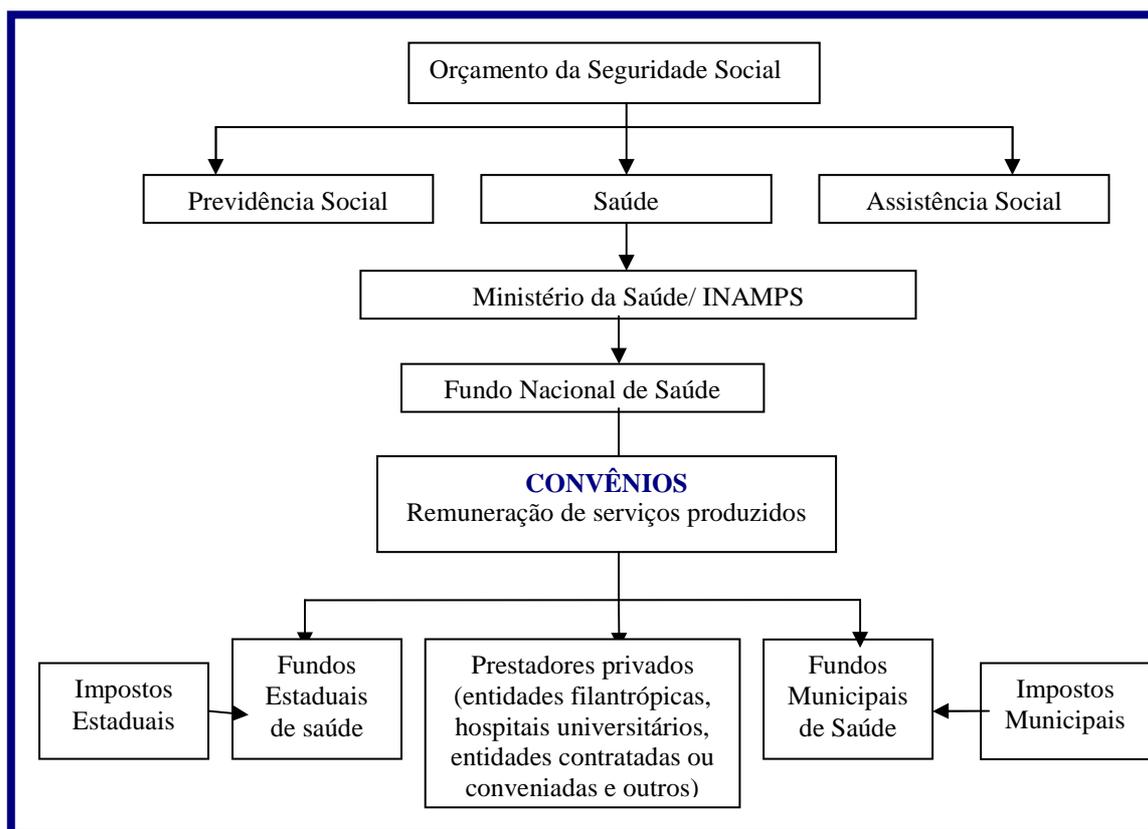
representado pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais, que se destinava à medicina preventiva e o subsistema hegemônico privatista sob os auspícios da Previdência Social, cujo órgão responsável pela prestação da assistência médica era o INAMPS. O financiamento das ações preventivas era feito através dos impostos federais que eram repassados para o Ministério da Saúde e a assistência médica era financiada pelas contribuições das folhas de salários.

Com a instituição do SUS pela CF de 1988 e sua posterior regulamentação pela Lei nº. 8080/90, foram definidas novas fontes de recursos para a Saúde e critérios para a transferência desses recursos aos estados, Distrito Federal e municípios. O perfil demográfico da região, o perfil epidemiológico da população a ser coberta e as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área passaram a nortear as transferências dos recursos federais para as demais instâncias governamentais.

A nova política de financiamento do SUS foi instituída pela NOB 01/91, que estabelecia os aspectos operacionais para o financiamento do SUS. O orçamento do INAMPS passou a ser dividido em cinco partes: financiamento ambulatorial proporcional à população; recursos transferidos na forma de AIHs a cada unidade executora; custeio da máquina administrativa do INAMPS; custeio de programas especiais em saúde e investimentos (despesas de capital), alocados no Plano Quinquenal de Saúde MS/INAMPS.

Ficou determinado o instrumento convenial como forma de transferência de recursos federais a prestadores privados, estados, Distrito Federal e municípios, sendo que para os entes federados os convênios estabeleciam em suas cláusulas as políticas e diretrizes do SUS relativas à programação, execução, acompanhamento e controle das ações de saúde, aprovadas no Plano Nacional de Saúde. Ficava também vedada a utilização dos recursos em despesas que não se identificassem diretamente com a realização do objetivo do convênio ou serviços determinados.

O pagamento por produção equiparando prestadores públicos e privados no que se refere ao financiamento transformava estados e municípios em prestadores de serviços a serem ressarcidos pela produção, ao invés de estimular suas responsabilidades pelas ações e serviços, o que criava um entrave para o processo de descentralização. Além disso, houve centralização da gestão do SUS no nível federal quando se estabeleceu a modalidade convênio como forma de transferência de recursos federais. A figura 1 mostra esquematicamente o modelo de financiamento no início da implantação do SUS.



**Figura 1 – Modelo de Financiamento do SUS em 1991**

Fonte: Ministério da Saúde - Norma Operacional Básica 01/91.

Elaboração própria.

Somente mais tarde, a NOB 01/93 estabeleceu a modalidade fundo a fundo como instrumento prioritário de repasse dos recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios e descentralizou a gestão, criando três níveis hierárquicos aos quais os municípios podiam se habilitar conforme a capacidade instalada existente e o cumprimento de responsabilidades e requisitos gerenciais.

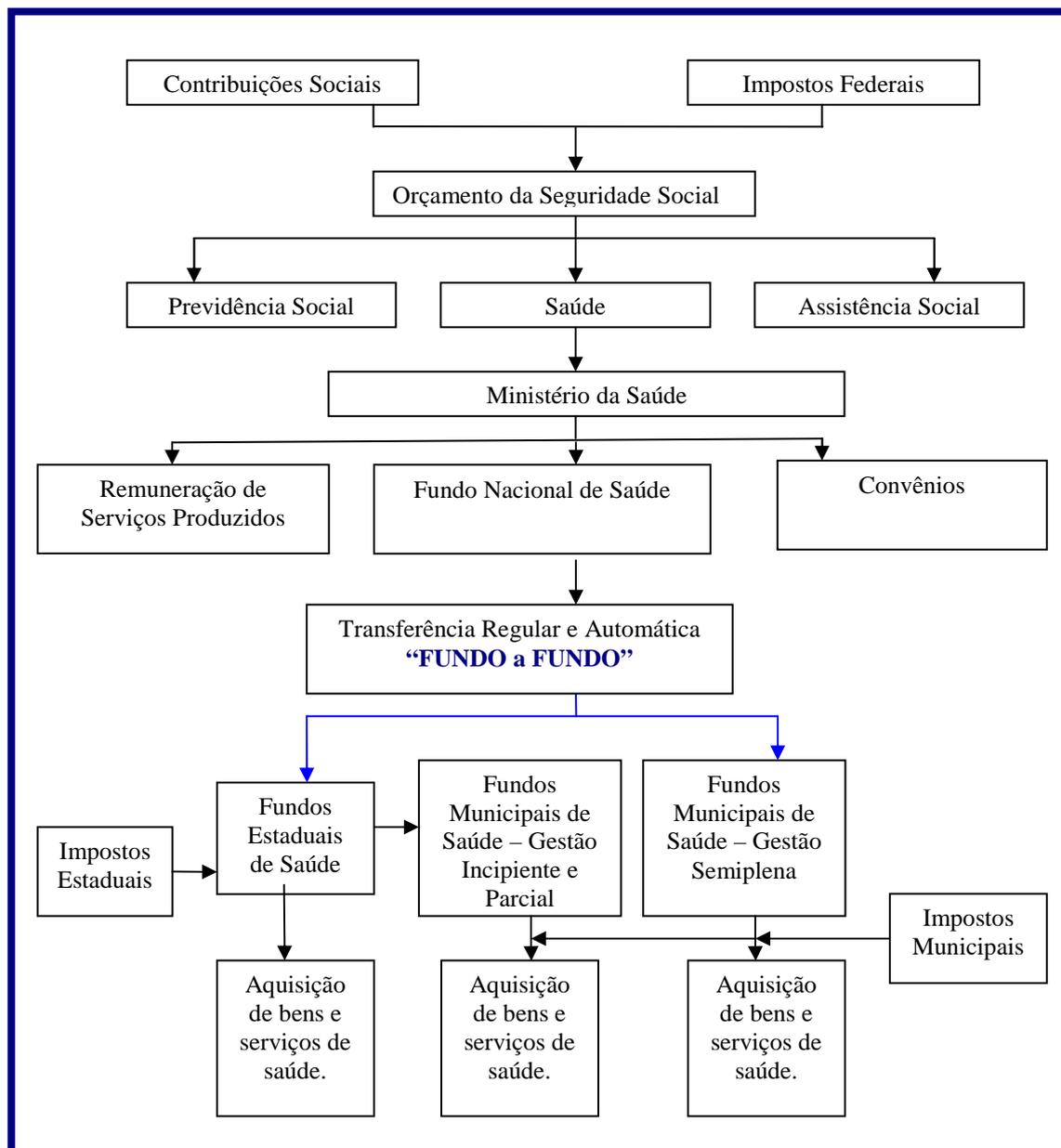
Na forma incipiente de habilitação, o município se responsabilizava pela programação e controle da assistência ambulatorial e hospitalar local, ações básicas de saúde, vigilâncias epidemiológica e sanitária e ações de nutrição e educação em saúde, recebendo apenas os recursos correspondentes ao Fundo de Apoio Municipal, espécie de teto financeiro mínimo. Na condição de gestão parcial, o município não só tem as responsabilidades da habilitação incipiente, mas também mantém a gestão de parte do sistema local e recebe para isso os recursos do FAM e um saldo financeiro equivalente à diferença entre o teto estabelecido para suas atividades e o gasto efetivo. Na modalidade de gestão semiplena, o município deve assumir a completa responsabilidade pela prestação de serviços, inclusive em relação ao planejamento das ações de saúde, contratando rede privada e gerenciando toda a rede pública

existente no município; para tal, recebem o volume global de recursos correspondentes ao teto financeiro global, cujos critérios para o cálculo do montante eram o valor dos serviços prestados no ano anterior, o tamanho populacional e a capacidade de produção de acordo com a complexidade da rede de saúde. Em todas as modalidades de gestão havia o aporte, além das transferências de recursos federais, de recursos do Tesouro estadual, do Distrito Federal ou municipal.

As transferências dos recursos federais na modalidade fundo a fundo passam a ser consideradas mais apropriadas para transferências legais com destinação específica. Nas transferências fundo a fundo, os recursos financeiros federais são repassados de forma automática e regular, depositados em contas individualizadas específicas dos fundos de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, cujos valores e parâmetros são os da cobertura assistencial estabelecidos pelo art. 35 da Lei nº 8.080/1990.

Os convênios – tipo de transferência de dotação consignada no Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União que tem como participantes, de um lado, órgão ou entidade da administração pública federal direta ou indireta, e do outro, órgão ou entidade da administração pública federal, estadual, municipal, distrital, ou ainda entidades privadas sem fins lucrativos, visando à execução de programas de governo que envolvem realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco em regime de mútua cooperação – continuaram existindo como uma das modalidades de transferência de recursos, mas de forma mais limitada.

A outra modalidade de transferência de recursos era a remuneração por serviços produzidos pagos pelo Ministério da Saúde a seus prestadores espalhados no território nacional. A figura a seguir exemplifica o modelo de financiamento desses primeiros anos da década de 1990.



**Figura 2 - Modelo de financiamento na primeira metade da década de 1990**

Fonte: A autoria própria

Em 1998, uma nova regulamentação da NOB 01/96 introduziu duas novas formas de gestão municipal: a “Gestão Plena da Atenção Básica” e a “Gestão Plena do Sistema Municipal”, em substituição às existentes. Na gestão plena da Atenção Básica, os municípios tinham responsabilidade integral pela atenção básica, recebendo o repasse federal diretamente, ficando o restante do sistema local sob gestão estadual, que recebia o repasse federal relativo a esses municípios. Na gestão plena do sistema municipal, os municípios ficavam responsáveis por todo o sistema local e recebiam o financiamento direto do Ministério da Saúde, através do FNS.

Até esse ano não havia subdivisão para a alocação dos recursos transferidos do governo federal, na modalidade fundo a fundo, para estados, municípios e Distrito Federal em relação ao tipo da assistência à saúde prestada. Esta NOB reorientou o modelo de atenção à saúde para um modelo centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, definindo a Atenção Básica como eixo estruturante do modelo de atenção do SUS e instituindo o Piso Assistencial Básico. Foram então configurados tetos financeiros específicos para cada modalidade da assistência à saúde.

Configurou-se o Teto Financeiro Global (TFG) para os recursos de custeio originários do nível federal e o valor para cada estado deveria ser definido com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI), processo instituído no âmbito do SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros. Foi resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios. O TFG constituía a soma dos tetos financeiros da assistência (TFA), da vigilância sanitária (TFVS) e o teto financeiro da epidemiologia e controle de doenças (TFECD).

O TFA consistia nos recursos destinados à assistência hospitalar e ambulatorial que podia ser executado segundo duas modalidades: transferência fundo a fundo e remuneração de serviços produzidos, que consistia no pagamento direto aos prestadores, públicos ou privados contratados e conveniados, em municípios que não estavam habilitados na gestão plena do sistema, pela apresentação de faturas utilizada em situações não atendidas pela modalidade de transferência “fundo a fundo”. Essas remunerações se destinavam ao pagamento de internações hospitalares, remuneração de procedimentos ambulatoriais de alto custo/complexidade, remuneração transitória por serviços produzidos, fatores de incentivo e índices de valorização.

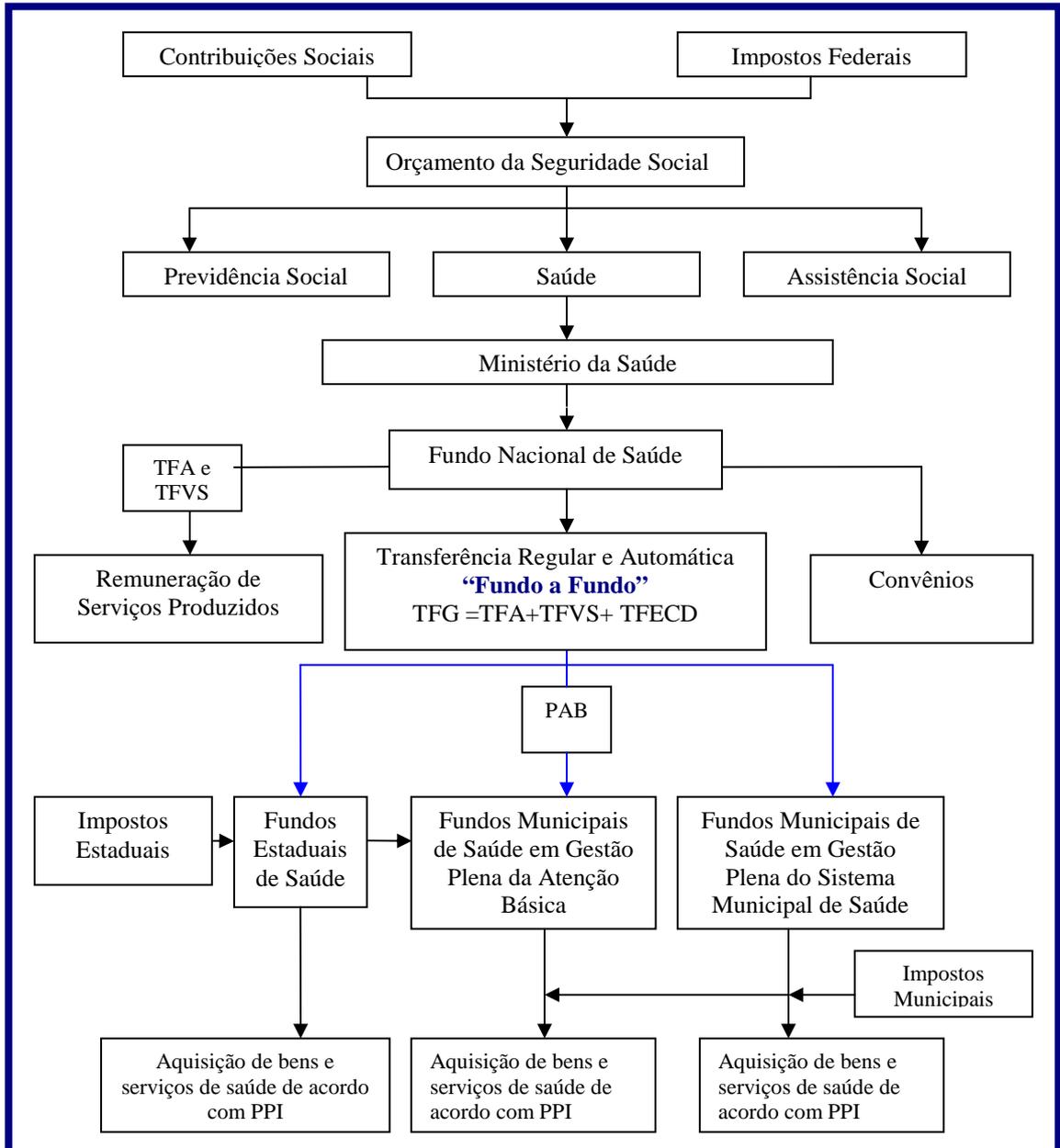
A modalidade “fundo a fundo” passou a ser subdividida em blocos e foi criado o Piso Assistencial Básico (PAB), definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município; o Incentivo ao Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários e uma fração da assistência especializada destinada ao financiamento de procedimentos ambulatoriais de média complexidade que compreendiam medicamentos e insumos excepcionais; órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio

(TFD). O estado poderia ainda receber um adicional de até 2% em seu TFA, correspondente ao Índice de Valorização de Resultados (IVR), segundo critérios a serem definidos a título de incentivo à obtenção de resultados de impacto sobre as condições de saúde da população.

O TFVS era integrado pelos recursos financeiros destinados ao custeio de ações e procedimentos de vigilância sanitária e também poderia ser executado segundo as modalidades de Transferência Regular e Automática e Remuneração de Serviços Produzidos. Na modalidade “fundo a fundo”, os recursos financeiros se subdividiam em Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA). O PBVS consistia nos recursos destinados ao custeio de procedimentos e ações básicas de vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal, e seu valor era definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município. O IVISA correspondia ao acréscimo de até 2% no TFVS do estado, transferidos ao fundo estadual de saúde, a título de incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população. A remuneração transitória por serviços produzidos era utilizada para pagamento direto às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, por serviços executados de competência exclusiva do Ministério da Saúde; e execução de ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizados ao Ministério da Saúde.

O TFECD era integrado pelos recursos financeiros destinados ao custeio de ações e procedimentos de epidemiologia e controle de doenças não contidas nos procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS. As ações e procedimentos cobertos pelo TFECD deviam ser formalizadas em ato do órgão competente do Ministério da Saúde, após negociação na CIT e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, podendo os valores envolvidos ser executados mediante a modalidade “fundo a fundo”, remuneração por serviços produzidos ou convênios. Além disso, a NOB/96 determinou que as transferências governamentais fossem sempre realizadas com contrapartida dos governos estaduais e municipais para cada repasse de recursos recebido, e as formas anteriores de gestão para habilitação dos municípios foram substituídas

A figura 3 apresenta, esquematicamente, o modelo de financiamento adotado no SUS após a regulamentação da NOB 01/96, que permaneceu até o final da década de 1990. Nele se enfatiza o repasse “fundo a fundo” com seus blocos de financiamento.



**Figura 3 - Modelo de financiamento no final da década de 1990**

Fonte: Autoria própria.

No período entre os anos de 2000 a 2005, os repasses fundo a fundo foram sendo fragmentados e vinculados a determinadas ações, de tal forma que restringiam o poder decisório de estados e municípios na livre condução da programação e gestão da saúde local, já que os recursos financeiros federais estavam praticamente vinculados a prioridades ministeriais. Essa fragmentação ficou conhecida como “caixinhas” do FNS.

O Teto Financeiro de Assistência à Saúde dos Estados e Distrito Federal passou a ser reorganizando em quatro áreas: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Gestão SUS e Vigilância em Saúde.

