As desigualdades na distribuição de serviços de saúde entre os Municípios brasileiros

No país, o principal objetivo do serviço de saúde pública, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), é garantir acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços de saúde. Essa é uma noção que segue o princípio de equidade horizontal, ideia segundo a qual indivíduos com necessidades iguais de saúde devem ter possibilidades iguais de encontrar e obter tratamento (Wagstaff et al. 1991).

Neste sentido, o Sistema que pretenda a coexistência e garantia desses princípios deve primar por um funcionamento e financiamento que diminua a desigualdade no acesso dos serviços. Lamentavelmente, face aos mais de 25 anos de existência do SUS e do atendimento às questões de saúde da população, as ações do Governo Federal no sentido de promover um sistema descentralizado e financeiramente sustentável, tem se mostrado ineficientes e rumam, anos após ano, para uma maior responsabilização dos municípios.

O *raio-x* da Saúde no Brasil, mostra uma concentração de verbas e equipamentos[1] nas grandes capitais, em detrimento do resto dos país. Nesse sentido, 27 cidades ostentam padrões diferenciados pois como apontado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) - nas capitais e nos serviços privados que se concentram a maioria dos profissionais da Medicina. Ao mesmo tempo são essas cidades de grande porte que recebem grandes fluxos de investimentos públicos e privados em Saúde, tornando a população das regiões metropolitanas e as cidades menores reféns da chamada "ambulancioterapia".

Nesse sentido, a atual crise de subfinanciamento e desfinanciamento da Saúde, torna ainda mais perverso o ciclo desvirtuante dos princípios do SUS, situação que afeta diretamente a harmonia do Sistema e o cotidiano da gestão dos Municípios.

A CNM desenvolveu o atual estudo a partir dos dados disponibilizados pelo DATASUS e pelo SIAFI, agrupando estabelecimentos e repasses por porte de município. A partir da coleta foi obtido o quantitativo de **(i)** estabelecimentos de saúde por todo o país e **(ii)** os valores repassados pela União aos Municípios no tocante à Saúde. Logo em seguida esses mesmos **(iii)** recursos destinados às capitais de estado foram separados do total global. Dessa forma

[1] O estabelecimento de saúde é definido como um espaço físico, edificado ou móvel, privado ou público, onde são realizados ações e serviços de saúde, por pessoa física ou jurídica, e que possua responsável técnico, pessoal e infraestrutura compatível com a sua finalidade (CNES, 2016).

obtivemos um panorama da **(iv)** distribuição de serviços e de recursos por porte de Município e entre "capitais e não capitais". A partir da pesquisa do CFM/ CREMESP foi verificada a **(v)** distribuição de profissionais da medicina por especialidade em todo o território.

Para corroborar à situação de baixa arrecadação própria (IPTU, ISS, ITBR e taxas) por parte dos pequenos e médios Municípios – problema que agrava a falta ou queda de repasses da União – foi utilizado um estudo sobre **(v)** finanças e poder arrecadatório municipal[2]. Neste sentido, a CNM mostra que **Municípios de pequeno e médio porte estão, na maioria dos casos, desassistidos em termos de estruturas, serviços e recursos humanos.** Além disso, esses mesmos municípios **tendem a apresentar poder arrecadatório próprio muito baixo**. Todo esse contexto limita a curto e médio prazo, o planejamento e execução de melhorias da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Análise dos dados e resultados

Os números do **quadro 1** mostram a quantidade de municípios e de estabelecimentos de saúde (unidades com diferentes tipos de serviços) por porte. As cidade de pequeno e médio porte representam mais de 99% do total. Esse quadro por si só, já seria um forte indício da demanda por ações e serviços de Saúde da população residente em municípios com essas características e, da decorrência dessas demandas, a necessidade do envio de recursos financeiros por parte do Governo Federal e dos Estados para assim possibilitar a garantia, por parte do ente municipal, da manutenção e ampliação da Rede de Cuidado, tanto em termos da Atenção Básica (ABS) quanto da Média e Alta Complexidade (MAC).

Quadro 01: Estabelecimentos de saúde por porte populacional.

De	Até	Quantidade de Municípios	Quantidade de Estabelecimentos de Saúde	Quantidade MÍNIMA / MÁXIMA de estabelecimentos de Saúde
-	10.000	1.235	5.989	01 a 17
10.001	20.000	1.213	10.446	02 a 38
20.001	50.000	1.356	21.920	02 a 88
50.001	100.000	1.067	41.072	04 a 240
100.001	200.000	338	35.937	14 a 471
200.001	500.000	213	54.305	30 a 795

[2] Esse estudo foi produzido pelas Áreas Técnicas de Saúde e Finanças da CNM. Para maiores detalhes contatar: saúde@cnm.org.br ou finanças@cnm.org.br

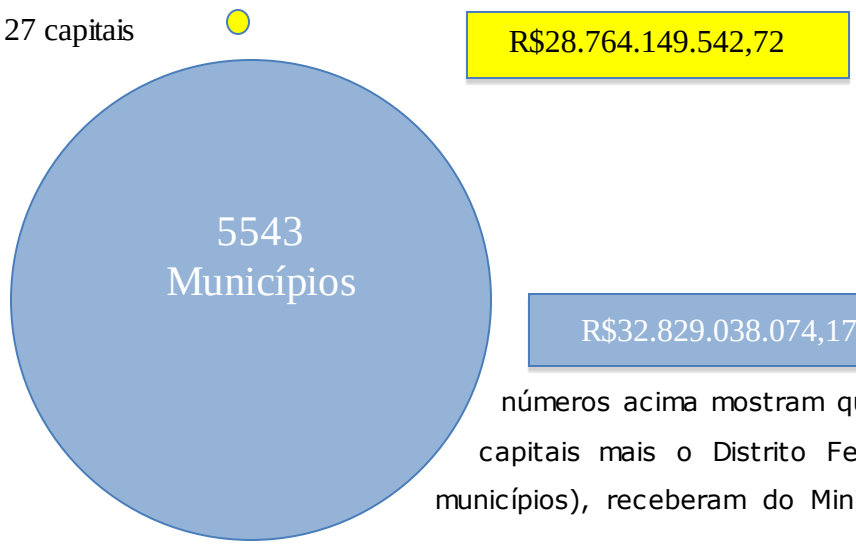
500.001	1.000.000	69	51.274	69 a 2.131
1.000.001	999.999.999	16	64.422	694 a 17.081
TOTAL - BRASIL		5.570	285.365	

Fonte. DATASUS/2016.

Exatamente nessas faixas populacionais de até 500mil habitantes, os dados mostram uma menor presença de estabelecimentos/ serviços de Saúde. Pelo estudo, Municípios com menos de 50 mil habitantes possuem o quantitativo máximo de 88 estabelecimentos de saúde entretanto, grandes centros urbanos, ou seja, que possuem uma população acima de 1 milhão de habitantes, concentram mais de 17 mil estabelecimentos. Isso significa que, Municípios de grande porte possuem quase 200 vezes mais estabelecimentos de Saúde que os que têm faixa populacional até 50mil.

Essa questão da quantidade populacional e da concentração de serviços de Saúde gera, em parte, uma distorção na distribuição dos recursos financeiros para o SUS: cidades com essas duas características, são as que recebem maiores volumes de recursos por parte de Estados e do Governo Federal. Essas características resultam em que, além de sua população local, esses Municípios de grande porte atendem também a demanda encaminhada dos pequenos e médios municípios. Ao possuírem números de atendimentos/ SUS significativos, estruturas mais caras de custeio e necessidade de mais equipes, esses grandes centros recebem maiores volumes de remuneração dessa produção. Como forma de compreender tais disparidades, tomamos como exemplo os dados entre "capitais e demais Municípios", como segue na **figura 1** abaixo.

Figura 01: Comparativo Recursos da União para a Saúde: Capitais e demais Municípios



Os números acima mostram que, no ano de 2015, as 26 capitais mais o Distrito Federal (0,49% do total de municípios), receberam do Ministério da Saúde 47% dos

recursos destinados aos 6 blocos[3] de financiamento do SUS, enquanto os outros 5.543 municípios (ou 99,5% do total de cidades) receberam 53%, pouco mais da metade desses recursos.

Mesmo em estados e regiões do país reconhecidamente em maior vulnerabilidade social, essa distorção se repete. Segundo dados do SIAFI, no Tocantins, a capital Palmas recebe aproximadamente R$ 337 milhões de recursos do Ministério, já os demais Municípios do estado, ou seja, 138 cidades, recebem R$ 282 milhões. Em Alagoas, um estado que sofre com a situação da microcefalia e os demais males do mosquito *Aedes*, em 2015 a capital Maceió recebeu o montante de R$ 553 milhões do Ministerio, enquanto os demais Municípios, ou seja, 101 cidades, receberam pouco mais de R$ 663 milhões. O quadro com valores repassados pela União para capitais e não capitais, no tocante a Saúde, encontra-se no final deste estudo.

Fato é que os pequenos Municípios, são aqueles que recebem menor volume de recursos e que devido, a indisponibilidade dos serviços locais precisam criar mecanismos para o atendimento à população em regiões pactuadas – grandes centros - que absorvam essa demanda. Não podemos deixar de destacar que esse círculo vicioso em torno da concentração nas capitais de – estabelecimentos, recursos financeiros, alta produção SUS - empurra os pequenos e médios Municípios em direção da judicialização da Saúde, ao serem atribuídas responsabilidades como transporte intermunicipal, procedimentos e medicamentos de alto custo necessários a melhoria da saúde do munícipe mas, muitas vezes, de responsabilidade dos outros entes federativos.

Outro fator apontando como dificultador da gestão da Saúde municipal, diz respeito ao baixo poder e volume arrecadatório de tributos próprios dos municípios. Nesse sentido, cidades de médio e pequeno porte, não possuem base econômica que gere volumes significativos de impostos, nem de taxas. Em parte isso ocorre porque a Constituição de 1988 deu aos Municípios a competência de arrecadar tributos de base urbana (ISS, IPTU, ITBI e taxas) e, sabidamente, cidades com até 100 mil habitantes têm, em sua maioria, um perfil rural, ou seja, atividades econômicas associadas a baixos níveis de tributação e, portanto, da ausência de uma base tributária arrecadatória significativa.

As finanças municipais apresentam uma composição de receitas basicamente estruturadas em receitas próprias e transferências da União e estados, sendo que os municípios em sua grande maioria são dependentes dos repasses constitucionais realizados, isso tendo em vista ao grande desnível das condições de desenvolvimento entre os Municípios, marcadamente de caráter regional, refletido nas condições de vida das populações.

[3] Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Gestão do SUS, Investimento, Média e Alta Complexidade em Saúde, Vigilância em Saúde. Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS).

A grande concentração de receitas em poucos Municípios faz parte dos problemas estruturais existentes na Federação brasileira. O relatório das receitas dos Municípios brasileiros, Finbra de 2014, elaborado pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN), revela que a arrecadação do ISS somadas ao ICMS, representam, para cerca de 35 Municípios no Brasil, 50% do totais de receitas (correntes e de capital).

A partir deste dado verifica-se que a arrecadação tributária de municípios abaixo de 100.000 habitantes é proporcionalmente, muito inferior a municípios com população superior. Em linhas gerais, partimos de dois índices:

1) a arrecadação per capita de ISS, ICMS e FPM; e

2) o percentual da arrecadação do ISS, da cota parte do ICMS e do FPM x receitas totais (correntes + de capital).

Classificamos os Municípios por porte populacional, para fins de comparação com o **quadro e figura 1**, como segue na tabela 2 abaixo.

Tabela 2 – Arrecadação per capita de impostos

Comparativo Receitas Próprias por porte						
População	ISS *per capita*	*IPTU per capita*	ITBI *per capita*	ISS x RT	IPTU x RT	ITBI x RT
Até 10.000	7,15%	2,09%	2,76%	1,81%	0,53%	0,68%
Entre 10.001 e 20.000	6,83%	2,57%	1,75%	2,55%	1,68%	0,72%
Entre 20.0001 e 50.000	9,39%	4,08%	2,29%	3,44%	1,47%	0,86%
Entre 50.001 e 100.000	12,49%	7,29%	3,20%	4,73%	2,54%	1,19%
Entre 100.001 e 200.000	20,68%	10,85%	4,09%	6,88%	3,66%	1,50%
Entre 200.001 e 500.000	27,23%	14,32%	5,63%	8,80%	4,94%	1,88%
Entre 500.001 e 1.000.000	27,50%	17,22%	6,81%	10,03%	6,15%	2,52%
Acima de 1.000.000	43,16%	20,70%	8,30%	14,77%	6,92%	2,77%

Fonte: dados extraídos do FINBRA-STN (2014) e Tabela Finanças/CNM População 2014.

A arrecadação per capita de ISS, IPTU e ITBI de Municípios com até 10.000 habitantes corresponde a uma média de R$ 7,15%, 2,09% e 2,76%, respectivamente. Podemos observar, que até a 4º faixa populacional, ou seja, Municípios com população de até 100.000 habitantes,

essas receitas ainda não são muito expressivas se comparado com as demais faixas. No entanto, acima desta faixa o cenário já é bem diferente.

Em linhas gerais, estes números apontam para o fato de que, nos Municípios maiores, o potencial de arrecadação de impostos é bem superior à dos demais.

A relação entre o ISS, IPTU e ITBI e as receitas totais dos Municípios indicam a importância delas para os Municípios de maior porte face às demais receitas. Em outras palavras, indica o grau de independência financeira do Município face às transferência constitucionais, voluntárias e obrigatórias de outros entes governamentais.

Com essas observações, verifica-se que as receitas de ISS, IPTU e ITBI para os Municípios com população até 10.000 habitantes correspondem a apenas 1,81%, 0,53% e 0,68% das receitais totais do Município, enquanto que para os Municípios com população superior a 100.000 habitantes, a média percentual sobe para de 6,68% no ISS e de 3,66% no IPTU. A situação da falta de recursos para a Saúde torna-se ainda mais grave e urgente face a queda e contenção de repasses ao longo de 2014 e 2015.

A redução dos repasses torna-se evidente se analisados os dados da execução do orçamento da Saúde em 2014 e 2015. Utilizando dados do SIAFI, a CNM avaliou a execução orçamentária da Saúde. Esse Ministério realizou 87,55% da sua dotação inicial em 2015, contra 91,46% do executado em 2014. Assim, seja por atrasos nos repasses, pela edição de medidas de contenção de gastos com as políticas sociais ou pelo não envio dos recursos, a União deixou de repassar[4] para a Saúde algo em torno de R$ 33,5 bilhões.

Todos esses apontamentos agravam-se ainda mais tendo em consideração a pesquisa CFM/ CREMESP sobre a distribuição de médicos generalistas e especialistas nas regiões do País[5]. De um modo geral, os moradores de regiões mais pobres têm não só o menor número de médicos à disposição, como também o menor número de especialistas entre eles. Para que possam ser exercidas, muitas especialidades, particularmente as cirúrgicas, exigem serviços hospitalares com infraestrutura e demanda mais compatíveis com os grandes centros.

Dos 371.788 médicos brasileiros em atividade, 55,1% são especialistas. Os demais 44,9% são generalistas. A razão no país é de 1,23 especialista para cada generalista. Os números são do censo. A razão especialista/generalista por grandes regiões reflete de alguma forma a distribuição de médicos pelo país. Além disso, a análise dos dados sugere a possibilidade de que esses especialistas, dentro de um mesmo estado, estejam concentrados mais na capital e com atuação mais voltada para o setor privado.

---

[4] Diferença entre o orçamento autorizado e pago nos anos de 2014 e 2015.

[5] Para efeito da pesquisa, "médico especialista" é aquele que possui título oficial em uma das 53 especialidades médicas reconhecidas no Brasil. E "médico generalista" é todo aquele que não possui título formal de especialista (CREMESP/ CFM, 2011).

Ainda segundo a pesquisa, o Sul tem o maior número de especialistas, 1,95 para cada médico generalista. O Norte, com 0,83, e o Nordeste, com 0,96, ocupam posição oposta, com mais generalistas do que especialistas. A região Centro-Oeste tem 1,66 especialista para cada generalista, o que se explica também pela presença do Distrito Federal, onde a razão é de 2,11, a mais alta do país. O Sudeste aparece abaixo da média nacional – 1,16 especialista para cada generalista.

A divisão entre especialistas e generalistas apresenta contrastes maiores quando se observa as unidades da federação. Em 12 há mais generalistas que especialistas. Não por coincidência, vários desses estados estão entre aqueles com menor razão médico por 1.000 habitantes.

Conclusão

A CNM entende que a grande quantidade de municípios de pequeno e médio porte são incapazes, financeira e administrativamente de sustentar, nos patamares atuais, a oferta de serviços e ações em Saúde aos seus munícipes. Em sua grande maioria os Municípios são dependentes dos repasses constitucionais realizados, isso tendo em vista o desnível das condições de desenvolvimento entre os Municípios, contexto que reflete as condições de vida da população. Como mostrado neste estudo, a grande concentração de receitas em poucos Municípios, faz parte dos problemas estruturais existentes na Federação brasileira.

As diferenças socioeconômicas encontradas entre esse conjunto de Municípios são fatores que impõem barreiras à articulação do Sistema de Saúde conforme idealizado. Neste sentido, é possível perceber que, a lógica distributiva dos recursos para a Saúde em todo o território nacional – que tem como base a produtividade/ procedimentos SUS - acaba por reforçar as disparidades regionais, resulta em pouquíssimas cidades que possuem aglomerados de estabelecimentos de Saúde e, por outra parte, cidades caracterizadas por vazios assistências. A partir de tal contexto, capitais e regiões metropolitanas concentram estabelecimentos e recursos financeiros.

Para a enorme maioria dos Municípios, a situação está no limite do possível. Uma melhoria ou reversão, ainda no ano de 2016, poderia se dar a partir da efetivação das seguintes pautas:

- Aprovação da CPMF, desde que os Municípios de pequeno e médio porte tenham garantidos recursos financeiros em igualdade, respeitando o princípio da descentralização e equidade da Lei 8.080/ 1990;

- Forem aprovadas uma série de Projetos de Lei da Câmara e do Senado que tratam do ressarcimento de Planos Privados aos serviços de Saúde do ente federativo que prestar atendimento ao assegurado privado;

- Forem alterados os valores a serem gastos pela União com a Saúde, como proposto pela PEC 01/ 2015, em tramitação na Câmara dos Deputados, proposta a qual garantia aumento do percentual de gastos, ao longo de 6 anos, até o patamar mínimo de 19,4% da Receita Corrente Liquida;

- Estados cumprirem com suas responsabilidades organizativas e de financiamento perante os Municípios nas questões do financiamento da Saúde e a melhoria das Redes de Atenção.

Os Municípios assumiram a responsabilidade pela atenção primária à saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada porta de entrada do sistema de saúde. Representa a base para a articulação de todo o sistema. O nível microrregional modela-se a partir das Regiões de Saúde onde são programadas as ofertas de serviços de saúde de média complexidade hospitalar e ambulatorial. Já o nível macrorregional, deve ofertar o *rol* da alta complexidade/média complexidade especial, que abrange uma maior diversidade de procedimentos de maior custo, já que requerem equipamentos caros e recursos humanos mais especializados.

Enfim, o grande desafio do Sistema de Saúde é garantir acesso dos cidadãos às RAS, em tempo oportuno e com qualidade, a partir do reconhecimento da Saúde como um dos direitos sociais na agenda dos gestores do SUS, o que representa a possibilidade concreta de construção da Atenção Integral à Saúde.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM); CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Demografia Médica no Brasil - dados gerais e descrições de desigualdades. Disponível em http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2323 acessado em 11 de fevereiro de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/pages/sobre/institucional.jsp#navigation , acessado em 20 de fevereiro de 2016.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; SA, C. P.; ACIOLI, S. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais,2007. Disponível em: http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/viewFile/696/415, acessado: 11 de fevereiro de 2016.

WAGSTAFF, A., VAN DOORSLAER, E. & Watanabe, N. On decomposing the causes of health sector inequalities, with an application to malnutrition inequalities in vietnam', Journal of Econometrics 112(1), 219–227, 2003.

POLITI, R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. Econ. Apl. v.18, n.1, pp. 117-137,2014. ISSN 1413-8050. Disponível em:http://dx.doi.org/10.1590/1413-8050/ea379, acessado: 11 de fevereiro de 2016.

Anexo 1

Tabela 2: Valores da Saúde repassados pela União: comparação entre não capitais e capitais de estado.

UF	Valores recebidos pelos municípios menos a Capital	Valores recebidos pelas Capital	Capitais que recebem mais que o estado inteiro
AC	R$77.414.340,20	R$251.207.739,82	Rio Branco
AL	R$663.910.290,35	R$535.233.507,98	
AM	R$301.958.193,93	R$688.109.533,11	Manaus
AP	R$45.964.475,62	R$161.030.747,36	Macapá
BA	R$2.561.770.864,22	R$1.975.599.488,99	
CE	R$1.592.606.188,30	R$1.250.565.410,97	
ES	R$500.929.574,92	R$619.351.984,71	Vitória
GO	R$1.189.075.826,46	R$740.100.161,44	
MA	R$1.296.095.330,25	R$623.323.341,96	
MG	R$4.085.685.325,68	R$2.545.068.810,28	
MS	R$408.821.015,31	R$493.834.769,51	Campo Grande
MT	R$522.736.402,62	R$508.681.438,24	
PA	R$1.304.531.641,21	R$590.026.063,44	
PB	R$897.201.858,89	R$479.953.535,22	
PE	R$1.513.718.149,19	R$1.658.242.230,27	Recife
PI	R$592.225.463,83	R$545.394.336,49	
PR	R$1.745.196.595,21	R$1.934.275.112,19	Curitiba
RJ	R$2.761.751.789,43	R$2.006.704.809,70	
RN	R$624.860.190,40	R$449.929.984,07	
RO	R$273.006.417,79	R$280.117.333,37	Porto Velho
RR	R$37.075.083,07	R$124.576.832,05	Boa Vista
RS	R$1.755.576.950,20	R$1.546.433.570,19	
SC	R$1.597.257.416,99	R$670.962.770,21	
SE	R$306.956.706,60	R$410.181.160,01	Aracajú
SP	R$5.890.394.914,91	R$6.676.305.585,54	São Paulo
TO	R$282.317.068,59	R$337.891.761,62	Palmas
Total	R$32.829.038.074,17	R$28.764.149.542,72	

Fonte: SIAFI (2015).

Fonte: DATASUS/CNES (2016), FINBRA (2014), SIAFI (2015), CMF/ CREMESP (2011).