

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE
(Modalidade à Distância)**

Aline Fernandes de Quadros

**FINANCIAMENTO PÚBLICO E GESTÃO FINANCEIRA EM SAÚDE
NAS MICRORREGIÕES DA CAMPANHA OCIDENTAL E GRAMADO-
CANELA/RS, 2008-2010**

**Itaqui/RS
2012**

Aline Fernandes de Quadros

**FINANCIAMENTO PÚBLICO E GESTÃO FINANCEIRA EM SAÚDE
NAS MICRORREGIÕES DA CAMPANHA OCIDENTAL E GRAMADO-
CANELA/RS, 2008-2010**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do Certificado de
Especialização em Gestão em Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos
Rosa**

**Itaqui/RS
2012**

Aline Fernandes de Quadros

**FINANCIAMENTO PÚBLICO E GESTÃO FINANCEIRA EM SAÚDE
NAS MICRORREGIÕES DA CAMPANHA OCIDENTAL E GRAMADO-
CANELA/RS, 2008-2010**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do Certificado de
Especialização em Gestão em Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos
Rosa**

Conceito final:

Aprovado em dede.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Escola de Administração

RESUMO

O presente estudo analisa as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela do estado do Rio Grande do Sul no período de 2008-2010. Foram utilizados dados oficiais de domínio público. As informações para construção da caracterização das microrregiões mencionadas foram encontradas no site da Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul (FEE/RS) e a fonte dos dados sobre população e área dos municípios de cada microrregião retirados no site do Ministério da Saúde na Sala de Situação em Saúde. Os dados para confecção das tabelas da seção “Apresentação dos dados e discussão” referente a cada município nos anos 2008-2010 para cálculo da média desse período foram extraídos do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Ao investigar os objetivos específicos propostos no trabalho concluímos que as duas microrregiões estudadas dependem das transferências constitucionais e legais para realização das ações e serviços de saúde; evidenciam a pequena participação das transferências do estado comparada as significativas transferências da União; que os municípios com baixa receita de imposto líquida aparecem com significativa aplicação de recursos próprios em saúde; as duas microrregiões cumpriram com o exigido pela Emenda Constitucional nº 29/2000; nas duas microrregiões o valor médio por habitante de recursos próprios da esfera municipal é aproximadamente o dobro do valor médio de recursos transferidos de outras esferas de governo e há prioridade na alocação de recursos na subfunção orçamentária Atenção Básica nas duas microrregiões em detrimento das subfunções Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição; dentre outras conclusões.

Palavras-Chave: financiamento em saúde, economia da saúde, recursos em saúde e recursos financeiros em saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
1.2	OBJETIVOS	7
1.2.1	Objetivos Gerais	7
1.2.2	Objetivos Específicos	7
2	REVISÃO TEÓRICA	8
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	12
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS MICRORREGIÕES ESTUDADAS	13
4.1.1	Volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios	16
4.1.2	Volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios	17
4.1.3	Grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000	18
4.1.4	Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental	19
4.1.5	Subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas	21
4.1.6	Comparação dos resultados obtidos na análise das microrregiões estudadas	22
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 adotou a Seguridade Social como o modelo de proteção social brasileiro formulando um novo padrão constitucional de política social. O Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela universalidade da cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação do dever do Estado, subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços, perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade e arranjo organizacional descentralizado. Na área da saúde, alterou a relação entre os níveis de governo a fim de assegurar a descentralização, estabelecendo um novo modelo de financiamento e novas regras de transferência de recursos entre os diferentes entes federativos, por intermédio dos Fundos de Saúde. Nesse modelo, as clientelas são beneficiadas independentemente de sua contribuição ao financiamento do sistema porque ele é assumido pelo conjunto da sociedade. A saúde passando a ser um direito de todos como condição de cidadania social e dever do Estado.

Toda a trajetória de modificações que sofreu a saúde no Brasil tem reflexos até hoje na nossa história e a aplicabilidade do que está na Constituição ainda se encontra em processo de construção e aquém do esperado. O sistema apresenta diversos entraves, muitos dos quais como o problema do financiamento e da gestão dos recursos procuram ser solucionados mediante regulamentações. Recentemente, houve novidades nesse sentido, como o Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011 que, além de definir as Regiões de Saúde, regulamentou a Lei Orgânica da Saúde com o intuito de fortalecer o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde.

Na etapa de decisão do tema de pesquisa do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) levantamento inicial com os alunos do curso, realizado através de Template, revelou que a grande maioria dos temas propostos não se enquadrava como problema de pesquisa para um curso de especialização de gestão em saúde. Muitos temas, ainda que válidos, não encontraram orientadores disponíveis no cronograma proposto pelo Curso. Desta forma, considerando a factibilidade para execução do TCC, sem desmerecer as propostas apresentadas, buscou-se concentrar e expandir a produção científica em uma área crítica para a gestão em

saúde: o financiamento e a gestão financeira, objetivando o incremento do processo de regionalização.

Assim, os 14 orientandos assistidos pelo Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa tiveram seus Trabalhos de Conclusão de Curso dirigidos para o tema de pesquisa **"Financiamento público da saúde em microrregiões do Rio Grande do Sul"**. O problema de investigação para todos os TCCs dessa turma foi **"Quais as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões do RS em anos recentes (2008-2010)?"**.

Considerando que o estado do Rio Grande do Sul é constituído por 496 municípios e que foi subdividido em 35 microrregiões do IBGE e como a turma estava composta por 14 alunos, cada um responsabilizou-se por analisar e contextualizar duas microrregiões, além de interpretar os dados à luz da literatura sugerida, elaborando seu TCC com base nos dados dos municípios daquela área.

Dessa forma, 28 microrregiões foram pesquisadas, sendo elas: Cachoeira do Sul, Camaquã, Campanha Central, Campanha Meridional, Campanha Ocidental, Caxias do Sul, Erechim, Frederico Westphalen, Gramado-Canela, Guaporé, Ijuí, Jaguarão, Lajeado-Estrela, Montenegro, Não-Me-Toque, Osório, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Sananduva, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santa Rosa, Santo Ângelo, Serras de Sudeste, Soledade, Três Passos e Vacaria; com o estudo abrangendo 421 municípios, foi possível analisar quase que a totalidade do estado. Sete microrregiões não foram contempladas (Carazinho, Cerro Largo, Cruz Alta, Litoral-Lagunar, Restinga Seca, Santiago e São Jerônimo) totalizando 75 municípios.

