



JULIO 2015

## OS REFLEXOS DA DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA E ORÇAMENTÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA: O CASO DO MUNICÍPIO DE IRATI-PR

Zaqueu Luiz Bobato<sup>i</sup>

Professor do curso de Geografia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro)

E-mail: [zaqueudegeo@gmail.com](mailto:zaqueudegeo@gmail.com)

Tedimar Costa<sup>ii</sup>

Graduado em Geografia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro)

E-mail: [tedycosta@hotmail.com](mailto:tedycosta@hotmail.com)

**RESUMO:** O presente artigo aborda o processo de descentralização política que se intensificou no território brasileiro após a aprovação da carta constitucional de 1988. Com a Constituição de 1988, Estados e Municípios passaram a assumir novas responsabilidades, uma vez que passaram a ter maior autonomia política, financeira e administrativa. Destaca-se que este artigo objetivou avaliar o processo de descentralização política e orçamentária no âmbito da saúde pública do município de Irati-PR. Dessa forma, buscou-se compreender o que a política descentralizada proporcionou de melhorias para o segmento da saúde pública do município. Quanto aos procedimentos metodológicos empregados, salienta-se que foi feita revisão teórica sobre o tema levando-se em consideração os trabalhos de autores especializados no assunto. Também realizou-se uma pesquisa de campo que contou com a aplicação de um questionário, sendo que este foi respondido pela secretária de saúde do município de Irati, a qual colaborou com respostas que permitiram averiguar a eficiência e a função que a descentralização tem ocasionado na esfera da saúde pública do município pesquisado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Descentralização; Políticas públicas; Constituição de 1988; Saúde pública; Território.

## THE REFLEX OF DECENTRALIZATION POLICY AND BUDGET IN HEALTH PUBLIC: THE CASE OF MUNICIPALITIES OF IRATI-PR

**ABSTRACT:** The present article approach the process from decentralization policy what if intensified in territory Brazilian after at approval of letter constitutional of 1988. With at constitutional from 1988, states and municipalities passed upon assumed new responsibilities, an turn what passed at have greater autonomy policy, financial and administrative. Is conspicuous what this article, had as objective assess the process from decentralization policy and budgetary in scope of health public o municipalities of Irati- PR. By this mean sought understand the what at policy decentralized provided from enhancements whoa the segment of health public o municipalities as to procedures methodological employees, is pointed what moved done revision theory on the subject taking on consideration them jobs from authors specialises in subject. Also moved simply an research from country what counted with at application from a questionnaire, being what this moved responded for secretary from health of municipalities of Irati- PR, at which contributed with responses what allow ascertain at efficiency and at function what at decentralization get occasioned on sphere of health public municipalities searched.

**KEYWORDS:** Decentralization; Public policy; Constitution of 1988; Public health; Territory.

## INTRODUÇÃO

O debate que se tem em torno da organização e eficiência do sistema público de saúde no Brasil é vasto e intenso, estando presente quase que cotidianamente nos veículos de comunicação e também nos círculos de discussões acadêmicas. Assim sendo, as críticas afloram já que o sistema público possui “fragilidades”. No entanto, é plausível de se conceber que nas duas últimas décadas em matéria de discussão tiveram-se significativos avanços, já que a descentralização do sistema de saúde promovida pela constituição de 1988 visou garantir melhorias em seu sistema, pois as propostas da política descentralizada objetivaram reforçar as escalas subnacionais, dotando os Estados e Municípios de poder político, econômico, bem como de gerência e participação em “parte” dos recursos financeiros arrecadados pela União.

Levando em consideração o processo de descentralização política e a partir do debate que envolve a saúde pública no país direciona-se as reflexões deste artigo a fim de obter-se compreensão sobre as incumbências da escala municipal em meio ao processo descentralizado. Desta forma, far-se-á uma explanação em torno da descentralização, como foi feita a redistribuição do poder a partir de 1988 por parte da União para com os Estados e Municípios.

A discussão proposta visa convergir para a escala municipal de Irati-PR, onde será evidenciado o caso da saúde pública, ou seja, se a descentralização realmente tem conferido a esta escala melhorias, benefícios e fortalecimento.

No que diz respeito aos aspectos metodológicos que possibilitaram o desenvolvimento deste trabalho, evidencia-se que foi de extrema importância realizar uma revisão teórica sobre o tema com estudos realizados em bibliografias de autores especializados no assunto.

