

SEM PARTIDOS, SEM REGIÃO E COM A FEDERAÇÃO: GASTOS EM SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Thiago Caliarí Silva¹
Ricardo Machado Ruiz²

RESUMO

Uma das principais modificações na política de saúde pública nos anos 90 foi a descentralização promovida pela União, passando aos Estados e municípios tarefas fundamentais na condução das ações públicas de saúde. Esse artigo avalia a evolução dos gastos públicos municipais com saúde no Estado de Minas Gerais através de duas análises comparativas: uma dos municípios mineiros com os municípios brasileiros e outra dentro do próprio Estado. No caso da análise mineira, destaque é dado aos partidos políticos e inserção regional. Verificamos baixa relevância partidária na alocação de gastos e alguma importância da legislação federal, além de ausência de padrão regional de gasto.

Palavras-chave: Economia da Saúde, Políticas Públicas, Governo Municipal.

ABSTRACT

One of the main modifications on public health politics in the late 1990, were the decentralization promoted by Federal Union, States and Municipalities as fundamental tasks conducting public health actions. This article aims to evaluate public expenditure of municipalities of Minas Gerais State by two comparative analysis: first Minas Gerais municipalities in comparison to the total Brazilian municipalities and second among the municipalities of Minas Gerais State. In the analysis of Minas Gerais municipalities, prominence is for the political parties and regional insertion. There is a low party relevance on resources allocation and some importance on federal laws besides the absence of regional standard for expenditures.

Key- words: Health economy; public policies; Municipality government.

1 INTRODUÇÃO

Este texto teve como ponto de partida um levantamento feito para a Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda (SEAE-MF) sobre as compras públicas de medicamentos realizadas pelos três entes federativos. A partir daí, resolveu-se ampliar o escopo da pesquisa, realizando primeiramente uma análise dos gastos públicos totais com saúde na esfera municipal.

¹ Doutorado em Economia (UFMG), tcaliari@cedeplar.ufmg.br

² Doutorado em Economia, Prof. Adjunto Departamento de Ciências Econômicas e Cedeplar (UFMG), rmruiz@cedeplar.ufmg.br

Os gastos municipais foram escolhidos face à pequena quantidade de trabalhos que retratam a área, e também porque a política descentralizadora praticada no início dos anos 90 delegou importância fundamental a essa instância de governo. Assim, o objetivo do trabalho é basicamente analisar o comportamento das despesas públicas totais com saúde e por segmento de gastos no período 2002/2006, procurando identificar tendências para os municípios de Minas Gerais e compará-los com o restante do país. Foram escolhidos os anos de 2002 e 2006 para a análise, pois a partir deles podemos captar os efeitos dos prefeitos que se elegeram em 2000 e 2004 sem interferência dos prefeitos anteriores.

O trabalho seguirá também uma análise em três grandes frentes: institucional, política e espacial. O problema principal nessa consideração é identificar quais os principais possíveis direcionadores dos gastos municipais com saúde, verificando qual o viés dominante na tomada de decisões municipais.

Como principal resultado, nota-se tendência de crescimento nos gastos municipais *per capita* com saúde em praticamente todos os Estados, o que mostra a ação das medidas descentralizadoras. Para uma análise mais detalhada, dividimos os gastos em quatro grandes grupos: pessoal, medicamentos, serviço de terceiros e investimentos. Na análise total, mesmo após a diferenciação das rubricas, não foi possível constatar qualquer viés político ou regional na definição das políticas municipais de saúde. O aspecto institucional, com uma certa pressão legislativa federal parece ter alguma importância, mas as questões intra-municipais talvez sejam as mais relevantes e direcionadoras dos gastos com saúde.

Entre a análise quantitativa de gastos em todas as rubricas, destacamos os resultados de gastos em pessoal e investimentos, os quais têm seguido uma trajetória de aumento em Minas Gerais, principalmente nos municípios da Região Norte. Há uma tendência nacional de diminuição de gastos com medicamento, atribuído talvez ao crescimento da participação dos genéricos no mercado nacional. Mas o resultado é destoante em Minas Gerais, o que pode indicar aumento de abrangência da política.

O artigo está subdividido em sete seções, a contar desta introdução. Na próxima, apresentamos um breve referencial teórico, explicitando as fontes de financiamento possíveis para o município bem como alguns estudos relevantes na área em questão. Na seção 3 apresentamos a metodologia utilizada na seção imediatamente posterior, que

apresenta os principais resultados. Concluimos o artigo na seção 5, apresentando nas seções 6 e 7, respectivamente, as referências bibliográficas e anexos.

2 O MUNICÍPIO COMO ALOCADOR DE RECURSOS NA SAÚDE

O financiamento da saúde a nível municipal normalmente pode ser feito de duas formas distintas: via investimento direto dos próprios governos locais ou então mediante repasses do Sistema único de Saúde (SUS)³. A importância de cada modo de financiamento pode ser vista na tabela 1, que mostra a participação do SUS nas despesas totais de saúde dos municípios.

A tabela mostra a porcentagem transferida pelo SUS aos entes municipais. O restante das despesas pode ser entendido como “despesas realizadas com recursos próprios”. Podemos notar uma tímida tendência em todos os Estados de diminuição da participação do SUS nas despesas, com uma queda de 3,52% na média nacional. A municipalização da saúde, que discutiremos mais adiante, pode ter contribuído para esse resultado, mas é importante entender que o SUS continua contribuindo com uma parcela muito importante das despesas, e por isso é relevante estudar a evolução histórica de seus repasses aos municípios.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com base no art. 198 da CFB/88, tendo seus princípios básicos (universalidade, integralidade e equidade) estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080 de 19/09/1990). Através do SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

Com o SUS, o centralismo das políticas de saúde existentes no Brasil desde os anos 30 foi substituído por um sistema com maior interação entre as esferas gestoras do governo, sendo delegados a Estados e Municípios responsabilidades que antes eram exclusivas do Governo Federal (ARRETCHE & MARQUES, 2002). No caso específico dos Municípios,

³ Os recursos provenientes para a despesa com saúde podem advir de outras fontes que não as citadas no texto, mas por serem de menor relevância e como forma de simplificação resolvemos por excluir essas fontes de financiamento da análise.

o SUS delegou a responsabilidade de assumir a gestão dos programas de saúde pública e de atenção básica à saúde, além de regular a rede hospitalar instalada em suas jurisdições.

TABELA 1: Participação das transferências para a Saúde (SUS) em relação à despesa total do Município com saúde (2002/2006).

Unidade da Federação	2002 (%)	2006 (%)	Varição 2006/2002 (%)
Acre	55,82	0,00	-
Alagoas	64,34	58,81	-8,59
Amapá	51,96	50,45	-2,91
Amazonas	36,43	33,28	-8,65
Bahia	47,27	52,18	10,39
Ceará	58,21	54,39	-6,56
Espírito Santo	36,43	32,53	-10,71
Goiás	57,24	52,41	-8,44
Maranhão	65,92	60,21	-8,66
Mato Grosso	45,17	46,06	1,97
Mato Grosso do Sul	50,59	50,43	-0,32
Minas Gerais	50,92	47,54	-6,64
Pará	64,76	56,83	-12,25
Paraíba	60,42	59,08	-2,22
Paraná	46,44	42,88	-7,67
Pernambuco	54,18	49,73	-8,21
Piauí	64,00	63,04	-1,50
Rio de Janeiro	50,76	38,40	-24,35
Rio Grande do Norte	52,58	48,84	-7,11
Rio Grande do Sul	47,12	39,10	-17,02
Rondônia	52,34	40,12	-23,35
Roraima	52,38	65,80	25,62
Santa Catarina	42,64	41,31	-3,12
São Paulo	26,39	31,23	18,34
Sergipe	54,64	55,73	1,99
Tocantins	43,81	44,05	0,55
Total	44,85	43,27	-3,52

Fonte: SIOPS/Datasus.

Como forma de garantir a representatividade de cada esfera, o ambiente de tomada de decisões foi definido através do estabelecimento de comissões intergestoras. A Comissão Intergestores Tripartite - CIT, integrada por representantes dos gestores municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e federal (Ministério da Saúde) – e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, integrada por representantes dos gestores municipais (COSEMS - Colegiado de Secretários Municipais de Saúde) e estadual

(Secretaria Estadual de Saúde), criadas pela segunda Norma Operacional Básica do SUS - a NOB-SUS 01/93, são responsáveis pelo gerenciamento do Sistema Único de Saúde, apreciando, entre outros assuntos, os pactos e programações entre gestores, buscando a integração entre as esferas de governo.

Através das NOB's, como a citada acima, o Ministério da Saúde (MS) define as normas básicas de operacionalização do SUS. Além da NOB-SUS 01/93, que definiu as regras de habilitação estadual e municipal ao SUS e suas condições de inserção no Sistema, tem-se a NOB-SUS 01/96, que redefine e complementa a NOB-SUS 01/93, ampliando a responsabilidade dos municípios.

ARRETCHE & MARQUES (2002) ressaltam a relevância da NOB 01/96, externando que a mesma trouxe aumento de funções desempenhadas pelos municípios, repassando aos mesmos a função de aprimorar e criar condições para o processo de municipalização. Além disso, foi essa Norma que apresentou as principais inovações no que diz respeito à ação do Município nas políticas públicas de saúde.

A NOB 01/96 começou a ser implantada em janeiro de 1998. Segundo dados do Ministério da Saúde disponíveis no trabalho de MALIK (2002), ao final de 1999 97% dos municípios recebiam os recursos do Programa de Atenção Básica (PAB)⁴, percentual que chega a 99% em junho de 2001. Nestas localidades viviam mais de 165 milhões habitantes, ou 99% da população brasileira.

Procurando continuidade no processo de descentralização da saúde é aprovada em 15 de dezembro de 2000, através da Portaria 95, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Seu objetivo principal é “...*ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; definir o processo de regionalização da assistência; criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.*”⁵

A NOAS permite a habilitação dos municípios em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo que todos os municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal estarão

⁴ O PAB foi criado com a NOB 01/96 com o intuito de acabar com a concorrência por recursos da atenção básica com outros tipos de procedimentos e ações, fornecendo um montante específico para a mesma.

⁵ Artigo 1º da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Basicamente, uma das principais diferenças entre as modalidades é o modo de recebimento das transferências⁶:

- 1) Gestão plena da atenção básica ampliada: o município se habilita a receber um montante definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica;
- 2) Gestão plena do sistema municipal: nesse caso, o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território.

O financiamento das ações de saúde foi dividido em três grupos: atenção básica, média complexidade e alta complexidade/alto custo. O primeiro, de menor complexidade, deve ser oferecido por todos os municípios e seu financiamento baseia-se num valor *per capita*, fixado em R\$ 10,50 anuais⁷. O segundo grupo, que não pode ou não deve ter uma oferta universal, passa a ter a possibilidade de uma solução regional, financiada segundo a população, tendo o valor *per capita* fixado em R\$ 6,00 anuais⁸. O terceiro grupo, dada sua complexidade, tem sua oferta naturalmente muito restringida. Nesse caso o financiamento está a cargo dos governos estaduais e federal.

Assim, quer seja por meio do financiamento descrito acima, que é fornecido pelo MS por intermédio do SUS, quer seja pelos gastos diretos realizados pelos governos municipais, parece claro que o encargo principal do município é justamente o de suprir a população com as necessidades mais básicas de saúde. A continuação da nossa análise e os resultados obtidos sustentam-se em grande monta nessa constatação.

Além disso, é importante denotar que institucionalmente o governo federal através do Ministério da Saúde estabeleceu na Emenda Constitucional 29 (EC29) em setembro de 2000 um piso para o nível de gastos com saúde. Ficou definido para cada esfera de governo a aplicação de montantes específicos de recursos em saúde, e para o caso dos municípios ficou reservada a destinação de pelo menos 7% das receitas de impostos para a saúde em 2000, sendo que este percentual deveria ser aumentado anualmente até atingir, em 2004, 15%. Essa destinação forçada pode ser influência decisiva nas diretrizes de políticas da saúde estabelecidas nos municípios.

⁶ As informações completas sobre responsabilidades, requisitos e prerrogativas a serem cumpridas pelos municípios em cada tipo de habilitação estão no anexo do artigo.

⁷ Brasil, Ministério da Saúde (2001). Portaria no 2034. Diário Oficial, 7 dez.

⁸ Brasil, Ministério da Saúde (2001). Portaria no 975. Diário Oficial, 3 jul.

Afora o aspecto institucional, é importante destacar que a tendência de gastos com saúde pode também ser definida por visões ideológicas partidárias. ARRETCHE & MARQUES (2002) estudaram os gastos com saúde por essa visão para municípios de cinco Estados Brasileiros (Bahia, Ceará, Goiás, Rio Grande do Sul e São Paulo) e constataram que tal viés parece ter um efeito apenas moderado sobre os serviços básicos de saúde. Segundo o estudo, cidades que elegeram prefeitos com tendência direitista⁹ em 1996 tendem a produzir menor volume de atendimentos ambulatoriais, mas não sendo verdade também que nas cidades que elegeram partidos com viés esquerdista esse número seja significativamente superior.

Dessa forma, a tendência partidária torna-se importante, principalmente pelas posições partidárias preconizadas pelos partidos nacionais ditos de “esquerda” e de “direita”. Nosso intuito é verificar se a tendência pró-políticas públicas e maior atuação de governo ditas pelos primeiros (esquerda) podem ser comparadas e realmente ditas mais ativas do que a atuação dos demais, notadamente chamados, com certa ressalva, de mais “liberais”.

Por último, mas não menos importante, pode existir também dominância de gastos por correlação espacial entre os municípios. O argumento nesse caso é que municípios próximos podem seguir tendências parecidas no tocante à destinação de recursos, quer seja por proximidade de necessidades ou até mesmo por seguimento de líderes. A idéia presente neste argumento é a de que municípios pequenos que localizam-se próximos de municípios com uma maior pujança econômica tendem a seguir bem de perto suas políticas públicas.

Dessa forma, o restante do artigo pretende estudar qual a forma dominante de gastos no âmbito municipal mineiro: a insitucional, a política ou a espacial.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O conceito de gastos em saúde aqui apresentado segue as definições contábeis básicas da despesa do ente federativo em questão. Ou seja, são gastos realizados apenas

⁹ ARRETCHE & MARQUES consideraram os partidos de acordo com três visões ideológicas: direita (PTB, PPB, PFL), centro (PMDB, PSDB) e esquerda (PT, PC do B, PV, PSB, PPS, PCB).

pelos órgãos vinculados à administração municipal. Essas informações são geradas por cada ente e enviadas para o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. O sistema, uma iniciativa do MS implantada em 1999, é destinado à coleta, armazenamento, processamento e divulgação de dados sobre a receita e despesa com saúde dos três níveis de governo.

A metodologia aqui apresentada baseia-se na análise descritiva dos dados desse sistema. Os indicadores, que apresentaremos com maior detalhamento mais abaixo, são calculados pelo SIOPS após o envio por parte dos entes federados dos dados contábeis referentes ao ano em questão. Dentre todos os indicadores calculados e disponíveis no sítio eletrônico do SIOPS, analisamos os seguintes:

- i. Despesa total *per capita* com Saúde sob a responsabilidade do Município (DTPC): mostra os gastos totais com saúde (recursos próprios mais recursos do SUS) realizados pelo município dividido pelo número de habitantes¹⁰. É calculado da seguinte forma:

$$DTPC_{it} = \frac{Despesas\ totais\ com\ saúde_{it}}{População_{it}}, \quad i = 1, \dots, n \text{ e } t = 2002, \dots, 2006.$$

- ii. Participação da despesa com pessoal na despesa total de saúde (DPES): cálculo dos gastos com despesas em pessoal (contratação, adequação, pagamentos etc.) sobre o total de gastos na área da saúde.

$$DPES_{it} = \frac{Despesas\ com\ pessoal_{it}}{Despesas\ totais\ com\ saúde_{it}}, \quad i = 1, \dots, n \text{ e } t = 2002, \dots, 2006.$$

- iii. Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde (DMED): cálculo dos gastos com assistência farmacêutica sobre o total de gastos na área da saúde.

$$DMED_{it} = \frac{Despesas\ com\ medicamentos_{it}}{Despesas\ totais\ com\ saúde_{it}}, \quad i = 1, \dots, n \text{ e } t = 2002, \dots, 2006.$$

- iv. Participação da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica - na despesa total com Saúde (DTER): cálculo dos gastos com contratações de serviços terceirizados de toda a natureza sobre o total de gastos na área da saúde.

¹⁰ As populações dos municípios foram atualizadas em 03/05/2005 segundo o Censo Demográfico 2000.

$$DTER_{it} = \frac{Despesas\ com\ terceiros_{it}}{Despesas\ totais\ com\ sa\ude_{it}}, i = 1, \dots, n \text{ e } t = 2002, \dots, 2006.$$

- v. Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde (DINV): cálculo dos gastos com investimento (ampliações, construções, melhoramentos da capacidade instalada) sobre o total de gastos na área da saúde.

$$DINV_{it} = \frac{Despesas\ com\ investimentos_{it}}{Despesas\ totais\ com\ sa\ude_{it}}, i = 1, \dots, n \text{ e } t = 2002, \dots, 2006.$$

- vi. Participação de recursos próprios aplicados em saúde a nível municipal (PRP): O indicador basicamente mostra a participação dos gastos com saúde no município em relação aos gastos totais despendidos. Leva-se em consideração nesse caso apenas a parcela de recursos provenientes do próprio município. Ou seja, repasses do SUS são ignorados.

$$PRP_{it} = \frac{Despesas\ com\ sa\ude_{it}}{Despesas\ totais\ do\ municipio_{it}}, i = 1, \dots, n \text{ e } t = 2002, \dots, 2006.$$

O subscrito i refere-se aos municípios e o subscrito t indica o período de tempo. No caso, utilizou-se o período entre 2002 e 2006. A escolha desses anos foi feita devido à disponibilidade de dados do SIOPS¹¹.

Optamos por calcular os cinco primeiros índices com base na despesa liquidada, ou seja, a despesa realmente despendida e averiguada no final do período. Essa escolha parece a mais plausível, pois revela a verdadeira situação do município. Já no caso do sexto índice, referente à participação de recursos próprios aplicados em saúde a nível municipal, o cálculo não pode ser escolhido. O índice é disponível pelo SIOPS apenas com a utilização da despesa empenhada, aquela que é definida em orçamento antes do início do período contábil.

Ainda apresentaremos uma comparação nacional, analisando municípios ao nível de unidade da federação, como forma de identificar padrões de comportamento díspares entre a média nacional (com aproximadamente 5560 municípios) e os 852 municípios mineiros analisados, além de situar Minas Gerais na classificação nacional dos indicadores. É

¹¹ Infelizmente as informações dos indicadores que usamos na pesquisa existem apenas para os referidos anos e, sendo assim, optamos por analisar os extremos, como forma de captar ao máximo as mudanças nas políticas.

importante destacar que a média nacional (ou estadual, quando assim for o caso) dos índices é calculada através de método ponderado pela população dos municípios.

Discutido os pormenores dos índices, apresentamos agora os três níveis de correlação aos quais analisaremos mais adiante:

- i. Análise institucional: a base institucional principal utilizada para essa definição será a definição da EC-29, que estabelecia piso para os gastos públicos com a cifra da saúde;
- ii. Análise política: o aspecto político será definido de acordo com a liderança nas prefeituras nos períodos analisados. Para a análise do ano de 2002, utilizamos lideranças eleitas em 2000, e para o ano de 2006, os eleitos em 2004. Além disso, optamos por analisar apenas os partidos mais relevantes no cenário estadual nos respectivos anos, a saber: PFL, PL, PMDB, PSDB, PT e PTB. Assim, nossa amostra abrangeu 80,75% e 78,87% dos municípios de Minas Gerais nos anos de 2002 e 2006 respectivamente;
- iii. Análise espacial: o objetivo básico aqui é medir quanto o valor observado de um atributo numa região é independente dos valores dessa mesma variável numa região vizinha. Para essa análise, usaremos a estatística *I* de Moran, que nos fornece uma indicação formal do grau de associação linear entre os vetores de valores observados no tempo e a média ponderada dos valores da vizinhança, ou as defasagens espaciais, e é dada pela seguinte fórmula:

$$I = \frac{n \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n w_{ij} (y_i - \bar{y})(y_j - \bar{y})}{\left(\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2 \right) \sum_{i \neq j} w_{ij}}$$

Em que:

n: número de áreas;

y_i : valor do atributo considerado na área *i*;

\bar{y} : valor médio do atributo na região de estudo;

w_{ij} : pesos atribuídos conforme a conexão entre as áreas *i* e *j*.

O índice, portanto, testa se as áreas conectadas apresentam um comportamento mais semelhante quanto ao atributo estudado que o esperado num padrão aleatório. A hipótese nula é a de completa aleatoriedade espacial. De forma geral (embora nem sempre isso seja verdadeiro), o indicador de Moran tende a ter valores entre -1 e 1, quantificando o grau de correlação existente, sendo positivo para correlação direta e negativo quando inversa (CARVALHO, 1997).

É importante discorrer que, diferentemente da análise pura dos índices na comparação nacional, o estudo correlacional que sugerimos acima utilizará os mesmos índices descritos, mas a níveis *per capita*. Passamos agora para a amostragem dos principais resultados encontrados. Para o caso da análise espacial, como forma de facilitar a visualização, usaremos georreferenciamento de informações¹² com diferenciação de classe de frequências.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Apresentamos logo abaixo uma tabela contendo a evolução dos gastos com saúde *per capita* de todos os municípios brasileiros, apresentados ao nível de unidade da federação. Destaque é dado a Minas Gerais e à média brasileira.

O aumento dos gastos *per capita* é freqüente em todos os estados analisados¹³. Na média nacional, o aumento foi de 75%, sendo que o Estado que mais aumentou os gastos foi o do Amazonas, com 134%. No caso de Minas Gerais podemos ver que o aumento seguiu praticamente o mesmo padrão da média nacional. Mas, como em termos absolutos o Estado é o segundo que mais gastos realiza na área¹⁴, perdendo apenas para o Estado de São Paulo, tal aumento fez com que Minas Gerais continuasse a ser o quarto Estado no nível de gastos *per capita* com saúde por municípios, perdendo apenas para Mato Grosso do Sul, São Paulo e Mato Grosso respectivamente.

¹² Utilizamos para o georreferenciamento a malha municipal digital disponível no sítio do IBGE (ftp://geofp.ibge.gov.br/mapas/malhas_digitais/municipio_2005/).

¹³ Só não foi possível estabelecer uma comparação de variação para o Estado do Acre, pois o mesmo não informou os dados referentes ao ano de 2006. Mesmo assim, nota-se pela série histórica que os gastos no estado seguiam a mesma tendência nacional.

¹⁴ Ver “TABELA A.1: Gastos totais em saúde dos municípios por unidade da federação” no anexo do artigo.

TABELA 2: Análise dos gastos com saúde *per capita* por unidade da federação (2002/2006).

Unidade da Federação	2002	2003	2004	2005	2006	Varição 2006/2002
Acre	69,88	117,64	137,47	151,66	0,00	-100%
Alagoas	116,92	78,55	100,93	114,35	189,37	62%
Amapá	70,42	89,58	107,03	122,96	126,77	80%
Amazonas	80,71	125,96	138,05	167,04	188,47	134%
Bahia	81,58	108,83	132,22	142,84	181,24	122%
Ceará	113,46	82,02	95,97	105,09	196,81	73%
Espírito Santo	102,23	126,92	159,17	184,40	194,15	90%
Goiás	125,84	116,21	134,99	164,82	212,30	69%
Maranhão	103,19	118,42	150,89	172,72	209,02	103%
Mato Grosso	141,84	129,44	150,81	170,55	254,67	80%
Mato Grosso do Sul	153,45	132,76	165,98	192,46	300,44	96%
Minas Gerais	140,58	121,21	162,19	196,22	245,21	74%
Pará	97,12	95,90	114,19	132,92	166,67	72%
Paraíba	97,51	123,62	148,54	170,97	220,38	126%
Paraná	133,31	115,51	150,32	176,66	226,57	70%
Pernambuco	85,08	92,12	119,56	139,43	161,15	89%
Piauí	111,22	157,48	181,16	210,55	195,83	76%
Rio de Janeiro	162,72	113,35	144,43	166,27	225,11	38%
Rio Grande do Norte	123,60	191,46	213,47	199,87	212,90	72%
Rio Grande do Sul	133,59	163,09	207,38	232,67	220,68	65%
Rondônia	113,64	152,12	178,52	198,87	208,01	83%
Roraima	127,17	147,21	180,42	204,91	172,03	35%
Santa Catarina	124,97	144,73	173,29	192,46	234,76	88%
São Paulo	152,26	179,45	222,65	252,44	259,18	70%
Sergipe	96,24	163,93	205,93	229,11	203,82	112%
Tocantins	116,24	142,29	168,06	187,19	218,86	88%
Total	127,22	142,17	172,55	191,87	223,23	75%

Fonte: SIOPS/Datasus.

Analisamos agora a estatística descritiva com uma visão mais desmembrada dos gastos, que agora estão divididos nos quatro grandes grupos explicitados na metodologia: pessoal, medicamentos, gastos com serviços de terceiros e investimentos.

A análise principal que faremos aqui é uma comparação da média nacional com o Estado de Minas Gerais. Assim, pode-se ver que em ambos houve crescimento de gastos com pessoal e diminuição de gastos com terceiros, tendo caminhado em sentido contrário os outros dois indicadores apresentados. Enquanto nacionalmente houve uma leve diminuição nos gastos com medicamentos, Minas Gerais aumentou levemente seus gastos nessa área. E enquanto na média as prefeituras nacionais diminuíram seus gastos com investimento, as prefeituras mineiras aumentaram em 42%.

TABELA 3: Gastos com saúde a nível municipal dividido em grandes grupos, por unidade da federação.

Unidade da Federação	Pessoal (A)		Medicamentos (B)		Terceiros (C)		Investimento (D)		TOTAL (A+ B+C+ D)	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006
Acre	53,09	0,00	7,80	0,00	9,21	0,00	15,47	0,00	85,57	0,00
Alagoas	44,10	52,81	4,63	3,84	30,61	28,20	8,91	3,83	88,25	88,68
Amapá	43,74	65,95	7,42	5,95	17,02	6,62	10,10	3,47	78,28	81,99
Amazonas	66,29	61,94	2,61	7,44	4,79	2,29	6,32	4,59	80,01	76,26
Bahia	42,80	45,82	6,33	4,43	22,53	33,11	7,71	4,31	79,37	87,67
Ceará	47,45	50,66	3,66	2,59	28,30	23,73	6,33	4,01	85,74	80,99
Espírito Santo	53,73	55,75	2,07	2,40	22,50	16,99	7,11	6,62	85,41	81,76
Goiás	42,74	51,03	2,92	4,47	37,50	31,45	5,14	3,64	88,30	90,59
Maranhão	41,79	50,05	8,43	6,55	26,46	17,74	6,92	9,18	83,60	83,52
Mato Grosso	50,92	58,78	4,21	3,62	20,78	19,59	9,42	3,69	85,33	85,68
Mato Grosso do Sul	45,76	51,62	5,55	3,78	33,36	30,56	5,22	3,36	89,89	89,32
Minas Gerais	47,80	52,02	3,07	3,15	33,23	26,66	3,21	4,57	87,31	86,40
Pará	44,65	51,56	6,51	5,74	29,26	24,47	5,65	3,89	86,07	85,66
Paraíba	50,64	52,41	5,08	4,72	22,20	22,32	6,57	5,21	84,49	84,66
Paraná	41,20	45,09	4,20	3,56	36,21	33,97	4,41	3,76	86,02	86,38
Pernambuco	54,62	56,55	4,83	2,95	21,15	17,99	4,89	5,62	85,49	83,11
Piauí	46,45	55,67	4,48	4,14	28,68	23,58	7,86	3,62	87,47	87,01
Rio de Janeiro	48,93	54,11	4,29	4,56	23,00	22,65	3,81	2,80	80,03	84,12
Rio Grande do Norte	47,74	57,66	6,09	5,57	20,91	18,10	10,07	4,09	84,81	85,42
Rio Grande do Sul	36,73	41,00	4,44	4,17	42,42	35,03	4,69	3,55	88,28	83,75
Rondônia	57,32	56,03	4,57	2,80	9,60	14,51	14,29	1,25	85,78	74,59
Roraima	44,00	52,30	3,89	4,83	13,49	0,43	19,90	1,92	81,28	59,48
Santa Catarina	45,66	49,47	4,72	4,50	29,03	25,55	5,83	5,49	85,24	85,01
São Paulo	50,83	44,86	2,90	3,23	23,81	29,50	2,57	3,66	80,11	81,25
Sergipe	52,03	53,43	4,34	4,36	21,82	23,02	8,33	5,06	86,52	85,87
Tocantins	51,39	63,54	4,72	5,83	11,49	8,82	13,70	6,39	81,30	84,58
Total	47,53	49,18	4,04	3,84	27,29	27,09	4,78	4,18	83,64	84,29

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS/Datasus.

Ou seja, tanto a nível nacional quanto para o caso de MG a rubrica de gastos destinada aos encargos com mão-de-obra cresce em participação nos gastos totais na área, mas a junção desse indicador com a análise dos demais pode nos fornecer subsídios de que o modo de condução das políticas pode ser diferente. No nível nacional, o aumento de gastos com pessoal não é acompanhado pelo aumento dos gastos com investimento.

É razoável supor que um aumento conjunto desses dois níveis de gastos indica que o aumento da capacidade instalada (investimento) poderia estar caminhando conjuntamente com o aumento de contratações (pessoal). Esse parece ser o caso para MG, mas não para o

Brasil como um todo. O aumento de pessoal e investimento em MG é um forte indicativo de que as prefeituras municipais têm procurado aumentar a capacidade de atendimento.

Além disso, com a forte diminuição dos gastos com serviços de terceiros (aproximadamente 20%) em MG há uma clara tendência nas prefeituras de diminuição de serviços terceirizados e conseqüente aumento da máquina pública. Essa tendência não parece ser a mesma para o restante do país. A diminuição de investimentos, aumento de gastos com pessoal e quase manutenção dos gastos com terceiros indica que ou houve um aumento da contratação para um dado nível de capacidade¹⁵ ou então o aumento de gastos com pessoal aconteceu via aumento de salários e benefícios ao funcionalismo¹⁶.

Tratando-se da política de gastos em medicamentos, a evolução dos municípios mineiros mostrou-se dissonante à evolução da média nacional, como pôde ser visto acima. Enquanto no Brasil existe uma tendência de queda, Minas Gerais mostrou uma leve ascensão no montante despendido. A queda nacional nos gastos era até esperada, visto o fator “medicamentos genéricos”, que mudou a estrutura industrial e de demanda do mercado farmacêutico. A institucionalização desses produtos através da lei nº 9780 em 1999 trouxe um barateamento de preços a determinados medicamentos farmacêuticos, a saber aqueles que tiveram patentes expiradas.

Esses medicamentos normalmente são produtos de fabricação menos complexa, ou seja, imitações de produtos que já tiveram sua tecnologia difundida e ultrapassada. E são justamente esses tipos de medicamentos os mais adquiridos pela administração municipal, produtos da chamada assistência farmacêutica básica. Era de se esperar, portanto, a diminuição dos gastos dos entes municipais com aumento da compra de produtos genéricos, visto que segundo estudo de CAPANEMA & FILHO (2007), a participação de mercado desses medicamentos no período compreendido entre 2002 e 2006 aumentou 100%.

Só que, como dissemos, esse resultado não se confirmou para o caso de Minas Gerais. O que pode ter acontecido nos municípios mineiros é um aumento na qualidade dos

¹⁵ Dessa situação pode-se tirar duas outras distintas: ou o aumento de contratação foi necessário para suprir a falta de mão-de-obra existente ou então essas contratações só serviram para inchar a estrutura vigente, causando diminuição de qualidade nos serviços prestados.

¹⁶ Chegar a uma conclusão para essas indagações não faz parte do escopo desse trabalho.

serviços prestados na assistência farmacêutica. Com o barateamento do preço, o governo pode ter ampliado o acesso ao sistema, ampliando a quantidade ofertada aos municípios¹⁷.

4.1 Análise Institucional

Uma possibilidade desse aumento de gastos é que os mesmos tenham acontecido devido a pressão do Ministério da Saúde com a promulgação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), em setembro de 2000, que especificou piso para os gastos com saúde nas esferas estaduais e municipais de governo. A partir dela ficou definida para cada esfera de governo a aplicação de montantes específicos de recursos em saúde. Para constatar a importância de tal pressão institucional federal, mostramos a figura 1, que apresenta a participação da receita própria municipal aplicada em saúde conforme a EC-29 para Minas Gerais e a média total nacional.

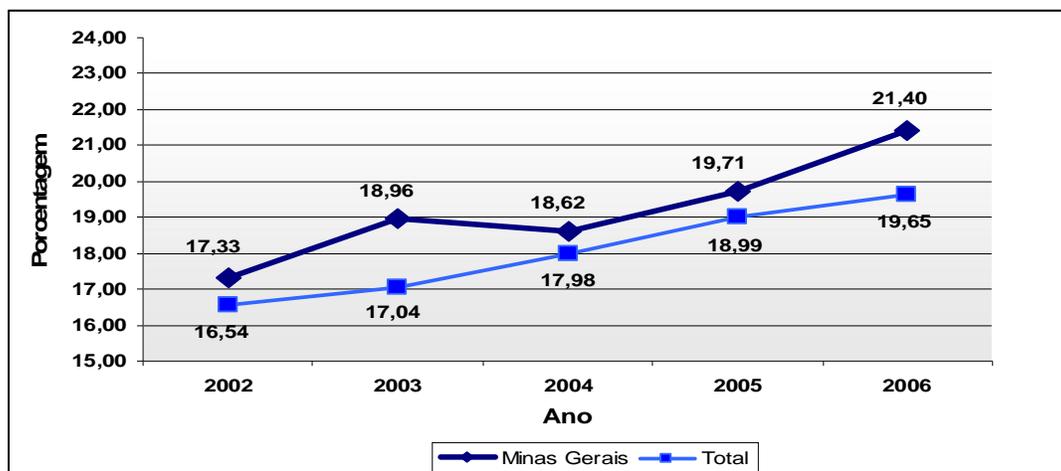


FIGURA 1: Porcentagem de recursos próprios aplicados em saúde a nível municipal (2002/2006)

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS/Datasus.

Para título de comparação, a EC-29 reservou no caso dos municípios a destinação de pelo menos 7% das receitas de impostos para a saúde em 2000, sendo que este percentual deveria ser aumentado anualmente, até atingir, em 2004, 15%. Como se pode ver no gráfico os gastos da maioria dos municípios dos Estados federados em 2002 já

¹⁷ O estudo pormenorizado desse aspecto não é o objetivo desse trabalho. Assim, fica o tema como uma sugestão para futuros estudos na área de assistência farmacêutica municipal.

ultrapassavam o piso mínimo estabelecido pela EC-29 para 2004, tanto que a média brasileira de recursos próprios já era de 16,54% no ano em questão, mantendo a trajetória de crescimento para os anos seguintes. Minas Gerais mantém-se na análise em 2006 como um dos Estados onde os municípios mais aplicam recursos próprios em saúde, mais precisamente ocupando o terceiro posto¹⁸.

Trabalho feito por ABREU & BENEVIDES (2004) mostram que a EC-29 foi de profunda importância para o aumento de gastos municipais, visto que o crescimento da rubrica no período 2000/2002 foi de 38%. Não contestamos tais resultados, mas a apresentação dos dados fornece subsídios de que a preocupação municipal tornou-se também muito importante nos períodos posteriores à efetivação da política. O aumento constante de gastos, até o pico de 21,4% no caso de Minas Gerais e 19,65% para a média nacional não era preciso, visto que a emenda previa apenas uma taxa constante de 15% a partir de 2004.

4.2 Análise Política

O intuito agora é fazer uma análise política dos gastos nos municípios a fim de verificar tendências partidárias que possam explicar a evolução desses gastos. Essa análise é feita na tabela 4, que mostra a evolução nos anos de 2002 e 2006 dos gastos totais, gastos por classificação de áreas e a porcentagem transferida pelo SUS para os municípios sobre as despesas totais, todos medidos em quantidade *per capita*.

O objetivo aqui é procurar comportamentos destoantes de algum partido em relação à média estadual e até mesmo em relação a outros partidos. Situações então onde a média fosse bastante diferente das demais e onde a variância fosse baixa poderiam ser encaradas como situações de coordenação ideológica partidária. Ou seja, seriam políticas intrínsecas a determinada legenda.

Na análise da tabela, não encontramos resultados que possam mostrar diferença de visão nas políticas de saúde entre os partidos. Em relação aos gastos totais, parece não haver dissonância entre nenhum dos partidos analisados.

¹⁸ Ver “TABELA A.2: Porcentagem de recursos próprios aplicados em saúde a nível municipal” no anexo do artigo.

TABELA 4: Gastos com saúde *per capita* por classificação e por partidos (2002 e 2006)

Despesas		Totais		Pessoal		Medicamentos		Terceiros		Investimentos		% SUS	
		média	variância	média	variância	média	variância	média	variância	média	variância	média	variância
PFL	2002	133,35	75,47	74,87	49,72	8,69	10,91	16,61	20,92	6,87	8,57	53,51	169,04
	2006	255,56	142,13	141,75	74,37	14,42	15,46	30,53	34,76	26,33	29,62	79,69	42,64
	Variação	92%	88%	89%	50%	66%	42%	84%	66%	283%	246%	49%	-75%
PL	2002	121,17	48,17	68,03	33,81	9,26	10,31	13,88	16,27	9,72	11,03	35,30	18,94
	2006	247,89	123,62	141,87	70,80	12,35	12,05	24,53	26,43	26,07	28,80	72,15	36,38
	Variação	105%	157%	109%	109%	33%	17%	77%	62%	168%	161%	104%	92%
PMDB	2002	125,07	53,53	69,69	31,61	8,87	8,72	14,27	16,21	7,71	9,43	36,61	22,17
	2006	254,81	110,53	139,66	58,68	13,12	13,81	26,56	26,06	25,60	26,76	81,53	41,05
	Variação	104%	106%	100%	86%	48%	58%	86%	61%	232%	184%	123%	85%
PSDB	2002	119,91	45,94	63,21	29,91	8,99	7,74	13,50	14,71	10,46	15,01	38,28	20,37
	2006	249,57	90,95	135,61	52,67	13,66	14,29	26,75	28,64	24,10	29,58	79,95	45,07
	Variação	108%	98%	115%	76%	52%	85%	98%	95%	130%	97%	109%	121%
PT	2002	117,72	42,65	66,72	25,43	6,14	4,54	17,90	17,21	10,73	19,27	37,73	23,54
	2006	227,88	91,73	129,46	56,46	7,64	5,52	33,30	39,50	16,82	20,52	80,06	49,00
	Variação	94%	115%	94%	122%	24%	22%	86%	130%	57%	6%	112%	108%
PTB	2002	121,69	57,72	65,93	32,31	7,91	8,07	17,07	21,75	6,75	6,28	41,05	26,40
	2006	255,13	105,62	141,84	65,01	13,33	11,86	24,82	24,53	23,80	23,67	79,61	48,98
	Variação	110%	83%	115%	101%	69%	47%	45%	13%	253%	277%	94%	86%
Média Estadual	2002	124,88	58,68	68,54	36,36	8,66	8,73	15,72	19,75	8,10	10,84	41,20	74,78
	2006	250,38	116,45	138,90	64,66	12,62	12,97	28,31	31,78	23,99	26,69	79,78	44,64
	Variação	100%	98%	103%	78%	46%	49%	80%	61%	196%	146%	94%	-40%

Fonte: Elaboração Própria com dados do SIOPS/Datasus e TRE-MG.

Todos aumentaram bastante os gastos, acompanhando a média estadual, e para todos a variância já era muito grande no ano de 2002 e continuou aumentando no ano de 2006, o que é um indicio de não coordenação político-partidária. Parece nesse caso haver mais um crescimento impulsionado por outros motivos do que por pressões políticas de âmbito mais elevado.

O mesmo pensamento é válido para os gastos com pessoal, que têm aumento parecido e que mostra uma grande variância para todos os partidos. Não há também nesse caso indicio de coordenação partidária. Ademais, por ser essa rubrica a mais relevante em participação nas despesas totais talvez ela também provoque um engessamento nos gestores municipais, que não podem modificá-la na busca da realização de políticas públicas com pena de provocar problemas mais graves no longo prazo¹⁹.

Resultados diferentes são encontrados na análise da compra de medicamentos. Partidos como PTB e PFL são os que mais aumentaram os gastos no setor, com crescimento de 69% e 66% respectivamente. Mesmo assim, não é possível definir com certeza se há coordenação partidária nesse aspecto, pois os gastos dos mesmos tiveram grande variância. Já no caso do PT e PL, os partidos foram os que menos aumentaram os gastos com medicamentos no período e, além disso, foram os que obtiveram menor aumento de variância. Porém, não podemos afirmar também uma coordenação desses dois partidos por alguma política de desfavorecimento da rubrica medicamentos. Primeiro porque o aumento de gastos dos outros partidos pode ter sido favorecido por *lobbies* de grandes companhias do setor, e segundo porque mesmo com um crescimento inferior à média estadual, a variância ainda é grande.

Nos gastos com terceiros, não se nota também nenhuma diferença muito grande entre os partidos. O PTB aparenta uma tendência diferente dos demais, pois aumentou os gastos muito abaixo da média de aumento estadual, com pequeno aumento de variância no período. Mesmo assim, não há suposição possível para o resultado, pois a variância em 2002 já era muito grande o que explica o pequeno aumento. O mesmo acontece no

¹⁹ Vide que um aumento muito grande na parcela de gastos com pessoal pode prejudicar o restante do orçamento no futuro, tornando os gastos mais fixos a cada período de tempo. E, na outra direção de pensamento, a redução desses gastos pode trazer para o político um *marketing* eleitoral negativo que o prejudicaria em futuros pleitos.

resultado da rubrica gastos com investimentos, onde vemos novamente uma diferença entre o Partido dos trabalhadores e os demais.

Houve aumento nessa rubrica em todos os partidos, mas o aumento do PT ficou muito aquém do aumento médio estadual, fazendo com que em tal rubrica os gastos do partido fossem inferiores em 29,88% à média estadual. A variância apresentou uma dinâmica de crescimento tímida, mas novamente não se pode constatar coordenação pois a mesma já mostrava-se muito alta no ano de 2002.

Ademais, quanto às transferências realizadas pelo governo federal por intermédio do SUS, podemos ver que as mesmas são bastante equalizadas em relação aos partidos no ano de 2006. O PFL possuía uma vantagem de repasses em 2002 *vis à vis* os demais partidos, o que pode denotar favorecimentos políticos às prefeituras governadas pelo partido. Mas, em 2006, essa diferença foi sanada, e não podemos a partir de então notar mais nenhuma diferença primordial entre os partidos e a média estadual.

Esses resultados de análise política devem ser vistos com a devida cautela e entendidos como resultados preliminares. Mostra-se necessário nesses estudos a nível político uma análise estatística mais aprimorada para conclusões mais aprimoradas, e esse deve ser justamente o escopo dos próximos trabalhos advindos dessa pesquisa inicial. No entanto, a estatística descritiva pode nos informar de antemão um direcionamento. E visto, as grandes variâncias e proximidades entre as médias dos partidos e a média estadual, parece não haver nenhuma diferença significativa no nível partidário entre as políticas praticadas.

4.3 Análise Espacial

A partir de agora, procederemos com a ultima análise tida como relevante, a análise a nível espacial. Para isso calculamos o índice I de Moran para as classes de gastos levantadas na metodologia, e apresentamos as mesmas na tabela 5.

Como explicado antes, a hipótese nula é a de completa aleatoriedade espacial. Assim, como podemos ver na análise do p-valor, o resultado para nenhuma das séries de gastos é significativo, ou seja, não é possível constatar auto-correlação espacial para nenhuma das variáveis. Isso significa dizer que os gastos, quer seja totais ou separado por

rubricas, além dos repasses do SUS aos municípios, não obedecem nenhuma ordem espacial, e podem ser considerados praticamente aleatórios.

TABELA 5: Teste de auto-correlação espacial – *I* de Moran

Variável	I de Moran	Z-VALUE	P-valor
Desp. Totais (2002)	-0.02852586	-1.307609	0.191006
Desp. Totais (2006)	-0.03297465	-1.517065	0.129250
Pessoal (2002)	-0.01711523	-0.761786	0.446188
Pessoal (2006)	-0.02435683	-1.105447	0.268966
Medicamentos(2002)	-0.01240355	-0.538383	0.590313
Medicamentos(2006)	-0.02588797	-1.181458	0.237421
Terceiros (2002)	0.02164456	1.095320	0.273376
Terceiros (2006)	0.01624666	0.835709	0.403319
Investimentos(2002)	0.007253811	0.405981	0.684756
Investimentos(2006)	-0.009066895	-0.377260	0.705980
SUS (2002)	-0.01213533	-1.174230	0.240303
SUS (2006)	-0.03730549	-1.723395	0.084817

Fonte: Elaboração Própria com dados do SIOPS/Datasus.

Plotamos abaixo alguns mapas para mostrar a tendência aleatória constatada pelo índice *I* de Moran. Para a visualização dos dados, georreferenciamos para cada unidade municipal do Estado e, por intermédio do software MAPINFO 7.5, apresentamos os resultados em forma de mapa com classes de freqüências. Inicialmente, mostramos a comparação georreferenciada dos gastos com saúde *per capita* para os municípios de MG nos dois anos estudados²⁰. O primeiro mapa sempre se referirá ao ano de 2002, sendo o segundo do ano de 2006.

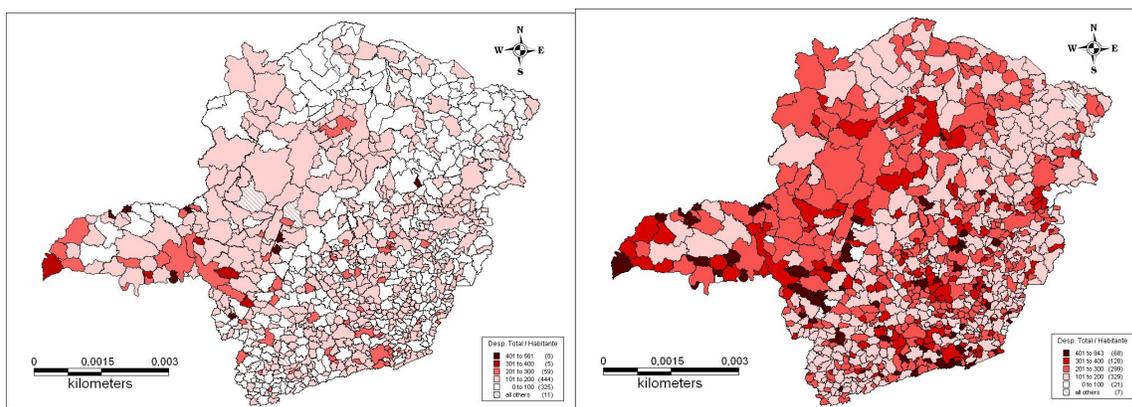


FIGURA 2: Despesa total com saúde *per capita* sobre responsabilidade dos municípios (2002 e 2006).

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS/Datasus.

²⁰ Limitamo-nos a mostrar apenas alguns resultados que constataam a aleatoriedade.

O aumento de gastos *per capita* acontece de maneira uniforme, sendo que em sua maioria os municípios que mais despenderam em 2002 continuaram a ser os que mais gastaram em 2006. Em 2002, apenas oito municípios gastavam mais que R\$ 400,00 *per capita*. Em 2006 sessenta e oito municípios apareciam nessa classe de gastos. Já na classe inferior, dos gastos entre R\$ 0,00 e R\$ 100,00, em 2002 haviam trezentos e vinte e cinco municípios, permanecendo em 2006 apenas vinte e um. A classe modal continuou a ser a de R\$ 100,00 a R\$ 200,00, abrangendo 52% e 39% em 2002 e 2006, respectivamente. Esse resultado poderia até mostrar constância nos gastos, mas a análise da dinâmica no mapa de 2006 mostra que um maior número de municípios aparecem nas classes de gastos superiores à classe modal, diferentemente do que ocorria em 2002.

Não nota-se nessa rubrica nenhuma tendência regional plausível de coordenação. O que o gráfico mais parece mostrar é que o aumento foi conjunto e praticado por todos os entes municipais, sem distinções de região. Apenas para mais um exemplo de ausência de correlação espacial, expomos logo abaixo os gastos com pessoal e com investimentos nos anos de 2002 e 2006²¹.

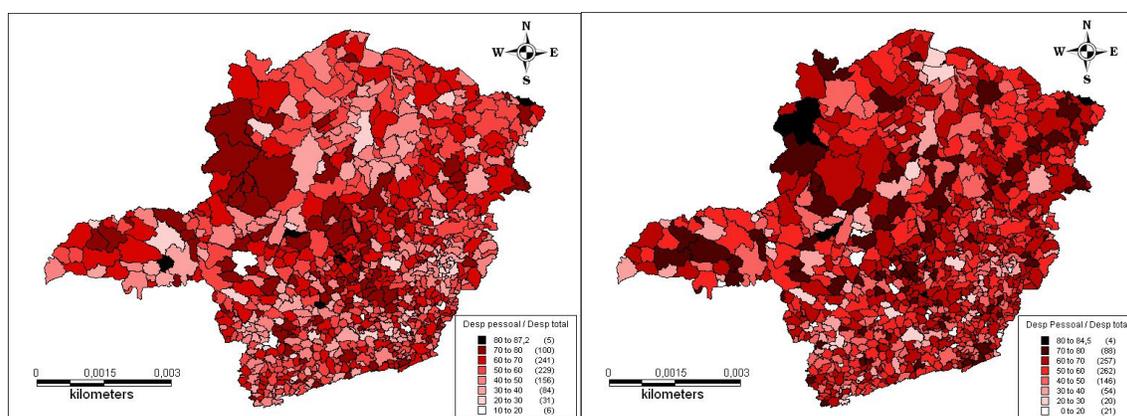


FIGURA 3: Participação da despesa com pessoal na despesa total de saúde (2002 e 2006)

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS/Datasus.

A principal mudança nesse quesito é o que parece ter mais contribuído para o aumento dos gastos no período foi o aumento de municípios na classe de gastos entre 50% e 60%, advindos primordialmente de entes federados que situavam-se nas classes imediatamente inferiores. Afora isso, não se nota nos dados nenhuma tendência regional

²¹ Nos limitamos a mostrar no corpo do texto essas duas análises por serem as mesmas as mais relevantes no aumento de gastos estaduais com saúde.

importante de mudança. Portanto, nota-se crescimento nos gastos com pessoal, mas sem qualquer destaque regional, sendo os gastos bastante dispersos.

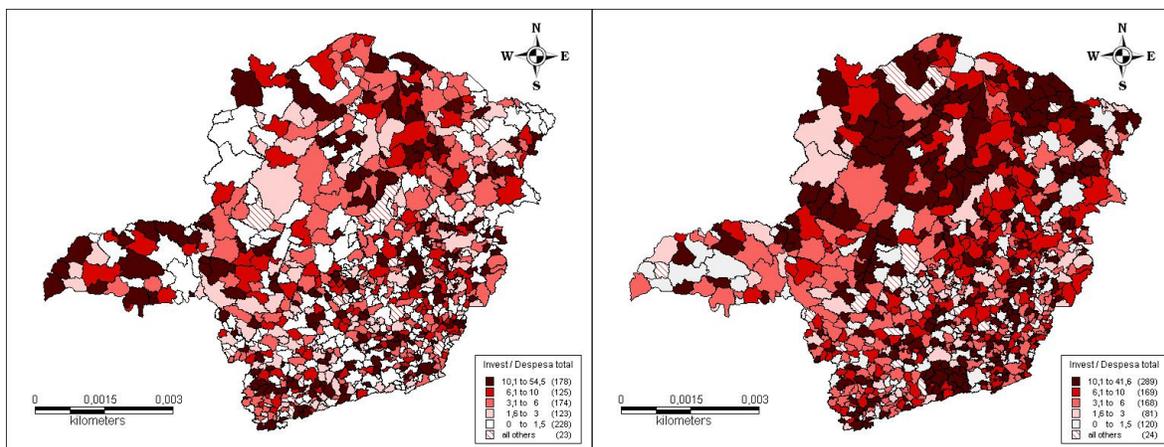


FIGURA 4: Participação da despesa com investimentos na despesa total de saúde (2002 e 2006).

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS/Datasus.

Como visto na tabela 3, os montantes gastos com investimento aumentaram consideravelmente em todo o território. Porém, ao analisarmos as regiões do Estado, constatamos um forte aumento de investimento na Região Norte *vis a vis* as demais regiões do Estado, mas nada que possa indicar correlação regional entre os municípios.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra que há um aumento considerável nos gastos municipais *per capita* com saúde no período analisado em todo o território nacional, sendo que o Estado de Minas Gerais praticamente cresceu à mesma média nacional, mantendo-se entre os quatro Estados que mais gastam com essa rubrica. Além disso, parece que esse aumento respondeu mais à descentralização provocada pelas decisões do SUS, com importância dada às pressões exercidas por meio da EC-29, e preocupações locais de políticas públicas, pertinentes a cada município em individual.

A análise a nível partidário não mostrou nenhuma coordenação política entre os municípios analisados. Visto que muitas vezes as necessidades municipais se sobressaem às

ideologias partidárias²², esse resultado não chega a ser nenhuma surpresa. Quanto à análise espacial, chegamos à conclusão semelhante, ou seja, ausência de auto-correlação municipal. Esse sim parece ser um resultado contra-intuitivo, visto que vários estudos de caráter regional em outras áreas de estudo econômico mostram grande correlação de gastos em municípios mineiros. Esperávamos que assim os gastos com saúde também seguissem um padrão espacial, algo que não se constatou.

Além disso, a análise a níveis desmembrados para grandes grupos de gastos mostra que Minas Gerais possui uma situação de destaque em relação aos outros Estados brasileiros visto que, ao contrário da maioria destes, aumentou seus gastos com investimento, dando uma clara direção de melhoria e crescimento de capacidade instalada. O aumento de gastos com pessoal e diminuição com serviço de terceiros mostra que esse aumento de investimentos pode estar sendo acompanhado de aumento de contratações em detrimento da contratação de terceirizados.

Na rubrica medicamentos, os gastos do Estado tiveram um ligeiro crescimento, diferentemente dos gastos médios nacionais. O resultado nacional já era esperado, visto o crescimento da participação dos genéricos no mercado, mas em MG o crescimento desses gastos parece indicar um aumento da assistência farmacêutica, já que o barateamento dos preços pôde induzir aumentos de demanda estatal.

Há de se lembrar que os resultados e conclusões aqui apresentados são iniciais, objetos em alguns casos de análise meramente descritiva. Assim, há profundas limitações quanto à comprovação estatística das mesmas. Torna-se necessário, portanto, uma análise mais aprofundada, com melhores técnicas metodológicas, a fim de corroborar esse início de agenda de pesquisa. Uma recomendação possível e que já está em curso é a averiguação dos gastos das prefeituras através de técnicas econométricas de decomposição de diferenciais e regressões quantílicas, como forma de diferenciar partidos e nível de gastos.

Ainda, é evidente que aumento de gastos não significa melhores gastos. Ou seja, as conclusões tiradas no trabalho devem ser guardadas com a devida cautela, visto que nem sempre o melhor é o maior.

²² Vide para isso as alianças municipais que muitas vezes contrapõem a ideologia nacional de determinados partidos.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, R. V., SÁ E BENEVIDES, R. P. *Financiamento da saúde pública no Brasil: a situação atual e o impacto da vinculação constitucional de recursos (EC 29/2000)*. In.: Revista de Gestão Governamental e Políticas Públicas, editor: GOMES, S. A. L. Goiânia, 2004, p.59-85.

ARRETCHE, M., MARQUES, E. *Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo*. São Paulo: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 7 (3): 455-479, 2002.

CAPANEMA, L. X. L., FILHO, P. L. P. *Indústria Farmacêutica Brasileira: Reflexões sobre sua estrutura e potencial de investimentos*. In.: Perspectiva do investimento 2007/2010, org.: FILHO, E. T. T., PUGA, F. P. Rio de Janeiro: BNDES, 2007, p.163-206.

CARVALHO, M. S. *Aplicação de Métodos de Análise Espacial para Caracterização de Áreas de Risco à Saúde*. Tese de doutorado em Engenharia Biomédica, COPPE/UFRJ, 1997. (disponível em www.procc.fiocruz.br/~marilia).

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) - NOB - SUS 01/96. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

PIOLA, S. F. & BIASOTO, G. *Financiamento do SUS nos anos 90*. (Parte 2, Capítulo 1). In.: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. (org.) “Brasil: Radiografia da Saúde”. Campinas: UNICAMP-IE, 2001.

7 ANEXOS

TABELA A.1: Gastos totais em saúde dos municípios por unidade da federação

Unidade da Federação	2002 (R\$)	2003 (R\$)	2004 (R\$)	2005 (R\$)	2006 (R\$)
Acre	41.015	47.180	61.989	76.583	0
Alagoas	336.282	359.270	435.448	509.914	569.134
Amapá	35.874	40.429	48.929	62.486	78.052
Amazonas	239.048	268.679	313.336	390.143	6.247
Bahia	1.085.510	1.225.511	1.561.362	1.926.216	2.520.315
Ceará	868.467	1.004.261	1.183.990	1.380.992	1.617.215
Espírito Santo	327.325	368.408	476.402	566.706	672.598
Goiás	639.772	734.112	882.658	1.050.178	1.213.003
Maranhão	553.624	574.728	653.044	977.946	1.247.714
Mato Grosso	369.448	434.627	555.553	642.255	727.603
Mato Grosso do Sul	328.481	389.345	489.525	571.643	690.397
Minas Gerais	2.578.653	2.919.081	3.393.692	4.043.317	4.741.075
Pará	601.812	653.675	767.217	961.904	1.096.918
Paraíba	340.554	425.083	571.366	701.113	792.441
Paraná	1.306.185	1.506.019	1.786.802	2.038.462	2.344.987
Pernambuco	681.448	775.409	927.610	1.103.911	1.352.411
Piauí	316.704	336.880	422.844	516.061	586.557
Rio de Janeiro	2.396.030	2.844.018	3.197.665	3.063.439	3.479.790
Rio Grande do Norte	346.191	365.898	461.697	571.273	638.245
Rio Grande do Sul	1.390.473	1.521.641	1.839.168	2.087.237	2.419.366
Rondônia	162.708	171.270	203.452	232.739	1.809
Roraima	44.109	45.005	50.763	65.366	1.153
Santa Catarina	690.787	825.410	1.025.963	1.202.124	1.398.771
São Paulo	5.812.981	6.313.018	8.137.012	9.406.556	10.637.706
Sergipe	177.672	216.535	286.074	347.641	407.789
Tocantins	140.040	155.465	195.970	240.769	290.150
Total	21.811.194	24.520.956	29.929.533	34.736.972	39.531.445

Fonte: SIOPS/Datasus.

TABELA A.2: Porcentagem de recursos próprios aplicados em saúde a nível municipal.

Unidade da Federação	2002	2003	2004	2005	2006	Varição 2006/2002
Acre	9,86	13,43	15,88	15,84	0,00	-100%
Alagoas	14,96	15,89	17,29	17,91	18,11	21%
Amapá	12,09	14,63	15,83	15,60	16,18	34%
Amazonas	14,95	16,36	17,54	17,15	17,44	17%
Bahia	14,19	15,15	17,22	17,86	18,24	29%
Ceará	17,40	17,67	18,55	20,78	20,16	16%
Espírito Santo	15,17	15,20	17,04	16,90	18,01	19%
Goiás	13,06	13,38	15,40	16,87	18,16	39%
Maranhão	15,57	17,69	17,06	20,12	24,70	59%
Mato Grosso	17,74	17,37	18,46	20,25	20,73	17%
Mato Grosso do Sul	16,86	17,20	18,99	19,53	20,78	23%
Minas Gerais	17,33	18,96	18,62	19,71	21,40	23%
Pará	14,15	15,89	16,67	18,20	18,29	29%
Paraíba	12,70	15,21	16,39	17,99	19,03	50%
Paraná	15,95	17,24	17,46	18,38	18,47	16%
Pernambuco	13,26	15,37	16,17	16,96	18,46	39%
Piauí	15,10	15,82	17,17	16,40	17,26	14%
Rio de Janeiro	17,01	20,71	20,63	20,31	21,76	28%
Rio Grande do Norte	17,42	18,74	19,67	19,83	20,42	17%
Rio Grande do Sul	15,24	15,64	17,32	17,55	18,73	23%
Rondônia	17,58	17,44	18,65	18,48	23,03	31%
Roraima	13,99	4,73	16,29	16,90	16,24	16%
Santa Catarina	15,24	16,21	17,71	18,35	19,00	25%
São Paulo	18,35	16,96	18,01	19,72	19,46	6%
Sergipe	13,07	13,79	16,00	17,31	17,76	36%
Tocantins	15,65	16,42	17,95	18,76	19,72	26%
Total	16,54	17,04	17,98	18,99	19,65	19%

Fonte: SIOPS/Datasus

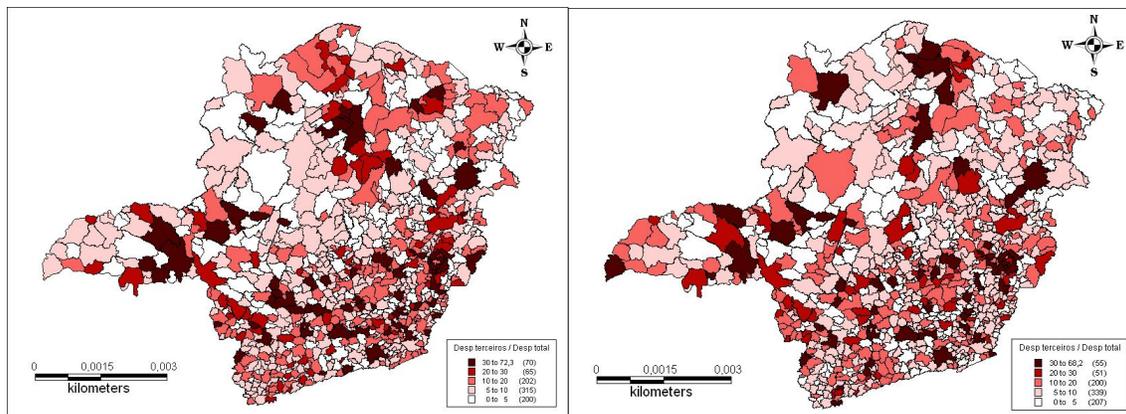


FIGURA A.1: Participação da despesa com serviços de terceiros na despesa total de saúde (2002 e 2006).

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS/Datasus.

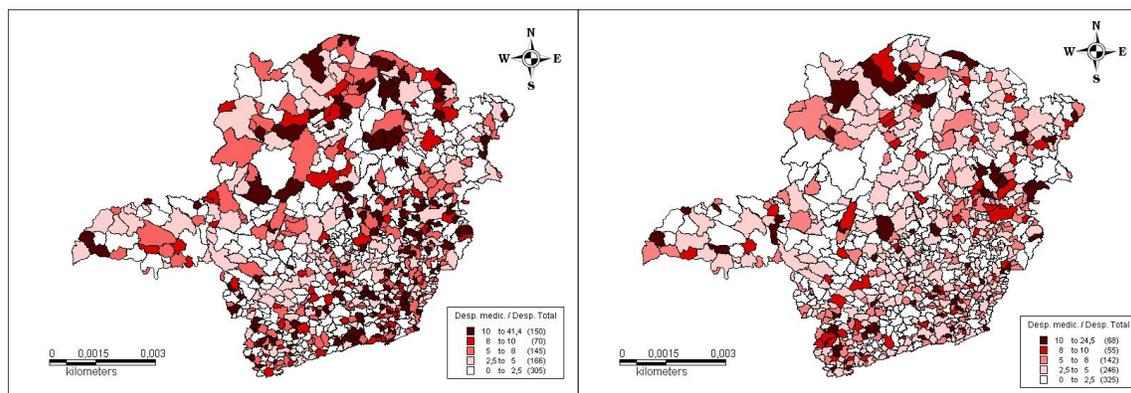


FIGURA A.2: Participação da despesa com medicamentos na despesa total de saúde (2002 e 2006).

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS/Datasus.