



ISSN 2238-118X

*CADERNOS CEPEC*

*V. 5 N.12 Dezembro de 2016*

**OS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE PÚBLICA E SANEAMENTO EM  
PERÍODO RECENTE (2000/2010): UMA ANÁLISE APROXIMATIVA A  
PARTIR DAS REGIÕES DE INTEGRAÇÃO PARAENSE**

Mariana Nascimento Oliveira  
José Raimundo Barreto Trindade

**Centro de Pesquisas Econômicas da Amazônia**



CADERNOS CEPEC

Publicação do Programa de Pós-graduação em Economia da Universidade Federal do Pará.

Periodicidade Mensal – Volume 5 – Nº12 – Dezembro de 2016

Reitor em Exercício: Horácio Shneider

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós Graduação em Exercício: Iracilda Sampaio

Instituto de Ciências Sociais Aplicadas

Diretor: Carlos Alberto Batista Maciel

Vice Diretor: Manoel Raimundo Santana Farias

Coordenador do Mestrado e Doutorado em Economia: Ricardo Bruno Nascimento

Editores

José Raimundo Barreto Trindade - Principal

Sérgio Luis Rivero

Conselho Editorial Provisório

Armando Souza

Marcelo Diniz

Ricardo Bruno

Francisco Costa

José Trindade

Danilo Fernandes

Gilberto Marques

Sérgio Rivero

Gisalda Filgueiras

Márcia Jucá Diniz

---

Comentários e Submissão de artigos devem ser encaminhados ao  
Centro de Pesquisas Econômicas da Amazônia, através do e-mail:  
[jrtrindade@uol.com.br](mailto:jrtrindade@uol.com.br)

Página na Internet: <http://www.ppgeconomia.ufpa.br/>

---

Cadernos CEPEC  
Missão e Política Editorial

Os Cadernos CEPEC constituem periódico mensal vinculado ao Programa de Pós-graduação em Economia do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Sua missão precípua constitui no estabelecimento de um canal de debate e divulgação de pesquisas originais na grande área das Ciências Sociais Aplicadas, apoiada tanto nos Grupos de Pesquisa estabelecidos no PPGE, quanto em pesquisadores vinculados a organismos nacionais e internacionais. A missão dos Cadernos CEPEC se articula com a solidificação e desenvolvimento do Programa de Pós-graduação em Economia (PPGE), estabelecido no ICSA.

A linha editorial dos Cadernos CEPEC recebe textos de diferentes matizes teóricas das ciências econômicas e sociais, que busquem tratar, preferencialmente, das inter-relações entre as sociedades e economias amazônicas com a brasileira e mundial, seja se utilizando de instrumentais históricos, sociológicos, estatísticos ou econométricos. A linha editorial privilegia artigos que tratem de Desenvolvimento social, econômico e ambiental, preferencialmente focados no mosaico que constitui as diferentes “Amazônias”, aceitando, porém, contribuições que, sob enfoque inovador, problematize e seja propositivo acerca do desenvolvimento brasileiro e, ou mesmo, mundial e suas implicações.

Nosso enfoque central, portanto, refere-se ao tratamento multidisciplinar dos temas referentes ao Desenvolvimento das sociedades Amazônicas, considerando que não há uma restrição dessa temática geral, na medida em que diversos temas conexos se integram. Vale observar que a Amazônia Legal Brasileira ocupa aproximadamente 5,2 milhões de Km<sup>2</sup>, o que corresponde a aproximadamente 60% do território brasileiro. Por outro lado, somente a Amazônia brasileira detém, segundo o último censo, uma população de aproximadamente 23 milhões de brasileiros e constitui frente importante da expansão da acumulação capitalista não somente no Brasil, como em outros seis países da América do Sul (Colômbia, Peru, Bolívia, Guiana, Suriname, Venezuela), o que a torna uma questão central para o debate da integração sul-americana.

Instruções para submissão de trabalhos:

Os artigos em conformidade a linha editorial terão que ser submetidos aos editorialistas, em Word, com no máximo 25 laudas de extensão (incluindo notas de referência, bibliografia e anexos). Margens superior e inferior de 3,5 e direita e esquerda de 2,5. A citação de autores deverá seguir o padrão seguinte: (Autor, data, página), caso haja mais de um artigo do mesmo autor no mesmo ano deve-se usar letras minúsculas ao lado da data para fazer a diferenciação, exemplo: (Rivero, 2011, p. 65 ou Rivero, 2011a, p. 65). Os autores devem fornecer currículo resumido. O artigo deverá vir obrigatoriamente acompanhado de Resumo de até no máximo 25 linhas e o respectivo Abstract, palavras-chaves e Classificação JEL (Journal of Economic Literature).

# OS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE PÚBLICA E SANEAMENTO EM PERÍODO RECENTE (2000/2010): UMA ANÁLISE APROXIMATIVA A PARTIR DAS REGIÕES DE INTEGRAÇÃO PARAENSE

Mariana Nascimento Oliveira<sup>1</sup>  
José Raimundo Barreto Trindade<sup>2</sup>

## RESUMO

A mudança das diretrizes federativas, instituída com a promulgação da Constituição de 1988, ampliou as responsabilidades sociais dos municípios brasileiros bem como reformulou a dinâmica fiscal dos entes federados. A partir desse contexto, buscou-se identificar o padrão de gastos em saúde e saneamento existente no estado do Pará e em suas regiões de integração, associando os aspectos fiscais à melhoria na qualidade de vida através de uma metodologia classificatória. Constatou-se que apesar da evolução dos investimentos na área da saúde e saneamento básico, ocorrida nos anos de 2000 a 2010, o estado do Pará concentra um padrão de baixo e precário gasto, assim como uma regular influência da saúde no desenvolvimento municipal. O dinamismo econômico foi o principal fator que influenciou o maior gasto público em saúde e saneamento, embora não tenha sido suficiente para a geração de maiores níveis de bem-estar.

**Palavras-chaves:** Regulação. Federalismo Fiscal. Gasto Social. Saúde. Saneamento.

## ABSTRACT

Changes of federal guidelines, established with the promulgation of the constitution of 1988, pushed the social responsibilities of municipalities and reshaped the fiscal dynamics of federal entities. From this context, we sought to identify the pattern of spending on health and sanitation in the existing state of for and in regions of integration, linking the tax aspects with the quality of life of Improve through the classification methodology. It was found that despite the evolution of investments in health and sanitation, which occurred in the years 2000 to 2010, the state of Pará focuses the pattern of low and precarious spent, as well as regular health influence in municipal development. The economic dynamism was the main factor que influenced the greater public spending on health and sanitation, though not enough to generate higher welfare levels.

**Keywords:** Regulation. Fiscal Federalism. Social Spending. Health. Sanitation.

---

<sup>1</sup>Mestranda do Programa de Pós-graduação em Economia PPGE /UFPA. E-mail: mariana.oliveira.2@hotmail.com

<sup>2</sup> Professor do Programa de Pós-graduação em Economia PPGE /UFPA. E-mail: jrtrindade@ufpa.br.

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. O DESENVOLVIMENTO BRASILEIRO: A AUSÊNCIA DO ESTADO DE BEM-ESTAR E A DINÂMICA DO FORDISMO PERIFÉRICO .....	7
3. A SAÚDE PÚBLICA EM ANOS RECENTES NO BRASIL: AVANÇOS E LIMITAÇÕES ESTRUTURAIS.....	9
3.1 DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	10
3.2 EVOLUÇÃO DO SETOR SAÚDE E INFERÊNCIAS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA.....	14
3.3 DESENVOLVIMENTO DO SANEAMENTO BÁSICO NO BRASIL.....	17
3.4 FEDERALISMO FISCAL: DESAFIO PARA AS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SANEAMENTO.....	19
4 ESTUDO DOS GASTOS COM SAÚDE E SANEAMENTO POR REGIÕES DE INTEGRAÇÃO DO PARÁ .....	22
4.1 AVALIAÇÃO DOS GASTOS EM SAÚDE/SANEAMENTO NOS MUNICÍPIOS PARAENSES .....	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30

## 1. INTRODUÇÃO

As políticas sociais são desenvolvidas como parte do processo de reprodução social da força de trabalho, podendo se concretizar em diferenciados graus de amparo do trabalhador diante de situações de desemprego, velhice e doenças. A gestão pública nas áreas de saúde e saneamento básico faz parte desse conjunto, sendo fundamental frente às contradições e desajustes sociais próprios do processo econômico capitalista, assim como das necessidades coletivas que independem do tipo de modo de produção social em questão<sup>3</sup>. Entre os gastos sociais, saúde e saneamento se destacam devido o grau de importância e necessidade demandada pela população, pois investimentos nessas áreas refletem na melhoria da satisfação social e desenvolvimento local. Mudanças no comportamento das políticas do Estado brasileiro e de sua estrutura federalista, ocorridas nas últimas décadas, repercutiram certamente no perfil das despesas públicas atuais dos entes federativos e no bem-estar social.

A partir da promulgação da Constituição de 1988, o Brasil rompe com centralização política praticada durante o governo militar, e inspirado nos princípios do *Welfare State* vividos na Europa durante os “Anos de Ouro do Capitalismo” (1950-1970) abre caminhos para o desenvolvimento das políticas sociais no país. O Sistema Único de Saúde (SUS) é um exemplo bem sucedido do esforço desse período em melhorar o bem-estar do povo brasileiro, seguindo um formato institucional-descentralizado que preza pelos princípios da universalidade, integralidade e gratuidade, o SUS responde atualmente por 75% da cobertura de saúde no país e beneficia cerca de 190 milhões de pessoas com esse serviço. Aliar o setor saúde com saneamento básico é estratégico no sentido em que estas políticas possuem alta correlação, portanto investimentos em saneamento básico geram, em contrapartida, redução nos custos com a saúde pública.

