



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

DANIELA SAVI GEREMIA

**FINANCIAMENTO PÚBLICO DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO
DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO
RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2011

DANIELA SAVI GEREMIA

**FINANCIAMENTO PÚBLICO DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO
DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO
RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Fátima Teresinha Scarparo Cunha.

Rio de Janeiro

2011

Geremia, Daniela Savi.
G367 Financiamento público de saúde: estudo de caso de um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro / Daniela Savi Geremia, 2011.
87f.

Orientador: Fátima Teresinha Scarparo Cunha.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

1. Saúde – Nilópolis (RJ) – Aspectos econômicos. 2. Federalismo. 3. Saúde - Financiamento. I. Cunha, Fátima Teresinha Scarparo. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 362.1098153

DANIELA SAVI GEREMIA

**Financiamento Público de Saúde: Estudo de Caso de um Município da
Região Metropolitana do Rio de Janeiro**

Dissertação para obtenção de Título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 2011.

Banca Examinadora

Profª Drª Fátima Teresinha Scarparo Cunha
Presidente

Profª. Dra. Liliana Angel Vargas
1ª Examinadora

Dra. Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
2ª Examinadora

Dra. Enirtes Caetano Prates Melo
Suplente

Dra. Ana Cecília Campello de Sá Faveret
Suplente

Dedico às pessoas que mais amo

Fabiano, meu esposo.

Antonio e Zilda, meus pais.

Mariane e Maurício, meus irmãos.

“[...] os pensamentos, como todas as coisas que devem sua existência à memória, podem ser transformados em objetos tangíveis que, como a página escrita ou o livro impresso, se tornam parte do artifício humano. As boas obras, por deverem ser imediatamente esquecidas, jamais podem tornar-se parte do mundo; vêm e vão sem deixar vestígios; e positivamente não pertencem a este mundo.”

Hannah Arendt

Muitas vezes as coisas que me pareceram verdadeiras quando comecei a concebê-las tornaram-se falsas quando quis colocá-las sobre o papel.

René Descartes

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas conquistas e vitórias a mim proporcionadas, além de colocar pessoas maravilhosas no meu caminho, que são alicerces para minha vida. Agradeço por tudo que tenho recebido.

Esta dissertação teve a colaboração de muitas pessoas. Agradeço a todas pelo conhecimento compartilhado. Sem este apoio, tenho certeza, não teria chegado até aqui.

À professora Dra. Fátima Teresinha Scarparo Cunha, minha orientadora, pela enorme paixão em mim despertada para o estudo e para a reflexão teórica e prática sobre os caminhos da construção do SUS. Não me esquecerei nunca que a minha trajetória acadêmica e grande parte das conquistas e alegrias se devem à confiança depositada no meu projeto. Obrigada por todas as oportunidades acadêmicas e profissionais proporcionadas e, principalmente, pela convivência permeada por carinho e respeito.

À professora Dra. Sulamis Dain, pelo estímulo nos estudos e discussões sobre o financiamento em saúde e federalismo fiscal. Suas disciplinas foram fundamentais para a elaboração desta dissertação, pois o conhecimento sobre a temática e a maneira sedutora de condução das suas aulas são instrumentos propulsores à continuidade dos estudos em saúde coletiva.

Agradeço à professora Dra. Liliana Angel Vargas, pelas palavras de coragem ditas na minha banca de seleção do mestrado. Obrigada pela confiança e pelas ricas contribuições nas disciplinas, nas bancas de qualificação e de defesa desta dissertação.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa, pelas valiosas contribuições a esta dissertação: Dra. Ana Tereza Camargo, Dra. Liliana Angel Vargas, Dra. Ana Cecília Faveret e Dra. Enirtes Caetano Prates Melo.

A todos os professores do programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UNIRIO e pela bolsa de estudos CAPES/REUNI.

Às funcionárias da secretaria, Márcia e Raquel, obrigada pelo convívio, excelência e rapidez no atendimento.

Aos funcionários da secretaria municipal de saúde de Nilópolis, pela disponibilização dos materiais e dos dados necessários a este trabalho.

À Dra. Cristina Boaretto, por acreditar na minha capacidade de vencer desafios, possibilitando meu crescimento profissional.

Aos meus amigos e colegas de mestrado, Edna Ferreira, Edson Alves Menezes e Hugo Pinto de Almeida. Com vocês compartilhei, amadureci muitas idéias, não me senti sozinha e pude desabafar nos momentos mais difíceis. Obrigada pelas diversas leituras de partes desta dissertação e pelas críticas e sugestões.

Aos meus colegas de disciplina do Instituto de Medicina Social, em especial ao Rodrigo Benevides, por terem me ajudado a entender o Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde – SIOPS.

Aos meus amigos, Camila Gramkow, Zé Gordon, Florência Antía, Carlos Bianchi, Ariela Diniz, Sarah, Marcelo Mattos e Fábio Stalivieri, pelas longas conversas, trocas de idéias e pela parceria na boemia carioca. Isto também foi fundamental para chegar até aqui.

Aos meus pais Antonio e Zilda, responsáveis por mais esta conquista, por sempre estimular e incentivar meus estudos, por acreditarem em mim, por me amarem e por eu amar vocês. Às vezes, sinto-me um pássaro estabonado longe de vocês, sem rumo, mas mesmo distantes, estão sempre presentes, encorajando-me a continuar. Agradeço por compreenderem-me e apoiarem-me em minhas maluquices. Eu amo muito vocês!

Aos meus irmãos, por me compreenderem, por terem paciência e me suportarem, pelas risadas e gargalhadas maravilhosas, por me ensinarem que “é preciso que tudo mude para que tudo volte a ser como era antes” e pela cumplicidade num olhar. Sinto muita saudade de vocês!

Ao meu esposo Fabiano que, com amor, ensina-me todos os dias a ser uma pessoa melhor. Fabi! Seu amor, suas atitudes, seu aconchego, sua paciência, seus conhecimentos compartilhados, seu apoio e sua ajuda foram imprescindíveis para o cumprimento de todas as etapas do mestrado. Você merece vários agradecimentos! Não teria conseguido esta vitória sem você. Obrigada pela compreensão, pelo empenho dedicado e por sempre acreditar e torcer por mim. *"Pobre é o amor que pode ser descrito." William Shakespeare*

A todos, muito obrigada!

RESUMO

GEREMIA, D.S. **Financiamento Público de Saúde: Estudo de Caso de um Município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 2011.

Este estudo tem como objetivo analisar os fluxos financeiros dos governos federal e estadual do Rio de Janeiro e da capacidade tributária de arrecadação própria para o financiamento do SUS no município de Nilópolis-RJ, nos anos de 2007 e de 2008. Como base teórica para a pesquisa utilizou-se o federalismo fiscal. Trata-se de um estudo de caso de um município situado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Os principais dados aqui levantados são os indicadores dos fluxos de receitas arrecadadas e de despesas liquidadas, dentre os quais se encontram diversas variáveis de análise. Para a coleta dos dados foi utilizado o Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Constatou-se que a arrecadação fiscal para o exercício da gestão pública em Nilópolis é altamente dependente das transferências de outras esferas de governo, principalmente da União. Evidenciaram-se as transferências do SUS como fonte regular de recursos e responsável por aproximadamente 50% dos gastos. Durante o período do estudo, o município cumpriu com o percentual mínimo de gasto em saúde, conforme prevê a EC-29/2000. As despesas liquidadas com saúde por fonte de recursos demonstraram que, de 2007 para 2008, a lógica do gasto relativo à origem dos recursos foi invertida. As transferências legais do SUS foram maiores em 2008 do que o somatório dos gastos com os recursos próprios e as transferências constitucionais. Do total dos gastos, menos de 2% foram destinados a investimento, pois quase sua totalidade atende aos gastos com custeio e, destes, aproximadamente 70% são destinados ao pagamento de pessoal e de encargos sociais. Analisados os gastos por subfunções notou-se que a maior despesa de saúde foi destinada à Assistência Ambulatorial e Hospitalar. No tocante à cooperação entre os entes federados, devido à alta dependência fiscal do município de Nilópolis de transferências intergovernamentais, é fundamental que mantenha boa articulação política e, principalmente, financeira para o exercício da gestão pública. Devem-se pensar alternativas de financiamento público em saúde às RM's, com o intuito de estabelecer mecanismos de partilha fiscal a territórios com interesses e necessidades comuns e incentivos à cooperação horizontal. Estes estudos poderiam analisar a ocorrência do aumento da eficiência na arrecadação fiscal e na melhoria da execução de serviços públicos locais e, conseqüentemente, potencialidades para o sistema de proteção social brasileiro.

Descritores: Federalismo; Financiamento em Saúde; Economia da Saúde.

ABSTRACT

GEREMIA, D.S. Financing Public Health: A Case Study of a municipality in the metropolitan region of Rio de Janeiro. Dissertation (Masters in Nursing). State Federal University of Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, 2011.

This study aims to analyze the financial flows of federal and state of Rio de Janeiro and the ability to collect its own taxes to finance the SUS in the Nilópolis-RJ, for the years 2007 and 2008. As a theoretical basis for the research used to fiscal federalism. This is a case study of a municipality located in the Metropolitan Region of Rio de Janeiro. The main data collected here are the indicators of the flows of revenues collected and expenses paid, among which are several analysis variables. To collect the data we used the system of the Public Health Budget (SIOPS). It was found that tax revenues for the financial management of public Nilópolis is highly dependent on transfers from other spheres of government, especially the Union evidenced if the transfers of SUS as regular resources and accounts for approximately 50% of expenditures. During the study period, the municipality has complied with the minimum percentage of health spending, as envisaged in the EC-29/2000. Expenses paid to health by source of funds has shown that from 2007 to 2008, the logic of spending on the origin of the funds has been reversed. Legal transfers of SUS were higher in 2008 than the sum of spending their own resources and constitutional transfers. Of total expenditures, less than 2% were destined for investment because almost completely meets the cost and expenses, of approximately 70% is earmarked for payment of personal and social charges. Analyzed spending by subfunctions was noted that most health spending was allocated to Ambulatory Care and Hospital. Concerning cooperation between the federal, because of the high dependence of municipal tax Nilópolis of intergovernmental transfers, it is essential to maintain good political articulation and especially for the financial year of public management. Alternatives should be thought of public health at RM's, in order to establish mechanisms for sharing the tax to territories with common needs and interests and incentives for horizontal cooperation. These studies could analyze the occurrence of increased efficiency in tax collection and improving the performance of local public services and hence the potential for social protection system in Brazil.

Descriptors: Federalism; Financing in Health; Economics of Health.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CNES – Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
EC -29/2000 – Emenda Constitucional nº 29/2000
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FMS – Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FPE – Fundo de Participação dos Estados
FPM – Fundo de Participação dos Municípios
GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IGP-DI – Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna
IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPTU – Imposto sobre a Propriedade Territorial Urbana
ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
MAC – Média e Alta Complexidades
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano Diretor de Investimentos
PIB – Produto Interno Bruto
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada Integrada
RMRJ – Região Metropolitana do Rio de Janeiro
RREO – Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
STN – Secretaria do Tesouro Nacional
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grau de instrução do pessoal empregado formalmente no município de Nilópolis – RJ (2009).....	52
Tabela 2 - Infra-estrutura básica do município de Nilópolis – 2008	53
Tabela 3 - Proporção de moradores por cobertura de água, instalações sanitárias, coleta de lixo, 2000.....	53
Tabela 4 - Cobertura da Estratégia de Saúde da Família por bairro de Nilópolis para a população atualizada no ano de 2008.	55
Tabela 5 – Emprego formal segundo grupo ocupacional no município	59
Tabela 6 – Total das receitas correntes e sua composição por categorias econômicas no município de Nilópolis, 2007-2008	65
Tabela 7 - Total da receita corrente e composição das principais receitas tributárias do município de Nilópolis, 2007-2008.	66
Tabela 8 - Receitas de transferências constitucionais da cota-parte do FPM e cota-parte do ICMS total do município de Nilópolis-RJ, 2007 a 2008, em R\$ de 2008, por habitante.	69
Tabela 9 – Percentual de representatividade das transferências constitucionais da União, do estado e as transferências do SUS da receita realizada em 2008 do município de Nilópolis. .	70
Tabela 10 - Despesas com recursos próprios comparadas com transferências de recursos do MS para o município de Nilópolis e média dos municípios da RMRJ I, em R\$ de 2008 por habitante.	71
Tabela 11 – Despesas liquidadas com saúde por fonte de recursos no município de Nilópolis, 2007- 2008.....	72
Tabela 12 – Despesas liquidadas com saúde em Nilópolis por grupo de natureza de despesa, 2007-2008.....	73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Funções Integradas da Gestão Orçamentário-financeira.	31
Figura 2 - Mapa de localização do município de Nilópolis - RJ.	49
Figura 3 - Mapa do município de Nilópolis-RJ.	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição de impostos estabelecida na Constituição Federal.....	27
Quadro 2 - Indicadores de Desenvolvimento Humano da RMRJ, 2000.	38
Quadro 3 - Grupos econômicos e estruturas de estabelecimentos no município de Nilópolis – RJ – 2008.....	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Renda per capita em R\$ do município de Nilópolis - RJ	56
Gráfico 2 - Desigualdade de renda no município de Nilópolis – RJ	57
Gráfico 3 - Indicadores do nível de composição de renda em Nilópolis – RJ	58
Gráfico 4 - Produto Interno Bruto do município de Nilópolis – RJ – (R\$ corrente 2007)	61
Gráfico 5 - Classificação das receitas segundo fontes de arrecadação no município de Nilópolis – RJ (2000-2007).....	62
Gráfico 6 - Despesas correntes em relação às despesas segundo suas aplicações – Nilópolis – RJ (2000-2007).....	63
Gráfico 7 – Evolução das principais despesas totais liquidadas por natureza de despesa e subfunção de saúde no município de Nilópolis, 2005-2009.	74

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVO GERAL	21
2.1. Objetivos Específicos	21
3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	22
4. O CONHECIMENTO SOBRE A TEMÁTICA	23
4.1. Relações intergovernamentais e a política de saúde no Brasil.....	23
4.2. Relações intergovernamentais, descentralização e a autonomia fiscal dos municípios.....	29
4.3. Mecanismos de planejamento e de controle da gestão financeira.....	30
4.4. As Regiões Metropolitanas: é preciso repensar as metrópoles e seus entornos.....	33
4.4.1. Contextualização da região metropolitana do Rio de Janeiro	35
5. METODOLOGIA	39
5.1. Receitas e Despesas tributárias do município de Nilópolis	42
5.1.1. Receitas tributárias	43
5.1.2. Despesas tributárias	44
5.2. Fontes e técnicas de coleta de dados	45
5.3. Ética da pesquisa	47
6. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NILÓPOLIS.....	48
6.1. Aspectos históricos e políticos	48
6.2. Localização geográfica do município de Nilópolis	49
6.3. Aspectos culturais.....	50
6.4. Aspectos demográficos e sociais.....	50
6.5. Aspectos de infraestrutura e condições sócio-sanitárias.....	52
6.6. Aspectos econômicos	55
7. FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA RMRJ: ESTUDO DO MUNICÍPIO DE NILÓPOLIS.....	65
7.1. Composição das receitas fiscais	65
7.2. Composição das despesas com saúde.....	71
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	85
APÊNDICE I - Quadro dos indicadores sócio-econômicos da Região Metropolitanas I e II do Rio de Janeiro – 2000.....	86
APÊNDICE II - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos	87

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objeto o estudo dos fluxos financeiros dos governos federal e estadual do Rio de Janeiro e dos recursos próprios alocados para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo município de Nilópolis, situado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ). Pretendeu-se compreender os mecanismos de transferências intergovernamentais de recursos financeiros, constitucionais e do setor saúde, e a capacidade fiscal de arrecadação própria para o município selecionado.

O sistema de saúde brasileiro, instituído como SUS, representa uma conquista no processo de redemocratização do país, pois determinou novos rumos às políticas públicas sociais. É um sistema desafiador, tanto na sua organização quanto no seu financiamento, especialmente ao instituir o acesso universal e equitativo, descentralizado, com gestão dos governos subnacionais (ARRETCHE, 2003; SANTOS e ANDRADE, 2006).

Para garantir a sustentação de um sistema desta magnitude são necessários investimentos de diversas naturezas frente à realidade das condições desiguais de vida da população brasileira que, por inúmeras vezes, se depara com muitos obstáculos para acessar e utilizar os serviços de saúde, conforme prescrito na Constituição Federal de 1988 (CF/88).

A questão que instigou a realização desta discussão está ligada aos argumentos dos muitos estudos na área da economia, da saúde e da gestão pública de saúde. Demonstram que grande parcela dos municípios brasileiros tem elevado grau de dependência financeira e administrativa da União para a provisão das políticas públicas sociais, reduzindo os avanços pretendidos com a descentralização idealizada na Constituição Federal de 1988 (CF/88).

O ideal sonhado na CF/1988 não se concretizou plenamente por razões estruturais, de caráter econômico, político e social da própria formação da federação brasileira e do quadro de forte centralização nos períodos de regime ditatorial. Apesar disto, são inegáveis os avanços do SUS após 20 anos de sua implantação. Por ser um sistema de tamanha audácia para um país com dimensões continentais como o Brasil, e com população extremamente heterogênea em todo o território nacional, alguns desafios precisam ser estudados e enfrentados, para compreender como a descentralização e a autonomia idealizadas pelos entes governamentais se expressa na realidade de um determinado município.

Um dos grandes desafios para os gestores da saúde é planejar um modelo de atenção à saúde. Precisa ser sustentado por uma lógica de atenção primária, que promova saúde à

população e, ao mesmo tempo, garanta o direito à saúde de forma resolutiva, universal, equânime e integral.

Destarte, o objetivo geral desta pesquisa é analisar os fluxos financeiros dos governos federal e estadual do Rio de Janeiro e a capacidade tributária de arrecadação própria para o financiamento do SUS no município de Nilópolis-RJ nos anos de 2007 e de 2008.

A saber, a capacidade tributária refere-se à composição da receita orçamentária e as despesas com saúde do município de Nilópolis-RJ.

Com base no exposto, este estudo pretende responder a seguinte questão: como são as relações intergovernamentais e o grau de autonomia fiscal para o financiamento do SUS no município de Nilópolis?

Nilópolis se ressentir de problemas fiscais característicos de municípios que compõem as regiões metropolitanas brasileiras, especialmente as cidades-dormitório. Estas são penalizadas, pois apresentam demandas sociais de infraestrutura urbana, decorrentes de problemas peculiares do entorno dos grandes centros urbanos. Além disso, não são contemplados por repasses financeiros específicos para essas regiões.

As especificidades dos municípios de regiões metropolitanas e a não contemplação de recursos financeiros específicos para o enfrentamento dos problemas desses centros urbanos estimulam o espírito investigativo na tentativa de compreender melhor a conformação da capacidade de o gestor local arrecadar recursos para a gestão do SUS. Assim sendo, estudar o município de Nilópolis possibilita a discussão da lógica do financiamento público de saúde que é influenciado pelo sistema tributário brasileiro.

A abordagem das transferências constitucionais refere-se ao artigo 18¹ da CF/88, que contempla os estados, os municípios e o Distrito Federal como entes federados. Juntos à União, compõem a Federação brasileira, detendo autonomia política, administrativa e financeira.

De acordo com Rodrigues (2007) tal dispositivo constitucional, associado ao processo de descentralização, confere poder aos estados e aos municípios para orçar, gerir, despender, legislar e fiscalizar seus próprios tributos, sendo essencial para que estes desenvolvam novas experiências de gestão pública.

De modo geral, as transferências de recursos federais e estaduais para o custeio dos sistemas municipais de saúde são de grande importância ao financiamento da saúde pública

¹ O artigo 18 da CF/88 diz: “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos nos termos desta Constituição” (BRASIL, 1988).

nos municípios. Porém, o grau de importância varia entre os municípios de acordo com a capacidade de cada um em exercer seu papel de gestor da saúde a partir das bases fiscais de arrecadação própria. Ainda que a maioria dos municípios dependa das transferências dos governos federal e estadual, vale ressaltar que a operação do sistema é prioritariamente local (MENDES, 2005, p.73).

Como se observa, a autonomia fiscal é questionada porque muitos municípios brasileiros não têm capacidade de arrecadação suficiente para prover os serviços que estão sob sua responsabilidade a partir da CF/1988 e necessitam de recursos financeiros provenientes da União e dos estados.

Atualmente, as transferências intergovernamentais de caráter legal ou constitucional (incluindo as dos fundos nacionais de Saúde, Educação e Assistência Social) representam cerca de 74% das receitas municipais, com este percentual ultrapassando os 90% para 3.835 municípios. Em valores absolutos, as transferências da União e dos estados para os municípios cresceram de R\$ 48 bilhões em 2000 para R\$ 173 bilhões em 2009. (ORAIR, 2010, p.4).

As transferências constitucionais visam à equalização da capacidade de gasto dos municípios brasileiros e compõem a base de financiamento do SUS. Faveret (2002, p.40) aponta:

O poder de gasto é, portanto, o que de fato viabiliza o cumprimento das atribuições das esferas de governo, especialmente em contextos de desigualdades entre as unidades constituintes da federação. Isto se dá principalmente através dos sistemas de transferências intergovernamentais que caracterizam modelos mais flexíveis do federalismo fiscal.

Um importante pilar de sustentação à política setorial de saúde está no co-financiamento do Ministério da Saúde (MS). Entretanto, suas regras de distribuição de recursos financeiros até os Pactos pela Saúde, de 2006, reforçavam o financiamento dos municípios em gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, ou seja, municípios com um conjunto de serviços de saúde com os três níveis de assistência à saúde: atenção básica, média e alta complexidade (MENEZES e ASSIS, 2006).

Observa-se que, entre 2000 e 2008, o montante gasto com saúde pelas três esferas de governo tem percentuais diferenciados, ou seja, a União 45%, os municípios com 30% e, por último, com menor participação, os estados, com 26%, (BENEVIDES, 2010).