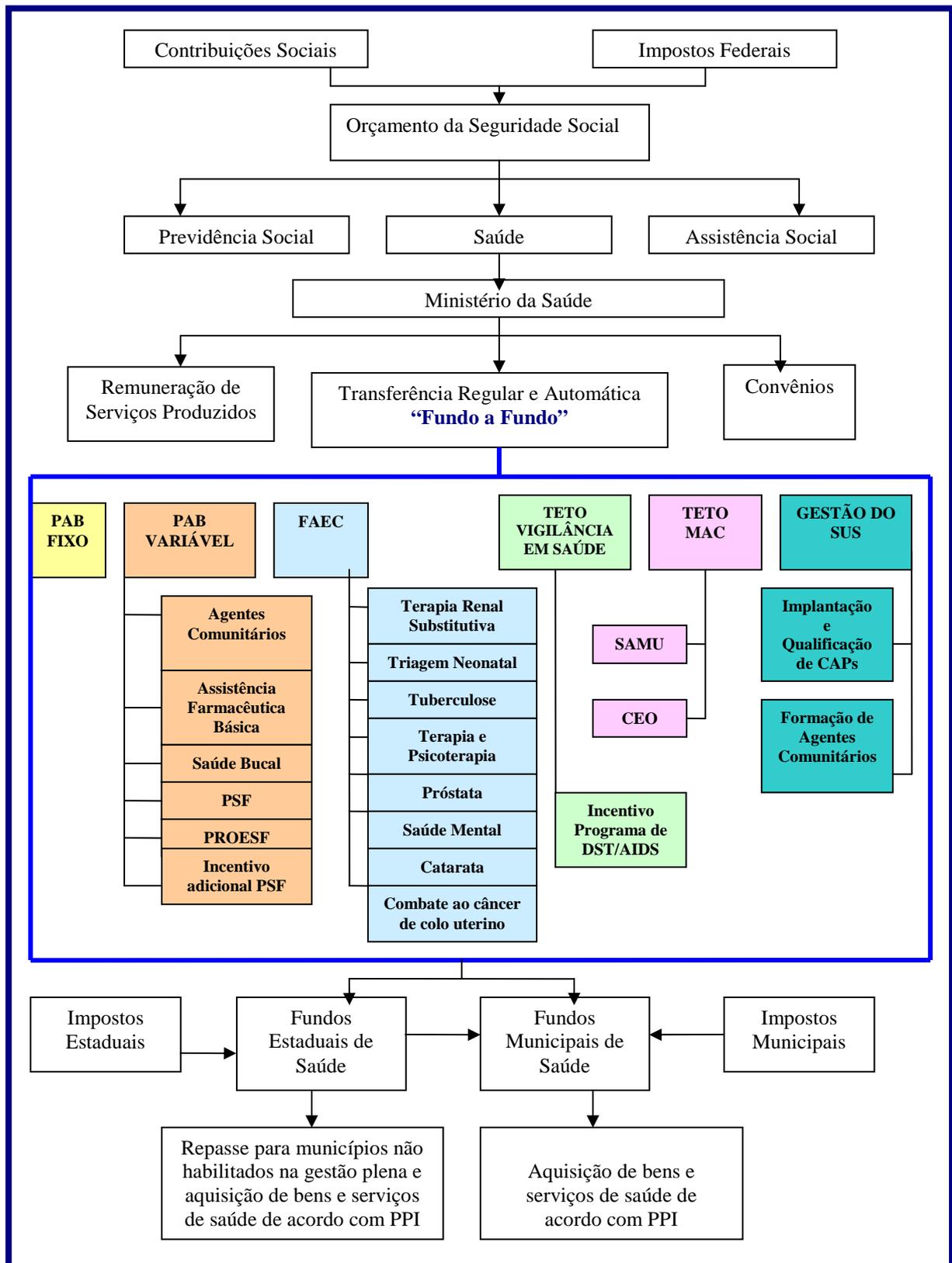
O Teto da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade agrupa os valores anteriormente definidos para a assistência ambulatorial de média e alta complexidade, assistência hospitalar, Câmara Estadual de Compensação, FIDEPS, Impacto das portarias de Gestante de Alto Risco, Urgência e Emergência, Neurocirurgia, UTI e para o cofinanciamento das unidades próprias dos estados, estabelecidos posteriormente e que passam a receber um valor global do Ministério da Saúde definido a partir da produção verificada.

O Teto Financeiro da Atenção Básica (TFAB) se subdivide em uma parte fixa de denominado PAB Básico, que passa a ser calculado a partir de um valor fixo estipulado, pelo Ministério da Saúde, per capita, e outra parte variável destinada ao estímulo a estratégias nacionais de reorganização do modelo de Atenção Básica em Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família e Saúde Bucal Básica.

A utilização dos componentes do PAB variável estava atrelada às ações estratégicas de Atenção Básica determinadas pelo Ministério da Saúde e só podiam ser utilizadas desde que estas estivessem explicitadas no Plano Municipal de Saúde, caso contrário seu uso era considerado irregular.

Na mesma época foi também criado, através da Portaria GM/MS nº 531, de 30/04/1999, o Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC). Sua finalidade era financiar os procedimentos de média e alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e os decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde, caracterizadas como políticas definidas em função das necessidades de grupos prioritários ou ampliação do acesso a determinados serviços. O repasse denominado Gestão Plena era a única parte dos recursos que os municípios e estados podiam utilizar mais livremente.

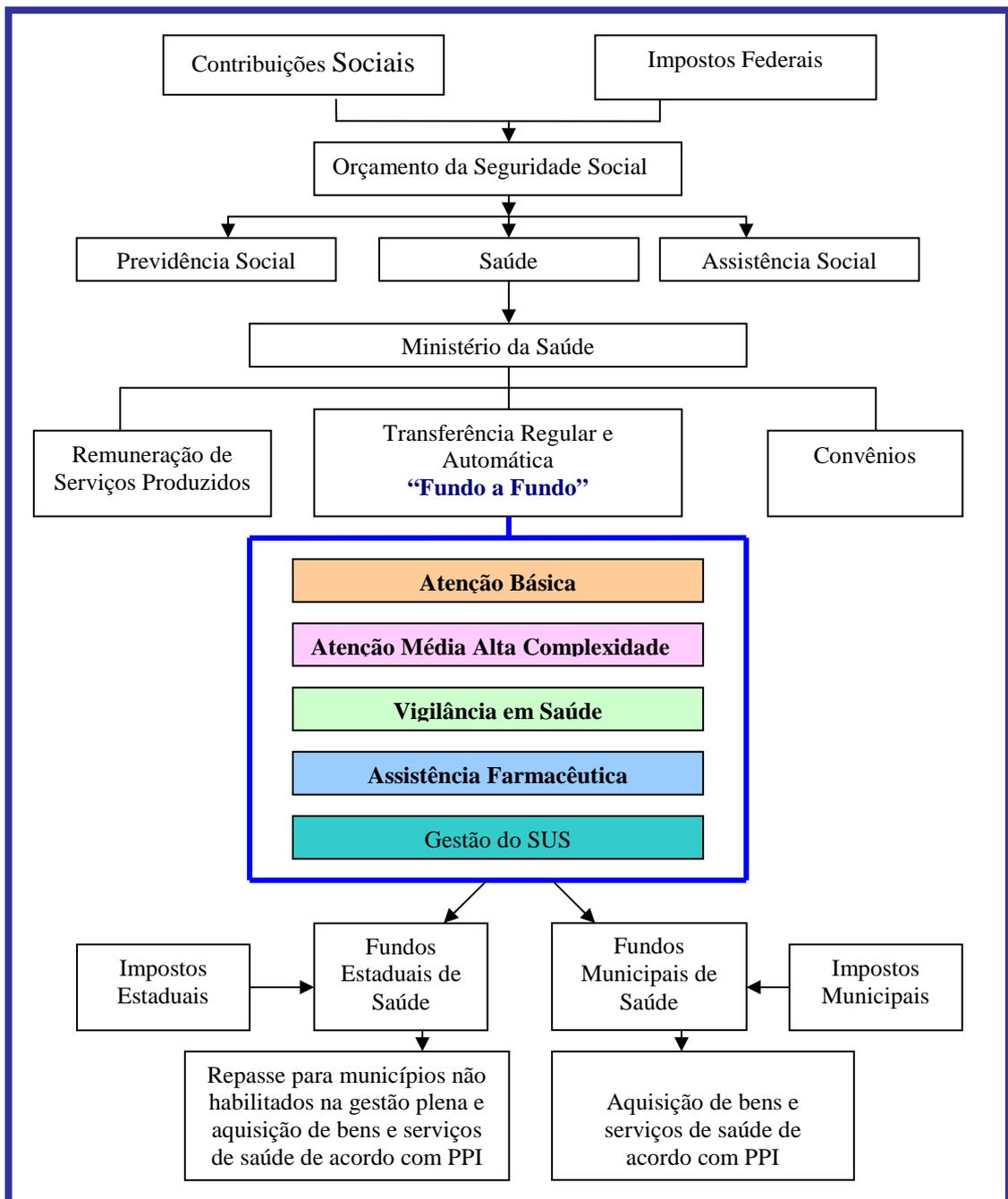
O repasse fundo a fundo se consolidou como a forma mais eficiente e a que mais concretizou os objetivos do SUS, porque envolveu a participação social no processo de definição de prioridades, permitindo identificar com mais precisão as necessidades de cada comunidade, reduzindo o desperdício, inibindo a fraude e aproximando os cidadãos dos gestores responsáveis. A figura 4 esquematiza essa fragmentação dos recursos federais e sua vinculação à ações determinadas como parte da Política Nacional de Saúde.



**Figura 4 - Modelo de financiamento entre os anos 2000 a 2005**

Fonte: Autoria própria.

Em fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) modificou a forma de alocação dos recursos de financiamento para o custeio do SUS na modalidade fundo a fundo, diminuindo a fragmentação dos sub-blocos de financiamento. Foram criados então cinco grandes blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, conforme mostrado na figura a seguir.



**Figura 5 - Modelo de financiamento a partir de 2006**

Fonte: Autoria própria

#### 1.4 Insuficiência de recursos públicos para o SUS

Em que pese o dever do Estado de garantir o acesso a serviços e ações de saúde, a demanda pelos mesmos é maior do que o sistema público pode suportar. Isso gera insatisfações tanto individuais quanto coletivas, que são constantemente denunciadas na imprensa falada, escrita e televisiva, e muitas vezes acabam por desaguar no Poder Judiciário. Este é chamado a intervir em impasses desta natureza para decidir se, nesse ou naquele caso, o ente público deveria ser obrigado a prestar o atendimento nos moldes dos pleitos formulados.

Por isso, inúmeras decisões judiciais vêm obrigando os entes governamentais a fornecerem determinados medicamentos, ou a executarem procedimentos médicos, cujos aportes financeiros para efetuar tais pagamentos trazem grande impacto econômico para a administração pública. Esta se vê obrigada a destinar recursos de determinados projetos, igualmente importantes para a sociedade, para cumprir as decisões judiciais, o que muitas vezes inviabiliza o planejamento e financiamento do SUS.

Salvo excessos cometidos pelo judiciário no sentido de obrigar o poder público a pagar por determinados procedimentos ou medicamentos em que há similaridade no SUS, o restante aponta que o sistema não está sendo capaz de oferecer a assistência integral à saúde a toda a população, como preconizado na CF 88.

Antes da instituição do SUS, na década de 1980, 70% dos atendimentos de saúde eram financiados com recursos públicos e apenas 9% pelos planos e seguros privados, sendo os 21% restantes financiados pelo desembolso direto do usuário. Nos anos de 2002 e 2003, a participação do setor privado estava em 24,9%, enquanto o financiamento público respondia por 43,8% dos gastos com saúde e o desembolso direto foi de 31,2%.

Pesquisa realizada pelo IBGE com relação aos percentuais de gastos dos orçamentos familiares demonstrou que no ano de 2009 a população utilizou 5,5% de seu orçamento familiar em despesas com assistência à saúde. No entanto, a composição desse gasto difere entre as classes socioeconômicas. Para a classe que recebe até R\$ 830,00 mensais, os gastos com medicamentos chegam a 4,2% do orçamento familiar, ou seja, correspondem a 76,4% dos gastos com saúde e os gastos com planos de saúde alcançam 0,3%. Na classe oposta, com rendimentos acima de R\$ 10.375,00, o percentual do orçamento familiar é de 1,9% com medicamentos e 2,4% com planos de saúde.

Esses dados nos levam a crer que a população com renda menor é mais frequentemente usuária do sistema público de saúde e por ter menos acesso à prestação de serviços em saúde, quando chega ao sistema, as patologias já estão instaladas. Assim, necessita de um arsenal terapêutico que nem sempre é conseguido gratuitamente, o que leva ao desembolso direto de seus orçamentos familiares. Já a população que gasta mais com planos de saúde tem um desembolso menor com medicamentos, provavelmente pelo acesso mais precoce aos serviços de saúde.

O sistema de saúde brasileiro não difere do sistema dos países ricos, nos quais, com exceção dos Estados Unidos, dominam a cobertura universal, o financiamento público e a organização da política de saúde sob a forma de um sistema nacional de saúde. No entanto, o recurso gasto no setor privado aparece como forma de complementar à cobertura estatal, que é em geral bastante ampla e satisfatória (DAIN, 2007). Observa-se ainda, nesses países, que o gasto per capita com saúde é bem maior que o brasileiro na maioria desses países.

Para se fazer comparações de valores gastos, a utilização do dólar americano não é adequada, pois essa moeda não tem o mesmo poder de compra em todos os países. Por isso, é preciso adotar o US\$ ONU ou dólar internacional, que possui um padrão de paridade. Utilizando essa moeda como referência, constata-se que o Brasil gastou em 2009, US\$ ONU 433 per capita, enquanto a média gasta por outros países é de US\$ ONU 2.370.

Se for utilizado o raciocínio do percentual do PIB em substituição ao do valor monetário como parâmetro, observa-se que países como Austrália, Áustria, Alemanha, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Irlanda, Itália, México, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia e Inglaterra têm um gasto médio de 9,7% do PIB, enquanto o Brasil gasta em torno de 8,4% do PIB.

Levando-se em consideração apenas o grau de participação público e privado com saúde, a comparação entre Brasil e outros países não é das mais favoráveis. Países como Reino Unido, Alemanha, Canadá, França, Holanda, Itália e Suécia têm mais de 75% de seus gastos com saúde no setor público, enquanto no Brasil somente 41,6% dos gastos com saúde são do setor público, contra 58,4% gastos no setor privado. Se for considerada ainda a situação socioeconômica da população brasileira em relação à situação das populações desses países, pode-se concluir que o cenário ainda é pior, visto que a maioria da população brasileira é SUS-dependente. A tabela a seguir ilustra o cenário desta relação público-privado em saúde em alguns dos principais países.

**Tabela1 - Países selecionados segundo a participação público-privada em relação aos gastos com saúde em 2007**

<b>País</b>	<b>% Público</b>	<b>% Privado</b>
Alemanha	76,9	23,1
Austrália	67,5	32,5
Brasil	41,6	58,4
Canadá	70,0	30,0
França	79,0	21,0
Holanda	82,0	18,0
Itália	76,5	23,5
Reino Unido	81,7	18,3
Suécia	81,7	18,3
Suíça	59,3	40,7
USA	45,5	54,5

Fonte: World Health Report (2010).

Outra questão a ser considerada é a extensão geográfica do Brasil. Nesse sentido, comparou-se a situação brasileira com a de países cuja área é acima de 7.000Km<sup>2</sup>, e o cenário encontrado é apresentado no quadro a seguir.

**Tabela 2 - Gasto nacional em saúde: percentual do PIB, em per capita e participação público privado: estimativas para 2007**

<b>País</b>	<b>%PIB</b>	<b>Per Capita*</b>	<b>% Público</b>	<b>% Privado</b>	<b>Área em Km<sup>2</sup></b>
Austrália	8,9	3.357	67,5	32,5	7.687
Brasil	8,4	837	41,6	58,4	8.512
Canadá	10,1	3.900	70,0	30,0	9.976
China	4,3	233	44,7	55,3	9.561
Rússia	5,4	797	64,2	35,8	17.075
USA	15,7	7.285	45,5	54,5	9.373

Fonte: World Health Report (2010).

\* Em dólares internacionais

Nessa comparação, o Brasil se encontra em situação intermediária, pois apresenta melhores resultados que a China e a Rússia, mas o gasto per capita nos países mais desenvolvidos é muitas vezes superior ao do Brasil.

Outro importante fator a ser considerado é a porta de entrada no sistema, que, segundo a CF, deve ser universal. Considerando que a Atenção Primária, ou Básica, é o nível de complexidade em saúde que orienta o sistema e sua porta de entrada, deveria haver elevada cobertura desse nível assistencial. No entanto, até fevereiro de 2012, a cobertura em todo o território nacional era de 58,86% (BRASIL-MS, 2012), significando que pouco mais da metade da população tem acesso ao sistema público por esse nível de atenção. Poderia-se supor, então, que equivocadamente, a porta de entrada no sistema esteja sendo realizada pela média e alta complexidade, mas o elevado número de decisões judiciais que obriga o Poder Público a realizar ações de média e alta complexidade elimina tal possibilidade.

Pelos motivos expostos, pode-se concluir que o SUS não tem recursos suficientes para cumprir o exigido pela Constituição Federal, qual seja, acesso universal e integral à saúde. E se o recurso é escasso, torna-se imperioso que a gestão seja a mais qualificada possível, a fim de minimizar esta insuficiência e otimizar os resultados, e que o incremento dos recursos financeiros para o SUS venha junto com mudanças que permitam alinhar os incentivos econômicos com os objetivos sanitários.

## **1.5 Gestão financeira do SUS**

As transferências de recursos destinados a financiar ações e serviços públicos de saúde são realizadas diretamente aos Fundos de Saúde, unidades gestoras de orçamento de forma regular e automática, em conformidade com as diretrizes da EC nº 29/2000, do Decreto nº 1.232/94, da Lei nº 8080/90, da Lei nº 8.142/90 e da Lei Complementar nº 141/12.

Os recursos são depositados em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

As normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo estão dispostas na Lei Complementar nº 141 (LC 141/12), que assim se refere à questão:

O repasse dos recursos para ações e serviços de saúde será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde. (Art. 10 da LC 141/12).

O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito: à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar; às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; à aplicação dos recursos vinculados ao SUS; à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde (Art. 38, incisos I a VI da LC 141/12).

Fica claro, portanto, que para o recebimento dos repasses financeiros para a saúde há necessidade da instituição do Fundo de Saúde e do Conselho de Saúde em cada ente da federação. A Lei Complementar nº141/12 ainda vincula o recebimento desses recursos à elaboração de Plano de Saúde (Art. 22 da LC 141/12).

A instituição de Fundo de Saúde depende de autorização legislativa (Inciso X do Art. 67 da CF) e a lei de instituição do fundo deve prever a gestão diretamente ao Secretário de Saúde, caracterizando a unicidade da direção do SUS em cada esfera de governo, conforme preceitua a Lei nº 8080/1990, que estabelece como gestores da saúde o Ministro da Saúde, na União, e nas demais instâncias, os Secretários de Saúde. Deve também ressaltar o papel do Conselho de Saúde como órgão acompanhador e fiscalizador dos recursos do fundo e prever a obrigatoriedade e periodicidade da prestação de contas, observando as diretrizes da Lei nº. 4.320/1964, da Lei nº. 8689/1993, do Decreto nº. 1.651/1995 e da Lei Complementar 141/2012, que determinam que a comprovação da aplicação dos recursos deva ser apresentada ao Conselho Municipal, Assembleia Legislativa e aos Tribunais de Contas Estaduais.

A lei ou decreto regulamentador de criação do fundo de saúde, dada a complexidade do subsistema, deve indicar também que o fundo seja dotado de autonomia administrativa e financeira, dispondo para tanto de uma estrutura mínima, além de especificar a destinação do saldo apurado em balanço final.

Para auxiliar estados, municípios e Distrito Federal na tarefa da instituição de seus fundos de saúde, em 2003, o Ministério da Saúde elaborou um manual de gestão financeira do SUS, orientando o encaminhamento legal e administrativo. Quanto ao encaminhamento legal, os gestores devem explicitar suas responsabilidades no projeto de lei a ser votado no Legislativo, sendo necessário considerar:

[...] os objetivos do fundo; todas as receitas que integrarão os ativos do fundo; a destinação ou campo de aplicação dos seus recursos; a responsabilidade legal pela administração e pela fiscalização do fundo; o atendimento a todas as determinações legais, tais como: dispor de orçamento, fazer relatórios e balanços mensais, e juntar todos estes dados à contabilidade geral do Município/Estado ou Distrito Federal. (BRASIL/FNS, 2003, p.33).

No que diz respeito à autonomia administrativa e financeira dos fundos os gestores devem: identificar o gestor do fundo de saúde; distinguir os recursos destinados ao fundo de saúde no orçamento do Município, Estado ou Distrito Federal; submeter os demonstrativos de receitas e despesas do fundo à aprovação do Conselho de Saúde; gerir os recursos provenientes dos programas e incentivos do SUS, de convênios, de contrapartida e de doações, conforme sua destinação e; destinar e disponibilizar os recursos previstos na EC nº 29/2000 para o atendimento das ações e serviços públicos de saúde. (BRASIL/FNS, 2003, p.33).

No que diz respeito à organização estrutural dos fundos municipais de saúde, não há uma estrutura organizacional previamente definida. Todavia, certos princípios básicos de organização financeira são aplicáveis em todos os casos, não importando a estrutura organizacional adotada. Especificamente, a estrutura organizacional deve estabelecer linhas nítidas de autoridade e responsabilidade, possibilitar uma autonomia de funcionamento, demarcar responsabilidades, assegurar que um indivíduo não seja responsável perante mais de uma pessoa e estabelecer amplitudes adequadas de controle (COUTTOLENC, 1998).

Tradicionalmente, divide-se a área financeira de acordo com as funções mais importantes e/ou a natureza dos instrumentos que ela comporta. Dessa forma, é comum a área financeira estar estruturada em torno de algumas ou todas as seguintes funções: planejamento, orçamento, contabilidade, tesouraria, controle e avaliação, auditoria e custos. No entanto, todas as prefeituras e secretarias municipais da Saúde, sem exceção e qualquer que seja seu porte, são obrigadas a cumprir as normas gerais de direito financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços (ANGÉLICO apud COUTTOLENC, 1991).

São responsabilidades do administrador financeiro: obter e manejar fundos, administrar os bens ativos da instituição, determinar o volume total de capital a ser mobilizado, alocar esse capital eficientemente entre os vários ativos e obter uma estrutura financeira adequada às necessidades e características da instituição. Couttolenc propõe a seguinte estrutura mínima para as Secretarias Municipais de Saúde, de acordo com o porte apresentado conforme apresentado no quadro 1.