Em um segundo momento, foi realizada uma pesquisa por meio da aplicação de um questionário, sendo que este foi respondido pela secretária de saúde do município de Irati, a qual colaborou com respostas que permitiram averiguar a eficiência e a função que a descentralização tem ocasionado no município pesquisado.

## 1. DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA E ORÇAMENTÁRIA NO BRASIL

Bobato (2012) destaca que em meio ao processo de intensificação da globalização da economia o governo brasileiro percebeu que o intercâmbio de mercadorias e informações passou a se dar num âmbito global, transpondo as barreiras e os limites geográficos. Assim sendo, tornou-se preciso “pensar com mais intensidade e esforço, projetos que resultassem em maior dinamismo e competitividade para que se pudessem enfrentar as lógicas do novo sistema, que passou a ganhar cada vez mais força (BOBATO, 2012, p. 68)”.

Desta forma, tornou-se necessário repensar a atuação das políticas públicas em *prol* do desenvolvimento, pois, com um modelo político altamente centralizado, dificilmente se atingiria os diversos subespaços existentes no território nacional. Um marco significativo que ocasiona o rompimento da centralização política que até então (década de 1980) se fazia presente no Brasil, se dá com a carta Constitucional de 1988. Segundo os escritos de Ortega (2005, p. 2):

No Brasil, o processo de descentralização de 1988 concedeu maior autonomia política, administrativa e financeira aos municípios. Com isso, o município passou a se constituir num ente federado, no conjunto da organização política e territorial do Estado, inclusive com a capacidade de auto-organização, pois pode criar sua própria Lei Orgânica, escolher seus representantes políticos (prefeitos e vereadores), estabelecer taxaço de impostos e, também, decidir e elaborar estratégias visando o desenvolvimento sócio-econômico local.

Com a constituição de 1988 a centralização cedeu lugar a uma maior autonomia dos Estados e municípios que compõe o todo territorial do país, logo, as escalas estaduais e municipais passam a ser incumbidas de direcionarem políticas públicas para o conjunto da sociedade. Para Souza (2002, p. 434):

Enquanto alguns autores enfatizam a desconcentração administrativa, outros vêem a descentralização como uma questão política que envolve uma efetiva transferência de autoridade para setores, parcelas da população ou espaços territoriais antes excluídos do processo decisório.

O já referido autor, Souza (2002), destaca que a análise de descentralização no Brasil, requer que sejam consideradas três dimensões: a primeira refere-se ao entendimento de como a descentralização foi introduzida na agenda da redemocratização, em um segundo momento de como se deu o processo decisório relativo à descentralização e ainda ao entendimento de como a descentralização é operacionalizada em contextos de heterogeneidade. Nas palavras do autor:

A descentralização entrou para a agenda da redemocratização como uma resposta a diversos fatores. Primeiro, como reação à centralização do regime anterior e não como resposta a clivagens étnicas, religiosas, linguísticas ou por ameaças de cisão do território, como na maior parte dos países que a adotam. O segundo fator é que a descentralização sempre esteve fortemente associada à redemocratização, não apenas em 88, mas em todos os períodos de retorno à democracia, como em 1946. O terceiro fator, de viés normativo e influenciado pelas premissas das teorias do desenvolvimento, é que a descentralização também esteve associada à promessa de tornar os governos mais eficientes e mais acessíveis às demandas dos cidadãos locais (SOUZA, 2002, p. 5).

O autor acima citado destaca a importância da descentralização promovendo o aumento do poder dos governos e das sociedades locais, havendo um fortalecimento na democracia do país, proporcionando cada vez mais uma “liberdade” de desenvolvimento regional e local.

Souza (2002, p. 5) ainda aponta que:

O segundo momento da descentralização se relaciona com a decisão propriamente dita. Essa decisão foi condicionada pela intensa interseção de interesses conflitantes entre as regiões e entre os estados e os municípios, tornando-se, assim, um ponto crucial para o entendimento de por que a descentralização ocorreu no Brasil de forma tão intensa e acelerada quando comparada com outros países.

Este processo decisório de descentralizar se dá principalmente por conta das mudanças de regime político do país, o que acabou acelerando esse processo por conta de conflitos existentes nas relações públicas. Souza (2002, p. 435) ainda coloca que “o fato da decisão de descentralizar ter sido tomada pelos constituintes durante os debates sobre o novo desenho político, institucional e social do país, fortalece a visão de descentralização como um processo político e não apenas administrativo”.

