

A SUSTENTABILIDADE DA SAÚDE PÚBLICA EM DIADEMA, 2000 - 2011: UM RETRATO DOS LIMITES DA CONSTRUÇÃO DO SUS

*SUSTAINABILITY OF PUBLIC HEALTH IN DIADEMA, 2000 - 2011:
A PICTURE OF SUS BUILDING LIMITS*

Mariana Alves Melo¹, Áquilas Mendes²**RESUMO**

Introdução: entre 2000 a 2011 o município paulista de Diadema vem enfrentando diversos obstáculos na gestão da saúde, com dificuldades para assegurar a sustentabilidade de seu sistema de saúde. Objetivo: contribuir para a discussão do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu possível destino turbulento, a partir da análise da ótica municipal, identificando os limites de sua construção em Diadema. Métodos: Diadema caracteriza-se como um dos primeiros municípios brasileiros que aderiu aos princípios do SUS, desde a sua implantação, o que permite uma análise como estudo de caso na perspectiva da sustentabilidade do sistema em nível local; o conceito de sustentabilidade utilizado foi abordado sob duas dimensões, a de estrutura e a de processo desse sistema. Resultados: no período de implantação do SUS, Diadema destacou-se pelo crescente investimento na área de saúde, alcançando a aplicação média de 30% da sua receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais. Os resultados diagnosticados por meio da observação das dimensões de estrutura e processo indicam que a sustentabilidade do sistema municipal de saúde está ameaçada à medida que a significativa expansão da oferta de serviços e ações em saúde não foi acompanhada por recursos suficientes à sua saudável manutenção. Conclusões: a existência desses obstáculos justificou e formou a base necessária para o diagnóstico dos principais limites na conformação do SUS, no âmbito da política de saúde e gestão dos recursos, do financiamento e dos impactos orçamentários. Descritores: gestão em saúde; sistema único de saúde; avaliação de programas e projetos de saúde; políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

Introduction: between 2000 to 2011, Diadema paulista municipality has faced many obstacles in health management, struggling to ensure the sustainability of its health system. Objective: to contribute to the discussion of the Unified Health System (SUS) and its foreseeable turbulent future, based on the analysis of the municipal point of view, identifying the limits of its building in Diadema. Methods: Diadema is characterized as one of the first municipalities that adhered to the principles of the SUS, since its implementation, allowing an analysis as a case study in view of the system's sustainability at the local level. The term sustainability used was addressed in two dimensions: the structure of this system and its process. Results: in SUS implementation period, Diadema stood out by increasing investment in health, reaching an average allocation of about 30% of its tax revenues, including constitutional transfers. Results diagnosed by observing the structure of dimensions and the process indicate that the sustainability of the municipal health system is threatened, as the significant expansion of the range of services and health actions was not followed by sufficient resources to its health maintenance. Conclusions: the existence of obstacles justified and formed the

basis for the diagnosis of the main limits on SUS conformation, in health policy and management of resources, funding and budgetary impacts.

Key-words: health management; unified health system; program evaluation; public health policy.

INTRODUÇÃO

Nestes mais de 27 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) verificou-se uma significativa expansão da cobertura de suas ações, assim como de instrumentos de gestão e planejamento, objetivando o aprimoramento da estruturação. Porém, na maioria das vezes, estes instrumentos não conseguiram obter êxito e/ou caracterizaram-se como adequados às crescentes demandas da gestão na busca pela sustentabilidade dos sistemas locais de saúde.

Diadema não foge a este cenário. Antes mesmo da implementação do SUS, a administração municipal já possuía uma Secretaria de Saúde estruturada e, com o advento de sua institucionalização, passou a aderir às políticas e estratégias implementadas pelo SUS. Rigorosamente, no período transcorrido entre os anos de 2000 e 2011 destacou-se pelos crescentes investimentos na área de saúde, empregando em média, aproximadamente 30% da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, em ações e serviços de saúde,¹ representando mais que o dobro do percentual mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29 e regulamentado pela Lei Federal nº 141 de 2012 - no mínimo 15%. Nesse sentido, o tesouro municipal assumiu a responsabilidade de custear aproximadamente 70% das suas despesas com saúde.