<b>PERFIL/ PORTE</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DA SMS</b>	<b>UNIDADES FINANCEIRAS SUGERIDAS</b>	<b>QUADRO DE FUNCIONÁRIOS</b>
Pequeno/ Simples	Poucas unidades públicas (<10) Poucos serviços contratados (<5) Orçamento pequeno (< 0,5 milhão/mês) Pouca autonomia de gestão Baixa capacidade gerencial	Contabilidade/ orçamento Tesouraria/despesa Controle e avaliação	2 2 2
Médio	Várias unidades públicas (10 a 25) Vários serviços contratados (5 a 25) Alguma autonomia de gestão Orçamento médio (de 0,5 a 5 milhões/mês) Alguma capacidade gerencial	Planejamento/orçamento Contabilidade/custos Tesouraria/despesas Controle e avaliação	2 3 3 6
Grande/ complexo	Muitas unidades públicas (> 25) Muitos serviços contratados (> 25) Grande autonomia de gestão Orçamento importante (> 5 milhões/mês) Capacidade gerencial desenvolvida	Planejamento/orçamento Contabilidade Custos Tesouraria/despesas Controle e avaliação	3 4 3 4 10

**Quadro 1 - Estruturas da área financeira para Secretarias Municipais de Saúde**

Fonte: Couttolenc & Zucchi (1998, p. 21).

Os Fundos de Saúde são considerados pela Lei nº 4.320/64 como fundos especiais, pois suas receitas são especificadas e vinculadas à realização de objetivos e serviços determinados – no caso, as ações e serviços públicos de saúde. Como fundos especiais, seus recursos não podem ser destinados a outra atividade que não a área da saúde (Art. 71 da Lei nº. 4.320/64). Sendo ainda fundos de natureza meramente contábil, necessitam de inscrição própria no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica, não podendo funcionar vinculados à inscrição das prefeituras, de acordo com a Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1.005/2010 e a Lei Complementar nº. 141/12, que dispõe o seguinte no inciso X do Art. 11:

Os fundos públicos de natureza meramente contábil, como são os Fundos de Saúde, são obrigados a se inscrever no CNPJ e essa inscrição só pode ser feita na condição de matriz, não sendo possível a inscrição de um fundo público na condição de filial do órgão a que está vinculado em face do princípio do CNPJ que não permite que matriz e filiais de uma entidade tenham Natureza jurídica diferentes. (LEI COMPLEMENTAR nº. 141/12).

A instituição de Fundos de Saúde de modo independente se baseia na necessidade de dar à saúde transparência na administração financeira. Se os recursos estão em um único local, apartados dos recursos gerais da administração municipal, estadual ou federal, haverá melhores condições de controle institucional e social para que não sejam utilizados em nenhuma outra área e tenham o melhor uso possível.

Acompanhar a gestão financeira do SUS, de forma transparente, tornando pública a informação da execução orçamentária e a aplicação de recursos próprios em saúde, como determina a CF, de forma a também verificar o cumprimento dos percentuais estabelecidos na EC 29 em um país com milhares de entes federados com autonomia política, administrativa e financeira, não é uma tarefa fácil. Até o final da década de 1990, esse acompanhamento era feito pelo IBGE e IPEA através de amostragem que contava com a representação de 250 municípios, e no caso dos estados ainda era possível realizar estudos a partir de seus Balanços Gerais, muito embora houvesse dificuldades decorrentes também da falta de padronização dos detalhamentos contábeis publicados (BENEVIDES, 2010).

A ideia de criar um sistema que disponibilizasse informações sobre despesas em saúde de todos os entes federados surgiu no Conselho Nacional de Saúde em 1993, mas por diversas razões a coleta de dados através de planilhas eletrônicas não logrou êxito, pois muitas das planilhas chegavam corrompidas nos disquetes. A falta de padronização dos registros comprometia a qualidade e, conseqüentemente, a veracidade das informações.

Somente em 2000 foi instituído, através da Portaria Conjunta MS/PGR nº 1.163/2000, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com o objetivo de apurar as receitas totais e as despesas em ações e serviços públicos de saúde que utilizavam software desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com distribuição pela internet (BENEVIDES, 2000).

O preenchimento foi opcional até o sistema de coleta de dados anual de 2008, quando a Lei Complementar nº 131/2009 incrementou o grau de transparência das informações e estabeleceu a obrigação de liberação ao pleno conhecimento e acompanhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira em meios eletrônicos de acesso público, bem como adoção de sistema integrado de administração financeira e controle, atendendo ao padrão mínimo de qualidade estabelecido pelo Poder Executivo da União. A partir de 2009, o preenchimento passou a ser obrigatório por estados e municípios, e a partir do exercício 2013, em decorrência da publicação da Lei Complementar nº 141/2012, o registro de dados passou a ser obrigatório inclusive para a União.

Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas por estados, municípios e União, além de conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda.

As informações prestadas são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado, sendo inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema, através da internet, gerando indicadores de forma automática. Um dos indicadores gerados é o do percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que demonstra a situação relativa ao cumprimento da Constituição Federal, com base nos requisitos da LC n°.141/2012, que regulamentou a EC 29.

Outro importante aliado como instrumento de gestão do financiamento do SUS é o Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), utilizado para registro contábil, acompanhamento e controle da execução orçamentária, financeira e patrimonial do governo federal. O sistema foi desenvolvido e é mantido pelo Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO), a pedido da Secretaria do Tesouro Nacional. Seus principais objetivos são: prover mecanismos adequados ao controle diário da execução orçamentária, financeira e patrimonial aos órgãos da Administração Pública; fornecer meios para agilizar a programação financeira, otimizando a utilização dos recursos do Tesouro Nacional, através da unificação dos recursos de caixa do governo federal; permitir que a contabilidade pública seja fonte segura e tempestiva de informações gerenciais destinadas a todos os níveis da Administração Pública Federal; padronizar métodos e rotinas de trabalho relativas à gestão dos recursos públicos, sem implicar rigidez ou restrição a essa atividade, uma vez que ele permanece sob total controle do ordenador de despesa de cada unidade gestora; permitir o registro contábil dos balancetes dos estados e municípios e de suas supervisionadas; permitir o controle da dívida interna e externa, bem como o das transferências negociadas; integrar e compatibilizar as informações no âmbito do governo federal; permitir o acompanhamento e a avaliação do uso dos recursos públicos; e proporcionar a transparência dos gastos do governo federal.

Os setores do MS responsáveis pela execução orçamentária e financeira, principalmente o FNS e a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, trabalham com uma série de sistemas internos e planilhas eletrônicas que organizam as informações disponíveis no SIAFI do ponto de vista das políticas estabelecidas pelo MS e de seus processos de trabalho. Entre esses sistemas estão o Sistema de Pagamentos do FNS (SISPAG - Sistema de Transferências Fundo a Fundo) e o Sistema de Convênios do Governo Federal (SICONV).

De acordo com a Secretaria do Tesouro Nacional (STN), o Brasil tem hoje 85% de suas prefeituras impedidas de celebrar convênios com a União em razão de inadimplência no Cadastro Único de Convênios (CAUC), sendo a falta de apresentação de relatórios o principal impedimento (SRI, 2013). A publicação dos relatórios está prevista na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), cujo artigo 51 estabelece o prazo de até 30 de junho de cada

ano, para que o Poder Executivo da União promova a consolidação das contas de todos os entes da Federação relativas ao ano anterior, e sua divulgação, inclusive por meio eletrônico de acesso público.

Para a Ministra-Chefe da Secretaria de Relações Institucionais (SRI), Ideli Salvati, esse percentual alto de inadimplência junto ao CAUC demonstra que os problemas financeiros dos municípios podem estar relacionados à dificuldade de gestão (SRI, 2013).

As transferências constitucionais legais, como é o caso do repasse fundo a fundo da saúde, não estão sujeitas às normas do CAUC e, sim, apenas as transferências voluntárias como são os convênios, mas em relação à obrigatoriedade de apresentação de relatórios de prestação de contas, pelos fundos de saúde, a Lei Complementar n.º 141/2012 é clara e dispõe o seguinte:

O gestor do Sistema Único de Saúde em cada ente da Federação elaborará Relatório, detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações: I- montante e fonte de recursos aplicados no período; II- auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações; III- oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação,

O Relatório Anual de Gestão (RAG), portanto, é de apresentação obrigatória e constitui instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, de comprovação da execução do Plano de Saúde, além de servir como instrumento para orientar as ações de auditoria, fiscalização e controle.

A Portaria n.º 3.176/GM/MS, republicada em 11 de janeiro de 2010, em seu Artigo 6º, determinava os seguintes elementos constitutivos do RAG: objetivos, diretrizes e metas do Plano de Saúde; recursos orçamentários previstos e executados; observações específicas relativas às ações programadas; análise de execução da Programação Anual de Saúde (PAS), a partir das ações e metas e recomendações para a PAS do ano seguinte e eventuais ajustes no Plano de Saúde vigente.

A elaboração do RAG, desde 2010, utiliza a ferramenta eletrônica “Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão” (SARGSUS) desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, que deve ser enviado, para apreciação, ao Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao ano de execução financeira.

## 2 A REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

### 2.1 Considerações iniciais

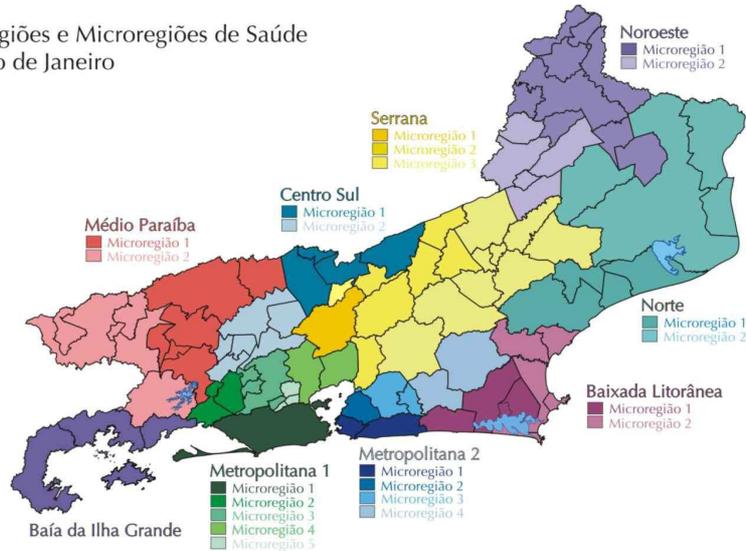
A Região Metropolitana do Rio de Janeiro, primeira do estado, foi criada na década de 1970. Foi instituída pela Lei Complementar nº 20, de 1º de julho de 1974, a mesma que também instituiu a fusão dos antigos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara. É a segunda maior área metropolitana do Brasil, com população menor apenas que a Região Metropolitana de São Paulo, sendo a terceira da América do Sul e 20ª maior do mundo (ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2012).

Em 2001, o Estado do Rio de Janeiro elaborou um Plano Diretor de Regionalização (PDR) que distribuiu os 92 municípios do estado em oito regiões geopolítico-administrativas subdivididas em microrregiões e módulos assistenciais. Ficaram definidas as seguintes regiões para o estado: Metropolitana, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense, Serrana, Baixadas Litorâneas, Médio Paraíba, Centro Sul Fluminense e Costa Verde (ESTADO DO RIO DE JANEIRO – PDR, 2001).

No âmbito da Saúde, o desenho proposto neste mesmo PDR e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite, em 18 de outubro de 2001, e pelo Conselho Estadual de Saúde, em 07 de dezembro de 2001, foi o de nove regiões, uma a mais do que as regiões político-administrativas porque a Região Metropolitana foi subdividida em duas regiões de saúde: a Metropolitana I e a Metropolitana II, devido ao grande contingente populacional, capacidade instalada e acesso. As nove regiões de saúde do ERJ ficaram então assim definidas: Norte; Noroeste; Serrana; Centro Sul; Média Paraíba; Baía da Ilha Grande; Metropolitana I; Metropolitana II e Baixada Litorânea.

A figura a seguir mostra a conformação do desenho das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

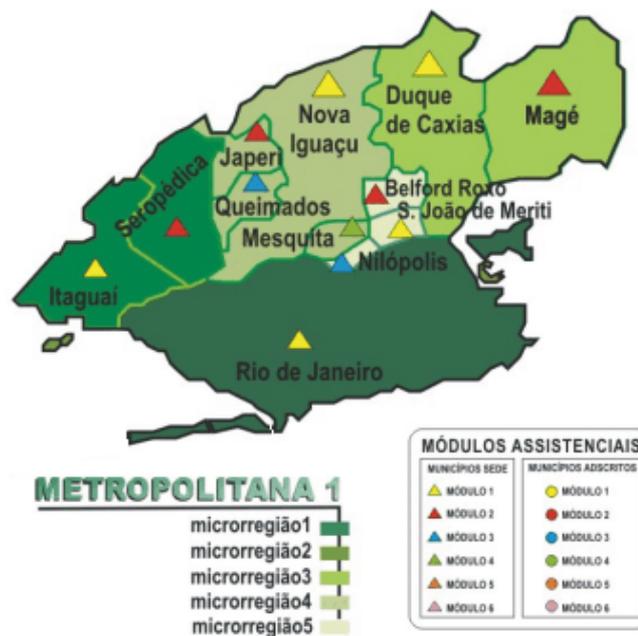
Regiões e Microregiões de Saúde  
Rio de Janeiro



**Figura 6 - Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro**

Fonte: Fundação CIDE/Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro.

A Região Metropolitana I (RMI), área desta pesquisa, é constituída pela capital do estado e mais 11 municípios pertencentes à chamada Baixada Fluminense. Os municípios que a compõem são: Belford Roxo; Duque de Caxias; Itaguaí; Japeri; Magé; Mesquita; Nova Iguaçu; Nilópolis; Queimados; Rio de Janeiro; São João de Meriti e Seropédica conforme mostrado na figura 7.



**Figura 7 – Municípios que constituem a Região Metropolitana I do ERJ**

Fonte: Fundação CIDE/Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro

A RMI possui uma ampla malha rodoviária e ferroviária que possibilita o deslocamento de sua população intra regionalmente e entre as regiões de saúde com as quais mantém limites geográficos o que possibilita receber, frequentemente, população destas outras regiões que buscam na RMI atendimento à saúde.

A distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos, a crescente demanda por habitações, acompanhada do aumento de submoradias e da expansão de favelas, a intensa degradação ambiental e o esgotamento dos recursos naturais, a marginalidade, o desemprego, a exclusão social e a capacidade instalada para assistência à saúde são características desta região. Essa desigualdade tem origem histórica, para alguns, iniciada com a fusão do Estado da Guanabara e antigo Estado do Rio de Janeiro, em 1975. Passados quase 40 anos este ainda continua sendo um tema polêmico, mas sem dúvida importante na compreensão das características do Estado e, principalmente, da RMI de cuja cidade do Rio de Janeiro faz parte.

## **2.2 História da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro**

A cidade do Rio de Janeiro é uma das mais antigas do país. Fundada em 1565, teve crescimento lento até a descoberta das jazidas de Minas Gerais, nos fins do século XVII quando toda a produção de ouro e diamantes passou a ser escoada pelo porto do Rio de Janeiro. A cidade, então, teve acentuado crescimento econômico e populacional em função dessa importante atividade portuária, que acabou sendo decisiva na transferência, em 1763, da capital do Brasil de Salvador para o Rio de Janeiro.

A vinda da corte portuguesa para o Brasil, instalando-se na cidade do Rio de Janeiro, foi outra grande alavanca no crescimento da cidade. A cidade assume o status de sede de uma monarquia europeia e capital de um império colonial. Os portugueses transmigrados com a Corte manifestavam sua intenção de permanecer no país concretizando-a sob a forma de investimentos em obras públicas, em atividades mercantis e na compra de terras (DIAS, 2005). A população da cidade cresceu consideravelmente, não apenas pelo grande número de pessoas vindas de Portugal junto com a Corte, mas também pelo expressivo contingente de comerciantes estrangeiros, sobretudo ingleses, que aqui se estabeleceram a partir da abertura dos portos decretada por D. João, ainda em 1808.

Com a decadência da produção aurífera o café, passou a assumir a principal função na economia brasileira e a Província do Rio de Janeiro tornou-se a maior produtora de café do país. Os cafezais ocupavam todo o Vale do Paraíba, estendendo-se até o litoral. Ao mesmo tempo, o cultivo da cana de açúcar foi retomado, principalmente em Campos dos Goitacases, onde os engenhos primitivos deram lugar a grandes e prósperas usinas. Até meados da década de 1870, a aristocracia cafeeira do Rio de Janeiro dominou o país, pois a província era responsável por 60% da produção nacional. Com o esgotamento das terras e a expansão do café para o Espírito Santo e São Paulo, a economia local começou a entrar em declínio (LINHARES, 2013). Em 1834, com o Ato Adicional promulgado pelo Governo Regencial, foi criado o Município Neutro e a Cidade do Rio de Janeiro ficou separada do restante da Província do Rio de Janeiro.

As províncias tornam-se estados com a Proclamação da República, em 1889, e o Estado do Rio de Janeiro passou a ter por capital Niterói, enquanto a cidade do Rio de Janeiro ganhou o status de Distrito Federal (BRASIL, 1891) e se beneficiou das rendas federais que para ela convergiram, além da arrecadação dos tributos de natureza estadual e municipal.

O processo de industrialização que atingiu o país durante os anos da 2ª Guerra Mundial orientou a implantação progressiva das indústrias, modificando a imagem de um país predominantemente agrícola e rural para um país urbano-industrial, cabendo à Região Sudeste, principalmente os estados de São Paulo e Rio de Janeiro, papel concentrador. A área da região fluminense mais beneficiada é a cidade do Rio de Janeiro, e posteriormente o Vale do Paraíba, com a implantação da siderúrgica de Volta Redonda.

A qualidade de centro político, econômico, administrativo e financeiro fez com que a prestação de serviços à população se tornasse o setor de maior participação na geração de riqueza interna para a cidade do Rio de Janeiro (BRASILEIRO, 1979). Em 1959, a cidade do Rio de Janeiro tinha uma participação na renda interna do país de 12,5%, enquanto o Estado do Rio de Janeiro tinha participação de 4,5% (BRASILEIRO, 1979, p.24).

Com a mudança da capital para Brasília, em 1960, a cidade do Rio de Janeiro se transformou em Estado da Guanabara e sofreu um esvaziamento econômico, já que sua economia estava fortemente alicerçada no setor de serviços, que sofreu grande impacto com a transferência de órgãos da administração federal. A desaceleração econômica durou até o começo da década de 1970, quando a economia da Guanabara começou a se recuperar. Em 1973, a situação econômica dos estados da Guanabara e Rio de Janeiro era a seguinte, conforme descrito por Brasileiro:

A Guanabara apresentava índices de participação no produto interno bruto duas vezes superiores aos do Estado do Rio de Janeiro; participava em três vezes mais do que ele no valor da produção do setor de serviços. Perdia na produção agrícola e ganhava na produção industrial. (BRASILEIRO, 1979, p.34).

Desde 1964, o país vivia sob o regime da Ditadura Militar num quadro de bipartidarismo, em que o Movimento Democrata Brasileiro (MDB) representava a oposição possível, e a Aliança Renovadora Nacional (Arena) representava o governo. Na década de 1970, tanto no senso comum quanto entre os políticos de oposição ao regime militar, consolidou-se a interpretação segundo a qual a fusão entre o Estado da Guanabara e o Estado do Rio de Janeiro teria como objetivo maior domesticar a seção carioca do MDB (FERREIRA, 2006). O Estado da Guanabara exercia forte influência de oposição ao governo, pois seu governador, Chagas Freitas, eleito indiretamente em 1970, controlava não só o Executivo, mas também a bancada do MDB na Assembleia Legislativa e mais da metade dos representantes cariocas na Câmara dos Deputados.

Em 1974, com a proximidade de novas eleições e a preocupação de vitória do MDB, a fusão da Guanabara com o Rio de Janeiro, governado pela Arena, seria certamente o caminho mais seguro para se alcançar esse resultado. Esta não era uma ideia nova: desde o final da década de 1950, quando o Rio de Janeiro se preparava para deixar de ser a capital do país, tal possibilidade já vinha sendo discutida no Congresso, principalmente para favorecer o setor industrial, que já não conseguia mais se expandir na cidade do Rio de Janeiro. Agora a proposta vinha do Executivo, chefiado por um presidente militar que não se preocupou em ouvir opiniões (FERREIRA, 2006). O próprio presidente em exercício, general Ernesto Geisel, declarou quando perguntado sobre a fusão:

Isso já estava nas minhas cogitações antes de assumir a presidência da República. Já era um assunto que se analisava e desde então foi acertado. [...] Estudou-se como se tinha de fazer e preparou-se a legislação. Reclamam de eu não ter feito um plebiscito. Ia ser dispendioso e eu não pretendia mudar minha opinião. (D'ARAUJO; CASTRO (1997. p. 385) apud FERREIRA, 2006, p.175).

Mas a Exposição de Motivos que o Executivo apresentou apresentava como principais objetivos: (a) consolidar um polo de desenvolvimento poderoso no Rio de Janeiro, a ser obtido pela integração política e econômica dos dois Estados; (b) viabilizar a Região Metropolitana pela eliminação da barreira político-institucional que separa a cidade do Rio de Janeiro dos demais municípios vizinhos situados no Estado do Rio de Janeiro; e (c) possibilitar maior equilíbrio federativo, pela criação de um Estado politicamente forte que dividirá com São Paulo a liderança no quadro nacional.