O autor explica que apesar dos constituintes terem tomado a decisão da descentralização eles sofreram grande interferência dos atores subnacionais, esses atores tiveram grande importância nesse processo, destacando os interesses conflitantes como determinantes para o formato da descentralização no país.

A necessidade de descentralizar também se dá devido à complexidade do processo de globalização, pois diante de um sistema de fluxos de mercadorias, pessoas, serviços e informações interligadas em âmbito global, fez-se necessário dividir o poder em parcelas que até então se encontrava centralizado. Sendo assim, as necessidades de cada local “passariam” a ser administradas de forma mais precisa.

Quando o poder é descentralizado, a sociedade torna-se propícia a obter melhorias, pois sendo o homem o construtor da sociedade pode-se afirmar que quando os próprios indivíduos que a constituem passam a dominar o poder da demanda de serviços para um determinado local, sempre favorecerão as necessidades mais importantes que fazem parte da estrutura que os rodeiam.

Em meio a discussão de política descentralizada, pode-se citar a questão da organização gerada por este sistema nas relações entre as escalas local, regional e federal, pois tratando-se do exemplo de projetos encaminhados pelos municípios até os órgãos estaduais e federais, acredita-se que as instituições municipais analisam os problemas e necessidades do local, logo, formulando projetos para atender as suas demandas. Neste processo de construção de projetos, as pessoas têm a oportunidade de participarem tornando-se “sujeitos ativos” que lutam por melhorias e desenvolvimento.

Ao discutir descentralização política pós constituição 1988, Bobato (2012) aponta que os territórios locais (municípios) vêm sendo considerados como importantes geradores de mecanismos que permitem o desenvolvimento da coletividade habitante nessa escala espacial. No caso do Brasil a valorização da escala local resulta dos contextos políticos internos e externos entrelaçados a perspectiva globalizadora. Compreendendo a escala local em meio às dinâmicas da globalização, Dowbor e Pochmann (2008, p. 06) enfatizam que:

Muitas coisas globalizaram-se, o planeta encolheu rapidamente com as novas

tecnologias. Space is dead – o espaço morreu –, dizem executivos de multinacionais habituados hoje a trabalhar em escala mundial. No entanto, dependem em grande parte de iniciativas locais o atendimento médico e o nível de saúde, a qualidade das escolas, a riqueza cultural da nossa cidade ou do nosso bairro, a fluidez do trânsito, as soluções relativas aos resíduos, a segurança das nossas ruas, os níveis de poluição, a dinâmica de micro e pequenas empresas – ou seja, um conjunto de elementos centrais para a nossa qualidade de vida. No que tem sido qualificado de paradoxo global, assistimos a uma revalorização dos territórios locais.

Bobato (2012) explica que o arcabouço teórico acerca da valorização do local leva em consideração análises históricas e geográficas de mudanças que ocorreram nos modos de organização da produção, das relações sociais, políticas e econômicas no espaço geográfico, sobretudo nas últimas décadas do século XX. Tais mudanças impulsionaram o processo de descentralização política no caso do Brasil. A perspectiva descentralizada tem se intensificado no vasto território brasileiro, porém dúvidas da eficiência dessa lógica continuam permeando os debates. Desta forma, é pertinente citar Souza (2002, p. 436), pois segundo ele:

Devido à ausência de um consenso social sobre o que seria alcançado com a descentralização, acentuado pelos altos níveis de desequilíbrios inter e intra-regionais, os governos locais estão respondendo de forma diferenciada à descentralização. Respostas diferenciadas à descentralização não são, em si, paradoxais. Isto porque a descentralização se apóia em duas premissas. A primeira, mais conhecida e debatida, é a transferência de poder financeiro e decisório para instâncias, setores ou grupos anteriormente excluídos da estrutura de poder. A segunda, pouco enfatizada na literatura publicada no Brasil, resulta da premissa anterior e implica a liberdade das instâncias, setores ou grupos para decidirem o que fazer com os recursos e o poder que lhes foram transferidos.

O modelo de política descentralizada deixa claro que o poder decisório sobre prioridades e ações se inscrevem no âmbito local tornando os municípios mais independentes politicamente e financeiramente, porém, como aponta Souza (2002), desequilíbrios financeiros podem se manifestar nessa escala municipal, isto devido as dificuldades dos municípios que não possuem significativas arrecadações. A ocorrência disso acaba dificultando a ideia de desenvolvimento local.