Esta situação mostra o descompasso entre maior autonomia de gasto com os municípios, decorrentes da descentralização dos recursos federais e estaduais, advindos de transferências

constitucionais, e menor autonomia para definir o modo de organização do Sistema Municipal de Saúde, advindos de transferências do MS, vinculadas previamente a ações e aos serviços definidos de modo uniforme aos municípios brasileiros.

A capacidade de arrecadação de recursos dos municípios está relacionada aos seus níveis de emprego, de renda e de consumo. Para reduzir a desigualdade na capacidade de gasto há o Fundo de Participação dos Municípios (FPM). O principal critério para a criação do Fundo foi a baixa capacidade destes para a arrecadação de impostos locais, tornando-se, aos poucos, no principal mecanismo de financiamento. Segundo Prado (2003, p. 65) “[...] o fundo teve sempre caráter de um certo tipo de ‘renda mínima’ fiscal para compensar a limitação das bases próprias das pequenas localidades”.

Dois aspectos se complementam: Vianna *et al* (1991) afirmavam que o financiamento baseado na maior participação da esfera federal facilitaria a equidade na distribuição regional dos recursos financeiros do SUS. Dain (2000) mostra que estas diferenças entre os municípios dificultam a atribuição de encargos por nível de governo e o papel subsidiário da União para reduzir as iniquidades.

A heterogeneidade da configuração municipal, quanto à capacidade administrativa dos governos locais e às escalas mínimas compatíveis com a descentralização de políticas públicas, associada às desigualdades econômicas e sociais existentes no território, dificultam ainda mais a definição clara de encargos por nível de governo. Fica também prejudicada a utilização do princípio da subsidiariedade, pelo qual a esfera superior de governo atua para cobrir as lacunas dos governos locais e efetuar a equalização do acesso a serviços em todo o território nacional (DAIN, 2000, p.69)

Partindo desses pressupostos, faz-se necessário identificar as principais transferências constitucionais que, juntamente com a capacidade de arrecadação própria do município, compõem a base da receita definida como vinculada aos gastos próprios em ações e em serviços de saúde, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC-29/2000). Da mesma maneira, identificar as transferências legais do MS e da SES/RJ que integram a base da receita vinculada à saúde para o município de Nilópolis.

A EC-29/2000 preconiza a vinculação de recursos próprios da União, dos estados e dos municípios para a saúde. Os governos subnacionais (estados e municípios) ficam obrigados a aplicar, em ações e serviços de saúde, percentuais mínimos calculados sobre impostos próprios e transferências constitucionais e legais das esferas federal e estadual. No caso específico da União, as fontes que constituem a base vinculada para a saúde serão definidas pela Lei Complementar 01/2003, ainda aguardando votação no Congresso Nacional.

A base da receita vinculada à saúde constante na EC-29/2000, ordena que a União, após o ano de 2001, corrija o orçamento do MS pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB. Para os estados, o Distrito Federal e os municípios, o montante mínimo de recursos aplicado em saúde deve corresponder a um percentual da receita de impostos arrecadados pelo respectivo ente federado e transferências constitucionais e legais. De 2004 em diante, conforme prevê a mesma EC, este percentual foi gradualmente ampliado até 12% para os governos estaduais e do DF e 15% para os governos municipais.

Convém notar que o controle e a avaliação do cumprimento dos percentuais determinados são feitos pelo Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). As informações constantes neste sistema permitem conhecer as distintas situações dos municípios, por porte populacional, das receitas e dos gastos com ações e serviços de saúde, gasto total *per capita*, dentre outros indicadores, possibilitando diversos estudos que analisem o financiamento e os fluxos intergovernamentais (CUNHA, 2002).

2. OBJETIVO GERAL

Analisar os fluxos financeiros dos governos federal e estadual do Rio de Janeiro e a capacidade tributária de arrecadação própria para o financiamento do SUS no município de Nilópolis-RJ, nos anos de 2007 e de 2008.

2.1. Objetivos Específicos

1. Identificar a receita própria e as principais transferências constitucionais para o município de Nilópolis-RJ;
2. Identificar as transferências legais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde do Rio de Janeiro para o SUS de Nilópolis;
3. Identificar as despesas com saúde em Nilópolis conforme prevê a Emenda Constitucional n° 29/2000; e
4. Analisar as relações intergovernamentais e o grau de autonomia fiscal a partir do recorte de dados financeiros do SIOPS para o município de Nilópolis financiar o SUS como integrante da RMRJ.

3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Os estudos dos fluxos de recursos públicos entre as esferas de governo e entre as unidades da federação é tema de grande relevância acadêmica e, sobretudo, prática, na medida em que o pacto federativo tem uma natureza essencialmente pragmática (FIORI, 1995 *apud* FAVERET, 2002). Cabe ao Estado alocar e redistribuir recursos sob a lógica do interesse social coletivo, como forma de garantia do princípio constitucional da saúde como dever do Estado e direito de cidadania. As ações e serviços de saúde são responsabilidades dos três níveis de governo e devem ser exercidas de acordo com os dispositivos legais e normativos, possibilitando a organização, o funcionamento e a avaliação do sistema de saúde.

Assim, pretende-se contribuir para a compreensão de fatores relativos ao modelo de organização federativa brasileira que interferem nas relações fiscais e intergovernamentais pelo recorte de dados financeiros de arrecadação tributária. Justifica-se, ainda, por ser um estudo de caso e pela necessidade em compreender e ter discernimento sobre os fluxos financeiros municipais para maior controle social dos gastos em saúde.

O estudo de caso de um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro apresenta viabilidade e contribui para compreender uma região de grande importância econômica para o país e com forte impacto na vida econômica e social de sua população.

Se analisada sob a lógica do financiamento, a implantação de políticas públicas e sociais torna-se um grande desafio aos gestores estaduais, e principalmente, aos municipais, pois se destacam obstáculos institucionais e de capacidade fiscal de arrecadação tributária que dificultam a cooperação entre os entes federados.

Conforme Pinto (2007, p. 61-62):

[...] uma região metropolitana é formada por municípios que têm diferentes portes e podem ser diferentemente afetados por um mesmo problema. Por isso, eles atribuem importância diferenciada a sua resolução, ponderando o ônus que prevêem arcar pela ação cooperada vis-à-vis a situação fiscal.

A saúde constitui um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira. Depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida, associadas ao modelo de desenvolvimento vigente. O modelo de saúde proposto deve ser capaz de contemplar a inclusão social, a reversão das iniquidades entre as pessoas e as regiões (BRASIL, 2008).

4. O CONHECIMENTO SOBRE A TEMÁTICA

Os Estados podem desempenhar papel decisivo, com a condição de que aceitem, em razão do próprio interesse, abandonar a sua soberania absoluta acerca de todos os grandes problemas de utilidade comum e, sobretudo, dos problemas que ultrapassam sua competência isolada. Edgar Morin

4.1. Relações intergovernamentais e a política de saúde no Brasil

Este capítulo apresenta os principais conceitos do federalismo fiscal e do modelo de organização federativa brasileira para a compreensão das especificidades da política pública de saúde brasileira.

O Sistema Único de Saúde representa uma conquista por sua associação ao processo de redemocratização do país, que determinou novos rumos às políticas públicas sociais. O novo modelo de atenção à saúde transformou os governos municipais nos principais responsáveis pela oferta de ações e de serviços de saúde.

Entretanto, percebe-se um nó importante a ser desatado: grande parcela dos municípios brasileiros possui elevado grau de dependência financeira e administrativa dos outros entes federados, em particular da União, para a provisão das políticas públicas sociais, descaracterizando a descentralização idealizada na CF/88. Eis um desafio a ser enfrentado para que o sistema de saúde seja compatível com o direito à saúde de forma universal, equânime e integral.

Convém ponderar que a CF/1988 reforçou o modelo federativo de organização do Estado brasileiro. O Brasil é inovador ao considerar os municípios como entes federados e é o único país integrado por três entes federativos, União, estados e municípios, com poder político e com autonomia fiscal. Conforme Lima (2006), os movimentos constituintes que visavam à reforma tributária e à reforma sanitária objetivaram um sistema fiscal descentralizado, em reação ao caráter centralizador do período do regime militar e, ainda, ampliaram a autonomia fiscal e a participação política dos municípios. “Ao mesmo tempo, ocorre o reconhecimento dos direitos civis da população e a incorporação dos movimentos sociais na formulação, controle e implementação de políticas públicas, legitimando a dimensão política das pressões pela descentralização” (DAIN, 2000, p.77).

A CF/1988 ampliou a competência tributária e complementou a repartição da competência tributária com o aprofundamento do sistema de cotas de participação nas receitas federal e estadual.

Segundo Watts (1996 *apud* Favaret, 1999), o termo “*federal political system*” refere-se a uma ampla categoria de sistemas políticos na qual, em contraste com os sistemas unitários, em que há uma única fonte de autoridade, existem dois (ou mais) níveis de governo que combinam elementos de regras compartilhadas (*shared-rule*) e auto-regulação regional (*regional self-rule*) para os governos das unidades constitutivas.

Assinala-se que são mecanismos pelos quais os entes federativos estabelecem suas regras de autogoverno e delimitam as ações do poder dos outros níveis de governo. Cada sistema governamental molda suas formas peculiares de relações intergovernamentais, de maneira cooperativa e competitiva, baseada na negociação/pactuação entre os diferentes níveis governamentais.

Para Elazar (1987 *apud* Favaret, 1999) o federalismo é um princípio ou valor que permeia os sistemas políticos federativos e que diz respeito à necessidade das pessoas e das unidades políticas de se unirem para atingirem objetivos comuns e ainda assim, se manterem separadas para preservar suas respectivas integridades².

Em sua forma original, o federalismo “caracteriza-se pela não-centralização, isto é, pela difusão dos poderes de governo entre muitos centros” (ALMEIDA, 1996, p.14).

As relações entre federalismo e descentralização não são simples, quer do ponto de vista conceitual, quer do ponto de vista do funcionamento. Bobbio (2004), entende como Estado centralizado quando “a quantidade de poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos é reduzida ao mínimo indispensável, a fim de que possam ser considerados como entidades subjetivas de administração”. Para este autor, a descentralização existe quando “os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver suas próprias atividades” (BOBBIO, 2004, p. 330). A descentralização no Brasil passa a ser “sinônimo da democracia, a centralização é identificada como símbolo do autoritarismo a ser derrotado” (DAIN, 2000, p.77).

Para diferenciá-lo de outros processos que envolvem transferência de poder, Abrucio (2004), conceitua descentralização como um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado Nacional, envolvendo diferentes instâncias de governo e, por vezes, decorrente da conquista ou transferência de poder a governos subnacionais.

² As “respectivas integridades” estão referidas à articulação entre federalismo, descentralização e autonomia das entidades federadas.

No âmbito do federalismo fiscal, a descentralização interfere no equilíbrio entre a autonomia e a interdependência das instâncias governamentais e, por isso, necessita de mecanismos de coordenação para o estabelecimento de pactuações e/ou parcerias que sejam aprovadas pelos entes federativos, caracterizando cooperação intergovernamental para melhor funcionamento do sistema. Deste modo, “a descentralização é bem mais complexa, pois envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre níveis de governo” (Abrucio, 2004, p.23). Os entes federados, então, são dotados de autonomia, que está relacionada, no âmbito fiscal, ao poder de tributar, ao grau de dependência das transferências financeiras intergovernamentais e, ainda, a liberdade sobre os gastos públicos.

Para Rezende e Oliveira (2003), a descentralização idealizada reivindicava aumento das transferências federais que, na época, vinculavam-se ao Fundo de Participação dos Estados (FPE) e ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM), com livre capacidade de gasto pelas esferas subnacionais.

De acordo com Nazareth (2007), o aumento das transferências intergovernamentais teve por objetivo equalizar os recursos disponíveis aos municípios, considerado fundamental ao desempenho do novo papel que lhes foi reservado na Federação.

O sistema federativo brasileiro diferencia-se muito de experiências federativas internacionais. O principal aspecto de diferenciação é a elevada descentralização das competências tributárias, traduzida na autonomia que os governos estaduais e municipais têm para instituir alíquotas e arrecadar impostos próprios. Com a atribuição de maior autonomia financeira, os municípios assumem maiores responsabilidades dentro da Federação.

A CF/88 foi amplamente descentralizadora ao garantir autonomia aos entes federados por acreditar que o caminho para garantir cidadania e fortalecer a democracia era a descentralização das ações políticas. No caso da saúde, os municípios, em meio às novas atribuições constitucionais, especialmente os de pequeno e médio porte, não dispunham de estrutura qualificada ao atendimento que se pretendia universal. Assumiram mais encargos tributários e maiores demandas por ações e serviços de saúde, além da necessidade de pessoal, de equipamentos, de estrutura organizacional e de capacidade de expansão (RODRIGUES, 2003; LIMA, 2006).

Abrucio destaca três obstáculos a esse projeto de descentralização:

- a) a grande maioria dos municípios brasileiros não tem como se auto-sustentar, mesmo recebendo repasse de recursos dos demais níveis de governo. A desigualdade do país e a heterogeneidade de situações no plano local inviabilizam o modelo do municipalismo autárquico.
- b) há um desnível muito grande entre os governos locais

também na configuração administrativa e política. Muitos não têm ainda a capacidade e os quadros técnicos para, sozinhos, resolverem os seus problemas de ação coletiva e produção de políticas públicas. Além disso, a democratização local não foi uniforme nem acabou com todos os vícios patrimoniais de nosso sistema político. c) os instrumentos de parceria e cooperação no plano subnacional são reduzidos ou, quando existentes, frágeis institucionalmente [...]. ABRUCIO (2001, p.102).

Paralelo ao sistema federativo, o novo modelo do sistema de saúde proposto pela CF/88 impactou profundamente a política pública nacional de saúde. Para Marques (1998), devido à maior autonomia dos municípios, implicou no redesenho do sistema da saúde até então existente, na tentativa de estabelecer meios que permitissem a viabilização do SUS, tais como: redefinição de funções políticas e administrativas, responsabilidades, competências e novos mecanismos de financiamento.

Especificamente no setor Saúde, as mudanças se deram em duas direções aparentemente opostas e, entretanto, articuladas entre si. De um lado foram definidos objetivos nacionais e estratégias para alcançá-los, aumentando a centralização normativa e de recursos. De outro, houve claro reconhecimento dos limites à gestão centralizada dos serviços, tanto em termos de sua distância dos prestadores e usuários, como da falta de flexibilidade para captar e atender à diversidade de situações locais, o que reforçou a tendência à descentralização. Combinam-se assim elementos de centralização e descentralização que, uma vez associados aos processos de redemocratização, são percebidos como polaridades (DAIN, 2000, p.78-79).

Entende-se que o Estado brasileiro não se organiza de forma puramente centralizada ou descentralizada. Tem-se um processo dinâmico de organização política e tributária das esferas governamentais, em função de necessidades de abrandar ou aprofundar tendências, sempre num movimento de ajustes.

O processo de descentralização tributária e fiscal ocorreu por meio de dois mecanismos, conforme apresenta Nazareth (2007): a ampliação da base tributária municipal e a maior participação dos governos subnacionais nos tributos federais.

No Quadro 1 apresenta-se a distribuição de impostos determinados pela CF/88. É possível observar que o governo federal permaneceu com a concentração da arrecadação dos principais impostos, os quais têm a maior base de arrecadação fiscal. Por outro lado, os municípios ampliaram sua base tributária, mas os tributos de suas competências são de baixa arrecadação financeira.

União	Estados e DF	Municípios
a) Imposto sobre Importação (II) b) Imposto sobre Exportação (IE) c) Imposto sobre rendas e proventos de qualquer natureza (IR) d) Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e) Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários (IOF) f) Imposto sobre Propriedade Territorial (ITR)	a) Imposto sobre transmissão causa <i>mortis</i> doação (ITD) b) Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal de comunicação (ICMS) c) Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) d) Adicional sobre Imposto de Renda	a) Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) b) Imposto sobre Transmissão <i>Inter Vivos</i> (ITBI) c) Imposto sobre vendas e varejo de combustíveis líquidos de gasosos (IVVC) d) Imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISS)

Fonte: Pires (1996 apud Favaret, 1999, p.68).

Quadro 1 - Distribuição de impostos estabelecida na Constituição Federal

Os instrumentos tributários devem ser definidos de forma a garantir suficiência financeira para as distintas unidades de governo. Caracterizam-se como uma dificuldade em países com grandes disparidades regionais, como é o caso do Brasil, que deve contar ainda com um sistema de transferência intergovernamental. Segundo Conti (2004,) a existência da autonomia depende da quantidade de recursos suficientes para que os entes federados possam desempenhar suas atribuições.

A garantia de suficiência financeira implica que os distintos níveis de governo tenham a capacidade de financiar as despesas derivadas do exercício de suas funções com seus próprios recursos, como condição necessária à preservação da autonomia decisória na determinação do volume e composição dos bens e serviços que prestam a suas comunidades (COSSÍO,1998).

Por um lado, a CF/88 representou uma conquista dos movimentos reformistas, mas por outro, nos anos 90, a concretização do SUS esteve repleta de desafios. Deve-se levar em conta que os municípios podem dispor de estruturas administrativas similares, mas também existe forte desigualdade econômica, intramunicipal e intermunicipal, observada nos estados e nas regiões. A capacidade de arrecadação tributária própria e de gasto nas ações e nos serviços de saúde é muito diferenciada, fazendo emergir os desequilíbrios fiscais.

Os dados das finanças governamentais, do ano de 2006, mostram que os municípios brasileiros são responsáveis por apenas 5,5% da arrecadação tributária do país, pois enquanto que os estados arrecadam 26,6%, o governo federal concentra 67,9%. (BREMAEKER, 2008, p. 3)

Ficam evidenciadas as disputas entre os entes federados quando da partilha dos impostos. A partir da expansão da base tributária observa-se a incapacidade dos municípios de garantir os princípios constitucionais, transformando o SUS em um sistema financeiramente frágil e dependente de transferências intergovernamentais. A superação dessas desigualdades é um grande desafio para a construção do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, para a formação de um sistema de partilha tributário equânime (LIMA, 2006).

Watts (1996) considera que os desequilíbrios fiscais podem ser verificados de duas maneiras: verticais e horizontais. Os verticais são observados entre governos de diferentes níveis, gerados pela elevada concentração de poder de tributação no nível federal, em contraposição às necessidades de gastos dos níveis subnacionais por maiores encargos assumidos. Já os horizontais existem em razão das desigualdades existentes entre os governos do mesmo nível que determinam, por um lado, capacidades diferenciadas de provisão de serviços em sistemas de tributação comparáveis e, por outro, necessidades distintas de gastos públicos decorrentes de variações nas condições socioeconômicas e nas demandas da população. O papel do sistema de partilha tributário é justamente o de reduzir os desequilíbrios existentes ao compatibilizar as diversidades econômicas regionais e locais por meio de mecanismos fiscais.

Onde a municipalização avançou, aumentou a demanda e os municípios enfrentaram dificuldades com as mudanças na escala dos serviços de saúde, seja na forma de pressão sobre os gastos, seja na falta de capacidade gerencial para operar um sistema complexo, seja na carência de recursos humanos qualificados [...] A partir dos anos 90, no entanto, o governo federal perdeu a capacidade de orientar a implementação do sistema de saúde descentralizado, por força do agravamento dos desequilíbrios fiscais, comprometendo a capacidade de ação coordenadora e financiadora do processo de descentralização (NAZARETH, 2007, p. 92).

Os princípios propostos pelo sistema são complexos e foram necessários instrumentos de regulação ainda na década de 90 do século passado. As Normas Operacionais Básicas (NOB) foram criadas para concretizar o SUS e regulamentar as responsabilidades de cada esfera do governo.

4.2. Relações intergovernamentais, descentralização e a autonomia fiscal dos municípios.

A organização e a distribuição de poderes políticos devem permitir que as necessidades comuns das pessoas sejam atendidas e que, ao mesmo tempo, considere a diversidade das circunstâncias e das preferências. No sistema federativo de governo são necessários o compromisso e a responsabilidade dos entes federados. Da mesma maneira, nas relações intergovernamentais, as negociações são fundamentais. Ressalta-se que não existe um modelo ideal de sistema federativo, haja vista cada qual ser constituído por um conjunto de princípios coerentes com esse sistema.

A existência de um sistema federal implica cooperação política e financeira entre o governo federal e as demais esferas da Federação. Esta é a razão pela qual o grau de descentralização entre unidades governamentais é de importância crucial para o entendimento de como um dado sistema federal funciona na prática. (SOUZA, 1998, p.5).

Apesar de o federalismo estar, em geral, acompanhado da descentralização, isto é, de substancial autonomia entre os membros da federação, a descentralização não é uma condição necessária nem suficiente para o federalismo, como discutido por Lijphart (1984 apud SOUZA, 1998).

A federação brasileira apresenta acentuado grau de descentralização, como enfatiza Almeida (2005 apud LIMA, 2006, p.37). Entretanto, o conceito de descentralização é ambíguo e vem sendo usado para descrever processos de mudança no papel do governo nacional por meio de:

1- transferência de capacidades fiscais e poder decisório sobre políticas para autoridades subnacionais (movimentos de realocação); 2- transferências para outras esferas de governo da responsabilidade pela implementação de políticas definidas no nível federal (movimentos de consolidação); 3- deslocamento de atribuições do governo nacional para os setores privados e não governamentais (movimentos de devolução). Enquanto os dois primeiros processos envolvem redefinição das ações governamentais, no terceiro, há redução das atividades de todos os níveis de governo.

A descentralização é um processo nitidamente político. Envolve diferentes instâncias de governo e, por vezes, decorre da conquista ou da transferência de poder a governos subnacionais. Nesse contexto, as relações intergovernamentais se consolidam das mais

variadas formas, seja organizacional, financeira ou política. Ambas são inseparáveis, caracterizam uma federação e criam as relações governamentais.