Dessa forma, em 12 de julho de 1974, a Lei Complementar nº. 20, implantada a partir de 1º de março de 1975, unificou a Guanabara e o Estado do Rio de Janeiro, tornando também aplicáveis ao Grande Rio os princípios gerais que regem a organização e funcionamento das regiões metropolitanas do país já instituídos na Lei Complementar nº 14, de 1973, na qual essa região não estava contemplada.

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro passou a ser constituída por 14 municípios: a cidade do Rio de Janeiro e 13 municípios do antigo Estado do Rio de Janeiro. As diferenças eram então marcantes: a cidade do Rio de Janeiro era responsável por 73% do valor da produção industrial, abrigava 65% da população economicamente ativa e detinha uma das maiores rendas per capita do país. Já na periferia metropolitana, os outros 13 municípios enfrentavam há muito tempo problemas decorrentes da absorção de fluxos migratórios.

Em linhas gerais, desde a segunda metade do século XX, a Baixada Fluminense vem exercendo papel de periferia e área de expansão da cidade do Rio de Janeiro. O grande fluxo de migrantes em direção ao Rio de Janeiro, principalmente nordestinos, após a década de 1950, em busca de melhores condições de vida e oportunidades de trabalho promovidas pela industrialização gerou a ocupação da periferia, já que a cidade do Rio de Janeiro não apresentava capacidade suficiente nem planejamento para absorver esse contingente populacional. Além disso, o alto custo da moradia imposto pelo mercado imobiliário da capital excluía a população de baixa renda, restando a ela procurar as áreas periféricas localizadas mais próximas ao Rio de Janeiro que foram transformadas em cidades dormitórios.

É nesse cenário, portanto, que a Baixada Fluminense se insere como área de expansão do Rio de Janeiro, apresentando a proliferação de loteamentos com baixo custo da moradia e carência de infraestrutura na sua grande maioria. Ferreira complementa a questão afirmando:

Os governos locais refletem o estado de subdesenvolvimento da região. Carentes de recursos e de capacidade administrativa encontram-se totalmente impossibilitados de fazer face aos problemas. [...] No caso da região metropolitana, principalmente, quando os governos municipais não podem por si próprios se desincumbir a contento da prestação dos serviços básicos – o que acarreta sérios danos para toda a comunidade – surge a necessidade de organizar a prestação de serviços em escala territorial suficientemente ampla para assegurar eficiência e equidade, na sua prestação. (BRASILEIRO, 1979, p.123-124).

O fato de não ter sido atingida a principal meta do projeto da fusão, qual seja, criar um novo estado como polo econômico dinâmico, dotado de força política e capaz de estabelecer um equilíbrio federativo diferenciado, e paralelamente construir uma nova identidade política

e cultural para esse ente, produz até hoje um sentimento de perda e insatisfação (FERREIRA, 2006).

### 2.3 Aspectos demográficos

A Região Metropolitana I abriga 9.873.610 habitantes (DATASUS/IBGE/TCU, 2010), o que corresponde a 61,74% da população estadual. É a segunda maior área metropolitana do Brasil, com população menor apenas que a Região Metropolitana de São Paulo, sendo a terceira da América do Sul e vigésima maior do mundo. A distribuição de seus habitantes entre os municípios que a compõem é mostrada na tabela 4.

**Tabela 3 - Distribuição da população da Região Metropolitana I pelos municípios que a constituem**

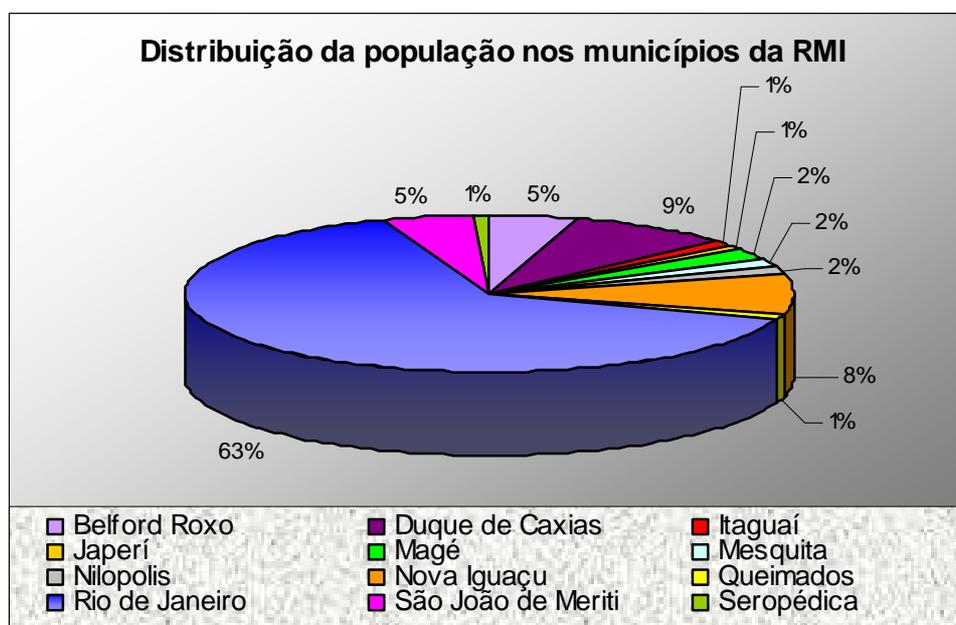
Município	População			Área (Km <sup>2</sup> )			Densidade demográfica (hab/ Km)
	População	% Região	% Estado	Km	% Região	% Estado	
Belford Roxo	469.332	4,8	2,9	79,79	2,3	0,2	5.882,09
Duque de Caxias	855.048	8,7	5,3	464,57	13,5	1,1	1.840,51
Itaguaí	109.091	1,1	0,7	271,56	7,9	0,6	401,72
Japerí	95.492	1,0	0,6	82,30	2,4	0,2	1.152,87
Magé	227.322	2,3	1,4	385,70	11,2	0,9	589,38
Mesquita	168.376	1,7	1,1	34,77	1,0	0,1	4.482,57
Nilópolis	157.425	1,6	1,0	19,16	0,6	0,4	8.216,34
Nova Iguaçu	796.257	8,1	5,0	523,89	15,2	1,2	1.519,89
Queimados	137.962	1,4	0,9	76,92	2,2	0,2	1.793,58
Rio de Janeiro	6.320.446	64,0	39,5	1.182,30	34,4	2,7	5.345,89
São João de Meriti	458.673	4,6	2,9	34,84	1,0	0,1	13.165,13
Seropédica	78.186	0,8	0,5	283,79	8,2	0,6	275,51
Total	9.873.610	100,0	61,7	3.440,12	100	7,9	2.870,14

Fonte: IBGE – Censo Demográfico (2010).

Com altíssima densidade demográfica líquida, a região constitui espaço de pressão social em virtude do crescimento econômico nem sempre acompanhado pelo atendimento das necessidades básicas da população. Apresentou taxa de urbanização de 99,6% em 2010, segundo dados do Censo Demográfico do IBGE, sendo sua densidade demográfica bastante

elevada, com 2.870,14 habitantes por km<sup>2</sup>. A extensão territorial da região compreende uma área de 3.440,12 Km<sup>2</sup>, o equivalente a 7,9% da área total do estado.

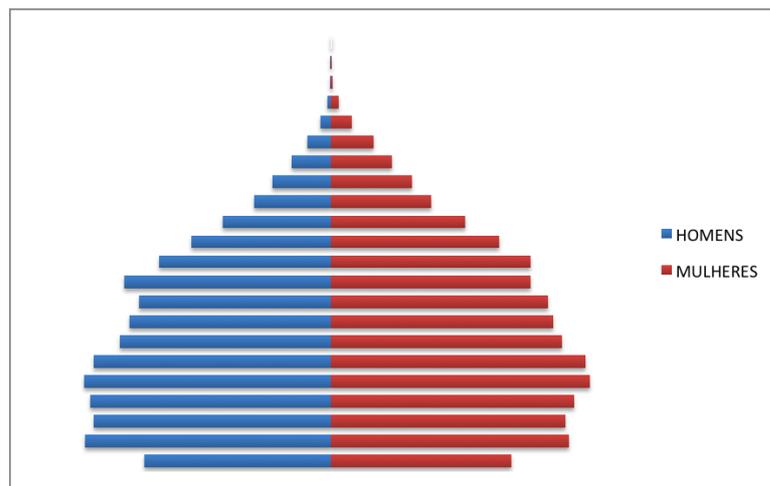
Quanto à distribuição da população, os dados demonstram que esta se apresenta muito mal distribuída territorialmente, concentrando-se principalmente no município do Rio de Janeiro, que além de ser a capital do estado, possui localização geográfica privilegiada, o que faz com que o turismo seja um ponto forte nessa região. A infraestrutura portuária próxima aos centros de produção e consumo, além da disponibilidade da malha viária federal e estadual, que permitem um fluxo intenso de transporte dos bens e produtos fabricados no estado e a chegada de bens e produtos importados de outras localidades, fazem com que este seja o maior município do estado.



**Gráfico 1 - Distribuição da população da RMI nos municípios que a constituem (em percentuais)**

Fonte: A autoria própria

A distribuição etária e por sexo da região é semelhante à estadual e não difere muito entre os municípios que a constituem. O perfil evidencia progressivamente um envelhecimento da população, como mostrado na figura 8, a seguir, que ilustra de que forma essa população está distribuída.



**Figura 8 – Distribuição etária e por sexo na RMI**

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS.

## 2.4 Condições socioeconômicas da região

A região ainda concentra 70% da força econômica do estado e 8,04% de todos os bens e serviços produzidos no país, mas perdeu relevância perante o estado. A perda do dinamismo econômico tem sido destacada há algumas décadas. Sua história de crise econômica se iniciou quando o município do Rio de Janeiro deixou de ser a capital do país, em 1960. Como capital, por 150 anos, era o centro político-administrativo, financeiro e comercial do país. Abrigava um importante setor bancário e era a sede de numerosas empresas privadas e estatais, o que marcou fortemente sua dinâmica econômica.

Dois processos caracterizam o quadro de instabilidade econômica da região: a perda da capacidade competitiva da indústria, com o eixo mais moderno se deslocando para São Paulo e sua região de influência e, mais recentemente, para Belo Horizonte; e a perda na atratividade para a localização de sedes de empresas privadas e estatais principalmente no que diz respeito ao sistema financeiro, que se deslocou para a cidade de São Paulo.

A RMI sofreu profundo esvaziamento econômico, mas ainda é o segundo polo de concentração de população e atividades econômicas do país, no que se refere ao volume de atividades, fluxos e oferta de bens e serviços mais raros e avançados. A densidade econômica da área é revelada pelo número de agências bancárias que totalizam 1.104, pelo volume da movimentação financeira e pelo número de sedes de empresas dentre as 500 maiores do país.

O desenvolvimento da indústria de petróleo permitiu o crescimento recente da produção no estado, mas essas atividades se concentram fora da região metropolitana e, além

disso, não proporcionam grande expansão do emprego nem melhorias das desigualdades sociais existentes. Vale ressaltar a Refinaria de Duque de Caxias (REDUC), importante polo petroquímico da região, com várias indústrias implantadas a seu redor que conferem muitos empregos à região e aumenta a economia do município de Duque de Caxias.

Os municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias se destacaram no cenário estadual no que diz respeito ao desempenho industrial, ficando em primeiro e terceiro lugares, no ranking estadual, respectivamente; com relação a serviços, ficaram na primeira e segunda posições, respectivamente.

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro ostentou, em 2010, um PIB de R\$ 248.529.048,00, superando a média estadual e constituindo o segundo maior polo de riqueza nacional. Os municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, juntos, representam mais de 50% de todo o PIB estadual, sendo que a capital contribuiu com 76,55% do PIB metropolitano e 46,73% do PIB estadual. Duque de Caxias, o segundo município mais representativo do estado e da região, contribuiu com 6,50% do PIB estadual e 10,80% do PIB metropolitano, ficando à frente de Campos de Goytacazes, o maior campo petrolífero do estado. A tabela 5, a seguir apresenta a evolução do PIB dos municípios da região e seu percentual em relação ao PIB estadual.

**Tabela 4 - PIB 2006 a 2010, dos municípios da RMI em valores correntes e participação (%) em relação ao PIB total do estado**

<b>Município</b>	<b>PIB 2006 em valores correntes (R\$ mil)</b>	<b>PIB 2008 em valores correntes (R\$ mil)</b>	<b>PIB 2010 em valores correntes (R\$ mil)</b>	<b>Participação (%) em relação ao PIB do Estado</b>
Rio de Janeiro	128.026.084	158.757.286	190.249.043	46,73
Duque de Caxias	22.435.604	18.672.981	26.496.845	6,50
Nova Iguaçu	6.252.678	8.473.572	9.496.660	2,33
Belford Roxo	2.909.479	3.646.178	4.467.555	1,09
São João de Meriti	2.900.975	3.595.63	4.826.212	1,18
Itaguaí	1.936.863	2.607.221	4.284.959	1,05
Magé	1.340.932	1.665.899	2.065.537	0,50
Nilópolis	1.089.839	1.349.009	1.668.960	0,40
Mesquita	1.078.252	1.335.091	1.533.364	0,37
Queimados	884.010	1.043.091	1.670.541	0,41
Seropédica	443.418	577.037	852.538	0,14
Japeri	415.373	512.735	916.884	0,22
RMI	166.813.028	211.815.072	248.529.048	61,04
<b>Estado do Rio de Janeiro</b>	<b>275.327.129</b>	<b>343.182.068</b>	<b>407.122.794</b>	

Fonte: IBGE – Produto Interno Bruto a preços correntes e per capita segundo Grandes Regiões, Unidades da Federação e municípios – 2006 a 2010.

O primeiro indicador do grau de instabilidade do trabalho é a taxa de desocupados, ou seja, o percentual de pessoas acima de 14 anos que estavam desocupadas e procurando trabalho, que em 2010 foi de 6,3% na região, relevante decréscimo em relação aos 9,2% observados em 2003, de acordo com o boletim de janeiro de 2012 do SEBRAE.

A mesma fonte aponta um total de 46,9% de pessoas empregadas com carteira assinada e 1,5% de subocupação. Predominam na estrutura sócio-ocupacional da metrópole do Rio de Janeiro os trabalhadores manuais da indústria, do comércio e dos serviços, que somados representam cerca de 60% dos ocupados. As ocupações de nível superior chegam a 28% e de dirigentes 10%. Entre os trabalhadores manuais, há um relativo equilíbrio entre os ocupados na indústria, no comércio e serviço especializado. Os operários da construção equivalem a 7,3% do total de ocupados; os prestadores de serviços especializados a 11,1%; os trabalhadores do comércio a 9,7%; e os trabalhadores domésticos a 8,8%. Essas categorias

ocupacionais, juntamente com as ocupações médias de escritório, são as cinco grandes classes de trabalhadores na metrópole do Rio de Janeiro.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) permite medir o desenvolvimento de uma população além da dimensão econômica. É calculado com base no percentual de renda familiar per capita (soma dos rendimentos divididos pelo número de habitantes), no percentual de expectativa de vida dos moradores (esperança de vida ao nascer) e na taxa de alfabetização de maiores de 15 anos (número médio de anos).

Infelizmente, até a conclusão deste trabalho, o novo *Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil* com os dados do censo 2010 ainda não havia sido disponibilizado e os dados disponíveis são do ano de 2000, quando a região apresentava valor de 0,76, discretamente acima do índice estadual e considerado mediano pela OMS. Merece destaque o município do Rio de Janeiro, com IDH de 0,82, que representa o segundo IDH mais alto do estado.

## 2.5 Condições de saúde

A Região Metropolitana I apresenta uma das maiores taxas de mortalidade materna (92,39 por 100 mil) e de mortalidade infantil (14,62 por mil) do Estado do Rio de Janeiro. A proporção de mães adolescentes é de aproximadamente 18% e a proporção de partos pré-termos (< 37 semanas) em adolescentes é de 19,4%. Há uma proporção muito elevada de prematuridade em recém-nascidos de mães adolescentes nos municípios de Japeri (34,3) e Queimados (28,6).

Quanto à incidência de sífilis congênita, o número absoluto de casos em menores de um ano de idade na Região Metropolitana I foi de 786 casos em 2010. O maior número de casos absolutos foi encontrado no município do Rio de Janeiro (521 casos). De modo geral, com exceção de Seropédica, todos os municípios apresentaram números elevados de casos de sífilis congênita, estando Itaguaí (9,28 por mil NV) e Japeri (12,76 por mil NV) com as mais altas incidências da doença.

As doenças crônicas são responsáveis atualmente por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que a OMS estima que no ano 2020 as doenças crônicas correspondam a 80% de toda a carga de doença dos países em desenvolvimento. Ainda segundo a OMS, a aderência aos tratamentos chega a ser de apenas

20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde, com encargos muito elevados para a sociedade, governo e familiares nos países em desenvolvimento.

As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que, ao receberem tratamento eficiente, apoio ao autogerenciamento e seguimento regular, os pacientes apresentam melhoras. As evidências também demonstram que sistemas organizados de assistência são essenciais para produzir resultados positivos. São necessários sistemas integrados de prestação de serviços de saúde com foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado; sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços através do continuum de cuidados; informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores, profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados.

O Brasil, seguindo a tendência mundial, tem passado por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional desde a década de 1960, resultando em alterações nos padrões de ocorrência de patologias, como aumento significativo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. A análise da morbidade hospitalar da região nos cinco últimos anos, dentro de um mesmo período (janeiro a agosto) mostra que as cinco principais doenças responsáveis por internações foram: doenças do aparelho digestivo, neoplasias, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório, o que ratifica as tendências apresentadas pela ONU, conforme a tabela 6, a seguir.

**Tabela 5 - Morbidade hospitalar na Região Metropolitana I do ERJ**

<b>Morbidade Hospitalar - Informações por Ano Competência Segundo Capítulo CID-10</b>						
<b>Capítulo</b>	<b>CID 10</b>	<b>Janeiro a Agosto</b>				
		<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
XV	Gravidez, parto e puerpério	52.797	56.479	58.680	58.744	58.964
XI	Doenças do ap. digestivo	13.911	16.991	19.062	19.724	19.155
II	Neoplasias (tumores)	15.383	16.723	17.197	17.759	18.794
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	27.349	16.328	18.353	19.446	17.156
IX	Doenças do ap. circulatório	16.931	19.015	19.006	18.565	17.222
X	Doenças do ap.respiratório	21.228	22.953	23.774	19.916	16.772
XIX	Lesões envenenamento e algumas outras causas externas	9.007	12.566	13.455	14.718	16.135
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	9.562	12.002	13.102	12.637	12.004
XVI	Algumas afecções orig. no período per perinatal	6.004	6.724	6.070	7.243	7.824
V	Transtornos mentais e comportamentais	9.992	6.576	6.742	6.369	5.358
XII	Doenças da pele e tecido conjuntivo	3.249	4.739	5.678	5.805	5.639
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3.708	4.561	4.763	4.000	3.383
XXI	Contatos com serviços de saúde	3.909	4.057	2.646	2.402	2.221
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	2.971	3.398	3.133	3.532	3.569
VI	Doenças do sistema nervoso	2.738	3.044	3.091	3.039	3.042
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	2.621	2.449	2.670	2.719	2.963
XVII	Mal formações congênitas, deformidades e anomalias cromossomiais	1.742	2.328	2.324	2.501	2.088
III	Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transt. imunit.	1.280	1.435	1.579	1.885	1.618
VII	Doenças do olho e anexos	874	1.715	1.721	2.512	2.338
VIII	Doenças do ouvido e apófise mastóide	358	498	521	496	431
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	23	57	48	63	43
CID não disponível ou ao preenchido		0		0	0	0

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Acesso em 20 out 2012.

**Notas:**

- 1- Até a data do acesso o período disponível para 2012 era o de janeiro a agosto, razão pela qual se optou por analisar o mesmo período nos anos anteriores.
- 2- Situação da base de dados nacional em 20/09/2012.
- 3- Dados de 2012 (até agosto) sujeitos a retificação.

Apesar de o diagnóstico e o tratamento da hipertensão arterial e doenças correlatas terem apresentado enormes avanços tecnológicos nos últimos anos, com a introdução na rotina de atendimento de novas técnicas, como cineangiocoronariografia, revascularização

miocárdica, ultrassonografia, cintilografia cardíaca e cerebral, tomografia computadorizada, drogas anti-hipertensivas e inotrópicas cardíacas, que consomem parcela significativa dos recursos destinados à saúde, ela ainda apresenta alta prevalência e é responsável por elevadas taxas de morbidade e mortalidade.

A oferta de consultas especializadas de cardiologia é de 50 por mil habitantes/ano, o que corresponde ao padrão mínimo do Ministério da Saúde. Contudo, essa oferta está acima desse padrão em vários estados brasileiros, mas como não há estratificação de riscos das hipertensões arteriais sistêmicas e como essa estratificação não é um critério incorporado na PPI assistencial, pode-se inferir que a maior parte das consultas especializadas esteja sendo ofertada a portadores de hipertensão arterial sistêmica de baixo e médio riscos. Na RMI são realizados 99% do mínimo esperado de consultas em cardiologia, mas a proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados no sistema Hiperdia é, em média, de 40%.