Tendo em vista esta caracterização, o cenário dos obstáculos da gestão em saúde enfrentados pelo município na busca pela sustentabilidade das ações em saúde justifica a utilização do caso de Diadema como fonte de análise dos limites da construção do SUS sob a ótica municipal.

O objetivo geral do artigo é identificar a partir da evolução das políticas municipais de saúde de Diadema, entre 2000 e 2011, os principais limites à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica municipal, com o intuito de compreender melhor a dimensão da sustentabilidade de suas ações em saúde.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 4, p. 226-231, 2015

1. Economista e mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública - USP

2. Professor Doutor, livre docente em Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e do Programa de Pós-graduação em Economia Política e do Depto. de Economia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Recebido em 23/11/2015. Aceito para publicação em 30/11/2015.

Contato: aquilasn@uol.com.br

Tem-se como premissa que o conceito de sustentabilidade, aqui empregado, apoia-se em duas dimensões principais: a de estrutura (compreendida pelos recursos financeiros, materiais e humanos) e a de processo (compreendido pelos serviços, ações, políticas e estratégias em saúde).

A dimensão de estrutura baseia-se em estudo sobre o Financiamento do Sistema de Saúde da União Europeia realizado pela Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)² que diferencia sustentabilidade econômica (limite em que os custos sociais equiparem-se aos valores que produzem) de sustentabilidade fiscal (limite da capacidade de cobertura das receitas públicas).

A dimensão processo utilizada baseia-se na definição apresentada no estudo “Município - Rede: Planejamento, Desenvolvimento Político e Sustentabilidade” do Centro de Estudos e Pesquisa da Administração Municipal (CEPAM).³ O conceito apoia-se na vertente central que o planejamento municipal é o protagonista do êxito das políticas municipais e que a sustentabilidade relaciona-se à articulação dos atores e capacidades locais e regionais, à otimização de recursos, ao desenvolvimento sustentável e à participação social.

O artigo está organizado em duas partes. A primeira apresenta a contribuição de Diadema para a implementação do SUS e as políticas e estratégias implementadas no seu sistema de saúde. A segunda parte promove a discussão sobre a sustentabilidade do SUS de Diadema a partir da problematização da política de saúde no âmbito da gestão dos recursos, do financiamento e dos impactos orçamentários.

MÉTODOS

A análise da gestão da saúde do município de Diadema integra o método de um estudo de caso ou método monográfico, tal como definido por Lakatos e Marconi.⁴ O artigo relacionou grande quantidade de informações acerca do objeto de análise por meio de diferentes técnicas de pesquisa, “visando aprender uma determinada situação e descrever a complexidade de um fato” (p. 274).⁴ Foi elaborado com base em pesquisa documental e bibliográfica. Os objetos de pesquisa analisados foram documentos e instrumentos legais do SUS e do sistema de saúde de Diadema, bem como desenvolveu-se análise bibliográfica e teórica dos conceitos e técnicas empregadas. Utilizaram-se dados secundários relativos aos indicadores de resultado, processo e estrutura da saúde municipal, com destaque à evolução do gasto em saúde de Diadema.

As principais fontes de dados foram o acervo de instrumentos de planejamento e orçamento da Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde de Diadema, dados do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O recorte temporal da análise abordou o período de 2000 a 2011. Tal escolha baseou-se no objetivo de contemplar três períodos de mandatos distintos das gestões municipais - 2001 a 2004; 2005 a 2008; 2009 a 2012. Porém, como o estudo de caso foi elaborado em 2012, não foi possível a utilização dos resultados deste último ano. Para atenuar possíveis impactos desta ausência, incluiu-se o ano de 2000 (um ano antes do início do mandato de 2001 a 2004). Isto porque o ano de 2000, assim como o ano de 2012, é caracterizado como ano de encerramento de mandato. No entanto, não se devem desconsiderar as

diferenças entre as realidades temporais.

Sobre outro aspecto, a escolha do recorte temporal também se justifica pelo fato da década de 2000 ter sido marco importante da estruturação da gestão municipal do SUS em virtude do advento do desenvolvimento do Pacto pela Saúde a partir de 2006.⁵ Por fim, destaca-se que a análise restringiu-se aos gastos com a rede municipal de serviços de saúde própria, realizados com recursos próprios e com recursos estaduais e federais transferidos ao Fundo Municipal de Saúde de Diadema, entre 2000 e 2011.

RESULTADOS

A contribuição de Diadema para a implementação do SUS

A construção do SUS em Diadema no período de 2000 a 2011, dentre outras variáveis, foi protagonizada por três pilares: a contribuição do movimento popular, a representativa atuação dos gestores locais e a implementação de diversificado conjunto de políticas e estratégias de saúde que trilharam percurso paralelo ao das diretrizes criadas no desenvolvimento do SUS em âmbito nacional.

Com o agigantamento do contingente populacional municipal a partir da década de 1960, decorrente do processo de industrialização da capital, os moradores de Diadema passaram a conviver com as mazelas de uma cidade marcada por precários recursos infraestruturais.⁶ A partir deste cenário, o movimento popular assumiu papel fundamental no processo de fundação do sistema público de saúde de Diadema. Sua contribuição iniciou-se com a luta das mulheres por melhores condições de sobrevivência para suas famílias, unindo-se e discutindo soluções para problemas comuns, como o descarte do lixo.⁶

Em 1980 acirrou-se a demanda por investimentos em políticas de saúde municipais dadas as condições impostas pelo cenário econômico negativo, marcado por altas taxas de inflação e pouco investimento federal em saúde. Para vencer este obstáculo, o movimento popular se fortaleceu por meio da organização em comissões, que começou a realizar compras comunitárias e discutir os problemas da área de saúde e reivindicá-los junto à administração municipal.⁶

Com a assunção da prefeitura pelo governo do Partido dos Trabalhadores (PT), em 1982, inaugurou-se no município a abertura para participação popular.* Tendo em vista a diversidade de demandas da população, a administração municipal solicitou ao movimento popular a escolha de prioridades, e a primeira eleita foi a construção de postos de saúde.⁶

Com o tempo e a intensificação desta relação, o movimento popular procurou legitimar-se junto à administração, criando e institucionalizando o Conselho Popular de Saúde, em maio de 1987, no I Encontro Municipal de Saúde. Essa criação se deu por meio de votação direta da população, antes mesmo da constituição deste tipo de instrumento no SUS - arregimentado pela Lei 8.142 de 1990. Juntamente aos Conselhos, constituíram-se ainda as Comissões de Saúde em cada uma das oito Unidades Básicas de Saúde que existiam à época.^{5,6}

Mais tarde, em 1992, por meio de lei, institucionalizou-se a criação de dois Conselhos de Saúde no município: Conselho Popular e Conselho Municipal de Saúde.

* Cabe salientar ainda que a história política da cidade confunde-se com as origens do PT. Isto porque o partido foi fundado em 1980 e sua primeira gestão municipal deu-se justamente em Diadema, de 1983 a 1988. No período de 1983 a 2011, apenas em um mandato o partido não foi eleito na cidade: para a gestão de 1997 a 2000 foi eleito o prefeito do Partido Socialista Brasileiro (PSB), anteriormente afiliado do PT.

Dada a evolução e estruturação desta forma de participação popular, em 2011, o município passou a contar com 29 conselhos gestores, tripartites e paritários.⁶ As discussões evoluíram e, com o tempo, as questões discutidas passaram a inferir as problemáticas acerca das políticas públicas municipais e sua estruturação. Desta forma, observou-se o fundamental papel exercido pelo movimento popular na constituição do sistema de saúde municipal, obtendo êxito em sua atuação por meio da participação organizada e intensa.

Outro fator de igual importância à construção da saúde pública municipal foi a intensa e reconhecida participação e articulação dos gestores municipais de Diadema no âmbito da implementação SUS no período. Os secretários municipais de saúde atuaram de maneira determinante no movimento dos Secretários Municipais de Saúde, tendo participação representativa no processo de municipalização, em que se destacam os exemplos: atuação determinante na estruturação da Associação Paulista de Secretarias Municipais de Saúde Dr. Sebastião de Moraes (Secretário José Augusto da Silva Ramos), que mais tarde fundou o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP); participação ativa na operação do COSEMS e no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); participação nas Comissões Bipartite e Tripartite (CIB e CIT) do SUS; presidência do COSEMS e CONASEMS (Secretário Gilberto Natalini de 1997 a 1999); vice-presidência no CONASEMS (Secretária Aparecida Linhares Pimenta em 2011 a 2013); entre outros.

Com significativa articulação dos secretários, Diadema foi um dos primeiros municípios no País que aderiu a Norma Operacional Básica 93 (NOB 93), a Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e Pacto pela Saúde. Todas essas Normas do SUS asseguraram o processo de descentralização da política de saúde, bem como de seus recursos financeiros.

Dado destaque ao desenho do processo de constituição da política municipal de saúde de Diadema (por meio da atuação do movimento popular e participação dos gestores municipais), torna-se possível delinear o percurso da gestão em saúde no período de 2000 a 2011 por meio da análise das políticas e estratégias implementadas.

As políticas e estratégias implementadas na saúde de Diadema

A análise das políticas e estratégias implementadas no período, por meio dos registros em instrumentos de planejamento e avaliação da saúde municipal, evidenciou um representativo crescimento do número de ações e estratégias de saúde, mas também, e principalmente, a evolução da complexidade dos aspectos de gestão e planejamento.

Uma variável representativa desta análise foi a evolução da proporção e cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no período, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Em 2000, a cobertura restringia-se a menos de 10% da população do município, e já em 2011 a cobertura ampliou-se para quase 65% da população. No que se refere à cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), observou-se o mesmo crescimento representativo: em 2000 aproximadamente 20% da população estava coberta pela atuação dos ACS e já em 2011 a população coberta por ACS ampliou para 70%.⁷

Em outra perspectiva, observou-se, também, a existência de tendência de ampliação dos procedimentos

ambulatoriais aprovados por habitante ao ano, segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Estes passaram de dez procedimentos por habitante ao ano em 2000 para, aproximadamente, 20 em 2011.⁸ O crescimento está relacionado à ampliação e diversificação da oferta de serviços ambulatoriais observada no município. Porém, tal crescimento teve impactos importantes na ampliação dos gastos em saúde municipais. Por sua vez, observou-se uma ligeira queda do número de internações aprovadas por habitante ao ano, no período.⁸ Tal redução poderia estar relacionada à intensificação da Política de Atenção Básica e abertura do Hospital Estadual de Diadema no Bairro Serraria em 2001. Porém, na contramão desta corrente, houve no período um aumento dos leitos municipais.

No período analisado, verificou-se ainda a ampliação do número de estabelecimentos municipais públicos de saúde segundo a classificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos Públicos de Saúde (CNES). Em 2005 havia 30 estabelecimentos registrados, passando em 2011 para 35.⁸ Este crescimento refletiu a expansão e diversificação das políticas e oferta em saúde municipal.

O aumento da estrutura do sistema municipal de saúde também pode ser observado na evolução do Quadro de Pessoal.⁹ O montante de profissionais em exercício no ano de 2000 era de 2.067 trabalhadores e em 2011 o número quase dobrou, passando para 3.947 trabalhadores.

Por fim, cabe destacar que a evolução observada no tocante à oferta em saúde (procedimentos, estabelecimentos de saúde, pessoal, etc.) não foi isolada. Constata-se, também crescimento da implementação de diversificado conjunto de políticas em todos os níveis de atenção à saúde. Em 2011 o município obteve nota 6,44 no Índice de Desempenho do SUS (IDSUS 2012), sendo a melhor nota entre os sete municípios da Região do Grande ABC. Na Região metropolitana de São Paulo, Diadema ocupa a 2ª posição do *ranking* do grupo homogêneo 2 - classificação criada pelo Ministério da Saúde.¹⁰

DISCUSSÃO

Entre 2000 e 2011, a análise da condução da gestão municipal de saúde, do conjunto de políticas e estratégias implementadas e dos principais resultados obtidos demonstraram notório crescimento das ações e serviços de saúde em Diadema. Qual seriam, então, os limites desta expansão? Tal indagação remete à importante discussão acerca da sustentabilidade do SUS nesse município. Duas dimensões devem ser apresentadas: 1) os aspectos da política de saúde e gestão dos recursos, 2) os aspectos do financiamento em saúde e impactos orçamentários.

No que concerne aos aspectos da política de saúde e gestão de recursos destacaram-se as variáveis que constituíram os obstáculos à manutenção da sustentabilidade do sistema municipal de saúde. São elas: a) o peso político da condução da gestão em saúde no âmbito da política municipal, b) a inflexibilidade da máquina pública aliada à rigidez e burocratização na execução de programas federais e estaduais, c) a escassez de médicos no mercado para trabalho na área pública e d) a responsabilidade atribuída ao município em detrimento das outras esferas de gestão na promoção e oferta de ações de saúde e consequentes dificuldades na relação entre os atores regionais/referências e indefinição de competências dos entes federados.

O atendimento das reivindicações do forte e articulado movimento popular da cidade gerou aos governos municipais um saldo político positivo. Assim, assumir a área de saúde

como prioridade e atender às demandas da população (mesmo que estas fossem centradas em expansão de oferta de serviços, médicos e medicamentos insustentáveis) contribuiu de maneira significativa à manutenção do poder dos governos municipais e, por este motivo, foram realizadas por todas as gestões no período analisado. Desta maneira, o peso político da condução da gestão em saúde atuou na contramão da sustentabilidade do sistema municipal.

A inflexibilidade da máquina pública aliada à rigidez e burocratização na execução de programas federais e estaduais personalizam-se na tarefa complexa dos gestores municipais em conduzir a gestão pública por meio do emaranhado de normas legais que regem a administração da saúde pública. Tal rede complexa, no período analisado, acabou por produzir inúmeros obstáculos à gestão municipal no tocante à sustentabilidade do sistema. Dentre eles destacam-se: a vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000), que limita a despesa com pessoal em contraposição à implementação da Estratégia de Saúde da Família; a ausência de comunicação entre os diversos sistemas de informação em saúde para a gestão municipal; grande número de metas (indicadores) do Pacto pela Saúde a cumprir pelos municípios; publicação excessiva de portarias do Ministério da Saúde para a efetivação das políticas.

Outro obstáculo que perseguiu as gestões municipais de saúde, especialmente Diadema durante grande parte do período analisado, foi a escassez de médicos no mercado para trabalho na área pública. Esta variável foi classificada pelas gestões municipais como restritivo à manutenção da oferta de serviços à população principalmente a partir de 2009.¹¹ A principal causa identificada foi a impossibilidade municipal de ofertar salários compatíveis com a oferta da região. Porém, tal problemática poderia ser enfrentada pela redefinição do modelo de atenção praticado no município, o que não ocorreu entre 2000 a 2011.

Sob outra perspectiva, durante o período analisado foram constatadas inúmeras ações da gestão municipal em prol do estabelecimento de pactos para a ampliação das referências regionais e cofinanciamento. Porém, a falta de êxito desta intensa atuação dos secretários municipais, segundo o relato das gestões nos instrumentos de avaliação e planejamento, constitui uma das principais causas da escolha pela implantação do *Quartirão da Saúde** e escassez de médicos para cobrir os plantões do Pronto-Socorro Municipal. Nesta linha, o não atendimento à solicitação pelo compartilhamento da gestão do Hospital Estadual de Diadema também gerou prejuízos à manutenção da sustentabilidade do sistema municipal de saúde. Observou-se maior atribuição de responsabilidade ao município na promoção e oferta de ações de saúde quando comparada ao governo estadual.

A análise desses aspectos da política de saúde e da gestão de recursos contribuiu para o cenário de dificuldades na manutenção da sustentabilidade do sistema municipal de saúde, particularmente no tocante ao tipo de modelo de atenção que prevaleceu no município ao longo do período analisado. Apesar das diferentes gestões terem buscado implantar estratégias objetivando a mudança do modelo de saúde em sintonia com a prioridade da Política de Atenção Básica, constatou-se a permanência do modelo médico hegemônico.

No tocante aos aspectos do financiamento e impactos orçamentários, as variáveis de maior relevância observadas no período foram: a) o crescente comprometimento orçamentário

com a área de saúde municipal; b) o grau de dependência da receita disponível municipal (impostos mais as transferências constitucionais) em relação ao imposto estadual, o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); c) a estrutura de financiamento do SUS, marcada pela rígida operacionalização dos recursos de transferências federal, atrelados à incentivos financeiros e à lógica de produção em saúde; d) a concentração de recursos de transferências federais para a atenção de média e alta complexidade em detrimento da atenção básica; e e) o crescimento significativo da proporção dos gastos em saúde com serviços de terceiros e pessoa jurídica em relação ao total de despesas com saúde.

No período de 2000 a 2011, o município de Diadema aplicou em média 30% de seus recursos próprios em saúde.¹² Uma das estratégias da gestão para minimizar o impacto deste elevado comprometimento foi a de expandir o cofinanciamento federal e estadual. Porém, a participação do governo estadual foi muito pouco representativa, não ultrapassando 1% entre 2003 e 2011, segundo dados do SIOPS.¹² No mesmo período, o governo federal contribuiu em média com 28% das despesas com ações e serviços públicos de saúde municipais.

O fenômeno agravante deste cenário foi o observado desnivelamento do crescimento entre as despesas com recursos próprios municipais por habitante e as transferências de recursos dos demais entes da federação por habitante no período. As transferências SUS por habitante cresceram em percentuais muito menores que as despesas com recursos próprios por habitante. Esta distância demonstra-se crescente, tendo com ponto inicial de aceleração o ano de 2008. Entende-se que uma das possibilidades da causa da aceleração deste desnivelamento refere-se ao início do funcionamento do *Quartirão da Saúde* a partir de maio de 2008.

Este percentual de comprometimento do orçamento municipal com ações e serviços públicos de saúde acompanhou a expansão dos serviços da rede municipal de saúde e acabou por prejudicar o desenvolvimento de programas e ações de outras áreas, além da própria sustentabilidade do sistema municipal.

Outra variável observada na análise dos aspectos do financiamento refere-se ao elevado grau de dependência da receita disponível de Diadema em relação ao ICMS, dada à representatividade econômica de seu terceiro setor no período de 2002 a 2008.¹³ Assim, pode-se afirmar que embora o município tenha elevado o comprometimento do orçamento municipal com a área de saúde no período, foram fundamentais os recursos advindos de outras esferas de governo no cofinanciamento da rede municipal de saúde, especialmente as transferências constitucionais.

Em relação à estrutura de financiamento do SUS, constatou-se a rígida operacionalização dos recursos das transferências federais no âmbito do município. Isso porque há uma indefinição por parte das portarias federais sobre o que pode e o que não pode ser adquirido com os recursos provenientes de cada um dos blocos de financiamento federal: atenção básica, média e de alta complexidades; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS e investimentos na rede de serviços de saúde.¹⁴ Um exemplo deste ponto foi a assinatura de um Termo de Ajuste Sanitário (TAS) pelo município no ano de 2012, por exigência da Auditoria do Ministério da Saúde, em virtude de ter adquirido com recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) materiais de laboratório. Segundo essa auditoria, tais materiais se enquadram no bloco de financiamento da média e alta

* Ambulatório de especialidades médicas de mais de 19 mil km², com serviço ambulatorial de média e alta complexidade, com grande investimento em tecnologia de ponta e serviços diagnósticos, inclusive com um Centro Cirúrgico Ambulatorial para realização de vídeo cirurgia e hospital dia.

complexidade. Porém, a justificativa da gestão era que a grande maioria dos exames de laboratório realizada servia à rede básica de saúde.

Questionamentos como esse foram inibindo melhor utilização desses blocos no seu conjunto, afastando a possibilidade de transferência e uso dos recursos de forma global e aproximando-os da lógica de assegurar maior eficiência dos recursos por meio de programas definidos pelo governo federal, contando com incentivos financeiros específicos para a sua execução (aos municípios cabe apenas o papel de executores das políticas e projetos do Ministério da Saúde).¹⁵

Parece que o grande problema do financiamento interno para o SUS reside no governo federal. Além disso, seu papel vem sendo cada vez mais o de recentralizar as formas de alocação do financiamento, em detrimento dos governos municipais, pautando a lógica da política de saúde local, à medida que subordina o repasse ao cumprimento de definições da política realizadas no âmbito do governo federal, por meio dos incentivos financeiros e dos mecanismos de repasses conforme a produção em saúde.

Em virtude de Diadema encontrar-se em uma situação orçamentária restritiva, principalmente a partir de 2009, com o sequestro judicial de receitas advindas de precatórios, a adesão às políticas do Ministério da Saúde constituiu-se uma saída para expansão de receitas não exclusivas do tesouro municipal, independentemente das reais necessidades locais de saúde e de seu impacto futuro na expansão das despesas de custeio.

No que respeita à distribuição das transferências federais, observou-se, entre 2000 e 2011, concentração de recursos na atenção da média e alta complexidades, correspondendo em média de 65,53% do total das transferências em Diadema, enquanto à atenção básica foram repassados em média de 27,72%, com uma tendência de queda a partir do ano de 2003.¹⁶ Tal comportamento não condiz com a diretriz do Ministério da Saúde, que pautada na Política Nacional de Atenção Básica aponta este nível de atenção como prioritário no acesso da população aos serviços públicos de saúde. Cabe destacar ainda, as linhas de financiamento do bloco da média e alta complexidade, por terem como base a capacidade instalada e produção em saúde, colocam-se em sintonia com os interesses do setor privado, principalmente prestadores e indústrias.

Outro aspecto que merece destaque foi o crescimento significativo da proporção dos gastos em saúde com serviços de terceiros e pessoa jurídica em relação ao total de despesas com saúde. Esse percentual passou de 4,25% em 2000 para 31,55% em 2011.¹² Os principais motivos apontados pela gestão foram: a dificuldade na fixação de médicos, a insuficiência de competência técnica para a execução de processos com alto teor tecnológico em decorrência do início de funcionamento do *Quartirão da Saúde* em 2008, a contratação de serviços privados, entre outros. Este último fenômeno exigiu da gestão aprimoramento nos processos de fiscalização e monitoramento.^{11,17,18}

A análise dos aspectos do financiamento em saúde e impactos orçamentários permitiu verificar que os problemas enfrentados pelo município no período coincidiram com o quadro geral de financiamento do SUS. Isto porque Diadema construiu ampla e diversificada rede com base nas necessidades da população, segundo as diretrizes do SUS e em sintonia com as políticas formuladas pelo Ministério da Saúde e acabou sendo sobrecarregado pela responsabilidade

de prover à população serviços e ações de saúde, custeadas (na grande maioria) com seus insuficientes recursos próprios.

CONCLUSÃO

A análise da gestão da política em saúde do município de Diadema de 2000 a 2011 objetivou fomentar a discussão acerca dos caminhos trilhados na estruturação do SUS e seu possível futuro turbulento, apontando os principais limites de sua construção a partir da ótica municipal.

Os resultados apontados pela análise indicam que a sustentabilidade do sistema municipal de saúde está ameaçada. Isto porque a significativa expansão da oferta de serviços e ações em saúde verificada não foi acompanhada por meios e recursos necessários a sua saudável manutenção.

Apesar de não compreendida no âmbito de nossa análise, não se pode descartar a existência de problemas relacionados à gestão da saúde municipal propriamente dita, sejam advindos da complexidade da operação do SUS, observada no período, sejam originados da necessidade de aprimoramento das técnicas de gestão.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento e seu respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Brasília, 30 jan. 2007.
2. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses [Internet]. Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies; World Health Organization; 2009 [acesso em 20 out. 2015]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies>.
3. Moisés HN. Município-Rede: planejamento, desenvolvimento político e sustentabilidade. O município no século XXI: cenários e perspectivas. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima-CEPAM; 1999.
4. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia científica. São Paulo: Atlas; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 22 fev. 2006.
6. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Participação popular e controle social em saúde: a experiência de capacitação de conselheiros de saúde e lideranças populares em Diadema. Diadema (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 02 ago. 2012]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>
9. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Serviço de Recursos Humanos. Evolução total de profissionais da área de saúde, de 2000 a 2011. Diadema: Secretaria Municipal de Saúde; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. 2012 [acesso em 02 ago. 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080
11. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Relatório Anual de Gestão 2010. Diadema (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2010.

12. Brasil. Ministério da Saúde: SIOPS Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 10 set. 2012]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consvaloresmunicipio.php>
13. Mendes Á. Financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde [SUS] realizados pelos municípios da Região Metropolitana de São Paulo 2002 a 2008. São Paulo: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo; FUNDAP; 2010.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.497, de 22 de junho de 2007. Estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos que compõem os blocos. Diário Oficial da União, Brasília, 24 jun. 2007.
15. Marques RM, Mendes Á. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. Econ Soc. 2005;14(1):159-75.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Transparência da Saúde: repasses financeiros [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 01 set. 2012]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portalthtransparencia/index.jsf>
17. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Relatório Anual de Gestão 2011. Diadema (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2011.
18. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Relatório Anual de Gestão 2012. Diadema (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2012.