Sem muitos recursos, os governos locais sentem necessidade de um apoio do governo federal para suprir suas demandas de melhores condições de vida para a população que ali vivem. Souza (2002) acredita que com o modelo descentralizado houve sim um maior envolvimento do governo local na prestação de serviços sociais, proporcionando uma melhor distribuição de recursos atendendo certas demandas de sociedades locais. No entanto, muitas demandas em certos momentos acabam sendo negligenciadas, pois nas palavras do autor:

(...) a maioria dos municípios não tem capacidade para expandir a arrecadação de impostos nem é capaz de financiar nenhuma atividade além do pagamento dos servidores públicos, muitos com salários abaixo do mínimo, e de desempenhar, com recursos transferidos para tal fim, algumas atividades relacionadas à prestação de serviços de saúde e educação. Esses municípios não possuem atividade econômica significativa e são caracterizados pela extrema pobreza de suas populações. Dessa forma, as desigualdades inter e intra-regionais anulam o objetivo último da descentralização, que é o de permitir maior liberdade alocativa aos governos e às sociedades locais (SOUZA, 2002, p. 7).

O grande problema é que existem muitas desigualdades em um país como o Brasil, e, isso acaba dificultando o desenvolvimento proposto pela ideia de descentralização. Se esta por um lado proporciona uma melhor autonomia local, por outro lado não são todos os municípios que se beneficiam com a “autonomia”, isso devido não possuírem uma arrecadação de igual para igual com outras regiões.

Para Cataia (2011) a autonomia municipal passou a ser questionada a partir da década de 1990, uma vez que o aumento expressivo do número de municípios acaba dividindo ainda mais os recursos destinados do governo federal. Cataia (2011) enfatiza em seus escritos a dificuldade que as prefeituras encontram de administrar tão poucos recursos e destiná-los ainda para os pequenos distritos, ficando cada vez mais difícil de poder alcançar toda a população que precisa.

Ainda para Cataia (2011, p. 4):

Outro ponto nevrálgico da questão é o argumento de que faltam aos municípios critérios objetivos e responsáveis para um uso mais racional do orçamento local. A persistência do clientelismo, a incapacidade de gerar receitas próprias e a obsolescência da administração tributária levariam os municípios, especialmente os pequenos, a sobreviverem dos repasses da União e dos estados.

Estas questões discutidas pelo autor são pertinentes ao planejamento municipal e às políticas públicas adotadas pelos municípios, pois as políticas de âmbito social e que envolvem a área da saúde devem procurar não serem tão dependentes dos repasses da União e do Estado, para que assim seja possível uma abertura de novas possibilidades para melhorar a prestação de serviços à população. Quando isso vem a ocorrer, as áreas de maior carência são beneficiadas.

No que tange ao caráter positivo gerado pela descentralização e consequente autonomia de municípios, tem-se oportunidades de haver uma melhor transparência fiscal, pois na medida em que governo e sociedade passam a serem dotados de responsabilidades, flui-se uma lógica participativa, e isto abre a possibilidade de uma melhor fiscalização. Tal fiscalização pode ser desempenhada pelos próprios agentes sociais locais (pessoas que habitam, vivem no território local) a fim de averiguar e planejar um uso consciente do orçamento local, não dependendo totalmente da fiscalização federal para que a ordem orçamentária seja respeitada, pois desta forma, torna-se possível prever se os planejamentos realmente se efetivarão.

### **1.1. A descentralização no âmbito da saúde pública**

As políticas públicas do Estado brasileiro para com a saúde estão no plano de ações sociais no qual se volta para a melhoria das condições de saúde da população. A constituição de 1988 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, tornando as políticas públicas sociais de extrema importância e visibilidade nacional, pois determina um direito básico da população que está sempre necessitada de um sistema de saúde eficiente para suprir suas carências, sendo que cada local tem suas particularidades.

Sendo assim, para tal regulamentação foi criada a “Lei Orgânica da saúde”. Esta lei, sancionada em 1990, regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). A “Lei Orgânica da saúde” de 1990 diz que:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação<sup>iii</sup>.

Esta lei nacional de 1990 está vinculada a constituição de 1988 onde a partir deste modelo teve-se uma nova reestruturação e organização nas políticas públicas de saúde brasileira. A lei também salienta a importância e como se estrutura o SUS, destacando o papel dos estados de municípios neste processo. Em relação ao SUS diz que:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde<sup>iv</sup>.

Neste artigo 4º e inciso 1º fica explícita a divisão descentralizada e as competências de cada órgão em relação ao SUS. No artigo 7º também destaca-se o IX princípio que diz assim:

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde<sup>v</sup>.