Quanto ao diabetes, essa condição representa um problema importante em diversos países, pela carga de sofrimento, incapacidade, perdas de produtividade e morte prematura que provoca. No Brasil, o diabetes mellitus (DM) atingia 7,6% dos adultos entre 30 e 69 anos nos fins da década de 1980. Na Campanha Nacional de Detecção de DM, em 2001, 16% dos examinados (40 anos) apresentaram glicemia capilar 100 mg/dl em jejum ou 140 mg/dl em amostra casual. O envelhecimento e o aumento dos níveis de obesidade da população brasileira observados nos anos 1990 certamente têm contribuído para elevar a prevalência do DM. No entanto, as doenças endócrinas, grupo onde se encontra o diabetes mellitus, aparece como sendo a décima-primeira causa de morbidade hospitalar, o que pode apontar para um melhor acesso à atenção primária, reduzindo os efeitos adversos provocados por internações, além de reduzir sequelas e complicações. Como os registros de morbi-mortalidade tendem a subestimar o número real de casos, principalmente nos países em desenvolvimento, o diabetes mellitus é ainda um fator de risco importante para o desenvolvimento de todas as doenças ateroscleróticas, e o somatório desses fatores torna essa enfermidade um grande problema de saúde pública.

## **2.6 Capacidade instalada e assistência à saúde**

A capacidade instalada dessa região é uma situação única no país, por estar subordinada a diferentes instâncias de gestão que não respeitam a hierarquia estadual como

ordenador e regulador da oferta de serviços para a região. Tendo o município do Rio de Janeiro sido a capital do país, por muitas décadas abrigou o maior parque hospitalar do país, com grandes complexos hospitalares como o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Na cidade também estão instalados cinco dos maiores hospitais federais: Hospital dos Servidores do Estado (HSE); Hospital Federal de Bonsucesso (HFB); Hospital Federal da Lagoa (HFL); Hospital Federal do Andaraí (HFA) e Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCE), além do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, subordinado à UFRJ, e o Instituto Fernandes Figueira, sob gestão da Fiocruz. Esse complexo hospitalar tem regulação própria de acesso, não estando seus leitos nem seus procedimentos subordinados ao Complexo Regulador Estadual. Isso, inclusive, é motivo de muitas intervenções do Ministério Público, que frequentemente convoca os responsáveis pela gestão desses hospitais e os responsáveis pela gestão estadual para negociarem soluções para esse funil de acesso, sobretudo de leitos, de todas as categorias, que apresentam déficit regional.

Em relação aos serviços especializados de saúde, estes se concentram em três municípios: Rio de Janeiro, Nova Iguaçu e Duque de Caxias, que são os grandes prestadores de saúde da região, mas que apresentam déficit destes procedimentos para atender até mesmo a seus próprios municípios.

A distribuição da população SUS-dependente nesta região é bastante elevada, em torno de 7.496.511 habitantes, de acordo com estimativa do TCU, que correspondem a 75,92% do total da população residente. Daí a necessidade de efetiva regulação dos serviços de saúde pelo gestor estadual, a fim de enfrentar a alta demanda que muitas vezes é acrescida pela migração de habitantes de outros municípios de fora da região. A tabela a seguir apresenta essa dependência do SUS por município da RMI.

**Tabela 6 - População SUS-dependente na Região Metropolitana I por município**

<b>Município</b>	<b>População total</b>	<b>População SUS-dependente</b>	<b>Percentual de população SUS-dependente</b>
Belford Roxo	469.332	354.346	75,50
Duque de Caxias	855.048	645.561	75,49
Itaguaí	109.091	82.364	75,50
Japeri	95.492	72.096	75,49
Magé	227.322	171.628	75,49
Mesquita	168.376	127.124	75,50
Nilópolis	157.425	118.856	75,50
Nova Iguaçu	796.257	601.174	75,49
Queimados	137.962	104.461	75,71
Rio de Janeiro	6.320.446	4.771.937	75,50
São João de Meriti	458.673	346.298	75,49
Seropédica	78.186	59.030	75,49

Fonte: IBGE/Censo 2010.

Para a análise da assistência à saúde, foram selecionados indicadores de produção de consultas básicas, especializadas e de urgência e emergência; de internações hospitalares; o número de leitos existentes (obstétricos, UTI adulto e UTI e UCI neonatais) na região e a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família.

Em 2011, a região metropolitana I apresentou baixo percentual de produção de consultas básicas (1.397.229 consultas básicas em todas as faixas etárias), ao contrário das consultas especializadas cuja produção foi elevada, em torno de 4.178.116 (BRASIL/MS/DATASUS), ou seja, acima do percentual recomendado para esse tipo de consulta, de acordo com os parâmetros propostos pela Portaria MS/GB n°. 1.101/02 Dessa forma, é possível inferir que a assistência à saúde na região ainda é realizada com foco na atenção especializada, em detrimento da Atenção Básica à Saúde, mantendo-se a necessidade em propor iniciativas que fortaleçam a reorientação desse modelo.

Uma série histórica da cobertura da Atenção Básica revela estar muito aquém do recomendado pelo Ministério da Saúde, como mostra a tabela 8, a seguir, que estratifica por município o quadro de cobertura na Atenção Básica na RMI.

**Tabela 7 - Série histórica de dez anos da cobertura populacional em Atenção Básica (em percentuais) na Região Metropolitana I do ERJ**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Média por município
Belford Roxo	4,68	8,43	12,83	13,37	16,51	19,05	15,52	19,49	20,18	23,32	15,35
Duque de Caxias	12,33	12,97	13,23	21,06	25,79	26,63	27,44	20,35	20,35	15,33	19,54
Itaguaí	4,10	4,02	3,93	19,26	18,42	21,62	21,62	26,66	16,66	18,97	15,52
Japeri	4,04	3,97	3,89	0	0	00	0	0	3,45	21,68	3,70
Magé	26,10	25,71	31,53	41,7	53,78	65,51	71,33	70,16	85,91	91,06	56,28
Mesquita	0	0	0	13,67	9,45	18,59	24,17	25,70	25,70	28,69	14,59
Nilópolis	11,27	11,29	11,32	31,79	31,99	41,27	45,50	43,90	41,23	52,60	32,21
Nova Iguaçu	11,20	11,49	12,19	12,87	20,76	20,42	22,47	1,15	22,99	24,26	17,68
Queimados	11,08	10,88	21,37	21,01	17,69	0	14,80	20,02	22,52	25,01	16,43
Rio de Janeiro	1,35	1,34	3,29	5,51	6,68	7,36	7,2	9,24	14,9	27,62	8,44
São João de Meriti	6,87	6,83	12,08	13,53	15,60	15,51	14,04	25,78	33,15	32,34	17,57
Seropédica	25,78	25,17	24,62	24,10	27,59	44,93	44,90	62,23	71,12	70,60	42,10
RMI	9,83	10,17	12,51	18,16	20,35	23,40	25,74	28,47	31,51	35,69	18,01

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Acesso em 22 out 2012.

Apesar do acentuado crescimento de cobertura na Atenção Básica na RMI nos dois últimos anos, que passou de 23,40, em 2007 para 35,69, em 2011, observa-se que essa cobertura ainda é muito baixa na região como um todo e na grande maioria dos municípios que a constituem. Dois municípios (Duque de Caxias e Seropédica) diminuíram sua cobertura nos dois últimos anos e esta baixa cobertura na Atenção Primária é, provavelmente, a explicação para o elevado quantitativo de consultas especializadas e acesso hospitalar.

Ao todo são 609 unidades básicas de saúde na região (UBS), entre unidades tradicionais e Unidades de Saúde da Família. Cabe destacar que das cerca de 780 equipes de saúde da família da região, 414, ou seja, mais da metade, aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica e foram submetidas à avaliação de instituições de ensino e pesquisa, além de receberem recursos do componente qualidade do PAB-Variável.

Quanto à produção de consultas de urgência, a região, em relação ao padrão, também apresenta elevados percentuais de consultas de urgência pré-hospitalar e trauma, com baixa produção de consultas básicas de urgência, o que novamente orienta para a reorganização do modelo assistencial. Os maiores percentuais de internação são por clínica cirúrgica, clínica médica, obstetrícia e pediatria. Observam-se percentuais de internações por clínica cirúrgica superiores aos valores relativos às internações por clínica médica, havendo, dessa forma, uma inversão no que é estabelecido como parâmetro assistencial. Os motivos de tal situação podem ter relação com os diferentes valores pagos pelo SUS para as internações, o que pode induzir ao maior registro de internações por clínica cirúrgica, cujo valor financeiro é maior.

Nas internações de clínica cirúrgica, três municípios da Metropolitana I apresentam percentuais de internação acima do parâmetro de 20%. São eles: Japeri, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro. Os menores percentuais (abaixo de 5%) de internação por esta especialidade são dos municípios de São João de Meriti e Seropédica.

Nas internações de clínica médica, os municípios de Japeri e Nilópolis apresentam percentuais bem acima do parâmetro de 33% do total de internações, preconizado pelo Ministério da Saúde. Os demais municípios apresentam percentuais abaixo do padrão, excetuando-se Magé, que tem percentual de internação de clínica médica um pouco acima do parâmetro adotado (cerca de 40% do total de suas internações).

Em relação às internações de obstetrícia, grande parcela dos municípios da região alcança ou ultrapassa o parâmetro de internações de obstetrícia (20,25% do total de internações), com exceção de Japeri e Nilópolis, que têm percentuais acentuadamente baixos para internações desta especialidade. Seropédica é o município com maior percentual de internações obstétricas, que corresponde à quase totalidade de suas internações no SUS, pois seu único hospital é uma maternidade. Ainda assim, há um déficit de leitos obstétricos na região.

Quanto às internações de pediatria, os municípios de São João de Meriti, Queimados, Nova Iguaçu, Duque de Caxias e Belford Roxo apresentam percentuais acima do padrão assistencial para internações nesta especialidade (15% do total de internações). Japeri e Nilópolis não apresentam registro de internações de pediatria. Já Seropédica, Magé, Itaguaí e Rio de Janeiro apresentam valores abaixo do padrão (cerca de 10% do total de internações para os três últimos). Quase a totalidade dos municípios da região não alcança o parâmetro assistencial de 2,5 leitos por mil habitantes preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme demonstrado na tabela 9, que se segue.

**Tabela 8 - Quantitativo de leitos existentes e necessários por município**

<b>Região</b>	<b>Leitos clínicos SUS</b>	<b>Necessidade de leitos gerais (2,5 para cada 1000 hab.)</b>	<b>Necessidade de leitos clínicos (26,82% dos leitos totais)</b>	<b>Deficit de leitos clínicos</b>
Belford Roxo	44	886	238	194
Duque de Caxias	103	1.614	433	330
Itaguaí	43	206	55	12
Japerí	133	180	48	85
Magé	157	429	115	42
Mesquita	22	318	85	63
Nilópolis	85	297	80	5
Nova Iguaçu	61	1.503	403	342
Queimados	3	260	70	67
Rio de Janeiro	2.481	11.930	3.200	719
São João de Meriti	69	866	232	163
Seropédica	-	148	40	40
<b>RMI</b>	<b>3.201</b>	<b>18.636</b>	<b>4.998</b>	<b>1.797</b>

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Os municípios de Belford Roxo, Mesquita, Nova Iguaçu e Seropédica apresentam os valores mais baixos, com oferta de menos de um leito para cada mil habitantes. Os municípios que mais se aproximam do padrão assistencial estabelecido são: Queimados, Rio de Janeiro e São João de Meriti. Para estes, os valores encontrados estão entre 1,5 a 2 leitos hospitalares por cada mil habitantes. A tabela a seguir apresenta o quantitativo de leitos na região e por município que a constitui, a necessidade destes e o quantitativo de leitos clínicos existentes.

Quanto à suficiência de leitos obstétricos nos municípios da região, observa-se que os municípios do Rio de Janeiro, Nova Iguaçu, Mesquita e Duque de Caxias apresentam déficit de leitos em obstetrícia, com base no cálculo de necessidade de 0,28 leitos obstétricos por mil habitantes SUS-dependentes. A região como um todo apresenta um déficit de 149 leitos obstétricos, em 2011, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Apenas três municípios (Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Nova Iguaçu) concentram os leitos SUS de UTI adulto em hospitais que realizam parto, ofertando apenas 192 leitos à região. A Metropolitana I tem um déficit de 96 leitos em unidades de cuidados intermediários

neonatal (UCI Neonatal), sendo que apenas os municípios de Itaguaí, Nilópolis e São João de Meriti têm suficiência desses leitos. Quanto aos leitos de UTI Neonatal, a região apresenta déficit de 126 leitos, sendo que mais de 80% destes estão na capital. Apenas Nova Iguaçu tem valor positivo quanto à suficiência de leitos de UTI Neonatal para seu território.

Com relação à regulação assistencial na Região e municípios, pesquisa realizada pela Superintendência de Regulação (SR) da SES-RJ, em 2011, com os técnicos dos municípios, demonstram que um pequeno número de municípios da Região Metropolitana I elaborou seus planos municipais e implantou o Complexo Regulador (58%). Observa-se uma deficiência na contratualização dos municípios com os pontos de atenção, mostrando que somente 17% dos municípios utilizaram essa ferramenta de gestão. As ações de autorização e a supervisão assistencial se dão de forma articulada com a equipe da central de regulação em 75% dos municípios.

No que se refere às urgências ambulatoriais, a Região Metropolitana I apresenta deficiência na conectividade entre as unidades de saúde (17%), e somente 33% dos municípios utilizam o Sistema de Regulação SISREG, do Ministério da Saúde. Por outro lado, em 75% dos municípios existe central de regulação ambulatorial, e os municípios regulam 92% dos exames especializados.

Existem poucas centrais que regulam as urgências de internação na Região Metropolitana I (33%), poucos leitos são ofertados com controle pleno da ocupação (25%) e poucas centrais possuem protocolos de regulação construídos e pactuados com a Rede (25%). A dificuldade de conectividade entre as unidades de saúde ocorre em 83% dos municípios e a maioria destes não utiliza sistemas informatizados para operacionalizar a regulação (67%). Um fator que chama a atenção é que somente 8% dos municípios utilizam o SISREG para regularem seus leitos de internação. Em contrapartida, um número razoável de municípios (75%) regula suas cirurgias eletivas; 83% dos municípios atuam integrados ao SAMU para regulação das internações de urgência e o mesmo percentual possui supervisão médica atuando nas unidades de saúde.

## **2.7 Gestão do sistema regional e financiamento**

A Região de Saúde da Metropolitana I do Rio de Janeiro tem seu Colegiado de Gestão Regional (CGR) constituído, onde funcionam câmaras técnicas que buscam discutir

permanentemente as demandas, prioridades e ações de saúde, na perspectiva regional. No âmbito do CGR, estrutura-se ainda a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), que promove o apoio às iniciativas de educação permanente e é responsável pela elaboração do Plano Regional de Educação Permanente.

Em decorrência da publicação do Decreto nº 7.508, os CGRs passaram a ser denominados de Comissões Intergestores Regionais (CIR) e ganharam maior destaque no processo de organização e aprimoramento do sistema regional de saúde. A CIR Metro I conta com uma câmara técnica e, de acordo com as necessidades, constitui grupos de trabalho que reúnem os municípios em discussões relativas ao setor saúde na região, procurando criar redes de atenção à saúde (RAS) envolvendo os municípios da região. O objetivo é substituir um sistema fragmentado, reativo e voltado prioritariamente para o enfrentamento de situações agudas de saúde e/ou das agudizações de doenças crônicas por um sistema integrado que permita responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população (MENDES, 2011).

Essas discussões, depois de passarem pelas câmaras técnicas, são levadas às reuniões ordinárias para serem pactuadas pelos gestores municipais sob a coordenação da gestão estadual. Na RMI do Rio de Janeiro estão sendo implantadas, no momento, duas grandes redes de atenção à saúde: a rede de atenção às urgências (RAU) e a rede cegonha, voltadas para o atendimento das urgências e a atenção ao parto, respectivamente. Além disso, estão sendo construídas redes para atenção do acidente vascular cerebral, do infarto agudo do miocárdio, da atenção em ortopedia, oftalmologia e da saúde mental, entre outras.

O desenho do fluxo dos pacientes nessas redes se inicia na unidade de atenção primária ao qual está adstrito, migrando para as respectivas redes, quando necessário, que terão os três níveis de atenção em interlocução, retornando o paciente para sua unidade de atenção primária depois da intervenção na rede de atenção. Os níveis de maior complexidade nas redes estarão, obviamente, nos municípios com capacidade instalada nesses níveis de atenção, que, como já foi citado, na RMI do ERJ são os municípios de Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Nova Iguaçu.

No que se refere à aplicação de recursos próprios por estados e municípios, na saúde, em cumprimento à Emenda Constitucional 29, os 12 municípios da RMI declararam ter aplicado o mínimo de 15% em gastos com ações e serviços públicos de saúde em 2010. O ente estadual também declarou a aplicação do mínimo de 12% em gastos com ações e serviços públicos de saúde nesse ano. Quanto à despesa total com saúde por habitante, em 2010, todos os municípios da Região Metropolitana I apresentaram despesas inferiores à

média estadual (R\$ 566,10), ressaltando-se que em todo o estado, dos dez municípios com menor despesa, seis localizam-se na Região Metropolitana I.

Em relação ao grau de dependência municipal dos recursos financeiros transferidos de outras esferas de governo, os municípios de Belford Roxo, Japeri, Mesquita, Nova Iguaçu, Nilópolis e São João de Meriti podem ser considerados fortemente dependentes, contando com cerca de 60 a 70 % dos recursos federais e estaduais para a Saúde, segundo dados do SIOPS de 2010. A capacidade de arrecadação nos municípios de Japeri, São João de Meriti e Mesquita corresponde a menos de 10% de participação dos impostos na receita total.

Quanto aos municípios com maior capacidade de arrecadação e investimento, Itaguaí e Rio de Janeiro apresentam os maiores percentuais de participação da receita de impostos na receita total do município, o que pode reduzir sua dependência de recursos de outros entes governamentais.

Ainda de acordo com Mendes (2011), o simples incremento dos recursos financeiros, isoladamente, não contribui para a resolução da crise dos sistemas de saúde. É preciso que esse incremento venha junto com reformas profundas do SUS, e citando o professor indiano Ramalingaswani, “é necessário mais dinheiro para a saúde, mas é preciso, sobretudo, mais saúde para cada unidade de dinheiro investida”.

### 3 PESQUISA DE CAMPO

#### 3.1 Considerações iniciais

O que se pretende demonstrar com esta pesquisa é o grau de autonomia dos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro e de que forma essa autonomia pode interferir na gestão dos recursos financeiros municipais para a Saúde. Na hipótese de serem autônomos e administrados pelas Secretarias Municipais de Saúde, procura-se saber a importância dessa autonomia no planejamento municipal e regional da Saúde.

No caso de haver dependência de outras secretarias municipais, ainda que os recursos estejam depositados em contas específicas nos Fundos de Saúde, a pesquisa procurou identificar como se dá a liberação dos recursos da saúde e se estes recursos estão sendo utilizados para outras finalidades, que não a Saúde, ainda que provisoriamente.

Para o desenvolvimento da pesquisa, a coleta de dados se deu através da realização de entrevistas semiestruturadas, com roteiro prévio contendo 28 perguntas (Apêndice A), com os Secretários Municipais de Saúde e os responsáveis pela operacionalização dos Fundos Municipais de Saúde dos municípios da RMI. A seleção dos entrevistados considerou serem estas pessoas os gestores da saúde municipal e os que têm a experiência prática do problema pesquisado, visando agregar o máximo possível de conhecimento do assunto para que fosse possível analisá-lo de maneira correta e eficaz.

Todas as entrevistas foram previamente consentidas e os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a tornar públicos, nos meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes (Apêndice B).

As entrevistas foram transcritas e armazenadas em meio digital não havendo registro de imagem, áudio ou vídeo. Após a transcrição, todas foram enviadas aos entrevistados por correio eletrônico, para que conferissem suas respostas e acrescentassem algo que pudesse contribuir com o estudo e que não havia sido dito no momento das entrevistas.

A pesquisa foi realizada no período de outubro de 2012 a julho de 2013, e dela participaram representantes de 11 municípios, correspondendo a 91,66% do total de

municípios integrantes da região. O período considerado como base para o estudo foi de janeiro de 2009 a dezembro de 2012, correspondendo a quatro anos de gestão municipal e funcionamento dos Fundos de Saúde, período da última gestão municipal. Foram entrevistados dez secretários municipais de Saúde, correspondendo a 83,33% dos gestores da saúde da região, e sete responsáveis pela operacionalização dos fundos de saúde.

O sistema de tratamento de dados adotado foi fundamentado em Manzini e Silva (2001), onde as categorias foram identificadas e quantificadas por meio do *Microsoft Excel*, apresentadas em gráficos para melhor visualização dos dados encontrados. A consolidação se deu pelo quantitativo de municípios e não pelo número de entrevistados, a fim de que a análise pudesse melhor refletir o cenário da região no que diz respeito à autonomia dos Fundos Municipais de Saúde.

### 3.2 Resultados e discussão

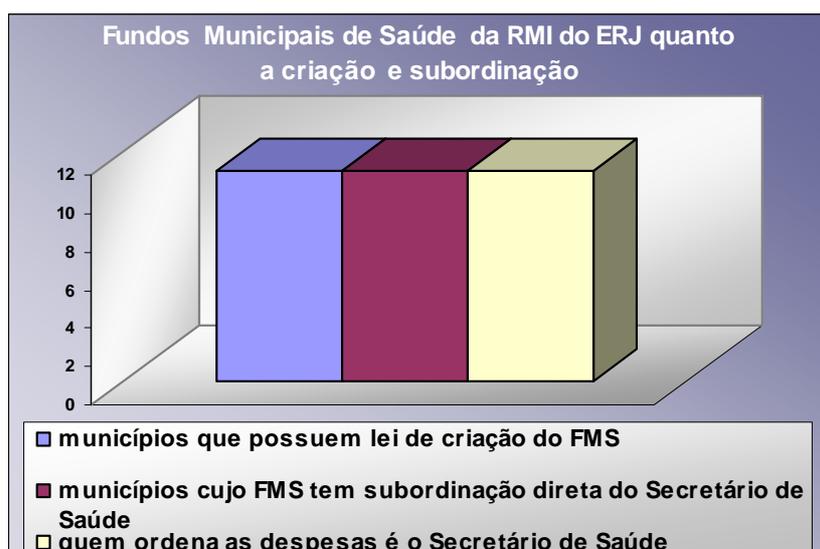
As respostas das entrevistas foram agrupadas em 14 categorias para melhor compreensão da pesquisa que são: (1) criação dos Fundos Municipais de Saúde na região; (2) autonomia administrativa e contábil; (3) estrutura organizacional destes Fundos Municipais de Saúde; (4) qualificação dos funcionários que atuam nos Fundos Municipais de Saúde; (5) operacionalização dos FMS; (6) pagamentos das despesas de saúde nestes municípios; (7) alocação dos recursos da Saúde nos municípios da região; (8) licitações da saúde; (9) prestação de contas; (10) cumprimento do planejamento municipal de saúde na região; (11) dificuldades no referenciamento de procedimentos de saúde; (12) dificuldades na gestão dos Fundos Municipais de Saúde; (13) dificuldades na gestão municipal da saúde; e (14) avaliação sobre o sistema de recursos financeiros da Saúde.

Os dados foram consolidados em categorias e apresentados sob a forma de gráficos que permitem melhor visualização da questão em análise de acordo com as respostas das entrevistas, cujo roteiro está apresentado no Apêndice A. Em cada categoria também são apresentadas, além dos gráficos, a discussão desses resultados e algumas considerações relativas ao tema em questão.

### 3.2.1 Criação dos Fundos Municipais de Saúde na Região

Não foi considerado o tempo de existência das leis de criação dos Fundos Municipais de Saúde porque, na região, existem municípios cuja emancipação se deu há menos de cinco anos e, portanto, o tempo de existência dessas leis não evidenciaria um possível atraso no cumprimento da legislação.

Nos municípios mais antigos, onde as leis são anteriores ao ano de 2009, observou-se que algumas dessas leis não vinculavam subordinação direta do Fundo ao Secretário de Saúde. No entanto, esses municípios criaram, posteriormente, leis de regulamentação dos Fundos Municipais de Saúde que passaram a vincular esta subordinação e, portanto, no período da pesquisa, o cenário era o apresentado no gráfico 2.



**Gráfico 2 - Criação dos Fundos Municipais da Região**

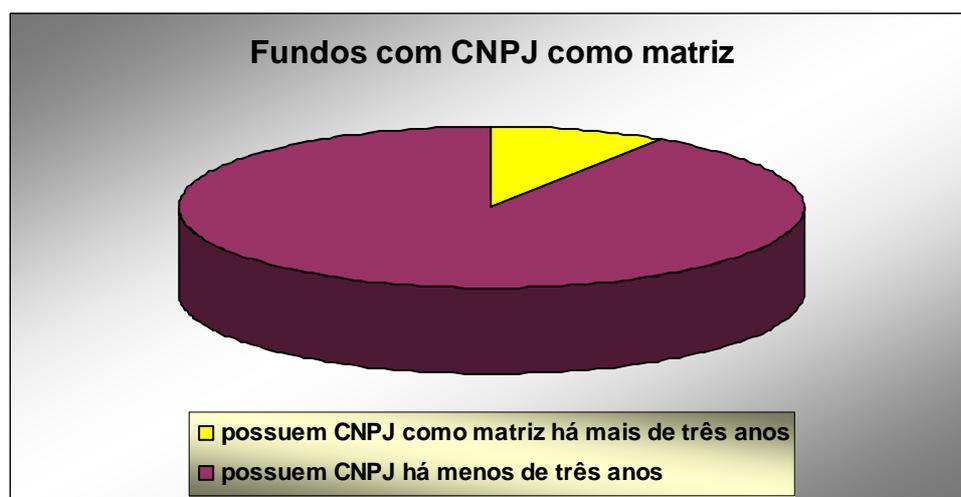
Fonte: Autoria própria

Em todos os municípios pesquisados, há lei que cria os Fundos Municipais de Saúde, subordinando-os ao Secretário de Saúde, que é também quem ordena as despesas da Saúde no município. Em todas as leis municipais de criação dos FMS, também está prevista a prestação de contas, mas a periodicidade não está atualizada com a legislação atual que determina que seja quadrimestral e apresentada ao Conselho Municipal de Saúde, Legislativo Municipal e Tribunal de Contas Estadual.

### 3.2.2 Autonomia administrativa e contábil

Embora todos os FMS da região possuam, atualmente, inscrição no CNPJ como matriz, esta condição é recente, visto que dez dos onze municípios pesquisados só a possuem há menos de três anos, por exigência da Instrução Normativa da Receita Federal nº. 1.005/2010 e inciso X do Art. 11 da Lei Complementar nº. 141/2012.

Antes de 2009, todos os municípios que não tinham inscrição como matriz usavam o CNPJ das prefeituras, o que diminuía a autonomia administrativa e contábil desses fundos, além de os recursos advindos dos repasses entre entes governamentais ficarem vinculados às prefeituras e não aos fundos de saúde, como determinava a legislação. Dos municípios pesquisados, 20% deles passaram a ter CNPJ como matriz a partir do ano de 2009, 30% em 2010, 30% em 2011 e 20% em 2012.



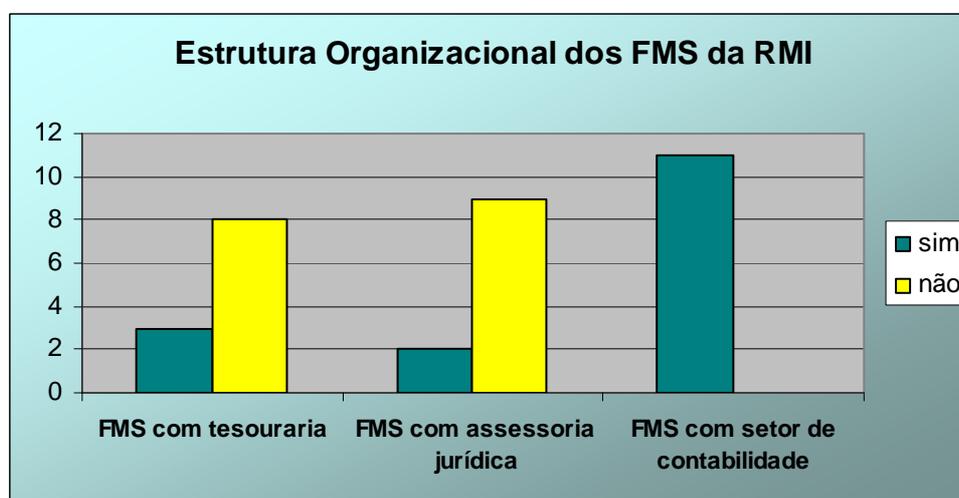
**Gráfico 3 - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica dos FMS da RMI**  
Fonte: Autoria própria

### 3.2.3 Estrutura Organizacional dos Fundos Municipais de Saúde da RMI

Quanto à estrutura organizacional, procura-se saber se os Fundos de Saúde da região possuem em suas dependências os setores de Contabilidade e Tesouraria, além de Assessoria Jurídica. A escolha desses setores se deu por sua importância na gestão de recursos financeiros.

A Tesouraria é o setor responsável pelo controle das entradas e saídas de recursos financeiros, além de ser o responsável pelo pagamento dos débitos no devido prazo e, portanto, indispensável nos Fundos de Saúde para que tenham autonomia na gestão desses recursos.

O setor de Contabilidade, sendo responsável pelo registro, avaliação, análise e controle das unidades econômicas, é fundamental à gestão financeira. Já a Assessoria Jurídica, embora não totalmente indispensável, é desejável, pois os repasses do setor saúde são normatizados através de centenas de portarias ministeriais que periodicamente se renovam, e o conhecimento delas e suas implicações jurídicas são recomendáveis.



**Gráfico 4 - Estrutura organizacional dos FMS da RMI**

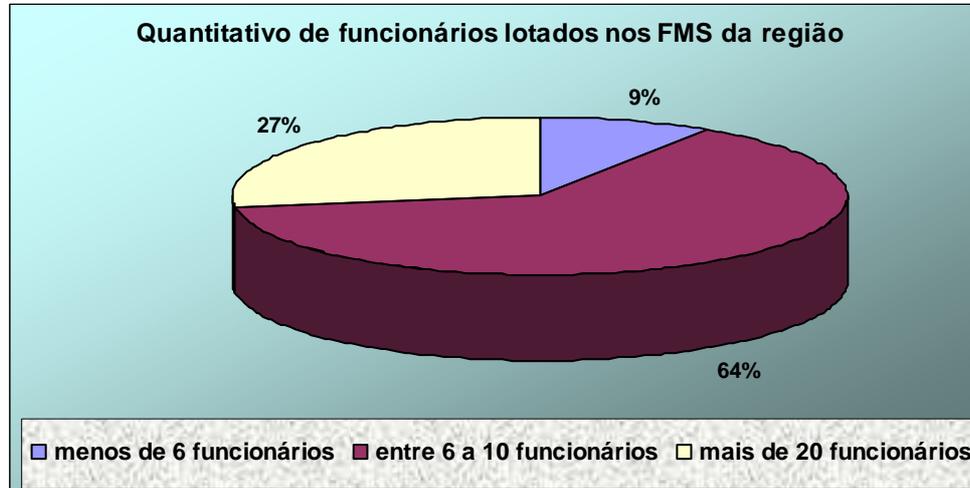
Fonte: Autoria própria

Todos os FMS pesquisados possuem em suas dependências setor de contabilidade. No entanto, apenas 27,2% destes FMS possuem Tesouraria, enquanto os demais se utilizam das tesourarias das Secretarias Municipais de Fazenda. Quanto à Assessoria Jurídica, somente 18,18% a possuem.

Cabe ainda ressaltar que um dos Fundos de Saúde da região está alocado nas dependências da Secretaria de Fazenda e, portanto, a estrutura organizacional e sua operacionalização, na prática, está subordinada a esta Secretaria.

Ainda em relação a estrutura observou-se um quantitativo muito reduzido de funcionários lotados na maioria dos Fundos de Saúde da região considerando que todos os municípios tiveram, em 2012, despesas de saúde acima de 60 milhões (SIOPS/ Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal), caracterizando-os como de médio porte, de acordo com

Couttonlenc & Zucchi (1998) e que, portanto, deveriam possuir um mínimo de 16 funcionários para garantir um adequado funcionamento.



**Gráfico 5 - Quantitativo de profissionais lotados nos FMS da região**  
Fonte: Autoria própria

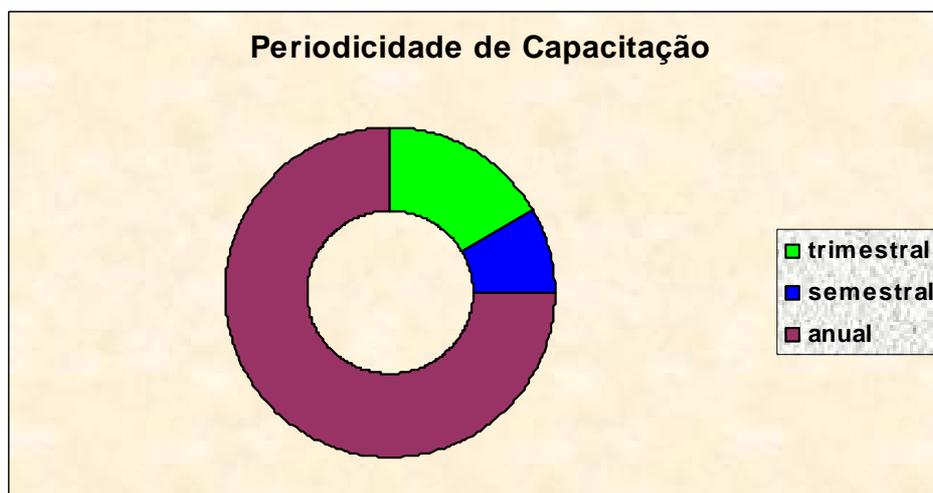
### 3.2.4 Qualificação dos funcionários que atuam nos Fundos Municipais de Saúde

Quanto à capacitação dos profissionais dos Fundos de Saúde da região, o que se verificou é que em 33,3% dos municípios menos de 20% dos funcionários dos Fundos de Saúde sofreram aperfeiçoamento e/ou capacitação em gestão orçamentária.



**Gráfico 6 - Percentual de capacitação dos funcionários dos FMS da região**  
Fonte: Autoria própria

Em relação à periodicidade com que se deram essas capacitações, verifica-se que em 20% dos municípios elas se deram trimestralmente, em 10% foram semestralmente e, em 70% dos municípios, a periodicidade foi anual.



**Gráfico 7 - Periodicidade de capacitação**  
Fonte: Autoria própria

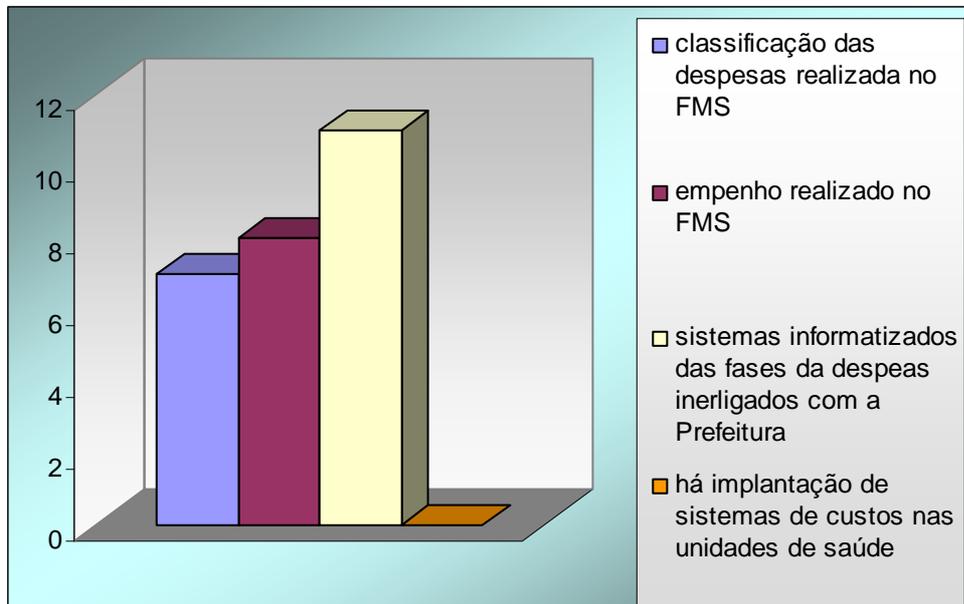
### 3.2.5 Operacionalização desses Fundos Municipais de Saúde

Em 63,6% dos municípios, a classificação das despesas é realizada nos Fundos de Saúde e 72,2% deles também realizam os empenhos da Saúde. Todos referem possuir sistemas informatizados, em todas as fases das despesas, interligados com as prefeituras.

Diversos analistas apontam a importância administrativa e política da gestão de custos como parte de um processo relacionado a eficiência e eficácia da administração governamental. A gestão de custos é elemento decisivo quanto a responsabilidade na prestação de contas e aplicação dos recursos (BRASIL-MF, 2013). Mensurar adequadamente o custo de cada unidade de saúde permite planejar mais eficazmente o quanto será necessário reservar no orçamento para o funcionamento dessas unidades. Sem que seja conhecido o custo dessas unidades de saúde, o planejamento se torna empírico e os recursos financeiros reservados podem ser insuficientes.

Em nenhum dos municípios pesquisados há implantação de sistemas de custos nas unidades de saúde; apenas um dos municípios possui sistema de custos implantado e, assim

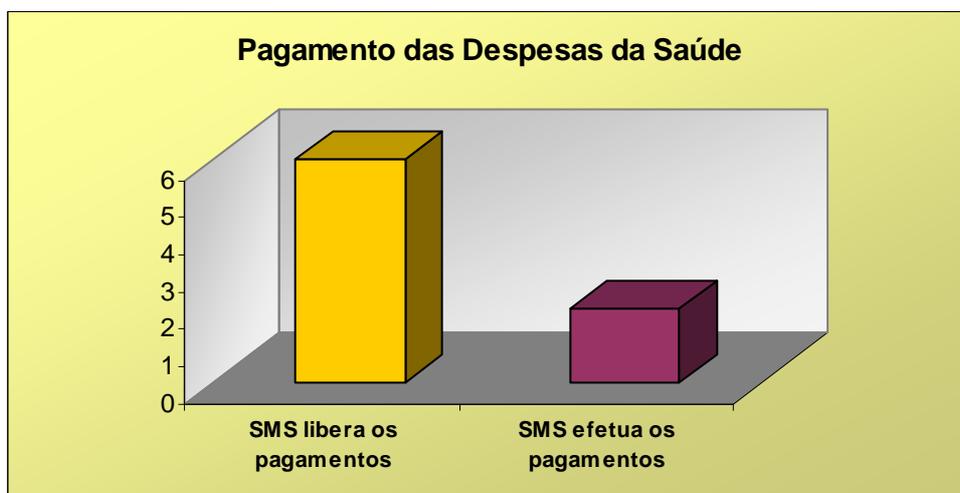
mesmo, somente nos grandes hospitais, enquanto todas as outras unidades de saúde não o têm.



**Gráfico 8 - Operacionalização dos Fundos de Saúde da RMI**

Fonte: Autoria própria

### 3.2.6 Pagamentos das despesas de saúde nesses municípios

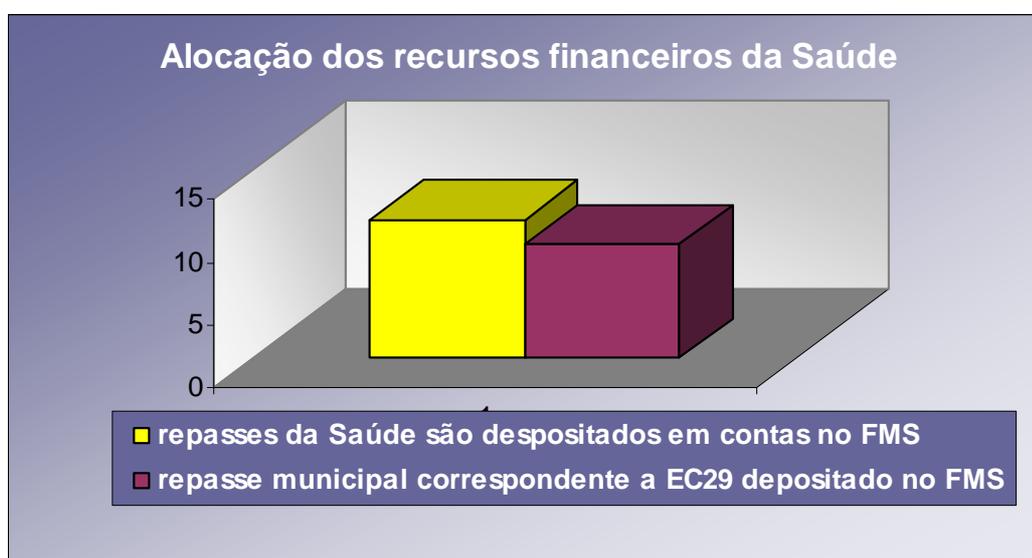


**Gráfico 9 - Pagamento das despesas da Saúde**

Fonte: Autoria própria

Embora em 60% dos municípios as secretarias de Saúde liberem os pagamentos, essa liberação é apenas administrativa, pois somente em 19% dos municípios esse pagamento é feito pelas secretarias de Saúde. Em 81% dos municípios pesquisados, são as secretarias de Fazenda que efetuam os pagamentos da Saúde.

### 3.2.7 Alocação dos recursos financeiros da Saúde nos municípios da Região



**Gráfico 10 - Alocação dos recursos financeiros da Saúde**

Fonte: Autoria própria

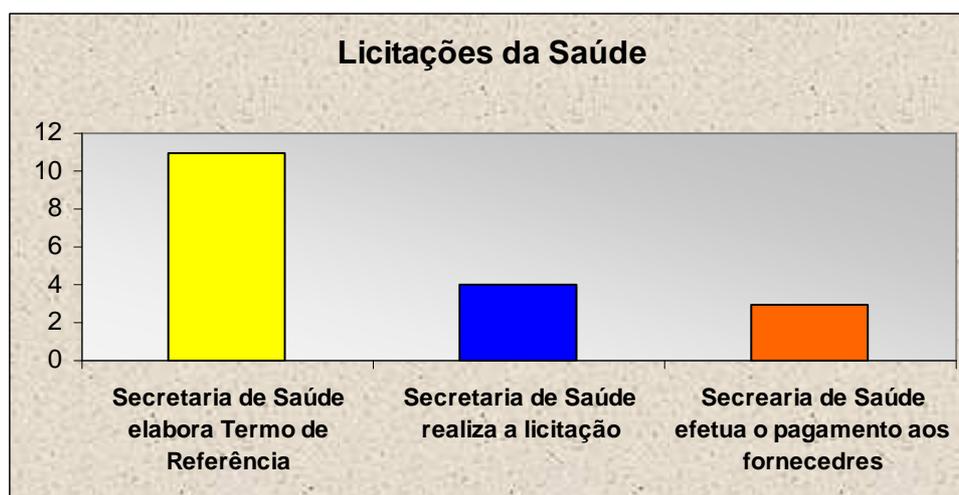
A Constituição Federal de 1988 determinou que toda a alocação de recursos financeiros para a Saúde deve estar nos Fundos de Saúde, mas esta não é a realidade local na RMI.

