

O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia?

What the expenses with the Family Health Program in a municipality of Bahia shows?

Márcia Reis Rocha Rosa¹
Thereza Christina Bahia Coelho¹

Abstract *The Family Health Program (PSF) was established by the federal government as a strategy to reverse the care model. This article aimed to identify the flow of accounts from local sources of funding to the activities of health; problematize and evaluate the allocation of financial resources and implementation of the PSF budget in the municipality of Santo Antonio de Jesus (Bahia, Brazil) in the year of 2005. The financial data were collected through four tables proposed by the National Health Accounts (NHA) and compared with data of official reports. The data result on the survey showed a expenditure per capita of 16 PSF units ranging from R\$ 465.40 to R\$ 62.30 per capita/unit/year. The average expenditure of a unit was R\$ 17.302/unit/month) in 2005 and the federal government spent R\$ 2.834/unit/month. In conclusion: there was a decisory financing of the PSF by the federal government and a lack of co-financing from state of Bahia; there was a great effort from the council to expand access to health services through the PSF. The choice of the municipality by this strategy may have make unviable other priority activities due to scarce resources; and the limits found in the expenditure description of activities register a profile that will allow comparisons in future researches.*

Key words *Health care financing, SUS, Expenses with PSF, Health activities, Health accounts*

Resumo *O Programa de Saúde da Família (PSF) foi instituído pelo governo federal como estratégia para reverter o modelo assistencial. Este artigo objetiva identificar o fluxo das contas municipais desde as fontes de financiamento até as atividades de saúde, além de problematizar e avaliar a alocação dos recursos financeiros e a execução orçamentária do PSF no município de Santo Antônio de Jesus (Bahia) em 2005. Os dados financeiros foram coletados através de quatro tabelas propostas pelo National Health Accounts (NHA) e comparados com as fontes documentais. O resultado da pesquisa revelou gastos per capita das 16 unidades do PSF que variaram de R\$ 465,40 a R\$ 62,30 per capita/unidade/ano. O gasto médio de uma unidade do PSF foi de R\$ 17.302/unidade/mês em 2005, e o financiamento do governo federal foi de R\$ 2.834/unidade/mês. Conclui-se que houve um financiamento irrisório do Programa (PSF) por parte do governo federal e uma inexistência de cofinanciamento estadual e um grande esforço do município em ampliar o acesso aos serviços de saúde através da ESF. A escolha do município por essa estratégia pode ter inviabilizado outras atividades prioritárias devido aos recursos escassos, e a descrição das atividades registra um perfil que servirá para comparação em pesquisas futuras.*

Palavras-chave *Financiamento da Saúde, SUS, Gastos com o PSF, Atividades de saúde, Contas em saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana. BR 116, km 3, Campus Universitário, Módulo VI, Departamento de Saúde. 43031-460 Feira de Santana BA. marciareisrosa@hotmail.com

Introdução

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma-Ata, União Soviética, em 1978, iniciou-se mundialmente um processo de repensar as práticas de saúde. Muitos países da América Latina promoveram reformas de saúde, especialmente durante a segunda metade da década de 90¹. No Brasil, desde a Constituição de 1988, seguida das Leis 8.080/90 e 8.142/90, os municípios vêm assumindo progressivamente responsabilidades da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em um processo de descentralização crescente.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi a estratégia escolhida pelo Ministério da Saúde do Brasil para efetivar a descentralização dos serviços de saúde e romper com o modelo hegemônico de atenção à saúde, biomédico e hospitalocêntrico, que se mostrou incapaz de atender com eficiência e justiça às necessidades de saúde da população². Essa estratégia tem encontrado uma série de dificuldades para sua efetivação, e entre elas destacam-se: a diversidade de contextos políticos e características municipais desfavoráveis; as formas inadequadas de efetivação do controle social; a estratégia ineficiente de implantação e implementação das ações; a elevada vulnerabilidade das famílias atendidas; a forma de integração da Unidade de Saúde da Família (USF) à rede assistencial; a inexistência de reorganização da rede assistencial; a integralidade da atenção comprometida; o trabalho em equipe dos profissionais incipientes; o fraco vínculo estabelecido entre os profissionais e as famílias; e a pouca capacidade de adaptação local do PSF às normas do Ministério da Saúde³. Muitas dessas dificuldades integram um obstáculo (e de certo modo decorrem dele) até hoje não removido que é o evidente subfinanciamento federal, mantido historicamente camuflado sob uma pretensa racionalização/modernização do velho modelo de gestão, apenas para não transformá-lo.

Muitas questões se têm levantado no campo do financiamento do SUS, mas são questões mais específicas de uma área, programas ou projetos, exceção feita ao trabalho de Carvalho⁴, que fez uma ampla análise sobre o financiamento federal para a saúde no período de 1988 a 2001. Entretanto, o espaço municipal de alocação dos recursos financeiros tem sido pouco estudado. Os pesquisadores que se detêm nesse tema relatam muitas dificuldades de acesso para levantamento dos dados municipais, além de outros fatores que dificultam a avaliação e a comparabilidade

das contas públicas, como, por exemplo, a diversidade de realidades e a distribuição desigual dos recursos financeiros nas esferas federal, estadual e municipal⁵.