A Lei parte do princípio da organização estrutural do sistema em cada esfera de competência dando ênfase na descentralização dos serviços aos municípios e organizando por regiões e hierarquização nessa rede, ou seja, a importância do município que seria o foco

principal e dividindo-se por regiões, agrupando pequenos municípios, formando um polo regional, respeitando uma hierarquia para melhor organizá-los.

No seu princípio XI destaca também a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”<sup>vi</sup>. Vê-se a importância de todas essas competências em trabalhar juntas, cada órgão tem sua responsabilidade dentro do sistema, reforçando a ideia da descentralização que fica claro para todos que, as três esferas de governo se equivalem quando se diz respeito à importância de cada um no conjunto da obra. Para que o sistema funcione corretamente cada um deles tem que fazer a sua parte.

A organização administrativa do SUS estabelece da seguinte forma:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente<sup>vii</sup>.

A União e os Estados disponibilizam informações sobre o ministério e a secretaria de saúde estadual através de portais pela *internet*, de livre acesso a população. Alguns municípios também disponibilizam este serviço. Destaca-se que, independente se for órgão Federal, Estadual ou Municipal, todos os dados e informações sobre o sistema de saúde são públicos e de livre acesso a população.

Na Constituição Federal de 1988 está escrito em seu artigo 23 inciso I que é competência comum da União, dos Estados e dos Municípios cuidar da saúde da população, sendo assim, pode-se compreender que as três esferas governamentais são responsáveis pela saúde pública da população habitante do país, porém, com a descentralização das políticas conferidas pela constituição, os estados e municípios passaram a ter maiores responsabilidades, desta maneira, passando a disponibilizarem uma maior atenção para com a saúde pública em sua escala de abrangência.

Segundo Peres (2002), a partir da constituição de 1988 os municípios passam a ser fortalecidos devido à nova estrutura adotada no Brasil, sendo mais organizados e autônomos, com isso se fortalecem economicamente. No entanto, a autora ainda comenta que as competências de cada município variam em função das características políticas, culturais, econômicas e sociais. Nas palavras de Peres (2002, p. 69):

O Instituto Brasileiro de Administração Municipal – IBAM defende o ideal da descentralização e em muitos casos da municipalização, a partir das seguintes vantagens: (1) **de natureza econômica**: maior conhecimento dos problemas, limitações, recursos e potencial econômicos da comunidade; (2) **de natureza social**: percepção dos problemas sociais em toda a sua pluralidade, complexidade e heterogeneidade, assim como aumento da sensibilidade para elegê-los como prioridade governamental e (3) **de natureza política**: facilidade de compreensão e negociação de conflitos de interesses.

Compreende-se que esta autonomia dada aos municípios proporcionaria vantagens ao país, pois em uma escala municipal seria mais fácil estabelecer um trabalho organizado e com resultados melhores do que em uma escala estadual ou federal.

O debate estabelecido em torno da descentralização instiga a pensar que a política em uma via descentralizada se faz mais presente nos problemas do município, uma vez que permite uma melhor interação junto ao cotidiano das pessoas, podendo assim identificar o que são as necessidades e as prioridades de uma dada população local, permitindo maior facilidade em poder estar agindo com mais rapidez e eficiência, logo, fortalecendo o todo social do território do país.

De acordo com Peres (2002) dados apontam que nas últimas décadas ocorreu um aumento significativo do número de municípios no Brasil. A autora enfatiza que em 1940, o Brasil contava com 1.547 municípios. Em 2001 este número chegou a 5.507, o que representa um aumento de cerca de 250%, sendo que destes mais de 90% tem menos de 20 mil habitantes.

Percebe-se que na década de 2000 atingiu-se um número expressivo de municipalidades, logo, a partir desta perspectiva de uma grande distribuição de municípios no território nacional, colocam-se em discussão os recursos destinados a esses municípios e

como se dá a descentralização orçamentária destes. Segundo Peres (2002, p. 78):

A receita municipal é oriunda da arrecadação própria somada às transferências recebidas da União e dos estados, sendo as principais o Fundo de Participação dos Municípios FPM (federal), a cota-parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias ICMS (estadual) e do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores IPVA (estadual) e o FUNDEF (fundo composto por 15% das transferências federais aos estados e municípios e de 15% do ICMS, destinado ao financiamento dos gastos destas esferas de governo com ensino fundamental).