O estudo tem como objetivo caracterizar o padrão de gasto em saúde e saneamento nos períodos de 2000-2010, traçando um perfil para o estado do Pará e suas Regiões de Integração (RI). A determinação do padrão dessas despesas será realizada

---

<sup>3</sup> Podemos denominar esses gastos estatais como necessários ao processo de legitimação social, o que tem sua base na relação salarial e que requer renovados processos de adaptação, como mudanças em regimes salariais, políticas previdenciárias e de saúde pública, ocasionando a manutenção de instituições necessárias a dar suporte a esses processos. Estão inclusos nesses “gastos sociais” aqueles recursos destinados ao que Marx (1985:202), no “Crítica ao Programa de Gotha”, denominou de “satisfação de necessidades coletivas”, tais como escolas, instituições sanitárias, etc. Conferir Trindade (2008).

através do Índice de Concentração Normalizado (ICN)<sup>4</sup> tipificando o gasto em categorias de alto, moderado, baixo e precário padrão, como se tratará no anexo metodológico. Deste modo, busca-se explorar minuciosamente o tema das finanças municipais referentes aos gastos públicos com saúde e saneamento, servindo também de instrumento de avaliação de políticas públicas.

## **2. O DESENVOLVIMENTO BRASILEIRO: A AUSÊNCIA DO ESTADO DE BEM-ESTAR E A DINÂMICA DO FORDISMO PERIFÉRICO**

No Brasil, as políticas semelhantes ao caráter do *Welfare State* nunca tiveram real aplicação, como nota Fiori (2002), nunca se estabeleceu um padrão do tipo fordista no Brasil, entretanto alguns aspectos importantes de uma dinâmica social mais contemporânea são desenvolvidos parcialmente a partir do governo de Getúlio Vargas a partir de 1930, por exemplo, foram instituídos os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e houve importantes alterações nas áreas de educação, saúde e assistência, mesmo que limitadas (GUERREIRO, 2010, p.143).

Após esse período, o país entrou numa onda de “acompanhamento” do padrão desenvolvimentista industrial, cujo foco político se apoiava na abertura do mercado brasileiro, tendo os EUA como principal parceiro. Este processo foi intensificado no governo de Juscelino Kubitschek e no regime de ditadura militar. O período conhecido como “milagre econômico brasileiro” nos anos 70 apresentou uma dupla contradição: se por um lado as elevadas taxas de crescimento estavam baseadas em expansão industrial, sendo o Estado nacional grande protagonista desse esforço de acumulação capitalista (I e II PND), por outro, somente uma pequena parte da população concentrava uma riqueza desmedida e a grande maioria era obrigada a se calar na miséria. Em termos gerais, os salários médios crescem muito abaixo dos ganhos de produtividade, sendo que a política salarial determinada pelos governos militares produziu nítidas disparidades salariais e um forte arrocho dos principais segmentos de trabalhadores (SINGER, 1989; SABÓIA, 1985; ANTUNES, 1992; MENEZES, 1998).

---

<sup>4</sup> O Índice de Concentração Normalizado ICN, cujos parâmetros para o cálculo tem por base uma combinação linear de outros três indicadores: Quociente Locacional (QL), o Indicador de Participação Relativa (IPR) e o Hirschman-Herfindahl modificado (IHHm). O ICN pode ser formalmente descrito conforme a equação abaixo e é detalhado pormenorizadamente, em Crocco *et al.* (2003) e Crocco, 2006.

$$ICn = \theta_1 QL + \theta_2 IPR + \theta_3 HHm$$

Juntamente com o enfraquecimento dos sindicatos e a composição de um cenário próspero economicamente, havia uma sensação de *mal-estar social* que era compartilhado por grande parte da população brasileira. De acordo com Pochmann (2014, p. 61), *em 1980, quando o Brasil configurara como a oitava maior economia industrial do mundo, a taxa de pobreza absoluta atingia a 48,5% da população e a parcela salarial apenas 50% da renda nacional.*

A promulgação de uma nova Constituição Federal em 1988 trouxe de forma mais consistente, reformas institucionais que se aproximam da tentativa de conter os desequilíbrios inerentes ao sistema. Guerreiro (2010, p. 146) acrescenta que *nesse novo contexto, a principal inovação foi a instituição do sistema de Seguridade Social, englobando sob uma mesma diretriz, as políticas de previdência, assistência e saúde.* Ainda sobre a evolução das políticas sociais no Brasil, Pochmann (2013 p.151) corrobora afirmando que *as bases da economia social atual originaram-se na Constituição Federal de 1988, especialmente no âmbito da seguridade social (saúde, previdência e assistência social), porém o estabelecimento dos governos neoliberais durante a década de 1990 praticamente paralisou os avanços nos gastos sociais.*

O SUS é um dos exemplos mais bem sucedidos de descentralização de gestão e que por sua vez revela a eficiência das organizações institucionais no campo administrativo de serviços básicos. A gestão das políticas de saúde pública deve ser fortalecida, pois trata-se não somente do cumprimento do papel do Estado e das instituições públicas, mas também para a expansão da proteção social e geração de oportunidades (COSTA, 2013).

Nas últimas décadas o Brasil reforçou suas políticas sociais com a presença mais atuante do Estado através de programas como o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) com obras de infraestrutura, Programa Nacional de Habitação Popular conhecido como “Minha Casa Minha Vida”, Bolsa Família, além de outros programas que passaram a revelar a importância da atenção social por parte do Estado através de melhorias nos indicadores sociais, conforme mostra a Tabela 1 com exemplos do progresso de indicadores simples de qualidade de vida.

Tabela 1 - Indicadores Sociais

<b>Brasil</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
IDHM	0,493	0,612	0,727
Mortalidade infantil	44,68	30,57	16,7
Taxa de envelhecimento	4,83	5,83	7,36
% de extremamente pobres	18,64	12,48	6,62
% de pobres	38,16	27,9	15,2

Fonte: IBGE. Elaboração própria.

Portanto, se compreende que as políticas de atenção social somente foram de fato implantadas no Brasil com a criação da nova Constituição Federal em 1988 e com os consecutivos processos de institucionalizar os setores básicos como saúde e saneamento. Porchmann (2014, p. 65) afirma que “em 2010, o Brasil não apenas passou a encontrar entre as seis principais economias do mundo como também reduziu significativamente a pobreza e a desigualdade de renda”.

O cenário do país realmente evoluiu tanto no sentido econômico quanto social no início do século XXI, e ainda enfrentando um período de recessão mundial o Brasil consegue proteger seus empregos enquanto os EUA se reconstróem, e a Europa convive com humildes taxas de crescimento econômico e caos social. Apesar da fortaleza contra a crise construída pelo Estado brasileiro nos últimos anos, o país vem sentindo problemas quanto redução do investimento e do crescimento econômico, sendo assim é importante pensar em estratégias para não expor o país às mazelas de uma crise e nem às pesadas consequências de uma política anticíclica (desemprego, inflação, arrocho salarial).

### **3. A SAÚDE PÚBLICA EM ANOS RECENTES NO BRASIL: AVANÇOS E LIMITAÇÕES ESTRUTURAIS**

O movimento sanitário<sup>5</sup> nos anos 70 mobilizou a insatisfação coletiva nutrida pelo descaso social que a população convivia, transformando tal descontentamento em propostas com enfoque na melhoria da saúde pública e das condições de saneamento básico. A Constituição Federal de 1988 absorveu esses anseios populares e construiu

<sup>5</sup> Movimento que lutava pela democracia na política nacional de saúde nos anos 70. Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo um marco do movimento por reunir sociedade, políticos, sindicatos e membros do setor para a construção do direcionamento das políticas de saúde pública, as quais mais tarde serviram de base para reafirmar e estender as diretrizes das políticas e direitos sociais na Constituição de 1988. Conferir em Bravo (2006).

todo um aparato de direitos sociais fundamentados em princípios democráticos, sendo responsável por uma grande mudança no campo das finanças públicas, nas atribuições dos entes federativos, e no desenvolvimento de instituições e regulamentações nos principais setores do país.

Fruto das pressões sociais e dessas aspirações democráticas, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui mais de 25 anos de existência, na primeira seção desse capítulo apresenta-se o modelo de saúde pública brasileiro e a evolução dos investimentos no setor. Compreendendo a saúde como uma importante conquista social por sua capacidade de restaurar a qualidade de vida, a segunda seção discute a relação das melhorias nesse setor ocorridas desde 1988 e intensificadas a partir de 2003 com o desenvolvimento dos municípios brasileiros, e para isso, far-se-á uso do Índice Firjan de Desenvolvimento (IFDM)<sup>6</sup>. Mais uma seção é desenvolvida para analisar a conjuntura recente do saneamento básico no país, haja vista suas implicações na saúde pública por serem setores de íntima correlação. O segundo capítulo do trabalho é encerrado com a discussão da reconfiguração federativa, enfatizando os impactos que a Constituição de 1988 gerou sobre os municípios do país, devido ao fato das políticas de saúde e saneamento terem sido incorporadas como responsabilidade da malha municipal.

### 3.1 DESENVOLVIMENTO E POLÍTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O atual sistema de saúde denota uma das maiores conquistas do país quanto à configuração das políticas sociais brasileira, por ter sido fruto de uma insatisfação coletiva norteadas pelo Movimento Sanitarista, manifestada no início dos anos 1970 e corroborada como um direito social na Constituição Federal de 1988. A institucionalização da saúde pública foi uma tentativa de efetivar os princípios descentralizadores e democráticos, defendidos pela Constituição, no campo das políticas públicas. “A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, todos os brasileiros, independentemente de sua vinculação ao sistema previdenciário passaram a ter direito ao atendimento integral à saúde” (PIOLA E VIANNA, 2009, p.16).

O modelo institucional do SUS se desenvolve pelo equilíbrio e cooperação dos três entes federativos e pela descentralização das ações e serviços de acordo com o nível

---

<sup>6</sup> Índice criado em 2008 para medir o desenvolvimento de todos os municípios do Brasil através de estatísticas disponibilizadas pelos ministérios do Trabalho, Educação e Saúde.

de complexidade tecnológica, responsabilidades de cada gestor e da própria necessidade da demanda. A Lei Orgânica da Saúde<sup>7</sup> rege todo esse processo obedecendo aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade. Desse modo, o caráter democrático do SUS está vinculado ao olhar da sociedade que através da Conferência de Saúde<sup>8</sup> e do Conselho de Saúde<sup>9</sup> tem garantida a sua participação na avaliação da prestação dos serviços, bem como na discussão das propostas de políticas de saúde pública.

A relação globalizada e a tendência da ampliação da atenção social trazida pela política do *Welfare State* justifica a expansão das políticas de seguridade social a nível mundial. A maioria dos países adota o modelo universal de saúde, como é o caso do Canadá, Reino Unido, França, Argentina e tantos outros, fato que legitima o Estado como maior ente responsável pela qualidade de vida. No Brasil, o SUS atende cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% dependem do sistema para conseguir tratamento, segundo o Conselho Nacional de Saúde. Em mais de 25 anos de SUS, o país evoluiu seus índices de qualidade de vida, ampliou o atendimento no campo da atenção básica e emergência como também expandiu a cobertura de vacinação e êxito no programa de prevenção de DST/Aids. Barbosa (2013, p.93) acrescenta que “os ganhos não se restringiram ao acesso ao serviço, já que o sistema também investiu em recursos humanos e tecnologia, incorporando esforços para fabricar os produtos farmacêuticos essenciais no País”.

Tabela 2 - Gasto Total com Saúde (público e privado) como % do PIB (2000/2010)

País	Gasto total com saúde como % do PIB		Gasto público em saúde como % do gasto total com saúde		Gasto privado em saúde como % do gasto total com saúde	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
África do Sul	8,1	8,7	42,3	46,6	57,7	53,4
Alemanha	10,4	11,5	79,5	76,8	20,5	23,2
Austrália	8,1	9	66,8	68,5	33,2	31,5
Brasil	7,2	9	40,3	47	59,7	53
Canadá	8,8	11,4	70,4	71,1	29,6	28,9
China	4,6	5	38,3	54,3	61,7	45,7
Espanha	7,2	9,6	71,6	74,2	28,4	25,8
EUA	13,4	17,6	43,2	48,2	56,8	51,8

<sup>7</sup> Refere-se à Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Ver CONASS (2007).

<sup>8</sup> Reunião que ocorre a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde.

<sup>9</sup> Órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que promove a discussão das políticas de saúde.

França	10,1	11,7	79,4	76,9	20,6	23,1
Índia	4,3	3,7	26	28,2	74	71,8
Reino Unido	7	9,6	78,8	83,2	21,2	16,8
Rússia	5,4	6,5	59,9	58,7	40,1	41,3

Fonte: WHO; World Health Statistics, 2013. Elaboração própria.

Quanto ao gasto público em saúde, a Tabela 2 mostra primeiramente que todos os países analisados obtiveram um aumento dessa despesa dentro de uma década, exceto a Índia. O Brasil, apesar de ter acrescido o gasto com saúde em relação ao PIB e superado economias, também emergentes, como a África do Sul, China e Índia, contou com o setor privado como maior fonte de investimento nessa área, situação esta que se reproduz com demais membros dos BRICS (África do Sul e Índia). Nota-se que países mais desenvolvidos além de investirem uma maior parte de sua riqueza interna no setor, têm o gasto público com participação em média de 75, 85% do gasto total em saúde, se consideramos os 83,2% investidos pelo Reino Unido e 68,5% da Austrália.

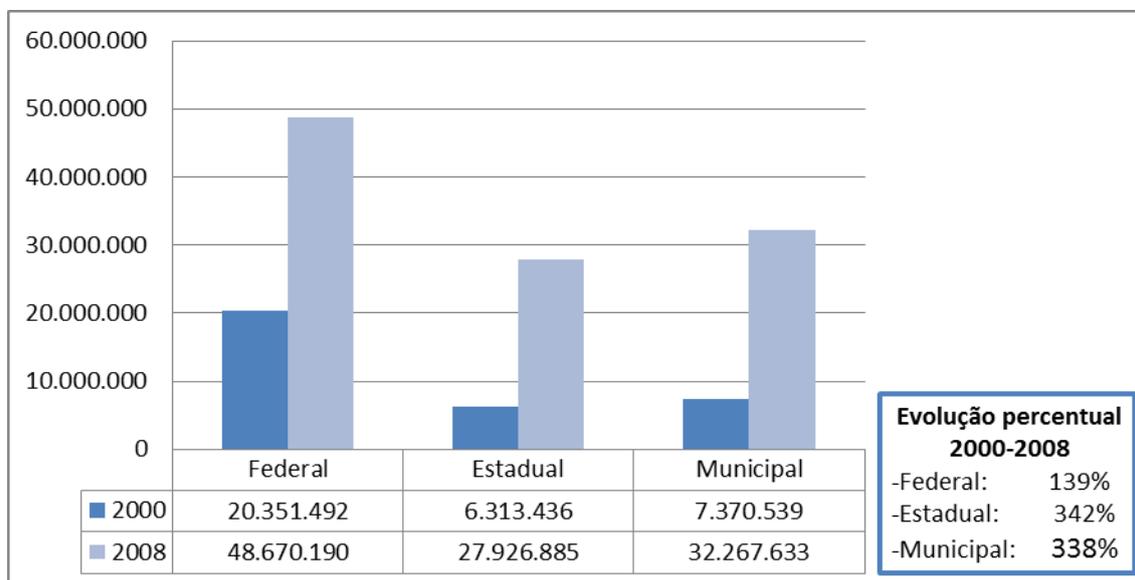
Destarte, o comportamento da composição do gasto em saúde no Brasil revela o paradoxo de se ter um sistema defensor de uma cobertura universal, gratuita e integral com uma baixa participação pública no financiamento de saúde. É natural que um maior investimento seja revertido numa maior qualidade do serviço tanto quanto a insuficiência de recursos seja refletida na ineficiência de algumas ações e serviços que o SUS fornece. Uma pesquisa feita pela CNI-IBOP<sup>10</sup> em 2012 mostrou que 61% da população brasileira estava insatisfeita com o sistema de saúde pública, embora quase 80% da população tenha usufruído da rede SUS. O Brasil, apesar do dispêndio moderado no setor, apresenta evoluções nesse sentido a ponto de ter reconhecimento internacional quanto ao próprio modelo SUS e aos outros órgãos ligados a esse sistema como os Institutos Oswaldo Cruz e Evandro Chagas.

Segundo CONASS (2007, p.78) “os gastos realizados pela administração pública para financiar as políticas sociais e outras despesas governamentais são provenientes de impostos, contribuições e taxas cobradas pelo Estado”. O financiamento do SUS é feito através de recursos da União, estados e municípios, derivados do orçamento da seguridade social e por transferências regulares ou eventuais da União e estados para os municípios, mas em geral, o financiamento tripartite acontece por meio da transferência de fundos que são repassados de forma automática, se em contrapartida forem

<sup>10</sup> Levantamento realizado pelo IBOPE em parceria com a Confederação Nacional da Indústria compondo a série Retratos da Sociedade Brasileira com o tema Saúde Pública.

cumpridos os critérios e requisitos exigidos e pactuados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Gráfico 1 - Evolução do gasto com saúde por ente federado (2000-2008)



Fonte: DATASUS. Elaboração própria.

A análise do Gráfico 1 ratifica o caráter centralizador da União herdado na Constituição de 1988, onde a esfera federativa passou a concentrar mais poder em termos de arrecadação. Ainda assim, o aumento dos gastos dos governos e municípios nos últimos anos se revela uma tendência quanto ao volume de despesa dos entes, as esferas municipais e governamentais apresentam a maior evolução do período, praticamente triplicando seu dispêndio, denotando a necessidade crescente de recursos nessas categorias.

A mudança constitucional em 1988 reconfigurou as competências dos entes federativos, provocando uma mudança no padrão dos gastos sociais, no entanto, isso será discutido amplamente no decorrer do trabalho. Desde a implementação do SUS, o país passou por uma série de transformações na composição de suas finanças públicas e principalmente nos indicadores sociais. É certo que os desafios a se enfrentar são enormes, sobretudo, com relação à necessidade de conciliar baixo orçamento público à elevada demanda social.

Uma alternativa bastante discutida e que funciona como mecanismo para superar a limitação dos recursos são os consórcios públicos, onde se espera que a relação de

cooperação entre entes federados facilite a execução de serviços dispendiosos. Não obstante, é preciso que o gasto público seja majoritário dentre as despesas totais com o setor para que se faça cumprir os princípios condicionantes do próprio sistema de saúde. O maior investimento na área, principalmente com o fomento da inovação farmacêutica e tecnológica são as saídas para a melhoria do padrão de qualidade da saúde brasileira.

### 3.2 EVOLUÇÃO DO SETOR SAÚDE E INFERÊNCIAS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

Apesar das novidades trazidas pela CF/88 com a consolidação de uma política de Seguridade Social, no início dos anos de 1990, o Brasil redirecionou o papel do Estado com a aproximação dos princípios neoliberais, por conta da crise inflacionária<sup>11</sup> que corroía a economia há mais de uma década. Nesse período, o governo transferiu boa parte das responsabilidades socioeconômicas para a iniciativa privada, limitando o seu papel ao controle fiscal e regulação da economia. Para Bravo (2006, p. 14) “a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação”, todavia nos últimos anos (2003-2015) houve o redirecionamento das políticas sociais e econômicas alterando positivamente as condições de emprego e renda no país.

Após a 12ª Conferência Nacional de Saúde<sup>12</sup> em 2003, o Governo Federal criou a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde a fim de regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área, e integrar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar, fortalecendo assim os princípios constitucionais (BRAVO, 2006). Em 2006 foi desenvolvido também o Pacto pela Saúde e em 2008 o Pacto pela Vida para promover a melhoria dos serviços de saúde, bem como fortalecer os compromissos assumidos pela tripartite (União, Estados e Municípios) e efetivados pelo SUS, priorizando o alcance de metas. Levando em consideração as mudanças ocorridas no setor, Barbosa (2013, p.93) declara que no ano

---

<sup>11</sup> A partir de 1980 o Brasil passa por um descontrole inflacionário, caso conhecido como inflação inercial, que condenou o crescimento da economia e gerou o caos social até a implementação do Plano Real em 1995, alcançando, portanto, a estabilidade econômica novamente.

<sup>12</sup> De acordo com a Constituição, de 4 em 4 anos é realizada uma Conferência Nacional de Saúde envolvendo agentes públicos e sociedade na discussão do desempenho do SUS, bem como propostas de melhorias na saúde pública.

de 2012 foram identificadas várias melhorias no atendimento básico de saúde, destacando-se o atingimento de uma cobertura de 54,84% da população brasileira e a disseminação dos Agentes Comunitários de Saúde atingindo 65,4% de cobertura, além de números expressivos no atendimento ambulatorial e de média e alta complexidade (3,3 milhões de cirurgias; 3,7 milhões de procedimentos ambulatoriais; 1,2 milhão de procedimentos de média e alta complexidade; 531 milhões de consultas; 11,3 milhões de internações). Esses números tornam o SUS um dos maiores sistemas públicos universais de saúde do mundo, e, assim sendo, suas conquistas merecem a devida reverência.

Tabela 3 - Evolução do Número de Médicos (2005-2012)

<b>Regiões</b>	<b>2005</b>	<b>2012</b>	<b>Evolução %</b>
Norte	8765	13060	49,00
Nordeste	40903	55102	34,71
Sudeste	118224	167688	41,84
Sul	34263	47421	38,40
Centro-Oeste	16050	23173	44,38
<b>Brasil</b>	<b>218205</b>	<b>306444</b>	<b>40,44</b>

Fonte: DATASUS. Elaboração do autor

De acordo com a Tabela 3, o número de profissionais de saúde cresceu em todo país, porém as regiões Nordeste e Sul apresentaram uma evolução abaixo da média nacional com um aumento respectivo de 34, 71% e 38, 40%. Todavia, é sabida a carência de médicos nos país como um todo, mas regiões isoladas ou de difícil acesso como áreas indígenas, ribeirinhas e interiores muito pobres, padecem pela falta de atendimento médico em virtude do desinteresse que esses profissionais têm em se instalarem nessas regiões. O Programa Mais Médicos<sup>13</sup>, criado em 2013, busca corresponder essas necessidades, mas por ser uma política recente de inclusão de saúde preventiva e curativa, somente estudos futuros apontarão sua eficácia.

<sup>13</sup> O Programa Mais Médicos é uma das mais recentes políticas do setor, criado em 2013, que visa o aumento dos investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde e o aumento da oferta de médicos para as regiões mais carentes.

Tabela 4 - Evolução do Número de Estabelecimentos (2005-2012)

<b>Tipo de Estabelecimentos</b>	<b>2005</b>	<b>2012</b>	<b>Evolução %</b>
Unidade Básica de Saúde	27228	32835	20,59
Ambulatório Especializado	15676	32110	104,84
Consultório	38532	124861	224,04
Farmácia	187	1090	482,89
Hospital Especializado	1173	1090	-7,08
Hospital Geral	5170	5206	0,70
Posto de Saúde	11867	10795	-9,03
Pronto Atendimento	0	579	-
Pronto Socorro Especializado	120	142	18,33
Pronto Socorro Geral	493	469	-4,87
Unidade Móvel Fluvial	16	25	56,25
Unidade Móvel Terrestre	785	818	4,20

Fonte: DATASUS. Elaboração do autor

Conforme a Tabela 4, em análise ao período de 2005 á 2012, houve um crescimento significativo no número de diversos tipos de estabelecimentos relacionados ao setor saúde, tendo os ambulatórios especializados, consultórios e farmácias evoluídos em 104,84%, 224, 04% e 482,89% respectivamente. Por outro lado, ocorreram sutis involuções nos números de hospitais especializados, postos de saúde e pronto socorro, em contrapartida foram desenvolvidas 579 unidades de pronto atendimento em todo o país até 2012. Destaco o aumento do número de unidades móveis, tanto fluviais (56, 25%) como terrestres (4,20%) no sentido que esta evolução reflete na inclusão social, em virtude da dificuldade na prestação do atendimento médico em áreas periféricas e ribeirinhas.

Ainda que no Brasil, o SUS salvguarde um acesso universal, integral e gratuito a toda população, a participação do setor privado é considerável tanto na forma de investimentos quanto na oferta de planos de saúde. De acordo com o PNAD<sup>14</sup> 2008, 25,5% da população, ou seja, 49,9 milhões de pessoas dispõem de pelo menos um plano de saúde, onde 77% estão vinculadas á empresas privadas e 22,5% á planos de assistência ao servidor público. Não obstante, em reportagem especial á revista Carta Capital (2013), Rodrigo Martins afirma que os planos de saúde fazem parte de um mercado que faturou mais de 95 bilhões de reais em 2012, e que lidera os rankings de

<sup>14</sup> Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) tem a finalidade de produzir informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do país.

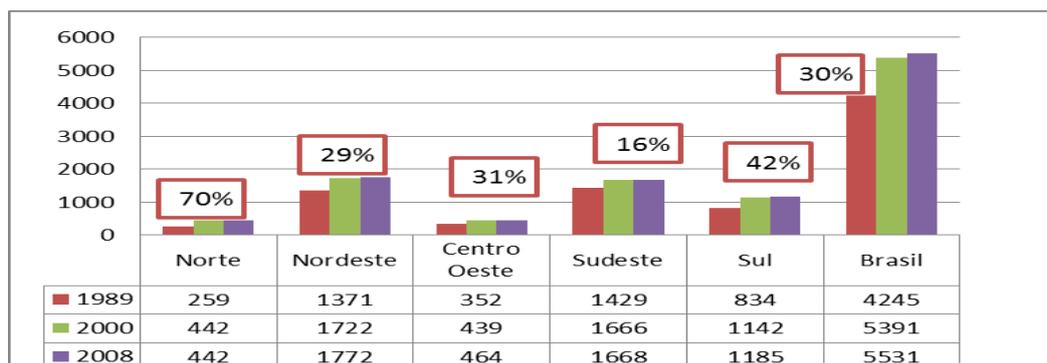
reclamações dos órgãos de defesa do consumidor, ademais, é motivo de queixa entre a própria categoria pela interferência na autonomia profissional.

### 3.3 DESENVOLVIMENTO DO SANEAMENTO BÁSICO NO BRASIL

A política de saneamento público no Brasil é marcada por reformas institucionais e conflitos ligados a ausência de regulação específica para o setor. Nos anos 90, as iniciativas do governo federal relacionadas à modernização e ampliação da cobertura dos serviços proporcionaram um significativo avanço na política de saneamento que até então vigorara, contudo, o arrocho fiscal aplicado na gestão pública da época comprometeu dinamismo do setor. Conforme Motta (2007, p.25), o baixo desempenho do sistema público de saneamento no século XX deveu-se aos seguintes fatores: i) às rígidas restrições fiscais dos últimos anos, que escassearam os recursos públicos; ii) as empresas públicas de saneamento tiveram dificuldades para adaptar suas formas de gestão ante a deterioração da sua capacidade financeira e; iii) a falta de regulação econômica gerou contratos precários, entre operadoras estaduais e municípios servidos.

O Gráfico 3 mostra que todas as regiões brasileiras apresentam ampliação da cobertura de abastecimento de água, alcançando 99,4% dos municípios do Brasil. O Norte mais que dobrou o fornecimento de rede de água em 20 anos, no entanto juntamente com o Nordeste formam as regiões que estão mais distantes de cumprir com o fornecimento universal da rede de água. Somente a Região Sudeste contempla todos os seus municípios com abastecimento de água.

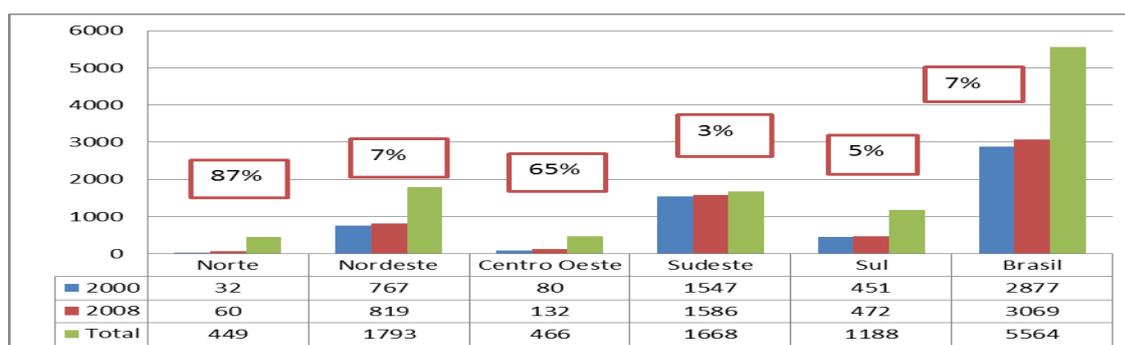
Gráfico 3 - Evolução da rede de abastecimento de água (1989-2008)



Fonte: PNSB, 2008. Elaboração própria.

De acordo com Motta (2007, p. 26) “somos altamente incipientes, em termos internacionais, com o tratamento de esgoto”. De fato, o Gráfico 4, mostra que houve uma certa expansão da cobertura de esgoto nos últimos 8 anos, ocorridas em todas as regiões brasileira, entretanto, em 2008 somente 55,2% dos municípios brasileiros possuíam rede de esgoto. Nota-se o desequilíbrio entre as Grandes Regiões, haja vista que o Sudeste atende 95% dos seus municípios com rede coletora de esgoto, enquanto as demais regiões acumulam centenas de municípios carentes desse serviço. A pior situação se encontra no Nordeste brasileiro com mais de 54,3% de municípios sem cobertura de esgoto.

Gráfico 4 - Evolução da cobertura da rede de esgoto (2000-2008)



Fonte: PNSB, 2008. Elaboração própria.

Quanto à forma de financiamento do saneamento no Brasil, Cunha (2011, p. 15) observa que a *principal fonte de financiamento para o provimento desses serviços públicos não é o orçamento governamental, mas as tarifas cobradas aos tomadores*. Essa modalidade de financiamento pesa sobre os municípios mais pobres ou nos que

têm menor poder de barganha, por possuírem maiores dificuldades na busca do crédito, ainda que se considere a presença da iniciativa privada como ente também passível de fornecer serviços e tecnologias relativas ao saneamento básico. Motta (2004, p.13) ratifica que *o acesso a esses fundos federais é difícil para a maioria dos municípios de baixa renda, que carecem de habilidades técnicas necessárias para preparar e propor projetos viáveis dentro das normas solicitadas.*

A aprovação do Projeto de Lei nº 7.361 em dezembro de 2006 foi um grande e esperado avanço por representar o marco regulatório do setor de saneamento do país, criando condições legais de promover a regulação e fiscalização dos serviços realizados pelos municípios, operadoras estaduais e privadas, garantindo inclusive que as atividades do setor sejam realizadas por meio de contratos mais completos seguros e transparentes (MOTTA, 2011). Com isso, espera-se um desenvolvimento mais expressivo dos serviços de saneamento e que tais progressos repercutam na redução da mortalidade infantil e de outras mazelas de veiculação hídrica.

O governo federal criou o Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab) para organizar estratégias de condução das políticas de saneamento com o propósito de alcançar a universalização até o ano de 2033, estima-se um investimento em torno de R\$ 508, 4 bilhões. Não obstante, é necessário que o Estado atue com políticas de subsídios para os municípios mais pobres para que realmente se garanta o fornecimento de condições básicas de sobrevivência de forma absoluta. A aceleração do processo de regulamentação do Plansab é fundamental para que as metas de melhoria do sistema de saneamento sejam postas em prática no país.

#### 3.4 FEDERALISMO FISCAL: DESAFIO PARA AS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SANEAMENTO

No Brasil, um novo arranjo federativo foi construído com a promulgação de uma nova Constituição em 1988, uma tentativa de romper com a concentração de poder da União cultivada pela ideologia militar, e que de forma geral, levou a descentralização e redefinição dos recursos públicos e competências dos entes federativos brasileiros. Deste modo, os municípios passaram a ter mais responsabilidades e atuarem de forma mais impetuosa nas demandas sociais (saúde, educação, saneamento, previdência social, etc.).

No que diz respeito à nova postura dos municípios diante da reforma constitucional Trindade & Oliveira (2013, p. 248) *observam que as mudanças no sentido de alterações federativas consolidadas nas duas últimas décadas levaram as prefeituras municipais a assumirem uma capacidade autônoma que equiparou em termos estatutário os governos locais aos demais entes federativos.*

A autonomia dos municípios brasileiros não foi resultado somente do ganho de maiores atribuições no espaço federativo, ademais houve uma ampliação do seu potencial arrecadador principalmente através do ISS e do repasse de transferências constitucionais, com destaque para o FPM, Fundeb e Cota-parte do ICMS. Segundo Abrucio e Couto (1996, p. 44) o fato de que “cada novo município tem direito a receber uma parte do FPM e uma quota do ICMS, torna-se interessante a certos distritos transformarem-se em municípios”, além do que, esse processo é facilitado pela atual legislação. Portanto, a mudança das diretrizes federativas, permitiu que muitos municípios brasileiros fossem emancipados, de acordo com o IBGE, 1.016 municípios se tornaram independentes no período de 1991 a 2000.

Nesse contexto, a configuração territorial e político-administrativa consolidada no último século, traz consigo o aumento das demandas sociais, e por outro lado maior legitimidade e obrigações aos municípios. De acordo com Abrucio e Couto (1996, p.41) “as funções de *Welfare* estão ganhando importância nos municípios ao lado de iniciativas em prol do desenvolvimento econômico local, especialmente as direcionadas à geração de emprego e renda”. Preocupações como educação, saúde pública, saneamento básico e previdência social passam a ser gestado pela malha municipal, com o intuito de responder com maior eficácia às necessidades coletivas, visto que este é o ente mais próximo da realidade social local.

As prefeituras constituem o principal instrumento para efetivação de políticas de desenvolvimento local, com ênfase na melhoria da distribuição de renda, na atenção à melhoria da qualidade de vida, da Educação, da Saúde, do Saneamento, no estímulo ao desenvolvimento das vocações locais e na criação de oportunidades de trabalho e geração de renda (TRINDADE E OLIVEIRA, 2003, p.247).

A grande responsabilidade municipal atualmente se revela como um grande desafio para as limitações encontradas em muitos municípios brasileiros. O acelerado processo de emancipação ocorrido no final do século XX consolidou muitas unidades administrativas pobres e de baixo poder arrecadatório, e que por outro lado apresenta

demandas sociais dependentes majoritariamente de transferências federais e estaduais. Alguns municípios também não contam com a retaguarda administrativa e técnica necessária ao desempenho de suas novas funções (LASSANCE, 2012). Para Linhares, Cunha e Ferreira (2012, p. 42) “os consórcios são pensados como meios para os pequenos municípios prestarem serviços que, dada a escala dos investimentos, não seriam economicamente viáveis se oferecidos isoladamente”.

O SUS é a instituição federal que mais se aproxima dos fundamentos da Constituição brasileira de 1988 por desempenhar a descentralização em suas funções administrativas e na prestação de suas ações e serviços em todo o território nacional, além de promover a cooperação entre gestores na busca do fornecimento universal e integral de saúde (NOGUEIRA, 2010). Lassance (2012, p. 32) ainda acrescenta que “no caso do SUS, a estratégia de descentralização empregada foi acompanhada de reforço aos comandos hierárquicos e ampliação da capilaridade de suas estruturas de atuação regionalizada e estadualizada”. O SUS se revelou como uma experiência bem sucedida de atuação interfederativa solidária que envolve uma gestão colegiada e participativa, servindo de referência à outros setores da administração pública (FRUTUOSO, 2010).

Destarte, compreende-se a interferência da atual modelagem constitucional sobre as entidades públicas, principalmente as que representam grande influência sobre o bem-estar social, como é o caso da saúde pública e saneamento básico. Ambos os setores estão altamente correlacionados, pois é sabido que enfermidades como infecções gastrointestinais, cólera, febre tifoide, poliomielite, amebíase, esquistossomose e shiguelose são geralmente aceitas como causadas pela inadequação das condições de saneamento, implicando negativamente na mortalidade infantil (MOTTA, 2007). Logo, as inversões nesses setores devem levar em consideração que as políticas de saúde e saneamento são complementares, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) para cada R\$ 1 investido em saneamento gera-se uma economia de R\$ 4 na área de saúde.

O quadro fiscal positivo herdado do governo Lula (2003-2010), gerou um período de crescimento econômico, permitindo maior repasse de recursos e compromissos para com os governos subnacionais. As políticas municipais ganharam um reforço importante com a aprovação da Lei de Consórcios em 2005, definindo as regras das relações de cooperação entre os entes, fomentando as relações de

consorciamento em todo o país (NETO, 2014). Na verdade, a política de consórcios é a alternativa mais eficiente para compensar as restrições nas finanças das esferas federativas, entretanto, o bom andamento das políticas públicas exige em contrapartida relações autênticas e harmoniosas entre os entes envolvidos.

#### **4 ESTUDO DOS GASTOS COM SAÚDE E SANEAMENTO POR REGIÕES DE INTEGRAÇÃO DO PARÁ**

A mudança constitucional ocorrida em 1988 foi determinante para o perfil da política de saúde pública atual, mas em cada região do país esse fenômeno influencia de forma particular, principalmente pelo fato das responsabilidades sociais terem sido recaídas para a malha municipal. Portanto, o modelo econômico em que cada município brasileiro se sustenta determina a forma em que as despesas públicas são direcionadas. O estudo regional também absorve a singularidade da dinâmica dos municípios que compõe determinados espaços, contribuindo deste modo, para mecanismos de alianças que visam o progresso comum.

Nesta última seção do artigo nos deteremos especificamente nas despesas das áreas saúde/saneamento, utilizando os dados disponibilizados pela Secretaria do tesouro nacional (STN) no período de 2000 à 2010<sup>15</sup>. Os dados serão utilizados para uma análise do comportamento dos gastos dos municípios distribuídos pelas Regiões de Integração<sup>16</sup> (RI's) as quais pertencem e estão deflacionados pelo IGP-M de junho de 2010. Quanto aos vazios em períodos em que os municípios não informaram seu balanço contábil, serão preenchidos pelas médias dos anos inferiores e superiores à ausência do dado, através do método de interpolação<sup>17</sup>. Os dados referentes à população

---

<sup>15</sup> A Secretaria do Tesouro Nacional (STN) é responsável pela disposição das informações fiscais dos 5.507 municípios brasileiros, em que primeiramente, os dados contábeis de cada município são coletados pela Caixa Econômica Federal (Caixa), e depois enviados ao STN, onde tais dados passam por um tratamento e são disponibilizados com atualizações anuais pela internet por meio da publicação “FINBRA-Finanças do Brasil-Dados Contábeis dos Municípios” no sítio <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/contas-anuais>.

<sup>16</sup>As Regiões de Integração (RI's) surgiram para substituir as divisões de microrregião e mesorregião criadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pela defasagem na expressão da realidade local. As RI's foram criadas levando em consideração a concentração populacional, acessibilidade, complementaridade e interdependência econômica, são classificadas da seguinte forma: 1. Metropolitana; 2. Guamá; 3. Caeté; 4. Araguaia; 5. Carajás; 6. Tocantins; 7. Baixo Amazonas; 8. Lago do Tucuruí; 9. Rio Capim; 10. Xingu; 11. Marajó; 12. Tapajós.

<sup>17</sup>A metodologia consiste em determinar um fator de valor quando este tanto numa tabela de valores futuros ou presentes não forem exatos. A interpolação considera que a alteração entre dois valores é linear e a margem de erro é insignificante.

e PIB foram extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no sítio <http://www.ibge.gov.br/home>.

O trabalho se baseia no desenvolvimento de uma tipologia que determinará o padrão de gastos municipais com saúde/saneamento no estado do Pará pela utilização do Índice de Concentração Normalizado (ICN) dessa linha de despesas. O ICN é resultado de uma metodologia desenvolvida por Crocco *et al* (2003) num estudo disposto a identificar arranjos produtivos locais, portanto haverá uma adaptação nesse estudo para revelar a disposição das despesas públicas com saúde e saneamento dos municípios paraenses. Segundo Crocco (2003), o ICN é o somatório de três outros indicadores: Índice Quociente Locacional (IQL), o Indicador de Participação Relativa (IPR) e o Índice de Hirschman-Herfindahl Modificado (IHHm); os quais mensuram especificidade, peso e importância de um setor dentro da região, e através de um método multivariado é realizado uma combinação linear das variáveis envolvidas determinando o peso dos indicadores padronizados no estudo (ver anexo 1).

Para tanto, os municípios do Pará foram divididos em quatro tipos de padrão de gasto, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 - Tipologia do Padrão Básico com Gastos em Saúde/Saneamento

Tipologia	Padrão	Formato Lógico do Gasto com Saúde/Saneamento
A	Elevado Gasto	ICN Saúde/Saneamento > Média + Desvio Padrão
B	Moderado Gasto	ICN Saúde/Saneamento ≥ Média
C	Baixo Gasto	ICN Saúde/Saneamento ≤ Média + Desvio Padrão
D	Precário Gasto	ICN Saúde/Saneamento < Média - Desvio Padrão
Função Padrão do Gasto	=SE(C154>=\$C\$5513;"A";SE(C154>=\$C\$5511;"B";SE(C154<=\$C\$5514;"C";"D")))	

Fonte: Elaboração própria.

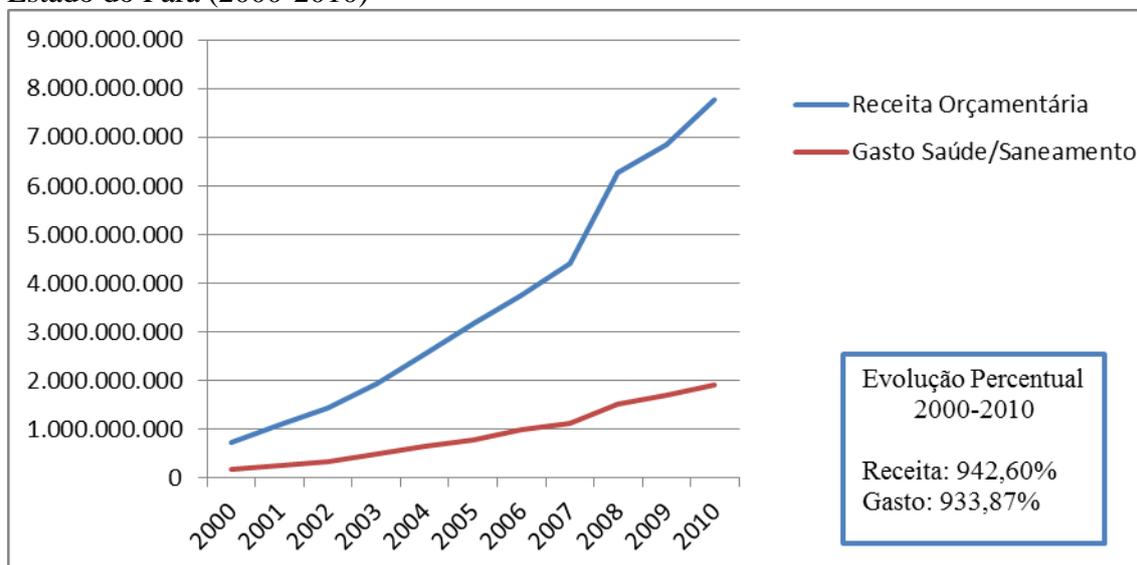
Despesas em saúde e saneamento constituem um panorama maior das despesas sociais, são assim consideradas porque investimentos nessas áreas geram grandes benefícios ao bem-estar da sociedade e contribuem para o desenvolvimento local. *Desenvolvimento não pode ser entendido somente como desenvolvimento econômico, mas também como desenvolvimento social, ambiental, cultural, político e, finalmente, desenvolvimento da formação humana individual.* (TRINDADE E WESLEY 2013, p. 252). A análise desses dados se revelam importantes para políticas de desenvolvimento regional, sobretudo quando cruzadas estrategicamente com as Regiões de Integração,

gerando diagnósticos úteis para o desenvolvimento de planejamentos públicos nesse sentido.

#### 4.1 AVALIAÇÃO DOS GASTOS EM SAÚDE/SANEAMENTO NOS MUNICÍPIOS PARAENSES

No período compreendido entre os anos de 2000 á 2010, as despesas em saúde/saneamento do estado do Pará apresentaram uma evolução correlata com as receitas orçamentárias (Gráfico 5).

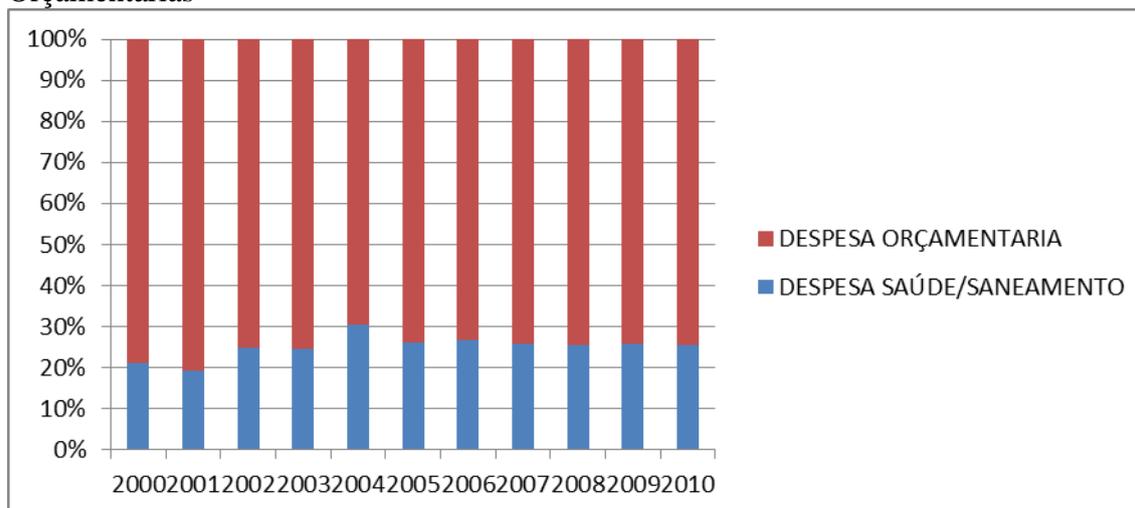
Gráfico 5 - Evolução das Receitas Orçamentárias e Gastos em Saúde/Saneamento no Estado do Pará (2000-2010)



Fonte: FINBRA, STN. Elaboração do autor

A variação relativa no período (2000-2010) tanto da receita quanto do gasto no setor saúde/saneamento foram próximos á 1000%, com um crescimento expressivo a partir do ano de 2007 e seguindo uma tendência gradativa em anos superiores. Portanto, o aumento da receita acompanhou de forma proporcional o aumento do investimento público em demandas sociais, no caso da saúde e infraestrutura esgoto-sanitária.

Gráfico 6 - Participação das Despesas em Saúde/Saneamento no Total das Despesas Orçamentárias



Fonte: FINBRA, STN. Elaboração do autor

Apesar do crescimento dos valores das despesas municipais em saúde/saneamento, sua participação no total das despesas orçamentárias não revelou o mesmo comportamento ascendente. O Gráfico 6 mostra que há uma oscilação da participação dos gastos em saúde/saneamento ao longo da década analisada (2000-2010) em relação ao total das despesas dos municípios do Pará. Em 2000 essa proporção era de 33,90%, em 2004 subiu para 43,94%, mas em 2010 somente 26,75% das despesas eram destinadas às áreas de saúde e saneamento básico. Todavia, faz-se necessária uma investigação mais profunda desse tipo de gasto para melhor compreender a disposição do mesmo no ponto de vista interregional, captando a singularidade de cada município que compõe as regiões de integração.

Tabela 5 - Ranking das Regiões de Integração por Maior Gasto em Saúde/Saneamento (2010).

Regiões de Integração	Gasto	População	PIB
1° Metropolitana	717.168.822	2.042.417	22.956.409
2° Carajás	223.773.748	569.026	21.945.680
3° Baixo Amazonas	147.877.418	678.542	5.436.813
4° Rio Capim	125.850.139	607.171	3.573.508
5° Guamá	119.721.730	613.790	3.208.557
6° Tocantins	118.419.418	740.045	6.022.019
7° Araguaia	109.552.157	472.933	3.814.468
8° Xingu	88.464.208	331.770	1.800.023
9° Rio Caetés	86.685.966	469.484	1.959.853

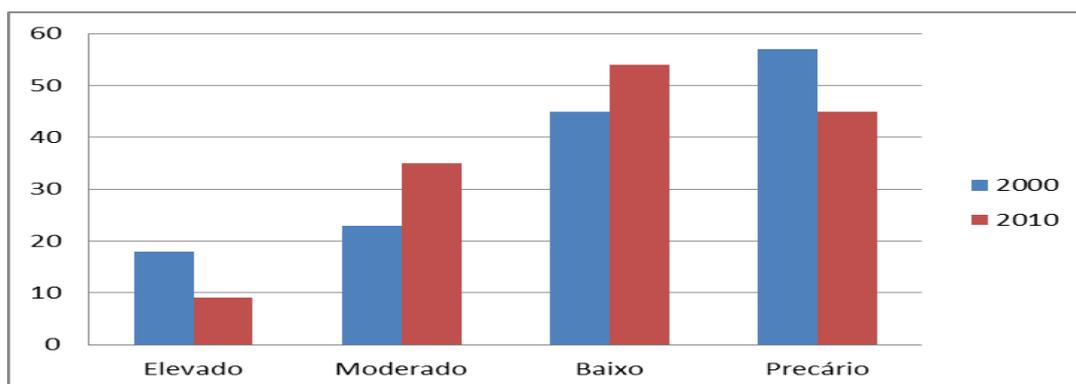
10° Lago de Tucuruí	60.314.976	359.332	4.310.117
11° Marajó	54.290.649	487.010	1.592.425
12° Tapajós	52.486.621	209.531	1.227.719

Fonte: FINBRA, STN. Elaboração do autor

Ao relacionar o gasto em saúde/saneamento com as Regiões de Integração, nota-se que tanto as variáveis população quanto PIB de cada região não estão, necessariamente, relacionadas à concentração desse tipo de despesa. Na verdade, o peso do gasto com setor saúde/saneamento tem maior correspondência com o dinamismo das cidades polos que integram cada região. Assumindo Belém (Metropolitana), Marabá (Carajás), Santarém (Baixo Amazonas), Paragominas (Rio Capim), Castanhal (Guamá), Barcarena (Tocantins), Redenção (Araguaia), Altamira (Xingu), Capanema (Rio Caetés), Tucuruí (Lago do Tucuruí), Breves (Marajó) e Itaituba (Tapajós) como cidades polo de suas respectivas regiões e, portanto, concentradoras dos maiores valores de gastos sociais, pode-se concluir que municípios com maior dinamismo econômico influem em regiões de integração mais dinâmicas, nesse caso, dinamismo está relacionado com a centralização de órgãos públicos e redes de comércio e serviços. Tal lógica justifica o fato da região de Tocantins ter maior concentração de população e riqueza e concomitantemente um menor investimento em saúde/saneamento quando comparada às regiões do Baixo Amazonas, Rio Capim e Guamá.

Quanto à evolução na composição dos gastos em saúde/saneamento por Regiões de Integração, dentro de um período de dez anos, poucas mudanças ocorreram. As regiões Metropolitana e Carajás se mantiveram como as maiores investidoras nas áreas de saúde e saneamento básico. Depois de Carajás, a região Guamá foi a que demonstrou maior evolução na participação desse tipo de despesa, em 2000 sua participação representava 3,41% e em 2010 passou a ser de 6,29% do gasto em saúde/saneamento de toda região de integração. A distribuição dessa despesa social pelas RI's reforça as desigualdades que ocorrem dentro do estado do Pará, onde as regiões de economia menos dinamizadas sofrem com a insuficiência de investimento público em saúde/saneamento.

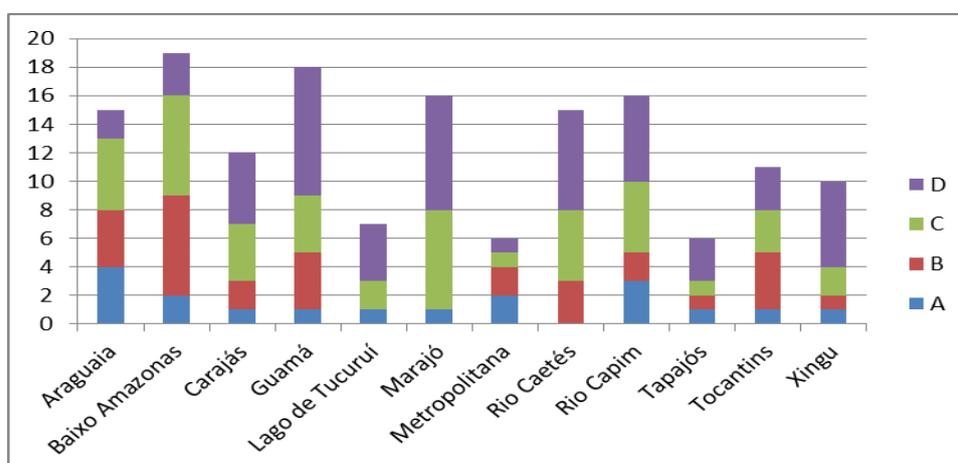
Gráfico 8 - Padrão do Gasto em Saúde/Saneamento no Estado do Pará (2000-2010)



Fonte: Finbra (STN). Elaboração do autor

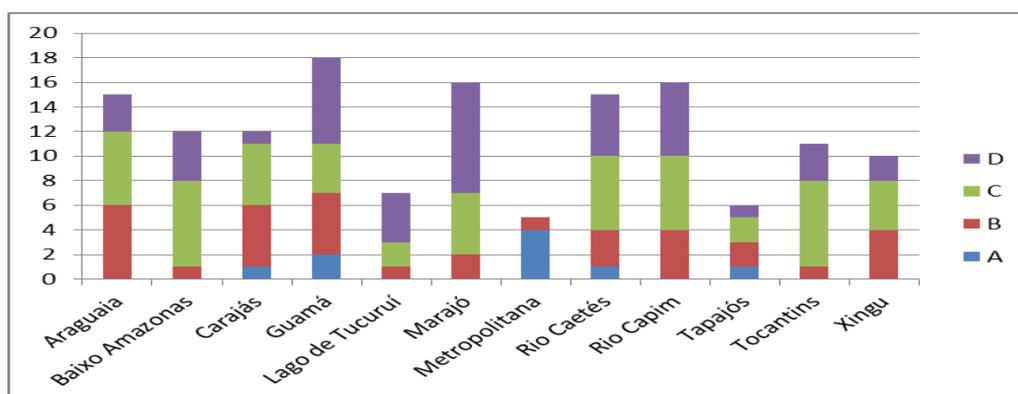
A utilização do Índice de Concentração Normalizado (ICN) segue o intuito de identificar o padrão de gasto com saúde/saneamento no estado do Pará. De acordo com o Gráfico 8, o padrão mais presente no estado é o de baixo e precário gasto em saúde e saneamento básico. O ICN metodologicamente possui como referência a média do país para a construção dos padrões, portanto, a redução de municípios paraenses de padrão gasto elevado, pode estar relacionada com a melhora da média nacional, não acompanhada por uma evolução dentro do estado do Pará. Deste modo, em 2010 os municípios paraenses, em sua maioria, possuem um baixo padrão de gasto com saúde/saneamento, e considerando a redução do melhor padrão (elevado) no intervalo de 2000 a 2010, e a redução também do pior tipo de gasto (precário), infere-se que muitos municípios migraram para os padrões de gasto moderado e baixo.

Gráfico 9 - Distribuição do Padrão de Gasto por Regiões de Integração (2000)



Fonte: Finbra (STN). Elaboração própria.

Gráfico 10 - Distribuição do Padrão de Gasto por Regiões de Integração (2010)



Fonte: Finbra (STN). Elaboração própria.

O padrão do gasto em saúde/saneamento do Pará (predominantemente baixo e precário) se reflete em praticamente em todas as regiões de integração, com exceção das regiões Metropolitana e Carajás que em 2010 concentram gastos mais próximos aos padrões de tipo A, B e C (alto, moderado e baixo) respectivamente (Gráfico 10). Ao longo da década analisada observa-se a redução do padrão tipo A, em 2000 todas as RI's tinham pelo menos um município com elevado gasto em saúde/saneamento, entretanto, no ano de 2010 esse padrão se concentra em apenas 5 regiões (Gráfico 9). Retomando a ideia de correlação entre dinamismo econômico com um elevado gasto em saúde/saneamento, temos que para a RI mais dinâmica (Metropolitana), tem-se um padrão tipo A, ou seja, predomina o gasto elevado; já regiões menos dinâmicas (Marajó e Lago do Tucuruí) tem-se uma prevalência do gasto tipo D (precário).

Destarte, compreende-se primeiramente que o padrão de gasto destinado aos setores de saúde e saneamento básico no estado do Pará concentra-se preponderantemente nos tipos C e D (baixo e precário), comportamento este identificado em quase todas as regiões de integração. Isso nos leva a uma segunda conclusão: existe uma desigualdade interregional dentro do estado, em que poucas regiões investem volumes maiores em saúde/saneamento e como já observado no Gráfico 8, muitos municípios se centralizam no padrão de gasto precário.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo minucioso dos gastos em saúde/saneamento dos municípios paraenses revelou que apesar do aumento das inversões nos setores na década analisada (2000-2010), o padrão de baixo e precário gasto predomina no estado do Pará. Quando a análise é feita pelas regiões de integração, identifica-se a concentração do padrão de gasto tipo A (elevado) e B (moderado) nas regiões mais dinâmicas como a Metropolitana e Carajás, por outro lado Marajó e Lago do Tucuruí foram caracterizadas pela concentração do padrão de gasto tipo C (baixo) e D (precário), as piores qualificações existentes.

Dessa forma, pode-se concluir que o dinamismo econômico é o principal fator indutor de um maior gasto público nas áreas de saúde e saneamento básico. As regiões que centralizam maior variedade de atividades econômicas e centros públicos foram as que realizaram maior dispêndio e obtiveram os melhores padrões de gasto em saúde/saneamento, ainda que a concentração populacional ou de riqueza interna (PIB) fossem menores que de outras regiões, e que apresentaram menores investimentos. A discrepância dos padrões de gasto observada entre as regiões de integração e dentro das mesmas revela uma desigualdade interna no modelo fiscal dos municípios paraenses, que infere num provável retorno também desigual dos serviços em saúde e saneamento. Municípios alicerçados em atividades mais básicas são os que acumulam o padrão mais medíocre (C e D), e por serem a grande maioria transferem esse perfil como majoritário no estado.

O modelo econômico em que o estado se ancora, onde poucas empresas de grande porte são as maiores responsáveis pela geração de emprego e renda em muitas regiões e grandes propriedades de terra, de baixa absorção de mão de obra produzem mercadorias de baixo valor agregado, é gerador de concentração de renda e estimula a periferização nos espaços em que possuem influência. Logo, nota-se que a estrutura econômica consolidada por um projeto nacional autoritário ainda nos anos 70/80, contribuiu para um desenvolvimento desconforme, exigindo dos entes públicos um maior esforço para amparar a parcela da população que não é abraçada por esse circuito.

Dessa forma, para validar os princípios defendidos pelo SUS e legitimar o Estado como promotor do bem-estar é necessário que se amplie os investimentos públicos nas áreas da saúde e saneamento. Entretanto, como observado pelos resultados do estudo, os aumentos dos gastos por si só não repercutem em desenvolvimento social e econômico. A eficiência das políticas sociais depende também da qualidade técnica

dos gestores públicos bem como o reconhecimento da importância que a saúde e saneamento têm para a melhora na qualidade de vida.

As políticas de consórcio público se mostram nos últimos anos como eficientes alternativas que aliam interesses comuns de investimentos em prol do desenvolvimento regional, as regiões de integração já se revelam como espaços favoráveis pra esse modelo de aliança. Destaco que a participação da sociedade para o amadurecimento dessas políticas é fundamental e garantida pela própria lei que rege o SUS, as Conferências de Saúde, ocorridas no final de cada gestão presidencial, é uma válida oportunidade de atualizar os governos das necessidades pelas quais o povo carece.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L.; COUTO, C. G. **A redefinição do papel do estado no âmbito local.** São Paulo em Perspectiva, vol. 10, nº 3, jul./set. 1996, pp. 40-47

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.), **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDRADE, M.V.; Maia, A. C. Demanda por planos de saúde no Brasil. In: Silveira, F.G.S.; Servo, L.M.; Menezes, T.; Piola, S.F. (Org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas.** Brasília: Ipea, V. 2, p. 279-327, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3253/2/Gasto%20e%20consumo%20das%20fam%C3%ADlias%20brasileiras%20contempor%C3%A2neas%20-%20v.%202.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

ANTUNES, R. **A rebeldia do trabalho : o confronto operário no ABC paulista: as greves de 1978/80** (2ª ed.). Campinas (SP): Editora da UNICAMP, 1992.

BARBOSA, E. C. 25 Anos do sistema único de saúde: conquistas e desafios. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 85-102, jul./dez.

2013. Disponível em:

<<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/51>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BOYER, R. **A teoria da regulação: uma análise crítica.** São Paulo: Nobel, 1990.

BRAVO, M. I. S.. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et. al* (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo:

Cortez/OPAS/OMS/ABEPSS/Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS: avanços e desafios.** 2. ed. Brasília: CONASS, 2007.

COSTA, A. M. Saúde é desenvolvimento. In: SADER, E. (Org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**, Rio de Janeiro, Flacso, 2013.

CUNHA, A. S. **saneamento básico no Brasil: desenho institucional e desafios federativos.** Texto para Discussão. v. 1565, Brasília: IPEA, 2011.%

DELGADO, M.G; PORTO, L.V. O estado de bem-estar social no capitalismo contemporâneo. In: \_\_\_\_\_. **O estado de bem-estar social no século XXI**, São Paulo, 2007.

FAGNANI, E. Como conquistar o desenvolvimento social. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, fevereiro, 2011. N 43, p. 6-7.

FARIA, C. A. P. Uma genealogia das teorias e tipologias do estado de bem-estar social. In: DELGADO, M.G; PORTO, L.V. **O estado de bem-estar social no século XXI**, São Paulo, 2007.

FRUTUOSO, J. A gestão do sistema único de saúde. In. OLIVEIRA, R. P.; SANTANA, W. **Educação e federalismo no brasil**: combater as desigualdades, garantir a diversidade, organizado. Brasília: UNESCO, 2010, p. 89-105.

GUERREIRO, M. **Análise dos gastos sociais brasileiros na perspectiva do estado de bem-estar social: 1988 a 2008**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Economia da UFF, Niterói, 2010. Disponível em: <[http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/Dissertacao\\_02\\_Maria\\_Pandolfi\\_Guerrero.pdf](http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/Dissertacao_02_Maria_Pandolfi_Guerrero.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2014.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna** : uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural . 23 ed. São Paulo: Loyola, 2012.

\_\_\_\_\_. **O enigma do capital**: e as crises do capitalismo. Trad. João Alexandre Peschanski. São Paulo: Boitempo, 2011.

HOBBSBAWM, E. **A era dos extremos: o breve século XX (1914-1991)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2ª ed., 1995.

LASSANCE, A. Federalismo no brasil: trajetória institucional e alternativas para um novo patamar de construção do estado. In: LINHARES, P. T.; MENDES, C. C., LASSANCE, A. **Federalismo à brasileira**: questões para discussão. Brasília: IPEA, 2012.

LINHARES, P. T.; CUNHA, A. S.; FERREIRA, A. P. L. Cooperação federativa: a formação de consórcios entre entes públicos no Brasil. In: LINHARES, P. T.; MENDES, C. C., LASSANCE, A. **Federalismo à brasileira**: questões para discussão. Brasília: IPEA, 2012.

LIPIETZ, A. **Audácia**: uma alternativa para o século 21. São Paulo, Nobel, 1991.

MARQUES, G. S.; TRINDADE, J. R. B. Para além da SPVEA: elementos para a interpretação da intervenção estatal na Amazônia. In: TRINDADE, J. R. B. (Org.). **Seis décadas de intervenção estatal na Amazônia**: a SPVEA, auge e crise do ciclo ideológico do desenvolvimento brasileiro. Belém: Paka-Tatu, 2014 (153-182).

MARTINS, R. O alto custo do lobby. **Revista Carta Capital**, São Paulo, n 762, p. 28-30, agosto, 2013.

MENEZES, M. T. **Em busca da teoria**: políticas de assistência pública. São Paulo, Cortez, 2ª ed., 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema único de saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MOTTA, R. S. **Questões regulatórias do setor de saneamento no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004 (Notas Técnicas – 5).

\_\_\_\_\_. Saneamento, renda, saúde e subsídios. In: MARCOVITCH, J. (Org.). **Crescimento econômico e distribuição de renda**: prioridades para ação. São Paulo, Edusp, SENAC, 2007.

NETO, A. M. Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate. In: \_\_\_\_\_ **Governos estaduais no federalismo brasileiro**: capacidades e limitações governativas em debate. Brasília: Ipea, 2014.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, N. R. e

- AMARANTE, P. D. C. (Org.) **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. P. 24-47.
- PIOLA, S. F. *et al.* **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o sistema único de saúde (SUS)**. Brasília-DF: Cepal; 2009.
- POCHMANN, M. **O mito da grande classe média: capitalismo e estrutura social**. São Paulo: Boitempo, 2014.
- \_\_\_\_\_. Políticas públicas e situação social na primeira década do século XXI. In: SADER, E. (Org.). **10 Anos de Governos Pós-Neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**, Rio de Janeiro, Flacso, 2013.
- SABOIA, J. **A questão salarial**. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- SALES, J.; SEQUEIRA, T. Transferências intergovernamentais: análise das distorções da desoneração fiscal na repartição da cota-parte do ICMS no estado do Pará.
- TRINDADE, J. R. B.; MARQUES, G. S (Orgs.). **Revista de Estudos Paraenses**. Belém: IDESP, 2010 (9-46).
- SINGER, P. **A Crise do Milagre**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- TAVARES, M. C. **A crise financeira atual**. Itamaraty. 2009. Disponível em: <[http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/maria\\_da\\_conceicao\\_tavares\\_a\\_crise\\_financeira\\_atual\\_itamaraty\\_1\\_.pdf](http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/maria_da_conceicao_tavares_a_crise_financeira_atual_itamaraty_1_.pdf)>. Acesso em: outubro de 2014.
- TRINDADE, J. R. B.; OLIVEIRA, W. P. Antecedentes históricos da ‘reconquista’ da Amazônia. In: TRINDADE, J. R. B. (Org.). **Seis décadas de intervenção estatal na Amazônia: a SPVEA, auge e crise do ciclo ideológico do desenvolvimento brasileiro**. Belém: Paka-Tatu, 2014 (41-60).
- \_\_\_\_\_. **As Finanças dos municípios paraenses: ensaio analítico sobre as receitas de transferências e de suas principais despesas sociais**. REDES - Rev. Des. Regional, v. 18, n. 2, p. 246 – 273, 2013.
- TRINDADE, J. R.B. **A Metamorfose do trabalho na Amazônia: para além da mineração** Rio do Norte. Belém : UFPA/NAEA, 2001.

*Recebido para publicação em Maio de 2016.  
Aceito para publicação em Setembro de 2016.*