A alocação e a disponibilidade dos recursos financeiros destinados à saúde são, certamente, fatores importantes para a operacionalização de um sistema municipal de saúde ou de outro qualquer programa ou projeto inserido nesse sistema. Para Couttolenc e Zucchi⁶, toda política ou conjunto de prioridades se traduz num padrão específico de alocação de recursos, ainda que implícito. Diante da singularidade do espaço municipal, o conhecimento da alocação dos recursos financeiros nesse âmbito é importante para a identificação das dificuldades e facilidades na efetivação da descentralização e regionalização do SUS.

É preciso conhecer cada vez mais o espaço municipal onde se executam as ações de saúde e ter clareza do seu papel e influência na esfera regional da prestação de assistência à saúde. Conhecer as peculiaridades do sistema de serviços de saúde de um município é um passo importante para que se possa governá-lo com mais eficiência. Nesse sentido, foi realizado um estudo amplo, que visou analisar a gestão dos recursos financeiros do SUS em um município de médio porte, gestor de uma microrregião do estado da Bahia.

A gestão financeira no âmbito municipal se situa em uma problemática que desafia o conhecimento da realidade local e é relevante para todos os municípios baianos e brasileiros que executam as políticas públicas do Sistema Único de Saúde. Essa questão, de natureza mais ampla, implica outros questionamentos acerca do registro, alocação, orçamentação e execução de recursos financeiros em uma perspectiva que busca definir e discutir o papel e a responsabilidade do gestor municipal no exercício dessa função.

Este artigo objetiva identificar o fluxo das contas municipais desde as fontes de financiamento até as atividades de saúde; e problematizar e avaliar a alocação dos recursos financeiros e a execução orçamentária do PSF no município de Santo Antônio de Jesus (Bahia) no ano de 2005.

Metodologia

Foi realizado um estudo de caso do município de Santo Antônio de Jesus, na condição de município polo da sua microrregião, para analisar a gestão dos recursos financeiros do SUS. Os dados sobre o financiamento foram coletados através de um instrumento de contas (National Health

Accounts – NHA), cujo modelo foi desenvolvido inicialmente nos EUA e aperfeiçoado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A metodologia de contas nacionais adota os princípios básicos do System of Health Accounts (SHA) da Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) contidos no *Manual de classificação do SHA*, o International Classification for Health Accounts (ICHA). O NHA tem sido utilizado em vários países em desenvolvimento, em especial na América Latina, e trabalha com nove tabelas; contudo, recomenda o uso de quatro tabelas básicas para os países em desenvolvimento⁷. Assim, o *Manual de Contas Nacionais de Saúde* identifica quatro categorias básicas:

1. Fontes de Financiamento (*Sources*): são entidades que fornecem as verbas para a saúde;

2. Agentes de Financiamento (*Financing Agents*): são conhecidos como intermediários de financiamento; recebem verbas de fontes de financiamento e as usam para pagar por serviços de saúde, produtos e atividades;

3. Provedores (*Providers*): são os receptores finais das verbas de cuidados com a saúde; distribuem os serviços de saúde, prestando serviço diretamente à clientela;

4. Atividades (*Functions*): referem-se aos serviços ou ações que os provedores oferecem com seus recursos.

Entre as potencialidades da metodologia do NHA, Magnoli⁷ refere a possível avaliação do modelo de atenção com base na alocação de recursos; o monitoramento e a avaliação de vários programas estratégicos; o monitoramento das mudanças nos padrões de alocação; e a avaliação do impacto financeiro das medidas instituídas durante um determinado período de tempo. Ao adaptar as Contas Nacionais da OMS para o sistema de classificação utilizado pelos sistemas de informação brasileiros, como o Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) e o Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi), Coelho *et al.*⁵ obtiveram uma proximidade com o fluxo financeiro dos municípios baianos.

O município eleito para a realização do estudo, Santo Antônio de Jesus, é um dos mais importantes municípios do Recôncavo Baiano. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2005, possui uma população de 85.536 habitantes, sendo 77.368 habitantes residentes na área urbana. Com uma extensão territorial de 259,21 quilômetros quadrados, encontra-se situado às margens da rodovia BR-101 e dista da capital, Salvador, 187

km por via terrestre e 90 km por via marítima. Foi habilitado na gestão plena do sistema municipal de saúde em novembro de 2005 e iniciou o seu processo de reorganização da assistência à saúde em 1998, com a adoção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família⁸.

Neste estudo, os registros em arquivo do Fundo Municipal de Saúde (FMS) foram as principais fontes que alimentaram as tabelas financeiras da metodologia do NHA, porém complementadas com dados secundários do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops); do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS); do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS); e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O preenchimento das tabelas gerou mais tabelas operacionais e um banco de dados com as informações financeiras do município, com alto grau de detalhamento, capaz de viabilizar uma infinidade de estudos e comparações no futuro.

O processo de análise e interpretação dos dados deu-se através das quatro tabelas da metodologia do NHA (Tabela 1: NHA – Fontes por Agentes Intermediários de Financiamento; Tabela 2: NHA – Agentes Intermediários por Provedores de Serviços de Saúde; Tabela 3: NHA – Agentes Intermediários por Atividades de Saúde; Tabela 4: NHA – Provedores de Serviços por Atividade de Saúde) com utilização do programa Excel. Em seguida, o total alcançado, via tabulação, foi transformado em gráficos e tabelas sumarizadas que permitiram comparabilidade entre elas e a documentação da gestão municipal (Lei Orçamentária Anual 2005, Plano Plurianual 2002-2005, Plano Municipal de Saúde 2002-2005, Relatório de Gestão 2005 e relatórios de auditorias). Para permitir a comparabilidade entre os dados quantitativos e qualitativos, os resultados oriundos das tabelas NHA e dos documentos foram consolidados paulatinamente de forma a permitir um “encadeamento de evidências”, conforme preconiza Yin⁹.

Resultados e discussão

A Tabela 1 do NHA mostrou que o PSF em Santo Antônio de Jesus possuía, no ano estudado, as seguintes fontes de financiamento: governo federal, através do Ministério da Saúde; governo municipal; e governo estadual – que contribuíram na respectiva proporção de 82%, 17% e 1%.

Prosseguindo no detalhamento dessas fontes de financiamento, observou-se que, embora a participação da união seja expressiva, os recursos apresentam-se vinculados. A receita própria do município para a saúde foi de R\$ 4.024.003 (R\$ 47,0/hab/ano), a qual ficou contida na faixa dos valores encontrados em dez grandes centros urbanos do Brasil³, cujo percentual de receita própria aplicada à saúde variou de 0 a 20,7%. Esses dados evidenciaram mais uma vez a grande dependência das transferências federais do SUS, tanto para Santo Antônio de Jesus quanto para a maioria dos municípios brasileiros.

Agravando a situação do financiamento da saúde, o estado da Bahia contribuiu muito pouco com o financiamento do SUS de Santo Antônio de Jesus em 2005. Esses achados da participação de cada ente federado no financiamento do SUS coincidem com os dilemas atuais do federalismo, relações fiscais e financiamento do SUS, discutido por Lima¹⁰ em trabalho que abrangeu o universo dos municípios brasileiros informadores dos dados do Siops no ano de 2002.

O Gasto Público com Saúde (GPS) do município de Santo Antônio de Jesus em 2005, apurado na Tabela 2 do NHA, foi de R\$ 22.657.949. A partir desse valor, obteve-se um indicador: o Gasto Público *per capita* com saúde *per capita* (GPS *per capita*), incluindo as receitas advindas das esferas federal, estadual e municipal, foi igual a R\$ 265,00/hab/ano. Utilizando-se apenas os dados informados no Siops para obter o GPS de Santo Antônio de Jesus, o valor *per capita* seria de apenas R\$ 229,70/hab/ano porque deixaria de fora os gastos das outras instâncias públicas no município, que não passam pelo Fundo Municipal de Saúde. Da mesma forma, outros dois indicadores de gasto *per capita* também foram calculados: (1) o Gasto Público *per capita* com a Atenção Básica, incluindo o PSF e outras modalidades de atenção, com base na população municipal, foi igual a R\$ 63,0/hab/ano. (2) o Gasto Público *per capita* com o PSF, com base na população cadastrada no Siab, foi igual a R\$ 45,0/hab/ano. Esses indicadores não são possíveis de comparação com outros municípios devido à inexistência de trabalhos semelhantes publicados na literatura nacional, entretanto pode-se observar que a Estratégia Saúde da Família levou a um menor gasto *per capita* em comparação ao gasto que abrangeu outras modalidades de atenção básica.

Conhecendo-se o Produto Interno Bruto (PIB) do município em 2005 (R\$ 512.453.000,3)¹¹, foi possível calcular o percentual do PIB que corresponde ao GPS para aquele ano, o mesmo ocor-

rendo com o Gasto Público do Tesouro Municipal (GPTM) em relação ao PIB, os quais foram respectivamente 4,4% e 0,79%.

Através da Tabela 2 do NHA, ainda foi possível visualizar a alocação dos recursos financeiros em quatro grandes categorias de provedores de serviços de saúde: hospitais, serviços ambulatoriais, administração de saúde e seguro saúde, e outros prestadores de serviços de saúde. Essas categorias foram subdivididas até a menor entidade provedora de serviços de saúde existente no município no ano 2005, o que levou a uma identificação dos gastos de todos os provedores de saúde pública do município.

O subfinanciamento do PSF: programa verticalizado ou estratégia de mudança do modelo de atenção?

O detalhamento propiciado pelas tabelas operacionais da Tabela 2 do NHA permitiu conhecer os indicadores de gasto *per capita* das unidades de saúde com população adstrita, como as unidades do PSF. Como essas unidades não funcionaram uniformemente em 2005, optou-se em separar os indicadores em duas tabelas aqui descritas: a Tabela 1 descreve os indicadores das Unidades de Saúde da Família (USF) que não funcionaram durante todo o ano, e a Tabela 2 descreve os indicadores das unidades que funcionaram durante todo o ano em questão.

As oito unidades de saúde da Tabela 1 foram implantadas em 2005 e funcionaram apenas de um a cinco meses no ano. Observa-se que essas unidades apresentaram, no geral, um gasto *per capita* mais elevado do que as que estavam em funcionamento há um ano ou mais. Os gastos de iniciais de implantação (reformas, equipamentos, mobiliário, material gráfico) certamente contribuíram para elevar os gastos dessas unidades.

As unidades de saúde da Tabela 2 já funcionavam há mais de um ano e apresentaram gastos menores, no geral. Entretanto destacam-se, neste grupo, por apresentarem gasto *per capita* mais elevado, as unidades do Cocão e Boa Vista, localizadas na área rural do município. Nessas unidades, o gasto com transporte para o deslocamento da equipe sobressaiu em relação às equipes da zona urbana.

A possibilidade de cálculo do gasto por unidade de PSF *per capita* (tabelas 1 e 2) é um ganho para o planejamento local muito grande. Starfield¹² afirma que a alocação eficiente de recursos depende da qualidade das informações sobre a existência de problemas passíveis de alteração pe-

Tabela 1. Gasto *per capita* por Unidade de Saúde da Família implantada há menos de um ano, Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2005.

Unidade de Saúde da Família (nome cadastrado no CNES)	População cadastrada no Siab em 31/12/2005	Gasto médio mensal apurado por unidade (1,0 R\$)	Indicador GUSF/ <i>per capita</i> /mês (1,0 R\$)	Indicador GUSF/ <i>per capita</i> /ano (1,0 R\$)
Viriato Lobo	2.733	106.012,60	38,7	465,4
Aurelino Pereira dos Reis	2.840	67.986,1	23,9	287,2
Dr. Fernando Queiroz I	3.155	42.686,1	13,5	162,3
Dr. Fernando Queiroz II	3.613	42.686,1	11,8	141,7
Geraldo Pessoa Sales	2.725	26.867,02	9,7	117,1
Amparo	3.735	27.410,5	7,3	88,0
Calabar	3.438	37.520,0	10,9	130,9
Benfica	2901	62.106,3	21,4	256,9

Fonte: elaboração própria.

Tabela 2. Gasto *per capita* por Unidade de Saúde da Família implantada há mais de um ano, Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2005.

Unidade de Saúde da Família (nome cadastrado no CNES)	Média da população cadastrada no Siab em 31/12/2004 e 31/12/2005	Gasto apurado por unidade/ano (1,0 R\$)	Indicador GUSF/ <i>per capita</i> /mês (1,0 R\$)	Indicador GUSF/ <i>per capita</i> /ano (1,0 R\$)
São Francisco	4.537	282.515,03	5,2	62,3
Urbis III	3.810	278.299,43	6,1	73,1
Irmã Dulce	3.642	283.609,03	6,5	77,9
Urbis II	3.914	278.299,43	5,9	71,1
São Paulo	3.606	278.237,93	6,4	76,5
Alto Santo Antônio	3.639	278.237,93	6,4	76,5
Cocão	2.188	306.412,65	11,7	140,0
Boa Vista	2.952	292.745,13	8,3	99,2

Fonte: elaboração própria.

los serviços de saúde e propõe três alternativas para lidar com a decisão sobre a alocação dos recursos: a histórica, a sociodemográfica e a categorização por diagnóstico. Todas as alternativas apresentam graus variados de facilidade/dificuldade na aplicação prática, mas com experiências já relatadas nas três abordagens. Paim¹³ defende o uso da epidemiologia na recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Concor damos com esse autor ao vislumbrar possíveis usos dos indicadores de gasto por unidade *per capita* associados ao perfil epidemiológico de cada unidade do PSF. Uma vez conhecido os gastos *per capita* e o perfil epidemiológico das unidades de saúde, esforços podem ser feitos no âmbito local para manutenção ou mudança do perfil de morbidade, mortalidade ou de indicadores de qualidade dos serviços de saúde.

Outro resultado muito importante foi a identificação de subfinanciamento do PSF, induzido pelo governo federal. Por que se afirma que houve subfinanciamento? Porque quando se compara o cálculo do gasto médio de uma unidade do PSF (R\$ 17.302/unidade/mês), em 2005, com o financiamento pelo governo federal (R\$ 2.834/unidade/mês) no mesmo ano, fica claro que este financiamento federal corresponde apenas a 16,4% do gasto mensal, porcentagem essa que autoriza o ente federal a conduzir e impor a política assistencial nesse âmbito. Com essa participação mínima no financiamento, o governo federal favoreceu a ampliação da estratégia e impôs as normas e diretrizes de como deve operar o PSF. Deve-se levar em consideração que os cálculos derivados da Tabela 2 da metodologia NHA são precisos, pois essa tabela foi alimentada com as

despesas pagas no ano e estimou, por rateio, apenas uma pequena parte das despesas. Observa-se que difere do descrito no Relatório de Gestão 2005 no Quadro 1 (R\$ 20.000,00/unidade/mês), possivelmente estimado por outra metodologia menos precisa. Como estratégia, o financiamento do PSF há que ser repensado na ótica do município e do governo federal: na ótica do município, precisa-se avaliar, através de estudos de custo/efetividade, se não há alternativa com menor gasto e semelhante custo/efetividade; e na ótica do governo federal, há de se averiguar se realmente o PSF é estratégia de mudança do modelo de atenção, por isso merecedor de alocação de recursos também prioritária, ou se o PSF é mais um programa verticalizado e subfinanciado.

Alocação municipal dos recursos financeiros do SUS e modelo assistencial

O Gráfico 1 demonstra um perfil peculiar do município campo do estudo: foi alocado mais recurso nos provedores ambulatoriais do que nos hospitais no ano de 2005. Por sua vez, a grande parcela do recurso dos centros de atenção ambulatorial, R\$ 5.385.342 (60%), destinou-se às Unidades Básicas de Saúde, seguindo-se os Serviços de Tratamento Ambulatorial de Alta Complexidade (quimioterapia e terapia renal substitutiva), com R\$ 3.091.818 (34%), os Centros de Atenção Psicossocial, com R\$ 229.675 (3%), e o Centro de Referência, com R\$ 313.155 (3%).

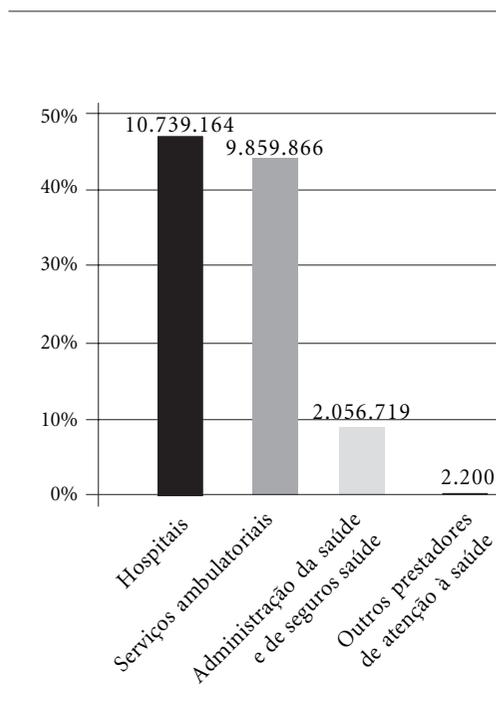


Gráfico 1. Distribuição dos recursos dos agentes entre todos os provedores de serviços de saúde do SUS de Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2005 (1,0 R\$).

Fonte: elaboração própria com dados da listagem de processos pagos do FMS de Santo Antônio de Jesus, requisições para consumo do Hemonúcleo de Santo Antônio de Jesus e MS/Datasus.

Quadro 1. Dados comparados da gestão financeira de Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2005.

Projeto/atividade da Lei Orçamentária Anual (LOA) 2005	Orçado na LOA em 1,0R\$ /Executado em 1,0 R\$ e (%)	Meta do PMS 2002/2005	Avaliação do Relatório de Gestão 2005	Resultado metodologia NHA (1,0 R\$)
Programa de Saúde da Família (PSF)	1.500.000/ 2.021.312(134,8%)	Não previstas metas financeiras. Cobrir 90% das comunidades de baixo poder aquisitivo até 2003.	Recebeu R\$ 589.551 do governo federal, gastou R\$ 1.333.796 com a folha de pessoal. Uma equipe gasta R\$ 20.000/mês e os incentivos dos governos federal e estadual não ultrapassam R\$ 6.000.	544.252/Tab. 13.322.077/Tab. 2337.926/Tab. 4

Fonte: elaboração própria com dados da LOA 2005, demonstrativo de despesas do FMS dezembro 2005, Plano Municipal de Saúde 2002/2005, Relatório de Gestão 2005 e produtos das tabelas 1, 2 e 4 de Santo Antônio de Jesus, 2005.

É possível que os gastos ambulatoriais estejam altos por um deslocamento das atividades de média e alta complexidades, antes realizadas em hospital, para o âmbito ambulatorial, haja vista que o município em gestão plena do sistema municipal tende a ampliar a sua rede de média complexidade para além das fronteiras hospitalares através da livre concorrência entre os prestadores de serviços. Outras possibilidades incluiriam a produção predominantemente de serviços mais bem remunerados (os de média e alta complexidades), o que parece não ter ocorrido, já que 60% dos recursos ambulatoriais foram gastos por Unidades Básicas (Unidade de Saúde da Família, Unidades Básicas sem Equipe de Saúde da Família, Postos de Saúde); ainda outra possibilidade, a mais provável, é âmbito ambulatorial. O deslocamento da equipe se sobressaiam o perfil municipal centrado na atenção básica ou com investimentos voltados para a mudança do modelo hospitalocêntrico, já que foi identificado o início de funcionamento de oito Unidades de Saúde da Família em 2005, totalizando uma cobertura populacional pelo PSF de 60,4%¹⁴, além da cobertura de três Unidades Básicas sem PSF e nove Postos de Saúde localizados na zona rural do município¹⁴.

Os critérios de alocação de recursos para união, estados e municípios devem estar explícitos nos Planos de Saúde e legalmente registrados na Lei Orçamentária Anual (LOA), os quais são instrumentos de gestão em que os entes federados expressam as suas prioridades. Para Couttolenc e Zucchi⁶, o padrão de alocação de recursos pode revelar outra ordem de prioridades diferente daquelas expressas nos documentos formais das autoridades políticas ou sanitárias. Parece que isso se confirmou parcialmente em Santo Antônio de Jesus no ano do estudo. Pois, avaliando-se apenas pela execução orçamentária relatada no Quadro 1, não estaria tão demarcada a priorização do PSF e dos serviços ambulatoriais, como foi revelado no Gráfico 1, que expressa o resultado da Tabela 2 da metodologia NHA.

A alocação dos recursos financeiros registrada até aqui fortaleceu o discurso municipal, explicitado no relatório de gestão, afirmador de que *a ampliação do acesso à Atenção Básica através do Programa de Saúde da Família significou estratégia para implantar a mudança do modelo de atenção. Antes centralizado no atendimento hospitalar, curativo, fragmentado e de baixa resolução; agora substituído aos poucos por núcleos de promoção à saúde, sem esquecer a assistência*¹⁴. Entretanto, o mesmo não aconteceu com o

registro das atividades de saúde, que passaremos a descrever a seguir.

Financiamento das atividades da Atenção Básica e modelo assistencial

A Tabela 3 do NHA (Agentes Intermediários de Financiamento por Atividades de Saúde), alimentada principalmente com dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), demonstra que, do total de gastos com as atividades de saúde produzidas no município (R\$ 16.173.504), o governo municipal financiou diretamente R\$ 12.545.278 (78%); o governo estadual, R\$ 3.297.704 (20%); e fundos de empresas não lucrativas, R\$ 330.522 (2%), configurando-os como agentes intermediários de Santo Antônio de Jesus, em 2005. Detalhando-se o financiamento das atividades de saúde pelo governo municipal, observaram-se, em ordem decrescente, atividades de administração em saúde, atenção à saúde e atividades de dispensação de materiais farmacêuticos e outros. O valor das atividades financiadas pelo governo municipal foi distribuído como segue: atividades da gestão pública (59%); atividades de atendimento clínico-hospitalar (23%); atendimento ambulatorial (13%); atividades de dispensação de medicamentos (3%); e atividades de resgate e remoção de pacientes (2%). Através dos gastos com as atividades de saúde, notou-se que ainda prevaleceram as atividades de atendimento clínico-hospitalar reforçando o modelo hospitalocêntrico. Além disso, o gasto com as atividades ambulatoriais de média e alta complexidades prevaleceu entre os gastos com as atividades ambulatoriais, como pode ser visto no Gráfico 2, porque o SIA/SUS em 2005 adotou a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações do SUS (Tabela SIA/SUS), que atribuiu maiores valores aos gastos com atividades de alta e média complexidades, em detrimento dos valores atribuídos aos gastos com atividades da Atenção Básica.

A Tabela 4 do NHA (Provedores de Serviços de Saúde por Atividades de Saúde) esclareceu melhor quais as atividades desenvolvidas e ofereceu detalhamento sobre os provedores que realizaram as atividades. Aqui, descrever-se-ão as atividades realizadas nas unidades do PSF que foram registradas através do sistema de informação SIA/SIH/SUS. As subtabelas, utilizadas para agregar os dados, permitiram conhecer a produção das atividades das Unidades de Saúde da Família (USF) por meses do ano, ficando evidente que, até o mês de junho, somente oito uni-

dades produziram atividades. A partir daí, foi crescente o número de unidades que iniciaram a produção de atividades.

As unidades do PSF que funcionaram durante todo o ano de 2005 foram comparadas pela produção total de atividades realizadas no ano, e notou-se que, do total de atividades produzidas pelas USF com um ou mais anos de funcionamento, houve uma variação percentual entre elas de 10% a 19%. Essas variações podem se dar devido ao perfil sociodemográfico e epidemiológico da população, mas também devido ao perfil dos profissionais que ali trabalham ou a outras circunstâncias inexploradas. Na verdade, o espaço interno das unidades de saúde e o processo de trabalho que gera as atividades de saúde são ainda pouco investigados. As tabelas do NHA têm potencialidades que poderiam ser mais bem utilizadas para um registro mais aproximado da produção de serviços de saúde se a Tabela SIA/

SUS atribuisse maiores valores às atividades da Atenção Básica, independentemente de gerarem pagamento a prestadores ou não. Isso feito, poderia servir de estímulo para a mudança do modelo biomédico, que tende a valorizar procedimentos de tecnologia armada mais que procedimentos que dependem de tecnologia humana.

Os tipos e valores de produção de atividades realizadas pelas USF, em 2005, foram assim distribuídos: ações executadas por profissional de enfermagem (38%), ações médicas básicas (28%), ações básicas em odontologia (19%), ações executadas por outros profissionais de nível superior (13%), procedimentos especializados realizados (2%), cirurgias ambulatoriais especializadas (1%) e ações especializadas em odontologia (1%). Essa descrição é de extrema relevância para avaliação e acompanhamento do perfil das atividades realizadas no âmbito municipal e talvez para comparações entre municípios.

Execução orçamentária e PSF: além da normatividade

O orçamento público foi implantado no Brasil em 1830 e tem sido um dos principais instrumentos na condução do processo financeiro das gestões públicas da União, dos estados e dos municípios. O orçamento moderno é – ou deve ser – muito mais que um instrumento de controle político do Executivo; ele tem se tornado um instrumento para operacionalizar os planos de governo¹⁵. Na área da saúde, foram criados os fundos municipais de saúde, que funcionam como uma unidade orçamentária, ou seja, com receitas e despesas próprias. A execução orçamentária pelo Poder Executivo de um ente federado constitui-se em etapa importante do processo administrativo¹⁶. Saindo da gestão municipal e localizando-se na gestão dos serviços de saúde, a execução da unidade orçamentária da saúde tem a mesma importância da execução da gestão municipal. Dessa forma, passaremos a descrever a execução orçamentária do fundo municipal de saúde no ano de 2005 referente ao projeto/atividade “PSF – Programa de Saúde da Família”, que foi prevista na LOA 2005.

O Quadro 1 compara a execução orçamentária oficial com os resultados encontrados nas tabelas do NHA. Observa-se que a execução excedeu em 34,8%. Porém, a Tabela 2 da metodologia NHA registrou valor maior que o executado (R\$ 3.322.077). Essa diferença pode ter sido à custa das despesas administrativas (água, energia, combustível e manutenção dos carros), as

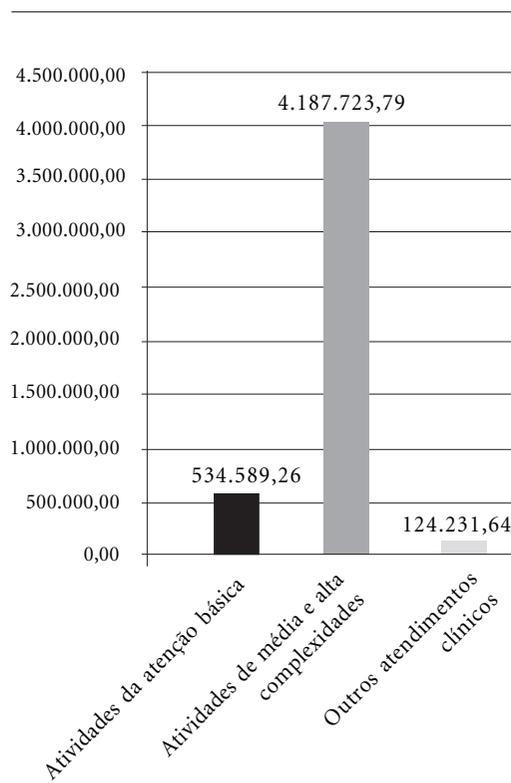


Gráfico 2. Atividades do atendimento ambulatorial em Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2005 (1,0 R\$).

Fonte: elaboração própria com dados do relatório SIA/SIH/SUS/SMS, MS/Datusus e listagem de processos pagos do FMS/SMS de Santo Antônio de Jesus.

quais foram repartidas entre os provedores públicos que consumiam esses serviços. Entretanto, é possível que o sistema contábil tenha considerado essas despesas em outro projeto/atividade, reduzindo a execução no projeto/atividade do PSF.

Chama a atenção a defasagem entre as três tabelas da metodologia NHA expressas no Quadro 1:

1. A diferença entre a Tabela 1 do NHA, que registra a fonte de financiamento para o PSF oriunda dos governos federal e estadual (R\$ 544.252), e a Tabela 2, que registra a saída para as Unidades de Saúde da Família (R\$ 3.322.077), indica o montante de outros recursos que foram acrescidos ao programa: R\$ 2.777.825 (83,6%) para o desenvolvimento das atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF);

2. A diferença entre a Tabela 2 do NHA, referida anteriormente, e a Tabela 4, que registra as atividades de saúde (em valores financeiros atribuídos pela tabela SIA/SUS) realizadas pelas Unidades de Saúde da Família (R\$ 337.926), indica o montante do “desaparecimento” do dinheiro ao se transformar em atividade de saúde: R\$ 2.984.151 (89,8%), refletindo a menor atribuição de valor financeiro pela tabela de procedimentos SIA/SUS para as atividades geradas nas USF.

Giacomoni¹⁵ considera que o orçamento brasileiro foi modernizado no final da década passada quando incorporou uma autêntica classificação por programas; contudo, chama a atenção que apenas uma nova classificação não garantirá o aperfeiçoamento do processo orçamentário. A nossa pesquisa reforça o que esse autor escreve com propriedade. A forma como se deu o processo da gestão financeira no ambiente municipal foi mascarada pela execução orçamentária, o que impediu um acompanhamento das despesas passo a passo como é a função do orçamento, deixando a própria gestão municipal e o controle social impedidos de visualizar a verdadeira execução orçamentária.

Embora o presente estudo não tenha alcançado o processo de elaboração e execução orçamentária, observou-se que há uma necessidade da contabilidade e da gestão da saúde de ajustar seus instrumentos de registros e prestação de contas para favorecer um registro que se aproxime da realidade dos dois campos de saberes e práticas. As diferenças e distorções nos registros precisam ser eliminadas para que se possa efetivamente utilizar o orçamento como instrumento de planejamento e avaliação dos programas e projetos. Além disso, a correção das distorções é

fundamental para o cumprimento da função mais antiga do orçamento: o controle social e jurídico.

Considerações finais

O fluxo das contas municipais foi detalhadamente identificado da origem (fontes) dos recursos até a aplicação em atividades. Desse conhecimento, pode-se concluir, em relação à gestão dos recursos financeiros do PSF:

1. Há um financiamento irrisório da ESF por parte do governo federal e uma inexistência de cofinanciamento estadual.

2. A alocação dos recursos mostrou um grande esforço do município em ampliar o acesso aos serviços de saúde através do PSF.

3. A opção do município pelo PSF depreendeu relativamente grande investimento, mas pode ter inviabilizado o cumprimento de outras atividades prioritárias devido aos recursos escassos.

4. A distribuição das atividades contribuiu para traçar o perfil das atividades realizadas em 2005, baseada na tabela SIA/SUS, embora os valores adotados por ela tenham distorcido a alocação de recursos prioritariamente para a Atenção Básica e o PSF.

5. O subfinanciamento do PSF levou a um padrão de alocação que consumiu grande parte dos recursos próprios para fazer funcionar a estratégia eleita pelo Ministério da Saúde para contrapor-se ao modelo hegemônico de atenção à saúde.

Sobre a gestão financeira do sistema municipal, percebeu-se uma grande barreira de comunicação entre o processo orçamentário e o processo de planejamento da gestão da saúde, o que resultou em: processos de planejamento ocorrendo paralelamente; um mascaramento da execução orçamentária; uma necessidade de a contabilidade e a gestão da saúde ajustarem seus instrumentos de registros e prestação de contas para favorecer um registro que se aproxime da realidade dos dois campos de saberes e práticas.

Diante do que foi levantado neste estudo, não temos a pretensão de generalizar para todos os municípios, mas apenas supor que algo semelhante tem acontecido com boa parte dos municípios baianos e brasileiros submetidos ao mesmo tipo de financiamento.

Entende-se que a vinculação e a contrapartida são meios legítimos que o governo federal utiliza para garantir o uso dos recursos em políticas que foram acordadas nacionalmente atra-

vés dos mecanismos de participação social previstos pelo SUS; entretanto, a descentralização da gestão, como estratégia fundamental para a priorização das “necessidades” locais e incremento da responsabilidade municipal, fica comprometida quando não existe autonomia para o planejamento e a execução das ações. Esse paradoxo, em vez de ser tratado seriamente, no sentido de se buscar uma solução aceitável para todos os entes envolvidos, mantém-se superficialmente abordado através de ações normativas e pouco efetivas, produzindo contas “maquiadas” e planejamento “faz-de-conta”.

A prática do planejamento é nova para os municípios, seja em questões da gestão financeira e administrativa, seja em questões da gestão sanitária. Rosa¹⁶ chamou a atenção para o abandono técnico pelo qual têm passado os municípios no processo da descentralização da gestão da saúde. Quando o abandono técnico se une ao subfinan-

ciamento e à baixa autonomia das gestões municipais, um futuro desanimador se anuncia.

Assim, este estudo poderá contribuir para apontar alguns pontos críticos da gestão financeira do SUS, em especial dos recursos financeiros do PSF, que poderíamos assim sintetizar:

– *União*: é necessário rever com urgência a vinculação das transferências para os municípios e reverter o subfinanciamento do PSF ou repensar outra estratégia mais custo-efetiva, sob pena de perda dos avanços conquistados até o momento.

– *Estado*: é necessário participar do cofinanciamento da saúde e dar apoio técnico aos municípios nas questões de planejamento e gestão financeira dos sistemas de serviços de saúde.

– *Município*: é necessário incorporar práticas de planejamento local e reverter ou minimizar a dependência do financiamento externo com ações geradoras de desenvolvimento sustentável e arrecadação de impostos.

Colaboradores

O artigo foi proposto e organizado por MRR Rosa, que juntamente com TCB Coelho é responsável pela análise dos dados, elaboração do texto e redação final.

Agradecimentos

Aos gestores das instituições integrantes deste estudo pelo apoio e pela confiança, especialmente à secretária de saúde Maria de Nazareth Veiga Pessoa Coni e ao prefeito Euvaldo de Almeida Rosa. A Márcio Alexandre Fonseca e a Reginaldo Conceição Ribeiro, agradecemos pela dedicação e generosidade ao longo da presente investigação.

Referências

1. Médici A. *Financiamento público e privado em saúde na América Latina e Caribe: uma breve análise dos anos noventa – Nota Técnica de Saúde, nº 3/2005*. Brasília: Ministério da Saúde/Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Programa de Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.
5. Coelho TCB, Juliano IA, Melo A, Chagas FL. Fazendo as contas da saúde de Feira de Santana. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS* 2006; 2(1):31-42.
6. Couttolenc BF, Zucchi P. *Saúde & cidadania para gestores municipais de serviços de saúde* [CD-ROM]. Livro 10. 2ª ed. Versão 2.0. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Magnoli A. *National Health Accounts in Latin American and Caribbean: concept, results and policy uses*. Cambridge: Harvard University; 2001.
8. Bahia. Santo Antônio de Jesus. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2002-2005*. Santo Antônio de Jesus (BA): Secretaria Municipal de Saúde; 2002. No prelo 2005.
9. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
10. Lima LD. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República; 2007.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [acessado 2007 jan 10]. Disponível em: http://ftp.ibge.gov.br/Estatisticas_Projecoes_Populacao/
12. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
13. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):557-567.
14. Bahia. Santo Antônio de Jesus. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2005*. Santo Antônio de Jesus (BA): Secretaria Municipal de Saúde; 2006. No prelo 2006.
15. Giacomoni J. *Orçamento público*. 14ª ed. amp., rev. e atua. São Paulo: Atlas; 2007.
16. Rosa MRR. Complementando a discussão sobre o planejamento em saúde: quem ensina municípios a planejar? *Rev Div em Saúde para Debate* 2007; 40:21-28.

Artigo apresentado em 28/05/2008

Aprovado em 18/11/2008

Versão final apresentada em 15/01/2009