No que tange a arrecadação tributária própria dos municípios, Peres (2002) salienta que esta advém dos seguintes impostos: (1) sobre a venda de serviços – ISS e (2) sobre a propriedade territorial urbana – IPTU. Os municípios detêm o direito destes impostos para compor sua ementa orçamentária, tendo também autonomia em criar impostos municipais para compor sua arrecadação.

Acredita-se que não basta ter apenas uma lógica descentralizada no sentido econômico, mas sim, uma série de medidas que se relacionam inclusive com a capacidade técnica e política do local (município), ou seja, é o “conjunto” de medidas que se aplicado a cada município poderá ofertar um retorno positivo à sua população.

Peres (2002) aponta em seus escritos que no ano de 2001, 92% dos estabelecimentos de saúde pública eram municipais, 6% eram estaduais e apenas 2% federais. Portanto, presencia-se o reflexo da descentralização e das competências municipais perante a constituição, pois os municípios são os principais responsáveis pela eficiência e qualidade no sistema de saúde do país, daí a importância de uma política orçamentária no âmbito da saúde ser de caráter sério e eficiente para uma melhor prestação de serviços à população local.

## 2. O CASO DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE IRATI-PR

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) o município de Irati – PR está situado na região sudeste do Paraná, com uma população de 56.207 habitantes, contém uma área de 1000 km<sup>2</sup>, estando localizada no segundo planalto paranaense a 87 km de Ponta Grossa e a 150 km da Capital do Estado, Curitiba. Os aspectos socioeconômicos estão baseados em 41,50% serviços, 34,07% na indústria e 24,43% na agropecuária. Na figura a seguir é possível verificar a localização do município no contexto do Estado paranaense.



**Figura 01. Localização do município de Irati no Estado do Paraná. Fonte: Andrade, Aparecido Ribeiro de; Felchak, Ivo Marcelo (2009).**

Segundo dados do IBGE (2010), em levantamento estatístico sobre os estabelecimentos de saúde no território do município, o mesmo não possui nenhum estabelecimento federal, conta com 01 (um) estadual e 29 (vinte e nove) estabelecimentos de saúde municipais, ficando visivelmente destacada a importância do município com a saúde pública local, onde o município tem a maior responsabilidade perante o sistema de saúde.

Segundo dados do portal SPPERT<sup>viii</sup> (2012) o município de Irati possui 215 médicos, 57 dentistas, 33 enfermeiros, 48 auxiliares de enfermagem e 150 técnicos de enfermagem.

Na cidade de Irati está localizada a sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) o qual se constitui por 8 municípios sendo eles: Fernandes Pinheiro, Guamiranga, Imbituva, Inácio Martins, Mallet, Rebouças, Rio Azul e Teixeira Soares (ver figura a seguir).



**Figura 02. Municípios que compõem o consórcio em Irati-PR. Fonte. Secretaria de saúde do Estado do Paraná (2012).**

De acordo com a Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR, 2012) é afirmado que:

Em vários Estados brasileiros a figura dos consórcios vêm se destacando ano-a-ano nas mais variadas áreas. E através desta parceria, as cidades realizam uma gestão compartilhada dos recursos, objetivando a redução de custos e o aumento da eficiência, em especial, na área da Saúde Pública. Surge neste panorama, a figura dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, como importantes instrumentos. Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns<sup>ix</sup>.

A partir desta definição, pode-se relatar o importante papel que o consórcio intermunicipal de saúde exerce na região, tendo início com seus serviços a partir da descentralização do SUS, incentivado pelo governo para que as necessidades específicas da população pudessem ser atendidas com mais rapidez.

A iniciativa para a criação dos consórcios deu-se em meio às necessidades por parte de pacientes portadores de doenças complexas quais exigem um grau de tratamento especializado, sendo o qual oferece a realização de exames, consultas e atendimentos médicos especializados, assegurando a prestação de serviços de saúde de acordo com a realidade da população dos municípios que constituem a Associação dos Municípios do Centro Sul do Paraná (AMCESPAR) e que sejam consorciados, a fim de desenvolver uma política de saúde que seja favorável às carências existentes.

O Estado do Paraná e a secretaria estadual de saúde também conta com uma subdivisão por regiões abrangendo todo o território paranaense, esta divisão conta com 22 regionais de saúde como se pode ver na figura abaixo, sendo que a regional de saúde do



município de Irati é a de número 4.



**Figura 03. Figura das regionais de saúde do Paraná. Fonte. Secretaria de saúde do Estado do Paraná (2012).**

As regionais de saúde têm como função coordenar e fiscalizar os municípios, dando suporte para o sistema de saúde, atuando como administração das carências regionais, responsáveis por programas e distribuição de matérias como vacinas, medicamentos, aparelhos médicos, veículos, entre outros itens repassados pelo governo estadual.

As regionais de saúde proporcionam uma aproximação entre o município e o governo estadual, criando um elo de ligação tendo conhecimento de capacidade e carência de ambas as esferas, tanto municipal quanto estadual.

De acordo com pesquisa desenvolvida na secretaria de saúde do município de Irati, no qual foi possível aplicação de um questionário, pode se compreender que os repasses financeiros são feitos pelo sistema “Fundo a Fundo”. Segundo o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que é um portal do governo federal e do ministério da saúde, a transferência “Fundo a Fundo” consiste no repasse de valores, regular e automático, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS<sup>x</sup>) para os Estados e Municípios, independentemente de convênio ou instrumento similar, de acordo com as condições de gestão do beneficiário, estabelecidas na Norma Operacional Básica-NOB 01/96 e Norma Operacional da Assistência a Saúde NOAS-01/2001.

Ainda com relação ao sistema de repasse Fundo a Fundo, este destina-se ao financiamento dos programas do SUS e abrange recursos para o Piso de Atenção Básica (PAB) que consiste em recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica, tipicamente municipal (PAB fixo e PAB variável) e para os procedimentos de Média e Alta Complexidade.

O PAB fixo e PAB variável quer dizer blocos de financiamento, o PAB fixo é o bloco de atenção básica, e o PAB variável corresponde aos agentes comunitários de saúde, especificidades regionais, saúde bucal e saúde da família, (dados coletados através de pesquisa na secretaria de saúde do município).

A pesquisa de campo realizada, também possibilitou constatar que o Estado tem pouco contribuído com o município, sendo contribuições através de convênios e incentivos, o município deve aplicar 15% de sua receita bruta em impostos na área de saúde, no entanto, os dados coletados revelam que muitas vezes essa porcentagem acaba sendo ampliada para poder suprir as demandas municipais. A pesquisa constatou que recursos vindos do governo federal e estadual não são suficientes para atender a demanda, portanto, isto acaba sobrecarregando o município, fato que dificulta o atendimento à população.



**Gráfico 01. Demonstrativo de transferência de verbas à saúde pública de Irati-PR. Fonte. Datasus (2012).**

O gráfico acima mostra valores destinados em cada setor da saúde pública do município, tais valores correspondem ao período anual, neste caso pesquisado, o ano de 2012. Se dividirmos esses valores que totalizam R\$ 2.023.270,74 pelos 12 meses que compõe o ano, daria pouco mais de R\$ 168.000,00 mensais, valor que segundo a secretaria de saúde do município, não consegue atender toda a demanda municipal.

Segundo a secretaria de saúde do município, o valor aproximado para poder suprir as necessidades ficaria em torno de R\$ 500.000,00 mensais. Com tal valor seria possível aumentar as equipes de saúde da família e agentes comunitários, reestruturar a frota, aumentar a quantidade de consultas e procedimentos, bem como manter a farmácia básica abastecida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A base teórica refletida para este artigo permitiu compreender as características da política descentralizada estabelecida no Brasil pós-constituição de 1988, assim como seus reflexos na saúde pública em meio a escala de governo municipal.

Com a constituição de 1988 percebeu-se que abranger o todo territorial do país apenas pela via de políticas provenientes de iniciativas do governo federal seria difícil, desta forma, pensou-se os rumos de uma reestruturação política que proporcionasse abranger as especificidades territoriais.

A partir deste debate buscou-se compreender como vem ocorrendo a descentralização política e orçamentária no âmbito da saúde pública no município de Irati-PR. Assim sendo, para o aprofundamento da pesquisa foi estudada a realidade do município iratiense, o qual, certamente permitiu obter uma visão mais ampla das políticas públicas e do sistema de saúde

municipal, possibilitando inclusive conhecer e discutir suas carências, suas perspectivas de investimentos para com este setor público que é de extrema importância para a população em geral.

Tendo por base os resultados da pesquisa pode-se concluir que o processo de descentralização mostra-se benéfico no que se diz respeito à organização e desenvolvimento territorial, mas o caso da ementa orçamentária destinada ao setor da saúde pública ainda não é suficiente para suprir todas as necessidades existentes por parte da população.

A partir desta questão torna-se necessário uma reestruturação das políticas públicas que organizam os projetos orçamentários, não somente no município de Irati, mas em todo território nacional que vem a apresentar carência neste setor.

## REFERÊNCIAS

**ACISPAR** - Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná. Disponível em: <<http://www.acispar.com.br/Consortorios/definicao.php>>. Acesso em 28 de setembro de 2012.

AFFONSO, Rui. **A crise da federação no Brasil**, Porto Alegre, 1994, p. 321-337.

ANDRADE, Aparecido Ribeiro de; FELCHAK, Ivo Marcelo. **A POLUIÇÃO URBANA E O IMPACTO NA QUALIDADE DA ÁGUA DO RIO DAS ANTAS - IRATI/PR**. In: Revista eletrônica do curso de Geografia, campus Jataí-UFG. | Jataí-GO | n.12 | jan-jun/2009. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/index.php/geoambiente/article/viewFile/25985/14954>>. Acesso em 01 de maio de 2014. |

BOBATO, Zaqueu Luiz. **A implementação das políticas públicas territoriais na perspectiva de Arranjos Produtivos Locais: um enfoque mediante a complexidade do APL de tricot de Imbituva-Pr**. Dissertação (Mestrado em Geografia - Gestão do Território), Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2012. 200 f. Disponível em: <[http://www.bicen-tede.uepg.br/tde\\_arquivos/5/TDE-2012-05-28T140340Z-570/Publico/ZaqueuLuizBobato.pdf](http://www.bicen-tede.uepg.br/tde_arquivos/5/TDE-2012-05-28T140340Z-570/Publico/ZaqueuLuizBobato.pdf)>. Acesso em 27 de junho de 2012.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em 13 de outubro de 2010.

CATAIA, Márcio, **Federalismo brasileiro. As relações intergovernamentais analisadas a partir das transferências voluntárias (união/municípios)**. Revista Geográfica de América Central Número Especial EGAL, 2011-Costa Rica II Semestre 2011 pp. 1-16.

**DATASUS**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=03>>. Acesso em 26 de setembro de 2012.

**IBGE**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 25 de setembro de 2012.

**Lei Orgânica da Saúde**, Brasília – DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 29 de setembro de 2012.

ORTEGA, Antonio César. **Desenvolvimento territorial e descentralização da gestão pública no Brasil: limites e potencialidades dos Consórcios de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Local**. X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

PERES, Ana Maria Auler Matheus. **A descentralização da política pública do Brasil: a municipalização é mesmo o caminho? Limites e fronteiras da gestão municipal da rede de serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002. 122 f. Disponível em: <<http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=006>>. Acesso em 10 de julho de

2012.

**PORTAL SPPERT.** Disponível em: [http://www.sppert.com.br/Artigos/Brasil/Paran%c3%a1/Irati/Sa%c3%bade/Sa%c3%bade\\_em\\_Irati/](http://www.sppert.com.br/Artigos/Brasil/Paran%c3%a1/Irati/Sa%c3%bade/Sa%c3%bade_em_Irati/)>. Acesso em 25 de setembro de 2012.

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ.** Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2894>>. Acesso em 28 de setembro de 2012.

SOUZA, Celina, **Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização**. Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, São Paulo SP. PP 431 – 442.

---

<sup>i</sup> Doutorando em Geografia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Geografia “Gestão do Território” pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Graduado em Geografia (licenciatura) pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), *campus* de Irati-Pr. Professor lotado no Departamento de Geografia (DEGEO/I) da Universidade Estadual do Centro-Oeste, *campus* de Irati, Paraná.

<sup>ii</sup> Graduado em Geografia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), *campus* de Irati-Pr.

<sup>iii</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 29 de setembro de 2012.

<sup>iv</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 29 de setembro de 2012.

<sup>v</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 29 de setembro de 2012.

<sup>vi</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 29 de setembro de 2012.

<sup>vii</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 29 de setembro de 2012.

<sup>viii</sup> SPPERT – Nome dado ao portal de conteúdo estruturado de forma integrada na prestação de serviços de informações confiáveis, precisas e atualizadas nas áreas de economia, cultura, história, meio ambiente, saúde, poder público e assuntos do cotidiano em geral. Disponível em: [www.sppert.com.br](http://www.sppert.com.br)

<sup>ix</sup> Disponível em <http://www.acispar.com.br/Consortorios/definicao.php> >. Acesso em 28 de setembro de 2012.

<sup>x</sup> O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como missão "contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde".