



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Andressa Rodrigues Santos

Orçamento Público Brasileiro na Saúde: Uma análise comparada das despesas públicas com saúde nos Municípios da região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

Andressa Rodrigues Santos

Orçamento Público Brasileiro na Saúde: Uma análise comparada das despesas públicas com saúde nos Municípios da região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro

Monografia apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Gerência em Saúde.

Orientador: Antonio José Marinho Ribeiro

Co-orientadora: Profa. Dra. Adelyne M. M. Pereira

Rio de Janeiro

2017

“Pelos erros dos outros, o homem sensato corrige os seus.”
Oswaldo Cruz

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus, pois sem Ele eu não estaria aqui.

À minha família, que sempre me apoia em todas as decisões que eu escolho.

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz), que me deu a oportunidade de aprofundar conhecimentos entre esses quatro anos no curso de Gestão da Saúde e é uma escola com um projeto diferenciado positivamente, diferente de todas as outras que eu conheço.

Aos profissionais dessa instituição, que são muito bem capacitados para ajudar a todos os momentos seus alunos, em especial à professora Adelyne Maria Mendes Pereira e ao professor Antônio José Marinho Ribeiro, sem eles esse estudo não teria sido concretizado, foram profissionais muito especiais para mim, que me deram suporte em todos os momentos que eu precisei.

RESUMO

O objeto dessa pesquisa são as despesas públicas com saúde por habitante dos municípios da região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro no período de 2014 a 2016. Ela se baseou na abordagem descritiva de cunho quali-quantitativa. As estratégias metodológicas usadas nesse trabalho incluíram revisão e análise bibliográfica, documental e de dados secundários. Foram utilizados dados secundários coletados na base do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), cotejados com informações disponíveis nos portais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), segundo necessidade da pesquisa. Espera-se colaborar para a discussão sobre o financiamento da saúde e a superação das desigualdades presentes na distribuição do orçamento público.

Palavras chaves: Orçamento Público; Financiamento; Economia da saúde; Regionalização; Rio de Janeiro.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 DESENHO DO ESTUDO	08
2.1 Objetivos	08
2.2 Metodologia	08
3 SUS E SEU FINANCIAMENTO: BREVE HISTÓRICO	10
4 CONTEXTUALIZANDO O ORÇAMENTO PÚBLICO BRASILEIRO.....	16
5 REGIÃO METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE COMPARADA DAS DESPESAS TOTAIS COM SAÚDE	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

1 INTRODUÇÃO

O foco desta monografia são as despesas públicas com saúde por habitante dos municípios da região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro no período de 2014 a 2016, dado que, 2014 foi o segundo ano do novo prefeito, a partir do momento em que ele tem o poder sobre o orçamento. A justificativa para o tema escolhido tem a ver com o cenário atual de crise política e econômica vivenciada pelo Estado Brasileiro, a qual implica na depreciação da qualidade dos serviços públicos. Neste caso, destaca-se a importância do tema, tendo em vista à universalização da saúde, garantida por direito desde a Constituição Federal de 1988, assumida como sendo de extrema relevância para a qualidade de vida do povo brasileiro.

A escolha desse tema também está relacionada à importante defesa do financiamento público da saúde e da disseminação de informações sobre esse assunto para toda a população. Nesse momento, a saúde enfrenta a Emenda Constitucional (EC) 95, que estipula um teto para os gastos primários no geral, inclusive na saúde, fazendo com que os gastos reais nessa e outras áreas sejam congelados por vinte anos, o que vai de encontro ao anteriormente previsto pela EC 29 regulamentada pela Lei 141/2012, que estabelece os gastos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e pela EC 86.

A Lei de Acesso à Informação nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. No entanto, o nosso sistema de saúde e os direitos dos cidadãos sobre ele não são de conhecimento universal como deveria ser e vários fatores contribuem para isso: os conhecimentos não são disseminados para todos da sociedade e as informações disponíveis são ineficazes. Isso seria de extrema importância para a população brasileira, pois os serviços de saúde logicamente são direcionados, ou deveriam ser, a ela, e qualquer prejuízo gerado impacta diretamente na vida dos brasileiros.

Tudo que afeta negativamente a área da saúde impacta diretamente na vida dos brasileiros. Enquanto o Sistema Único de Saúde (SUS) é sucateado, há o fortalecimento de serviços privados, que nem sempre são de qualidade e que visam ao lucro. A saúde deixa de ser um direito, para se transformar em “mercadoria”. Na prática, acabam existindo dois sistemas de saúde: Público e o Privado (complementar ao SUS).

Além disso, o tema sobre a Saúde Pública está inserido em minha vida e trajetória acadêmica e profissional futura, principalmente na minha formação técnica. Na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), a questão do SUS é central e esse contato aprofundado com essa temática despertou em mim ainda mais curiosidades e sede de conhecimento pelo tema. O SUS foi implantado numa perspectiva de assistência integral e acesso equânime, hoje, no entanto, se aprofundam as desigualdades, sobre as quais trataremos diretamente no âmbito desse trabalho.

Este trabalho pretende contribuir para o debate acerca das desigualdades presentes na distribuição dos recursos para o SUS entre diferentes municípios de uma região de saúde, e seus impactos para a saúde da população e a qualidade dos serviços prestados. Para tanto, logo após essa introdução, serão apresentados o desenho do estudo, incluindo os objetivos e a metodologia; e, em seguida, três capítulos que abordam, respectivamente: um breve histórico do financiamento do SUS; as características do orçamento público brasileiro; e a análise das despesas com saúde na região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro.

2 DESENHO DO ESTUDO

2.1 Objetivos

Objetivo geral

Analisar em perspectiva comparada as despesas públicas com saúde por habitante dos municípios da região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro no período de 2014 a 2016.

Objetivos específicos

- 1) Realizar levantamento bibliográfico com intuito de fundamentar a pesquisa a ser realizada.
- 2) Identificar as despesas públicas com saúde por habitante dos municípios da região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro (Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá) entre os anos de 2014 a 2016.
- 3) Analisar a relação entre as despesas públicas com saúde por habitante dos municípios da região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro e algumas características mais gerais desses municípios (Produto Interno Bruto - PIB per capita e porte populacional).

2.2 Metodologia

A presente pesquisa será baseada na abordagem descritiva de cunho quali-quantitativa. A pesquisa qualitativa busca ir além dos números, ela quer saber o caráter peculiar de seu objeto de estudo.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p. 7).

Já a pesquisa quantitativa busca mais respostas numéricas e exatas, tem um objetivo mais claro e direto.

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem

matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (FONSECA, 2002, p. 20).

Logo, utilizaremos a pesquisa quantitativa por conta das questões orçamentárias com relação à região da Metropolitana II. Faremos uma triangulação entre os métodos quantitativo e qualitativo, pois pretendemos analisar os dados à luz do contexto no qual se desenvolve o fenômeno, contexto esse contruído teorica e empiricamente. Compreendemos que, para chegarmos aos nossos objetivos, um tipo de pesquisa complementarará o outro.

As estratégias metodológicas a serem usadas nesse trabalho incluem revisão e análise bibliográfica, documental e de dados secundários. Serão utilizados dados secundários coletados na base do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), em que serão levados em consideração para a pesquisa os indicadores apresentados no quadro abaixo.

Quadro 1: Indicadores selecionados para a análise.

Receitas próprias e transferências	<ul style="list-style-type: none"> • Participação da receita própria de impostos na receita total do Município • Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município
Transferências para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município • Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município • Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município
Despesa total com Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município • Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde • Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde • Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde

Fonte: SIOPS (2017).

Tais dados serão relacionados com alguns indicadores cotejados disponíveis nos portais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): população estimada (2016), Produto Interno Bruto (PIB) per capita (2014) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHm) (2010).

3 SUS E SEU FINANCIAMENTO: BREVE HISTÓRICO

Para chegarmos ao nosso atual sistema de saúde foi preciso que houvesse muita luta. Muitas conquistas se sucederam desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) até hoje, porém, infelizmente algumas situações deram abertura para que ocorressem falhas.

Quando comparamos o modelo de saúde antes da Constituição de 1988 com o atual sistema é notória tamanha diferença. O antigo modelo era previdenciário e meritocrático, ou seja, só uma parcela privilegiada da população tinha acesso à saúde e o atual sistema é universalista, o que garante que todos os cidadãos tenham acesso digno e democrático, assim como diz Polignano (2001).

No modelo previdenciário, quem tinha direito de assistência à saúde eram os trabalhadores formais e seus dependentes, ou seja, quem contribuía com a previdência social. Os que tinham trabalho assalariado utilizavam os serviços do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que era composto por hospitais públicos e consultórios conveniados. Para a população excluída do sistema de saúde vigente na época, existiam as Santas Casas de Caridade, instituições filantrópico-religiosas que prestavam assistência hospitalar e postos de saúde pública voltados para o controle e prevenção de doenças endêmicas.

Essa estrutura acarretava na exclusão de uma grande parte da população que não tinha carteira assinada, seja por conta da falta de oportunidades promovida pelo sistema capitalista ou por terem algum tipo de deficiência. O atendimento não tinha caráter universal, ou seja, não abrangia a todos os cidadãos. As desigualdades quanto ao direito à saúde se faziam latentes. Sobre isso, Polignano (2001) afirma que: “a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los”.