O presente trabalho analisou as microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela que elegi com preferenciais pelo fato de, no caso da primeira residir em Uruguaiana, município componente daquela microrregião, e a segunda pela curiosidade em comparar regiões com economia tão distintas. A Campanha Ocidental baseada na produção primária, centrada na pecuária extensiva e no arroz, enquanto que, Gramado-Canela com segmentos industriais de calçados e móveis, apresentando um dos setores turísticos mais estruturados do País.

Dessa forma, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sendo uma universidade pública integrada aos esforços de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pretende com o presente estudo e com o auxílio dos discentes da turma do Prof. Dr. Roger apresentar à sociedade gaúcha um panorama geral do Estado em termos de aplicação de recursos públicos em saúde. O exame

de tal questão no âmbito de nosso Estado e em microrregiões poderá constituir em contribuição importante da UFRGS.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela do RS em anos recentes (2008-2010).

1.2.2 Objetivos específicos

- Quantificar o volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios.
- Quantificar o volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios.
- Verificar o grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000.
- Determinar o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental.
- Discriminar quais subfunções orçamentárias da saúde foram mais expressivas.
- Comparar os resultados obtidos na análise das microrregiões.

2 REVISÃO TEÓRICA

A Constituição Federal de 1988 alterou o conceito de seguro social, passando para o de cobertura a todo o cidadão como forma de garantir o acesso de todos aos serviços de saúde, de aposentadoria (previdência) e de assistência social. Para assegurar o financiamento dessa mudança o texto constitucional original previa que 30% do orçamento da Seguridade Social fosse destinado à saúde. Além disso, dividiu a responsabilidade pelo financiamento com a definição das fontes e o fornecimento dos serviços de saúde entre a União, Estados, Distrito Federal e municípios, e instituiu a participação da sociedade na fiscalização do sistema.

Historicamente, desde o início do funcionamento desse novo sistema ocorre o descumprimento da destinação original dos recursos do Orçamento da Seguridade Social. No ano de 1993 houve a criação do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) e sua substituta, em 1997, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) que deveriam garantir recursos de financiamento do Ministério da Saúde. Entretanto, funcionaram como manobra para alocação de verbas para o Fundo Social de Emergência (FSE), criado em 1994, e que foi renovado em 1997, com a denominação de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, em 2000, formalizado pela Desvinculação das Receitas da União (DRU), mecanismo criado para dar liberdade na utilização das dotações orçamentárias.

Tempos depois, a incerteza quanto ao cumprimento constitucional de 30% dos recursos orçamentários destinados à saúde mobiliza a sociedade organizada para encontrar alternativas que garantissem a entrada de repasse de verbas. Após análise de diversas propostas, no ano 2000, ocorre a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 que determina a vinculação e estabelece a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde (CAMPELLI;CALVO,2007). Após 11 anos de espera, em 13/01/2012 foi sancionada pela Presidente da República Dilma Rousseff, a Lei Complementar 141/2012 que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29.

Na seqüência da aprovação da EC 29/2000, três anos depois, e como bem expõe Ladeira (2010),

“Enquanto se aguarda a Lei Complementar à EC 29, o Conselho Nacional de Saúde consegue a aprovação ministerial para a Resolução 322/2003. A chamada

“322” detalha a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, quais os percentuais e montantes mínimos de vinculação a serem alcançados ano a ano pelos Estados e municípios, e define o que são e não são ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para alocação das receitas públicas. Deixa claro, por exemplo, que não são ASPS o pagamento de aposentadorias e pensões, a merenda escolar, a limpeza urbana e o saneamento básico, entre outros utilizados pelos gestores estaduais e municipais para completarem as cotas percentuais mínimas, respectivamente, de 12% e 15%.”

Já em março de 2006, após três anos de discussões e negociações o Ministério da Saúde efetiva a criação do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto que define a forma de transferência dos recursos federais para custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento como forma de reduzir as desigualdades macrorregionais e interestaduais. Com a alteração o financiamento do SUS ficou concentrado em cinco blocos: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

Em junho de 2011, foi promulgado o Decreto 7.508/2011 que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Resumidamente, e sobre alguns aspectos, o referido decreto menciona que as ações e serviços de saúde pactuados entre os entes federativos, através das Comissões Intergestores, deverão ser realizados mediante o Contrato Organizativo de Ação Pública, documento estruturado em metas, definição de indicadores nacionais com o estabelecimento de critérios para avaliação e monitoramento. É o momento em que as comissões decidem conjuntamente os rumos do desenvolvimento da saúde em cada região fixando responsabilidades sanitárias entre os entes federativos, essencial para o estabelecimento de mecanismos de relacionamento intermunicipal necessários ao processo de gestão descentralizada que exige muitas negociações. Sem dúvidas, o decreto define e esclarece alguns pontos decisivos para a estrutura organizativa, visando serviços de saúde que cumpram com os princípios do SUS. Em contrapartida, mantêm pontos nebulosos, como transparência e funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, necessitando maior reflexão.

No tocante as políticas públicas em saúde, ao longo desses 20 anos, alguns instrumentos normativos de assistência à saúde foram editados com o intuito de solucionar ou pelo menos minimizar as dificuldades que surgiram. A Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB – SUS 96) dirigida para a reorganização do modelo de oferta de serviços, voltada para a expansão do SUS para todos os

municípios. Quando passou a vigorar, a partir de 1997, a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública apresentou mudança qualitativa, focalizando a Atenção Básica como prioridade, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências. A partir de então foram enfatizados pelo Ministério da Saúde como estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

A NOAS/2001 (Norma Operacional da Assistência em Saúde), criada em 2001, teve como princípio promover modificações importantes nas relações entre os gestores do SUS (estaduais e municipais), em busca da “regionalização da saúde”, acentuando o uso dos incentivos financeiros na qualidade de determinantes da política de saúde, destacando a Média e Alta Complexidade nesse processo.

A NOAS/2002 foi instituída com o objetivo de garantir a oferta de todos os serviços, auxiliar no processo de aglutinação dos municípios vizinhos em sistemas microrregionais de saúde, acentuar a importância do aumento da capacidade gerencial dos municípios e resgatar o papel das Secretarias Estaduais de Saúde enfraquecidas desde a publicação da NOB-SUS 96. A partir de então é que ocorre o movimento mais efetivo de regionalização das ações em saúde, que entende como estratégica a hierarquização dos serviços de saúde e a busca de maior equidade e utiliza como instrumentos para sua implementação o Plano Diretor de Regionalização (PDR) juntamente com a Programação Pactuada e Integrada (PPI) sendo as Secretarias Estaduais de Saúde responsáveis pela operacionalização do 1º e coordenação do 2º.