Na década de 90, a descentralização das políticas sociais, especialmente a da saúde, assumiu importante papel na agenda pública brasileira. Porém, não havia um projeto coordenado de descentralização por parte do governo federal que delimitasse as responsabilidades de cada esfera de governo. Desta forma, o SUS impôs modificações constantes às esferas de governo, exigindo uma forma particular de relacionamento entre elas para assegurar a integração, a regionalização e a hierarquização das ações e dos serviços de saúde (MENDES, 2005).

É interessante observar que as transferências intergovernamentais possibilitam analisar o grau de autonomia fiscal dos entes federados, (no caso em tela, dos municípios), uma vez que elas apontam a interdependência entre os níveis de governo. De acordo com Cunha (2002, p.24) as esferas subnacionais “enquanto entes federados são dotados de autonomia, que está relacionada, no âmbito fiscal, ao poder de tributar e ao grau de dependência das transferências financeiras intergovernamentais”.

França (2006) assegura que a movimentação de recursos financeiros intergovernamentais ainda vem sendo conduzida pela União, e implementada pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, via repasses de recursos da instância central.

4.3. Mecanismos de planejamento e de controle da gestão financeira

A partir dos anos 90, várias inovações ocorreram no planejamento e nos orçamentos públicos, tendo por base a CF/88. A partir de então, os três mecanismos de planejamento do processo orçamentário utilizados são: o Plano Plurianual (PPA); a Lei de Diretrizes e Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). No que se refere à política setorial de saúde, a LOA tem como função auxiliar para que os recursos financeiros sejam destinados às ações e serviços de saúde à população. Numa definição mais ampliada, percebe-se a abrangência de cada legislação, ou seja:

[...] a) Plano Plurianual (PPA): estabelece o planejamento global da ação governamental. Define os objetivos e as metas da gestão pública num período de quatro anos. b) Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) é uma lei anual e trata das normas que orientam a elaboração da lei orçamentária e do próprio orçamento público. c) Lei Orçamentária Anual (LOA) é a peça orçamentária propriamente dita. Define o orçamento do município, do estado ou da União, abarcando os seus fundos, empresas públicas e demais órgãos instituídos e mantidos pelo poder público. (CEAP, 2005, p.39-40).

Além desses mecanismos, o Ministério da Saúde editou a Portaria Nº 3.085/2006 para regulamentar o Sistema de Planejamento do SUS. No artigo 1º, § 2º, diz: “Esse Sistema pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais”. A portaria trabalha com os seguintes instrumentos: I - o Plano Municipal de Saúde (define a programação das ações e dos serviços de saúde) e a respectiva Programação Anual em Saúde; e II - o Relatório de Gestão (apresenta os resultados alcançados). No mesmo sentido, a Portaria Nº 3.332/2006 trata de orientações relativas à elaboração dos novos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

Os mecanismos que auxiliam a gestão orçamentário-financeira do SUS devem estar articulados ao plano de saúde e à programação anual da saúde. Apesar dos mecanismos de planejamento e das normas para a melhoria da gestão financeira, Mendes (2003, p. 111), afirma: “a experiência brasileira tem apontado que, na maioria das vezes, a elaboração do processo orçamentário, pelos governos municipais, e da área da saúde em particular, é distante dessa sistemática integrada entre planejamento e orçamento”. O mesmo autor entende que é necessária a existência de fluxo contínuo entre o planejamento e a avaliação dos resultados, conforme se observa na Figura 1.



Fonte: Mendes (2003).

Figura 1 - Funções Integradas da Gestão Orçamentário-financeira.

Sendo assim, os objetivos e as metas definidas se expressam na alocação de recursos públicos, espelhando as decisões políticas e estabelecendo as ações prioritárias para o atendimento das necessidades sociais. É válido destacar, também, o controle da sociedade sobre a gestão e a execução do orçamento de acordo com o “projeto” desenhado.

A população, de maneira geral, desconhece o funcionamento dos processos de orçamento público. É notória a falta participação nas discussões, especialmente por não conhecer seus direitos. Muito mais do que atender à legislação e às normatizações, o orçamento das três esferas de governo deveria ser um instrumento para a gestão das políticas públicas, econômicas e sociais, como resposta aos anseios da população. O resultado, traduzido na execução orçamentária e no cumprimento de metas, depende da interação da sociedade com os entes governamentais (municípios, estado e União). Nesse sentido, a sociedade pode e deve participar ativamente das discussões para a construção desse processo, incluída a fiscalização da administração dos governos.

Poppe (2008, p.23) destaca:

[...] os orçamentos não se relacionam com os objetivos; funcionam como atividade separada das demais; funcionam como controle de gasto; quase sempre obedecem a alocações históricas e aumentam ou diminuem sem qualquer vínculo com o nível da eficiência; obedecem a códigos contábeis sobre a natureza do gasto desvinculando a ação, meta e indicadores de sucesso. Tudo isso impede que se reconheça a efetiva alocação dos recursos e tende a gerar deformação e hipertrofia organizacional.

O orçamento participativo (OP) tem se difundido como um novo mecanismo de participação popular junto às administrações públicas, mas ainda é insuficiente. O OP discute a alocação dos recursos para investimento, parques em geral, mantém os de custeio sem coerência com os objetivos e metas planejados e, ainda, falta o conhecimento da sociedade sobre seus direitos e consequente reivindicação (CUNHA, 2002).

No caso específico do orçamento da política de saúde, é fundamental a participação da sociedade na sua elaboração. Para o atendimento das necessidades de saúde da população é preciso conhecê-las, diagnosticá-las e priorizá-las. A responsabilidade é de todos, não apenas dos gestores públicos e, em particular, dos Conselhos de Saúde, os quais exercem o controle social.

4.4. As Regiões Metropolitanas: é preciso repensar as metrópoles e seus entornos

A região é uma realidade concreta, física, ela existe como um quadro de referência para a população que aí vive (GOMES, 1995, p.57).

As primeiras Regiões Metropolitanas (RM's) no Brasil foram criadas em 1973, pela Lei Complementar n° 14 que, por sua vez, tinha a Constituição de 1967 como base de sustentação. O pacto federativo estruturado na CF/1988 não abriu espaço para a discussão das RM's, transferindo a responsabilidade pela criação destas aos estados, anteriormente incumbência do governo federal.

No Art. 25, §3, da CF/1988, encontramos:

Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum (BRASIL, 1988).

Paralelamente à instituição de novas atribuições aos municípios e aos estados ocorria o movimento de municipalização. Aos primeiros foram atribuídas competências para a auto-organização governamental, vedando aos segundos qualquer disposição a respeito. Isso dificultou as relações intergovernamentais, especialmente entre o estado e os municípios, no campo da descentralização e da regionalização, idealizadas na reforma sanitária (FERRARI, 2003, p.154).

Não foi estabelecido nenhum critério para a criação das RM's, o que gerou grandes diferenças entre si. Cada qual com critérios próprios e, por vezes, sem o domínio do conceito definidor de região metropolitana. Conforme ressalta Freitas (2009), uma região metropolitana não pode ser criada, mas deve ser reconhecida como um fenômeno geográfico e institucionalizada com o objetivo de implantação de gestão comum, onde já existe e é facilmente identificada pela própria população.

Garson, Ribeiro e Rodrigues (2010, p.4) apontam:

A população dos 444 municípios das RMs, segundo estimativas do IBGE para 2009, atingiu 87,4 milhões de pessoas, o que representa 45,7% da população do país. Ao mesmo tempo, este conjunto de regiões metropolitanas oficiais comporta realidades demográficas bastantes distintas. Há enormes contrastes entre elas, ou seja, esses expressivos 87,4 milhões de habitantes se distribuem de maneira bastante desigual entre as 38 RM's e, por sua vez, nos municípios. Por exemplo, a maior RM, São Paulo (com 39 municípios), tem mais de 19 milhões de habitantes, seguida por Rio de Janeiro, com 11 milhões. Por outro lado, temos a região metropolitana do Sudoeste Maranhense (MA), cuja população dos oito municípios que a compõe soma 334 mil pessoas e a região metropolitana de Macapá, com população de 463 mil pessoas, em dois municípios (GARSON, RIBEIRO e RODRIGUES, 2010, p.4).

Freitas (2009) ressalta que a conformação das RM's pressupõe fatos sociais e econômicos, cuja essência é a metrópole, pois representa um núcleo de produção e de consumo. Sua caracterização principal é a urbanização que dá origem a funções públicas e de interesses comuns aos municípios componentes, integrando a organização, o planejamento e a execução de programas.

Os estados têm o poder de instituir RM's, mas não se criaram mecanismos governamentais para o trato de problemas comuns dessas regiões. Para Ribeiro (2004, p.22), isso acontece porque as metrópoles brasileiras “são ao mesmo tempo uma escala fundamental na questão social brasileira e órfãs do interesse político”. E apesar de todas as especificidades dessas regiões, elas não se constituem para o desenvolvimento de políticas específicas.

As RM's, em geral, são territórios de grande importância econômica para o país. Como consequência, apresentam graves problemas sociais em decorrência do crescimento econômico. Dessa forma, a implantação das políticas públicas sociais se torna um grande desafio para os gestores municipais e estaduais, especialmente sob a lógica do financiamento, pois se destacam obstáculos institucionais e fiscais que dificultam a cooperação entre os entes federados.

É importante destacar que os municípios das regiões metropolitanas têm forte articulação econômica, fluxos de relações intermunicipais, complementaridade funcional e a capacidade de produção de bens e serviços do país concentra-se fortemente nessas regiões. (CAMARGO, 2009).

Pinto (2007, p. 61-62) defende que:

[...] uma região metropolitana é formada por municípios que têm diferentes portes e podem ser diferentemente afetados por um mesmo problema. Por isso, atribuem importância diferenciada a sua resolução, ponderando o ônus que prevêem arcar pela ação cooperada vis-à-vis a situação fiscal.

As metrópoles são marcadas por especificidades que decorrem do tamanho, da história e das inserções regional, nacional e mundial. Diferenciam-se quando crescem e tornam-se mais complexas, mais “eficientes”, mais desenvolvidas economicamente, socialmente e culturalmente. Mesmo assim, apresentam grandes problemas e obstáculos devido ao impacto urbano, conflitos sociais e disfunções econômicas e políticas (BRAGA e CARVALHO, 2004).

Como há de se verificar, a institucionalidade das RM's é algo recente, ainda permeada por conflitos e incertezas quanto ao grau de cooperação e de articulação dos gestores

envolvidos. Dada à origem dos problemas nesses espaços, as soluções exigem negociações, estratégias cooperativas e mobilização de recursos compartilhados, já que as probabilidades de sucesso são condicionadas pelo processo decisório.

É indiscutível a importância da perspectiva do federalismo fiscal e das formas de financiamento do gasto público na saúde, pois afetam “[...] diretamente a viabilidade de qualquer proposta de desenvolvimento ou objetivo de prestação de serviço e, por isto, é sempre uma questão chave em qualquer estratégia de cidade ou área metropolitana” (BIRD e SLACK, 2003, p.265).

Independentemente do grau de desenvolvimento dos países, lidar com grandes aglomerações urbanas metropolitanas é um desafio posto às gestões públicas. A difícil tarefa de integrar as regiões federadas, a dinâmica do território urbano pela mobilidade das populações, a provisão de serviços públicos e a promoção do desenvolvimento territorial e econômico são complexidades existentes para a formação de arranjos institucionais, políticos e administrativos capazes de dar conta dos problemas dessas regiões.

4.4.1. Contextualização da região metropolitana do Rio de Janeiro

A cidade. Os modernos quase que completamente esqueceram o verdadeiro sentido desta palavra: a maior parte confunde as construções materiais de uma cidade com a própria cidade e o habitante da cidade com um cidadão. Eles não sabem que as casas constituem a parte material, mas que a verdadeira cidade é formada por cidadãos.

Jean-Jacques Rousseau – O Contrato Social

Os grandes centros urbanos, principalmente as metrópoles brasileiras, têm sofrido graves problemas como a violência, a favelização, o desemprego, a falta de saneamento básico, de meios de transporte público, entre outros. Estes se devem, em grande parcela, pelo crescimento descontrolado das RM's e pela falta de planejamento articulado entre os diversos municípios que as compõem. Tais fenômenos podem estar associados às dificuldades de se manter um ritmo de desenvolvimento econômico e de políticas públicas capazes de assegurar níveis satisfatórios de qualidade de vida a toda população.

Neste caso, a Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) diferencia-se das demais por algumas características, como o número de habitantes, as redes de serviços públicos de saúde e de educação e a atração econômica. Isto se deve, principalmente, ao fato de a cidade do Rio de Janeiro ter sido tanto a capital do Brasil até 1960, como também do extinto estado

da Guanabara. A transferência da capital do país para Brasília, conforme preconizava a Constituição Federal de 1946, deixou heranças ao estado e ao município do Rio de Janeiro, a exemplo dos hospitais federais.

Na saúde, o modelo de assistência centrado no hospital e médico-assistencial-privatista é uma herança deixada pela antiga capital que sediou os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP, com seus serviços de saúde próprios e/ou contratados. O município do Rio de Janeiro tem grande quantidade de estruturas físicas e equipamentos hospitalares (densidade tecnológica), desigualmente distribuídos no território, constituindo-se em um pólo de assistência hospitalar à região metropolitana. Semelhante às demais metrópoles, apresenta grandes obstáculos para a organização da atenção básica à saúde, reforçando o papel dos hospitais como porta de entrada do sistema de saúde com oferta concentrada nas zonas sul e central da cidade.

É importante destacar que a RMRJ é constituída pela Região Metropolitana I que inclui a capital e a Região Metropolitana II. Totalizam cerca de 12,5 milhões de habitantes, o que corresponde a 75% do total da população do estado. É a região metropolitana com maior concentração populacional entre as unidades federadas do país. Segundo dados da Fundação CIDE (2005), RJ representa 0,5% do território do país e abriga 8,5% da população brasileira. A RMRJ é a segunda maior do Brasil e uma das 15 maiores do mundo, portanto, caracterizá-la e apontar seus principais problemas não é uma tarefa fácil (KUSCHNIR, 2009).

Além dos aspectos supracitados, o estado do Rio de Janeiro é a segunda unidade da federação com maior participação no PIB. Em 2002 ficou com 12,6%, abaixo de São Paulo, com 32,6%. “Segundo os dados das Contas Regionais do IBGE, o PIB do estado do Rio de Janeiro estava, em 2002, em torno de 170 bilhões de reais. Em relação ao PIB *per capita*, em 2002, pela primeira vez o Rio de Janeiro (R\$11.459) superou o de São Paulo (R\$ 11.353)” (URANI *et al*, 2011, p.35).

Freitas (2009, p.46) descreve o processo de metropolização que ocorre “a partir da polarização de uma região em torno de uma grande cidade em dimensões físicas e, sobretudo, populacional, caracterizando-se pela alta densidade demográfica e alta taxa de urbanização”. No caso da RMRJ, a cidade do Rio de Janeiro se constitui no núcleo em que diversas outras cidades estão sob sua influência e mantém forte relação de interdependência econômica e de dinamismo populacional.

Um problema identificado na RMRJ coloca-se em relação aos instrumentos de políticas econômicas e políticas sociais por não terem sido pensados a partir dos problemas e dos

desafios comuns dos municípios que compõe a RMRJ e, principalmente, da grande metrópole.

As dimensões dos problemas das grandes cidades afetam os municípios vizinhos e influenciam diretamente nas condições de vida das pessoas que depositam expectativas nas grandes cidades. Em muitos casos, vivem em condições que as colocam na linha da pobreza e da miséria, devido à falta de segurança, à falta de emprego, à informalidade, à precariedade de condições básicas de vida, entre outros.

Um ponto preponderante é a consideração da região metropolitana para uma nova dinâmica de redistribuição de riquezas entre os municípios com a finalidade de estabilizar e até mesmo de reduzir a migração da população de baixa renda para os grandes centros, especialmente a capital.

Os municípios pertencentes à RMRJ apresentam grandes disparidades quanto ao PIB *per capita* e aos indicadores sociais. Conseqüentemente, refletem na distribuição desigual de agentes econômicos e de serviços urbanos, como transporte, saúde, educação, habitação e saneamento.

Em 2000, a RMRJ apresentou IDH de 0,82, 11º maior dentre as 25 RM's apresentadas no Atlas de Desenvolvimento Humano do PNUD. Conforme se observa no Quadro 2, alguns indicadores de desenvolvimento humano da RMRJ foram levantados nesta dissertação com a finalidade de estimular a reflexão para futuros estudos sobre o desempenho da RMRJ em termos de qualidade de vida da população, combinada com as questões do crescimento econômico.

O Quadro 2 mostra que o somatório da população de pobres e indigentes totaliza 25,73% da população da RMRJ, influenciando no índice de desigualdade de renda, também apontado a partir do Índice de Gini, que é de 0,61.

Urani *et al* (2011, p. 41) apontam que “a sensibilidade dos indicadores de pobreza em relação ao Índice de Gini indica que as ações voltadas à redução da desigualdade podem ser mais eficazes que as tentativas de retomada do crescimento para o combate à pobreza [...]”.

Indicadores de desenvolvimento da RMRJ	2000	
	Índice	Posição em relação às RM's
Esperança de vida (em anos)	69,51	20
Mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	21,6	10
Crianças de 10 a 14 anos que frequentam escola (%)	96,1	16
Analfabetismo de crianças 10 a 14 anos (%)	6,75	8
Escolaridade média (25 anos ou mais)	7,61	2
Analfabetismo de pessoas com 25 anos ou mais (%)	6,34	19
Renda média	R\$ 452,61	6
Índice de Gini	0,61	9
Percentual de indigentes	7,79	10
Percentual de pobres	17,94	11
IDH	0,82	11
IDH Renda	0,79	6
IDH Longevidade	0,74	20
IDH Educação	0,91	9

Fonte: Elaboração própria a partir do Atlas de Desenvolvimento Humano, PNUD e IPEA (2000).

Obs: A linha de pobreza é de R\$ 75,5 reais e a da indigência de R\$ 37,75 reais per capita por mês.

Quadro 2 - Indicadores de Desenvolvimento Humano da RMRJ, 2000.

Ao considerar os aspectos demográficos, econômicos e sociais da RMRJ percebe-se que a resolução de grandes problemas existentes em um estado pode ser por meio de estratégias políticas e econômicas adotadas pelos municípios inseridos na RM. Faz-se necessário o redesenho político-institucional da forma de governar as RM's, desde que o objetivo seja o de melhorar a cooperação entre os municípios e o de enfrentar o dinamismo do mundo globalizado, haja vista as rápidas transformações observadas.

Participar, colaborar, pactuar e negociar são ações despendidas pelos diversos atores públicos, privados e da sociedade civil para repensar as RM's. Esta cooperação requer, entre outros critérios, a identificação dos problemas comuns dos municípios e o dimensionamento da capacidade dos entes federativos (União, estado e municípios) em contribuir para a superação dos problemas identificados.

Os municípios metropolitanos do estado do Rio de Janeiro são importantes pólos de atração, tanto de população quanto de atividade econômica, ocupando lugar de destaque no contexto estadual. Por isso, concorda-se com Camargo (2009), que conhecer os problemas dos municípios das RM's implica dar soluções a grande parte dos problemas existentes em um estado.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso do município de Nilópolis, situado na RMRJ, a partir dos indicadores que compõem a base de cálculo da EC-29/2000 e demais indicadores de fluxos financeiros que permitam a análise da capacidade tributária do município. Estes dados e indicadores estão disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS).

Um estudo de caso, segundo Yin (2005, p.32) “é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

O ponto inicial das definições utilizadas neste estudo são os tipos de transferências de recursos. É importante deixar claro que estas, sejam elas da União ou dos estados para os municípios, têm como objetivo a equalização da capacidade de gasto dos municípios brasileiros, que são extremamente heterogêneos. “O estudo das transferências intergovernamentais é muito importante para a compreensão do tipo de federalismo fiscal existente em um país. O modelo brasileiro permitiu a cada esfera de governo impor, administrar e coletar seus próprios tributos [...]” (LIMA, 2006, p.127).

Destaca-se que:

A despeito disso, o volume de transferências da União para os estados e municípios e dos estados para os municípios é significativo. Em grande parte, isso se deve às conhecidas diferenças entre as unidades da Federação. Por exemplo, a renda per capita de São Paulo é seis vezes maior que a do Piauí. (LIMA, 2006, p.127).

As transferências podem ser assim classificadas: transferências constitucionais, legais e voluntárias. As transferências constitucionais derivam das receitas federais arrecadadas pela União, repassadas aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, conforme determinações da CF/1988, ou seja, são cotas de participação dos estados e dos municípios nos tributos da União (STN, 2009).

Já as transferências legais são recursos transferidos previstos em leis específicas. Determinam a forma de habilitação, a aplicação dos recursos e a prestação de contas. Consistem em repasses de recursos do governo federal aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Como exemplo, podem-se citar as transferências destinadas ao SUS, resultantes da Lei n° 8.080/90 e da Lei n° 8.142/90. (STN, 2009).

Por último, as transferências voluntárias são os recursos financeiros repassados pela União aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, em decorrência de cooperação, de auxílio financeiro ou de assistência financeira, cuja finalidade é a realização de obras e/ou serviços de interesse comum e coincidente às três esferas do governo, sem qualquer correlação com as transferências legais ou constitucionais. (PRADO, 2003).

Ao apresentar a classificação das transferências, cumpre esclarecer que a base vinculável de recursos para o cálculo e para a aplicação de recursos para a saúde, conforme prevê a EC-29/2000, são compostos por recursos próprios e transferidos. A receita municipal compreende:

- Impostos arrecadados pelo município: Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU; Imposto sobre a Transmissão *Inter Vivos* – ITBI; Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS; e Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR;
- Impostos transferidos pelos estados: 25% da arrecadação do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI; 25% da arrecadação do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias sobre a Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS; 50% da arrecadação do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA; e
- Impostos transferidos pela União: Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho – IRRF, e Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI. Do somatório dos impostos acima, 23,5% compõe o Fundo de Participação dos Municípios -FPM, distribuído aos municípios de acordo com critérios populacionais, e 50% do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural - ITR, para os municípios em que estão as propriedades rurais.