No modelo previdenciário, o financiamento dos serviços de saúde era realizado pelo INAMPS, a partir das contribuições sociais de empregadores e empregados formais. Segundo Rehem (2002, p. 12), “o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existentes”. Portanto, as desigualdades existentes nessa época não se davam apenas no nível individual, entre pessoas de classes distintas, mas também entre as diferentes regiões. Os locais de maior concentração de postos de trabalho formais eram

também as regiões mais ricas e que concentravam os serviços de saúde. Nesse sentido, as populações privilegiadas das regiões mais ricas eram as que recebiam mais recursos, enquanto as populações mais vulneráveis das regiões mais pobres eram as mais prejudicadas.

A saúde pública também não recebeu atenção durante o regime militar. Carmo e Azeredo (2013) afirmam que a saúde pública no Brasil não teve a importância que deveria ter tido até a Constituição Federal (1988), já que, antes desta, as doenças eram tratadas apenas quando estavam emergentes. Como bem retrata Vargas (2007, p. 50):

Durante todo o regime militar autoritário, o investimento na área de saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e, principalmente, a desigualdade social (WARGAS, 2007, p. 50).

A Reforma Sanitária, movimento que teve seu início ainda durante o regime militar, diante de tamanha calamidade que se encontrava o quadro de saúde no país, buscava igualdade de direitos entre todas as pessoas da sociedade, especialmente na saúde. A ideia era que todos os cidadãos pudessem usufruir dos serviços de saúde, de cunho preventivo e curativo, não apenas os assalariados, com carteira assinada. A Reforma Sanitária também visava à descentralização da gestão, que possibilitasse uma maior participação da sociedade nas decisões a serem tomadas na área da saúde.

Esse movimento se concretizou na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986. Esse fórum de discussão foi aberto a toda população e contava com a presença de vários gestores e técnicos da saúde, tinha o objetivo de discutir e definir um novo modelo de saúde brasileiro e foi um grande divisor de águas quando se fala na implantação do SUS.

No caminho da implementação do SUS, foi construído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que fez com que ocorresse a universalização do atendimento, coisa que não existia antes. Sucessivamente após a implantação do SUDS, o INAMPS saiu do Ministério da Previdência. Esse passo foi relevante e acabou indo de encontro do objetivo de integrar o SUDS ao Ministério da Saúde.

O SUDS surgiu como uma proposta política formulada no interior da burocracia do INAMPS, contando com o apoio dos ministros da Previdência da Saúde e da Educação, que assinaram juntos a exposição de

motivos para a criação do SUDS, em julho de 1987. O SUDS avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente, na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e retirou do INAMPS a soma de poder que ele centralizava (WARGAS, 2007, p. 50).

A participação do Movimento Sanitarista nessa Conferência foi fundamental para determinar os resultados de importantes discussões realizadas. Dentre elas, podemos destacar a de que a saúde não é garantida apenas pela educação, lazer, trabalho, habitação e atendimentos hospitalares, mas também está diretamente ligada ao modelo organizativo social, ou seja, enquanto ainda existir a desigualdade, os direitos dos cidadãos de terem saúde integral estarão sendo feridos.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 12).

Wargas (2007) afirma que o Movimento da Reforma Sanitária ia além da reforma da saúde. Defendia a reforma do Estado e uma nova concepção de saúde, que vai além da ausência de doença.

Nesse sentido, a proposta de reforma para a saúde era também uma proposta de reforma do Estado, Estado este que se havia constituído sob uma base fundada no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social (WARGAS, 2007, p. 44).

Assim, em 1988 foi promulgada uma nova Constituição Federal (CF), cujo artigo 196 afirma: “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”, fazendo com que todos os cidadãos tivessem acesso à saúde. Nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, temos as bases para a organização do SUS, apresentadas em seus princípios e diretrizes.

Nesse momento, a saúde se encontra assegurada na Constituição Federal e é universal, ou seja, é um direito de todos. Isso representa um grande avanço em relação ao que existia anteriormente. Contudo, o processo de implementação do SUS enfrentou vários desafios, entre eles, o financiamento e a repartição de recursos entre estados e municípios, segundo Rehem (2002). Para solucionar esse problema, foi pensada a efetivação de uma ferramenta de transferências de recursos fundo a fundo e foram definidos tetos financeiros a partir da série histórica de utilização de serviços nos estados e municípios.

Apesar disso, o SUS enfrentou uma forte crise no seu financiamento ao longo dos anos 1990. Isso fez com que outras estratégias fossem pensadas para garantir recursos para o sistema. Nesse sentido, passou-se a defender o comprometimento de todas as esferas de governo (União, estados e municípios) com o financiamento do SUS, proposta aprovada no texto da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (EC29/2000). A EC 29 estabeleceu que a União aplicasse em Ações de Serviços Públicos de Saúde (ASPS) o total gasto no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, os estados aplicassem 12% de toda receita disponível e os municípios 15%.

De acordo com Piola et al (2013) essa emenda teve um importante impacto, uma vez que, fez com que a participação dos municípios e estados fosse maior com o passar dos anos, como apresenta a tabela abaixo. Observa-se que a União aumentou de fato o seu gasto com a saúde, passando de 41 bilhões no ano 2000 para 72 bilhões em 2011, porém, é notório que os estados e municípios, proporcionalmente, aumentaram mais que a União, como mostra a tabela 1.

Tabela 1: Gasto com ações e serviços públicos em saúde (ASPS): total e por esfera de governo. 2000 – 2011. Em R\$ bilhões de 2011 deflacionados pela média anual do IPCA.

Gasto com ações e serviços públicos em saúde (ASPS): total e por esfera de governo (2000-2011)

(Em R\$ bilhões de 2011 deflacionados pela média anual do IPCA¹)

Ano	Federal	(%)	Estadual	(%)	Municipal	(%)	Total	(%)
2000	41,31	59,8	12,82	18,5	14,96	21,7	69,09	100,0
2001	42,70	56,1	15,71	20,7	17,65	23,2	76,07	100,0
2002	43,34	52,8	17,66	21,5	21,08	25,7	82,07	100,0
2003	41,51	51,1	18,67	23,0	21,02	25,9	81,20	100,0
2004	46,85	50,2	22,96	24,6	23,51	25,2	93,33	100,0
2005	49,80	49,7	23,11	23,1	27,19	27,2	100,10	100,0
2006	52,44	48,4	25,48	23,5	30,37	28,0	108,28	100,0
2007	55,01	47,5	28,02	24,2	32,81	28,3	115,84	100,0
2008	57,18	44,2	32,81	25,4	39,24	30,4	129,23	100,0
2009	65,27	45,8	36,13	25,4	40,98	28,8	142,38	100,0
2010	66,08	44,1	39,74	26,5	44,08	29,4	149,90	100,0
2011	72,33	44,7	41,50	25,7	47,94	29,6	161,77	100,0

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS (esfera federal) e SIOPS (esferas estadual e municipal, extraídos em 27 de novembro de 2012).

Nota: ¹ Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Obs.: 1. O gasto federal ASPS está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com inativos e pensionistas. Iuros

Fonte: Piola et al, 2013.

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Pacto Pela Saúde (2006), que é composto por três: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Eles fizeram com que a União, os estados e municípios tivessem mais contato uns com os outros, fazendo com que assim, de algum modo, a relação de interação entre eles fosse potencializada, além de ter incentivado o desenvolvimento da regionalização. A adesão dos estados e municípios ao Pacto pela Saúde se deu por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG). A intenção era aumentar a eficiência e eficácia nas respostas de um ente federativo para com o outro, fazendo com que os serviços de saúde se tornassem mais equânimes perante as diferenças da sociedade. O Pacto pela Saúde foi de grande importância, estimulando que os acordos feitos no âmbito da programação anual fossem cumpridos.

Em 2012, a Emenda nº 29/2000 foi regulamentada através da Lei Complementar nº 141, fazendo com que se fosse definido as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), entre outras coisas de grande importância, como a vinculação de recursos nas três esferas de governo para o SUS.

Como o processo de financiamento do SUS passou, e passa até hoje, por grandes mudanças, em 2012 houve uma mobilização popular chamada Saúde+10, gerada pelo Movimento de Reforma Sanitária que buscava fazer com que a União alocasse em gastos com a saúde no mínimo 10% de sua Receita Corrente Bruta, porém o que foi realmente aprovado no Congresso Nacional foi uma Proposta de Emenda à Constituição – PEC 358/2013 que veio a ser tornar recentemente a Emenda Constitucional 86 (EC 86/2015), que comparada com a EC 29 trará resultados negativos, assim como afirma Sulpino:

Análises recentes do CNS projetam para o Ministério da Saúde, em 2016, a perda de, no mínimo, nove bilhões de reais em relação à regra anterior definida pela EC nº 29/2000 e LC nº 141/2012, dado que a EC nº 86/2015 prevê, no primeiro ano, a aplicação pela União de 13,2% da RCL e que o quadro atual de recessão econômica é de queda da arrecadação. Ainda segundo o CNS, o orçamento da saúde para 2014 representou 14,38% da RCL do ano, ou seja, é maior do que o previsto (13,2%) para o primeiro ano do escalonamento da EC nº 86/2015 (SULPINO, 2016, p. 190).