Paralelamente, a partir de 2002, ocorrem as principais mudanças no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) em atendimento à EC-29/2000. Tal sistema foi implantado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério Público Federal em 1999 quando surgiu com o objetivo de subsidiar o planejamento, a gestão, a avaliação e o controle social do financiamento e do gasto público em saúde nas três esferas de governo. Através da formação e manutenção de um banco de dados referente a despesas e receita com ações e serviços de saúde torna-se mais tarde instrumento de avaliação para o cumprimento da EC-29/2000, para os municípios, conforme a Portaria nº 91/GM/MS, de 10 de janeiro de 2007. Com a NOAS/2002, o preenchimento do SIOPS passou a ser requisito para a

habilitação dos municípios em diversos programas e também para habilitação à Gestão Plena do Sistema ou na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

Assim, podemos observar que o complexo processo saúde-doença depende de inúmeros fatores. Processos estes que carecem de melhorias contínuas, desde as práticas assistenciais e gerenciais tanto quanto de aspectos econômicos e socioculturais, fato que torna a saúde um dos campos em que a gestão é mais complexa. A gestão é importante para que os serviços de saúde estejam de fato à altura de responder às demandas e às necessidades de saúde dos indivíduos. Fundamental adotarmos posturas mais profissionalizadas. (CARVALHO, BARBOSA, 2010, pg. 9)

Por este motivo é que a gestão pública passou a ter uma função organizacional, de revisão, avaliação, planejamento e controle do sistema de saúde. Fazer gestão significa ter foco em resultados, considerando objetivos e metas pré-estabelecidas. Fazemos gestão para identificarmos problemas e elegermos os prioritários, e fazemos isso por economia de tempo, dinheiro (...). (CARVALHO, BARBOSA, 2010, pg. 15 e 18) Dessa forma, assumir a gestão significa apropriar-se do comando do sistema. (CARVALHO, BARBOSA, 2010, pg. 62)

Enfim, o sistema de saúde adotado é um processo em construção, ou seja, dinâmico, ainda em curso e chamado a dar resposta efetiva aos desafios sanitários do País e, como tal, necessita ser constantemente avaliado e reestruturado para não fracassar, ainda mais quando envolvem assuntos de extrema importância como financiamento e divisão de responsabilidade, que definem o comprometimento com a manutenção das ações e serviços de saúde. Assim, as definições legais constituem importante mecanismo de garantia dos recursos para a saúde, sendo necessário o cumprimento das exigências que devem ser monitoradas e avaliadas para garantir tais recursos.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este é um estudo descritivo com metodologia de trabalho baseada na extração, compilação e tabulação de dados de domínio público da Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde e do SIOPS (Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde). A utilização desta última também é um compromisso da pós-graduação "lato sensu" (especialização) por ser uma base de dados gigantesca, disponível a todos os gestores de saúde, de riquíssimo potencial como instrumento de trabalho de gestão, mas pouco conhecida e menos ainda utilizada, propondo a disseminação de conhecimento amplamente disponível, porém não sistematizado.

Dessa forma, para a elaboração da tabela 1, a fonte dos dados de população e de área em Km² foi a “Sala de Situação em Saúde” do Ministério da Saúde no site (<http://189.28.128.178/sage/>), nas abas “Socioeconômico/Demográfico” e “Socioeconômico/Territorial”, tendo sido pesquisado cada município das microrregiões e os valores transferidos para a tabela. Além destes foram encontradas informações para construção da caracterização das microrregiões mencionadas no site <http://fee.tche.br> da Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul (FEE/RS) e Plano Estadual de Saúde/Rio Grande do Sul.

Para construção das tabelas 2 a 7 foram extraídos dados do SIOPS (Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde), localizado no endereço eletrônico: <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php>. O acesso exibe a tela com o título “Demonstrativo de Despesa com Saúde, conforme o anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária/RRO”. Na seqüência foram realizados os seguintes passos:

- no box “Ano” clicar em 2010 (aguardar atualização da tela);
- no box “Período” clicar em “Anual” (aguardar atualização da tela);
- no box “UF” clicar em “Rio Grande do Sul” (aguardar atualização da tela);
- no box “Município” clicar no município a estudar;
- clicar no botão “Consultar”, aguardando será exibida a seguinte tela com o título “Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal”. Os dados solicitados em cada seção do TCC foram transcritos para uma planilha auxiliar.

Os passos anteriores foram repetidos no ano “2009” e ano “2008” para todos os municípios da microrregião da Campanha Ocidental e Gramado-Canela para, assim, calcular a média do triênio 2008-2010. Possuindo esses valores conseguimos montar as tabelas 2 a 7, correspondente ao solicitado pelo seu enunciado.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização das microrregiões estudadas

O estudo para analisar as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela do RS em anos recentes (2008-2010) inicia com a descrição das microrregiões envolvidas auxiliada por tabelas que facilitam a visualização dos dados.

A microrregião da Campanha Ocidental composta por dez municípios, possui população total de 364.249 habitantes e, neste território, a cidade de Garruchos apresenta 3.234 habitantes - menor população e Uruguaiana com maior população contabiliza 125.435 habitantes. Esta última é a principal cidade da região e está distante 565,12 Km de Porto Alegre, capital do Estado. A Campanha Ocidental possui uma extensão territorial de 31.125 Km² sendo Garruchos a cidade de menor extensão com 799,85 Km² e Alegrete com maior área, 7.803,99 Km². A microrregião apresenta a mais baixa densidade demográfica do Estado e a maior concentração fundiária, em virtude da predominância de grandes propriedades rurais, acompanhada de uma produção basicamente primária, centrada na pecuária extensiva e no arroz. Assim, caracteriza-se por apresentar uma estrutura urbana esparsa com grandes vazios demográficos, sem cidades de maior porte. A fruticultura, especialmente a vitivinicultura, aparece como atividade em expansão.

A microrregião Gramado-Canela é composta por quinze municípios e possui uma população total de 296.581 habitantes. A cidade de Presidente Lucena apresenta 2.484 habitantes – menor população e Taquara, que compõe a região metropolitana de Porto Alegre, com maior população, contabilizando 54.646 habitantes. A microrregião possui uma extensão territorial de 2.620,48 Km². Lindolfo Collor aparece com menor área medindo 32,99 Km² e Taquara 457,86 Km² com maior extensão consta como sendo a principal cidade da região distante 72 Km da capital do Estado. Predominam como principais atividades econômicas os segmentos industriais de calçados e móveis. Apresenta, ainda, um dos setores turísticos mais estruturados do País com grande quantidade de atrativos,

constituindo uma base econômica diversificada e estruturada, menos vulnerável a crises setoriais.

Quanto aos indicadores de saúde, o perfil de morbimortalidade das microrregiões estudadas não difere do verificado no estado e restante do país. O levantamento dos óbitos nas microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela no período de 2008-2010 apontou três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas (acidentes e violência). As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), que abrangem as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e causas externas, têm se caracterizado como relevante problema de saúde pública, principalmente por sua alta e crescente morbimortalidade, por suas interferências na qualidade de vida e pelo seu impacto na economia global.

No período 2008-2010, a rede hospitalar instalada nas microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela não se alterou, sendo que a primeira contabiliza seis hospitais e a segunda onze estabelecimentos. O quantitativo de leitos sofreu pequenas flutuações no período de 2008-2010 nas microrregiões estudadas com valores entre 1,84 leitos por mil habitantes na Campanha Ocidental e 2,88 leitos por mil habitantes para microrregião Gramado-Canela.

Tabela 1 - População e área em Km² segundo municípios das microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela, RS, 2010.

	População (hab.)	Área em Km²
Microrregião da Campanha Ocidental		
Alegrete	77.653	7.803,99
Barra do Quaraí	4.012	1.056,15
Garruchos	3.234	799,85
Itaqui	38.159	3.404,05
Maçambará	4.738	1.682,83
Manoel Viana	7.072	1.390,70
Quaraí	23.021	3.147,65
São Borja	61.671	3.616,04
São Francisco de Assis	19.254	2.508,46
Uruguaiana	125.435	5.715,79
Total	364.249	31.125,51
Microrregião Gramado-Canela		
Canela	39.229	253,77
Dois Irmãos	27.572	65,16
Gramado	32.273	237,83
Igrejinha	31.660	135,86
Ivoti	19.874	63,15
Lindolfo Collor	5.227	32,99
Morro Reuter	5.676	87,64

(continua)

	População (hab.)	Área em Km ²
Microrregião Gramado-Canela		
Nova Petrópolis	19.045	291,30
Picada Café	5.182	85,15
Presidente Lucena	2.484	49,43
Riozinho	4.330	239,56
Rolante	19.485	295,64
Santa Maria do Herval	6.053	139,60
Taquara	54.643	457,86
Três Coroas	23.848	185,54
Total	296.581	2.620,48

Fonte: Sala de Situação em Saúde/Ministério da Saúde.

A tabela 2 revela que as microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela dependem das transferências constitucionais e legais, a primeira em maior grau (83,7%) e a segunda em menor grau (74,8%), além de municípios com receitas líquidas pouco expressivas por representarem municípios de pequeno porte com baixa capacidade fiscal.

Tabela 2 - Receitas municipais das microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

Microrregião	Receitas de Impostos Líquidas		Receitas de Transferências Constitucionais e Legais		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Campanha Ocidental						
Alegrete	12.084.292,69	19,6	49.278.989,79	80,3	61.363.282,48	100,0
Barra do Quaraí	673.484,39	7,5	8.298.856,04	92,4	8.972.340,43	100,0
Garruchos	361.151,11	4,3	8.041.476,23	95,7	8.402.627,34	100,0
Itaqui	3.958.853,12	10,9	32.143.578,02	89,0	36.102.431,14	100,0
Maçambará	623.844,55	6,4	9.117.896,03	93,6	9.741.740,58	100,0
Manoel Viana	669.883,30	7,5	8.227.057,10	92,4	8.896.940,40	100,0
Quaraí	1.331.143,64	7,2	16.940.937,48	92,7	18.272.081,12	100,0
São Borja	8.002.566,75	16,1	41.666.922,80	83,8	49.669.489,55	100,0
São Fco. de Assis	1.951.028,30	10,8	16.077.316,41	89,1	18.028.344,71	100,0
Uruguaiana	20.154.328,98	22,9	67.618.095,58	77,0	87.772.424,56	100,0
Total	49.810.576,83	16,2	257.411.125,48	83,7	307.221.702,31	100,0
Gramado-Canela						
Canela	14.088.826,65	39,9	21.198.609,37	60,0	35.287.436,02	100,0
Dois Irmãos	6.230.587,84	23,2	20.537.322,77	76,7	26.767.910,61	100,0
Gramado	26.175.456,40	51,0	25.084.888,31	48,9	51.260.344,71	100,0
Igrejinha	5.756.146,67	17,1	27.847.235,33	82,8	33.603.382,00	100,0
Ivoti	4.446.137,21	20,4	17.291.398,70	79,5	21.737.535,91	100,0
Lindolfo Collor	317.910,89	4,5	6.673.905,21	95,4	6.991.816,10	100,0
Morro Reuter	894.985,12	11,9	6.621.543,77	88,0	7.516.528,89	100,0
Nova Petrópolis	4.535.845,80	20,4	17.602.791,97	79,5	22.138.637,77	100,0

(continua)

Microrregião	Receitas de Impostos Líquidas		Receitas de Transferências Constitucionais e Legais		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Campanha Gramado-Canela						
Picada Café	1.607.757,53	15,4	8.799.297,67	84,5	10.407.055,20	100,0
Presidente Lucena	202.920,70	3,4	5.667.273,64	96,5	5.870.194,34	100,0
Riozinho	366.050,06	5,6	6.167.336,34	94,4	6.533.386,40	100,0
Rolante	1.479.411,71	9,3	14.370.767,79	90,6	15.850.179,50	100,0
Santa Maria do Herval	543.818,16	7,4	6.767.086,50	92,5	7.310.904,66	100,0
Taquara	8.871.511,39	24,1	27.847.517,49	75,8	36.719.028,88	100,0
Três Coroas	2.854.773,69	11,9	21.094.675,42	88,0	23.949.449,11	100,0
Total	78.372.139,82	25,1	233.571.650,28	74,8	311.943.790,10	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

4.1.1 Volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios.

Constatamos, mediante análise da tabela 3, que as transferências realizadas pela União são significativas no contexto das microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela, representando 80,4% e 80,8%, respectivamente. Além disso, os dados revelam pequena participação nas transferências do estado, confirmando o mencionado pelo autor VAZQUEZ (2011) que diz "(.....) os governos estaduais são aqueles que menos contribuem para o financiamento da saúde."

Tabela 3 - Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde para os municípios, microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

	Transferências da União para o SUS		Transferências do Estado para o SUS		Outras transferências para o SUS		Total de transferência de recursos para o SUS	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Campanha Ocidental								
Alegrete	4.627.947,75	73,6	1.106.746,16	17,6	547.333,55	8,71	6.282.027,46	100,0
Barra do Quaraí	256.483,76	89,6	14.124,86	4,94	15.402,26	5,38	286.010,88	100,0
Garruchos	369.826,89	82,4	55.698,14	12,4	22.973,01	5,12	448.498,04	100,0
Itaqui	1.806.533,70	89,5	162.832,01	8,07	47.406,04	2,35	2.016.771,75	100,0
Maçambará	176.015,82	78,7	47.500,00	21,2	0,00	0,00	223.515,82	100,0
Manoel Viana	470.116,85	76,4	145.224,17	23,6	0,00	0,00	615.341,02	100,0
Quaraí	1.451.782,59	74,4	493.342,34	25,3	3.883,27	0,20	1.949.008,20	100,0
São Borja	5.115.856,61	95,4	197.209,51	3,68	47.545,55	0,89	5.360.611,67	100,0

(continua)

	Transferências da União para o SUS		Transferências do Estado para o SUS		Outras transferências para o SUS		Total de transferência de recursos para o SUS	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Campanha Ocidental								
São Fco. de Assis	1.117.976,83	77,5	291.579,29	20,2	31.670,55	2,20	1.441.226,67	100,0
Uruguaiana	5.980.389,30	75,2	1.674.528,89	21,0	290.341,17	3,65	7.945.259,36	100,0
Total	21.372.930,10	80,4	4.188.785,37	15,7	1.006.555,40	3,79	26.568.270,87	100,0
Gramado-Canela								
Canela	5.754.977,15	93,1	407.865,90	6,60	17.283,66	0,28	6.180.126,71	100,0
Dois Irmãos	1.009.027,34	74,9	325.343,14	24,1	12.747,82	0,95	1.347.118,14	100,0
Gramado	840.087,47	69,8	298.912,42	24,8	63.088,19	5,25	1.202.088,08	100,0
Igrejinha	1.470.117,46	82,4	290.083,33	16,2	22.278,47	1,25	1.782.479,26	100,0
Ivoti	600.404,54	86,6	81.977,30	11,8	10.387,33	1,50	692.769,17	100,0
Lindolfo Collor	292.134,29	80,7	66.874,01	18,4	2.657,78	0,73	361.666,08	100,0
Morro Reuter	413.612,82	69,2	169.982,34	28,4	13.764,98	2,30	597.360,14	100,0
Nova Petrópolis	1.630.556,58	77,5	446.802,39	21,2	26.378,37	1,25	2.103.737,34	100,0
Picada Café	437.303,99	73,5	152.868,03	25,7	4.680,68	0,79	594.852,70	100,0
Presidente Lucena	58.290,49	40,0	84.066,44	57,7	3.298,66	2,26	145.655,59	100,0
Riozinho	479.358,75	72,2	130.122,20	19,6	54.339,99	8,19	663.820,94	100,0
Rolante	1.475.496,41	83,0	276.197,22	15,5	24.675,07	1,39	1.776.368,70	100,0
Santa Maria do Herval	497.459,71	52,0	222.404,87	23,2	235.921,34	24,6	955.785,92	100,0
Taquara	2.702.895,01	78,8	723.235,69	21,0	2.491,10	0,07	3.428.621,80	100,0
Três Coroas	941.919,99	79,3	161.658,39	13,6	83.741,16	7,05	1.187.319,54	100,0
Total	18.603.642,00	80,8	3.838.393,67	16,6	577.734,60	2,51	23.019.770,27	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

4.1.2 Volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios.

As microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela dependem das transferências para a realização das ações e serviços de saúde porque, segundo os dados da tabela 4, os recursos próprios aplicados em saúde representam 63,5% e 67,9%, respectivamente. Cabe salientar que, analisando os dados separadamente, constatamos que os municípios da Barra do Quaraí, Garruchos e Manoel Viana pertencentes à microrregião da Campanha Ocidental aparecem com maior aplicação em saúde através de recursos próprios, mesmo figurando entre os que possuem menor receita líquida desta localidade. O mesmo ocorre na microrregião Gramado-Canela com o município de Presidente Lucena que, apesar de apresentar menor

receita líquida, aparece como segunda cidade com maior recurso próprio aplicado em saúde.

Tabela 4 - Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde, municípios das microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

Microrregião	Recursos próprios aplicados em saúde		Recursos transferidos para a saúde		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Campanha Ocidental						
Alegrete	12.747.292,11	65,6	6.672.027,58	34,3	19.419.319,69	100,0
Barra do Quaraí	1.549.849,10	88,9	192.756,55	11,0	1.742.605,65	100,0
Garruchos	1.542.234,55	78,6	418.607,14	21,3	1.960.841,69	100,0
Itaqui	5.542.340,54	70,0	2.370.611,89	29,9	7.912.952,43	100,0
Maçambará	1.381.040,89	65,8	716.410,82	34,1	2.097.451,71	100,0
Manoel Viana	1.578.691,47	70,1	672.437,69	29,8	2.251.129,16	100,0
Quaraí	2.718.860,26	45,6	3.242.406,23	54,3	5.961.266,49	100,0
São Borja	10.064.313,00	60,5	6.562.723,97	39,4	16.627.036,97	100,0
São Francisco de Assis	1.819.585,40	42,7	2.437.657,48	57,2	4.257.242,88	100,0
Uruguaiana	16.593.986,47	66,0	8.529.995,25	33,9	25.123.981,72	100,0
Total	55.538.193,79	63,5	31.815.634,60	36,4	87.353.828,39	100,0
Gramado-Canela						
Canela	7.097.941,42	54,7	5.870.180,95	45,2	12.968.122,37	100,0
Dois Irmãos	6.550.695,77	69,6	2.855.662,65	30,3	9.406.358,42	100,0
Gramado	8.538.717,30	87,6	1.204.834,76	12,3	9.743.552,06	100,0
Igrejinha	6.762.429,11	76,7	2.053.454,31	23,2	8.815.883,42	100,0
Ivoti	3.576.151,72	84,6	647.922,02	15,3	4.224.073,74	100,0
Lindolfo Collor	1.518.443,87	75,4	494.004,62	24,5	2.012.448,49	100,0
Morro Reuter	1.584.407,13	69,1	707.904,61	30,8	2.292.311,74	100,0
Nova Petrópolis	3.626.722,46	65,9	1.868.840,18	34,0	5.495.562,64	100,0
Picada Café	1.864.427,24	73,6	666.611,06	26,3	2.531.038,30	100,0
Presidente	982.369,00	87,2	143.406,29	12,7	1.125.775,29	100,0
Lucena						
Riozinho	1.167.195,22	67,0	574.382,34	32,9	1.741.577,56	100,0
Rolante	3.207.558,89	66,3	1.625.868,69	33,6	4.833.427,58	100,0
Santa Maria do Herval	1.505.754,03	63,4	866.350,58	36,5	2.372.104,61	100,0
Taquara	4.702.252,56	42,9	6.245.687,86	57,0	10.947.940,42	100,0
Três Coroas	4.436.606,78	80,5	1.069.906,60	19,4	5.506.513,38	100,0
Total	57.121.672,50	67,9	26.895.017,52	32,0	84.016.690,02	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

