

## SAÚDE PÚBLICA, COMO INCLUSÃO SOCIAL NO VALE DO PARAIBA

*Regina Tiemi Ito<sup>1</sup>, Friedhilde Maria Kustner Manolescu<sup>2</sup>*

1, 2 - Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas – FCSA – UNIVAP – 12245-720 – São José dos Campos – SP – Brasil – [regina\\_ito@telepart.ind.br](mailto:regina_ito@telepart.ind.br), [frida@univap.br](mailto:frida@univap.br)

**Resumo:** A partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil passou a oferecer um dos mais abrangentes e democráticos sistemas de saúde do mundo, garantindo a qualquer cidadão todo tipo de tratamento, em qualquer parte do país, de maneira descentralizada, através das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. O objetivo deste trabalho é apresentar e comparar o valor de repasse aos serviços públicos de saúde dos municípios de Caçapava, São José dos Campos e Taubaté, tendo em vista os limites mínimos definidos pela legislação. A saúde da população é uma das variáveis que contribui, para a produtividade da empresa assim como para o progresso social de uma nação.

**Palavras-chave:** saúde, despesa pública, municipalização, descentralização

**Área de Conhecimento:** VI – Ciências Sociais e Aplicadas

### Introdução

A Constituição Federal de 1988 foi um divisor de águas quando o assunto é saúde pública. Dois aspectos são fundamentais para identificar essas mudanças: a universalização e a municipalização do atendimento.

O antigo modelo era de acesso restrito, isto é, de atendimento exclusivo às pessoas que possuíam carteira de trabalho, pois o atendimento aos desempregados e residentes no interior era de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e dos serviços públicos federais. Passando, então, a um modelo de atenção integral e universal, onde a rede pública passou a atender toda a população sem restrições ou cláusulas de cobertura.

A gerências das ações e serviços de saúde foi descentralizada, sendo delegada aos municípios. Com a municipalização da saúde, o poder público municipal passou a ser o responsável imediato, porém não o único, pelas necessidades de saúde de seus municípios. Todavia, não eximiu os demais poderes públicos (União, Estados e Distrito Federal) e sociedade, da co-responsabilidade pela saúde.

### Municipalização

O processo de municipalização foi ampliado com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) em setembro de 2000, assegurando os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, vinculados às receitas das três esferas de governo, passando a existir fontes de recursos e percentuais definidos.

**Tabela 1 – Fonte de recursos aplicados em saúde**

Receitas
IPTU
IRRF
ITBI
ISS
Multas e Juros de Mora de Impostos
Dívida Ativa de Impostos
Cota-Parte-FPM
Cota-Parte ITR
Lei Complementar 87/96 – Lei Kandir
Cota-Parte do IPVA
Cota-Parte do IPI – Exportação

Fonte: Siops - Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde

**Tabela 2 – Percentagens mínimas a serem gastas com saúde (EC 29)**

Ano	Percentual
2000	7,00%
2001	8,60%
2002	10,20%
2003	11,80%
2004	15,00%

Fonte: Ministério da Saúde, 2002.

Os percentuais definidos na emenda deveriam aumentar gradativamente, ano a ano, até atingirem o valor de 15% para os municípios. Os municípios que no ano fiscal de 2000, já aplicavam percentuais superiores a sete por cento, não poderiam reduzi-lo.

**Tabela 3 – Percentual de Repasse Municipal**

Dados e Indicadores	2000			2001			2002			2003		
	SJC	CAC	TAU									
% Repasse	22,76	28,82	15,35	22,95	35,47	18,08	20,67	35,17	17,75	22,84	34,46	18,11
Repasse Munic/milhões R\$	85,74	10,56	18,76	104,38	13,79	23,79	112,23	16,00	25,71	140,96	17,11	30,76
Receita Municipal/milhões R\$	376,72	36,63	122,18	454,92	38,89	131,58	542,84	45,49	144,85	617,21	49,64	169,82

Fonte: SIOPS-Sistema de Orçamentos Públicos com Saúde  
SJC São José dos Campos CAC Caçapava TAU Taubaté

Conforme podemos observar na Tabela 3, os municípios de São José dos Campos, Caçapava e Taubaté, em 2000, já aplicavam um percentual superior ao determinado pela EC 29, porém em diferentes proporções, visto que a descentralização e a municipalização permitiram a cada município, conhecedor de seus problemas, agir de acordo com as suas necessidades.

O processo de descentralização da saúde não ocorreu de forma homogênea no país, permitindo aos municípios alocar recursos locais - físicos, financeiros e humanos – para alcançar a melhor maneira de se adaptar às novas regras. A criação e a implementação de uma série de programas com a descentralização e a municipalização da saúde, permitiu a cada município, conhecedor de seus problemas, agir de acordo com as suas necessidades.

### Financiamento

Os repasses de recursos da União para Estados e Municípios, a partir de 1989, passaram a ser feitos segundo a prestação de serviços efetivamente realizados em cada unidade da federação.

Segundo a Carta Magna, o financiamento da saúde se dá pelo orçamento da seguridade

social, da União, dos Estados, do distrito Federal e Municípios, além de outras fontes, sendo portanto, uma responsabilidade financeira das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Dada a extensão territorial do Brasil e as diferenças sociais, econômicas e culturais existentes, muitos municípios encontram grandes dificuldades para assumir o novo modelo de gestão em saúde. Para viabilizar o processo de descentralização, foram criadas três Normas Operacionais (NO) durante a década de 90: NOB 91, NOB 93 e NOB 96, que procuraram estabelecer critérios gerais no modelo assistencial de saúde, incluindo os aspectos organizacionais e financeiros.

A Norma Operacional Básica 96 (NOB 96) foi dividida em duas condições: Gestão Plena do Sistema Municipal, que incorpora a gestão de média e alta complexidade e Gestão Plena de Atenção Básica, onde a gestão dos serviços básicos de saúde é de responsabilidade do município. Para garantir que esses novos procedimentos entrassem em operação, em 1998 foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), no qual os recursos passaram a ser proporcionais ao número de habitantes do município.

**Tabela 4 – Despesa Pública com Saúde**

Dados e Indicadores	2000			2001			2002			2003		
	SJC	CAC	TAU	SJC	CAC	TAU	SJC	CAC	TAU	SJC	CAC	TAU
Desp Total Saúde/hab (R\$)	225,85	234,80	96,88	246,69	258,47	112,24	264,02	299,79	119,01	315,85	329,71	139,10
Desp Rec próprios/hab	163,38	150,44	80,88	189,52	179,11	95,69	200,51	204,46	102,02	247,66	215,91	120,32
Transferências SUS/hab	62,46	84,36	16,00	57,17	79,36	16,56	63,52	95,34	16,98	68,19	113,80	18,78

Fonte: SIOPS-Sistema de Orçamentos Públicos com Saúde  
SJC São José dos Campos CAC Caçapava TAU Taubaté

### Conclusão

A descentralização no sistema de saúde melhorou a transferência dos recursos, que passou a ser direta para os municípios. Houve também expansão e desconcentração da oferta de serviços e aumento da parte de alguns municípios no financiamento à saúde, que podemos observar ao compararmos os valores que São José dos

Campos, Caçapava e Taubaté gastaram com a saúde no período de 2000 a 2004 e podemos concluir que as despesas dos municípios aumentaram gradativamente.

Alguns municípios injetaram recursos próprios além das diretrizes, motivados pelas descentralização.

O município de Caçapava apresentou uma despesa maior que São José dos Campos e

Taubaté em todos os períodos. Porém, São José dos Campos e Caçapava apresentaram uma transferência SUS por habitante em 2001, inferior ao apresentado em 2000.

As Normas Operacionais possibilitaram um maior planejamento das ações de saúde local, contribuindo para a redução das diferenças regionais.

## Referências

[1] Silva, S. F., Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeito, Atores e Política, São Paulo: HUCITEC, 2001.

[2] [www.comciencia.br](http://www.comciencia.br)

[3] [www.datasus.org.br](http://www.datasus.org.br)

[4] [www.ipeadata.gov.br](http://www.ipeadata.gov.br)

[5] [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

[6] [www.sespa.pa.gov.br/sus.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/sus.htm)

[7] [www.siops.org.br](http://www.siops.org.br)