Com relação às formas de transferências de recursos, que no caso é a federal SUS fundo a fundo, o Pacto pela Saúde fez com que os recursos federais mandados para os estados e municípios fossem feitos por meio de seis blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2006).

Porém, em 2016, o Ministério da Saúde liderou um projeto chamado “SUS Legal” que fez com que fosse criada uma nova portaria, que foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que tem como intenção fazer com que os repasses não fossem feitos através desses seis blocos e sim, na modalidade de custeio e investimento.

Além disso, temos recentemente a Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), que visa congelar os gastos públicos por 20 anos estipulando limites para os gastos primários com relação a todos os setores orçamentários, incluindo a saúde.

4 CONTEXTUALIZANDO O ORÇAMENTO PÚBLICO BRASILEIRO

Como sabemos, a Constituição Federal (CF) de 1988 foi um marco histórico com relação a vários assuntos, e um deles, é o tema do orçamento público. A Constituição de 1988 deu significativa importância para essa questão, remodelando o modo como era feita a divisão orçamentária, segundo Paludo (2012).

Como o nosso objeto de pesquisa pretende fazer a relação entre Orçamento Público e as despesas totais na oferta de serviços públicos de saúde nos municípios da região Metropolitana II do Rio de Janeiro, é importante compreender o Ciclo do Orçamento Público Brasileiro e o que o rege. Sobre o Orçamento Público e seu Ciclo, vale afirmar:

O ciclo orçamentário compreende o período de tempo em que se processam as atividades típicas do Orçamento Público; ou seja, a elaboração orçamentária, a aprovação, a execução orçamentária e financeira, o controle e avaliação. **O ciclo orçamentário é maior que o exercício financeiro.** Inicia-se com a elaboração (no ano anterior), a execução e o controle (no exercício) e o controle e a avaliação (no ano seguinte) (PALUDO, 2012, p. 105).

O Ciclo Orçamentário é uma importante ferramenta para a organização da efetivação dos gastos públicos e se divide em quatro partes: 1) elaboração; 2) votação e aprovação; 3) execução orçamentária; e 4) controle e avaliação. Paludo (2012, p. 5) define cada uma dessas partes nas seguintes palavras:

Elaboração: é na fase de elaboração que os estudos preliminares são feitos, que são definidas prioridades, fixados objetivos e estimados os recursos financeiros necessários à realização das políticas públicas inseridas no orçamento sob a forma de programas.

Aprovação: o chefe do Executivo é quem envia o Projeto de Lei ao Poder Legislativo. O PL-LOA é imediatamente encaminhado à Comissão Mista de Planos, Orçamento e Fiscalização. Após a votação/aprovação, o projeto é novamente enviado ao Presidente da República para sanção e publicação no *Diário Oficial da União*. **Execução:** após a publicação a SOF descentraliza as dotações orçamentárias aos Órgãos Setoriais através de ND – Nota de Dotação. Os Órgãos Setoriais, por sua vez, descentralizam esses créditos orçamentários para as Unidades Orçamentárias, entidades e demais beneficiários do Orçamento Público, através de NC – Nota de Crédito. Inicia-se, então, a fase de execução.

Controle e avaliação: ainda durante a execução da despesa, inicia-se a fase de controle da execução dos orçamentos. A fiscalização contábil,

financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da Administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder (PALUDO, 2012, p. 105).

Segundo Paludo (2012), o Plano Plurianual (PPA), que vigora por quatro anos, estabelece diretrizes, objetivos e metas da Administração Federal para as despesas de capital e para os programas de duração continuadas. A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) é feita a cada ano e descreve os objetivos mais importantes a serem realizados pela administração para o ano seguinte, além de direcionar a criação da Lei Orçamentária Anual (LOA) que dá uma estimativa sobre as receitas e as despesas fixas da Administração Pública Federal para o ano seguinte.

Também é importante falar sobre as Funções do Orçamento, que são permitidas pelo Orçamento Público ao Estado, que são três: a Alocativa, a Distributiva e a Estabilizadora. Segundo a ENAP (2014), a função Alocativa é como se investisse onde outras entidades não o fizeram, fazendo com que a economia daquele lugar tivesse uma intervenção positiva, é também uma oportunidade para que se desenvolva setores econômicos. Já a função Distributiva de um modo simples de dizer, é como se fosse feita uma transferência de quem tem mais para quem tem menos, é importante para a economia, uma vez que, faz com que a mesma de certo modo fique mais equilibrada na sociedade, por fim a função Estabilizadora nada mais é do que um modo de estabilizar a economia, de suma importância em um momento de crise, sendo que, como há dificuldades de desenvolvimento econômico no mesmo e decréscimo do giro do capital no comércio, ela faz com que os preços, por exemplo, estabilizem-se.

Quando se fala no orçamento do Estado é importante informar que, segundo o Governo do Rio de Janeiro, o mesmo se constitui pelo orçamento Fiscal, da Seguridade e através dos orçamentos de investimentos das empresas desse estado. Há regras a serem seguidas para que haja uma elaboração e controle do orçamento, sendo que, nenhum gasto poderá ser feito sem que esteja indicado no orçamento. Além disso, o Rio de Janeiro até 2014, segundo o IBGE, produzia a maior quantidade de petróleo, uma vez que, a partir desse ano ocorreu uma desvalorização do seu preço e assim sucessivamente nos anos de 2015 e 2016, fazendo com que os investimentos feitos através de sua produção não tivessem um retorno positivo, trazendo consequências para a

economia do Estado do Rio de Janeiro, inclusive implicando no aumento de desempregos nessa área, assim como afirmam Antunes e França (2016).

O orçamento dos estados e municípios é composto por receitas próprias e transferências. Segundo Lima (2007a), o sistema de partilha fiscal pode ser considerado um dos mais descentralizados do mundo, isso porque todos os entes da federação arrecadam tributos. Cabe registrar que a arrecadação do tributo mais importante do país em termos de volume (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS) é de competência dos estados. Tais recursos são redistribuídos por um mecanismo fiscal chamado de transferências intergovernamentais.

Segundo Lima (2007a), as transferências podem ser classificadas de diferentes formas. Com relação ao orçamento cedente, elas podem ser: 1) transferências constitucionais/legais; ou 2) transferências voluntárias. Com relação ao orçamento receptor, elas podem ser: 1) transferências livres; ou 2) transferências vinculadas.

Um exemplo de transferência constitucional e livre são os Fundos de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM). O FPE e FPM têm como característica principal o fato de serem uma transferência livre, sem condições inicialmente impostas para como os estados e municípios deveriam usar esse dinheiro. Com isso, tais transferências podem ser consideradas mecanismos de repasses orçamentários redistributivos. Como dizem Mendes, Boueri e Blanco (2008) sobre o FPM:

O FPM está previsto no art. 159, I, b e d, da Constituição Federal. Esses dispositivos determinam que 23,5% da arrecadação, pela União, dos impostos de renda (IR) e sobre produtos industrializados (IPI) sejam destinados ao FPM. Trata-se, portanto, de partilhar a receita de impostos específicos e não a receita da União como um todo (MENDES; BOUERI; BLANCO, 2008, p. 30).

O cálculo do FPM beneficia em maior medida os municípios de menor porte, dando a eles maior autonomia. As medidas para a destinação dos recursos em cada local é feita através de porcentagens, estas que destinam 10% aos municípios capitais, 86,4% aos municípios não-capitais e o resto para uma parte em que só são considerados municípios não populosos, vale ressaltar que para ter chegado a esses números foi-se levado em consideração todo o histórico do FPM. Além disso, sua transferência possui alguma estabilidade, por conta de não sofrer com interesses políticos e de terceiros, o que também serve para o FPE.

Com relação ao FPE, Mendes, Boueri e Blanco (2008) afirmam:

O FPE está previsto no art. 159, I, a, da Constituição Federal. Esse artigo determina que 21,5% da arrecadação, pela União, do IR e do IPI sejam destinados ao FPE. Trata-se, portanto, de uma partilha que envolve os mesmos impostos partilhados por meio do FPM (MENDES; BOUERI; BLANCO, 2008, p. 55).

Os parâmetros para que seja feita a repartição são que 85% do acumulado deverá ser destinado para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e o resto para o Sul e o Sudeste. Eles foram oriundos da área total de cada estado junto com o inverso do total de habitantes de cada estado com o inverso de suas rendas, relacionando pisos e tetos.

Já as transferências setoriais do SUS podem ser classificadas como legais e vinculadas. Ou seja, diferente do FPE e do FPM, sua destinação de gasto já está vinculada desde a origem, visto que são repasses definidos para a saúde.

Na história do financiamento do SUS, as transferências passam a ser fundo a fundo¹ a partir de 1994, quando as Normas Operacionais (mais especificamente, a NOB 93) definiram como os repasses seriam feitos. Depois de entrarem em vigor, as transferências fundo a fundo do SUS foram ganhando força e incluindo vários estados e municípios. Nas palavras de Lima (2007a, p. 137):

A medida que as transferências intergovernamentais tornam-se regulares para um número maior de municípios e estados e cresce sua importância como forma de financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS, os recursos transferidos são parcelados (por níveis de atenção, áreas e tipos de serviços) e novos critérios para sua distribuição e apropriação pelas esferas subnacionais são incorporadas. As alterações tiveram como principal objetivo fortalecer o papel de indução e coordenação do MS sobre o processo de descentralização, garantindo-lhe poder para distribuir os recursos segundo suas prioridades (LIMA, 2007a, p. 137).

O teto do orçamento do SUS nos estados e municípios, base para os repasses fundo a fundo, foi construído a partir das séries históricas de cada um deles. Um processo de revisão dos tetos foi coordenado pelo Ministério da Saúde e negociado via Comissão Intergestores Bipartite (CIB), contudo, muitas iniquidades foram reproduzidas, pois o cálculo dos tetos se baseou na oferta e não nas necessidades (PEREIRA, 2014). Por isso, é importante destacar que o modo

¹ A transferência fundo a fundo nada mais é do que a distribuição do orçamento do Fundo Nacional da Saúde (Ministério da Saúde) direto para os fundos estaduais e municipais, isso conforme as condições de gestão dos mesmos.

como são transferidos os recursos do Ministério da Saúde para municípios e estados é de grande importância, pois pode implicar na qualidade da saúde nesses lugares, como no atendimento e melhoria da vida dos cidadãos de determinadas áreas.

Até 2005, as transferências do SUS eram feitas por serviço prestado, diretamente do orçamento da União para os prestadores (hospitais e etc). Esse modo fazia com que não se fosse levado em consideração a qualidade do serviço de saúde prestado, além de fazer com que o foco não fosse o usuário em si. Além disso, o modelo de financiamento por serviço prestado favorecia a permanência das desigualdades, fazendo com que estados e municípios sem serviços de saúde instalados não recebessem recursos da saúde para instalá-los, em um contexto de escassez de investimentos (LIMA, 2007b).

Essa história só mudou com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) pela Norma Operacional Básica (NOB) 1996, que instituiu o mecanismo de financiamento *per capita*, efetivamente implementado a partir de 1998 (PEREIRA, 2014). Por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), parte do orçamento passou a ser destinado a ações e procedimentos de assistência básica, geralmente feitos pelos municípios. Esta forma de repasse financeiro tem sua forma fixa (PAB fixo) e sua forma variável, em que se é definida a quantidade de recursos destinada a cada setor. A primeira é definida tendo como um mínimo R\$10 reais e máximo de R\$18 reais *per capita* por ano, ou seja, por habitante. Essa quantia pode aumentar conforme adicionais oriundos de incentivos para programa e ações de serviços à saúde.

As transferências *per capita* do SUS (PAB fixo e variável) fizeram com que os recursos fossem alocados diretamente nas esferas municipais, sem que fosse levada em consideração a quantidade de serviços que foram prestados, permitindo a expansão da cobertura da atenção básica, sobretudo nas regiões norte e nordeste, as menos favorecidas no modelo de transferência por prestação de serviços.

O orçamento repassado a ações de média e alta complexidade é dado através do teto financeiro. Tal orçamento se constitui de frações que são pré-definidas entre os entes federativos, e isso define a quantidade de dinheiro a ser distribuída para cada um deles. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um instrumento de planejamento que apoia a distribuição desse recurso entre os municípios, podendo favorecer a constituição de redes de atenção, a regionalização da saúde e, por fim, o acesso efetivo à saúde pela população. Como afirma Lima (2007a, p. 140):

A PPI define os parâmetros utilizados a partir da série histórica de produção ambulatorial e hospitalar informada, a metodologia empregada e os montantes municipais submetem-se à negociação e à aprovação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) (LIMA, 2007a, p. 140).

Muitos gestores e estudiosos do tema criticam o que pode ser chamado de “fragmentação do orçamento”, já que os recursos da saúde já vêm “carimbados”, diminuindo a flexibilidade da gestão e dificultando a destinação de recursos de acordo com as necessidades do território. De acordo com Fernando (2005, p. 60): “Esses recursos transferidos obrigam os estados e municípios a alocar parcelas pré-definidas dos recursos a programas ou procedimentos de maior complexidade e, praticamente, diminuem a possibilidade de autonomia de gestão e de definição local de prioridades, como previsto na legislação que regulamenta o SUS”. Por outro lado, outros estudiosos e gestores defendem a importância de que as ações sejam coordenadas pelo Ministério da Saúde, sendo os incentivos e repasses financeiros uma estratégia de regulação.

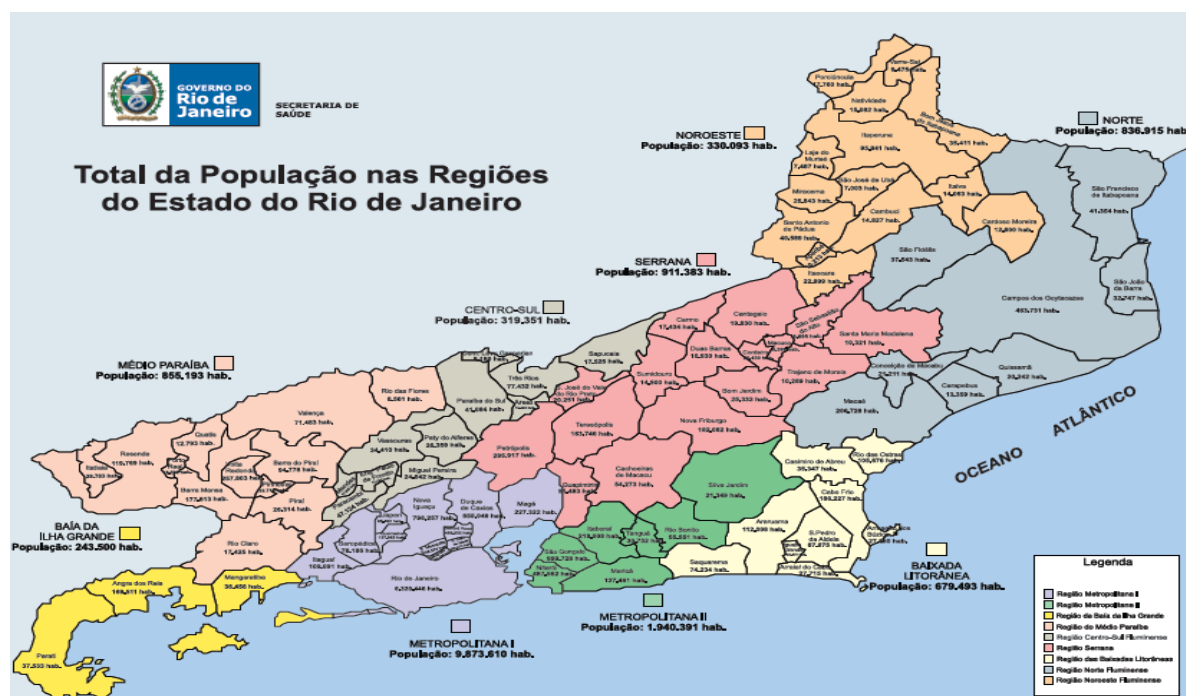
Por fim, acreditamos que a composição das transferências intergovernamentais tem muito impacto na relação da eficiência e eficácia na atenção à saúde prestada e na qualidade de vida da população, além de incluir muitos outros fatores, como gestão e economia. Por esses motivos, considera-se que tais temas são importantes para este projeto.

5 REGIÃO METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE COMPARADA DAS DESPESAS TOTAIS COM SAÚDE

O Brasil possui uma área territorial de 8.515.767,49 km² e uma população estimada em 207.550.461 habitantes (IBGE, 2017). É formado por vinte e seis estados que são divididos em cinco grandes regiões: Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sul e Sudeste. O estado do Rio de Janeiro se encontra na Região Sudeste e é formado por 92 municípios

O estado do Rio de Janeiro possui área de 43.781,566 km², população de 15.989.929 habitantes e densidade demográfica de 365,23 hab/km², segundo IBGE (2016). O estado está dividido em oito regiões: Região Noroeste Fluminense, Região Norte Fluminense, Região Serrana, Região das Baixadas Litorâneas, Região Metropolitana, Região Centro-Sul Fluminense, Região do Médio Paraíba e Região da Costa Verde.

Figura 1: Mapa das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro.



Fonte: SES. Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <<http://tinyurl.com/ho8shr2>>. Acesso em: jul. 2017.

A região que trabalharemos nessa pesquisa é a Metropolitana II, composta por sete municípios: Niterói, Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Segundo

o IBGE (2010), ela ocupa 6,18% de todo território do Estado do Rio de Janeiro e possui 12,03% da população estadual, tendo área de 2.714.075 km² e densidade demográfica de 714,9 hab/km².

A tabela 2 mostra um panorama da situação socioeconômica dos municípios da Região Metropolitana II. Observamos que, com relação à população, São Gonçalo apresenta a maior densidade demográfica e Silva Jardim a menor, e assim segue com a mesma situação quando se fala em população estimada para 2016 e com o número de habitantes nestes. É importante destacar que São Gonçalo é um município de grande porte quando se fala em conjunto populacional, sendo Silva Jardim totalmente o contrário.

Com relação ao trabalho e rendimento, observa-se que quando se fala na porcentagem da população que recebe até meio salário mínimo, vemos que Silva Jardim chega a quase 40% e Niterói tem o menor número, sendo este 29,50%. Quando se fala em população ocupada, vemos que Niterói é o município que mais possui pessoas trabalhando, sendo que Tanguá possui, percentualmente, menos da metade que Niterói. Já o município que possui, em média, o maior salário mensal é Itaguaí e, o que possui o menor salário mensal é Tanguá. O fato de Niterói apresentar o menor número de pessoas desempregadas, além de ser o município em que as mesmas recebem melhor pelo seu trabalho, pode ter relação com a grande quantidade de estabelecimentos de vendas e comércio, além de indústrias, inclusive a de construção naval. (SENNA; COSTA; SILVA, 2012).

Quando se fala em educação, o município com maior taxa de escolarização de 0 a 14 anos é Tanguá e, o menor é Maricá, sendo que estes ainda assim estão perto da alfabetização total, tendo diferenças de menos de 3% entre si.

Na questão econômica, percebe-se que o maior PIB per capita se encontra no município de Maricá, seguido por Niterói, e, o menor está em São Gonçalo, apesar desse último apresentar um crescimento econômico por conta do pólo petroquímico instalado no mesmo, segundo Senna, Costa e Silva (2012). O município que apresenta maior percentual de receitas oriundas de fontes externas é Tanguá, o que pode confirmar sua grande dependência de transferências de outros entes da federação com relação ao geral, além das transferências ligadas à saúde; do lado oposto, está Niterói, cujo desenvolvimento econômico próprio se expressa na sua menor dependência de fontes externas.

A maior taxa de mortalidade infantil se encontra no município de Silva Jardim e, a menor em Tanguá. Quando se fala na quantidade absoluta de estabelecimentos de saúde pelo SUS,

vemos que São Gonçalo tem a maior quantidade e, Tanguá, a menor. Cabe investigar se esse número tem relação com a taxa de mortalidade infantil, um indicador importante de saúde da população.

Por fim, a tabela 2 apresenta que o esgotamento sanitário, que é de suma importância lembrar que este está fora das ASPS e por conta disso acaba sendo desprotegido, varia muito entre os municípios dessa região. Indo de 91,10% em Niterói para 58,9% em Tanguá. É bem provável que essa situação traga implicações para a qualidade da saúde da população.

Tabela 2: Caracterização socioeconômica dos municípios da região Metropolitana II. Rio de Janeiro, Brasil.

	Niterói	Itaboraí	Maricá	Rio Bonito	São Gonçalo	Silva Jardim	Tanguá
População							
Densidade demográfica (2010)	3.640,8 hab/km ²	506,55 hab/km ²	351,55 hab/km ²	121,7 hab/ km ²	4.035,9 hab/km ²	22,77 hab/km ²	211,21 hab/km ²
População estimada (2016)	497.883 hab	230.786 hab	149.876 hab	57.963 hab	1.044.058 hab	21.279 hab	32.703 hab
População (Censo 2010)	487.562 hab	218.008 hab	127.461 hab	55.551 hab	999.728 hab	21.3499hab	30.732 hab
Trabalho e rendimento							
% da população com rendimento mensal per capita de até 1/2 salário mínimo (2010)	29,50%	37,70%	33,80%	35,40%	34,50%	39,60%	38,30%
População ocupada (% - 2014)	45,00%	22,50%	13,40%	14,40%	13,70%	19%	17%
Salário médio/mês (trabalho formal) (2014)	3,4 salários mín.	3,7 salários mín.	2,1 salários mín.	2 salários mín.	2,2 salários min.	2,2 salários mín.	1,9 salários min.
Educação							
Taxa de escolarização de 10 a 14 anos (2010)	97,00%	97,10%	96,40%	97,20%	96,70%	98,00%	98,10%
Economia							
PIB per capita (2014)	49.493,56 reais	22.227,16 reais	68.149,27 reais	25.984,65 reais	15.016,21 reais	16.089,75 reais	17.771,35 reais
% das receitas oriundas de fontes externas (2015)	44,40%	56,10%	77,80%	77,20%	-	-	87,90%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010)	0,837	0,693	0,765	0,71	0,739	0,654	0,654
Saúde							
Mortalidade Infantil (2014)	10,51	10,23	8,2	14,44	13,38	16,03	4,2
Estabelecimentos de Saúde SUS (2009)	87	62	26	35	194	19	10
Território e ambiente							
Esgotamento sanitário adequado (2010)	91,10%	65,20%	64,40%	75,40%	81,40%	61,30%	58,90%
Área da unidade territorial (2015)	139,919 km ²	430,374 km ²	362,569 km ²	456,455 km ²	247,709 km ²	937,547 m ²	145.503 km ²

Fonte: IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: jun. 2017.

As tabelas 3, 4 e 5 trazem dados orçamentários e de despesa com saúde dos municípios da região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro no período de 2014 a 2016. Foram selecionados para análise, três indicadores orçamentários, a saber: Participação da receita de impostos na receita total do Município; Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município; e Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município. Esses indicadores indicam a capacidade fiscal dos municípios e o grau de dependência desses municípios aos recursos transferidos por outras esferas de governo.

Também foram selecionados três indicadores sobre o orçamento da saúde em cada município: Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município; Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município; Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município.

Por fim, foram selecionados quatro indicadores a respeito da despesa com saúde: Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante; Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde; Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde; e Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde.

Tabela 3: Indicadores orçamentários e de despesa com saúde dos municípios da região Metropolitana II, Rio de Janeiro, Brasil. 2014.

	2014						
	Itaboraí	Maricá	Niterói	Rio Bonito	São Gonçalo	Silva Jardim	Tanguá
Participação da receita de impostos na receita total do Município	48,31%	17,99%	34,47 %	15,89%	20,56 %	7,37%	8,13%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	43,98%	76,48%	54,87%	71,82%	69,04%	78,38%	82,15%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	19,04%	7,68%	35,65%	36,23%	33,45%	8,54%	12,56%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	100,00%	77,26%	98,05%	81,63%	97,91 %	100,00 %	100,00 %
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	38,55%	7,64%	54,30%	50,43%	66,38%	14,17%	23,82%
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 916,29	R\$ 639,34	R\$ 1.200,28	R\$ 1.433,55	R\$ 339,72	R\$ 1.497,02	R\$ 708,22
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	21,47%	33,63%	47,34 %	14,07 %	57,93%	59,46 %	57,43%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	5,70%	2,46%	0,58%	3,93 %	4,75%	12,86%	7,12%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	26,15%	32,22%	60,63%	62,24 %	62,91%	27,65%	37,85 %

Fonte: SIOPS. Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresmun2.php?escmun=3>>. Acesso em: out. 2017.

Tabela 4: Indicadores orçamentários e de despesa com saúde dos municípios da região Metropolitana II, Rio de Janeiro, Brasil. 2015.

	2015						
	Itaboraí	Maricá	Niterói	Rio Bonito	São Gonçalo	Silva Jardim	Tanguá
Participação da receita de impostos na receita total do Município	34,66%	14,38%	35,77%	15,31%	17,30%	8,78%	7,08 %
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	55,58%	76,51%	41,62%	74,12%	67,33%	76,36%	84,82%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	20,73%	5,93%	18,10%	33,97%	32,80%	8,93%	15,19%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	100,00%	92,40%	98,19%	92,93%	99,39%	100,00%	97,88%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	41,12%	6,83%	32,03%	55,59%	66,65%	16,16%	28,50%
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 792,75	R\$ 677,76	R\$ 822,21	R\$ 1.354,12	R\$ 357,07	R\$ 1.475,09	R\$ 736,47
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	8,09%	41,30%	43,61%	15,14%	60,50%	66,16%	60,88%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	5,65%	0,91%	2,82%	3,02%	1,01%	5,32%	3,27%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	37,76%	27,07%	36,78%	61,08%	58,96%	26,65%	44,70%

Fonte: SIOPS. Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresmun2.php?escmun=3>>. Acesso em: out. 2017.

Tabela 5: Indicadores orçamentários e de despesa com saúde dos municípios da região Metropolitana II, Rio de Janeiro, Brasil. 2016.

	2016						
	Itaboraí	Maricá	Niterói	Rio Bonito	São Gonçalo	Silva Jardim	Tanguá
Participação da receita de impostos na receita total do Município	16,37%	13,68%	31,45 %	14,75%	14,87%	7,74%	6,10%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	68,74%	76,05%	42,80%	74,08%	74,52%	83,18%	85,80%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	98,26%	95,73%	99,13%	100,00%	96,64%	96,12%	95,28%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	41,70%	6,68%	28,83%	50,38%	65,09%	19,95%	32,38%
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 615,12	R\$ 674,69	R\$ 850,51	R\$ 1.241,71	R\$ 311,01	R\$ 1.454,30	R\$ 874,37
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	37,83%	66,75%	42,85%	18,77%	64,86%	64,22%	55,29%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	7,34%	0,50%	2,35%	4,90%	0,96%	4,26%	9,35%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	53,02%	27,80%	37,04%	56,52%	72,90%	36,35%	57,50%

Fonte: SIOPS. Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresmun2.php?escmun=3>>. Acesso em: out. 2017.

Com relação à participação da receita de impostos na receita total do Município, o município que mais arrecadou impostos, ou seja, o que possui maior capacidade fiscal, no ano de 2014, foi Itaboraí com 48,31% e, aquele que apresentou menor arrecadação foi Silva Jardim, com 7,37%. No ano de 2015, o de maior porcentagem foi Niterói (com 35,77%) e o de menor foi Tanguá (com 7,08%). Já no ano de 2016, Niterói se manteve como o município com maior arrecadação de impostos da região (com 31,45%), e o menor continuou sendo Tanguá (com 6,10%).

Podemos observar que, apesar de Niterói ter se mantido como o município com maior participação de impostos na receita total em 2015 e 2016, esse percentual ainda é mais baixo que aquele apresentado pelo município de Itaboraí em 2014. É importante levar em consideração que, como já dito, Niterói tem um grande potencial econômico em seu mercado e isso pode justificar o fato dele ter sido o que mais arrecadou impostos nos anos de 2015 e 2016. Já Tanguá, em termos percentuais, possui menos da metade da população ocupada de Niterói, e isso pode implicar no quanto se é arrecadado em impostos. Se compararmos a economia de Niterói e Tanguá, é possível afirmar que um município que possui comércio ativo e maior trânsito de mercadorias e dinheiro tende a apresentar maior arrecadação.

Com relação à participação das transferências intergovernamentais na receita total do município, em 2014, Tanguá foi aquele que mais se destacou, com 82,5% da sua receita advinda de transferências intergovernamentais. Esse indicador confirma a análise apresentada anteriormente, reforçando seu grau de dependência fiscal em relação a outras esferas de governo. Na posição contrária, está Itaboraí, onde apenas 43,98% da receita total corresponde a transferências intergovernamentais.

Tanguá continua na posição de município mais dependente das transferências intergovernamentais em 2015 e 2016, com 84,82% e 85,80% da receita total composta por transferências intergovernamentais, respectivamente. Esse fato corrobora o que já foi dito na caracterização socioeconômica. Por outro lado, em 2015 e 2016, Niterói foi o município com menor percentual de transferências intergovernamentais na receita total (41,62% e 42,80%, respectivamente), mostrando-se como aquele menos dependente de transferências externas de outros entes federativos nesse período.

Com relação à participação das transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município, o município da região que mais se destacou, no período estudado,

foi Rio Bonito (36,23% e 33,97%, em 2014 e 2015, respectivamente). Maricá foi aquele que apresentou menor participação das transferências para a saúde no total de recursos transferidos para o município (com 7,68% em 2014 e 5,93% em 2015). Já para o ano de 2016, não foram encontrados dados.

Com relação à participação das transferências da União para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município, cabe destacar que todos os municípios da região são altamente dependentes dos recursos transferidos pela União (já que a participação das transferências da União para esses municípios, em geral, supera os 80% em todo o período de estudo). Em 2014, aqueles que obtiveram uma maior participação foram Itaboraí, Silva Jardim e Tanguá; já a menor participação foi encontrada em Maricá (77,26%). No ano de 2015, as maiores porcentagens foram observadas em Itaboraí e Silva Jardim (100%, o que chama atenção, pois seria esperado que o nível estadual também fizesse transferências para a saúde) e a menor foi obtida em Maricá (92,40%). Já no ano de 2016, o que teve uma porcentagem maior foi Rio Bonito (com 100%) e o menor foi Tanguá (95,28%). A análise desse indicador chama a atenção para duas questões: 1) dependência dos municípios da região metropolitana II aos recursos transferidos pela União para a saúde; 2) papel do estado no co-financiamento da saúde, nesse sentido, caberia investigar mais o que aconteceu no período de estudo.

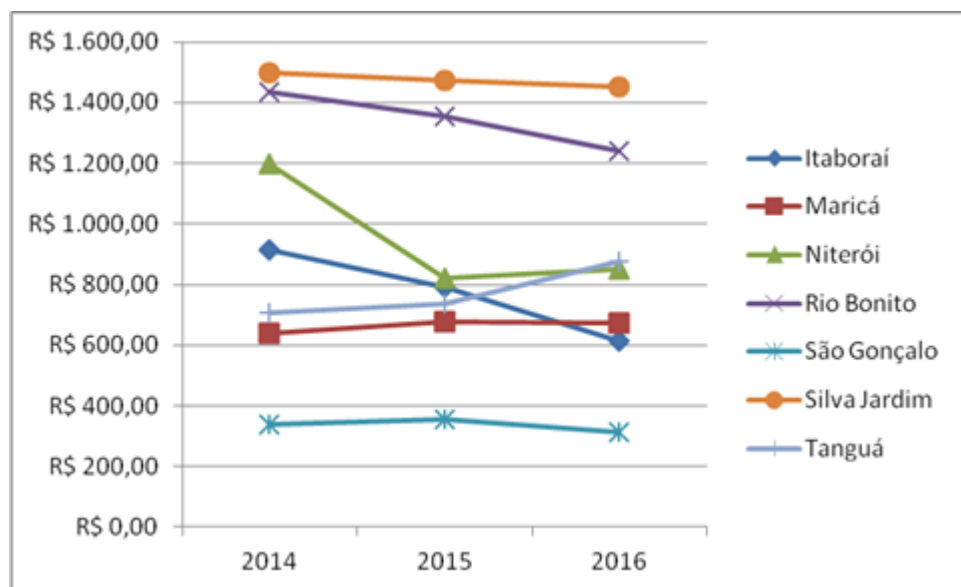
Com relação à participação das transferências da União para a Saúde (SUS) no total de transferências da União para o Município, o que obteve uma maior porcentagem, no ano de 2014, foi São Gonçalo (com 66,38%); o com menor porcentagem foi Maricá (com 7,64%). No ano de 2015, o de maior porcentagem foi São Gonçalo (com 66,65%) e o de menor foi Maricá (com 6,83%). Já no ano de 2016, esse padrão se repetiu e o município que teve uma porcentagem maior foi São Gonçalo (com 65,09%); e aquele com menor foi Maricá (com 6,68%). Esse indicador mostra que, no total das transferências da União para o município, a participação das transferências SUS são proporcionalmente maiores em São Gonçalo do que em Maricá, o que pode indicar que Maricá recebe, proporcionalmente, mais transferências da União via FPM ou outros setores.

A despesa total com saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do município foi o indicador que mais destacou as desigualdades entre os municípios da região metropolitana II. Em 2014, enquanto o município de Silva Jardim teve uma despesa total com saúde de R\$ 1.497,02 por habitante, São Gonçalo teve uma despesa de R\$ 339,72/hab. No ano de 2015, novamente

Silva Jardim teve a maior despesa total com saúde (R\$1.475,09 por habitante) e São Gonçalo a menor (R\$ 357,07/hab). No ano de 2016, essa relação se manteve (Silva Jardim com R\$ 1.454,30 por habitante e São Gonçalo com R\$ 311,01). Contudo, é possível perceber um declínio na despesa total com saúde (em reais/hab) desses municípios entre 2014 e 2016. Cabe destacar que São Gonçalo é um município de grande porte; e Silva Jardim é um município de pequeno porte.

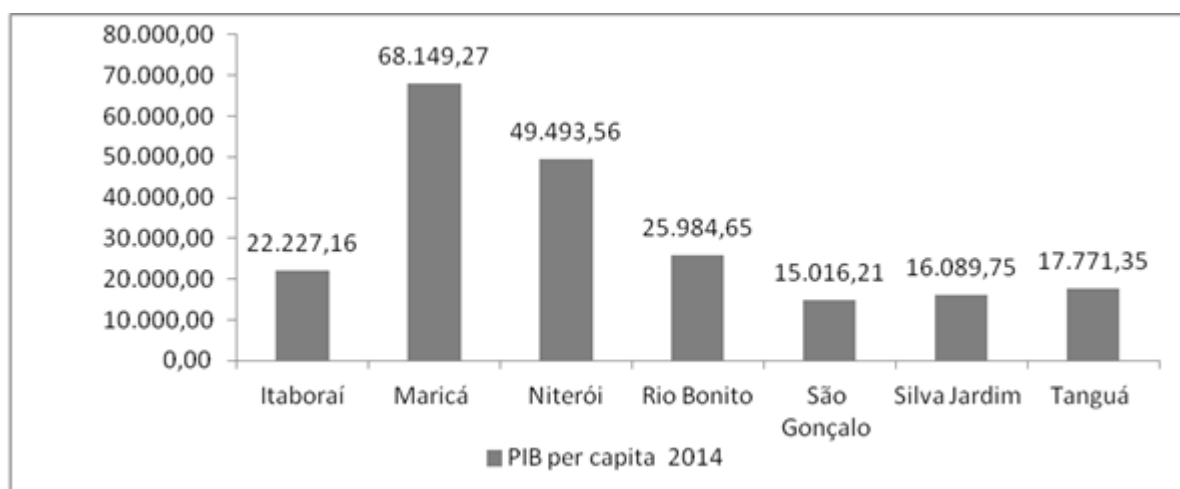
O gráfico 1 ilustra com clareza a diferença presente nas despesas totais com saúde por habitante entre os municípios da região Metropolitana II do Rio de Janeiro. De maneira geral, as despesas totais com saúde por habitante variam de cerca R\$1.400,00 a cerca de R\$400,00. É possível observar que os sete municípios da região possuem faixas de despesa total em saúde por habitante bastante desigual. Esses dados serão comparados com o Produto Interno Bruto (PIB) per capita (2014) de cada município (gráfico 2) e com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHm) (2010) apresentado no gráfico 3.

Gráfico 1: Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município. Região Metropolitana II, RJ, 2014 – 2016.



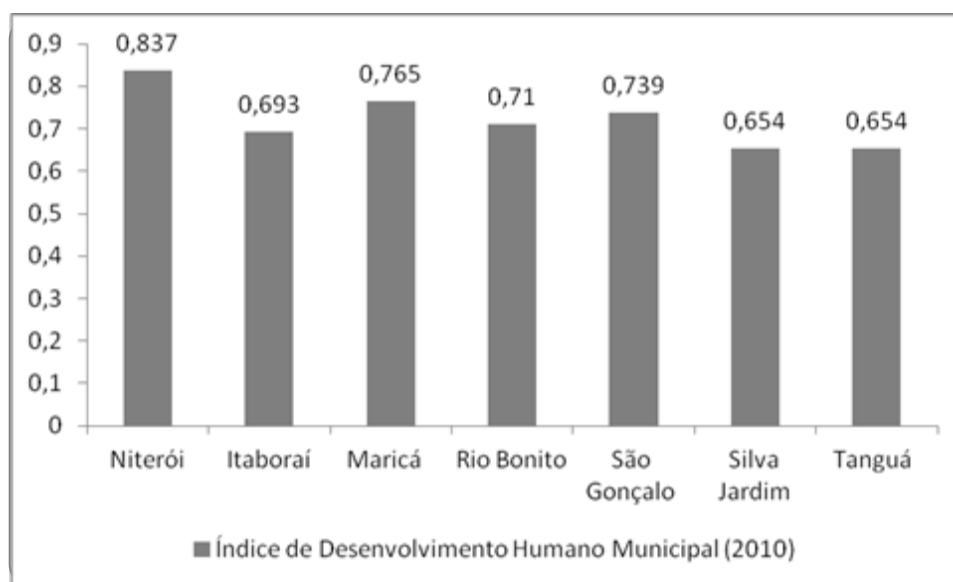
Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS (2017).

Gráfico 2: Produto Interno Bruto (PIB) per capita. Região Metropolitana II, RJ, 2014.



Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2017).

Gráfico 3: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Região Metropolitana II, RJ, 2010.



Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2017).

Quando se compara a despesa total com saúde por habitante (gráfico 1) e o PIB per capita desses municípios da região Metropolitana II (gráfico 2), percebe-se que o município de São

Gonçalo é aquele que possui o menor PIB per capita (em 2014) e também aquele que possui a menor despesa total com saúde por habitante (entre 2014 e 2016). Esse dado sugere que a desigualdade não tem sido superada por meio do orçamento público da saúde (incluindo as transferências da União e do estado, bem como os recursos do próprio município). Cabe destacar ainda que São Gonçalo funciona como uma espécie de cidade-dormitório, apesar de ser o maior município da região em porte populacional, tem baixa produção própria de riquezas. No que diz respeito às condições de vida no município², ele apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDMm), em 2010, de 0,739, como mostra o gráfico 3, estando na média da região.

Contudo, cabe destacar o caso de Silva Jardim, que tem um PIB per capita (em 2014) bem próximo ao de São Gonçalo, mas que, diferente dele, apresenta a maior despesa total com saúde por habitante (entre 2014 e 2016). Isso pode sugerir que Silva Jardim recebeu mais recursos provenientes de transferências da União para a saúde no período estudado e poderia ser um caso positivo de minimização das desigualdades. No entanto, para afirmar isso, outras análises mais aprofundadas precisariam ser feitas em estudos posteriores. Seu IDHm, em 2010, foi 0,654, o mais baixo da região, junto de Tanguá. É possível inferir que, se o IDHm fosse calculado em 2017, seu resultado seria melhor.

O município de Tanguá também representa um caso interessante, pois sua despesa total com saúde por habitante foi uma das únicas que apresentou crescimento ao longo do período de estudo, apesar dele possuir um PIB per capita (em 2014) próximo ao dos municípios de São Gonçalo e Silva Jardim. Sua despesa total com saúde por habitante, que era cerca de 600 reais em 2014, subiu para mais de 800 reais em 2016. Com isso, o município que, em 2014, possuía a terceira menor despesa total com saúde por habitante passou, em 2016, a apresentar a terceira maior despesa total com saúde por habitante. Esse dado também pode sugerir uma dinâmica redistributiva em direção a esse município.

O município de Maricá, que possui o maior PIB per capita (em 2014), está no grupo dos municípios com menor despesa total com saúde por habitante. Contudo, é o único município que apresenta crescimento, ainda que leve, dessa despesa ao longo do período estudado. Com relação ao IDHm (2010), Maricá apresenta um indicador de 0,765, o segundo melhor da região. Cabe destacar que, nesse período, Maricá foi beneficiado pelos *royalties* do petróleo.

² Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHm) é calculado, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, pela média geométrica da expectativa de vida ao nascer, pela escolaridade da população adulta, pelo fluxo escolar da população jovem e pela renda municipal per capita.

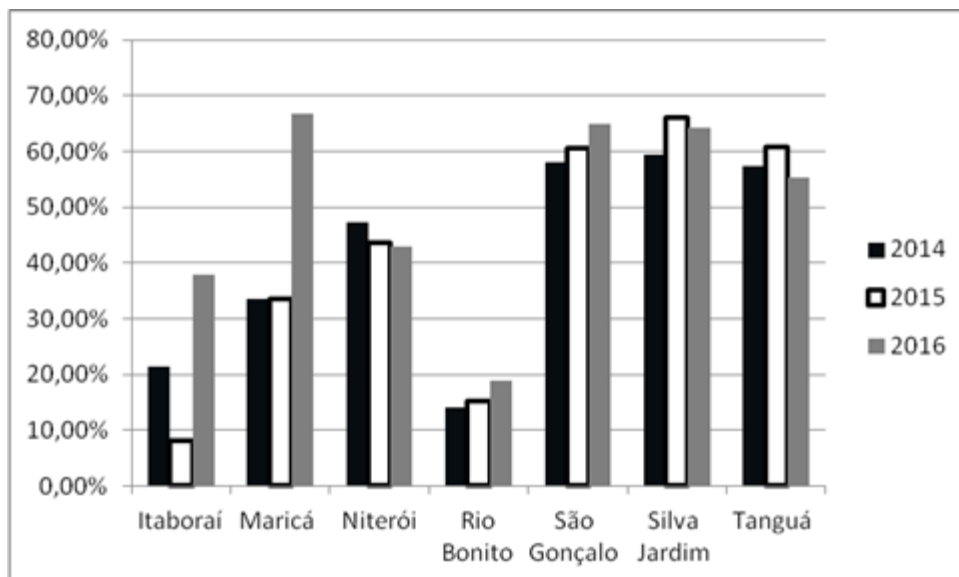
Já o município de Itaboraí foi aquele que apresentou a maior redução na despesa total com saúde por habitante entre 2014 e 2016 (passando de cerca de 900 reais para cerca de 600 reais), o que o coloca numa posição intermediária dentre os municípios da região metropolitana II. Quando se compara Maricá e Itaboraí, percebe-se que o segundo passou a ter, em 2016, uma despesa total com saúde por habitante inferior ao primeiro, o que está associado à tendência de queda da despesa total com saúde por habitante em Itaboraí e de crescimento leve da mesma em Maricá. Com relação ao PIB per capita (2014), Itaboraí se encontra mais próximo dos mais baixos da região; o que também se repete no que diz respeito ao IDHm (2010).

Rio Bonito apresenta a segunda maior despesa total com saúde por habitante na região metropolitana II entre 2014 e 2016, apesar de uma tendência de queda (passando de cerca de 1.400 reais para cerca de 1.200 reais). O PIB per capita (em 2014) de Rio Bonito está bem próximo daquele apresentado por Itaboraí, entre os mais baixos da região. Seu IDHm (2010) foi de 0,71, próximo ao de Itaboraí e, um pouco mais alto que o de Silva Jardim e Tanguá.

Niterói é o município-pólo dessa região, pois concentra a maior parte dos serviços de saúde. Além disso, também é uma referência importante em outros setores da economia, apresentando o segundo maior PIB per capita (2014) da região. Niterói foi a capital do antigo estado da Guanabara, e ainda hoje, concentra boa parte dos serviços, apresentando o maior IDHm (2010) da região (0,837). Com relação à despesa total com saúde por habitante, houve um decréscimo importante entre 2014 e 2015, passando de R\$1.200,28 para R\$822,21; em 2016, essa despesa apresenta leve crescimento, chegando a R\$850,51. Com isso, Niterói deixa de ser o terceiro município com maior despesa total com saúde por habitante em 2014, para ser o quarto em 2016.

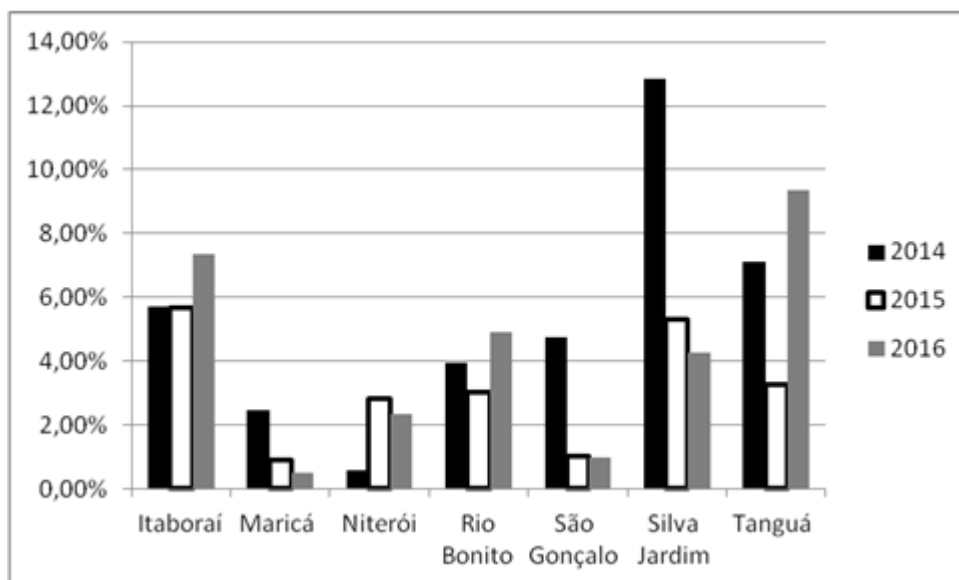
Os gráficos 4 e 5 apresentam a participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde e a participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde na região metropolitana II, respectivamente. De maneira geral, pode-se perceber que a participação percentual da despesa com pessoal é superior à participação percentual da despesa com investimentos, como já era esperado.

Gráfico 4: Participação percentual da despesa com pessoal na despesa total com Saúde. Região Metropolitana II, RJ, 2014 – 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS (2017).

Gráfico 5: Participação percentual da despesa com investimentos na despesa total com Saúde. Região Metropolitana II, RJ, 2014 – 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS (2017).

Com relação à participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde, o município que apresentou uma maior porcentagem (ou seja, aquele que mais gasta com trabalhadores) foi Silva Jardim em 2014 (59,46%) e 2015 (66,16%). Aquele que apresentou menor despesa com pessoal, em 2014, foi Rio Bonito (com 14,07%); em 2015, Itaboraí (com 8,09%). Já no ano de 2016, a maior despesa com pessoal como proporção da despesa total com saúde foi Maricá (com 66,75%) e a menor foi Rio Bonito (com 18,77%). Percentuais acima de 60% colocam uma certa preocupação, pois limita a despesa com insumos e investimentos em novas instalações. Por outro lado, despesas proporcionais tão baixas com pessoal podem prejudicar a qualidade dos serviços prestados de saúde para a população, apontando para carência nessa área ou terceirização da prestação dos serviços.

Com relação à participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde, o município que apresentou uma maior proporção, foi Silva Jardim (com 12,86%) e o que teve uma menor porcentagem foi Niterói (com 0,58%) em 2014. No ano de 2015, o de maior porcentagem foi Itaboraí (com 5,65%) e o de menor foi Maricá com (0,91%). Já no ano de 2016, o que teve uma porcentagem maior foi Tanguá com (9,35%) e o de menor foi Maricá com (0,50%).

Com relação à participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde, destaca-se com uma maior proporção, em Rio Bonito (com 62,24%) em 2014; ainda em Rio Bonito (com 61,08%) em 2015; e em São Gonçalo (com 72,90%) em 2016. As menores proporções foram encontradas em Itaboraí (com 26,15%) em 2014; em 2015, Silva Jardim (com 26,65%); e em 2016, Maricá (com 27,80%). A análise desse indicador indica que Rio Bonito e São Gonçalo, assim como outros municípios da região, tem uma menor participação proporcional de recursos próprios na despesa total com saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse trabalho, cabe destacar as diferenças entre a despesa total com saúde por habitante, identificadas entre os municípios que compõem a região metropolitana II. Para isso, esses municípios foram divididos em três grupos segundo seu porte populacional, como mostra a tabela 6.

Tabela 6: Despesa total com saúde por habitante dos municípios da região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. 2014 a 2016.

	Municípios	2014	2015	2016
Porte populacional 3 (cerca de 500 mil a 1 milhão de hab)	São Gonçalo	R\$ 339,72	R\$ 357,07	R\$ 311,01
	Niterói	R\$ 1.200,28	R\$ 822,21	R\$ 850,51
Porte populacional 2 (cerca de 150 a 250 mil hab)	Itaboraí	R\$ 916,29	R\$ 792,75	R\$ 615,12
	Maricá	R\$ 639,34	R\$ 677,76	R\$ 674,69
Porte populacional 1 (cerca de 20 a 60 mil hab)	Rio Bonito	R\$ 1.433,55	R\$ 1.354,12	R\$ 1.241,71
	Silva Jardim	R\$ 1.497,02	R\$ 1.475,09	R\$ 1.454,30
	Tanguá	R\$ 708,22	R\$ 736,47	R\$ 874,37

Fonte: SIOPS (2017).

Deste modo, percebe-se que o grupo de maior porte populacional (grupo 3, onde estão São Gonçalo e Niterói) tem bastante discrepância quando analisadas suas despesas totais com saúde por habitante. Isso porque, no período de estudo, São Gonçalo apresentou o menor gasto e, Niterói, mesmo que com um decréscimo no ano de 2014, ficou sendo o quarto maior município nos gastos com saúde por habitante. Além de Niterói ter uma economia com dinamismo próprio e São Gonçalo ter o menor PIB per capita.

No grupo de porte populacional 2 (Itaboraí e Maricá), a despesa total com saúde por habitante esteve mais próxima entre os municípios em 2016. Pode-se destacar que, entre 2014 e 2016, Maricá teve um leve crescimento na despesa total com saúde por habitante, enquanto Itaboraí foi o que mais caiu, sendo que, em 2014, Maricá apresentou o maior PIB per capita e Itaboraí está entre os municípios de menor PIB per capita.

Por fim, no grupo de porte populacional 1 (Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá), observam-se também grandes diferenças entre os municípios. Silva Jardim teve a maior despesa total em saúde por habitante dos municípios durante o período de estudo, mesmo tendo um PIB

per capita entre os mais baixos em 2014. Já Tanguá, durante o mesmo, obteve um crescimento em sua despesa total com saúde por habitante, também com o PIB per capita (2014) tendo sido um dos menores. Rio Bonito foi um dos municípios com maior despesa total com saúde por habitante, mesmo ocorrendo um pequeno decréscimo entre o período, isso apresentando o PIB (2014), também entre um dos menores.

Podemos concluir que, dentre os grupos citados, o que apresentou menos desigualdades foi o grupo populacional 1, ainda assim, com suas falhas. Então, vemos que, em sua maioria, os municípios da região Metropolitana II sofrem uma grande desigualdade, o que, em momentos de crise econômica e política, pode agravar os efeitos negativos da distribuição desigual do orçamento público, ainda mais quando se fala em saúde, caso que foi discutido nesta monografia, uma vez que, a esfera privada nos municípios da Região Metropolitana possa implicar no resultado do estudo, porém, como aborda o título, o foco foi a esfera pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: 17 a 21 de março de 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PACTO PELA SAÚDE.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARMO, Elza Lucia Camargo do; AZEREDO, Fernando Antônio Barros de. A SAÚDE NO BRASIL. **JICEX**, v. 3, n. 3, 2015.

FERNANDO, Manoel. MECANISMO DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE. In: CORMAK, E. et al. **1.º Seminário de Gestão Participativa Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana II.** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da Pesquisa Científica.** Ceará: Universidade Estadual do Ceará, 2002.

LIMA, Luciana Dias de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Museu da República, 2007a.

LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 2007b.

WARGAS, Tatiana. Histórias das políticas Públicas de saúde no Brasil: Uma trajetória do direito a saúde. In: MATTA, Gustavo Côrrea; PONTES, Ana. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MENDES, Marcos; MIRANDA, Rogério Boueri; COSIO, Fernando Blanco. **Transferências intergovernamentais no Brasil: diagnóstico e proposta de reforma.** Senado Federal, Consultoria Legislativa, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social.** Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NOBLAT, Pedro Luiz Delgado; BARCELOS, Carlos Leonardo Klein; SOUZA, Bruno Cesar Grossi de. Módulo 1-introdução: curso orçamento público: visão geral. 2013.

PALUDO, Augustinho Vicente. **Orçamento Público e Administração.** Rio de Janeiro: Elsevier Editora – Campus Consursus, 2012.

PEDROSA JR, Oswaldo Antunes; DE FRANÇA CORRÊA, Antonio Cláudio. A crise do petróleo e os desafios do pré-sal. **Boletim de Conjuntura**, n. 2, p. 4-14, 2016.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. **Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes.** Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2014. 229p.

PIOLA, Sérgio F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo.** Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2013.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL Uma pequena revisão. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: jul. 2017.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COSTA, Andréia Martins da; SILVA, Luana Nunes da. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. **Sociedade em Debate**, v. 16, n. 1, p. 121-137, 2012.

SES. Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <<http://tinyurl.com/ho8shr2>>. Acesso em: jul. 2017.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS:** a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

SULPINO VIEIRA, Fabiola. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, 2016.