Em todos os municípios participantes da pesquisa, os repasses financeiros entre os entes governamentais são depositados em contas específicas nos Fundos de Saúde, como determina a legislação vigente. No entanto, em 18,18% desses municípios os repasses obrigatórios do Tesouro municipal para custear a saúde, determinados pela EC 29, ainda ficam nas secretarias de Finanças e não em contas dos Fundos de Saúde, como determina a legislação vigente (Artigo 16, Lei Complementar n.º. 141/2012) e contrariando o determinado pela Constituição Federal de 1988.

### 3.2.8 Licitações da saúde

Todos os processos de licitação da Saúde têm início nas secretarias de Saúde dos municípios da RMI, que elaboram os projetos básicos ou termos de referência. No entanto, apenas em 36,36% destes municípios a licitação se dá na secretaria de Saúde, sendo nos demais realizadas por outras secretarias.

Quando a licitação é realizada em outra secretaria, após a conclusão do processo licitatório, o processo retorna à secretaria de Saúde, para autorização do pagamento que só é realizado pelas secretarias de Saúde em 27,2% dos municípios. O gráfico 11, a seguir, mostra este cenário das licitações nos municípios da RMI.

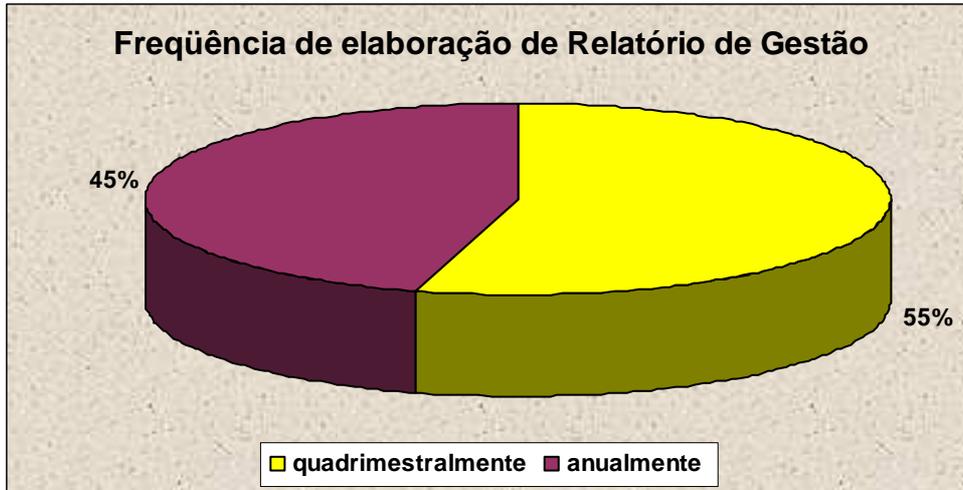


**Gráfico 11 - Licitações da Saúde**

Fonte: Autoria própria

### 3.2.9 Prestação de contas

A legislação atual (Lei Complementar n°. 141/2012) determina que os relatórios de gestão sejam encaminhados quadrimestralmente à Assembleia Legislativa, Conselho Municipal de Saúde e Tribunal de Contas do Estado. No entanto, verifica-se que em 45% dos municípios da região essa prestação de contas é anual.

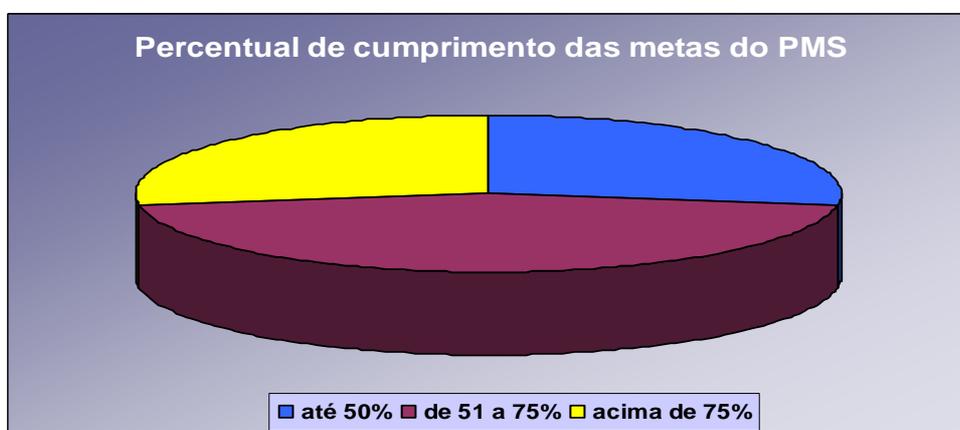


**Gráfico 12 - Freqüência da prestação de contas**

Fonte: Autoria própria

### 3.2.10 Cumprimento do planejamento municipal de saúde na região

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento de planejamento municipal em relação à Saúde para um período de gestão de quatro anos. Serve para nortear as políticas de saúde e subsidiar o plano plurianual de governo, além de orientar a Lei de Diretrizes Orçamentárias. Nele estão explicitadas as prioridades, objetivos, metas e estratégias estabelecidas para a Saúde a partir da análise da situação e tendência apresentada no município em relação à saúde.

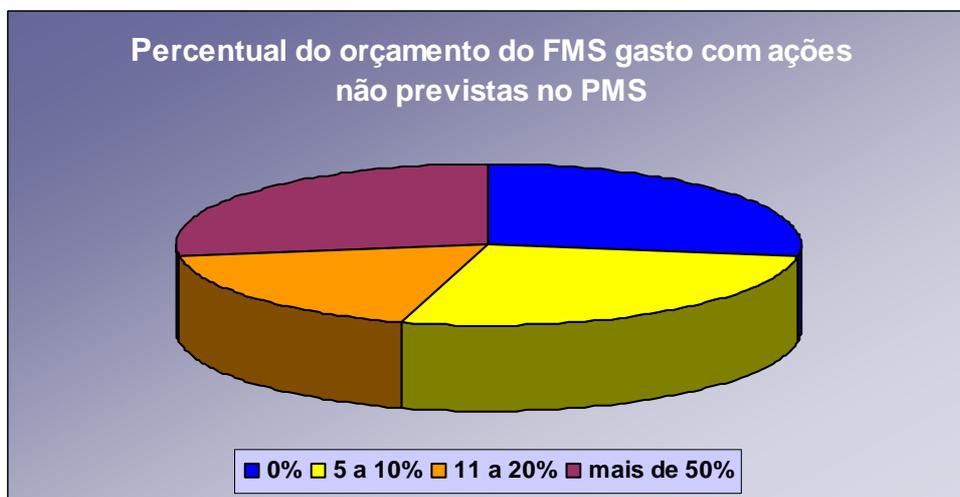


**Gráfico 13 - Cumprimento das metas do Plano Municipal de Saúde**

Fonte: Autoria própria

Em aproximadamente 30% dos municípios em estudo, o cumprimento das metas estabelecidas no PMS não alcançou 50% do programado e somente 27% tiveram mais de 75% de suas metas atingidas. Os gastos com ações não previstas no PMS podem indicar insuficiência de planejamento ou análise da situação de saúde equivocada, ou ainda pouca gestão dos Fundos de Saúde em seus orçamentos.

A pesquisa revelou que 72,7% dos municípios relataram gastos com ações não previstas no PMS, enquanto apenas 27,% dos municípios gastaram seus recursos em ações previstas no PMS, conforme mostrado no gráfico 14, abaixo.



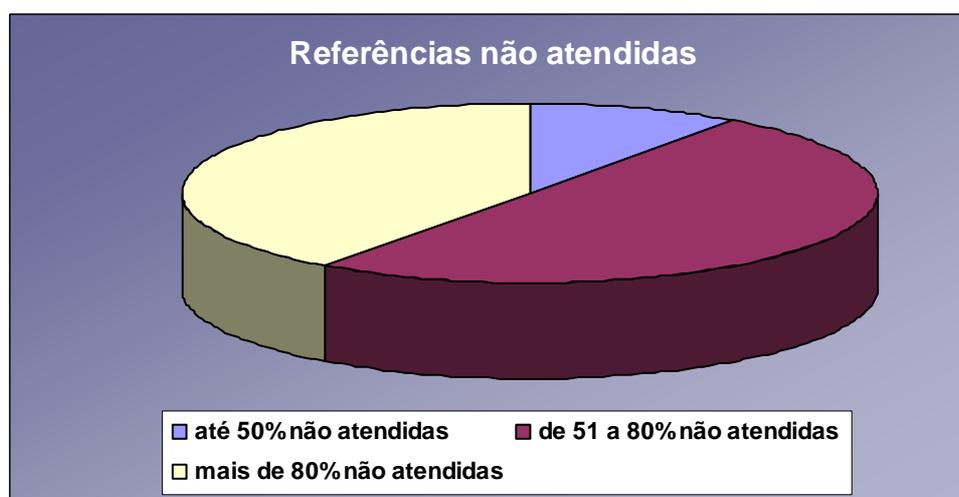
**Gráfico 14 - Percentual do orçamento do Fundo de Saúde gasto com ações não previstas no Plano Municipal de Saúde**  
Fonte: Autoria própria

### 3.2.11 Dificuldades no referenciamento de procedimentos de saúde

À exceção da capital do estado, que não referencia procedimentos para nenhum outro município da região, todos os demais municípios referiram dificuldades em agendar procedimentos com os municípios que estavam pactuados para servirem de referência para esses procedimentos, principalmente quando a referência era para a capital do estado.

O referenciamento de procedimentos é crucial para a gestão da saúde municipal, visto que municípios de menor porte não têm capacidade instalada suficiente para atender, em seus territórios, a todas as demandas da saúde em sua integralidade.

Por isso, a Programação Pactuada Integrada é o instrumento que define quais procedimentos poderão ser encaminhados para outros municípios e quais municípios deverão atender a essas referências a partir de pactuação prévia intergestores. Os municípios que servem de referência para outros municípios recebem, antecipadamente, recursos que são alocados em seus tetos financeiros, subtraídos dos tetos financeiros daqueles que irão utilizar seus serviços de saúde. O gráfico 5, a seguir, apresenta a dificuldade que os municípios relataram ter enfrentado, em percentuais.



**Gráfico 15 - Percentual em que as referências não foram atendidas**  
Fonte: Autoria própria

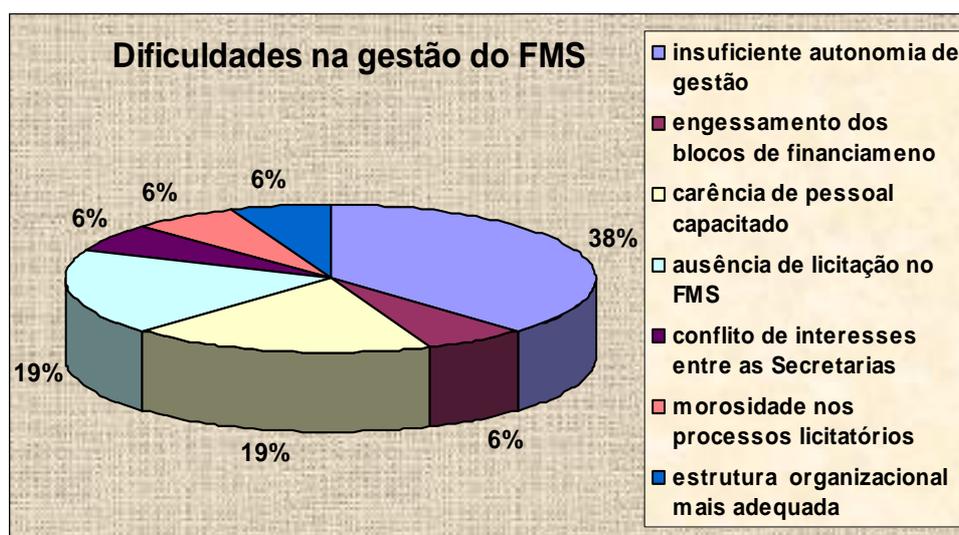
Em 50% dos municípios que referenciaram procedimentos, 51 a 80% das referências não foram atendidas; em 40% dos municípios, mais de 80% de suas referências não foram atendidas; e somente 10% dos municípios tiveram menos de 50% de suas referências não atendidas.

### 3.2.12 Dificuldades na gestão dos Fundos Municipais de Saúde

Entre as dificuldades para fazer a gestão dos Fundos de Saúde, a insuficiência de autonomia de gestão foi a principal dificuldade apontada pelos gestores, correspondendo a 38% de todos os problemas. A seguir é apontada a carência de pessoal capacitado para

trabalhar nos Fundos de Saúde e a ausência de licitação nos Fundos de Saúde, cada uma correspondendo a 19% das dificuldades.

As outras dificuldades apontadas foram o “engessamento” dos blocos de financiamento, os conflitos de interesse entre as secretarias, a morosidade nos processos licitatórios e a necessidade de estrutura organizacional mais adequada, cada uma correspondendo a 6% dos problemas.



**Gráfico 16 - Dificuldades apontadas para fazer a gestão do FMS**

Fonte: Autoria própria

Como insuficiente autonomia de gestão, as descrições relatam que essa insuficiência está ligada à dependência a que os Fundos de Saúde estão submetidos em relação às secretarias de Fazenda, seja nos casos em que esta secretaria é a responsável pelos pagamentos ou quando a previsão orçamentária feita pela Saúde não é acatada integralmente e os recursos financeiros aprovados na LOA para a Saúde acabam sendo insuficientes.

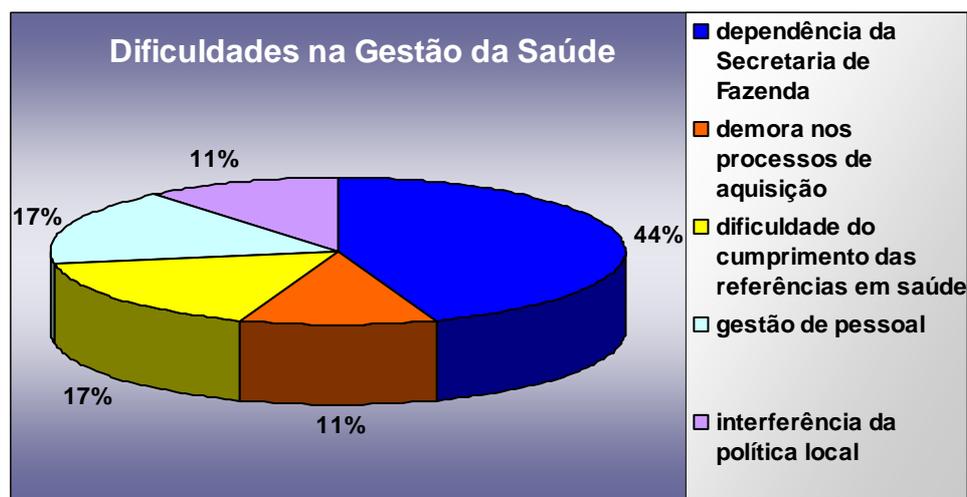
A dificuldade de capacitação dos funcionários do fundo é referida como sendo devida à alta rotatividade desses funcionários, cuja maioria é de cargos comissionados que são renovados a cada período de gestão municipal e, por este motivo, há grande dificuldade em fixar uma mesma equipe nos Fundos de Saúde.

Em relação aos blocos de financiamento, o que os gestores referem como “engessamento” é a impossibilidade de utilização dos recursos financeiros alocados em um bloco poderem migrar para outro quando o recurso de um bloco não foi totalmente gasto e em outro bloco faltaram recursos. Os gestores alegam que deveria haver maior flexibilidade porque a política nacional não leva em conta as especificidades municipais.

Os conflitos de interesse entre as secretarias dizem respeito às prefeituras onde as licitações e os pagamentos dos empenhos são centralizados em outras secretarias que não a de Saúde. Nesses casos há disputa, entre as secretarias dependentes, pelo calendário das licitações e dos pagamentos, o que acaba causando o outro problema apontado, que é a morosidade nos processos.

### 3.2.13 Dificuldades na gestão municipal da saúde

As dificuldades apontadas para fazer a gestão da Saúde nos municípios são muito semelhantes às dificuldades encontradas para realizar a gestão dos Fundos de Saúde. A principal dificuldade apontada pelos gestores é a dependência que a Saúde fica das secretarias de Fazenda para aprovar suas previsões orçamentárias e realizar os pagamentos aos fornecedores e todos os compromissos da saúde, quando esse pagamento é feito por esta secretaria. Isto, associado ao fato de os processos licitatórios, na maioria dos municípios, serem realizados em outras secretarias que não a de Saúde, leva ao aparecimento de outro problema apontado, que é a demora nos processos de aquisição que alguns gestores referem ser acrescida pelos processos precisarem passar pelas Controladorias das prefeituras, que analisam os processos de todas as secretarias.



**Gráfico 17 - Dificuldade para fazer a gestão da Saúde**

Fonte: Autoria própria

A centralização nas Controladorias, secretarias de Governo, de Administração e Fazenda impõe uma disputa entre os secretários de todas as secretarias quanto à liberação mais rápida de seus processos.

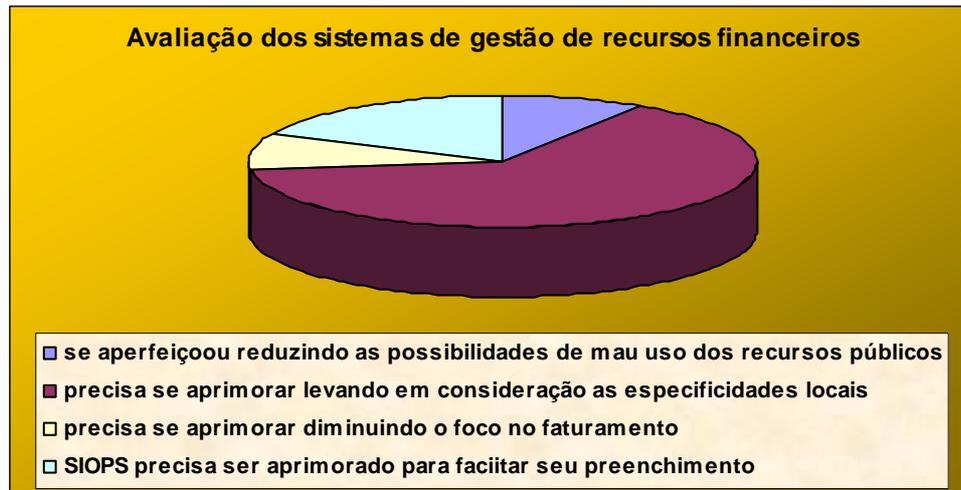
O segundo maior problema apresentado é a gestão de pessoal e, nesse sentido, as dificuldades vão desde a fixação dos profissionais, principalmente médicos, até a dificuldade de contratação, porque os municípios trabalham no limite da lei de responsabilidade fiscal.

A questão de fixação de médicos, ainda segundo os gestores, é um problema regional, e por isso precisa ser enfrentado regionalmente, pois há diferentes pisos salariais na região levando esses profissionais para os locais onde a remuneração é mais elevada. A implantação de Unidades de Pronto-Atendimento pela Secretaria de Estado de Saúde aumentou ainda mais a dimensão do problema, pois os salários pagos a esses profissionais nessas unidades são muito acima do oferecido pelos municípios, que não podem aumentar os salários de seus profissionais na mesma proporção do que é pago pelo estado.

A dificuldade de encaminharem seus municípios para as referências pactuadas é outro grave problema apontado, visto que o recurso financeiro sai dos tetos dos municípios usuários dos serviços para os tetos dos municípios prestadores que não prestam o serviço, mesmo este estando pactuado, não havendo nenhuma sanção imposta quando isto acontece.

#### 3.2.14 Avaliação sobre o sistema de gestão de recursos financeiros da saúde

As avaliações dos gestores se concentraram no sistema de alocação de recursos por blocos de financiamento e no sistema de informações de orçamentos públicos (SIOPS). A principal avaliação foi que ambos precisam de aperfeiçoamento. Esta foi a avaliação de dez municípios, dos 11 participantes da pesquisa.



**Gráfico 18. Avaliação sobre o sistema de gestão dos recursos financeiros**

Fonte: Autoria própria

Quanto ao tipo de aperfeiçoamento, 63% referiram que o sistema de alocação de recursos financeiros, que atende à Política Nacional de Saúde, precisa levar mais em consideração as especificidades locais, pois a maioria dos recursos financeiros destinados à Saúde nos municípios é oriunda dos repasses do Ministério da Saúde, e os blocos de financiamento não são flexíveis. Alguns gestores acreditam que a orientação por blocos de financiamento é importante, mas sugeriram que poderia haver um percentual desses blocos reorganizado de acordo com as necessidades municipais. Outros 8% dos municípios acreditam que esse aperfeiçoamento deveria ser no sentido de diminuir o foco no faturamento e ampliar o foco nas metas assistenciais locais.

Em relação ao SIOPS, a avaliação dos gestores é que este não é um sistema de fácil preenchimento, e como há dificuldade de fixação e capacitação de pessoal que atua nos Fundos Municipais de Saúde, o sistema deveria ser mais fácil para sua alimentação.

Apenas o gestor de um município integrante da pesquisa avaliou que os sistemas de gestão de recursos financeiros se aperfeiçoaram o suficiente de forma a reduzir o mau uso dos recursos públicos em saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, como já descrito, é constituída por municípios que apresentam grande diversidade quanto a área territorial, densidade demográfica, capacidade de captação de recursos financeiros e parque tecnológico de saúde – dependente, portanto, de que haja forte política de regionalização da saúde.