4.1.3 Grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000.

As microrregiões estudadas revelam, através dos dados apresentados na tabela 5, que no período de 2008-2010 cumpriram o exigido pela Emenda Constitucional nº 29/2000. Avaliando os dados de forma isolada percebemos que na

microrregião da Campanha Ocidental três municípios não alcançam o valor estabelecido para aplicação dos recursos próprios em saúde, sendo eles: São Francisco de Assis (10,0%), Maçambará (14,1%) e Quaraí (14,8%). Talvez o fato seja explicado por se tratar de municípios com menores receitas de impostos líquidas. Já na microrregião Gramado-Canela, surpreende o fato da cidade de Taquara ser o único município que não cumpriu com o percentual de aplicação exigido pela EC nº 29/2000 visto que é um dos principais municípios da região e ocupa o terceiro lugar de maior receita de impostos líquida.

Tabela 5 - Recursos próprios aplicados em saúde, municípios das microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

Microrregião	Valores médios de 2008 a 2010 em R\$ dos recursos próprios aplicados em saúde (R\$ e %)	Base de cálculo (R\$)	% da primeira coluna sobre a segunda
Campanha Ocidental			
Alegrete	12.747.292,11	61.363.282,48	20,7
Barra do Quaraí	1.549.849,10	8.972.340,43	17,2
Garruchos	1.542.234,55	8.402.627,34	18,3
Itaqui	5.542.340,54	36.102.431,14	15,3
Maçambará	1.381.040,89	9.741.740,58	14,1
Manoel Viana	1.578.691,47	8.896.940,40	17,7
Quaraí	2.718.860,26	18.272.081,12	14,8
São Borja	10.064.313,00	49.669.489,55	20,2
São Francisco de Assis	1.819.585,40	18.028.344,71	10,0
Uruguaiana	16.593.986,47	87.772.424,56	18,9
Total	55.538.193,79	307.221.702,31	18,0
Gramado-Canela			
Canela	7.097.941,42	35.287.436,02	20,1
Dois Irmãos	6.550.695,77	26.767.910,61	24,4
Gramado	8.538.717,30	51.260.344,71	16,6
Igrejinha	6.762.429,11	33.603.382,00	20,1
Ivoti	3.576.151,72	21.737.535,91	16,4
Lindolfo Collor	1.518.443,87	6.991.816,10	21,7
Morro Reuter	1.584.407,13	7.516.528,89	21,0
Nova Petrópolis	3.626.722,46	22.138.637,77	16,3
Picada Café	1.864.427,24	10.407.055,20	17,9
Presidente Lucena	982.369,00	5.870.194,34	16,7
Riozinho	1.167.195,22	6.533.386,40	17,8
Rolante	3.207.558,89	15.850.179,50	20,2
Santa Maria do Herval	1.505.754,03	7.310.904,66	20,6
Taquara	4.702.252,56	36.719.028,88	12,8
Três Coroas	4.436.606,78	23.949.449,11	18,5
Total	57.121.672,50	311.943.790,10	18,3

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

4.1.4 Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental

A tabela 6 nos mostra que a microrregião da Campanha Ocidental teve um gasto público em saúde por habitante (R\$ 239,82) inferior à microrregião Gramado-Canela (R\$ 283,28). Nas duas microrregiões o valor médio por habitante de recursos próprios da esfera municipal é aproximadamente o dobro do valor médio por habitante de recursos transferidos de outras esferas de governo.

Dados analisados em separado revelam que os municípios de São Francisco de Assis e Quaraí (microrregião da Campanha Ocidental) e Taquara (microrregião Gramado-Canela) apresentam valor médio por habitante de recursos próprios da esfera municipal inferior ao valor médio de recursos transferidos de outras esferas de governo demonstrando que dependem mais dos recursos transferidos. Além disso, os dados confirmam os verificados na tabela 4 aonde os referidos municípios aparecem, respectivamente, com 42,7%, 45,6% e 42,9% de recursos próprios aplicados em saúde. Cabe salientar que os municípios de São Francisco de Assis e Quaraí figuram entre as cidades que possuem menor receita de impostos líquida correspondente a 10,8% e 7,2%, diferentemente de Taquara que aparece como terceiro município com maior receita de imposto líquida (24,1%) da microrregião Gramado-Canela, de acordo com a tabela 2.

Tabela 6 - Gasto público em saúde por habitante segundo esfera de governo, municípios das microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

Microrregião	Valor médio em R\$ por habitante de recursos próprios da esfera municipal	Valor médio em R\$ de recursos transferidos de outras esferas de governo	Total em R\$
Campanha Ocidental			
Alegrete	164,16	85,92	250,08
Barra do Quaraí	386,30	48,05	434,35
Garruchos	476,88	129,44	606,32
Itaqui	145,24	62,12	207,36
Maçambará	291,48	151,20	442,68
Manoel Viana	223,23	95,08	318,31
Quaraí	118,10	140,84	258,94
São Borja	163,19	106,41	269,60
São Francisco de Assis	94,50	126,60	221,10
Uruguaiana	132,29	68,00	200,29
Gasto per capita médio em R\$	152,47	87,35	239,82
Gramado-Canela			
Canela	180,94	149,64	330,58
Dois Irmãos	237,58	103,57	341,15
Gramado	264,58	37,33	301,91
Igrejinha	213,59	64,86	278,45

(continua)

Microrregião	Valor médio em R\$ por habitante de recursos próprios da esfera municipal	Valor médio em R\$ de recursos transferidos de outras esferas de governo	Total em R\$
Campanha Ocidental			
Ivoti	179,94	32,60	212,54
Lindolfo Collor	290,50	94,51	385,01
Morro Reuter	279,14	124,72	403,86
Nova Petrópolis	190,43	98,13	288,56
Picada Café	359,79	128,64	488,43
Presidente Lucena	395,48	57,73	453,21
Riozinho	269,56	132,65	402,21
Rolante	164,62	83,44	248,06
Santa Maria do Herval	248,76	143,13	391,89
Taquara	86,05	114,30	200,35
Três Coroas	186,04	44,86	230,90
Gasto per capita médio em R\$	192,60	90,68	283,28

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

4.1.5 Subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas

Analisando os dados verificamos que na microrregião da Campanha Ocidental a Atenção Básica aparece como subfunção orçamentária de maior gasto público com valor per capita de R\$ 126,85, em segundo lugar Outras funções com valor de R\$ 91,37 e Assistência Hospitalar e Ambulatorial com R\$ 14,29, em terceiro lugar. Surpreende o valor per capita aplicado nesta última subfunção tendo em vista que na referida microrregião, dos dez municípios que a compõe, quatro não possuem hospital, revelando a falta de investimento neste setor.

Na microrregião Gramado-Canela são três as subfunções orçamentárias com maior gasto público, a saber: Atenção Básica com valor per capita de R\$ 140,20, Assistência Hospitalar e Ambulatorial com valor de R\$ 70,07 e Outras funções com R\$ 60,34.

Constata-se a falta de prioridade na alocação de recursos nas subfunções orçamentárias Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição que somadas alcançam o valor per capita de R\$ 7,32 e R\$ 12,68 para a microrregião da Campanha Ocidental e Gramado-Canela, respectivamente.

Tabela 7 - Gasto público em saúde por subfunção orçamentária, municípios das microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

	Atenção Básica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Suporte Profilático e Terapêutico	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	Outras Subfunções
Campanha Ocidental							
Alegrete	3.196.401,18	4.257.995,15	269.496,05	102.473,36	193.828,07	0,00	11.399.125,62
Barra do Quaraí	1.617.362,98	83.763,38	0,00	3.632,72	16.649,21	0,00	21.197,36
Garruchos	1.593.085,29	263.202,10	0,00	104,82	18.642,94	0,00	85.806,54
Itaqui	2.301.958,90	64.298,07	81.874,38	29.345,02	81.632,25	0,00	5.353.843,54
Maçambará	2.056.722,89	311,65	0,00	9.122,82	0,00	31.294,36	0,00
Manoel Viana	2.190.840,63	18.589,69	0,00	2.340,57	39.358,26	0,00	0,00
Quaraí	5.649.343,74	102.312,22	146.322,15	2.902,76	60.385,62	0,00	0,00
São Borja	6.228.769,71	242.653,73	557.693,47	78.232,60	395.981,90	0,00	9.123.705,57
São Fco. de Assis	4.194.273,31	17.991,51	0,00	7.845,62	29.742,17	0,00	7.390,27
Uruguaiana	17.175.337,53	154.388,31	0,00	29.012,24	310.513,12	165.466,90	7.289.263,37
Total	46.204.096,16	5.205.505,81	1.055.386,05	265.012,53	1.146.733,54	196.761,26	33.280.332,27
Valor per capita	126,85	14,29	2,90	0,73	3,15	0,54	91,37
Gramado-Canela							
Canela	2.967.248,53	4.572.861,02	563.146,10	19.690,46	77.964,61	0,00	4.767.211,64
Dois Irmãos	1.087.960,21	4.615.232,31	0,00	14.317,91	123.347,31	0,00	3.565.500,68
Gramado	817.611,00	6.694.448,82	0,00	23.424,58	135.136,71	33.660,40	2.039.270,55
Igrejinha	3.136.349,48	974.401,03	260.743,87	5.444,23	0,00	0,00	4.438.944,82
Ivoti	4.182.290,09	0,00	0,00	4.632,21	37.151,44	0,00	0,00
Lindolfo Collor	2.012.422,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Morro Reuter	2.255.329,19	7.846,78	0,00	9.124,50	13.080,13	0,00	6.931,15
Nova Petrópolis	4.189.638,15	507.589,49	263.901,59	10.644,54	18.615,92	0,00	505.172,94
Picada Café	2.507.642,13	0,00	0,00	9.860,87	13.535,30	0,00	0,00
Presidente Lucena	385.952,06	570.948,12	39.617,87	6.814,80	14.345,86	0,00	108.096,58
Riozinho	1.096.888,24	234.871,56	37.618,53	6.268,34	73.914,28	782,80	291.233,81
Rolante	3.229.653,45	1.324.757,98	0,00	49.534,97	122.785,40	0,00	106.695,77
Sta. Maria do Herval	2.174.158,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	197.945,71
Taquara	6.539.085,16	1.232.364,32	807.855,89	158.292,23	342.564,61	0,00	1.867.778,21
Três Coroas	4.998.746,98	46.577,92	420.036,80	8.521,58	32.630,11	0,00	0,00
Total	41.580.975,66	20.781.899,35	2.392.920,65	326.571,22	1.005.071,68	34.443,20	17.894.781,86
Valor per capita	140,20	70,07	8,07	1,10	3,39	0,12	60,34

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

4.1.6 Comparar os resultados obtidos na análise das duas microrregiões

A tabela 8 revela que as microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela possuem semelhanças quanto ao: Valor Total de Recursos Municipais, Valor Total de Transferências do SUS para os municípios, Valor Total de Recursos

próprios e transferidos aplicados em saúde, no Grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 e em ambas as microrregiões constata-se a falta de prioridade na alocação de recursos nas subfunções Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição. Cabe salientar que as duas microrregiões, no triênio 2008-2010, aplicaram Recursos Transferidos para a Saúde, subitem do item Recursos Próprios e Transferidos aplicados em Saúde, valor acima do Total das Transferências do SUS para os municípios – tabela 3, indicando possível falta de planejamento no processo de gestão desses recursos.

Suas diferenças reforçam ou nos remetem a suas particularidades. Gramado-Canela possui cinco municípios a mais em sua microrregião, mas em contrapartida apresenta menor população.

A Campanha Ocidental com extensão de área muito maior confirma concentração fundiária pela predominância de grandes propriedades rurais com economia essencialmente baseada na produção primária. Apesar das microrregiões possuírem aproximado Valor Total de Receitas Municipais, analisando as Receitas de Impostos Líquidas que a constituem percebemos diferenças nos valores. A Campanha Ocidental sabidamente nos últimos anos vem sofrendo com a influência do clima em sua economia, centrada na pecuária e no arroz, afetando negativamente sua Receita de Impostos Líquida, provavelmente justificando a diferença de valores comparada com Gramado-Canela que apresenta uma base econômica diversificada e estruturada, tornando-se menos vulnerável a crises setoriais.

Outro dado importante mostra que o gasto público em saúde por subfunção orçamentária revela que na microrregião da Campanha Ocidental a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial ocupa o terceiro lugar como a de maior gasto público apesar de, nesta microrregião, quatro municípios possuírem hospital dos dez que a compõe, fato preocupante por ser uma região caracterizada pela estrutura urbana esparsa com grandes vazios demográficos.