Até o ano de 2004, a metodologia de cálculo do percentual de recursos próprios aplicados em saúde descontava da despesa total as receitas de transferências intergovernamentais para a saúde, obtendo despesa financiada por recursos próprios³[...] A partir do ano-base 2005 foi introduzida uma planilha que permitia que, de forma resumida, fosse informado o valor total da despesa por fonte de recursos, se oriundos de recursos próprios, transferidos, ou de operações de crédito para a saúde[...]. O preenchimento foi opcional até o sistema de coleta de dados de 2008, tendo sido aprovada a obrigatoriedade de seu preenchimento pela Câmara Técnica do SIOPS⁴ (CT/SIOPS) a partir do sistema de coleta de dados do ano de

³ Essa metodologia é denominada no site do SIOPS como “Método Tradicional”.

⁴ A Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do SIOPS é uma instância deliberativa, que se reúne regularmente, composta por representantes das seguintes instituições: Secretarias do MS, do DATASUS/SE/MS,

2009, disponibilizado para preenchimento em janeiro de 2010 (BENEVIDES, 2010, p.50).

O SIOPS é o principal banco de dados deste estudo. Consiste em informações contábeis sobre as Receitas Totais e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde das três esferas de governo: União, estados e municípios. O indicador 3.2, do SIOPS, mede o percentual da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC-29/2000, e tem a seguinte fórmula para cálculo:

$$\text{Indicador 3.2} = \frac{\text{Despesas com Ações e Serviços de Saúde}}{\text{Receitas Próprias}}$$

Este indicador pode ser calculado de duas formas: cálculo tradicional ou cálculo por fonte.

O cálculo por fonte é realizado quando o ente federado declara o montante de gastos em saúde realizado pela fonte impostos – este valor passa ser o numerador do indicador 3.2. O cálculo tradicional é realizado quando o ente federado não declara os montantes de gasto em saúde pela fonte impostos; assim, tem de ser realizado o cálculo indireto, em que é subtraída, das despesas totais com saúde, a receita de transferências do SUS, de operações de créditos e de outras fontes. (Nota Técnica SIOPS, 2009, p.27-28).

Outro conceito importante para este estudo é o de capacidade fiscal, que é a razão entre a capacidade de receita e a necessidade de despesa de cada esfera de governo. É o montante de receitas que os governos locais podem executar, sejam recursos próprios ou de transferências de outras esferas de governo. Os estados e os municípios variam muito em suas necessidades de prestação de serviços públicos básicos e em suas capacidades de gerar receitas para pagar esses serviços.

Segundo Orair (2010), a importância do conceito de capacidade fiscal reside em que, numa federação, as transferências de recursos do governo central para os governos locais são

do Fundo Nacional de Saúde, do Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do (...) CONASS, do (...) CONASEMS, do CNS, do IBGE, do IPEA, da STN, da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (ATRICON), do Conselho Federal de Contabilidade (CFC) e da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES).

fundamentais para suprir a lacuna entre a capacidade e a necessidade de prover serviços públicos de modo uniforme para todos os cidadãos.

5.1. Receitas e Despesas tributárias do município de Nilópolis

Foram coletados dados tributários do município de Nilópolis, com ênfase nos fluxos de receita e de despesa com saúde, em duas dimensões: as *receitas realizadas* e as *despesas liquidadas*, de forma geral, do processo orçamentário e, em particular, com a saúde.

A **receita realizada** recebe este nome por caracterizar a parcela da receita orçamentária efetivamente arrecadada, ou seja, que cumpriu todos os estágios da receita (previsão, lançamento, arrecadação e recolhimento) e foi recolhida ao caixa do tesouro. Será utilizada neste estudo porque indica o quanto do total de arrecadação de recursos previstos no orçamento municipal foi efetivamente arrecadado e é passível de ser gasto (RODRIGUES, 2001).

“A conta de receita realizada interliga o controle orçamentário da previsão com a execução, devendo ser detalhada por destinação de recursos”, ou seja, a arrecadação de “X” origem deve ser efetivamente gasta no destino “Y”, conforme previsto no orçamento (BRASIL, 2008, p.52).

A Resolução nº 750/1993 estabelece, em seu Art.9º - § 3º, que:

“As receitas consideram-se realizadas:

I – nas transações com terceiros, quando estes efetuarem o pagamento ou assumirem compromisso firme de efetivá-lo, quer pela investidora na propriedade de bens anteriormente pertencentes à ENTIDADE, quer pela fruição de serviços por esta prestados;

II – quando da extinção, parcial ou total, de um passivo, qualquer que seja o motivo, sem o desaparecimento concomitante de um ativo de valor igual ou maior;

III – pela geração natural de novos ativos independentemente da intervenção de terceiros;

IV – no recebimento efetivo de doações e subvenções”.

Já a **despesa liquidada** caracteriza o segundo estágio do processo orçamentário da despesa. O primeiro corresponde ao empenho e, de acordo com a STN, é considerada como “o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição; a garantia de que existe o crédito necessário

para a liquidação de um compromisso assumido”. Após a entrega do bem ou a prestação do serviço, considera-se despesa liquidada, ou seja, o recurso está comprometido⁵. A liquidação da despesa, segundo o Art. 63 da Lei n° 4.320/64, “consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos do respectivo crédito” (STN, 2010).

5.1.1. Receitas tributárias

As receitas públicas, de acordo com Baleeiro (1997), em seu sentido mais amplo, são todos os recebimentos ou entradas de dinheiro nos cofres públicos que se acrescentam como elementos positivos no patrimônio público e podem ser orçamentários ou extra-orçamentários.

A receita orçamentária, discriminada na Lei n° 4.320, de 1964, integra o orçamento público e é composta por: tributos, rendas, transferências, alienações, retornos de empréstimos e operações de crédito por prazo superior a doze meses. É uma estimativa de arrecadação e deve ser programada, autorizada e controlada pelo Poder Legislativo, por meio de Lei Orçamentária.

Destarte, as receitas podem ser classificadas segundo categorias econômicas e fontes. As categorias econômicas são: receitas correntes e receitas de capital, que correspondem no âmbito do setor governamental, respectivamente, às variáveis macroeconômicas de consumo e de investimento. E os principais grupos de fontes são: receita tributária, receita de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, serviços, transferências correntes e de capital, operações de crédito, entre outras (GIACOMONI, 2007).

Neste estudo serão utilizadas as receitas tributárias e as transferências correntes e de capital. As primeiras compreendem os impostos, as taxas e as contribuições de melhoria, resultado de pagamento de tributos dos cidadãos e privadas, no caso brasileiro, dos entes federados com capacidade para tributar, ou seja, a União, os estados, os municípios e o Distrito Federal.

Definem-se as transferências correntes como os recursos financeiros recebidos de pessoas físicas ou jurídicas, de origem tributária. Pode-se citar como exemplo, a cota-parte do ICMS, recebida pelos municípios e transferida dos governos estaduais aos municípios. As transferências correntes e de capital têm como critério básico as variáveis de origem (receita

⁵ De acordo com as normas da STN, no final do exercício, as despesas empenhadas e não liquidadas devem ser inscritas em restos a pagar ou canceladas, de forma que o valor das despesas empenhadas é igual ao das despesas liquidadas. Entretanto, muitos municípios informam valores diferentes no sistema do SIOPS (STN *apud* BENEVIDES, 2010, p. 47).

transferida e não própria) e a variável de destinação (corrente-consumo ou capital-investimento) (GIACOMONI, 2007).

5.1.2. Despesas tributárias

As despesas públicas, conforme estabelecido na Lei n° 4.320/1964, podem ser classificadas como: institucional, funcional, por programas e segundo a natureza. Para este estudo, as despesas institucionais envolvem a administração direta, constituída pelos serviços integrados na estrutura administrativa do governo. O município de Nilópolis não tem fundações públicas, autarquias, empresas públicas ou sociedade de economia mista, ou seja, entidades de administração indireta na gestão da saúde. É a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio do FMS, que recebe os recursos transferidos do MS e/ou da SES-RJ e os investe.

No caso da classificação por função, é entendida como “o maior nível de agregação das diferentes áreas de despesa que competem ao setor público”. A subfunção “representa uma partição da função, visando agregar determinado subconjunto de despesa do setor público” (Portaria MOG n° 42/1999).

A classificação segundo a natureza pode ser organizada por categorias econômicas, grupos, modalidades de aplicação e elementos. Segundo a classificação econômica, podem ser despesas de capital ou corrente. Os grupos têm a finalidade de agregar a despesa orçamentária conforme as variáveis correntes ou de capital, por exemplo, pessoal e encargos sociais e investimentos.

Ainda temos a classificação por modalidades de aplicação, que possui várias subdivisões, porém, neste estudo, serão apresentadas aquelas de interesse aos objetivos propostos. São elas:

- ✓ Transferências a estados e ao Distrito Federal: despesas realizadas mediante transferência de recursos financeiros da União ou entre os estados e o DF, inclusive para suas entidades da administração indireta ([autarquias](#), [empresas públicas](#), [sociedades de economia mista](#), [fundações públicas](#));
- ✓ Transferências a municípios: despesas realizadas mediante transferência de recursos financeiros da União ou dos estados aos municípios, inclusive para suas entidades de administração indireta (Portaria Interministerial STN/SOF N° 163/2001).

Os dados sobre receitas e despesas utilizados não serão deflacionados. Não serão utilizados os índices de variação média ponderada dos preços, de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) para compatibilizar as séries estatísticas, uma vez que as diferenças dos valores de um ano para outro não são significativas. Porém, dados obtidos de outros estudos que estejam deflacionados, como dissertações ou teses e referenciados nesta dissertação, serão especificados.

Analisaram-se os dados e os indicadores que compõem a base de cálculo da EC-29/2000, tais como: composição das receitas correntes (receitas tributárias de arrecadação própria); receitas de transferências constitucionais; receitas de transferências do SUS (repasse fundo a fundo); total de despesas com saúde; despesa total com recursos próprios; percentual de transferências do SUS no gasto total em saúde; e percentual de recursos aplicados em saúde.

5.2. Fontes e técnicas de coleta de dados

Entre os objetivos do estudo e a metodologia, um dos aspectos importantes é a correta seleção das fontes e as técnicas de coleta de dados. Foram utilizados os bancos de dados de acesso público e as informações estão organizadas a partir de uma nova forma estudar um problema, ou seja, não se organiza meramente como um resumo dos dados municipais, mas como uma análise, de modo a atender aos objetivos específicos desta pesquisa.

As informações necessárias para a caracterização do município de Nilópolis e para a discussão de análise do financiamento público de saúde foram coletadas nas seguintes fontes: Censo Demográfico e do Perfil dos Municípios Brasileiros, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); banco de Relação Anual de Informações Sociais, vinculado ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); Programa das Ações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), por meio do Atlas de Desenvolvimento Humano; Confederação Nacional de Municípios (CNM); Secretaria do Tesouro Nacional (STN), do Relatório Anual de Gestão do Município de Nilópolis - 2008; e, principalmente, do SIOPS. O SIOPS e os estudos (teses, dissertações e artigos científicos) que utilizaram dados deste Sistema de Informação constituíram-se nas principais fontes desta pesquisa.

Para este estudo, foram extraídos dados do SIOPS de 2007 e de 2008. A escolha deste sistema como principal fonte deve-se pelas seguintes razões: apresentar as receitas orçamentárias dos municípios e dos estados brasileiros de maneira completa e abrangente; ser

alimentado pelos estados, Distrito Federal e pelos municípios, por meio do preenchimento de dados em *software* desenvolvido pelo DATASUS/MS, que permite acompanhar as receitas totais e os gastos públicos com ações e serviços de saúde; as informações recebidas e consolidadas respeitam, ao máximo, os balanços orçamentário-financeiros dos estados e dos municípios e seguem a classificação nacional da STN, relativa às receitas da saúde (BENEVIDES, 2010).

Trabalhos anteriores analisaram os valores declarados ao SIOPS pelos municípios, comparando-os aos registros do FNS, como forma de garantir a confiabilidade do banco de dados e identificar a uniformidade dos valores em outras fontes de informação. Lima (2005 *apud* Lima, 2006, p.139) “evidencia que a ocorrência simultânea de informações nos dois bancos é maior do que 90% para as grandes modalidades de transferências “fundo-a-fundo” – PAB-fixo, PAB variável, alta e média complexidade e FAEC – incluindo-se os convênios da União”.

O SIOPS é uma importante ferramenta de gestão, de controle e de avaliação dos orçamentos públicos dos três entes federados. Permite acesso às informações financeiras do sistema público de saúde, possibilita o desenvolvimento de pesquisas e a transparência pública para o controle social. Os dados informados são organizados e disponibilizados na internet, no endereço eletrônico <http://siops.datasus.gov.br/>, com diversas possibilidades de consultas e de relatórios.

Cunha (2002, p.65) aponta:

[que] a existência de um instrumento próprio do setor saúde, que vem sendo aperfeiçoado ano a ano, tem permitido aos órgãos do poder público e à sociedade, através dos Conselhos de Saúde, se apropriar das informações sobre as receitas totais e as despesas com saúde dos municípios brasileiros. Este é mais um instrumento que possibilita aos gestores e conselheiros exercerem, respectivamente, as responsabilidades de Estado e as funções de controle social sobre o SUS.

O SIOPS está disponível desde 1999 e, a partir de então, a cada ano passa por mudanças e readaptações. Visam à inserção de informações inéditas sobre a execução orçamentária na área da saúde, a facilitação do preenchimento dos dados pelos estados e pelos municípios incorporando, por exemplo, a codificação contábil utilizada pela STN e a criação de uma série de diferentes relatórios para a realização de estudos e de pesquisas. Devido às mudanças no sistema, especialmente o maior grau de detalhamento dos códigos dos itens de receita e de despesa, há dificuldades adicionais para o pesquisador que o utiliza em sua pesquisa (BENEVIDES, 2010).

A partir do sistema de coleta de dados de 2002, as planilhas do SIOPS passaram a conter as várias fases do processo orçamentário de contabilização das receitas e das despesas: as receitas passaram a conter três colunas, referentes à Previsão Atualizada da Receita (a receita orçada para o ano), à Receita Realizada no ano e à Receita Orçada para o ano seguinte. As planilhas de despesas passaram a conter cinco colunas: Dotação Orçamentária, Despesa Empenhada, Despesa Liquidada, Despesa Paga, e Despesa Orçada para o ano seguinte. O sistema de críticas aos dados informados foi aperfeiçoado, passando a incorporar, além dos valores das transferências da STN (cota-parte do FPM e da LC 87/96, ITR e IPI-Exportação), os valores de quatro itens de transferências do FNS: o total de transferências do FNS, o valor das transferências de média e alta complexidade, do PAB Fixo e o valor total dos programas da parcela variável do PAB (PAB Variável). O sistema de coleta de dados também passou a conter uma planilha para informação da despesa por subfunção adaptada para a saúde, conforme definições da Portaria MPOG Nº 42 de 14 de Abril de 1999, que discrimina a despesa por funções e subfunções (BENEVIDES, 2010, p.48).⁶

Convém lembrar que as principais mudanças no SIOPS ocorreram entre 2002 e 2006⁷ em atendimento à EC-29/2000. O sistema tornou-se o instrumento de acompanhamento para o cumprimento da EC-29/2000, conforme a Portaria nº 91/GM/MS, de 10 de janeiro de 2007. De acordo com a NOAS/2002, o preenchimento do SIOPS passou a ser requisito para a habilitação dos municípios na Gestão Plena do Sistema ou na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. A partir de julho de 2002, passou a integrar o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), tornando obrigatório o seu preenchimento (<http://siops.datasus.gov.br/>).

5.3. Ética da pesquisa

Este estudo obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, em 24 de setembro de 2009, Parecer Nº 37/2009 e Resolução CNS 196/96. Utilizaram-se os dados do SIOPS de acesso público.

⁶ Até então o SIOPS considerava a despesa empenhada, descontando a despesa com juros e amortização da dívida. A partir de 2002, o SIOPS incorporou a modificação e passou a calcular o percentual da EC 29 através da despesa liquidada.

⁷ BENEVIDES (2010) e notas técnicas disponíveis no site <http://siops.datasus.gov.br/>.

6. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE NILÓPOLIS

6.1. Aspectos históricos e políticos

Situado na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, o município de Nilópolis ocupa uma área de 19 Km² e é o município com menor extensão territorial do estado. Recebeu esse nome quando se emancipou do município de Nova Iguaçu, em 22 de agosto de 1947, como uma homenagem ao ex-presidente da República Nilo Peçanha.

Durante sua vida política, o ex-presidente sempre teve fortes ligações com os municípios da baixada fluminense. Devido às harmoniosas relações entre os níveis de governo, seguidamente destinava recursos financeiros para a melhoria das condições de vida das populações ali residentes (BAÍA, 2006).

Para exemplificar, podem ser citados alguns benefícios recebidos por Nilópolis quando ainda pertencia ao município de Nova Iguaçu, tais como: ligação de água e de luz nos domicílios, iluminação pública, primeiras escolas, agências de correios, agências bancárias e tratamento de esgoto sanitário. Esta estruturação foi resultado de articulações locais com o então presidente do Brasil. (<http://www.nilopolis.rj.gov.br/site/historia/a-cidade-de-nilo/>).

O poder do governo municipal tem uma história vinculada às famílias Abraão, David e Sessim. Mesmo que alguns prefeitos não pertencessem às famílias nominadas, sempre foram aliados destas, mantendo o estilo e o padrão do poder governamental. Tais argumentos estão presentes no estudo de Baía (2006):

É importante também destacar que o clã Abrão David-Sessim teve e tem forte influência no controle do poder estadual, pois, além de sempre haver um deputado estadual da família na ALERJ, suas relações com o poderoso ex-deputado Gilberto Rodrigues, de Nilópolis, são harmoniosas. (Baía, 2006, p. 28).⁸

Estes aspectos históricos e políticos geram diferentes influências na gestão municipal. Como aspecto negativo pode-se ressaltar que a não alternância dos poderes político e administrativo gera um círculo vicioso de acomodação na luta por políticas públicas sociais e econômicas mais justas, além da estabilidade nos padrões de oferta de infraestrutura que atenda as diversas necessidades da população. Por outro lado, a permanência de governantes

⁸ “O ex-deputado Gilberto Rodrigues foi e é um ator político de enorme influência nos poderes executivo, legislativo e judiciário estadual, tendo sido o principal articulador e artífice da candidatura do jovem deputado Sérgio Cabral à presidência da ALERJ em 1995”. Atualmente exerce seu segundo mandato consecutivo como governador do estado do Rio de Janeiro. (Baía, 2006, p.28).

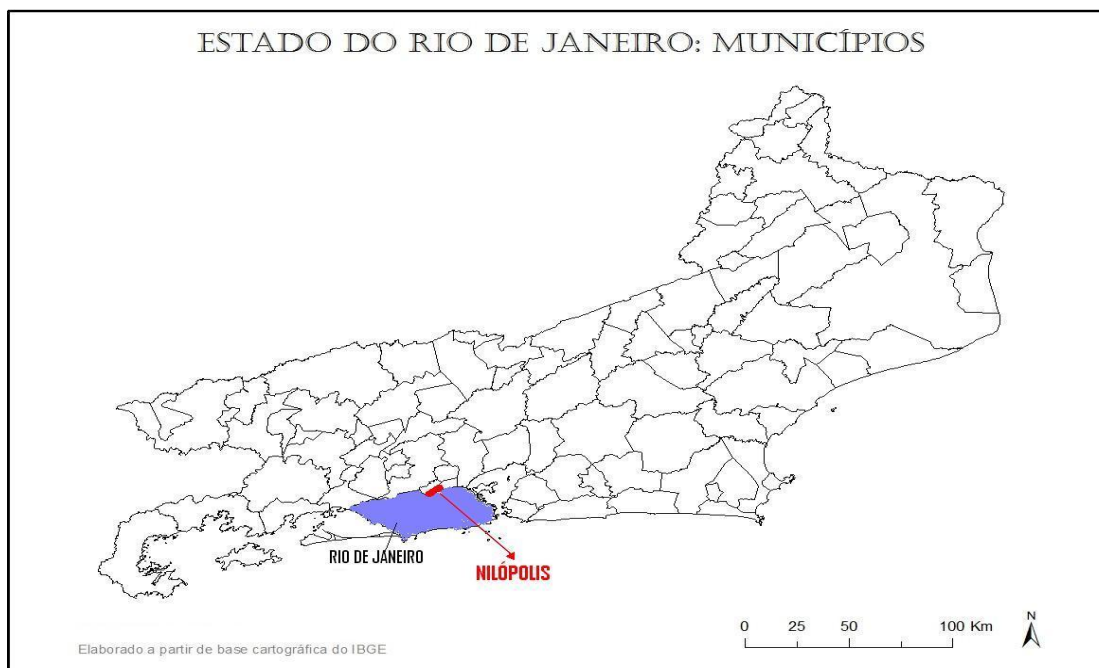
com posições políticas partidárias pode representar a continuidade das políticas entre as trocas de governo municipal.

No estudo das condições socioeconômicas e os padrões de arrecadação, consolidados pela política fiscal do município, é imprescindível considerar as trajetórias histórica, cultural e política de Nilópolis, com a finalidade de contextualizar seu crescimento e seu desenvolvimento.

6.2. Localização geográfica do município de Nilópolis

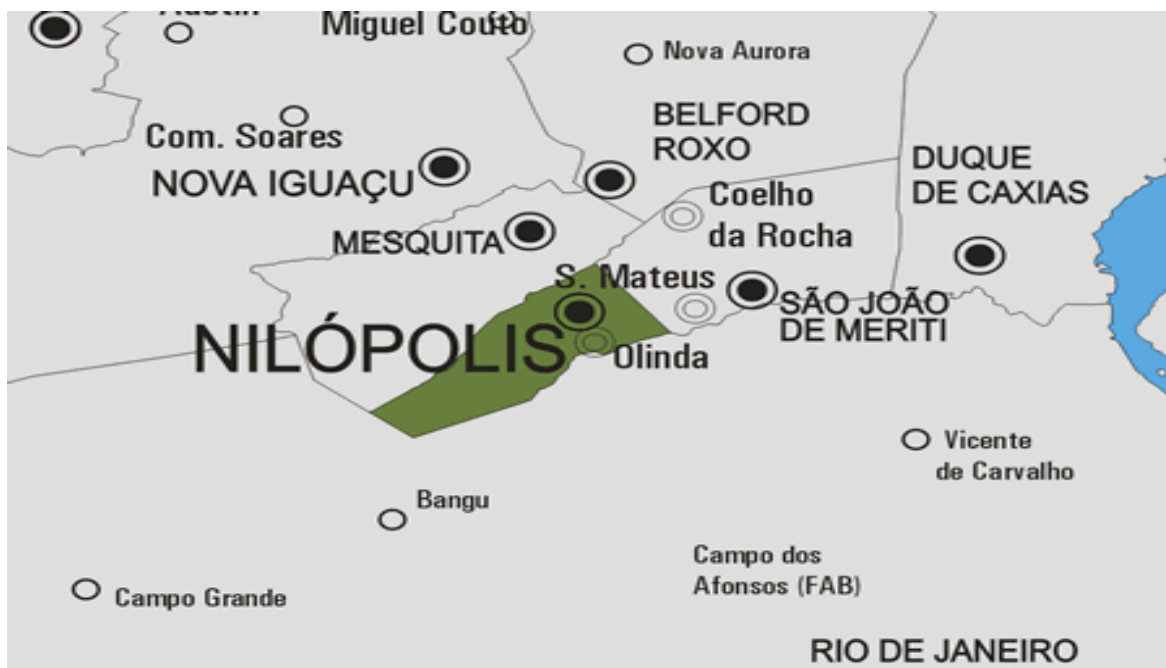
A trajetória de Nilópolis não difere dos municípios limítrofes, uma vez que o município surgiu do desmembramento de Nova Iguaçu. Como pode ser observado nas Figuras 2 e 3, Nilópolis fica no coração da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Faz divisa com Mesquita, ao Norte; ao Sul e a Oeste com Rio de Janeiro; e a Leste, com o São João de Meriti. É dividido em dois distritos, Centro e Olinda, e juntos agregam 12 (doze) bairros.

A grande proximidade com o município do Rio de Janeiro influencia a dinâmica do desenvolvimento local, uma vez que grande parte da população residente possui algum tipo de vínculo com a capital. Os 27,5 quilômetros entre Nilópolis e o centro do Rio de Janeiro fazem com que a população lá residente pouco diferencie as políticas públicas municipais ao beneficiarem-se da infraestrutura de cada cidade.



Fonte: Elaboração própria a partir da base cartográfica do IBGE.

Figura 2 - Mapa de localização do município de Nilópolis - RJ.



Fonte: <http://www.agenciario.com/municipios.asp?codmunic=46#>. 2011.

Figura 3 - Mapa do município de Nilópolis-RJ.

6.3. Aspectos culturais

A escola de samba Beija-Flor, de Nilópolis, é a principal divulgadora do município. Em seu território situa-se um conjunto histórico cultural que engloba a capela São Mateus, construída em 1637, e o Museu Histórico de Nilópolis.

6.4. Aspectos demográficos e sociais

É importante observar que alguns aspectos relacionados ao perfil demográfico e social da população do município e da região são cruciais, tais como: o grau de pobreza, a desigualdade social, o acesso aos serviços públicos e a dinâmica econômica do município.

Em 2000, segundo dados do Censo Demográfico do IBGE, Nilópolis contava com uma população de 153.712 habitantes, totalmente urbana⁹. Destes, 105.107 encontravam-se em idade economicamente ativa, no estrato de faixa etária entre 15 e 64 anos de idade, compreendido como o potencial de mão-de-obra do setor produtivo (IBGE, 2000).

⁹ Neste estudo utilizar-se-á os dados do ano de 2000 para a caracterização demográfica do município com base no último censo demográfico publicado. Os primeiros resultados do censo demográfico de 2010 apontam para uma população de 157.483 mil habitantes em Nilópolis.

Do total da população de 2000, 124.258 habitantes eram alfabetizados, ou seja, a quase totalidade da população em idade escolar é alfabetizada, e permaneceu de 8 a 11 anos nas redes escolares (PNUD, 2000).

Em Nilópolis há um Centro Federal de Educação Tecnológica de Química - CEFETEC, mas ainda não existem universidades. Como o Exército Brasileiro ocupa mais de 50% do território do município com o Campo de Instruções Gericinó, a carreira militar torna-se uma boa oportunidade para a qualificação profissional dos jovens como sargentos especialistas ou oficiais da Força Aérea Brasileira, ou do Exército, ou da Polícia Militar e/ou do Corpo de Bombeiros Militar.

Da Mata *et al* (2007) estudaram o crescimento econômico dos municípios brasileiros utilizando técnicas da economia urbana e da geografia econômica. Seus resultados demonstram que a escolaridade (anos de estudo) é um dos fatores mais impactantes no crescimento econômico. Contudo, nas regiões metropolitanas das grandes cidades perdura o alto grau de informalidade do trabalho. O índice de emprego formal no município de Nilópolis é extremamente baixo, aproximadamente 12% (MTE/RAIS, 2009). Além disso, tem péssima distribuição de renda, acentuando a informalidade e refletindo no montante de recursos fiscais arrecadados no município.

O mercado de trabalho informal, conforme ressalta Costa (2010), pode ser considerado uma alternativa de sobrevivência do excedente de mão-de-obra e funciona como um mecanismo de absorção da força de trabalho desempregada pela economia formal nos períodos de menor crescimento econômico de Nilópolis.

A economia informal caracteriza-se por apresentar propriedade individual, usar capital de origem doméstica, baixo grau de escolaridade dos trabalhadores, operar em pequena escala e atuar em mercados altamente competitivos e não regulamentados. Desta forma, o aumento do grau de informalidade, associado às características encontradas nestes empregos, refletem significativa precarização das condições de trabalho, baixa renda e, como consequência, a baixa arrecadação fiscal e o desenvolvimento econômico do município (COSTA, 2010). Os dados apresentados na Tabela 1 demonstram que os trabalhadores de Nilópolis têm baixo grau de escolaridade formal.

Grau de instrução e quantitativo do pessoal ocupado com emprego formal em Nilópolis - 2009.	
Analfabeto	33
Até 5º ano	882
6º ao 9º fundamental	1469
Fundamental completo	4015
Médio incompleto	1357
Médio completo	7653
Superior incompleto	482
Superior completo	2968
Mestrado	40
Doutorado	17
Total	18916

Fonte: MTE/RAIS, 2009.

Tabela 1 - Grau de instrução do pessoal empregado formalmente no município de Nilópolis – RJ (2009)

Ante o exposto, pode-se dizer que os conhecimentos técnicos adquiridos originam-se, em grande parte, de processos de *learning by doing*, ou seja, da experiência própria e sem qualificação adequada para o mercado de trabalho.

6.5. Aspectos de infraestrutura e condições sócio-sanitárias

A infraestrutura de um município pode ser entendida como “os equipamentos e serviços necessários ao desenvolvimento das funções urbanas, podendo estas funções ser vistas sob aspectos social, econômico e institucional” (ZMITROWICZ e ANGELIS NETO, 1997, p.2). Em seus aspectos sociais, a infraestrutura deve promover condições de educação, de saúde, de lazer, de cultura, de moradia e de trabalho; nos econômicos, o desenvolvimento de atividades produtivas; e, no institucional, atividades político-administrativas, incluindo a própria gestão municipal.

Na Tabela 2 está apresentada a infraestrutura básica de Nilópolis, conforme dados oficiais da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS 2008, do MTE.

Educação	Estabelecimentos
Ensino pré-escolar	37
Ensino fundamental	44
Ensino médio	8
Ensino superior	0
Saúde	Quantidade oferecida
Hospitais gerais	12
Postos de saúde/PSF	92
Turismo e cultura	Número de estabelecimentos
Estabelecimentos hoteleiros	7
Cinema	1
Teatro	0
Museu	1
Biblioteca	0
Financeiro e comunicação	Número de estabelecimentos
Agências dos correios	4
Agências bancárias	10

Fonte: SEBRAE/RJ 2010

Tabela 2 - Infra-estrutura básica do município de Nilópolis – 2008

Em Nilópolis, as condições de saneamento básico, acesso à água tratada e à coleta de lixo revelam alta proporção de domicílios atendidos ao comparar-se ao desempenho deficiente dos demais municípios da RMRJ. Esta afirmação deriva da análise dos municípios que compõe a RMRJ, pois se verifica uma grande dispersão na cobertura destes serviços. Conforme se observa na Tabela 3, em relação ao abastecimento de água e à coleta de lixo no ano de 2000, os municípios de Nilópolis e de Rio de Janeiro alcançaram praticamente a universalização.

Município	Água	Instalações sanitárias	Coleta de lixo
Rio de Janeiro	97,60%	76,30%	98,70%
Nilópolis	96,00%	79,00%	98,90%

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde/DATASUS (2010).

Tabela 3 - Proporção de moradores por cobertura de água, instalações sanitárias, coleta de lixo, 2000.

No ano de 1991, a proporção de instalações sanitárias cobria 3,2% e, em 2000, 79% dos domicílios.

Já no outro extremo, os municípios de Itaboraí, Maricá e Tanguá não atingiram 25% dos domicílios com abastecimento de água. E, ao analisar a coleta de esgoto, Seropédica e Maricá tinham uma cobertura de apenas 10% dos domicílios (IBGE, 2000).

Em Nilópolis, a ampliação da cobertura desses serviços básicos, diferentemente dos demais municípios que compreendem a RMRJ, é um fato instigante que leva aos seguintes questionamentos: Quais foram as estratégias utilizadas pela gestão municipal para ampliar a cobertura dos serviços básicos? Por que Nilópolis conseguiu ampliar os serviços de acesso à água, de coleta de lixo e de esgotamento sanitário, enquanto os demais municípios da RMRJ permaneceram estagnados?

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que é um indicador síntese das condições sócio-sanitárias do município, Nilópolis apresenta o terceiro melhor, de 0,78. Segundo Marques *et al* (2006, p.56), o objetivo da elaboração do IDHM é:

[...] oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o PIB per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. O IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. Não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e não é uma representação da “felicidade das pessoas, nem indica” o melhor lugar do mundo para se viver.

O nível de desenvolvimento humano, expresso no IDH, utiliza-se educação formal, a longevidade e a renda como indicadores. A educação é avaliada por meio da taxa de alfabetização de pessoas com mais de 15 anos de idade e da taxa bruta de frequência escolar. Para a longevidade, considera-se a esperança de vida ao nascer, porque este indicador reflete as condições de saúde e de salubridade do município, pois quanto maior o número de mortes nas faixas etárias precoces, menor será a expectativa de vida. Já a renda é avaliada pelo critério da renda municipal *per capita*, ou seja, a renda média de cada residente no município (PNUD, 2000).

No caso de Nilópolis, a dimensão que mais contribuiu para esse crescimento foi a educação, com indicador de 0,93, seguida da renda de 0,72 e, da longevidade, de 0,70. Nilópolis vem depois de Niterói e do Rio de Janeiro, respectivamente¹⁰.

¹⁰ O Índice de Desenvolvimento Humano foi criado originalmente para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB *per capita*). O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Niterói apresenta IDH 0,88, IDH-renda 0,89, IDH-longevidade 0,80 e IDH-educação de 0,96. Já o município do Rio de Janeiro apresenta IDH de 0,84, IDH-renda de 0,84, IDH-longevidade de 0,75 e IDH-educação de 0,93.

Além deste aspecto, o município em estudo adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como política de atenção básica do SUS. De 2005 para 2008, o município aumentou a cobertura da ESF em 34,7%. Apesar do incremento, Nilópolis tem pouco mais que 50% de cobertura da população com a ESF.

De acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2005, Nilópolis foi o município da baixada fluminense em que a população mais teve cobertura por planos de saúde, chegando a 20% da população, ou seja, 30.360 habitantes (CAMARGO, 2009).

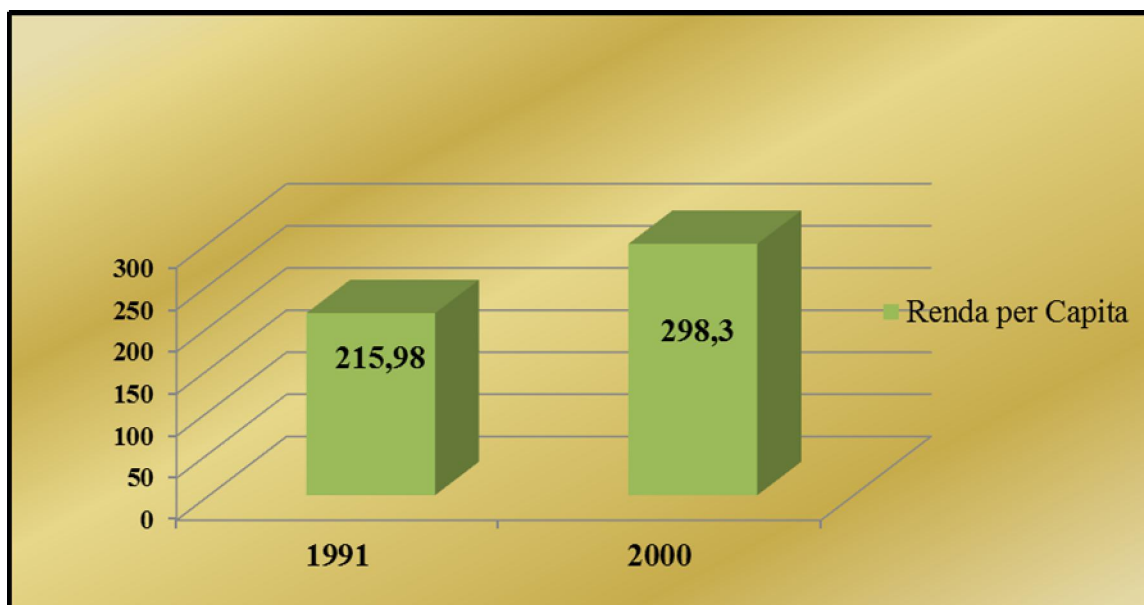
Bairros	Pop. 2008	Cobertura de PSF/2008	%Cobertura PSF por bairro/2008
Cabral	12.821	7.875	61,40%
Nossa Senhora de Fátima	15.886	11.896	74,90%
Manoel Reis	19.800		
Santos Dumont	9.910		
Centro	17.573	15.623	88,90%
Olinda	12.045		
Mina	14.937	14.937	100%
Frigorífico	7.540	7.540	100%
Nova Cidade	11.547	11.547	100%
Novo Horizonte	11.390	7.920	69,50%
Cabuis	14.300		
Paíol	11.256	11.256	100%
Total	159.005	88.594	55,70%

Fonte: Relatório anual de gestão do município de Nilópolis/RJ – 2008.

Tabela 4 - Cobertura da Estratégia de Saúde da Família por bairro de Nilópolis para a população atualizada no ano de 2008.

6.6. Aspectos econômicos

A renda *per capita* média do município, apresentada no Gráfico 1, cresceu 38,11% de 1991 para 2000, passando de R\$ 215,98 para R\$ 298,30. A pobreza, medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000, diminuiu 19%, dos 20,5% em 1991 para 16,5% em 2000 (PNUD, 2000).



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000).

Gráfico 1 - Renda per capita em R\$ do município de Nilópolis - RJ

Com o aumento da renda *per capita*, observa-se que a desigualdade de renda também aumentou em Nilópolis. O Índice de Gini passou de 0,45, em 1991, para 0,48, em 2000, conforme se observa no Gráfico 2. Os dados demonstram que o esforço das políticas públicas municipais deve visar ao crescimento econômico e, também, a redução das desigualdades econômica e social. A sensibilidade dos indicadores de renda e os percentuais de pobreza da população de Nilópolis, em relação ao Índice de Gini, nos fazem refletir sobre possíveis ações direcionadas à redução da desigualdade social, que podem ser mais eficientes e mais eficazes no combate à pobreza e à favelização do que no incentivo ao crescimento econômico.

É possível que os gestores de Nilópolis desenvolvam ações de redução da desigualdade, ao invés de apenas estimular a economia e o aumento de capacidade fiscal. Tais alternativas refletem no bom desempenho dos indicadores de desenvolvimento humano e das condições sanitárias municipais. Estas são hipóteses que não serão testadas nessa dissertação, mas instigam a compreensão das diferenças apresentadas entre os municípios da RMRJ. Porém, para melhor explicá-las, demandam estudos específicos.

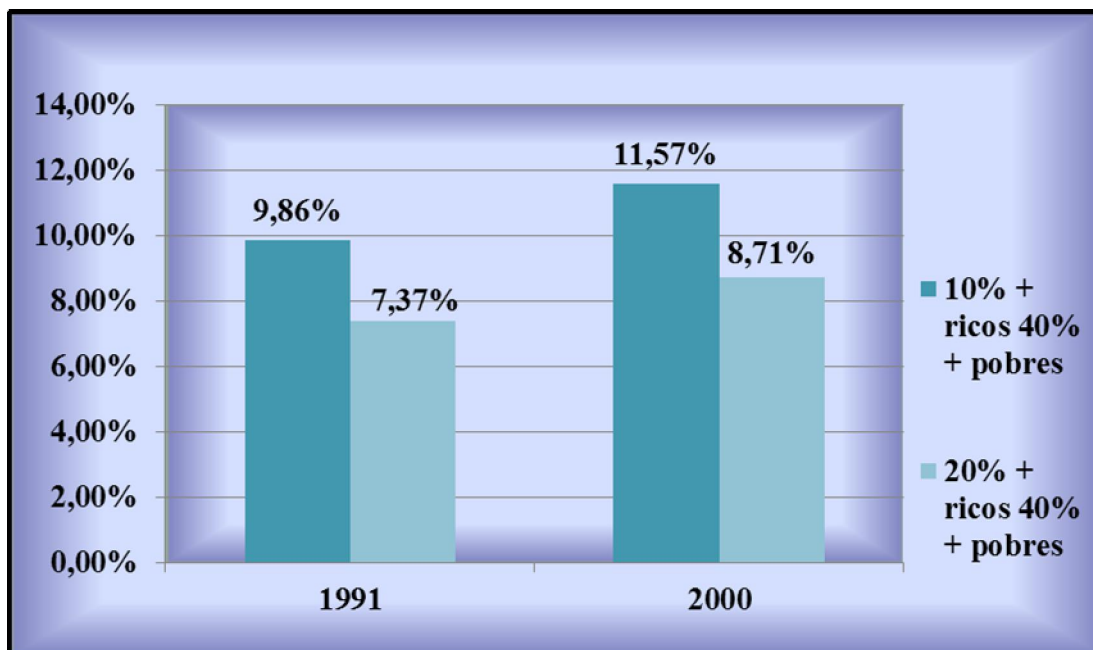


Gráfico 2 - Desigualdade de renda no município de Nilópolis – RJ

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD

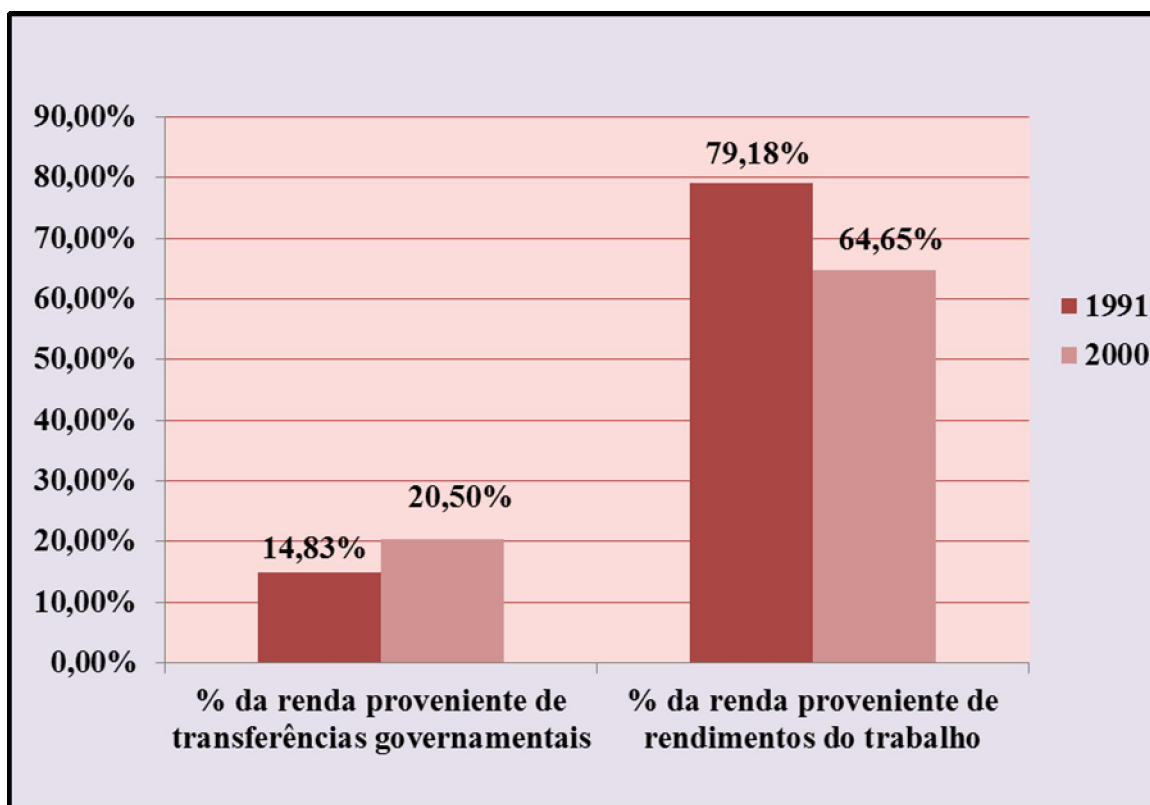
O Gráfico 2 apresenta o aumento da desigualdade de renda no município em estudo. É uma medida do grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda familiar *per capita*, haja vista a comparação da renda média dos indivíduos pertencentes ao decil mais rico da distribuição com a renda média dos indivíduos pertencentes aos quatro décimos mais pobres da mesma distribuição (PNUD, 2000).

Há melhoria dos percentuais de crescimento de renda tanto para os 10% mais ricos quanto para os 40% mais pobres. Todavia, os 10% mais ricos obtiveram ganhos econômicos ainda maiores que a população mais pobre, distanciando ainda mais as classes econômicas. Ainda assim, Nilópolis apresenta o melhor indicador de distribuição de renda domiciliar *per capita* entre os municípios da RMRJ, situação similar aos municípios de Tanguá e São João de Meriti (PNUD, 2000).

As razões para a desigualdade são variadas e estão ligadas às raízes históricas, às diferenças na acumulação do capital físico e humano (características também da RMRJ), às diferenças quanto aos aspectos geográficos, culturais, institucionais, e aos fatores sociais, como a concentração de renda e a pobreza.

Em Nilópolis, de acordo com o Censo Demográfico de 2000 do IBGE, existiam 200 domicílios com características de barracos, classificados como favela. Nestes residiam pelo menos 1.000 moradores. Comparado aos demais municípios do estado do RJ, em Nilópolis praticamente não existem favelas.

A identificação dos indicadores de nível e de composição de renda nos possibilita compreender como está composta a renda dos municípios. É necessário identificar se provém de rendimentos de trabalho ou de programas de transferência de renda e de demais transferências governamentais. No Gráfico 3 se observam os percentuais de cada recurso que compõe a renda *per capita* da população.



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano - PNUD, 2000.

Gráfico 3 - Indicadores do nível de composição de renda em Nilópolis – RJ

Como se nota, o percentual das rendas provenientes do trabalho reduziu ao longo da década e a dependência de transferências do governo/renda aumentou. Este processo dinâmico caracteriza uma profunda transformação na composição da renda de Nilópolis. A participação da renda do setor produtivo vem abrindo espaço para o setor público e a simples utilização da renda *per capita* não mensura o possível impacto desta transformação na desigualdade de renda.

É possível perceber que não basta a transferência de renda entre os diferentes níveis de governo, ou seja, ela não significa melhor distribuição de renda e conseqüente diminuição dos níveis de pobreza e de miséria. É necessário melhorar as possibilidades de crescimento econômico e social do município, possibilitando o chamado “*desenvolvimento sustentável*”.

Para alcançar esta meta, algumas ações podem ser desenvolvidas, como: criação de empregos com maior remuneração e profissionais mais qualificados; mudanças estruturais que favoreçam todas as classes sociais para o desenvolvimento social, político, cultural e institucional do município; e, políticas públicas que interliguem o crescimento econômico e a redução das desigualdades social e de renda.

A maioria da população do município é de baixa renda. O estrato da população “sem rendimentos”, ou seja, de 0 a 14 anos, correspondem a 16,11% da população, aproximadamente 25 mil pessoas. Em domicílios, estes dados representam um total de 50.740, sendo que 26,1% destes são de famílias com renda familiar em torno de R\$ 1.400,00. Na tabela 5 apresenta-se o quantitativo de pessoas com emprego formal, registradas no ano de 2009 como trabalhadores do município, e suas respectivas áreas de atuação no mercado de trabalho (SEBRAE-RJ, 2010).

Em Nilópolis, como consta na Tabela 5, apenas 18.916 pessoas têm trabalho formal. Aproximadamente 12% apenas, em relação ao total da população atualizada no ano de 2009, com a variação na faixa etária dos trabalhadores entre 18 e 64 anos de idade. Com base nestas informações, é possível afirmar que o município caracteriza-se como cidade dormitório, pois não apresenta estrutura para oferta de trabalho. Conseqüentemente, a população obriga-se a buscá-lo em outros municípios, principalmente na capital do estado, o município do Rio de Janeiro (MTE/RAIS, 2009).

Grupo ocupacional e quantitativo de pessoal ocupado com emprego formal no município de Nilópolis em 2009.	
Membros superiores do poder público	409
Profissionais das ciências e das artes	2158
Técnicos de nível médio	1153
Serviços administrativos	6514
Serviços diversos	4565
Agropecuária	2
Produção de bens e serviços industriais	3845
Serviços de reparação e manutenção	270
TOTAL	18916

Fonte: MTE/RAIS, 2009.

Tabela 5 – Emprego formal segundo grupo ocupacional no município de Nilópolis – 2009

Convém notar que a ocupação profissional está diretamente relacionada à mão-de-obra disponível no município. Em Nilópolis, o setor de serviços é o que possui maior participação, influenciado fortemente pela produção de serviços comerciais.

De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (2009), o município utiliza mão-de-obra com maior qualificação em segmentos produtivos com maior conteúdo tecnológico. Destacam-se os serviços financeiros, a tecnologia de informação e a comunicação e as ciências, mas a quantidade de pessoal qualificado e ocupado nestes setores ainda é baixa. Por outro lado, sistemas com menor conteúdo tecnológico utilizam contingente significativamente maior de pessoal.

Em linhas gerais, as cidades-dormitório recebem esta denominação a partir de alguns aspectos, a saber: especificidades nos aspectos de infraestrutura urbana de suporte para efetiva participação econômica nas escalas local, regional, nacional e internacional (baixo dinamismo econômico), condições de vida da população e a íntima relação entre os processos demográficos e sociais. Os moradores dessas cidades dormem e residem na cidade, (Nilópolis, no caso), mas seus trabalhos e vida social acontecem em outro município (FREITAG, 2002).

Conforme se observa no Quadro 3, a atividade econômica predominante em Nilópolis está diretamente relacionada ao setor terciário, tendo 84,26% do seu PIB advindo do setor de serviços. Este indicador mede a produção de um país e, no caso em estudo, constitui-se por três grupos principais, apresentados no Quadro 3.

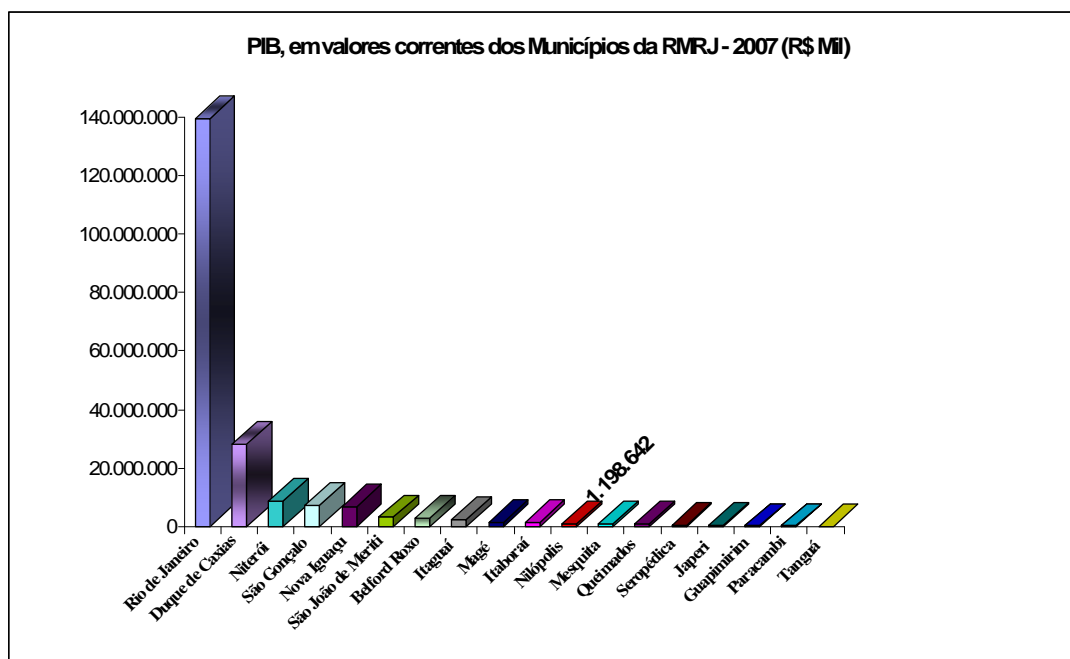
Grupos econômicos	Estrutura/estabelecimentos em Nilópolis
Agropecuária - formada por agricultura, extrativa vegetal e pecuária.	Praticamente inexistentes conta com: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 04 estabelecimentos de atividades paisagísticas; ➤ 01 de criação de aves; e ➤ 01 de aquicultura em água doce.
Indústria - extrativa mineral, transformação, serviços industriais de utilidade pública e construção civil.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 32 estabelecimentos de construção de edifícios; ➤ 22 de serviços de comida preparada; ➤ 17 de confecções e roupas íntimas; ➤ 17 de obras de acabamento; e ➤ 17 de fabricação de móveis.
Serviços - comércio, transporte, comunicação, serviços da administração pública e outros.	No setor que corresponde a maior arrecadação do PIB municipal estão contemplados os seguintes estabelecimentos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 185 de atividades de organizações religiosas, 178 restaurantes e outros serviços de alimentação; ➤ 147 de atividades de serviço prestados, principalmente as empresas não especificadas

	<p>anteriormente;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 92 de atividades de atenção ambulatorial, executadas por médicos e odontólogos; ➤ 55 de cabeleireiros e outras atividades de tratamento de beleza; ➤ 209 estabelecimentos de comércio varejista de outros produtos novos não especificados; ➤ 151 de comércio varejista de artigos de vestuário e acessórios; ➤ 116 de comércio varejista de ferragens, de madeira e de materiais de construção; ➤ 92 de mercadorias em geral de produtos alimentícios; e ➤ 69 de comércio de peças e de acessórios para veículos automotores.
--	--

Fonte: Elaboração própria a partir da MTE/RAIS (2011).

Quadro 3 - Grupos econômicos e estruturas de estabelecimentos no município de Nilópolis – RJ – 2008

No Gráfico 4 apresenta-se o PIB em valores correntes para o ano de 2007 na RMRJ. Nilópolis tem 0,57 % do PIB do total da região e, em comparação ao contingente demográfico, representa aproximadamente 1,26% da população do total. Seu PIB está proporcionalmente abaixo da representação demográfica da RMRJ.

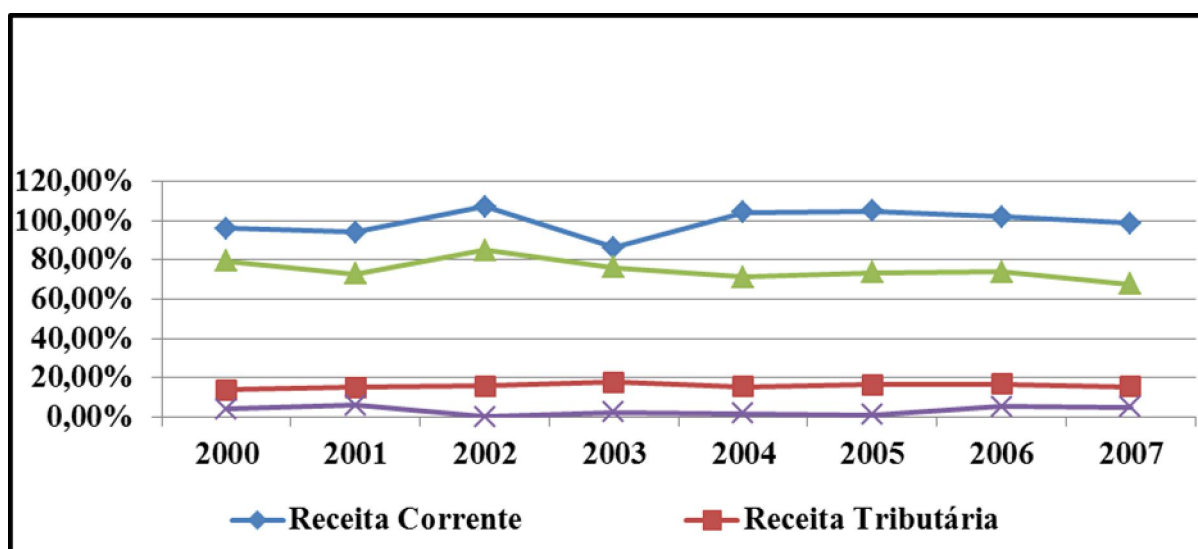


Fonte: Elaboração própria a partir do IBGE (2011).

Gráfico 4 - Produto Interno Bruto do município de Nilópolis – RJ – (R\$ corrente 2007)

A arrecadação de tributos está diretamente associada à produção do município, e quanto maior o PIB, maior a receita orçamentária. O Gráfico 5 compara a evolução da receita orçamentária de Nilópolis no período de 2000 a 2007.

No conjunto da receita tributária total, a receita própria do município é, comparativamente, baixa em relação às demais fontes de arrecadação. Tal situação deve-se ao fato de Nilópolis ser uma cidade dormitório. Essas características são constatadas pelo fato de que a participação no PIB é menor do que a sua participação percentual na população da RMRJ.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria do Tesouro Nacional/CNM.

Gráfico 5 - Classificação das receitas segundo fontes de arrecadação no município de Nilópolis - RJ (2000-2007)

É possível identificar, por categoria econômica e pelas receitas, a evolução do montante total da receita orçamentária do município de Nilópolis no período de 2000 a 2007. Nota-se que as receitas tributárias, que compreendem os impostos e as taxas, mantiveram-se estabilizadas no período analisado. Da mesma maneira as receitas de capital, que provêm de operações de crédito e têm os investimentos realizados no município como finalidade de despesa.

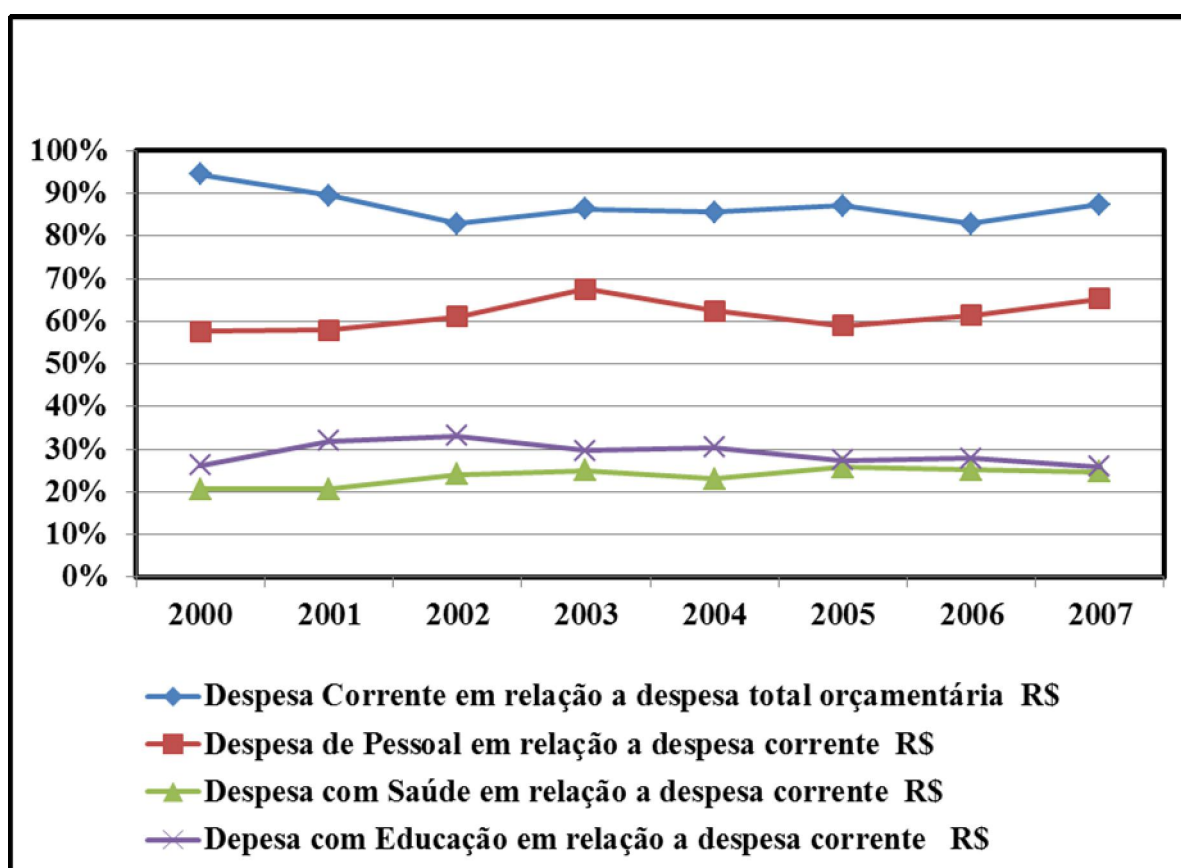
Observam-se algumas variações nas linhas das receitas de transferências e da receita corrente. No ano de 2000, as primeiras representavam 80% das receitas orçamentárias de Nilópolis e, em 2007, 67% do total. Quanto ao total das receitas correntes, é possível identificar que, em quase todos os anos, ela foi maior que o total das orçamentárias, como pode ser observado no gráfico, por ultrapassar os 100%. Pode atingir percentual acima do total porque, no período em estudo, podem ter ocorrido adiantamentos de receita,

especialmente no caso das transferências intergovernamentais, do crédito especial ou até mesmo de operações de crédito por meio de empréstimos¹¹.

O princípio da administração pública é promover o estado de bem-estar social e não a obtenção do lucro. Em outras palavras, todos os recursos arrecadados pelo município devem ser gastos ou investidos com/em programas que objetivem o “*welfare state*”.

Grande parte das receitas de capital decorre de um *superávit* financeiro é utilizada para a realização de operações de crédito. Caso gere lucros, estes devem ser revertidos em gastos públicos, caracterizando-se como despesa de capital.

O Gráfico 6 apresenta a proporção das despesas correntes que compõe as despesas orçamentárias de Nilópolis.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria do Tesouro Nacional/CNM

Gráfico 6 - Despesas correntes em relação às despesas segundo suas aplicações – Nilópolis – RJ (2000-2007)

¹¹ Não é objetivo deste estudo identificar quais foram as operações realizadas no período, mas analisar o total, comparando-o às demais receitas orçamentárias.

Em relação à despesa total orçamentária, a despesa corrente de Nilópolis representa de 80 a 95% dos gastos orçamentários totais, enquanto as despesas de capital são muito baixas, representando, no máximo, 5% do total das despesas do município. Entre 2000 e 2007, os gastos com pessoal representaram aproximadamente 60% do total da despesa corrente. No ano de 2005, as despesas com a educação variaram entre 26% e 32% e, com a saúde, entre 21% e 26%.

A próxima seção apresenta e discute, detalhadamente, os fluxos financeiros que compõem o montante da arrecadação fiscal do município, com ênfase nas receitas e nas despesas destinadas ao financiamento público da saúde.

7. FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA RMRJ: ESTUDO DO MUNICÍPIO DE NILÓPOLIS

7.1. Composição das receitas fiscais

Dentre os principais recursos que compõem a receita municipal arrecadada encontram-se as receitas próprias (IPTU e ISS) e as transferências constitucionais (cota-parte do FPM e cota-parte do ICMS e), transferidas pela União e pelo estado do Rio de Janeiro.

Em grande parcela dos municípios brasileiros percebem-se algumas dificuldades na arrecadação do ISS. Alguns fatores de interferência podem ser citados, como a informalidade dos prestadores de serviço na declaração de suas atividades (receita potencial x receita real), a não exigência de nota fiscal por parte do consumidor e a reduzida renda *per capita*. Outra característica das cidades-dormitório é o fato de o município se localizar na região de influência de uma metrópole, o que leva a maioria da população a trabalhar fora do município, neste caso, na capital. A composição dos recursos próprios arrecadados por Nilópolis é apresentada nas Tabelas 6 e 7.

RECEITAS CORRENTES	Receitas realizadas em 2007	% da receita corrente 2007	Receitas realizadas em 2008	% da receita corrente 2008
	113.520.534,82	100,00%	129.025.334,37	100,00%
Receita tributária	17.724.326,12	15,61%	19.409.576,81	15,04%
Receita de contribuições	5.339.709,78	4,70%	4.017.782,01	3,11%
Receita patrimonial	1.014.471,28	0,89%	1.596.522,76	1,23%
Receita agropecuária	0,00	0,00%	0,00	0,00%
Receita industrial	0,00	0,00%	0,00	0,00%
Receita de serviços	4.680.064,87	4,12%	4.233.795,28	3,28%
Transferências correntes	77.842.574,19	68,58%	93.723.810,01	72,65%
Outras receitas correntes	6.919.388,58	6,10%	6.043.847,50	4,69%

Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS (2010).

Tabela 6 – Total das receitas correntes e sua composição por categorias econômicas no município de Nilópolis, 2007-2008

Conta contábil	Receita realizada/2007	%receita corrente (*) 2007	Receita realizada/2008	% receita corrente (*) 2008
RECEITAS CORRENTES (**)	113.520.534,82	100%	129.025.334,37	100%
Receita tributária	17.724.326,12	15,61%	19.409.576,81	15,04%
IPTU	4.611.634,93	4,06%	4.908.937,15	3,80%
ISS	4.693.388,35	4,13%	5.891.340,67	4,57%
ITBI	591.329,95	0,52%	669.003,91	0,52%

Fonte: Elaboração própria a partir do SIOPS (2010). (*) Percentual da receita é sobre o total da receita corrente. (**) Total das receitas correntes sem deduções.

Tabela 7 - Total da receita corrente e composição das principais receitas tributárias do município de Nilópolis, 2007-2008.

Ademais, espera-se maior representatividade do ISS nas receitas dos municípios que apresentam maior dinamismo de atividades econômicas, porém, não é o caso de Nilópolis. Nazareth (2007, p.224) sugere: “o mesmo comportamento é identificado para a parcela do ICMS recebida proporcionalmente ao valor adicionado e o IPTU nas regiões com maior taxa de urbanização, desenvolvimento e maior renda *per capita*”.

Para fins de comparação, o estudo realizado por Nazareth (2007) aponta que em 52 municípios do estado do Rio de Janeiro, o ISS representa o principal imposto arrecadado. Em Nilópolis, no ano de 2008, o ISS representou 4,57% da receita tributária. Este imposto é extremamente relevante em alguns casos, como nos municípios de Macaé, em que a arrecadação do ISS equivale a 80% da receita tributária e, em Rio Bonito, no ano de 2004, esse percentual alcançou 88%.

A receita tributária de arrecadação própria representa 15% das receitas correntes em Nilópolis. É um município com alta dependência de transferências intergovernamentais, às quais predominam as cotas-partes do FPM e do ICMS, além das transferências legais vinculadas à educação e à saúde. Estas receitas têm caráter permanente e não dependem da execução do orçamento das demais esferas, como as transferências voluntárias, por exemplo.

O indicador do SIOPS, sistema que avalia o grau de dependência do município em relação às transferências de outras esferas de governo, registrou em 2008, uma dependência de 62,24% das transferências, demonstrando o quanto o gestor depende de repasses financeiros para a administração pública.

Mendes (2005, p.175) admite que:

[...] se a receita disponível dos municípios for mais dependente das transferências constitucionais, o seu raio de manobra para executarem políticas públicas é menor. Já, o contrário, isto é, se a receita disponível for mais dependente dos recursos próprios, a possibilidade para implementação das políticas públicas é maior, uma vez que o esforço de arrecadação dos impostos municipais é de total responsabilidade do município. Dessa forma, é possível dizer que os municípios dispõem de maior autonomia financeira.

Conforme apresentado anteriormente na Tabela 1, observa-se que a arrecadação do ISS, se comparada a do IPTU, tem maior representação no total da receita do município. Este imposto está diretamente ligado à atividade econômica e aos imóveis patrimoniais, configurando-se como fonte de recursos fiscais. Em princípio, quanto maior o município, maior é a sua densidade econômica e, portanto, maior a base tributária para a arrecadação do IPTU e do ISS.

Os valores das receitas do IPTU e do ISS por habitante estão bem abaixo das médias regional e nacional. A média nacional da arrecadação do IPTU, em 2008, foi de R\$ 69,00. A média da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro foi de R\$ 132,00 e da Região Metropolitana II, de R\$ 100,00 por habitante. Para Nilópolis foi de R\$31,00 (BENEVIDES, 2010). No que se refere ao ISS, a média de arrecadação por habitante brasileiro, em 2008, foi de R\$ 127,00. Para as Regiões Metropolitanas I foi de R\$ 281,00 e Metropolitana II de R\$ 86,00 por habitante. Nilópolis, no mesmo ano, situou-se abaixo das médias nacional e da RMRJ, com R\$ 37,00.

No que tange às principais receitas próprias, Nilópolis tem baixa arrecadação. Um dos maiores problemas enfrentados pelas prefeituras na arrecadação de impostos, especialmente a do IPTU, que deveria ser sua maior fonte de renda, refere-se ao elevado grau de inadimplência. Isto se torna evidente, quando “[...] pesquisa realizada pelo IBGE mostrou que apenas 13,2% dos municípios receberam o pagamento por mais de 80% de suas unidades prediais e 24,6% receberam entre 60% e 80%” (TRISTÃO, 2003, p.89).

Por outro lado, Nazareth (2007) demonstra que mais grave do que a inadimplência é a omissão na cobrança de tributos, podendo estar diretamente ligada à desatualização dos cadastros imobiliários, à falta de controle sobre as operações imobiliárias do município, à concessão de benefícios fiscais e, ainda, à baixa eficácia na cobrança administrativa e judicial dos tributos. Em Nilópolis, também podem estar relacionadas ao baixo esforço fiscal por parte da administração pública.

Para melhor compreendermos a questão do baixo esforço fiscal, buscou-se o pensamento de alguns estudiosos do federalismo fiscal, como Afonso e Lobo (1996, p.6), que entendem o baixo esforço fiscal como irresponsabilidade fiscal e utilizam a expressão “preguiça fiscal”:

[...] Dependendo da forma como se dá a descentralização fiscal, com excessivo aporte de transferências federais para os governos subnacionais, não necessariamente condições mais democráticas de governo podem ocorrer. A chamada preguiça fiscal de governos receptores de grande volume de transferências, não interessados em aumentar suas arrecadações próprias, pode levar à manutenção de uma certa irresponsabilidade fiscal dos governos locais e sua dependência confortável em relação aos níveis superiores de governo. Nessas circunstâncias, pouco estímulo virá a uma ampliação da participação, já que a decisão sobre a fonte de recursos continua centralizada.

As transferências constitucionais são recursos livres, ou seja, não estão vinculados a nenhum programa específico definido por lei, podem ser alocados de acordo com o planejamento dos gestores municipais. Estes acabam por não criar e/ou incrementar mecanismos de controle de arrecadação fiscal, pela liberdade de alocação. Quando a transferência é livre, objetiva equalizar as capacidades fiscais sem prejudicar a autonomia do ente federado, ao passo que a transferência vinculada está condicionada à execução de programas ou projetos específicos, a saber, a saúde e a educação.

Porém, o fator considerado mais importante na justificativa pela baixa arrecadação e capacidade tributária de Nilópolis são as altas taxas de pobreza, de concentração de renda e de desigualdade social. A base para essa possível explicação está na caracterização do município por meio dos indicadores sociais, econômicos e demográficos realizadas na seção anterior deste estudo. Esses aspectos demonstram, mais uma vez, as diferenças existentes entre as unidades federadas, em que cada qual tem suas dificuldades na capacidade de obter renda e não conseguem prover serviços públicos com qualidade.

As transferências intergovernamentais podem limitar a autonomia fiscal na gestão local, pois esta depende de recursos transferidos por outras esferas de governo, predominantemente, do governo federal, a exemplo do FPM. Isto faz com que os municípios dependam diretamente destas políticas, reduzindo o incentivo na implementação de práticas integradas pelos governos municipal e estadual. Por outro lado, o governo estadual também tem a responsabilidade de redistribuir recursos aos municípios, por meio das cotas-partes do ICMS, do IPVA e do IPI-exportação.

Convém notar que a distribuição dos recursos do FPM tem critérios próprios e depende do quantitativo da população municipal. O critério de divisão é inversamente proporcional ao tamanho da população e salienta-se que, para o cálculo, não são consideradas as questões sanitárias, epidemiológicas e as necessidades de saúde da população. Na Tabela 8 são apresentadas as receitas das transferências das cotas-partes do FPM e do ICMS por habitante de Nilópolis.

Município de Nilópolis	Ano 2007	Ano 2008
Cota-parte FPM	R\$183,00	R\$ 207,00
Cota-parte ICMS	R\$ 98,00	R\$ 107,00

Fonte: SIOPS (<http://siops.datasus.gov.br>) – “Funcionalidades restritas – Extrator municipal”. Elaboração a partir de Benevides (2010). Nota: valores corrigidos pela variação média anual do IPCA. No caso de Nilópolis a variação % é do período 2001a 2008, pelo fato de o município ter declarado R\$ 0,01 de receita de ICMS em 2000.

Tabela 8 - Receitas de transferências constitucionais da cota-parte do FPM e cota-parte do ICMS total do município de Nilópolis-RJ, 2007 a 2008, em R\$ de 2008, por habitante.

Em 2008, a média por habitante do FPM, para a Região Metropolitana I, do Rio de Janeiro, foi de R\$ 47,00 e, para a Região Metropolitana II, de R\$ 83,00. Comparativamente, percebe-se uma contradição com a média dos municípios brasileiros, que foi de R\$ 277,00 por habitante. Nilópolis tem a média semelhante à nacional.

No que concerne à cota-parte do ICMS por habitante, na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, no ano de 2008, foi de R\$ 221,00 e na Região Metropolitana II de R\$ 146,00. A média nacional foi de R\$ 297,00. Nilópolis recebeu um montante significativo de recursos provenientes do ICMS, porém, muito abaixo das médias *per capita* nacional e regionais para os anos de 2007 e de 2008.

Na Tabela 9 pode-se observar o percentual de participação dos governos federal e estadual na composição das receitas correntes de Nilópolis. Em 2008, as transferências constitucionais da União, acrescidas das transferências do estado, representaram aproximadamente 60% do total de receitas correntes do município.

Transferências	Percentual da receita realizada em 2008 Do total das receitas correntes
Transferências constitucionais da União	42,79%
Transferências constitucionais do estado do RJ	16,36%
Transferência de recursos do SUS - repasse fundo a fundo	7,05%

Fonte: SIOPS (<http://siops.datasus.gov.br>) – municípios - indicadores - indicadores municipais- consulta por unidade executora. Elaboração própria (2010).

Tabela 9 – Percentual de representatividade das transferências constitucionais da União, do estado e as transferências do SUS da receita realizada em 2008 do município de Nilópolis.

Neste sentido, é possível perceber, também, como o sistema tributário vigente é controverso ao sistema federativo. Enquanto este busca a descentralização e a autonomia dos governos subnacionais, o governo federal centraliza a arrecadação dos principais impostos. A partir disto, reitera-se a importância dos consensos, das negociações e das pactuações entre as três esferas de governo, visando à cooperação na aplicação de recursos para custeio e para investimentos no município.

Ademais, é improvável que todos os municípios brasileiros, especialmente os de pequeno porte, consigam, a partir de sua limitada base tributária, destinar recursos suficientes para atender a todas as suas obrigações constitucionais.

Ressalta-se que as transferências constitucionais da União e dos estados, observadas na Tabela 9, não são destinadas obrigatoriamente à saúde, mas compõem a base do cálculo da EC-29/2000. Por outro lado, as transferências de recursos ao SUS, chamadas transferências legais, são obrigatoriamente vinculadas à saúde, ou seja, elas devem ser gastas em ações e em serviços de saúde.

De acordo com Oliveira e Araújo (2001) as transferências do SUS beneficiam principalmente os municípios com maior porte populacional, acima de 100 mil habitantes, sendo mais significativas para estes do que para aqueles com população inferior a 30 mil habitantes. Contudo, há que se considerar, também, que as transferências, legais, voluntárias ou constitucionais, incrementam o valor total da arrecadação e fazem com que o percentual da EC-29/2000 seja aumentada. Isto representa mais recursos para a saúde (SIOPS, 2010).

Por outro lado, Mendes (2005) destaca um possível problema para os municípios que apresentam alta dependência das transferências do SUS. Esta situação pode influenciar o comportamento das despesas com saúde, pois é possível alocar os recursos das receitas próprias em outras áreas que não a saúde, o que possibilitaria contar com os recursos fundo a fundo do MS. Estudo de Mendes demonstra que alguns municípios do estado de São Paulo

passaram a utilizar-se de outra estratégia após a EC-29/2000, definindo os 15% da receita disponível como teto e não como mínimo a ser aplicado. Com esta ação podem ser criados alguns impasses para a expansão nas despesas com saúde na esfera local.

Na próxima seção, busca-se apresentar e discutir dados relativos às despesas com saúde em Nilópolis, com o objetivo de compreender o fluxo fiscal do financiamento público de saúde e conhecer a composição das despesas e o acompanhamento do cumprimento da EC-29/2000.

7.2. Composição das despesas com saúde

As despesas com saúde compõem o processo fundamental pelos quais os recursos efetivamente arrecadados são distribuídos aos programas ou atividades-fim. Devem ser determinados pelos gestores municipais, com base na realidade local e nas prioridades estabelecidas no plano municipal de saúde. Porém, o comportamento das despesas com saúde está diretamente relacionado à legislação existente que, de maneira geral, determina o contexto de limitação e de incapacidade fiscal e qual o tipo ou subfunção de despesa deve ser privilegiado.

Consta na EC-29/2000 a obrigação de os municípios aplicarem, no mínimo, 15% da sua arrecadação própria em saúde. Nilópolis aplicou 20,4% em 2007 e 17,7% em 2008, cumprindo com a legislação. Na Tabela 10 são apresentados os montantes em R\$ por habitante no ano de 2008, atualizado pelo IPCA. (SIOPS, 2010; BENEVIDES, 2010).

Municípios	Despesas em R\$ por habitante	2007	2008
Média dos municípios da RMRJ I	Despesas com recursos próprios	R\$ 128,00	R\$ 146,00
	Transferências do MS	R\$ 132,00	R\$ 129,00
Total Nilópolis	Despesas com recursos próprios	R\$ 82,00	R\$ 74,00
	Transferências do MS	R\$ 78,00	R\$ 84,00

Fonte: SIOPS <http://siops.datasus.gov.br> – municípios – indicadores.

Nota: valores corrigidos pela variação média anual do IPCA (BENEVIDES, 2010).

Tabela 10 - Despesas com recursos próprios comparadas com transferências de recursos do MS para o município de Nilópolis e média dos municípios da RMRJ I, em R\$ de 2008 por habitante.

Em 2008, o valor da transferência do MS para o município de Nilópolis foi de R\$ 84,00 por habitante e a despesa total com saúde foi de R\$ 158,00. O percentual de transferências do SUS em relação às despesas com a saúde representou, aproximadamente, 53% do total, ou seja, mais da metade delas é transferida pelo Sistema Único de Saúde. Já em 2007, o município gastava mais em saúde com recursos próprios e, em 2008, passou a gastar mais com as transferências do MS. Em relação a estas, na média dos municípios da RMRJ I, houve estabilidade no montante recebido neste período e pequeno aumento do gasto com despesas próprias.

Na Tabela 11 são apresentados os recursos destinados às despesas com saúde de acordo com a fonte de arrecadação. No ano de 2008, a lógica do gasto relativa à origem dos recursos se inverteu, pois o valor das transferências do SUS foi maior do que os valores das fontes recursos próprios e transferências constitucionais, em decorrência do aumento das transferências do SUS para o município.

Para fins de comparação, no ano de 2007, Nilópolis arrecadou com as transferências do SUS um total de 5,45% (R\$ 6.182.891,32) de sua receita total corrente e, em 2008, representou 7,05% (R\$ 9.099.986,26). Ou seja, no ano de 2008, para as despesas com saúde, a maior participação foi de transferências legais do SUS e não de recursos próprios. É importante mostrar que não houve participação no gasto em saúde proveniente das fontes de operações de crédito.

Despesa por fonte	Despesas liquidadas 2007	Despesas liquidadas 2008
Fonte: arrecadação tributária própria + transferências constitucionais e legais	R\$ 11.491.616,09	R\$ 12.291.642,45
Fonte: receita de transferências do SUS	R\$ 9.751.767,97	R\$ 14.272.436,41
Fonte: operações de crédito	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Outras fontes	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total	21.243.384,06	26.564.078,86

Fonte: SIOPS (<http://siops.datasus.gov.br>) – municípios – dados informados - consulta despesa por fonte e recursos próprios. Elaboração própria (2011).

Tabela 11 – Despesas liquidadas com saúde por fonte de recursos no município de Nilópolis, 2007- 2008.

Com os dados do SIOPS, conforme Tabela 12, optou-se por apresentar o total de despesas liquidadas nos anos de 2007 e de 2008, por grupo de natureza, com destaque ao total das despesas correntes em saúde e das despesas de capital. Em 2007, do total gasto em saúde

(R\$ 21.243.384,06), 98,34% foi destinado às correntes e, destas, o gasto com pessoal e encargos sociais representou 68,76%.

Benevides (2010, p.75) identificou que: “Entre as regiões do estado, a Metropolitana I possui média superior, de 53%, influenciada pela capital do estado, com 57% da despesa na rubrica com pessoal ativo”. Em Queimados, em 2008, esse percentual é ainda mais alto, ou seja, 81%. Os municípios da RMRJ I que registraram aumentos mais significativos foram Nova Iguaçu, São João de Meriti, Mesquita, Queimados, Nilópolis e Itaguaí, provavelmente devido à expansão na cobertura da Estratégia de Saúde da Família, que gera a contratação de pessoal para atuar na atenção primária em saúde.

As despesas com o investimento entre os municípios da RMRJ I, segundo Benevides (2010), passaram de R\$ 4,00 por habitante no ano de 2000 para R\$ 10,00 em 2008. Porém, Nilópolis não teve o mesmo aumento nesse período, que passou de R\$ 3,00 por habitante para R\$ 4,00, em valores atualizados. Para as despesas com investimentos, o valor destinado foi de R\$ 353.700,61, representando apenas 1,66%, valores mantidos em 2008.

Despesas liquidadas com saúde (por grupo de natureza de despesa)	2007	2008
Despesas correntes	R\$ 20.889.683,45	R\$ 25.971.946,10
Pessoal e encargos sociais	R\$ 14.606.886,70	R\$ 18.054.707,24
Juros e encargos da dívida	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Outras despesas correntes	R\$ 6.282.796,75	R\$ 7.917.238,86
Despesas de capital	R\$ 353.700,61	R\$ 592.132,76
Investimentos	R\$ 353.700,61	R\$ 592.132,76
Inversões financeiras	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Amortização da dívida	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total	21.243.384,06	26.564.078,86

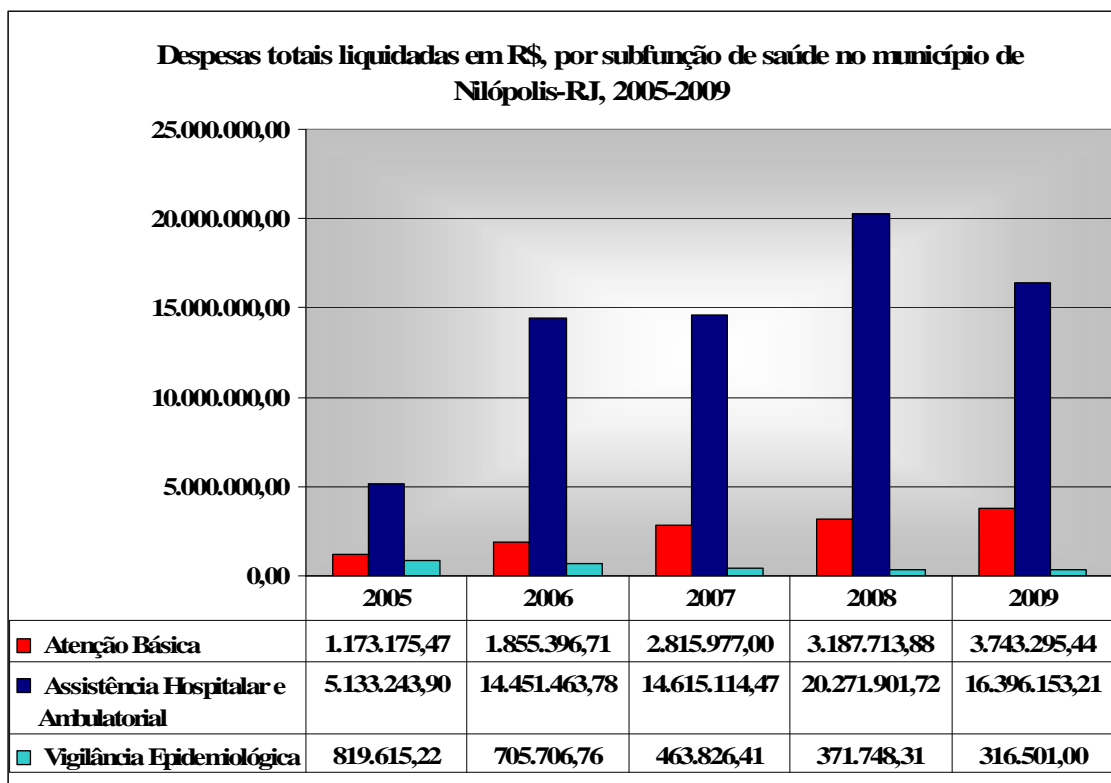
Fonte: SIOPS (<http://siops.datasus.gov.br>) – municípios – demonstrativos – demonstrativo da despesa com saúde, conforme o Anexo XVI do RREO. Elaboração própria (2011).

Tabela 12 – Despesas liquidadas com saúde em Nilópolis por grupo de natureza de despesa, 2007-2008.

Em relação às outras despesas correntes, não especificadas, mas que representam aproximadamente 30% do total, não há como analisá-las. Porém, pode-se questionar: De qual natureza foi o gasto alocado nessa rubrica? E como contribui para a qualidade da atenção à saúde para os munícipes de Nilópolis?

A maioria dos sistemas contábeis públicos no Brasil não permite identificar diretamente as despesas por nível de atenção ou tipo de serviço. O SIOPS, de acordo com a Portaria

MPOG n° 42/1999, incorporou em sua base de dados uma planilha que detalha as despesas com saúde por subfunção. O Gráfico 7 mostra a evolução das principais despesas por subfunção de saúde para Nilópolis.



Fonte: SIOPS (<http://siops.datasus.gov.br>) – municípios – dados informados – histórico da despesa por subfunção, consolidada por pasta, estágio de despesa e estado. Elaboração própria (2011).

Gráfico 7 – Evolução das principais despesas totais liquidadas por natureza de despesa e subfunção de saúde no município de Nilópolis, 2005-2009.

É interessante observar que, no período de 2005 a 2009, o total do gasto em saúde aumentou em 142,06%, calculado sob R\$ constantes de 2009 e atualizados pelo IPCA. Neste período, as despesas de Nilópolis concentraram-se, principalmente, na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial e, em 2008, esta função consumiu 85% (R\$ 20.271.901,72) do total das despesas com saúde, o que corresponde a um gasto de R\$ 127,00 por habitante.

Dentre os municípios da RMRJ I, o gasto *per capita* de Nilópolis, na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, em 2008, assumiu a quinta posição, ficando atrás de Rio de Janeiro (R\$ 247,00/hab), de Duque de Caxias (R\$ 217,00/hab), de Seropédica (R\$ 152,00/hab) e de Nova Iguaçu (R\$133,00/hab).

Quanto à atenção básica, consta como o segundo item principal de despesa, na qual se consumiram aproximadamente 14% (R\$ 3.187.713,88) das despesas totais. Isso representa o valor de R\$ 20,00 por habitante no ano de 2008.

A mesma lógica de financiamento de saúde é observada nos demais municípios do estado do Rio de Janeiro. Na RMRJ I, o percentual médio de despesas com a atenção básica é de 12% (R\$ 33,40 por habitante). Merecem destaque, nessa subfunção, os gastos realizados em 2008 por Queimados, que representou 90% do gasto total, seguido de Magé, com 34% e Japeri, com 25%. Na atenção básica, a capital, Rio de Janeiro, tem um gasto de 13% do total das despesas com saúde (BENEVIDES, 2010; SIOPS 2011).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs analisar os fluxos financeiros dos governos federal e estadual do Rio de Janeiro e a capacidade tributária de arrecadação própria para o financiamento do SUS no município de Nilópolis.

Delimitaram-se alguns objetivos específicos para este estudo, a saber: identificar as receitas próprias do município, as transferências constitucionais, as transferências legais e as despesas com saúde, conforme prevê a EC-29/2000. E analisar as relações intergovernamentais e o grau de autonomia fiscal a partir do recorte de dados financeiros do SIOPS e do financiamento do SUS para o município de Nilópolis, integrante da RMRJ.

As questões levantadas neste estudo de caso levam a alguns apontamentos e reflexões que auxiliam na compreensão da complexidade do arranjo federativo brasileiro e dos desafios para financiar o sistema de saúde nos municípios metropolitanos.

Nilópolis dispõe de reduzida renda *per capita* e baixa capacidade de arrecadação de impostos próprios. É altamente dependente das transferências de outras esferas de governo, principalmente da União, o que pode limitar a autonomia política municipal, pois quanto maior é a dependência, menor é o raio de manobra de execução das políticas. Em 2008, as transferências correntes representaram 72,65% do total da receita corrente arrecadada.

Os dados obtidos por meio do SIOPS evidenciam a importância das transferências do SUS como fonte de recursos regular na arrecadação de Nilópolis. Estas representaram a principal fonte de custeio, com mais de 50%, ou seja, mais da metade do gasto total com saúde.

No caso em estudo, as transferências constitucionais da União, acrescidas das constitucionais do estado do Rio de Janeiro, representaram aproximadamente 70% do total das receitas correntes. Em linhas gerais, recebe recursos das cotas-partes do FPM e do ICMS, enquanto as receitas tributárias representaram aproximadamente 15% da receita corrente, que é composta, principalmente, pelo ISS e pelo IPTU. Os recursos provenientes do FPM e do ICMS, chamados de recursos livres, nem sempre são destinados à área da saúde, diferentemente das transferências legais do SUS, que são vinculadas, obrigatoriamente, ao financiamento das ações e serviços de saúde.

Durante o período do estudo, Nilópolis cumpriu com o percentual mínimo de gasto em saúde, estipulado em 15% para os municípios, conforme prevê a EC-29/2000. No entanto, ressalta-se a importância da realização de novos estudos que não só analisem os fluxos de

recursos, mas identifiquem as necessidades de saúde da população, avaliem os montantes mínimos aplicados na área e atendam efetivamente as necessidades levantadas.

As despesas liquidadas com saúde por fonte de recursos demonstraram que de 2007 para 2008, a lógica do gasto relativo à origem dos recursos inverteu-se. As transferências legais do SUS foram maiores em 2008 do que o gasto com recursos próprios e as transferências constitucionais.

Alguns indicadores de despesa por grupo de natureza de despesa foram levantados do SIOPS e constatou-se um índice menor de 2% das despesas aplicado em investimentos e capital. Quase sua totalidade atende aos gastos com custeio e, destes, aproximadamente 70% são destinados ao pagamento de pessoal e de encargos sociais.

O SIOPS permitiu a análise das despesas por subfunções de saúde. Ao avaliar a evolução histórica entre o período de 2005 e 2009 identificou-se que a maior despesa de saúde foi destinada à assistência ambulatorial e hospitalar. Porém, cabe ressaltar: no período, houve aumento gradativo nos gastos com a atenção básica, decorrentes da política de expansão da ESF.

Para aprofundar a discussão sobre os fluxos financeiros no financiamento de saúde são necessários novos estudos para a compreensão das especificidades das RM's. Conforme observado e discutido, os municípios metropolitanos têm lógicas diferentes voltadas à capacidade fiscal e ao potencial de arrecadação tributária, devido as suas estruturas de base possibilitarem vida cidadã para a população residente.

Finalmente, no tocante à cooperação entre os entes federados, em decorrência da alta dependência fiscal do município de Nilópolis para com as transferências intergovernamentais, é fundamental o exercício da autonomia política e, principalmente, financeira na gestão pública. Devem-se pensar alternativas de financiamento público em saúde para as RM's, com o intuito de estabelecer mecanismos de partilha fiscal aos territórios com interesses e necessidades comuns e no incentivo à cooperação horizontal. Estes estudos poderiam analisar a ocorrência do aumento da eficiência na arrecadação fiscal e na melhoria da execução de serviços públicos locais e, conseqüentemente, contribuir com o desenvolvimento de potencialidades para a promoção do *welfare state*.

REFERÊNCIAS

ABRUCCIO, F.L. A reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. In: HOFMEISTER, W.; CARNEIRO, J.M.B. (Orgs.). **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer Stiftung, 2001. p. 95-105 (Série Debates, v. I, n. 22).

ABRUCCIO, F.L. **Descentralização e coordenação federativa no Brasil**: lições dos anos FHC. Texto-base apresentado no Seminário Políticas Públicas e Pacto Federativo: a descentralização no Brasil. Curso de aperfeiçoamento para a carreira de especialista em políticas públicas e gestão governamental da Escola Nacional de Administração Pública, novembro de 2004. (Mimeografado, 107 p.)

AFONSO, J.R.; LOBO, T. Descentralização fiscal e participação em experiências democráticas retardatárias. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, n.14, dez de 1996.

ALMEIDA, M.H.T. de. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, R.de B.A; SILVA, P.L.B; ALMEIDA, M.H.T.de; *et al.* **Federalismo no Brasil**: Descentralização e políticas sociais. São Paulo: FUNDAP, 1996.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e saúde coletiva**, v.8, n.2, p.331-345, 2003.

ATLAS. **Atlas de desenvolvimento Humano**. Programa das Ações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>. Acesso em: 10 de nov. 2010.

BAÍÁ, P.R.S. **A tradição reconfigurada: mandonismo, municipalismo e poder local no município de Nilópolis e no bairro da Rocinha na Região Metropolitana do Rio de Janeiro**. Tese de doutorado Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. 2006, fls 177.

BALEEIRO, A. **Uma introdução à ciência das finanças**. 15 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

BENEVIDES, R.P.S. **Financiamento do SUS na Região Metropolitana do RJ**: um estudo sobre as fontes de informação nos anos 2000. 2010. 126 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

BIRD, R.M.; SLACK, E. Aspectos fiscaes de la gobernabilidad metropolitana. In: **La Gobernabilidad de las aglomeraciones metropolitanas da América Latina y el Caribe**. Washington, D.C: Taller Internacional, Dic. 2003. Disponible: www.iadb.org.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 5 ed. São Paulo: Editora UNB e Imprensa Oficial, 2004.

BRAGA, R; CARVALHO, P.F. Cidade: espaço da cidadania. In: GIACOMETTI, A.B.R; BRAGA, R. (Orgs). **Pedagogia cidadã**: Cadernos de formação: ensino e geografia. São Paulo: UNESP-PROPP, p.105-120, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS.** Sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde- SIOPS.** Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>. Acesso em: 24 de ago de 2009.

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. [Internet] **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/ccivil/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>>. Acesso em: 14 out 2009.

BRASIL. **Lei Complementar n.14, de 08 de junho de 1973.** Estabelece as Regiões Metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jun 1973.

BRASIL. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.** Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 mar.1964, Seção 1, p.2745. Retificação Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 9 abr. 1964, p.3195.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – Lei n.8080**, 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 e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 set, 1990.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Manual de receita nacional:** aplicado à União, estados, Distrito Federal e municípios. Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Orçamento Federal. 1 ed. 330 p. Brasília: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde: direito de todos:** 2008 – 2011. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Relação Anual de Informações Sociais-RAIS.** Brasília, 2008. Disponível em: www.mte.gov.br. Acesso em: 01 fev.2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Relação Anual de Informações Sociais-RAIS.** Brasília, 2009. Disponível em: www.mte.gov.br. Acesso em: 08 jan.2011.

BRASIL. **Portaria GM n. 3.085, de 01 de dezembro de 2006.** Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 dez 2006.

BRASIL. **Portaria GM n.3.332, de 28 de dezembro de 2006.** Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do sistema de planejamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez 2006.

BRASIL. **Portaria Interministerial STN/SOF n° 163, de 4 de maio de 2001.** Dispõe sobre as normas gerais de consolidação das contas públicas no âmbito da União, estados, Distrito Federal e municípios, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 maio, 2001, Seção q, p.1.

BRASIL. **Portaria n° 42, de 14 de abril de 1999, do Ministério de Estado do Orçamento e Gestão (MOG).** Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso do §1° do art. 2° e § 2° do art.8°, ambos da Lei n° 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 abril, 1999.

BREMAEKER, F.E.J. **A fragilidade financeira dos municípios.** Dom Publicações Legais. Salvador, jan de 2008. Disponível em: http://www.oim.tmbrazil.org.br/abre_documento.cfm?arquivo= repositorio/ oim/ documento s/01F65DFA-CE20-A47F-8A8AE052985A03D415102008042322.pdf&i=13

CAMARGO, A.T. **Regionalização da saúde face à realidade metropolitana:** análise das internações hospitalares na região metropolitana do Rio de Janeiro (1995-2005). 2009. 149f. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

CEAP (Centro de Educação e Assessoramento Popular). **Financiamento do SUS.** A luta pela efetivação do direito humano à saúde. Passo Fundo, ago de 2005. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_financiamento_do_SUS_a_luta.pdf . Acesso em: 08 de maio de 2010.

CFC – Conselho Federal de Contabilidade. Resolução n° 750, de 29 de dezembro de 1993. Dispõe sobre os princípios fundamentais de contabilidade (PFC). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 dez.1993.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS – CNM. **Perfil dos municípios.** Disponível em: www.cnm.org.br. Acesso em jul 2010.

CONTI, J.M. (Org). **Federalismo fiscal.** São Paulo: Manole, 2004.

COSSÍO, F.A.B. **Disparidades econômicas inter-regionais, capacidade de obtenção de recursos tributários, esforço fiscal e gasto público no federalismo brasileiro.** 21° Prêmio BNDES de Economia. Rio de Janeiro, 1998.

COSTA, M. da S. Trabalho Informal: um problema estrutural básico no entendimento das desigualdades na sociedade brasileira. **Caderno CRH**, Salvador, v.23, n.58, p.171-190, Jan/Abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v23n58/v23n58a11.pdf>. Acesso em: 18 de jan de 2011.

CUNHA, F.T.S. **Relações entre o governo federal e o governo do Rio Grande do Sul:** federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde (1999-2001). 2002. 255 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Da MATA, D.; DEICHMANN, U.; HENDERSON, J. V.; LALL, S.; WANG, H. G. Determinants of City Growth in Brazil, **Journal of Urban Economics**, v. 62, p. 252-272, 2007.

DAIN, S. **Do direito social à mercadoria**. Tese apresentada para concurso de professor titular do Instituto de Medicina Social da UERJ, 2000.

FAVERET, A.C.S.C. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil**: O Financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social, 2002, 200f.

FERRARI, S. **Constituição estadual e federação**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris. 2003.283p.

FRANÇA, J.R.M. **A Dinâmica da vinculação de recursos para a Saúde no Brasil**: 1995 a 2004. 2006. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

FREITAG, B. Cidade e Cidadania. In: **Cidade dos homens**. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro LTDA, 2002.

FREITAS, R. **Regiões Metropolitanas**: uma abordagem conceitual. *Humanae*, v.1, n.3, p. 44-53, Dez. 2009.

FUNDAÇÃO CENTRO DE INFORMAÇÕES E DADOS DO RIO DE JANEIRO – CIDE. **Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro: CIDE, 2005.

GARSON, S; RIBEIRO, L.C.Q; RODRIGUES, J.M. **Regiões Metropolitanas do Brasil**. Observatório das Metrôpoles. 31 de mar de 2010.

GIACOMONI, J. **Orçamento público**. 13 ed. Ampliada, revista e atualizada. São Paulo: Atlas, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS – IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em dez 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS – IBGE. **Produto Interno Bruto dos Municípios**. Brasília, 2003-2007. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 19 abr. 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Índice de Desenvolvimento Humano – IDH**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: www.ipeadata.gov.br. Acesso em: 20 abr. 2010.

KUSCHNIR, R.(Cord.). **Atlas de serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, 568 p. 2009.

LIMA, L.D.de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. 2006.

293 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MARQUES, C.H.S. *et al.* **Desenvolvimento territorial: estudo de caso do município de Uruçuí-PI.** Trabalho de conclusão de curso de especialização em gestão pública. FUNDACE: Brasília, 2006.

MARQUES, R.M. Descentralização da política de saúde. In: ARRETCHE, M.; RODRIGUEZ, V. (Org). **Descentralização das políticas sociais no estado de São Paulo.** São Paulo: FUNDAP, FAPESP, Brasília: IPEA, 1998.

MENDES, A. A busca da cumplicidade entre o planejamento e o processo orçamentário na saúde paulistana. In: SOUZA, M.F; MENDES, A. (Orgs). **Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira.** São Paulo: Hucitec, 2003.

MENDES, Á.N. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS):** A gestão descentralizada semiplena e plena do sistema Municipal no estado de São Paulo (1995-2001), 2005. 428 f. Tese (Doutorado em Economia) Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia.

MENEZES, M.V.da S; ASSIS, M.M.A. Financiamento da atenção básica à saúde (2005-2006): apontamentos para o debate. *Saúde em Debate*, v.30, n.72, 2006, p.89-100.

NAZARETH, P.A.C.de.P. **Descentralização e federalismo fiscal:** um estudo de caso dos municípios do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Economia)- Universidade Federal do Rio de Janeiro –UFRJ. Rio de Janeiro: 2007, 335 fls.

OLIVEIRA, P.A; ARAÚJO, E. Receita municipal: a importância das transferências do FPM e do SUS. **Informe-se**, Rio de Janeiro: BNDES, Secretaria para Assuntos Fiscais, n. 28 jun. 2001.

ORAIR, R.O. **Esforço fiscal dos municípios: indicadores de condicionalidades para o sistema de transferências intergovernamentais.** XV Prêmio – Tesouro Nacional: Homenagem a Joaquim Nabuco - 2010. Disponível em: http://www.tesouro.gov.br/Premio_TN/conteudo_bancas.html

PINTO, S.G.B. **Regiões Metropolitanas:** obstáculos institucionais e fiscais à cooperação em políticas urbanas. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2007.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) [Internet]. *Atlas de Desenvolvimento Humano 2000.* Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>. Acesso em: 20 de set 2009.

POPPE, F. Fatores que influenciam o ambiente da assistência a saúde no Brasil: modelo atual e novas perspectivas. **Sinais sociais.** Rio de Janeiro, v.3, n.8, p.10-37, set-dez, 2008.

PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. REZENDE,F; OLIVEIRA,F.A. (Orgs). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil:** desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2003.

REZENDE, F.; OLIVEIRA, F.A. (Orgs). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2003.

RIBEIRO, L.C.Q. **A metrópole: entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Rio de Janeiro: FASE- Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional, 2004. 431p.

RODRIGUES, A.A. **Cooperação intermunicipal no âmbito do SUS**. Tese (Doutorado em Economia)- Universidade de São Paulo. São Paulo: 2003.

RODRIGUES, A.R. **Gestão e controle das despesas do poder legislativo municipal face à emenda constitucional nº 25: desbastando arestas e desatando nós**. Rio de Janeiro: IBAM/APMC/LAM, 2001.

RODRIGUES, G. Democracia e partidos políticos: os gastos públicos municipais como instrumento de análise político-ideológica. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. e MARQUES, E.(Orgs). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

SANTOS, L; ANDRADE, L.O.M. SUS: quando um sistema de saúde nacional e único na sua conformação organizativa foi implantado num país federativo. Exigência de novos paradigmas administrativos. **Saúde em Debate**, v.30, n.73/74, p.189-204, maio/dez, 2006.

SEBRAE-RJ. **Informações socioeconômicas do município de Nilópolis**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.sebraerj.com.br/main.asp?Team={63652736-82F3-4196-BA18-D26B38EB3382}>. Acesso em: 03 de jan. de 2011.

SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL (STN). [Internet]. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/>. Acesso em: 15 de out. 2009.

SIOPS. Nota Técnica. **Composição dos indicadores municipais calculados automaticamente pelo SIOPS após a declaração de dados contábeis, pelos municípios, a partir do SIOPS 2007 semestral**. Equipe responsável pelo SIOPS – Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento – Secretaria Executiva – Ministério da Saúde. 23 de mar de 2009.

SOUZA, C. Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização. **Dados**, São Paulo. v. 41, n. 3, 1998.

URANI, A; FONTES,A; CHERMONT,I; ROCHA, R. **Desenvolvimento da Região Metropolitana do Rio de Janeiro**. Disponível em: http://www.iets.org.br/biblioteca/Desenvolvimento_da_Regiao_Metropolitana_do_Rio_de_Janeiro.pdf. Acesso em: 22 de jan de 2011.

VIANNA, S.M; PIOLA, S.F.; GUERRA, A. J.; CAMARGO, S. F. **O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios**. Brasília, DF: IPEA, 1991. 29 p.

WATTS, R.L. **Comparing federal systems in the 1990s**. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, 1996. 126 p.

WATTS, R.L. The Distribution of Powers, Responsibilities and Resources in Federations. In: **II Handbook of Federal Countries**. Forum of Federations: MC Gill Quens University Press, 2002.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZMITROWICZ, W; ANGELIS NETO, G de. **Infra-estrutura urbana**. São Paulo, Texto Técnico, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, 1997.

APÊNDICES


APÊNDICE I - Quadro dos indicadores sócio-econômicos da Região Metropolitanas I e II do Rio de Janeiro – 2000

Municípios*	Renda per capita 2000	Índice de Gini, 2000	População total, 2000	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2000
Belford Roxo (RJ)	182,33	0,49	434474	0,742
Duque de Caxias (RJ)	226,14	0,53	775456	0,753
Itaboraí (RJ)	202,29	0,52	187479	0,737
Itaguaí (RJ)	246,45	0,52	82003	0,768
Japeri (RJ)	156,45	0,51	83278	0,724
Magé (RJ)	209,61	0,52	205830	0,746
Maricá (RJ)	321,41	0,55	76737	0,786
Nilópolis (RJ)	298,3	0,48	153712	0,788
Niterói (RJ)	809,18	0,59	459451	0,886
Nova Iguaçu (RJ)	237,5	0,53	920599	0,762
Queimados (RJ)	183	0,49	121993	0,732
Rio Bonito (RJ)	276,19	0,57	49691	0,772
Rio de Janeiro (RJ)	596,65	0,62	5857904	0,842
São Gonçalo (RJ)	268,79	0,49	891119	0,782
São João de Meriti (RJ)	233,12	0,48	449476	0,774
Seropédica (RJ)	234,75	0,57	65260	0,759
Silva Jardim (RJ)	194,36	0,57	21265	0,731
Tanguá (RJ)	180,78	0,48	26057	0,722

*O município de Mesquita foi desmembrado no ano de 2001 do território de Nova Iguaçu, atualmente faz parte da RMRJ. Desta forma, não consta na tabela acima porque a última pesquisa do Atlas de Desenvolvimento Humano foi no ano de 2000.

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

APÊNDICE II - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos


COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

ATA DE PARECER CONSUBSTANCIADO

FR 206009

37/2009

CAAE: 0028.0.313.000-09

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: LIAN FIA SÁVI

PROJETO: "ESTUDO DE CASO DOS FLUXOS FINANCEIROS DOS GOVERNOS FEDERAL E ESTADUAL E RECURSOS PRÓPRIOS DE NILOPOLIS PARA A GESTÃO DO SUS MUNICIPAL."

INSTITUIÇÃO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

DATA DE ENTRADA NO CEP: 25/08/2009.

O projeto de pesquisa intitulado "ESTUDO DE CASO DOS FLUXOS FINANCEIROS DOS GOVERNOS FEDERAL E ESTADUAL E RECURSOS PRÓPRIOS DE NILOPOLIS PARA A GESTÃO DO SUS MUNICIPAL" foi avaliado e posteriormente APROVADO pelo CEP-UNIRIO em 24/09/2009.

Solicita-se ao pesquisador que envie a este CEP, anualmente, os relatórios parciais sobre o decorrer do projeto, eventuais informações de alterações no encaminhamento e o relatório final em via escrita.



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2009


 Ricardo Silve Cardoso
 Coordenador do CEP UNIRIO

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
 Avenida Pasteur, 295 - Ilus - Rio de Janeiro - RJ - Cep. 22290-240.
 Telefones: 33- 32293-2132, ramal 345. E-mail: cepunirio@gmail.com e cepunirio@unirio.br

RICARDO CARDOSO
COORDENADOR
CEP - UNIRIO
PROPS - DPO