Não há município no Brasil que seja plenamente suficiente para executar integralmente, em seu território, o universo das ações que a atenção à saúde impõe. Como nenhum estado ou município tem autoridade ou autonomia para deliberar sobre as ações dentro de outro município, conforme o artigo 18 da Constituição Federal, isto só pode ocorrer por meio de resoluções colegiadas dos gestores a partir de consensos regionais. Dessa forma, é importante que o gestor municipal participe da condução e da formatação da Região de Saúde e suas inter-relações com outras regiões. Nela os processos de negociação e pactuação entre os gestores do SUS propiciarão os meios adequados ao acesso à saúde com qualidade das ações e serviços de saúde, quando a complexidade transcenda a escala municipal, garantindo o direito integral à saúde dessa população e reduzindo as desigualdades sociais.

No entanto, não basta apenas participar das pactuações regionais; é igualmente importante que os gestores municipais da saúde tenham autonomia de gestão em seus fundos de saúde, tanto em relação aos repasses públicos de outros entes governamentais como dos recursos dos tesouros municipais, a fim de que possam garantir o cumprimento do planejamento municipal da Saúde, assim como das pactuações regionais. Sem que isto aconteça, todo o planejamento da Saúde, seja municipal ou de toda a região, fica comprometido.

Esta pesquisa verificou que os gestores da Saúde dos municípios em estudo não possuem total autonomia na gestão dos recursos para a Saúde em seus municípios, e que os Fundos de Saúde não possuem estruturação adequada para realizar uma boa gestão financeira e orçamentária dos recursos financeiros para a Saúde.

Tradicionalmente, divide-se a área financeira de acordo com as funções mais importantes e/ou a natureza dos instrumentos que ela comporta. Dessa forma, é comum a área financeira estar estruturada em torno de algumas ou todas as seguintes funções: planejamento, orçamento, contabilidade, tesouraria, controle e avaliação, auditoria e custos. Couttolenc & Zucchi (1998) propõem uma estrutura mínima que deve estar presente em todos os fundos de saúde, constituída pelos setores de Contabilidade, Tesouraria e Controle e Avaliação, o que

não existe na maioria dos Fundos de Saúde da região. Todos os Fundos de Saúde da região possuem setor de Contabilidade, mas nem todos possuem os setores de Tesouraria e Controle e Avaliação.

A Tesouraria – que tem por objetivos a distribuição e manutenção do recurso financeiro disponível entre seus componentes, de forma a assegurar o pagamento de débitos no devido prazo e manter um controle rigoroso das entradas e saídas de recursos financeiros – é um setor que não pode faltar em fundos com alguma autonomia de gestão. Em 72,8% dos municípios da RMI não há tesouraria própria, e as tesourarias utilizadas são as das Secretarias Municipais de Fazenda, ficando os compromissos da Saúde subordinados ao calendário dessas secretarias de Finanças, calendário esse disputado com todas as outras secretarias municipais.

O planejamento desses Fundos também não é eficiente, pois não há centros de custos implantados em todos os níveis das secretarias, em nenhum dos municípios pesquisados não havendo, portanto, instrumentos que mensurem os gastos com a Saúde para melhor planejar seus orçamentos.

O §3º do art. 50 da Lei Complementar nº 101/2000 que trata das definições para a escrituração das contas públicas determina que a Administração Pública mantenha sistema de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial para uma adesão consciente das práticas de gestão dos custos no serviço público do país.

A contabilidade de custos é importante instrumento gerencial que coleta, classifica, registra e produz informações acerca dos produtos e serviços da entidade, pública ou privada, com fins de mensuração de desempenho e auxílio na tomada de decisão dos respectivos gestores. Seus principais objetivos são prover informações que permitam avaliar a eficiência do uso dos recursos e a eficácia dos gestores na obtenção de suas metas e a efetividade das políticas públicas, para a promoção da qualidade na gestão do serviço público.

A implantação de um sistema de custos, com foco nos resultados da gestão pública, pode trazer como benefícios a redução de custos com melhoria da qualidade dos serviços prestados, o combate ao desperdício e identificação das atividades que não agregam valor ao usuário dos serviços públicos, como subsídio ao processo orçamentário e servir como guia para avaliar o impacto efetivo das decisões tomadas.

A gestão de pessoal desses fundos é outro problema que pode interferir diretamente na gestão dos recursos financeiros. Em mais de 70% dos municípios estudados, menos da metade dos funcionários dos Fundos de Saúde são submetidos a constante aperfeiçoamento em gestão

orçamentária. Isso é extremamente importante, pois a normatização dos repasses financeiros entre os entes governamentais é realizada através de portarias ministeriais editadas com frequência ou constantemente atualizadas. Além do pouco aperfeiçoamento de seus funcionários, a maioria é lotada como cargo comissionado que se renova a cada gestão municipal, dificultando a formação de uma equipe coesa.

A operacionalização desses fundos também é inadequada, pois nem todas as fases da despesa são aí executadas. Na maioria dos municípios (72,2%), os empenhos são realizados nos Fundos de Saúde, mas as liquidações e pagamentos em 81% desses municípios são realizados nas secretarias municipais de Finanças. Também as licitações em 63% dos municípios não são realizadas nos Fundos de Saúde.

Quanto à alocação de recursos financeiros da Saúde, 20% dos municípios relatam que os recursos oriundos do Tesouro municipal que são destinados para a Saúde não estão alocados dos Fundos de Saúde, ficando sob a gestão das secretarias de Finanças.

A prestação de contas, obrigatória pela legislação vigente, deve ter periodicidade quadrimestral e ser apresentada aos Conselhos Municipais de Saúde, Tribunal de Contas Estadual e Assembleias Legislativas Municipais – também não é cumprida de acordo com a legislação, pois 45% dos municípios referem que a executam anualmente.

A insuficiente autonomia de gestão dos FMS da região, evidenciada pela centralização nas secretarias municipais de Finanças, foi apontada pelos gestores municipais de Saúde da região como o maior problema que eles enfrentam, representando 38% de todos os problemas relatados em relação à gestão dos Fundos Municipais. Se for associada à licitação realizada fora dos fundos, que os gestores apontam como 19% de seus problemas e também caracteriza insuficiência de autonomia de gestão, esse percentual se eleva para 76%.

Entre as dificuldades para fazer a gestão da saúde em seus municípios, novamente é relatada a insuficiente autonomia de gestão dos Fundos de Saúde como a principal dificuldade apontada, correspondendo a 44% de todos os problemas de gestão da Saúde.

Outros problemas contribuem, de acordo com os gestores municipais de Saúde, para realizar uma boa gestão, que são a falta de flexibilidade de remanejamento de recursos financeiros entre os blocos de financiamento do repasse federal e a demora na tramitação dos processos de aquisição da saúde, representando 6% e 11%, respectivamente.

A insuficiente autonomia de gestão associada a fragilidade de planejamento e de estrutura organizacional nestes Fundos de Saúde se refletiu, como o esperado, no cumprimento das metas planejadas para a Saúde nestes municípios e na falta de investimentos em Saúde.

Apenas 27% dos municípios cumpriram as metas estabelecidas, nos Planos Municipais de Saúde e Programações Anual de Saúde, em mais de 75% e 30% deles cumpriram menos de 50% destas metas.

Em relação aos investimentos em Saúde quando analisado o informado ao SIOPS, no ano de 2012 (SIOPS/Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal), observa-se que apenas um município da região, que foi o que mais investiu em saúde, em 2012, investiu 18,32%. Todos os demais investiram menos de 6% em saúde no ano de 2012.

Essa falta de investimento se reflete na baixa cobertura em Atenção Primária, que é responsabilidade de todos os municípios e é o nível de atenção ordenadora para os demais níveis de atenção à saúde. A média de cobertura populacional em Atenção Básica da região é de apenas 18%, sendo que 18% desses municípios têm cobertura em Atenção Básica menor que 15%.

É possível concluir, sem receio de análise equivocada, que a insuficiência de autonomia de gestão e a inadequação de funcionamento dos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro é o maior problema de gestão, tanto no que diz respeito à gestão dos Fundos de Saúde quanto da própria gestão municipal da Saúde. É preciso, portanto, aprofundar os estudos dessas questões, para que se possa avaliar melhor o quanto essa insuficiência de autonomia de gestão e inadequação de funcionamento dos Fundos Municipais de Saúde podem estar interferindo no planejamento regional da Saúde, visto que todos os gestores municipais de Saúde relataram ter tido dificuldades para que seus municípios sejam atendidos pelos municípios cuja referência em saúde está pactuada.

Esperamos com esse trabalho poder estar apontando para a necessidade que haja maior compreensão em relação ao financiamento e utilização dos recursos do SUS e suas dificuldades, principalmente, no nível municipal.

## REFERÊNCIAS

ABRASCO, CEBES, ABRES, Rede UNIDA, AMPASA. *Fórum da Reforma Sanitária Brasileira*: reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros. Manifesto. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>>. Acesso: em 18 ago 2012.

ANGÉLICO, João. *Contabilidade Pública*. São Paulo, Atlas, 1991 apud COUTTOLENC, Bernard François; ZUCCHI, Paola. *Gestão de Recursos Financeiros*. São Paulo: USP, 1998 (Série Saúde & Cidadania, v. 10).

BAHIA, Lígia. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, 2008.

BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. *Financiamento do SUS na região metropolitana do Rio de Janeiro nos anos 2000*. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, RJ, 2010, 194 f.

BRASIL. Constituição (1891). Constituição da República Federativa do Brasil. Rio de Janeiro, *Diário Oficial da União*, 24 fev 1891, 20 p.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal de 1946 e Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Rio de Janeiro: Senado Federal, 1946.

\_\_\_\_\_. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. 140 p.

\_\_\_\_\_. Constituição. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Presidência da República. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, 14/09/2000. Brasília: Imprensa Nacional, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969. Presidência da República. Institui o Fundo Nacional de Saúde (FNS), vinculado ao Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 25/07/1969. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Presidência da República. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 31/08/1994. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Presidência da República. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 29/09/1995. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Presidência da República. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29/06/2011. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Lei nº 3.752, de 14 de abril de 1960. Presidência da República. Dita normas para a convocação da Assembleia Constituinte do Estado da Guanabara e da outras providências. Diário Oficial da União, 18/04/1960. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Presidência da República. Estatuí Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, 23/03/1964. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 20/09/90. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8142, de 29 de dezembro de 1990. Presidência da República. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências financeiras na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 30/12/90. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993. Presidência da República. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28/07/1993. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 20, de 01 de julho de 1974. Presidência da República. Dispõe sobre a criação de Estados e Territórios. Diário Oficial da União, 01/07/1974. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009. Presidência da República. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Diário Oficial da União, 28/05/2009. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Presidência da República. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 16/01/2012. Brasília: Imprensa Nacional.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O financiamento da Saúde*. Brasília, Conasems, 2011. 124 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão Administrativa e Financeira no SUS*. Brasília, Conasems, 2011. 132 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde*. Brasília, Conasems, 2011.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Constituição do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Assembleia Legislativa, 05 de outubro de 1989.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. *Caderno da Região Metropolitana I*, Rio de Janeiro, abril de 2009, 35 p.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. *Projeto de Construção da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 2012, 7 p.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro. *Produto Interno Bruto dos municípios Rio de Janeiro*, dezembro de 2011, 11 p.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado do Rio de Janeiro. *Plano Diretor de Regionalização*, 2001, 117 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. *Cartilha Sistema de Custos do Governo Federal: O que é? Para que serve? E como isso afeta meu dia a dia*. Brasília, Ministério da Fazenda, 2013, 64 p.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Conta-Satélite de Saúde Brasil 2007-2009*. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia\\_saude/css\\_2007\\_2009/economia\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf)>. Acesso em 18 ago 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde*: manual básico. 3ª ed. rev. e ampl., Brasília, Ministério da Saúde, 2003, 66 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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, Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2203 de 05 de novembro de 1996. Aprova na forma de anexo a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, Brasília, 2002

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2002. Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde, Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.176 de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão, Brasília, 2008

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes do Referido Pacto, Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta MS/PGR nº 1.163 de 11 de outubro de 2000. Dispõe sobre a criação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/PGR nº 446 de 16 de março de 2004. Implementa o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS sob a supervisão da Secretaria-Executiva e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, ambas do Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo*, Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 300 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Decreto nº 7.508, de 2 de junho de 2011*: regulamenta a Lei 8080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 1ª Ed., 2011, 16 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Plano regional – reorganização do SUS na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001, 232p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)/ Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/rel\\_LRF.php](http://siops.datasus.gov.br/rel_LRF.php)>. Acesso em 16 Jun.2013.

\_\_\_\_\_. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa nº 1005. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001, 232 p.

BRASILEIRO, Ana Maria. *A fusão: análise de uma política pública*. Brasília: IPEA/IPLAN, 1979, 378 p.

CARVALHO, Gilson. *Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde- 1988-2001*. Tese de Doutorado – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, 2002. 363 f.

\_\_\_\_\_. *Financiamento da Saúde Pública no Brasil no Pós Constitucional de 88*. In: Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.2 n.1, p.39-51, jul./dez. 2008.

\_\_\_\_\_. *Saúde +10 – Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública*. In: Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.2 n.1, p.39-51, jul./dez. 2008

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Rev. Sociol. Polit.*, jun 2002, n.18, p. 49-71.

COUTTOLENC, Bernard François; ZUCCHI, Paola. *Gestão de Recursos Financeiros*. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Série Saúde & Cidadania – volume 10, 1998.

DAIN, Sulamis. *Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de investigação*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (SUP), 2007, p 1851-1864.

\_\_\_\_\_. *O financiamento público na perspectiva da política social*. *Economia e Sociedade* (17), 2001, p 113-140.

DELGADO DE CARVALHO, Carlos. *História da Cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Dep. Geral de Doc. e Inf. Cultural, 1990, 126 p.

DIAS, M.O. *A interiorização da metrópole e outros estudos*. São Paulo. Alameda Casa Editorial, 2005.

FERREIRA, Marieta de Moraes. *A fusão do Rio de Janeiro, a ditadura militar e a transição política*. In: ABREU, A. *A Democratização no Brasil: atores e contextos*. Rio de Janeiro: FGV, 2006, cap. 6, p 163-203.

FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. 13 ed., 2.reimp., São Paulo: EdUSP, 2010.

GOMES, Laurentino. *1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil*. 3.ed. São Paulo: Planeta Brasil, 2009.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA Luciana Dias; MACHADO, Cristiani. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. *Ciência*

& Saúde Coletiva 6 (2), 2001. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

LINHARES, Sergio. Histórico do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em:

<[http://www.inepac.rj.gov.br/arquivos/Historico\\_Estado.pdf](http://www.inepac.rj.gov.br/arquivos/Historico_Estado.pdf)>. Acesso em: 19 abr.2013.

MANZINI, E. J.; SILVA, J. R. *Projetos de pesquisa em educação especial: identificando categorias para análise*. In: SIMPÓSIO EM FILOSOFIA E CIÊNCIA, 4, 2001, Marília. *Resumos...* Marília: Unesp, 2001. p.102.

MANZINI, E. J. *Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros*. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2, A pesquisa qualitativa em debate, Bauru, 2004. *Anais...*, Bauru: SIPEQ, 2004.

MEDICI, A. C. 1995. Saúde: modelos de gestão descentralizada. Alternativas para o Brasil. In: VELLOSO, J. P. R., ALBUQUERQUE, R. C. & KNOOP, J. (coords.). *Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Altos Estudos-Instituto Latino-Americano de Desenvolvimento Econômico e Social.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS: tomo I*, Salvador: Casa da Qualidade, 2001, p.11-36.

\_\_\_\_\_. *Os grandes dilemas do SUS: tomo II*, Salvador (BA), Casa da Qualidade Editora, 2001, p 11-36.

\_\_\_\_\_. *Uma agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996, 300p.

\_\_\_\_\_. *As redes de atenção à saúde*, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p.

MOTTA, Marly Silva da. A fusão da Guanabara com o Estado do Rio: desafios e desencantos. In: FREIRE, A.; SARMENTO, C.E.; MOTTA, M. S. (Orgs). *Um estado em questão: os 25 anos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2001. p.19-56.

OUPERNEY, Assis Mafort. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal, São Paulo, *Administração em Diálogo*, nº 7, 2005, p 91-106.

PARADA, Roberto. *Federalismo e o SUS: Um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008, 349 p.

SECRETARIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS: Notícias 2013. *Prefeituras deixam de receber recursos da União por não atualizarem dados no CAUC*. Disponível em>[http://www.relacoesinstitucionais.gov.br/noticias/ultimas\\_noticias/2013/04/prefeituras-](http://www.relacoesinstitucionais.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2013/04/prefeituras-)

deixam-de-receber-recursos-da-uniao-por-nao-atualizarem-dados-no-cauc >. Acesso em: 05 maio 2013.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DO RIO DE JANEIRO. *A virada e suas reviravoltas sobre o mercado de trabalho do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro (RJ), jan 2012, 49 p.

\_\_\_\_\_. *Informações socioeconômicas do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro (RJ), 2011, 29 p.

SILVA, Edna Lucia; MENEZES, Estera Muszkat. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 4. ed. rev e atual, Florianópolis:UFSC (SC), 2005, 138 p.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, Brasília: Unesco, 2002, 726 p.

TEIXEIRA FILHO, Álvaro; SEIXAS Agostinho. *Fusão, Estado da Guanabara e Estado do Rio de Janeiro: histórico e legislação*. Rio de Janeiro: Livraria São José, 31p.

UGÁ, Maria Alice et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a08v08n2.pdf>>. Acesso em: 19 jul 2012.

**APÊNDICE A - Roteiro para as entrevistas semiestruturadas**

- 1) Cargo que exerce ou exerceu no período de 2009 a 2012
- 2) Quanto tempo permaneceu no cargo?
- 3) Há quanto tempo existe o cargo?
- 4) O município possui lei para a criação do FMS?
- 5) Essa lei prevê subordinação direta do Fundo ao Secretário de Saúde? Estipula periodicidade para a prestação de contas? Determina autonomia administrativa e contábil e estrutura mínima necessária ao Fundo de Saúde? Há um setor jurídico no FMS?
- 6) Quem é o ordenador das despesas da Saúde no município?
- 7) O Fundo de Saúde possui inscrição como matriz no CNPJ?
  - 7a) Em caso negativo qual CGC é usado pela saúde para alocação das receitas próprias da saúde?
- 8) O Fundo de Saúde possui sistemas informatizados interligados entre todas as fases da despesa e com os sistemas da Prefeitura?
- 9) Há implantação de sistema de custos das unidades de saúde?
- 10) Os recursos próprios da Prefeitura destinados às ações de saúde são depositados em contas específicas do FMS?
- 11) Onde são classificadas as despesas?
- 12) Onde são empenhadas?
- 13) Onde são realizadas as licitações para a Saúde?
- 14) Como se dá o processo de licitação?
- 15) Que Secretaria Municipal libera os pagamentos da Saúde?
- 16) Quanto da Programação Anual de Saúde e do Plano Municipal de Saúde foi cumprido no último ano?    ( ) até 25%    ( ) de 26% a 50%    ( ) de 51% a 75%    ( ) mais de 75%
- 17) Qual o percentual do orçamento do FMS foi gasto com ações que não estavam previstas no PMS?
- 18) Houve alguma receita/despesa que estava prevista no orçamento da saúde que não foi gasto com ações de saúde?
- 19) Com que frequência o FMS elabora relatório de gestão?
  - ( ) quadrimestralmente    ( ) semestralmente    ( ) anualmente
- 20) Este RG é enviado ao Conselho Municipal de Saúde, Assembleia Legislativa e Tribunal de Contas Estadual? Com que frequência?

- 21) Quantos funcionários estão lotados no FMS? Há Tesouraria no FMS?
- 22) Com que periodicidade os funcionários do FMS participam de cursos de capacitação/aprimoramento?
- 23) Qual o percentual de funcionários do FMS já realizou algum tipo de capacitação/aperfeiçoamento em gestão orçamentária?
- 24) Quais são suas dificuldades no FMS?
- 25) Você tem tido dificuldades nos procedimentos referenciados para outros municípios, procedimentos esses já pactuados? Em quais municípios? Em que percentual aproximado?
- 26) Que dificuldades você têm tido para fazer a gestão da saúde em seu município?
- 27) Qual seria sua avaliação sobre o sistema de gestão de recursos da Saúde?
- 28) Quais são as relações entre Fazenda e Saúde, ou o que deveria ser melhorado nas relações entre Fazenda e Saúde?

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Prezado(a) Senhor(a),**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo intitulado “Gestão dos Fundos Municipais de Saúde dos municípios da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: autonomia ou dependência?” desenvolvido pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, conduzido por Lídia Zimbardi e orientado por Sulamis Dain, que tem por objetivo conhecer a gestão dos recursos financeiros da saúde nos municípios integrantes da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado por ter a experiência prática do problema pesquisado o que permitirá agregar o máximo possível de conhecimento do assunto a fim de que possa ser analisado de maneira correta e eficaz. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista, a ser realizada em local de sua escolha, com duração máxima de uma hora, estando presentes o pesquisador e o entrevistado tendo como conteúdo a sua experiência, observações e comentários sobre o tema estudado. Não haverá registro de vídeo, áudio ou imagem.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos, nos meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Lídia Zimbardi mestrande do Instituto de Medicina Social da UERJ: Alameda James Franco nº 3, Jardim Primavera, Duque de Caxias, CEP 25215-265, telefones (21) 81128614 e (21) 2773-6297. E-mail: lidiazimbardi@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_