



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO À DISTÂNCIA DE GESTÃO EM SAÚDE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

ROSILENE GAERTNER DINIZ

**Financiamento Público e Gestão Financeira em Saúde nas
Microrregiões de Sananduva e Campanha Central, RS, nos anos de
2008 a 2010.**

Santana do Livramento, RS

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO À DISTÂNCIA DE GESTÃO EM SAÚDE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

ROSILENE GAERTNER DINIZ

**Financiamento Público e Gestão Financeira Saúde nas
Microrregiões de Sananduva e Campanha Central,RS, nos anos de
2008 a 2010.**

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

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Santana do Livramento, RS

2012

ROSILENE GAERTNER DINIZ

**Financiamento Público e Gestão Financeira Saúde nas
Microrregiões de Sananduva e Campanha Central, RS, nos anos de
2008 a 2010.**

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

Conceito final:

Aprovado em dede.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Dr. – Instituição

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar, através de dados coletados no Sistema de Informações do Sistema Público em Saúde (SIOPS) as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões da Campanha Central e de Sananduva do estado do Rio Grande do Sul no período de 2008-2010. O trabalho se valeu dos resultados da pesquisa e 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. Após exaustivo mapeamento dessas características orçamentárias nas duas microrregiões também foi verificado 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.

Palavras-chave: Financiamento em saúde. Economia em saúde. Recursos em saúde. Recursos financeiros em saúde.

ABSTRACT

This paper aims to examine, using data collected in the Information System of the Public Health(SIOPS) the characteristics of the budget public spending on health in the regions of Central and Campana Sananduva the state of Rio Grande do Sul from 2008-2010. The work made use of research findings and concluded that the two micro studied depend on the constitutional and statutory transfers to carry out the health services ;show the small share of transfers in the state compared to significant transfers from the Union, that municipalities with low net tax revenue appear to own significant investment of resources in health, the two micro complied with the requirements of the Constitutional Amendment No.29/2000. After an exhaustive mapping of these features in two micro budget was also recorded priority in resource allocation in the budget subfunction in Primary Care at the expense of two micro subfunctions Prophylactic and Therapeutic Support ,Surveillance, Surveillance and Nutrition.

Keywords: Health financing. Health economics. Health resources. Financial resources in health.

LISTA DE SIGLAS

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

AIS - Ações Integradas de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CIT-Comissão Intergestores Tripartite

EC - Emenda Constitucional

FEE - Fundação de Economia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IAP's- Instituto de Aposentadorias e Pensões

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS - Norma Operacional da Assistência a Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAB -Piso de Atenção Básica

PAB-A – Piso de Atenção Básica Ampliada

PAC's- Programa de Agentes Comunitário de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

SIOPS - Sistema de Informação Sobre o Orçamento Público em Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População, Área e Densidade Populacional segundo municípios das microrregiões da Campanha Central e de Sananduva, RS, 2010.	18
Tabela 2: Receitas municipais das microrregiões da Campanha Central e de Sananduva, RS, 2008-2010 (média anual).	20
Tabela 3. Transferências governamentais para a saúde e totais, municípios das microrregiões da Campanha Central e de Sananduva, RS, 2008-2010 (média anual).	22
Tabela 4. Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde, municípios das microrregiões da Campanha Central e de Sananduva, RS, 2008-2010 (média anual).	24
Tabela 5. Recursos próprios aplicados em saúde, municípios das microrregiões da Campanha Central e Sananduva, RS, 2008-2010 (média anual).	26
Tabela 6. Gasto público em saúde por habitante segundo esfera de governo, municípios das microrregiões da Campanha Central e Sananduva, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).	27
Tabela 7. Gasto Público em Saúde por Subfunção Orçamentária nos Municípios das Microrregiões da Campanha Central e de Sananduva, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Objetivos	133
1.1.1 <i>Objetivo geral</i>	133
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	155
3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO	166
3.1 Revisão teórica e caracterização do objeto de estudo	166
3.1.1 <i>Contexto</i>	166
3.1.2 <i>Caracterização das microrregiões de saúde estudadas</i>	177
3.2 Apresentação dos resultados e discussão	211
3.2.1 <i>Volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios</i>	21
3.2.2 <i>Volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios</i>	233
3.2.3 <i>Grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000</i>	255
3.2.4 <i>Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental</i>	277
3.2.5 <i>Subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas</i>	288
4 CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	333

1INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objetivo definir abordar a questão do financiamento público da saúde na microrregião da Campanha e de Sanaduva no Rio Grande do Sul. Pretende demonstrar suas especificidades e gastos em ações e serviços de saúde.

Com os avanços na saúde a partir da Lei nº 8080/90 e os significativos aumentos da oferta dos serviços prestados em saúde, esse estudo se torna necessário para compreensão do sistema de financiamento realizado nas ações de saúde pública no nível local.

A saúde obteve grandes êxitos na cobertura dos serviços, na sua qualificação, no aumento da expectativa de vida das pessoas, na redução das doenças passíveis de prevenção por vacinas, na ampliação da cobertura dos serviços de atenção primária e dos serviços de urgência e emergência, na efetividade do programa de controle das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS. Os desafios para sua verdadeira implementação passam pela necessidade de maiores investimentos em saúde, e no esforço contínuo dos profissionais de saúde, gestores e sociedade.

Diversas normas foram elaboradas para melhor desempenho no SUS, mas o grande obstáculo verificado é o financiamento, pois os recursos são insuficientes, as fontes são instáveis e a divisão de responsabilidades no seu provimento não são claras. A prova maior é a Emenda 29 (EC 29) de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde e ainda não é aplicada. O sistema como foi idealizado permanece em construção. Faz-se necessário criar mecanismos para que sua concepção teórica se concretize na prática.

A aprovação do SUS, em 1988, pela Constituição Federal, passa a garantir para qualquer cidadão, em território nacional, o direito a ser atendido pela rede de serviços públicos da saúde (BRASIL,1988). A criação do SUS é um marco na

reorientação das ações em saúde. O intenso processo de descentralização nos anos 90 foi bastante orientado pelas Normas Operacionais(NOBs) do SUS. Por outro lado , permanecem como problemas estruturais, questões inerentes ao próprio federalismo brasileiro marcado por profundas desigualdades socioeconômicas e territoriais e até então não resolvidas pelos instrumentos da política de saúde(LIMA,2006).

A NOB-SUS 91 estabeleceu o pagamento por produção de serviços em substituição ao pagamento por orçamento, usando as mesmas tabelas de procedimentos vigentes para a rede privada contratada e conveniada ao SUS. Essa norma impulsionou a capacitação municipal para a gestão descentralizada, exigindo para o acesso aos recursos financeiros federais o cumprimento de metas para a implantação do SUS, como o funcionamento dos conselhos e o fundo de saúde e uma estrutura técnica de gestão como os sistemas de informação e de vigilância epidemiológica. A grande questão foi a resolução 258 de 7/1/1911 que teve como anexo a NOB-91 dividida em quatro grandes partes.

- I- Financiamento da atividade ambulatorial, onde trata da nova sistemática da Unidade de Cobertura Ambulatorial colocando as várias etapas operacionais (1 a 4).
- II- Instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução, onde trata dos: Conselhos de Saúde (Lei 8.142); dos Fundos de Saúde, aprovados em lei e geridos pelo órgão da saúde, fiscalizados pelo Conselho; Consórcios Administrativos Intermunicipais; Relatórios de Gestão- único documento oficial que esboçou como deveria ser; Programação da Saúde- que visa substituir os Planos de Aplicação dos Fundos; Prestação de Contas dos Fundos de Saúde.
- III- Controle e acompanhamento.
- IV- Disposições transitórias, onde se fala do repasse por convênios e por população.

A NOB-92 apenas deu continuidade à NOB-91. Não trouxe modificações (CARVALHO, 2001).

A NOB-SUS 93 nasce da discussão de que os municípios e estados não poderiam ficar recebendo por produção e através de convênios , considerados e

questionados juridicamente por eles próprios como forma ilegal de repasse. O documento “Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir as leis”, elaborado após ampla discussão, deu tom à portaria de NOB-93. O financiamento seria de acordo com o art. 35 da Lei 8.080, todos os recursos repassados fundo a fundo, contratação e pagamento de serviços terceirizados quando necessários, complementarmente; gerenciamento completo da rede; planejamento, controle e avaliação próprios, com cumprimento dos requisitos legais do plano; fundo; conselho de saúde (aprovando plano e contas) e relatório de gestão. A NOB-SUS 93 priorizou a descentralização das ações e serviços de saúde, introduziu um conjunto de estratégias que consagraram a descentralização político-administrativa na saúde, uma municipalização progressiva e gradual para assumir a gestão da Saúde, além da criação das Comissões Intergestores entre as 3 esferas de governo e a participação da população através dos conselhos na pactuação das ações e serviços da saúde (LEVCOVITZ, 1999).

A NOB-SUS 96 induziu mudanças na lógica do modelo assistencial e na organização da oferta de serviços com o fortalecimento da rede de regionalização em saúde, o município passou a ser de fato o responsável pelo atendimento das necessidades e das demandas de sua população na assistência e nas intervenções ambientais e políticas externas, bem como as administrativas, este novo modelo de atenção à saúde centrado na saúde é diferente do anterior centrado na doença (LEVCOVITZ, 1999). A NOB-96, em sua introdução, reafirma os princípios básicos do SUS, enfatiza a regionalização, o cadastramento e vinculação de clientela, fluxos de referência e contra-referência, ampliação das transferências regulares e automáticas para todos os níveis de gestão e ampliação da Programação Pactuada e Integrada. Porém essa normativa provoca dois equívocos no avanço do SUS: indução pelo financiamento ao modelo epidemiológico penalizando o município que não adotar o programa e o risco do cartão SUS como forma de barrar o acesso dos cidadãos aos serviços de suas escolhas.

Em janeiro de 2001 a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS SUS 01/01, foi fruto de cerca de um ano de debates entre o Ministério da Saúde, as representações nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, não é correto afirmar que a

NOAS-SUS 01/01 seja uma normatização definida unilateralmente pelo Ministério da Saúde. Pelo contrário, ela traduz o resultado de um amplo e franco processo de construção de um “consenso mínimo” sobre os principais desafios e as correspondentes estratégias de enfrentamento a serem adotadas pelos gestores. Esse caráter de construção conjunta da NOAS-SUS 01/01 pode ser constatado pela análise das sucessivas versões do documento produzidas no período. O objetivo geral da NOAS-SUS 01/01 é: “Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02 resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Em decorrência da necessidade de viabilizar o debate sobre essas questões, identificadas como causadoras de maior representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar a NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 07 de dezembro de 2001 foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram tensionamento na implantação da Norma, o processo de negociação foi reaberto durante o segundo semestre de 2001. Neste sentido, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. A NOAS-SUS 01/02 ao assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

De certa forma, cada Norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela norma subsequente, numa tentativa ascendente de adequar racionalidade sistêmica financiamento federativo e modelos de saúde e de assistência regionalizados, no processo de descentralização de funções e recursos para os municípios.

Com isso verificamos que as normas operacionais foram suportes para a implementação do SUS. Destaca-se o **financiamento** ainda como insuficiente, não por falta de recursos, mas por falhas na gestão devido à vários fatores. No texto do Pacto pela Saúde preconiza-se: "**Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social**" (BRASIL, 2006). Essa seria uma das formas de garantir a universalidade, a integralidade e a equidade para todos os usuários, princípios do SUS, que também continuam a ser desafios na implementação do sistema.

Existem três questões relevantes no financiamento do SUS: vinculação de recursos para áreas sociais, necessidade de criação de novas fontes de receita e a qualidade dos gastos.

A necessidade de ampliação dos recursos vai além da regulamentação da EC-29, requer significativas mudanças nas políticas econômicas com uma redistribuição de recursos entre o público e privado.

A EC-29 alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da *Constituição Federal* e acrescentou um artigo ao ADCT, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (CAMPELLI, 2007).

As alterações aprovadas foram as seguintes:

- No artigo 34 da *Constituição Federal*, além da Educação, incluiu-se também a Saúde com a vinculação de percentuais mínimos para a aplicação destas ações;
- No artigo 35, inciso III, o Estado e a União são autorizados a intervir nos municípios nos casos de não aplicação do mínimo;
- No artigo 156, § 1º, foi estabelecida a progressividade do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU); além da "progressividade no tempo", também estabelece progressividade em razão do "valor do imóvel". Desse modo, cada município poderá elaborar a sua Lei Municipal que trata do IPTU, incluindo a progressividade em relação ao valor, à localização e uso do imóvel;

- No artigo 160, parágrafo único, incisos I e II, foi vedado à União reter ou promover restrição à entrega dos recursos atribuídos ao sistema de saúde;
- No artigo 167, inciso IV, ressaltou-se a vinculação de receitas de impostos para a estimativa de recursos para as ações e serviços públicos de saúde;
- No artigo 198, §§ 2º e 3º, foi estabelecida a aplicação, anual, de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde. (BRASIL, 1988).

Pode-se dizer que o Sistema Único de Saúde está em processo de organização, com inegáveis avanços em relação à extensão da cobertura das ações públicas, aportes de recursos para melhoria da infra-estrutura, introdução de instâncias de negociações intergestores e existência de experiências inovadoras. A aplicabilidade da EC-29, juntamente com as NOBs e NOAS pode ser apenas a parte e não o todo; a contingência e não a essência do processo de escultura do SUS.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões de Livramento e de Sananduva do RS em anos recentes (2008-2010).

1.1.2 Objetivos específicos

- a) quantificar o volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios, as transferências do Estado para o SUS, da União para o SUS e outras transferências de recursos para o SUS;

- b) quantificar o volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios, as receitas de imposto liquidadas, as receitas de transferências constitucionais e legais e a receita total;
- c) verificar o grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000;
- d) determinar o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental através dos recursos próprios e os recursos transferidos;
- e) discriminar quais subfunções orçamentárias da saúde foram mais expressivas: Atenção Básica, Assistência Hospitalar-Ambulatorial, Suporte Profilático e terapêutico, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Alimentação e Nutrição, além de outras subfunções.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia foi baseada na análise de dados de domínio público do SIOPS (Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde), do IBGE.

Esse sistema é uma referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde. Foram analisados os valores percentuais aplicados pelas diferentes esferas de governo e comparados aos valores mínimos previstos para o período de transição da EC-29.

Através do Demonstrativo das Leis Fiscais embasamos os valores e as porcentagens nas microrregiões da Campanha Central e de Sananduva(SIOPS). Com o detalhamento dos dados e cálculos dos anos de 2008-2009-2010, foi possível perceber a realidade do município e os repasses que são feitos e executados pelo próprio município. Esse levantamento é realizado pelos municípios para melhorar a gestão, aumentar o controle social, avaliar os gastos públicos em saúde e verificar o dimensionamento da participação dos Estados e municípios no financiamento da saúde e o acompanhamento da Emenda Constitucional nº 29.

A análise se deu através da interpretação e classificação dos dados obtidos (pesquisa quantitativa descritiva) embasados em referencial teórico juntamente com a interpretação da autora.

3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 Revisão teórica e caracterização do objeto de estudo

3.1.1 Contexto

Com a aprovação da EC-29 verificou-se uma inovação ao vincular recursos para o financiamento da saúde, pois define o quanto das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais dos Estados e municípios deve ser destinado para a área. Quanto à União, não ficou explícita a origem dos recursos, tendo sido fixado que do total empenhado em ações e serviços de saúde no ano anterior, acrescentar-se-ia a variação nominal do PIB para o ano seguinte (CAMPELLI, 2007).

A situação dos municípios foi menos alterada com a implantação da EC-29, pois em 2000 a média percentual de aplicação em ações de saúde já era superior ao mínimo constitucional de 7% ao ano. O número de municípios que cumprem as metas da Emenda não sofreu aumento significativo entre 2000 e 2003, observando-se que nos anos 2001 e 2002 houve uma queda nesse número em relação ao início do período (CAMPELLI, 2007).

No processo de construção histórica do SUS esteve muito presente a característica econômica vigente, ou seja, o desenvolvimento das políticas de saúde do Brasil se confunde com a própria história do país. Assim para analisar o SUS que temos hoje se faz necessária a retomada da trajetória política-econômica que criou embates ainda perceptíveis no cotidiano dos serviços.

Os principais fatores que contribuíram para a crise do financiamento da saúde em todos esses anos, são resumidos por Lucchese (1996) e Levcovitz (1999). Segundo esses autores independentemente da condição de gestão estadual assumida, estes passaram a ter a responsabilidade e o controle sobre a execução

dos recursos destinados ao pagamento dos serviços localizados nos municípios não habilitados ou habilitados em condição de gestão incipiente e parcial. Este montante de recursos não desprezível, embora não administrado diretamente pelo estado passou a ser controlado através dos instrumentos de programação e gerenciamento dos próprios sistemas de informação SIA-SUS e SIH-SUS. Cabe lembrar, que a maior ou menor capacidade de direcionamento dos recursos repassados, estava diretamente relacionada ao grau de comprometimento destes recursos com a produção apresentada pelos municípios.

No ano de 1999 foi criado pelo Governo Federal o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS que tem como o objetivo coletar informações sobre receita e despesa com ações e serviços de saúde das três esferas de governo. Sendo assim, por decorrência de não haver outros bancos de dados que obtenha os elementos, de maneira detalhada e com abrangência nacional, dos gastos municipais, estaduais e da União, o SIOPS passa a ser a principal fonte para conhecimento desses dispêndios, sendo também muito utilizado para pesquisas científicas (LIMA, 2006)

Considerando a importância e a relevância do financiamento dos serviços de saúde, foi feita uma investigação com levantamento dos dados nos municípios referidos acima do RS. Através do IBGE e do SIOPS como ferramenta para o controle social e verificação dos gastos públicos em saúde, o trabalho será elaborado com a perspectiva de realização de estudos comparativos e acompanhamento dos órgãos competentes (Prefeituras Livramento e Sananduva).

3.1.2 Caracterização das microrregiões de saúde estudadas

Foram estudadas as microrregiões da Campanha Central e a de Sananduva. A microrregião da campanha central é composta por quatro municípios, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento e São Gabriel. Sua população foi estimada aproximadamente em 205.000 habitantes (IBGE) e possui uma área total de 17.295,821km², pertencente à mesorregião Sudoeste Rio-Grandense.

Sananduva tem uma população estimada em aproximadamente 60636 habitantes (IBGE), possui uma área em torno de 3.000,00km² e é composta por onze municípios, são eles: Barracão, Cacique Doble, Ibiaçá, Machadinho, Maximiliano de Almeida, Paim Filho, Sananduva, Santo Expedito do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro e Tupanci do Sul

Segundo tabelas do SIOPS poderemos verificar as caracterizações das microrregiões de saúde que foram especificadas.

Tabela 1: População, Área e Densidade Populacional segundo municípios das microrregiões da Campanha Central e de Sananduva, RS, 2010.

Campanha Central			
Municípios	População	Área km²	Densidade Demográfica
Rosário do Sul	39.707	4.369,699	9,09
Santa Margarida do Sul	2.352	955,303	2,46
Santana do Livramento	82.464	6.950,388	11,86
São Gabriel	60.425	5.023,843	12,03
Sananduva			
Municípios	População	Área-km²	Densidade Demográfica
Barracão	5.357	516.291	10,38
Cacique Doble	4.868	203.909	23,87
Ibiaçá	4.710	348.818	13,50
Machadinho	5.510	334.446	16,48
Maximiliano de Almeida	4.911	208.526	23,55
Paim Filho	4.243	182.180	23,29
Sananduva	15.373	504.551	30,47
Santo Expedito do Sul	2.461	125.736	19,57
São João da Urtiga	4.726	171.177	27,61
São José do Ouro	6.904	334.775	20,62
Tupanci do Sul	1.573	135.115	11,64

Fonte: IBGE, censo 2010.

Os municípios da Campanha Central e da microrregião de Sananduva dependem de outras receitas para a administração da saúde local. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um sistema de saúde descentralizado, onde os municípios prestariam serviços para população com verbas repassadas pela união e pelo estado. Através da Lei 8080/90 foi atribuído à União a regulação do desempenho municipal e estadual quanto a execução dos serviços de saúde. A autonomia dos municípios no que tange a gestão de políticas acaba por criar oportunidades institucionais para que se implementem, através dos governantes, decisões a partir de suas próprias preferências, que não são necessariamente compatíveis com o interesse público e o bem-estar da população (ARRETCHE, 2003).

Tabela 2: Receitas municipais das microrregiões da Campanha Central e de Sananduva, RS, 2008-2010 (média anual).

Campanha Central						
Municípios	Receitas de Impostos Liquidadas		Receitas de Transferências Constitucionais e Legais		Receita Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Rosário do Sul	3.185.076,59	8,6	32.045512,00	91,4	35.230.588,59	100
Santa Margarida do Sul	254.749,20	4	7.612.855,59	96	7.867.604,70	100
Santana do Livramento	9.487.445,90	11,7	53.148.444,00	88,3	62.635.889,90	100
São Gabriel	7.731.591,40	19,2	44.238.333,93	80,8	51.969.924,33	100
Sananduva						
Municípios	Receitas de Impostos Liquidadas		Receitas de Transferências Constitucionais e Legais		Receita Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Barracão	8.814.020,00	57,1	6.632.043,65	42,9	15.446.063,65	100
Cacique Doble	6.185.395,00	52	5.883.002,23	48	12.068.397,23	100
Ibiaçá	1.350.130,00	10,6	7.064.384,94	89,4	8.414.514,94	100
Machadinho	6.945.245,00	52	6.429.566,05	48	13.374.811,05	100
Maximiliano de Almeida	6.356.535,00	53	5.882.536,20	47	12.239.071,20	
Paim Filho	6.475.552,00	51	6.044.686,89	49	12.520.238,89	100
Sananduva	2.314.304,60	11	17.165.906,42	89	19.480.210,02	100
Santo Expedito do Sul	5.680.854,00	51	5.551.053,43	49	11.231.907,43	100
São João da Urtiga	5.785.734,00	48	6.289.694,89	52	12.075.428,89	100
São José do Ouro	8.333.151,00	54	7.182.332,93	46	15.515.483,93	100
Tupanci do Sul	5.397.505,00	51	5.223.540,61	49	10.621.045,61	100

Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A tabela 2 revela que as microrregiões da Campanha Central e Sananduva dependem das transferências constitucionais e legais, a primeira em maior grau

(89,12%) e a segunda em menor grau (55,39), além de municípios com receitas líquidas pouco expressivas por representarem municípios de pequeno porte com baixa capacidade fiscal.

3.2 Apresentação dos resultados e discussão

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

O valor médio das transferências do Estado em relação aos recursos destinados aos municípios das microrregiões da Campanha Central e de Sananduva para o SUS é muito significativo nos anos 2008-2010. O fato destaca-se principalmente pela ausência de valores repassados pela União, como vemos nas tabelas apresentadas nos municípios de Santana do Livramento, Rosário do Sul e São Gabriel. Já na microrregião de Sananduva, podemos verificar que o repasse federal é muito superior ao estadual, o que é demonstrado em todos os municípios. Como Luchese (2003), explica, a gestão pública é um espaço de tomadas de decisões e mediações das demandas sociais e da administração dos recursos governamentais disponíveis, pois é neste sentido que é possível explorar o conceito de equidade na gestão descentralizada do SUS. Através dessas tabelas verificamos essa desigualdade e a carência dos recursos repassados e os que são os necessários para um perfeito funcionamento e prestação serviços no SUS.

Tabela 3. Transferências governamentais para a saúde e totais, municípios das microrregiões da Campanha Central e de Sananduva, RS, 2008-2010 (média anual).

Campanha Central								
Municípios	Transferência do Estado para o SUS		Transferência da União para o SUS		Outras transferências para o SUS		Transferência de recursos para o SUS	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Rosário do Sul	380.270,30		##		126.277,86		50.6548,16	94,54
Santa Margarida do Sul	20.392,86	26	50.242,33	71	1.250,00	3	71.885,19	100
Santana do Livramento	257.881,01		##		69.217,09		327.098,10	100
São Gabriel	175.973.333,00		##		633.372,33		18.606.705,33	100
Sananduva								
Municípios	Transferência do Estado para o SUS		Transferência da União para o SUS		Outras transferências para o SUS		Transferência de recursos para o SUS	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Barracão	0		214.991,49		0			
Cacique Doble	127.640,65	23	415.237,99	74	1.986,94	3	544.865,58	100
Ibiaçá	54.614,84	20	192.708,89	78	1.475,57	2	248.799,30	100
Machadinho	77.000,00	20	360.261,35	80	0		437.261,35	100
Maximiliano de Almeida	58.506,61	12	386.904,72	85	5.631,46	3	451.041,00	100
Paim Filho	138.905,79	26	380.763,83	73	3.866,39	1	523.534,00	100
Sananduva	206.206,63	20	879.352,29	80	0	0		100
Santo Expedito do Sul	133.109,29	39	210.585,33	60	1.059,31	1	344.753,00	100
São João da Urtiga	41.886,18	11	329.610,55	88	1.044,71	1	372.541,44	100
São José do Ouro	0		209.760,49	99	1.625,95	1	211.38644	100
Tupanci do Sul	99.148,16	26	163.843,69	73,5	295,05	0,5	263.286,90	100

Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

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

Analisando por cada município, apenas Santa Margarida do Sul é que possui os recursos transferidos maiores que os próprios aplicados em saúde. No restante dos municípios os recursos transferidos pela esfera federal e estadual são inferiores aos próprios aplicados em saúde.

Com isso, percebe-se que os municípios maiores em população são os que mais utilizam de seus recursos próprios e ficam com o déficit em valores repassados pelo governo.

Tabela 4. Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde, municípios das microrregiões da Campanha Central e de Sananduva, RS, 2008-2010 (média anual).

Campanha central							
Municípios	Recursos Próprios Aplicados em Saúde		Recursos Transferidos para a Saúde		Aplicação Total para Saúde		
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	
Rosário do Sul	501.796,2	73,25	105.012,22	26,75	600.000,00	100	
Santa Margarida do Sul	16.914,72	28	64.000,00	72	90.000,00	100	
Santana do Livramento	989.639,24	78	215.252,00	22	1205.000,00	100	
São Gabriel	508.599,19	77,89	152.367,09	22,11	660.000,00	100	
Sananduva							
Municípios	Recursos Próprios Aplicados em Saúde		Recursos Transferidos para a Saúde		Aplicação Total para Saúde		
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	
Barracão	1.749.900,38	100	0		1.749.900,38	100	
Cacique Doble	1.052.106,26	100	0		1.052.106,26	100	
Ibiaçá	1.417.946,91	75	4.770,00	25	1.894.946,91	100	
Machadinho	1.533.509,61	100	0	0	1.533.509,61	100	
Maximiliano de Almeida	967.504,31	100	0	0	967.504,31	100	
Paim Filho	1.374.831,50	100	0	0	1.374.831,50	100	
Sananduva	25.341,88	78,6	0	0		100	
Santo Expedito do Sul	99.9596,35	100	0	0	99.956,35	100	
São João da Urtiga	1.209.434,85	100	0	0	1.209.434,85	100	
São José do Ouro	1.338.168,19	100	0	0	1.338.168,19	100	
Tupanci do Sul	843.515,31	100	0	0	843.515,31	100	

Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

3.2.3 Grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000

As microrregiões estudadas revelam através dos dados apresentados que os municípios cumpriram a EC-29, no período entre 2008 e 2010. Na microrregião da Campanha Central apenas Santa Margarida do Sul não atingiu o valor estabelecido para aplicação dos recursos próprios em saúde, até por ser um município com menor receita líquida. Já na microrregião de Sananduva os municípios que não atingiram esse valor são: Barracão, Cacique Doble, Maximiliano de Almeida e Paim Filho.

Tabela 5. Recursos próprios aplicados em saúde, municípios das microrregiões da Campanha Central e Sananduva, RS, 2008-2010 (média anual).

Campanha Central				
Municípios	Recursos Próprios Aplicados em Saúde	Base em Cálculo	de	% da primeira coluna sobre a segunda
	R\$	R\$		
Rosário do Sul	501.796,20	105.012,22		32
Santa Margarida do Sul	508.599,19	16.914,72		4
Santana do Livramento	989.639,24	212.252,00		23
São Gabriel	508.599,19	152.367,09		38
Sananduva				
Municípios	Recursos Próprios Aplicados em Saúde	Base em Cálculo	de	% da primeira coluna sobre a segunda
	R\$	R\$		
Barracão	1.749.900,38	15.446.063,65		12
Cacique Doble	1.052.106,26	12.068.397,23		11,4
Ibiaçá	1.417.946,91	8.414.514,94		40,0
Machadinho	1.533.509,61	13.374.811,05		20,0
Maximiliano de Almeida	967.504,31	12.239.071,20		9,1
Paim Filho	1.374.831,50	12.520.238,89		11,0
Sananduva	25.341,88	19.480.210,02		22,0
Santo Expedito do Sul	999.596,35	11.231.907,43		16,0
São João da Urtiga	1.209.434,85	12.075.428,89		19
São José do Ouro	1.338.168,19	15.515.483,93		18
Tupanci do Sul	843.515,31	10.621.045,61		18

Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

3.2.4 Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental

Podemos observar através da tabela 6, o quanto é carente a região da Campanha Central e de Sananduva, onde os valores são muito reduzidos e a Emenda Constitucional 29/2000 não é cumprida. A maior cidade é a que apresenta um gasto público em saúde por habitantes maior que as outras, nesse caso Santana do Livramento.

Percebemos também que onde a EC 29/2000 não é aplicada, é onde os gastos em saúde por habitantes são menores, por exemplo em Sananduva.

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

Campanha Central			
Municípios	Recursos Próprios	Recursos Transferidos	Total
Rosário do Sul	12,70	2,64	15,34
Santa Margarida do Sul	7,20	27,2	34,4
Santana do Livramento	12,0	2,61	14,61
São Gabriel	8,41	2,52	10,93
Sananduva			
Municípios	Recursos Próprios	Recursos Transferidos	Total
Barracão	326,65	0	326,65
Cacique Doble	216,12	0	216,12
Ibiaçá	301,05	1,01	302,06
Machadinho	278,31	0	278,31
Maximiliano de Almeida	197,00	0	197,00
Paim Filho	324,02	0	324,02
Sananduva	165,49	0	165,49
Santo Expedito do Sul	40,61	0	40,61
São João da Urtiga	225,91	0	225,91
São José do Ouro	201,06	0	201,06
Tupanci do Sul	536,24	0	536,24

Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

3.2.5 Subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas

Nesta tabela serão analisadas as subfunções de atenção básica, assistência ambulatorial e hospitalar, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, alimentação e nutrição, além de, outras subfunções.

Podemos observar que em São Gabriel na região da Campanha Central o valor investido em atenção básica foi muito inferior quando comparado aos outros municípios da mesma região. Isso interfere diretamente em programas preconizados pela esfera federal, em que a promoção da descentralização é uma das soluções apresentadas para a redução da desigualdade na aplicação dos recursos financeiros de cada município.

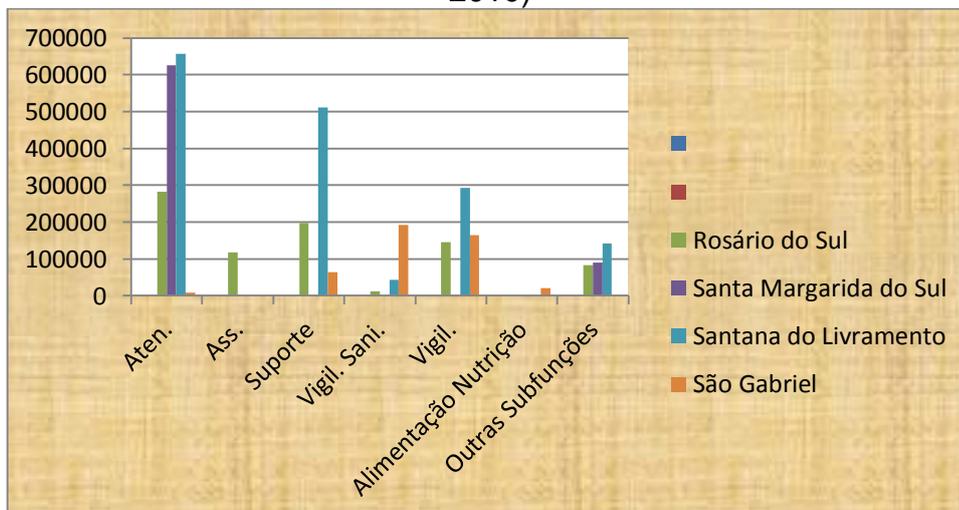
Destacam-se também os valores investidos em vigilância sanitária e epidemiológica, que foram incorporadas ao SUS pela Constituição Federal, observa-se, os benefícios e as carências que as subfunções orçamentárias representam nas microrregiões da Campanha Central e de Sananduva.

Tabela 7. Gasto Público em Saúde por Subfunção Orçamentária nos Municípios das Microrregiões da Campanha Central e de Sananduva, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

Campanha Central								
Municípios	Aten. Básica	Ass. Hosp. Ambu	Suporte Profil. Terap.	Vigil. Sani.	Vigil. Epidem.	Alimentação Nutrição	Outras Subfunções	
Rosário do Sul	283.324,4	118247,12	198190,47	11.899,06	145.196,66	0	82589,205	
Santa Margarida do Sul	625.501,985	0	0	0	0	0	89.642,73	
Santana do Livramento	656.313,52	0	512281,33	43.180,17	293.577,55	0	142.222,72	
São Gabriel	8.723,98	0	63.342,56	192.609,5	164.292,34	21.552,00	0	0
Sananduva								
Municípios	Aten. Básica	Ass. Hosp. Ambu	Suporte Profil. Terap.	Vigil. Sani.	Vigil. Epidem.	Alimenta-ção Nutrição	Outras Subfunções	
Barracão 9	1.466.878,7	72.780,54	40.921,81	5.263,06	76.640,36	9.807,5	364.122,75	
Cacique Doble	1.716.634,6	63.174,42	0,00	12.604,80	0,00	0,00	300,00	
Ibiaçá 3	1.508.464,2	143.886,39	0,00	44.153,57	0,00	0,00	2.586,64	
Machadinho 3	1.336.036,4	469.506,74	48.567,86	8.070,45	11.202,59	0,00	589.055,88	
Maximiliano de Almeida 7	1.722.438,7	0,00	0,00	7.856,90	0,00	0,00	475,83	
Paim Filho 4	1.203.200,7	720.643,59	0,00	0,00	0,00	0,00	4.1946,31	
Sananduva	91.369,79	72.683,94	0	20.775,96	0	0	23.434,06	
Santo Expedito do Sul	1.379.360,5	207.391,23	0,00	969,62	0,00	0,00	2103,36	
São João da Urtiga	1.494.907,2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
São José do Ouro	704.579,94	0,00	120.548,64	0,00	17694,23	0,00	806.152,20	
Tupanci do Sul	1.067.774,4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

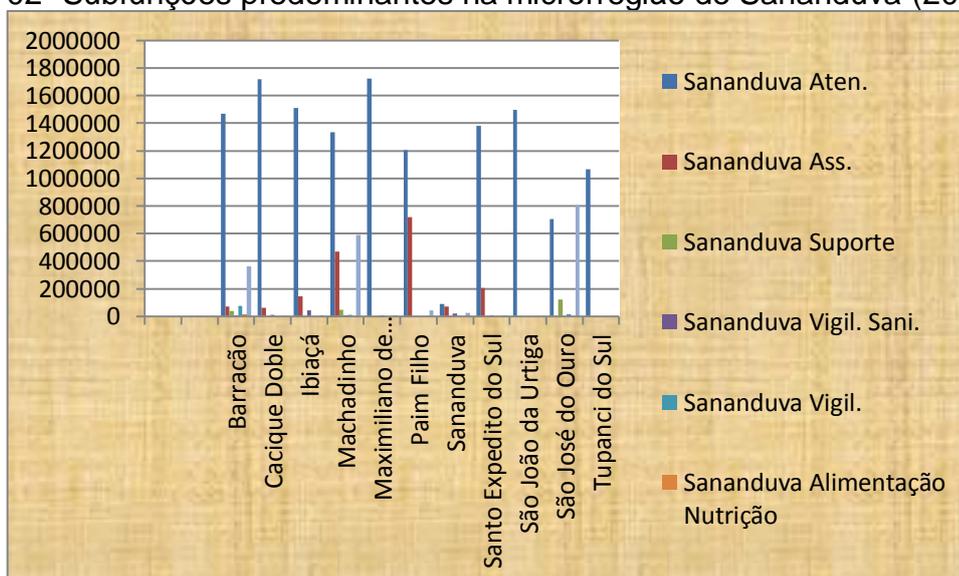
Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Gráfico01-Subfunções predominantes na microrregião da Campanha Central (2008-2010)



Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 02- Subfun es predominantes na microrregião de Sananduva (2008-2010)



Por fim, através das tabelas deve-se chamar a atenção para um fato: o de que a descentralização não significa apenas um movimento na direção centro-periférico, mas que o poder local realmente reconheça o seu papel e poder de intervir, assumindo a sua função perante sociedade. Nesse sentido, é importante referir a questão do financiamento. Por mais que se automatize o repasse dos recursos federais para os municípios, eliminando-se os atuais pré-requisitos e condicionamentos, o crescimento real dos gastos com saúde e o aumento da produtividade só pode contar com a vontade política dos municípios. Observa-se que proporcionalmente, a esfera de governo que mais aumentou seus gastos com saúde foi a municipal, mesmo que, no conjunto ainda participem de forma extremamente minoritária.

A descentralização, cuja expressão principal é a municipalização, deve no entanto, ser entendida como princípio de democratização geral das práticas e dos serviços de saúde, desde os níveis mais centrais até os mais periférico, buscando uma maior organização entre a necessidade e a prestação dos serviços de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelas NOBs, NOAS e pelo Pacto pela Saúde se pretendia fazer a operacionalização do que vinha expresso na Constituição Federal e na Lei 8080 saúde direito das pessoas e dever do estado, universalidade do acesso, equidade, integralidade, gestão em cada esfera do governo. O que podemos observar, pelos valores demonstrados, pela realidade vivida é que tanto a Lei 8080/90, como a Constituição Federal ainda são descumpridas. De qualquer maneira obtivemos avanços na descentralização com a reordenação do sistema em torno dos princípios do SUS. Todavia, não basta. É necessário que essa descentralização seja legítima, e a legitimidade é dada pela via da representatividade do gestor e da possibilidade do exercício do controle social pelos usuários, mediante o processo participativo (Conselhos de Saúde). O SUS é um sistema único, com unidade de doutrina em todo o território nacional, o que significa a observância dos seus princípios e diretrizes básicas em qualquer situação ou local. Isso não deve impedir, no entanto a criatividade e, mais que tudo, a necessidade objetiva sobre qualquer norma que considere essas particularidades e tente impor regras que obedeçam a outras lógicas que não as reais necessidades de promoção, proteção e recuperação da saúde, na incessante perseguição da equidade. Maiores dificuldades são encontradas na persistência de desigualdades no acesso e no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país. Dessa forma, faz parte dessa luta, não só a cobrança dos compromissos de campanha- em termos de priorização de saúde, e de alocação dos recursos necessários e suficientes- como a luta de toda sociedade por uma reforma na saúde.

É necessário evoluir na ampliação da descentralização de competências e meios de execução das competências, com maiores investimentos na subfunção da atenção básica em saúde. A luta pela garantia do direito à saúde é contínua, buscar por mais recursos, mais eficiência e compromisso social.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Martha. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a02v08n2.pdf>>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_idoso.pdf>.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002>.

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, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/12.pdf>>.

CARVALHO, Gilson 2001. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, volume 6 número 2.

LEVCOVITZ, E. **Financiamento e relações entre esferas de governo na implementação do SUS: as Normas Operacionais Básicas de Saúde**. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

LIMA, Claudia Risso de Araujo; CARVALHO, Marília Sá, SCHRAMM; Joyce Mendes de Andrade. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, 2006.

LUCCHESI, Patrícia T.R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-48, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a09v08n2.pdf>>.