Tabela 8 – Comparação dos resultados obtidos na análise das microrregiões estudadas

MICRORREGIÃO	CAMPANHA OCIDENTAL		GRAMADO-CANELA	
CARACTERÍSTICAS				
N° de municípios		10		15
População		364.249		296.581
Área em Km ²		31.125,51		2.620,48
RECEITAS MUNICIPAIS				
Receitas de Impostos Líquidas	R\$ 49.810.576,83	16,2%	R\$ 78.372.139,82	25,1%
Receitas de Transferências Constitucionais e Legais	R\$ 257.411.125,48	83,7%	R\$ 233.571.650,28	74,8%
Total	R\$ 307.221.702,31	100,0%	R\$ 311.943.790,10	100,0%
TRANSFERÊNCIAS DO SUS PARA OS MUNICÍPIOS				
Transferências da União p/ o SUS	R\$ 21.372.930,10	80,4%	R\$ 18.603.642,00	80,8%
Transferências do Estado p/ o SUS	R\$ 4.188.785,37	15,7%	R\$ 3.838.393,67	16,6%
Outras transferências p/ o SUS	R\$ 1.006.555,40	3,79%	R\$ 577.734,60	2,5%
Total	R\$ 26.568.270,87	100,0%	R\$ 23.019.770,27	100,0%
RECURSOS PRÓPRIOS E TRANSFERIDOS APLICADOS EM SAÚDE				
Recursos próprios aplicados em saúde	R\$ 55.538.193,79	63,5%	R\$ 57.121.672,50	67,9%
Recursos transferidos para a saúde	R\$ 31.815.634,60	36,4%	R\$ 26.895.017,52	32%
Total	R\$ 87.353.828,39	100,0%	R\$ 84.016.690,02	100,0%
GRAU DE CUMPRIMENTO DA EC N° 29/2000		18%		18,3%
GASTO PÚBLICO EM SAÚDE POR HABITANTE SEGUNDO ESFERA DE GOVERNO				
Valor médio de recursos próprios da esfera municipal		R\$ 152,47		R\$ 192,60
Valor médio de recursos transferidos de outras esferas de governo		R\$ 87,35		R\$ 90,68
Total		R\$ 239,82		R\$ 283,28
GASTO PÚBLICO EM SAÚDE POR SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA				
SUBFUNÇÃO	TOTAL	VALOR PER CAPITA	TOTAL	VALOR PER CAPITA
Atenção Básica	R\$ 46.204.096,16	R\$ 126,85	R\$ 41.580.975,66	R\$ 140,20
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 5.205.505,81	R\$ 14,29	R\$ 20.781.899,35	R\$ 70,07
Outras Subfunções	R\$ 33.280.332,27	R\$ 91,37	R\$ 17.894.781,86	R\$ 60,34
Restante das Subfunções (*)	R\$ 2.663.893,38	R\$ 7,32	R\$ 3.759.006,75	R\$ 12,68

(*) Restante das subfunções – Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O escasso financiamento das ações e serviços de saúde, tema polêmico desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), dificulta gestores municipais e estaduais organizar a oferta de serviços com qualidade, de acordo com as necessidades e direitos da população usuária. Percebe-se a situação exposta ao analisarmos os dados municipais ano a ano, aonde constatamos as flutuações que ocorrem no financiamento das ações e serviços de saúde.

Para analisar as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões da Campanha Ocidental e Gramado-Canela do RS nos anos 2008-2010 utilizamos para coleta de dados o Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) momento em que verificamos problemas quanto à localização de alguns dados nas tabelas, dificultando o cálculo. Ao considerarmos o referido instrumento como importante para compreensão das questões de financiamento da saúde em nosso país, merece destaque que este necessite ser revisado eventualmente objetivando aperfeiçoamento para que cumpra sua função.

No tocante a seção “Apresentação dos dados e discussão”, o processo investigativo permite-nos concluir que as duas microrregiões dependem das transferências constitucionais e legais para realização das ações e serviços de saúde (Campanha Ocidental em maior grau que a Gramado-Canela), evidenciam a pequena participação das transferências do estado comparada às significativas transferências da União, as duas microrregiões cumpriram com o exigido pela Emenda Constitucional nº 29/2000 sendo que Taquara (microrregião Gramado-Canela) é o único município que não cumpriu com o percentual de aplicação exigido pela referida emenda surpreendendo por ser um dos principais municípios da região ocupando o terceiro lugar de receita de imposto líquida, nas duas microrregiões o valor médio por habitante de recursos próprios da esfera municipal é aproximadamente o dobro do valor médio de recursos transferidos de outras esferas de governo e há prioridade na alocação de recursos na subfunção orçamentária Atenção Básica nas duas microrregiões em detrimento das subfunções Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição que somadas alcançam o valor per capita de R\$ 7,32 e R\$ 12,68 para a microrregião da Campanha Ocidental e Gramado-Canela,

respectivamente. Surpreendeu o fato que, na microrregião da Campanha Ocidental, Outras Subfunções aparece como segunda subfunção orçamentária de maior gasto público revelando a falta de investimento na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, tendo em vista que na referida microrregião dos dez municípios que a compõe, quatro não possuem hospital.

O fato é que a regionalização, destacada no Pacto pela Saúde como eixo estruturante para o fortalecimento e qualificação da gestão do SUS, exige negociações e acordos políticos entre as três esferas de governo e principalmente entre os municípios que farão parte da microrregião que, se não bem acordadas, podem resultar em desamparo da população assistida pelas ações e serviços de saúde. Assim, faz-se necessário solucionar as questões que envolvem o financiamento, no tocante a regularização e maior investimento, sob pena de comprometer a viabilidade da gestão.

REFERÊNCIAS

1. ABRASCO, CFM e UERJ. Seminário: Impasses e Alternativas para o Financiamento do SUS Universal. Termo de Referência, 2011. Disponível em:
<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/TRSeminaro2.pdf>
2. PORTELA, Gustavo Zoio, RIBEIRO, José Mendes. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.3, p. 1719-1732, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/09.pdf>
3. VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.27, n.6, p. 1201-1212, 2011.
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/17.pdf>
4. CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. Organização e Funcionamento do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.
5. LADEIRA, Fernando. Financiamento do SUS – um cobertor curto. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano XI, nº 25, jan./mar. 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. ISSN: 1518-2355. p. 14-26.
6. LIMA, Luciana Dias de, ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.10, p. 2237-2248, 2009.
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/14.pdf>
7. MENDES, Áquilas, MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.3, p. 841-850, 2009.
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/19.pdf>
8. CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow, CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1613-23, 2007.
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/12.pdf>
9. SOLLA, Jorge José Santos Pereira, REIS, Ademar Arthur Chioro dos, SOTER, Ana Paula Menezes et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 7, n. 4, pp. 495-502, 2007.
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a18v7n4.pdf>
10. FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-8, 2003.
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a04v08n2.pdf>
11. MARQUES, Rosa Maria, MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-15, 2003.
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf>