

Rev. Saúde públ., S. Paulo
1(1):24-37, jun. 1967.

FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA ⁽¹⁾

Rodolfo dos Santos MASCARENHAS

Dados estatísticos nacionais mostram que, no Brasil, os estados de um modo geral, têm, em seus respectivos territórios, arrecadação de impostos mais elevada que a União. A arrecadação mais elevada do Governo Central, apresentada nas estatísticas oficiais, é motivada pelo excesso da arrecadação dos impostos federais sobre os estaduais, encontrado geralmente em cinco ou seis Estados, dos quais Guanabara e São Paulo são responsáveis por 91% dessa diferença, em 1964. Não se pode modificar o atual sistema de competência em serviços de saúde pública nos três níveis — central, regional e local — sem que se modifique concomitantemente o atual sistema tributário brasileiro, onde os governos municipais receberam, em 1962, apenas 5,6% da arrecadação geral dos impostos. Dados de 1955 mostram que o custo dos serviços de saúde pública no Brasil, englobando-se os três níveis, foram de Cr\$ 123 per capita (US\$ 1.82) e de 1962, Cr\$ 827 per capita (US\$ 2.30). Esses três níveis de governo reservaram, em 1955, 5,6% do dinheiro gasto com suas despesas globais, para as atividades de saúde pública, essa percentagem caiu para 4,5 em 1962. Em relação aos totais invertidos nas atividades estatais de saúde pública, a União gastou, em 1962, 36,4% do total das despesas estatais, os estados 59,3% e os municípios apenas 5,5%. Há uma disparidade grande na distribuição de gastos com saúde pública entre os vários Estados brasileiros, indo de uma percentagem mínima sobre o total geral das despesas públicas, de 1,6% para Goiás (1964), e máxima no mesmo ano, de 17,2% para o Pará. O custo per capita varia muito, também, de Estado para Estado, oscilando, em 1964, de um limite inferior de Cr\$ 70 (Maranhão) a um superior de Cr\$ 5.217 (Guanabara). Se estudarmos as despesas per capita de cada Estado, com atividades de saúde pública em valores de 1964 e 1954, expressos estes em valores monetários de 1964, verifica-se que a despesa dos 20 Estados caiu de 17,2%. Não se pode saber, sem planejamento adequado, se essas despesas per capita, com serviços estatais de saúde pública, devem ser aumentadas ou não. A comparação internacional é desaconselhada; a falta de um sistema racional de contabilidade pública tornam duvidosos, entre nós, os dados existentes.

INTRODUÇÃO

Saúde Pública representa, como atividade, no conceito atual, toda ação dirigida diretamente para a promoção, proteção e restauração da saúde da comunidade. Dizemos *diretamente*, pois, toda outra atividade que contribua, seja direta ou indiretamente, para a melhoria do padrão de vida da população, influenciará, positiva e indiretamente, na elevação da saúde da comunidade.

Existe toda uma gama de organizações estatais, paraestatais, de economia mista ou privadas, interessadas diretamente na melhoria da saúde da população, tais como: unidades sanitárias locais ou distritais; hospitais; laboratórios regionais ou centrais; serviços de assistência médico-odontológica das Forças Armadas; serviços médicos da previdência social; serviços médicos mantidos ou

Recebido para publicação em 25-7-1967.

- (1) Da Cadeira de Administração Sanitária da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP. Apresentado no 16.º Congresso Brasileiro de Higiene, em Curitiba (Brasil), de 20 a 26 de novembro de 1966.

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

grandemente subvencionados pelo Governo, para clientela específica; gabinetes dentários, etc.

Nêste trabalho será considerado, dentro da limitação do tema, apenas o financiamento dos chamados serviços sanitários, isto é, das atividades estatais de saúde pública. Enquadrando-se também com as diretrizes dêste Congresso, êste Relatório focalizará, quase que exclusivamente, situação brasileira, nos tópicos que se seguem:

I — *Descentralização dos serviços estatais de saúde pública*

O Estado procura sempre descentralizar a atuação dos seus serviços de saúde pública, descentralização esta que está condicionada a muitos fatores, tais como tradição social e política; tradição da estrutura de serviços estatais de saúde; área geográfica; disponibilidade de pessoal e material, etc.

Os governos podem ser classificados, de modo geral, em unitários quando estão estruturados politicamente apenas em níveis central e local; federativos, quando entre êsses dois níveis surge outro de caráter regional — Estados, Províncias ou Departamentos. Nos governos unitários, existe mais a centralização dos serviços de saúde pública no governo nacional, se bem que, em países europeus — anglo-saxônicos e escandinavos — por exemplo, notam-se exceções com relativa descentralização na esfera dos governos locais.

Situações as mais variáveis são encontradas nos países federativos, onde se pode observar centralização excessiva no setor da União; descentralização quase total no âmbito dos governos regionais, sistema misto — União e Estados — e, por fim, em outros países, descentralização parcial na esfera local, onde certos serviços de saúde são entregues aos governos municipais.

Mesmo em países onde não há descentralização dos serviços de saúde pública, em relação aos governos regionais e lo-

cais, existe uma descentralização técnico-administrativa, dos órgãos da União, através de regiões sanitárias, partes integrantes dos serviços nacionais de saúde pública.

Em nosso país, no tempo do Império, os incipientes serviços estatais de saúde pública estavam centralizados todos no campo de ação do governo nacional, mas a República, talvez parodiando a situação norte-americana, entregou, súbitamente, quase toda a ação sanitária aos governos estaduais. Êstes, desaparelhados, foram organizando os seus serviços de saúde pública, de acôrdo com a premissa de resolução dos problemas sanitários que surgiam e com a manifestação da pressão da clientela política. Sômente a partir de 1930, com a Revolução vitoriosa, é que certos serviços de saúde pública foram se transferindo legalmente, pois, alguns já estavam transferidos *de fato* para o governo federal. Nas várias constituições que se sucederam no Brasil — três ao todo — há uma linha divisória, cada vez mais precisa, entre as atividades de saúde pública dos governos federal, estaduais e municipais, se bem que êstes, dentro do nosso contexto sócio-econômico e de nossa tradição política, pouco intervêm neste setor da vida pública.

Cabe, de modo geral, à União, pela Constituição de 1946: legislar sobre as normas gerais de defesa e proteção da saúde e, privativamente, sobre o direito do trabalho, inclusive saúde do trabalhador, higiene e segurança do local de trabalho; organizar a defesa permanente contra os efeitos das endemias rurais; serviços de saúde dos portos; fiscalização do exercício profissional, etc. Os Estados têm, em generalidade, a seguinte competência: legislar, supletiva ou complementarmente, sobre as normas de defesa e proteção da saúde; exercer as atividades de saúde pública não privativas da União, inclusive a direção das unidades sanitárias distritais ou locais. Cabe aos Municípios, supletiva ou concorrentemente com os Estados, zelar pela saúde,

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

higiene e assistência pública, exercendo as atividades de âmbito local que lhes forem delegadas, pelos respectivos governos estaduais.

Nessa distribuição idealizada de atividades, ressaltam-se duas tendências entre nós: dos serviços de saúde pública da União em não se limitarem a fixar as normas gerais de defesa e proteção da saúde, estabelecidas na Constituição, mas se estenderem à regulamentação minuciosa e uniforme por todo o País, sem atentar para as peculiaridades regionais.

De outro lado, os governos estaduais não entregam *de fato* qualquer de suas atividades de saúde pública aos governos locais, permitindo, a estes, apenas uma ação complementar.

Entre os fatores citados anteriormente, que podem influir nessa distribuição de atividades, nos três níveis de governo do Brasil, toma função de relêvo a distribuição da arrecadação de rendas estatais recebidas através de impostos, taxas, rendas patrimoniais industriais, etc.

II — Distribuição da arrecadação de impostos no Brasil

A arrecadação da renda proveniente de taxas, da utilização de bens patrimoniais, etc., é muito variável de governo para governo, principalmente, na esfera de ação local, onde está muito influen-

ciada pela presença de serviços municipais de água e esgoto e da quase inexistência de bens patrimoniais produzindo renda. É por isso que se preconiza a comparação dos resultados da tributação dos impostos.

O Brasil é um vasto país subdesenvolvido, com uma renda *per capita* nacional ao redor de 120 dólares, em 1960, variando, segundo PEDROSO et alii³ (1965) entre os extremos de 45 dólares *per capita* no Nordeste e, 243 dólares, nos Estados da Guanabara, São Paulo e Rio de Janeiro. Uma das bases para a classificação de um país, como subdesenvolvido ou não, é a classificação abaixo ou acima da renda média *per capita* internacional, avaliada em 450 dólares norte-americanos.

Uma das características dos países subdesenvolvidos é a inexistência ou precariedade de informes estatísticos disponíveis, inclusive os ligados à saúde pública. A Tabela 1, abaixo, demonstra bem essa situação: não foi possível obter dados sobre a arrecadação de impostos do Brasil, em 1920 e 1930. Essas mesmas informações não puderam ser colhidas em 1963 e 1964, porque as publicações oficiais trouxeram, como arrecadação de impostos dos governos locais, apenas aquelas das capitais dos Estados. Apon-tando essas falhas, apresentamos a citada Tabela.

TABELA 1

Percentagens da Arrecadação de Impostos dos Governos Federal, Estaduais e Locais, no Brasil e nos Estados Unidos, 1920-1962

A n o	FEDERAL		ESTADUAL		LOCAL	
	Brasil	EE. UU.	Brasil	EE. UU.	Brasil	EE. UU.
1920	—	65,2	—	6,8	—	27,8
1930	—	36,6	—	17,9	—	45,9
1940	57,1	37,6	30,3	25,3	12,6	37,1
1946	59,1	78,1	34,8	10,7	6,1	11,2
1950	52,1	68,8	39,5	15,6	8,4	15,7
1955	53,0	71,0	40,3	14,3	6,7	14,7
1960	51,9	67,4	42,9	15,9	5,2	16,7
1962	51,6	66,4	42,8	16,6	5,6	16,9

Fontes: Anuário Estatístico do Brasil (IBGE), 1964.

MASCARENHAS, R. dos S. — *Rev. Ass. Méd. Bras.* 11(6):237, jun. 1965.

Statistical Abstract of the United States, 1965.

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

A simples observação destes informes mostra, em relação aos Estados Unidos, um fortalecimento, a partir da última guerra, da arrecadação do governo central, fato observado em inúmeros outros países, pois cabe, cada vez mais a esse governo, o incremento de grandes atividades de âmbito nacional, acarretando maior necessidade de financiamento. Naquêlê país, o crescimento se deu em detrimento da arrecadação de impostos dos governos locais. No Brasil, o percentual da arrecadação dos impostos federais vem se mantendo constante, subindo um pouco a arrecadação dos impostos estaduais, em detrimento da tributação local.

Pode-se, apenas com êstes dados, afirmar que qualquer nova distribuição de

atividades de saúde pública para os governos municipais do Brasil, não pode ser outorgada, como aquelas de administrar as unidades sanitárias locais, sem que se modifique, profundamente, o sistema tributário brasileiro, dando maior quinhão às municipalidades, na arrecadação de impostos, o que não acontecerá nem na reforma tributária que entrará em vigor, a partir de 1967.

Aparentemente, a União arrecada, no Brasil, através dos impostos, quantidades maiores do que a totalidade dos Estados. Em 1962, por exemplo, a União ficava com 51,6% do total dos impostos e os Estados com apenas 42,8% (ver Tabela 2).

TABELA 2

BRASIL: Arrecadação de Impostos da União e dos Estados, em 1963

Estados	1963 (Cr\$ 1.000.000)		%	Variação
	União	Estados		
Amazonas	1.553,9	3.838,4	247,0	+ 2.284,5
Pará	6.079,4	2.800,0	46,1	- 3.279,4
Maranhão	738,8	2.380,6	322,1	+ 1.641,8
Piauí	480,9	1.508,4	313,5	+ 1.027,5
Ceará	4.636,8	10.232,0	220,7	+ 5.595,2
Rio Grande do Norte	1.012,8	549,0	54,2	- 463,8
Paraíba	1.699,2	7.710,4	453,8	+ 6.011,2
Pernambuco	21.385,3	20.433,6	95,5	- 951,7
Alagoas	1.403,8	3.915,3	278,8	+ 2.511,5
Sergipe	960,7	2.028,9	211,3	+ 1.068,2
Bahia	11.095,7	20.454,8	184,3	+ 9.359,1
Minas Gerais	41.036,6	24.493,4	59,7	- 16.543,2
Espírito Santos	1.811,4	5.781,5	319,2	+ 3.970,1
Rio de Janeiro	18.835,7	29.294,6	155,5	+ 10.458,9
Guanabara	187.686,5	88.355,8	47,1	- 99.330,7
São Paulo	451.450,1	302.654,5	67,0	- 148.795,6
Paraná	16.879,3	24.910,0	147,6	+ 8.030,7
Santa Catarina	10.336,1	12.356,3	119,5	+ 2.020,2
Rio Grande do Sul	54.840,0	49.745,2	90,7	- 5.100,8
Mato Grosso	1.136,9	3.408,9	300,0	+ 2.272,0
Goiás	3.029,3	9.589,6	316,6	+ 6.560,3
Distrito Federal	3.510,0	1.149,9	32,8	- 2.360,2
Total	841.632,1	627.591,1	74,6	- 214.041,0

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil (IBGE), 1964.

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

Se ao invés de usarmos a arrecadação média brasileira a parcelarmos por Estado, vamos verificar, na tabela citada, que em apenas seis (1963) — Pará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Minas Gerais, Guanabara e São Paulo — a União arrecadava mais do que o governo regional. Nos demais, a arrecadação era maior, para os governos estaduais, dentro dos respectivos territórios. Retirando-se das arrecadações gerais os impostos federais e estaduais, dos outros 15 Estados, a União arrecadou nestes últimos, nesse mesmo ano, 139.981 ⁽¹⁾ milhões de cruzeiros e os Estados 186.305 milhões de cruzeiros. Da diferença a mais, para a arrecadação de impostos a favor da União, nos Estados do Pará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Minas Gerais, Guanabara e São Paulo (1963), 91,2% representam tributos arrecadados nestes dois últimos Estados.

Como não se pode transferir atribuições estatais sem que esta mudança tenha suporte financeiro, estes fatos aconselham a manutenção da situação atual brasileira da direção das unidades sanitárias distritais ou locais pelos governos estaduais. Ainda é utopia, não apenas por um motivo de ordem financeira, mas também em virtude de nossa imaturidade política, a transferência das unidades sanitárias locais para os governos municipais, como é preconizado por alguns, entre nós. Quando muito, poderíamos tentar através de convênios tripartites, entre o governo federal, este como planejador geral e participante no financiamento, o governo estadual, responsável legal por essas atividades e também participante financeiro e os governos locais, de grandes cidades, quando estas forem capazes de se responsabilizarem, pelo menos, por 50% das despesas. A irresponsabilidade política dos governos municipais, principalmente os de pequenas e médias cidades, é muito conhecida dos sanitaristas; haja visto nas regiões onde, seja o governo da

União, seja os estaduais, entregaram a direção dos serviços de água, por eles financiados, aos governos locais.

III — *Despesas realizadas, no Brasil, com serviços oficiais de Saúde Pública*

Qual seria o percentual geral de despesas realizadas, oficialmente com saúde pública, pelos vários níveis de governo em nosso país, sobre o total geral de gastos governamentais? Pelas razões expostas anteriormente, não se pôde conhecer, de 1963 em diante, as despesas efetuadas pelos municípios em geral, pois os dados publicados se referem às capitais. Esses informes são apresentados apenas para os anos de 1955 e 1962. No primeiro ano as despesas gerais brutas foram, em milhões de cruzeiros, de 128.627 (1955) e de 1.353.900, para o segundo (1962). Em todo o país, foram dispendidas, oficialmente, na manutenção da saúde pública, também em milhões de cruzeiros, 7.202 (1955) e 62.231 (1962). A primeira cifra corresponde a um *per capita* de Cr\$ 123, para a manutenção dos serviços de saúde pública, ou de US\$ 1.82 (valor do dólar em 2 de julho de 1955: Cr\$ 67,50) e, a segunda, respectivamente, de Cr\$ 827 ou US\$ 2.30 *per capita* (com o dólar a Cr\$ 360,00, a 2 de julho de 1962). As despesas governamentais são, no Brasil, relativamente modestas, para o financiamento dos serviços sanitários. Em 1955, os governos da União, dos Estados e dos Municípios dispendiam, conjuntamente, em média, com atividades de saúde pública, 5,6% dos seus orçamentos; em 1962, essa percentagem desceu para 4,5%. Isto quer dizer que a saúde pública tem recebido prioridade decrescente, nos gastos médios dos governos brasileiros — União, Estados e Municípios. Quais os motivos? Somente uma pesquisa poderá determinar os prováveis fatores.

(1) Posteriormente à apresentação deste trabalho, foi criado o cruzeiro novo (NCr\$) como moeda brasileira.

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

Com os dados oficiais publicados, pode-se estudar a contribuição dos vários tipos de governo do Brasil — União, Estados e Municípios — para a manutenção das atividades sanitárias. Na Tabela 3, são apresentados, inicialmente, os informes referentes à contribuição da União.

TABELA 3

BRASIL; União: Despesas realizadas pelo Poder Executivo — 1955-1964

Anos	Despesas em milhares de cruzeiros		%
	Gerais 1	c/ Saúde Pública 2	
1955	62.258.262	2.603.290	4,2
1956	105.944.566	2.976.308	2,8
1957	116.812.081	4.155.667	3,6
1958	146.639.955	5.166.543	3,5
1959	153.353.171	6.743.891	4,4
1960	259.924.774	10.459.527	4,0
1961	412.451.484	11.744.877	2,9
1962	715.228.334	22.738.542	3,2
1963	1.255.743.551	41.223.366	3,3
1964	2.717.202.154	68.395.346	2,5

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil (IBGE), 1956-1965.

Vem, pois caindo o percentual das despesas da União, com serviços de saúde pública, em relação ao respectivo total geral. Esse percentual foi de 4,2 em 1955, descendo para 2,5 em 1964.

A Tabela 4 mostra dados similares, mas em relação aos Estados: as despesas com saúde pública representavam, em 1955, 7,7% das despesas gerais dos Estados; esse percentual desceu para 6,7%, em 1964, queda menor do que a verificada no orçamento da União. Se compararmos as duas tabelas, vamos verificar que a União dispendeu, em 1955, cerca de 2.603 milhões de cruzeiros, isto é, 46,2% dos 409 milhões gastos pelos Estados. Os dados para 1964 dão

68.395 milhões (66,6%) para a União e 102.686 milhões para os Estados.

TABELA 4

BRASIL: Governos Estaduais. Despesas realizadas: gerais e com Saúde Pública 1955-1964

Anos	Despesas em milhares de cruzeiros		%
	Gerais 1	c/ Saúde Pública 2	
1955	52.853.422	4.091.332	7,7
1956	66.314.931	4.829.676	7,3
1957	86.757.298	6.014.588	6,9
1958	110.037.787	7.654.311	6,9
1959	149.184.851	10.791.501	7,2
1960	221.616.592	14.756.620	6,7
1961	316.903.350	20.941.259	6,6
1962	526.814.155	36.021.756	6,8
1963	950.686.456	64.993.608	6,8
1964	1.534.875.102	102.686.732	6,7

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil (IBGE), 1956-1965.

A tabela seguinte contém os gastos oficiais, em saúde pública, dos governos locais, de 1954 a 1962.

TABELA 5

BRASIL: Despesas realizadas pelos governos municipais — 1954-1962

Anos	Despesas em milhares de cruzeiros		%
	Total 1	Saúde Pública 2	
1954	10.727.539	426.740	4,0
1955	13.515.385	507.568	3,8
1956	17.534.688	625.337	3,6
1957	23.981.367	923.530	3,9
1958	28.538.869	1.091.030	3,8
1959	34.083.829	1.240.856	3,6
1960	46.019.147	1.635.777	3,6
1961	63.573.662	2.589.295	4,1
1962	100.392.347	3.471.104	3,5

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil (IBGE), 1956-1963.

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

O total dos gastos classificados como de saúde pública, dos governos locais do Brasil, vem de 1954 a 1962 variando pouco, pois essas despesas representam percentuais, em relação às classificadas como gerais, oscilando entre 4,0 e 3,5%.

A comparação entre os dados das Tabelas 3, 4 e 5 mostram que os governos estaduais contribuem, proporcionalmente, às suas despesas gerais, muito mais do que a União, para as atividades de saúde pública (mais do que 100%). Em posição intermediária, os governos municipais financiam, proporcionalmente, mais as atividades de saúde pública do que a União e menos do que os Esta-

dos. Em termo de quantias, os governos estaduais dispenderam, em 1962, 59,3% dos gastos estatais com saúde pública, 36,4% a União e, apenas 5,5%, os municípios.

IV — Brasil: Despesas de cada govêrno estadual com saúde pública

A contribuição dos governos estaduais, para os serviços de saúde pública, varia de Estado para Estado, conforme se poderá verificar nas Tabelas 6 e 7, com dados, respectivamente, dos anos de 1954 e 1964. Em 1954, as despesas estaduais com saúde pública representavam, no li-

TABELA 6

BRASIL: Governos Estaduais. Despesas realizadas em 1954

Estados	População 1	Despesas realizadas em Cr\$ 1.000		% 3/2	Per capita Cr\$
		Total 2	S. Pública 3		
Amazonas	556.000	131.706	13.701	10,4	25
Pará	1.217.000	225.027	30.113	13,4	25
Maranhão	1.751.000	188.307	20.770	11,0	12
Piauí	1.156.000	143.058	13.635	9,5	12
Ceará	2.989.000	368.731	34.491	9,4	12
Rio Grande do Norte	1.063.000	144.680	10.851	7,5	10
Paraíba	1.848.000	268.489	21.601	8,1	12
Pernambuco	3.734.000	902.033	131.042	14,5	35
Alagoas	1.157.000	181.915	17.342	9,5	15
Sergipe	691.000	133.712	8.800	6,6	13
Bahia	5.266.000	1.320.317	82.004	6,2	15
Minas Gerais	8.172.000	3.576.575	267.404	7,5	33
Espírito Santo	912.000	704.067	60.020	8,5	66
Rio de Janeiro	2.510.000	1.488.764	131.052	8,8	52
Guanabara (D.F.)	2.684.000	6.451.379	411.498	6,4	153
São Paulo	10.081.000	21.836.567	1.827.765	8,4	181
Paraná	2.656.000	2.110.284	111.175	5,3	42
Santa Catarina	1.749.000	593.698	30.531	5,2	17
Rio Grande do Sul	4.567.000	3.472.906	168.068	4,8	37
Mato Grosso	570.000	198.985	11.612	6,0	20
Goiás	1.421.000	341.960	16.335	4,7	11
TOTAL	57.226.000	44.783.160	3.419.790	7,6	60

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil (IBGE), 1954-1955.

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

TABELA 7

BRASIL: Governos Estaduais. Despesas realizadas em 1964

Estados	População 1	Despesas realizadas em Cr\$ 1.000		% 3/2	Per capita Cr\$
		Total 2	S. Pública 3		
Amazonas	817.000	5.283.776	707.872	13,4	870
Pará	1.749.000	3.524.329	620.714	17,6	350
Maranhão	2.965.000	5.162.874	206.861	4,0	70
Piauí	1.351.000	2.112.631	313.401	14,8	231
Ceará	3.611.000	24.845.925	1.075.518	4,3	298
Rio Grande do Norte	1.234.000	6.452.082	268.168	4,2	217
Paraíba	2.145.000	10.885.325	537.460	4,9	251
Pernambuco	4.453.000	48.386.497	2.100.085	4,4	472
Alagoas	1.343.000	9.190.642	544.100	5,9	405
Sergipe	809.000	3.518.794	303.734	8,6	375
Bahia	6.487.000	46.815.372	3.601.946	7,7	555
Minas Gerais	10.705.000	172.447.730	11.130.235	6,5	1.039
Espirito Santo	1.343.000	18.316.630	1.163.416	6,4	866
Rio de Janeiro	3.952.000	76.294.084	6.054.575	7,9	1.532
Guanabara	3.740.000	217.395.539	19.505.566	9,0	5.215
São Paulo	14.824.000	529.501.040	39.702.448	7,5	2.678
Paraná	5.625.000	78.725.634	5.974.961	7,6	1.062
Santa Catarina	2.426.000	35.118.068	1.624.019	4,6	669
Rio Grande do Sul	6.028.000	162.852.093	4.114.282	2,5	683
Mato Grosso	1.127.000	5.355.292	195.420	3,6	173
Goiás	2.343.000	25.651.752	266.857	1,0	113
Distrito Fderal	142.000	47.058.993	2.675.094	5,7	18.839
TOTAL	79.837.000	1.534.875.102	102.686.732	6,7	1.286

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil (IBGE), 1965.

mite superior, 14,5% das despesas totais, realizadas pelo governo de Pernambuco; 13,4% pelo governo do Pará e, no limite inferior, 4,7% para Goiás e 4,8% para o Rio Grande do Sul. Se formos verificar os mesmos dados para 1964, o limite superior está com o Estado do Pará com 17,2% das despesas realizadas destinadas aos serviços classificados como de saúde pública; o percentual do Estado de Pernambuco desceu para 4,3%, no limite inferior continua Goiás, com percentagem ainda mais baixa, 1,0% seguido ainda pelo Rio Grande do Sul, com 2,3%.

Verificando, ainda, as referidas tabelas, nota-se na última coluna que as regiões menos desenvolvidas do país, as do Nordeste (exceção de Pernambuco) e alguns Estados do Leste (Sergipe e Bahia), tinham, em 1954, uma despesa *per capita*, com os serviços de saúde, entre 10 a 15 cruzeiros muito baixas, 10 a 13 vezes menores que o *per capita* para o Estado de São Paulo ou para o então Distrito Federal e, 4 a 5 vezes, menores que o *per capita* para a média dos Estados, exclusive Territórios. Percentualmente, em relação ao total das despesas realizadas, esses Estados, com *per capita*

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

menor contribuíram mais para as despesas com saúde pública que a média dos Estados brasileiros.

Os dados de 1964 revelam um *per capita* surpreendentemente baixo, 70 cruzeiros, para o Estado do Maranhão, representando somente 5,4% da média estadual para aquele ano (Cr\$ 1.286 *per capita*). O *per capita* dos Estados do Nordeste, Bahia e Sergipe, subiu bem mais que o dos Estados de São Paulo e Mato Grosso. O *per capita* mais elevado desse ano foi o do Estado da Guanabara, com Cr\$ 5.217 e o de São Paulo, com Cr\$ 2.678. A ascensão observada no *per capita* do antigo Distrito Federal, foi muito mais intensa do

que a observada no Estado de São Paulo, o que também ocorreu, com mais veemência, entre este Estado e os do Nordeste e Leste. Entre 1954 e 1964, o *per capita* das despesas com saúde pública, no Estado de São Paulo, subiu, por exemplo, 14,9 vezes, o do atual Estado da Guanabara 34 vezes, o Ceará 24,8 vezes e, a média dos Estados brasileiros, 21,4 vezes. Quanto deste aumento do *per capita* brasileiro ocorreu por conta da inflação?

O EPEA¹ (1966) apresenta dados sobre os dispêndios nacionais com saúde, isto é, com serviços de medicina curativa e preventiva, em todo o território nacional.

TABELA 8

Gastos governamentais totais e com saúde, em moeda de valor constante. Ano base: 1957

Anos	Municípios		Estados		União		Total	
	Gastos c/ Saúde	Gastos totais						
1957	100	100	100	100	100	100	100	100
1958	103	103	113	111	105	97	108	103
1959	81	84	110	105	83	93	96	96
1960	48	61	114	118	114	105	106	103
1961	54	61	116	121	83	119	92	111
1962	80	93	133	134	130	127	125	125
1963	55	62	136	133	148	144	131	129
1964	53	59	119	119	178	145	135	124

Fonte: BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. Saúde e saneamento: diagnóstico preliminar. Rio de Janeiro, 1966.

Por essas estatísticas, as despesas com saúde subiram no nível central e, menos acentuadamente, no estadual, decaindo bastante no nível local. Esses informes se referem a estatística de saúde e não de despesas oficiais incluídas na rubrica de saúde pública (Tabela 9). Nesta se verifica que em alguns Estados gastaram, em 1964, menos que em 1954, no que tange às atividades de saúde pública (Goiás, 60,3%; Mato Grosso, 66,6%;

São Paulo, 42,8%; Maranhão, 77,5%; Pernambuco, 47,9%), ao passo que, em um número bem menor de Estados, houve, nesse período de tempo, elevação das despesas com saúde pública (Guanabara, 31,7%; Santa Catarina, 52,6%; Amazonas, 34,5%, etc.). Comparando-se as despesas gerais, *per capita*, dos Estados com atividades de saúde pública, em 1964 (Cr\$ 1.286), com aquela de 1954 expressa também em valores monetários

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

TABELA 9

BRASIL: Despesas "per capita" dos Governos Estaduais e do Distrito Federal com saúde pública, nos anos de 1954 e 1964, a variação percentual correspondente, em moeda de valor constante.

Estados	Valor Monetário			Variação
	Despesa "per capita" em 1954		Despesa "per capita" em 1964	
	Expressa em valor monetário de 1954	Expressa em valor monetário de 1964		
Amazonas	25	647	870	+ 34,5%
Pará	25	647	350	- 45,9%
Maranhão	12	311	70	- 77,5%
Piauí	12	311	231	- 25,7%
Ceará	12	311	298	- 4,2%
Rio Grande do Norte	10	259	217	- 16,2%
Paraíba	12	311	251	- 19,3%
Pernambuco	35	906	472	- 47,9%
Alagoas	15	388	405	+ 4,4%
Sergipe	13	356	375	+ 11,6%
Bahia	15	388	555	+ 43,0%
Minas Gerais	33	854	1.039	+ 21,7%
Espírito Santo	66	1.708	866	- 50,7%
Rio de Janeiro	52	1.346	1.532	+ 13,8%
Guanabara (1)	153	3.960	5.215	+ 31,7%
São Paulo	181	4.684	2.678	- 42,8%
Paraná	42	1.087	1.062	- 2,3%
Santa Catarina	17	440	669	+ 52,0%
Rio Grande do Sul	37	957	683	- 28,6%
Mato Grosso	20	518	173	- 66,6%
Goiás	11	285	113	- 60,3%
Brasília (2)			18.839	
TOTAL	60	1.553	1.286	- 17,2%

(1) Distrito Federal em 1954.

(2) Distrito Federal em 1964.

Nota: Calculados aos preços 1964 (infrator = 25,888) baseados nos índices de custo da vida da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil (IBGE), 1955-1965.

de 1964 (Cr\$ 1.553), a primeira é 17,2% menor que a segunda, havendo, pois, um decréscimo real.

V — Comparações Internacionais

A comparação de dados internacionais de saúde pública, relativos e gastos per

capita, é difícil. MOLINA & NOAM² (1962) de quem retiramos dados para a Tabela 10, afirmam:

"Os aumentos registrados refletem melhor o processo inflacionário e o uso de definições mais amplas de serviços de saúde, que o esforço dos

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

governos para destinar maiores recursos à assistência médica e às ações diretas de prevenção.”

Afirmam, ainda, discorrendo sobre o *per capita* como indicador de saúde:

“Há notáveis diferenças no significado e conteúdo dos gastos considerados em diversos países: as atividades de bem-estar podem ser uma função de um Departamento de Saúde, como o Porto Rico, onde absorvem uma parcela grande de orçamento, ou podem não estar incluídos, como em Israel, nos Estados Unidos ou outros.”

O *per capita* brasileiro para 1962, computando-se apenas as despesas estatais de saúde pública da União, dos Estados e dos Municípios foi de Cr\$ 826,8, que correspondem, na comparação in-

ternacional, a US\$ 2.30. Estes dados abrangem, sob a rubrica de serviços de saúde pública, as despesas governamentais com os seus serviços sanitários oficiais: atividades de medicina curativa e preventiva; assistência hospitalar com ênfase em doenças mentais, em tuberculose e em lepra, subvenção a hospitais privados. Não compreende o dispendido com a assistência médica às Forças Armadas, assistência médica do seguro social ou a grupos especiais, a assistência médica hospitalar privada, com fins de lucro e parte das despesas com leitos gratuitos dos hospitais gerais, que geralmente são mais elevadas que a subvenção recebida de qualquer um dos tipos de governo mencionados.

Como afirmaram MOLINA & NOAM² (1962) não existe possibilidade de um confronto internacional de todos esses dados, em virtude das disparidades de conceituação e aplicação das atividades chamadas de saúde pública.

Poder-se-ia afirmar então que os *per capita* apresentados são insuficientes para as nossas atividades centrais regionais e locais de saúde pública. Seria uma afirmação simplista que só poderia ser discutida depois da resposta dada a duas perguntas básicas: 1.º) Dentro da nossa problemática sócio-econômica nacional, poder-se-ia dar maior prioridade e, consecutivamente, maior financiamento, para os nossos setores de saúde pública? 2.º) Estamos gastando as verbas estatais recebidas para o financiamento dos serviços sanitários de nosso país, dentro dos princípios da Administração, Administração Pública e Administração de Saúde Pública, procurando realizar o melhor possível, com o menor dispêndio factível de energias? MOLINA & NOAM² (1962) afirmam, sobre o assunto:

“Por fim, varia muito a eficiência na utilização do dinheiro, devido a fatores que incluem a malversação, as desordens nas modalidades de compra, o uso dispendioso de subvenções mais ou menos impostas a programas particulares, por organi-

TABELA 10

Alguns países da América — Despesas com saúde, em dólares, “per capita” — 1957-1960

Países da América	Despesas com saúde, em US\$, “per capita”	
	1957	1960
Canadá	—	51,3
Estados Unidos	—	124,0
México	0,9	2,9
Guatemala	0,6	—
Nicarágua	—	3,1
República do Salvador	0,9	—
Cuba	3,4	7,5
Haiti	—	1,1
República Dominicana	1,6	4,4
Porto Rico	—	48,5
Bolívia	0,5	1,2
Brasil	1,0	1,9
Chile	6,3	8,1
Colômbia	1,6	2,5
Paraguai	0,9	0,7
Perú	0,6	3,4
Uruguai	—	15,0
Venezuela	—	19,9

Fonte: MASCARENHAS, R. dos S. — *Rev. Ass. Méd. Bras.* 11(6):249, jun, 1965.

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

zações federais ou internacionais, má organização do trabalho e outras mais difíceis de medir.”

A primeira pergunta só pode ser respondida pelos responsáveis pelo planejamento decenal do País e dos Estados e, a segunda, pelos próprios sanitaristas dos Ministérios da Saúde e do Planejamento e Coordenação Econômica que, com a melhoria da coleta de dados estatísticos, com pesquisas programáticas, podem apresentar a realidade de nossos problemas sanitários, com o planejamento de metas e de ação; organização dos serviços sanitários; mando dos órgãos de saúde pública entregue a pessoas técnicas e moralmente capazes de exercer funções de liderança; coordenação de esforços e trabalho de equipe e com o controle adequado, inclusive avaliação. Somente após satisfação dessas duas questões, senão completa — impossível em nosso momento cultural — pelo menos adequada em função de nossa realidade sócio-econômica, é que poderemos estabelecer diretrizes de planejamento, a fim de decidirmos os melhores meios para dispender as importâncias que já foram concedidas e solicitar acréscimos para o incremento ou melhoria de nossas atuais atividades de saúde pública.

CONCLUSÕES

1. As estatísticas internacionais e nacionais são incompletas, no que se refere ao financiamento dos serviços sanitários.

2. O estudo da arrecadação dos impostos no Brasil demonstra que:

- (1) os governos estaduais brasileiros arrecadam em seus respectivos territórios, de um modo geral, mais impostos que a União;
- (2) a maior arrecadação dos impostos por parte da União é motivada pela maior arrecadação federal em seis Estados, dos quais Guanabara e São Paulo contribuíram, em 1964, com 91,2% da diferença;

- (3) a arrecadação de impostos por parte dos governos municipais é muito baixa no Brasil, representando, em 1962, apenas 5,6% do todo;
- (4) a arrecadação estadual de impostos subiu gradativamente de 1942 a 1962 em nosso país, em detrimento da arrecadação municipal mais intensivamente e da federal em menor escala.

3) Em virtude do atual sistema tributário brasileiro favorecer os governos estaduais e a União, em detrimento dos governos locais:

- (1) as unidades sanitárias locais devem continuar integradas aos serviços estaduais de saúde pública;
- (2) não se deve transferir para os governos municipais, a não ser em caráter experimental e com participação financeira da União e dos Estados, outras atribuições de saúde pública além das que já possuem.

4. O estudo do percentual de despesas com saúde pública sobre as despesas gerais demonstra:

- (1) queda em relação à União, no período de 1955 a 1964;
- (2) queda bem menos intensiva, em relação aos governos estaduais;
- (3) oscilações ainda menos intensas na esfera municipal.

5. O percentual das despesas realizadas com saúde pública em 1962 em confronto com os totais gerais de despesas, foi mais elevado para os Estados, menor para os municípios e um pouco mais baixa para a União.

6. As despesas gerais dos serviços estatais de Saúde Pública subiram, no Brasil, de US\$ 1.82 *per capita* em 1955 para US\$ 2.30, em 1962.

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

7. Qualquer confronto internacional do custo *per capita* é desaconselhável, em virtude das inúmeras variações que afetam esse cálculo.

8. O estudo das despesas rubricadas como de saúde pública realizadas pelos diferentes Estados do Brasil, demonstra:

- (1) grande oscilação entre o percentual das despesas com saúde pública em cada Estado sobre o percentual de despesas gerais dos respectivos governos;
- (2) a mesma oscilação ocorre em relação ao *per capita* estadual que vai, de Cr\$ 70 (Maranhão) a Cr\$ 5,212 (Guanabara), em 1964;
- (3) o confronto da despesa *per capita* de cada Estado em 1964 com a despesa *per capita* de 1954, expressa em valores de 1964, revela que, na maioria dos Estados brasileiros, essas despesas são relativamente menores neste último ano que em 1954;
- (4) em treze Estados brasileiros houve, de 1954 a 1964, uma compreensão das despesas com saúde pública;
- (5) no total dos Estados, a despesa *per capita* real foi de Cr\$ 1.286, em 1964, quando deveria ser de Cr\$ 1.553 se fosse calculada aos preços de 1954, existindo, pois, uma queda de 17,2%.

9. Compete aos Ministérios da Saúde e do Planejamento e Coordenação Econômica, a incentivação de pesquisas para o aprimoramento de nossas estatísticas sobre o financiamento dos serviços de saúde pública e levantamento científico, do custo desses mesmos serviços.

10. Compete à União, através de suas atribuições constitucionais, estabelecer um sistema de contabilidade para os serviços federais, estaduais, municipais de saúde pública — estatais, paraestatais,

de economia mista e privados — contribuindo para que, no futuro, se possa efetuar pesquisas mais eficientes para o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde pública do Brasil.

S U M M A R Y

Federal statistic figures show that the Brazilian States altogether have, in their respective territories, a collection of taxes which is higher than the Union one. The highest collection of the Central Government which is shown at the official statistics is due to the excess of collection of the federal taxes over the ones of the States; this usually happens in five or six states, of which, in 1964 Guanabara and São Paulo were responsible for 91% of this difference. One can not change the present system of competence in Public Health Services in the three levels — central, regional and local — without modifying at the same time the present Brazilian tributary system, where the municipal governments received back in 1962 only 5.6 of the general collection of taxes. Figures from 1955 show that the *per capita* cost of Public Health Services in Brazil, comprising the three levels, was Cr\$ 123 (US\$ 1.82), and in 1962, Cr\$ 827 (US\$ 2.30). These three levels of government reserved in 1955, 5.6% of the money spent in its total expenditure for Public Health activities; this percentage declined to 4.5% in 1962. In relation to the sum invested on Public Health government activities, the Union spent in 1962, 36.4% of the total expenses, the States 59.3% and the counties only 5.5%. There is a great disproportion in the distribution of Public Health expenditure among the various Brazilian States, ranging from a minimal percentage over the total public expenses such as the case of Goiás (1.6% in 1964) up to a maximum of 17.2% in Pará in the same year. There is also a considerable variation from one state to another and in 1964 it ranged from

MASCARENHAS, R. dos S. — Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1(1):24-37, jun. 1967.

the lowest limit of Cr\$ 70 in Maranhão up to Cr\$ 5.217 in Guanabara. If we analyze the *per capita* expenses of each state with Public Health activities, using 1964 and 1954 figures represented in 1964 monetary values, we can verify that the expenditure of 20 states dropped of 17.2%. One can not know, without an adequate planning, whether theses *per capita* expenses with Public Health government-owned services should be increased or not. It is not advisable to perform an international comparison; the figures on hand are not reliable due to the lack of a rational public accountancy system.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica (EPEA). *Saúde e saneamento: diagnóstico preliminar*. Rio de Janeiro, Imprensa Oficial, 1966. 95 p.
2. MOLINA, G. & NOAM, F. — Indicadores de salubridad economica y cultura en Puerto Rico y America Latina. *Rev. Salud públ. boliv.*, 2(15):10-27, nov./enero 1962/1963.
3. PEDROSO, O. et alii. — Assistência hospitalar no Brasil. *Rev. paul. Hosp.*, 13(8):13-21, agô. 1965.