

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE - EAD**



Cíntia Ramson Ramm

**FINANCIAMENTO PÚBLICO E GESTÃO FINANCEIRA EM SAÚDE
NAS MICRORREGIÕES DE CACHOEIRA DO SUL E MONTENEGRO,
RS, 2008 - 2010.**

Porto Alegre, 2012

Cíntia Ramson Ramm

**Financiamento Público e Gestão Financeira em saúde nas
Microrregiões de Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010.**

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

Porto Alegre, 2012

Cíntia Ramson Ramm

**FINANCIAMENTO PÚBLICO E GESTÃO FINANCEIRA EM SAÚDE
NAS MICRORREGIÕES DE CACHOEIRA DO SUL E MONTENEGRO,
RS, 2008 - 2010.**

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

Conceito final:

Aprovado emde.....de.....

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.

Resumo

RAMM, Cintia Ramson. **Financiamento público e gestão financeira em saúde nas microrregiões de Cachoeira do Sul e Montenegro, Rio Grande do Sul, 2008-2010**. 2012. 30 f. Trabalho Acadêmico (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS.

Este estudo apresenta uma abordagem sobre o financiamento público e a gestão financeira em saúde em duas microrregiões do RS. O trabalho foi desenvolvido com o objetivo geral de analisar as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões de Cachoeira do Sul e Montenegro nos anos de 2008 a 2010. A metodologia utilizada foi a análise de dados de domínio público do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), na “Sala de situação em Saúde” do Ministério da Saúde. Evidenciou-se que a União transfere mais recursos aos municípios que o Estado. E que os municípios aplicam mais recursos próprios em saúde do que recursos transferidos por outras esferas de governo. O cumprimento da EC 29/2000 ocorreu de acordo com o estabelecido em todos os municípios. Também se verificou que o gasto público em saúde per capita não parece estar vinculado a porcentagem aplicada em saúde pelos municípios. A subfunção orçamentária de saúde Atenção Básica foi a única que recebeu recursos em todos os municípios, enquanto a subfunção Alimentação e Nutrição foi expressivamente a que menos recebeu recursos.

Palavras-chave: financiamento público, gastos em saúde, gestão em saúde.

Abstract

RAMM, Cintia Ramson. **Public funding and financial management in health in the regions of Cachoeira do Sul and Montenegro, Rio Grande do Sul, from 2008 to 2010.** 2012. 30 p. Academic Work (Specialization in Health Management) - Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS.

This study presents an approach to public finance and financial management in health in two micro regions of RS. The study was conducted with the overall objective of analyzing the financial characteristics of the government health expenditures in the regions of Cachoeira do Sul and Montenegro in the years 2008 to 2010. The methodology used was the analysis of public domain data of the Government Health Budgets System (SIOPS), in the "Health Situation Room" of The Ministry of Health. It was evident that the Federal Government transfers to municipalities more resources than does the state; and that municipalities apply more of their own resources to health than of the ones which are transferred from other spheres of government. The compliance of EC 29/2000 occurred in accordance with what was established in all municipalities. It was also found that public health expenditure per capita does not appear to be linked to the health percentage applied by the municipalities. The Basic Attention health budget was the only one that received funding in all municipalities, while the Food and Nutrition was the one which received significantly less funds.

Keywords: public funding, spending on health, health management.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** População e área em Km² segundo municípios da microrregião de Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2010.....15
- Tabela 2.** Receitas municipais das microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).....16
- Tabela 3.** Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde para os municípios, microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).....19
- Tabela 4.** Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde, municípios microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).....21
- Tabela 5.** Recursos próprios aplicados em saúde, municípios das microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).....22
- Tabela 6.** Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental, municípios microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).....24
- Tabela 7.** Gasto público em saúde por subfunção orçamentária, municípios das microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).....26

LISTA DE SIGLAS

COFINS – Contribuição para o Financiamento de Seguridade Social

CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

EC – Emenda Constitucional

NOAS – Norma Operacional da Assistência em Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OSS – Orçamento da Seguridade Social

PAB – Piso da Atenção Básica

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PSF – Programa Saúde da Família

SIOPS – Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.2.1 Objetivo geral.....	11
1.2.2 Objetivos específicos.....	11
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	11
3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.....	12
3.1 REVISÃO TEÓRICA E CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	12
3.1.1 Contexto.....	12
3.1.2 Caracterização das microrregiões estudadas.....	14
3.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
3.2.1 Volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios.....	18
3.2.2 Volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios.....	20
3.2.3 Grau de cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000.....	21
3.2.4 Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental... 	23
3.2.5 Subfunções orçamentárias de saúde mais expressivas.....	24
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

Desde a aprovação da Lei 8080/90, houve muitos avanços nas políticas de saúde. Dentre eles a universalidade e a busca constante pela integralidade e acessibilidade nos serviços de saúde. Contudo, os avanços conquistados, com a Constituição Federal e a Leis Orgânicas de Saúde de 1990 não foram acompanhados da expansão dos serviços e do financiamento (ABRASCO, CFM, UERJ, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela maior parte do financiamento em saúde. Segundo a PNAD 2008, o SUS financiou os atendimentos de 58,6% das pessoas no país. Seu maior protagonismo se deu nos atendimentos por quimioterapia e radioterapia, hemodiálise e hemoterapia (financiando 73,3% dos mesmos), nas consultas médicas (62,7%) e nos exames complementares (59,2%). Portanto, o SUS financiou não somente atendimentos de mais baixo custo, mas também os mais onerosos como atendimentos de média e alta complexidade (PORTO, UGÁ, MOREIRA, 2011).

As transferências de recursos federais (SUS) são norteadas pelo tamanho da população e o tipo de adesão dos municípios às políticas de saúde desenhadas pelo governo federal, além de prever recursos adicionais vinculados à oferta de programas específicos, como o Programa Saúde da Família (PSF), fornecendo estímulos para que os governos municipais assumam a oferta desses programas, de acordo com diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde (VAZQUEZ, 2011).

Em termos de proporção do PIB, os gastos em saúde somam, atualmente, cerca de 8,5% - e parece razoável, de acordo com as experiências dos países com sistemas de proteção social (França, Alemanha, Reino Unido, Canadá, Austrália, Japão), um aumento até 10%. Nesse sentido, não é nos gastos totais em saúde que se percebe o problema da falta de recursos para o SUS. O agravamento do subfinanciamento do SUS fica evidente quando se comparam as proporções dos gastos públicos em relação aos gastos totais em saúde. Dos 8,5% do PIB investidos na saúde, apenas 45% são gastos públicos, ou seja, 3,8% do PIB (ABRASCO, CFM, UERJ, 2011).

Desse modo, com a necessidade de viabilizar mais recursos para a saúde, de garantir prioridade à atenção básica e promover sua efetiva descentralização, novas

regras e incentivos foram introduzidos no financiamento da saúde para que os governos subnacionais ampliassem o percentual de recursos destinados à saúde e assumissem a oferta do atendimento básico e de programas específicos, nos moldes definidos pelo governo federal (VAZQUEZ, 2011). Dentro desse contexto, podemos citar as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 (NOB 01/93 e NOB 01/96) e a Emenda Constitucional número 29 de 2000 (EC 29/2000) como mecanismos de financiamento. Tais mecanismos definem as responsabilidades de cada esfera de governo no que diz respeito ao repasse de recursos para a saúde. Em 13 de janeiro de 2012 foi instituída a Lei Complementar 141/2012 que regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal, dispondo acerca dos valores mínimos a serem aplicados anualmente pelas três esferas de governo, bem como rateio de transferências, fiscalização, avaliação e controle das despesas de saúde entre outras disposições.

Portanto, espera-se que a União, estados e municípios cumpram com a demanda de transferências que lhe competem, fortalecendo a gestão do SUS, promovendo seus princípios, diminuindo as desigualdades e promovendo acesso e atendimento adequado aos usuários. O presente estudo tem como proposta analisar as características orçamentárias do gasto público em saúde, com foco nas microrregiões. Dentro dessa abordagem, busca quantificar o volume de recursos aplicados na saúde desde a esfera federal até a municipal, averiguar se a EC 29/2000 está sendo cumprida, e fornecer dados importantes referentes ao gasto público. Os resultados obtidos poderão subsidiar os gestores, tanto para conhecimento das características orçamentárias, como também para planejamento e medidas de intervenção caso sejam necessárias.

Assim, com base nas considerações citadas, foi eleita a seguinte questão norteadora:

Quais as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões de Cachoeira do Sul e Montenegro do RS em anos recentes (2008-2010)?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões de Cachoeira do Sul e Montenegro 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 EC 29/2000.

Identificar o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental.

Discriminar as subfunções orçamentárias da saúde.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi baseado na análise de dados de domínio público do SIOPS (Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde). Os dados foram coletados da “Sala de situação em Saúde” do Ministério da Saúde (<http://189.28.128.178/sage/>), da tela “Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal”, referentes a cada município de cada microrregião nos anos de 2008 a 2010. Os dados foram classificados e transcritos para planilhas auxiliares, sendo posteriormente elaboradas tabelas para melhor explicitação dos resultados.

A análise se deu através da classificação e interpretação dos dados obtidos embasados em referencial teórico e interpretação da autora.

3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 REVISÃO TEÓRICA E CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

3.1.1 Contexto

A trajetória do sistema de saúde brasileiro e seu financiamento percorreram uma longa trajetória através de diferentes formas de governo até chegar ao que é hoje o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas décadas de 1920 a 1960 houve a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e posteriormente dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), assim formando a Previdência Social no Brasil.

Já nas décadas de 1970 e 1980 ocorreu o aumento acentuado da participação do Estado tanto na prestação de serviços bem como no controle e avaliação da prestação dos mesmos pelo setor privado. O novo Sistema Nacional de Saúde foi organizado em 1975 de acordo com os pressupostos da Constituição de 1967 e 1969, e ocorreu a reestruturação do sistema de previdência social e assistência social e médica com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS em 1977. A partir da promulgação da Constituição da República no final da década de 80, surge a noção de direito à saúde de forma universal e integral (SOARES, 2007). A Constituição Federal de 1988 e as Leis 8080/90 e 8142/90 assinalaram as principais diretrizes para organização do SUS.

Dentro deste contexto, Mendes e Marques (2009) apontam que no período anterior à Constituição, o financiamento do gasto federal em saúde foi, em sua grande maioria, viabilizado através de recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A participação média dessa fonte de financiamento foi de 80%, indicando que nesse período havia importante dependência do comportamento das receitas do complexo previdenciário, amplamente amparadas nas contribuições de empregados e empregadores.

No período posterior à Constituição, buscou-se uma ampliação dos recursos destinados ao financiamento das áreas de Seguridade Social. Para garantir o financiamento das despesas com a proteção, foi definido pelos constituintes que esse seria feito mediante recursos derivados dos orçamentos da União, estados,

Distrito Federal e municípios, e das contribuições sociais dos empregadores (COFINS, CSLL), dos trabalhadores e parcela da receita de concursos de loteria. Esses recursos não integrariam o orçamento da União e sim da Seguridade Social (OSS, artigo 195). Por meio de disposições transitórias, assegurou-se que 30% dos recursos do OSS deveriam ser destinados ao SUS. A esses recursos, precisariam ser acrescidas, receitas provenientes dos Tesouros estaduais e municipais. A Constituição não definia, entretanto, como seria a participação dos entes federados no financiamento da Seguridade Social. Em 1997, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), cujos recursos se somaram àqueles definidos na Constituição (MENDES, MARQUES, 2009).

Em relação às políticas de financiamento em saúde, as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 foram responsáveis por determinar uma série de processos automáticos de descentralização de recursos e instituíram uma política específica para a atenção básica, ao final favorecendo os programas considerados estratégicos para o desenvolvimento de um novo modelo de assistência - os de Saúde da Família (PSF) e os de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por meio de incentivos financeiros - Portaria 1.886/GM, 18/12/1997 (MELAMED, COSTA, 2003), como o Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo.

Em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, estipulando a forma da inserção da União, dos estados e dos municípios no financiamento do SUS. Segundo Campelli e Calvo (2007), a EC nº 29/2000 foi criada com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90. Não havia parâmetros legais que obrigassem os Estados, Distrito Federal e municípios a destinarem recursos próprios para a área da saúde. A economia e as políticas públicas de financiamento da União para financiar o SUS não possuíam estabilidade e se utilizavam de medidas de caráter emergencial e provisório para sanar a falta de recursos para o setor. Com isso, é de suma importância monitorar e avaliar se as exigências feitas pela EC nº 29 estão sendo cumpridas a fim de garantir os recursos adequados.

Em 2001 foi criada a Norma Operacional da Assistência em Saúde (NOAS/2001), que destaca a Média e Alta Complexidade. A NOAS e o processo a ela associado, definido como “regionalização da saúde”, em que pese ter tido como princípio promover modificações importantes nas relações entre os gestores do SUS (estaduais e municipais), acentuaram o uso dos incentivos financeiros na qualidade

de determinantes da política de saúde. Ou seja, a forma assumida pelo financiamento (limites financeiros para a média e alta complexidade) acaba configurando a política de saúde e reforçando a centralização pelo Ministério da Saúde, o que pode criar constrangimentos ao exercício da autonomia local (MARQUES, MENDES, 2003).

Corroborando, Solla, Reis e Soter et al. (2007) referem que a construção do SUS na última década foi assinalada por uma forte expansão da atenção básica, sendo a estratégia de Saúde da Família propulsora.

Com isso, diante do que foi exposto, pode-se dizer que o financiamento em saúde no Brasil passou por várias etapas, buscando atender de maneira adequada o sistema de saúde. Com a criação do SUS houve a expansão das políticas de financiamento e repasse dos recursos para a saúde, procurando garantir a universalidade, integralidade e a equidade. Cabe ressaltar, que o financiamento em saúde não se trata de um processo inerte, sendo importante a revisão das normas e políticas já existentes e, se necessário a implantação de novas medidas de acordo com as necessidades do sistema.

3.1.2 Caracterização das microrregiões estudadas

Nesse trabalho foram estudadas as microrregiões de Cachoeira do Sul e Montenegro, ambas no Rio Grande do Sul.

A microrregião de Cachoeira do Sul é constituída por 7 municípios, sendo a população total igual a 152.969 mil habitantes e sua área é de 7.584,02 km². O município de Cachoeira do Sul possui 83.827 mil habitantes sendo o mais populoso da microrregião, enquanto o município de Novo Cabrais possui a menor população que é de 3.855 mil habitantes. No que se refere ao território, Cachoeira do Sul também possui a maior área – 3.732,18 km² - e o município de Cerro Branco possui o menor território que corresponde a 158,77 km².

A microrregião de Montenegro é formada por 21 municípios, sua população total é de 197. 852 mil habitantes e possui uma área de 2.080,60 Km². A cidade de Montenegro tem a maior população – 59.415 mil habitantes- enquanto São Vendelino tem uma população de 1.944 mil habitantes. Montenegro também possui a maior área correspondendo a 424,01 Km² enquanto a cidade de São Vendelino possui 32,09 Km².

Tabela 1. População e área em Km² segundo municípios da microrregião de Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2010.

Municípios Microrregião Cachoeira do Sul	População Censo 2010	Área em km²
Cachoeira do Sul	83.827	3.738,18
Cerro Branco	4.454	158,77
Novo Cabrais	3.855	192,29
Pântano Grande	9.895	841,23
Paraíso do Sul	7.336	337,84
Passo do Sobrado	6.011	265,11
Rio Pardo	37.591	2.050,60
TOTAL	152.969	7.584,02
Municípios Microrregião Montenegro	População Censo 2010	Área em km²
Alto Feliz	2.917	79,17
Barão	5.741	124,49
Bom Princípio	11.789	88,5
Brochier	4.675	106,73
Capela de Santana	11.612	183,76
Feliz	12.359	95,37
Harmonia	4.254	44,76
Linha Nova	1.624	63,73
Maratá	2.527	81,18
Montenegro	59.415	424,01
Pareci Novo	3.511	57,41
Poço das Antas	2.017	65,07
Portão	30.92	159,9
Salvador do Sul	2.082	99,83
São José do Hortêncio	4.094	64,11
São José do Sul	2.082	59,03
São Pedro da Serra	3.315	35,39
São Sebastião do Caí	21.932	111,44
São Vendelino	1.944	32,09
Tupandi	3.924	59,54
Vale Real	5.118	45,09
TOTAL	197.852	2.080,60

Fonte: IBGE, Censo 2010.

De acordo com os dados obtidos, expostos na tabela abaixo, os municípios da microrregião de Cachoeira do Sul e de Montenegro dependem dos recursos das outras esferas de governo. A primeira apresenta um percentual do total de transferências constitucionais e legais igual a 82,7% e a segunda microrregião um percentual de 87,6%.

Tabela 2. Receitas municipais das microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

Municípios microrregião Cachoeira do Sul	Impostos líquidos	%	Transferências constitucionais e legais	%	Total	%
Cachoeira do Sul	14.366.987,61	24,0	44.615.096,78	75,6	58.982.084,39	100,0
Cerro Branco	265.789,96	4,2	6.004.829,37	95,8	6.270.619,34	100,0
Novo Cabrais	414.655,40	6,2	6.369.249,76	93,8	6.783.395,16	100,0
Pântano Grande	1.283.973,69	12,0	9.042.941,91	87,6	10.326.915,60	100,0
Paraíso do Sul	501.158,23	6,5	7.195.568,68	93,5	7.696.726,78	100,0
Passo do Sobrado	464.899,10	6,2	7.040.472,93	93,8	7.505.372,03	100,0
Rio Pardo	4.466.339,37	16,0	23.992.270,54	84,3	28.458.609,91	100,0
TOTAL	21.763.803,36	17,0	104.260.429,97	82,7	126.023.723,21	100,0

Municípios microrregião Montenegro	Impostos líquidos	%	Transferências constitucionais e legais	%	Total	%
Alto Feliz	248.194,37	3,8	6.204.968,44	96,2	6.453.162,87	100,0
Barão	435.413	5,5	7.337.246,00	94,5	7.764.325,33	100,0
Bom Princípio	1.860.882,15	13,0	12.151.950,98	86,7	14.012.833,13	100,0
Brochier	419.505,51	5,9	6.711.638,89	94,1	7.131.144,40	100,0
Capela de Santana	539.176,13	6,5	7.721.762,39	93,5	8.260.938,52	100,0
Feliz	2.462.749,49	18,0	11.374.166,88	82,2	13.836.916,37	100,0
Harmonia	458.744,94	5,3	8.228.448,38	94,7	8.687.193,32	100,0
Linha Nova	142.695,75	2,5	5.477.536,36	97,5	5.620.232,11	100,0
Maratá	505.730,63	6,7	6.971.906,77	93,3	7.477.937,40	100,0
Montenegro	13.793.509,33	23,0	47.091.683,40	77,4	60.885.192,73	100,0
Pareci Novo	466.177,20	6,1	7.211.283,13	93,9	7.677.460,32	100,0
Poço das Antas	233.673,63	3,6	6.260.009,03	96,4	6.493.682,66	100,0
Portão	4.142.902,04	15,0	23.832.997,04	85,2	27.975.899,08	100,0
Salvador do Sul	777.402,22	6,9	10.467.833,02	93,1	11.245.235,24	100,0
São José do Hortêncio	276.159,50	4,1	6.549.668,73	95,9	6.825.828,23	100,0
São José do Sul	184.278,75	2,7	6.549.684,04	97,3	6.733.962,79	100,0
São Pedro da Serra	341.357,94	4,4	7.340.068,35	95,6	7.681.426,29	100,0
São Sebastião do Caí	3.354.218,53	17,0	16.592.785,32	83,2	19.947.003,24	100,0
São Vendelino	337.558,33	4,8	6.632.322,33	95,2	6.969.880,67	100,0
Tupandi	599.239,89	5,4	10.525.425,65	94,6	11.124.665,54	100,0
Vale Real	616.895,37	9,0	6.227.301,79	91,0	6.844.197,36	100,0
TOTAL	32.196.464,70	12,0	227.460.686,92	87,6	259.649.117,60	100,0

Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

De acordo com os dados da “Sala de situação de Saúde” do Ministério da Saúde: na microrregião de Cachoeira do Sul as principais causas de internação hospitalar, entre os homens, foram as doenças do aparelho respiratório seguidas das doenças do aparelho circulatório. Já entre as mulheres o principal motivo de internação foi gravidez, parto e puerpério seguidas pelas doenças respiratórias e circulatórias. Na microrregião de Montenegro, entre os homens, as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis pelo maior de número de internações. Entre as mulheres, assim como na microrregião de Cachoeira do Sul, foi a gravidez,

parto e puerpério, porém nesta microrregião, seguidas das doenças do aparelho respiratório.

A microrregião de Cachoeira do Sul possui somente 2 hospitais gerais, sendo um localizado em Cachoeira do Sul e outro em Rio Pardo. O total de Unidades Básicas de Saúde existentes na microrregião é de 50 estabelecimentos.

A microrregião de Montenegro possui 7 hospitais gerais, sendo 2 localizados em Montenegro. E, possui 62 Unidades Básicas de Saúde. Cabe ressaltar que em ambas as microrregiões os hospitais não atendem exclusivamente através do Sistema Único de Saúde, sendo os leitos divididos com convênios de saúde privados.

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.

A transferência de recursos da União, nas médias dos anos de 2008 a 2010, aos municípios das microrregiões de Cachoeira do Sul e de Montenegro, corresponde a mais da metade do total de recursos para o SUS. E, em grande parte dos municípios, é praticamente o total da verba existente. Na microrregião de Cachoeira do Sul, o município que mais dependeu da verba da União foi o de Cachoeira do Sul (97,1% do total) e o que menos dependeu foi o de Cerro Branco (54,9%). Na microrregião de Montenegro, o município que recebeu mais recursos da União foi Capela de Santana (83,5%) e o que contou com menos repasse São Pedro da Serra (51,2%) do total de recursos.

Campelli e Calvo (2007) evidenciaram que existe uma diminuição da participação da União no financiamento de saúde após a aprovação da EC 29/2000 e, por outro lado, um aumento relativo dos gastos em saúde para os Estados e municípios. Tal afirmação vai de encontro aos dados do presente estudo, que demonstraram um maior aporte de recursos transferidos por parte da União em relação às transferências provenientes do Estado.

Os recursos repassados pelo Estado para as microrregiões na maioria dos municípios foi pouco significativa se comparada aos recursos repassados pela União. Na microrregião de Cachoeira do Sul, o município que mais recebeu recursos do Estado foi Cerro Largo (42,8% do total) e o que menos recebeu foi Cachoeira do Sul (2,6%). Na microrregião de Montenegro, o repasse mais significativo correspondeu a 46,6% em São José do Hortêncio e menos significativo em Harmonia (0%), que dependeu exclusivamente de repasses da União e de outras transferências.

Corroborando, Lima e Andrade (2009) destacam em seu estudo que foi realizado abrangendo grandes municípios brasileiros que as transferências oriundas do Estado e da União constituem fontes de receitas correntes fundamentais nas diferentes regiões do país.

Tabela 3. Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde para os municípios, microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

Municípios microrregião Cachoeira do Sul	Estado	%	União	%	Outras transferências	%	Total recursos	%
Cachoeira do Sul	393.024,73	2,6	14.523.475,57	97,1	37.018,77	0,2	14.953.618,97	100,0
Cerro Branco	265.528,03	42,8	340.374,96	54,9	13.870,86	2,2	619.873,75	100,0
Novo Cabrais	205.940,27	34,2	379.411,01	63,0	17.023,13	2,8	602.474,41	100,0
Pântano Grande	142.334,96	26,6	386.585,18	72,2	6.392,55	1,2	535.412,69	100,0
Paraíso do Sul	104.737,32	29,0	249.584,49	69,4	5.404,16	1,5	359.825,87	100,0
Passo do Sobrado	130.444,43	21,4	473.460,43	77,5	6.888,02	1,1	610.892,88	100,0
Rio Pardo	490.968,76	24,9	1.477.748,54	75,1	0,00	0,0	1.968.817,30	100,0
TOTAL	1.732.978,50	8,8	17.830.640,18	90,8	86.597,49	0,4	19.650.915,87	100,0
Municípios microrregião Montenegro	Estado	%	União	%	Outras transferências	%	Total recursos	%
Alto Feliz	53.187,49	17,5	236.708,07	77,8	14.302,48	5,6	304.298,94	100,0
Barão	60.804,33	18,8	255.996,67	79,00	7.345,00	2,2	324.246,00	100,0
Bom Princípio	243.836,02	18,5	1.047.687,36	79,5	25.653,22	2,0	1.317.276,60	100,0
Brochier	48.435,34	16,4	243.770,62	82,6	2.743,42	1,0	295.049,38	100,0
Capela de Santana	134.984,70	15,8	712.404,92	83,5	5.996,45	0,7	853.486,07	100,0
Feliz	387.161,57	26,5	1.044.382,84	71,5	28.255,82	2,0	1.459.900,23	100,0
Harmonia	0,00	0,0	185.118,91	99,0	1.920,85	1,0	187.139,76	100,0
Linha Nova	18.878,15	30,7	40.214,60	65,3	2.490,66	4,0	61.683,41	100,0
Maratá	49.128,93	15,8	260.171,07	83,3	2.876,52	0,9	312.276,52	100,0
Montenegro	879.363,08	22,6	2.866.561,28	73,8	139.020,41	3,6	3.885.044,77	100,0
Pareci Novo	38.856,30	10,7	292.619,57	80,9	30.194,99	8,3	361.770,76	100,0
Poço das Antas	28.297,07	23,2	93.356,26	76,4	497,20	0,4	122.250,53	100,0
Portão	242.878,83	21,2	885.223,68	77,2	18.605,28	1,6	1.146.807,79	100,0
Salvador do Sul	88.179,85	13,5	512.906,17	78,3	54.330,60	8,2	655.516,62	100,0
São José do Hortêncio	222.663,05	46,6	250.849,63	52,5	4.226,23	0,9	477.838,91	100,0
São José do Sul	65.924,93	28,2	161.907,95	69,4	5.605,24	2,4	233.538,12	100,0
São Pedro da Serra	71.129,26	17,2	210.971,07	51,2	130.592,70	31,6	412.793,03	100,0
São Sebastião do Caí	283.153,14	28,7	691.556,80	70,2	10.781,89	1,1	985.591,83	100,0
São Vendelino	60.427,67	21,0	225.851,67	78,6	1.113,33	0,4	287.492,67	100,0
Tupandi	62.197,59	19,7	245.566,71	77,7	8.114,07	2,6	315.978,37	100,0
Vale Real	109.935,10	21,9	390.528,44	77,9	1.120,04	0,2	501.683,58	100,0
TOTAL	3.149.422,40	21,8	10.854.354,29	74,8	495.786,40	3,4	14.501.663,89	100,0

Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

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

Na microrregião de Cachoeira do Sul os recursos próprios são maiores que os recursos transferidos anualmente pelas esferas federal e estadual, correspondendo a 51,5% do total. Porém, em relação aos municípios, somente Cachoeira do Sul possui maior valor de recursos transferidos do que próprios, sendo 60,6% do total dos recursos aplicados em saúde.

Na microrregião de Montenegro todos os municípios aplicam mais recursos próprios em saúde, correspondendo a 75,4%, enquanto os recursos transferidos correspondem a 24,6% do total de recursos aplicados em saúde.

Faveret (2003) destaca em seu estudo que o processo de descentralização de receitas implementado a partir da Constituição Federal de 1988 foi seguido da descentralização das responsabilidades no âmbito municipal dentro da área da saúde, ocorrendo, conseqüentemente o aumento do aporte de recursos nesse setor.

Dentro deste contexto, o avanço do SUS ocasionou uma participação maior por parte dos municípios no financiamento da saúde e, assim sendo, uma queda relativa dos recursos da União, porém eles continuam de longe a ser a principal fonte de receita (MARQUES, MENDES, 2003).

Tabela 4. Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde, municípios microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

Municípios microrregião Cachoeira do Sul	Recursos próprios (R\$)	%	Recursos transferidos (R\$)	%	Total	%
Cachoeira do Sul	9.618.707,80	39,4	14.808.583,28	60,6	24.427.391,08	100,0
Cerro Branco	993.364,62	63,9	561.207,95	36,1	1.554.672,57	100,0
Novo Cabrais	1.050.188,34	67,3	509.625,98	32,7	1.559.914,32	100,0
Pântano Grande	2.159.445,01	79,1	573.032,05	20,9	2.732.577,06	100,0
Paraíso do Sul	1.664.830,47	81,1	388.638,12	18,9	2.053.568,59	100,0
Passo do Sobrado	1.375.727,53	69,8	594.468,34	30,2	1.970.295,87	100,0
Rio Pardo	4.690.067,03	62,4	2.831.570,34	37,6	7.521.737,37	100,0
TOTAL	21.552.330,80	51,5	20.267.126,06	48,5	41.820.156,86	100,0
Municípios microrregião Montenegro	Recursos próprios (R\$)	%	Recursos transferidos (R\$)	%	Total	%
Alto Feliz	1.072.912,23	81,0	251.601,56	19,0	1.324.514,79	100,0
Barão	1.318.414,67	78,6	358.271,33	21,4	1.676.786,00	100,0
Bom Princípio	2.369.588,84	65,0	1.276.051,29	35,0	3.645.740,13	100,0
Brochier	1.244.741,73	76,3	377.279,18	23,3	1.622.120,51	100,0
Capela de Santana	1.646.250,26	61,6	1.025.940,50	38,4	2.672.290,76	100,0
Feliz	2.509.150,71	63,6	1.434.980,06	36,4	3.944.230,77	100,0
Harmonia	1.486.686,51	83,0	303.767,75	17,0	1.790.554,26	100,0
Linha Nova	915.432,00	94,3	54.977,37	5,7	970.509,37	100,0
Maratá	1.196.304,35	75,4	389.555,38	24,6	1.585.959,73	100,0
Montenegro	11.423.558,98	73,8	4.045.936,11	26,2	15.469.595,09	100,0
Pareci Novo	1.264.768,80	78,6	343.848,84	21,4	1.608.717,64	100,0
Poço das Antas	1.132.849,73	90,0	126.482,32	10,0	1.259.432,05	100,0
Portão	4.933.346,20	84,0	939.492,49	16,0	5.872.938,69	100,0
Salvador do Sul	2.008.940,78	75,7	644.972,68	24,3	2.654.013,46	100,0
São José do Hortêncio	1.268.975,17	73,0	467.540,40	27,0	1.736.615,57	100,0
São José do Sul	1.085.639,63	77,9	308.481,19	22,1	1.394.220,82	100,0
São Pedro da Serra	1.363.984,65	80,3	334.099,42	19,7	1.698.184,07	100,0
São Sebastião do Caí	4.046.236,93	77,1	1.204.590,50	22,9	5.250.927,43	100,0
São Vendelino	1.265.369,33	82,4	270.564,34	17,6	1.536.033,67	100,0
Tupandi	1.690.623,49	82,6	354.960,10	17,4	2.045.683,59	100,0
Vale Real	1.106.681,54	65,8	575.141,62	34,2	1.681.923,16	100,0
TOTAL	46.350.456,53	75,4	15.088.534,43	24,6	61.440.991,56	100,0

Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal

3.2.3 Grau de cumprimento da Emenda Constitucional número 29/2000.

A EC-29/2000 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios teriam que aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Para os municípios, foi fixado o percentual mínimo de 15% do produto da arrecadação dos impostos de propriedade predial e territorial urbana, transmissão “*inter-vivos*”, a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou

acessão física, e de direitos reais sobre imóveis e impostos sobre serviços de qualquer natureza e dos recursos provenientes das transferências da União e dos Estados (CAMPELLI, CALVO, 2007).

Na microrregião de Cachoeira do Sul todos os municípios tiveram mais de 15% dos recursos aplicados em saúde, estando de acordo com o estabelecido pela EC número 29/2000. Paraíso do Sul foi o município que aplicou proporcionalmente mais recursos, correspondendo a 21,6%.

Na microrregião de Montenegro, também, todos os municípios cumpriram com o percentual mínimo estabelecido pela EC 29/2000. São Sebastião do Caí destacou-se com o município que proporcionalmente mais aplicou, correspondendo a 20,3% dos recursos em saúde.

Tabela 5. Recursos próprios aplicados em saúde, municípios das microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

Municípios microrregião Cachoeira do Sul	Recursos próprios (R\$)	%	Base de cálculo	%
Cachoeira do Sul	9.618.707,80	39,4	58.982.084,39	16,3
Cerro Branco	993.364,62	63,9	6.270.619,34	15,8
Novo Cabrais	1.050.188,34	67,3	6.783.395,16	15,5
Pântano Grande	2.159.445,01	79,1	10.326.915,60	20,9
Paraíso do Sul	1.664.830,47	81,1	7.696.726,78	21,6
Passo do Sobrado	1.375.727,53	69,8	7.505.372,03	18,3
Rio Pardo	4.690.067,03	62,4	28.458.609,91	16,5
TOTAL	21.552.330,80	51,5	126.023.723,21	17,1
Municípios microrregião Montenegro	Recursos próprios (R\$)	%	Base de cálculo	%
Alto Feliz	1.072.912,23	81,0	6.453.162,87	16,6
Barão	1.318.414,67	78,6	7.764.325,33	17,0
Bom Princípio	2.369.588,84	65,0	14.012.833,13	16,9
Brochier	1.244.741,73	76,3	7.131.144,40	17,5
Capela de Santana	1.646.250,26	61,6	8.260.938,52	19,9
Feliz	2.509.150,71	63,6	13.836.916,37	18,1
Harmonia	1.486.686,51	83,0	8.687.193,32	17,1
Linha Nova	915.432,00	94,3	5.620.232,11	16,3
Maratá	1.196.304,35	75,4	7.477.937,40	16,0
Montenegro	11.423.558,98	73,8	60.885.192,73	18,8
Pareci Novo	1.264.768,80	78,6	7.677.460,32	16,5
Poço das Antas	1.132.849,73	90,0	6.493.682,66	17,4
Portão	4.933.346,20	84,0	27.975.899,08	17,6
Salvador do Sul	2.008.940,78	75,7	11.245.235,24	17,9
São José do Hortêncio	1.268.975,17	73,0	6.825.828,23	18,6
São José do Sul	1.085.639,63	77,9	6.733.962,79	16,1
São Pedro da Serra	1.363.984,65	80,3	7.681.426,29	17,8
São Sebastião do Caí	4.046.236,93	77,1	19.947.003,24	20,3
São Vendelino	1.265.369,33	82,4	6.969.880,67	18,1
Tupandi	1.690.623,49	82,6	11.124.665,54	15,2
Vale Real	1.106.681,54	65,8	6.844.197,36	16,2
TOTAL	46.350.456,53	75,4	259.649.117,60	17,9

Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

3.2.4 Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental.

Os dados da tabela abaixo indicam que a microrregião de Montenegro teve maior gasto público total por habitante do que a microrregião de Cachoeira do Sul. Porém, na microrregião de Cachoeira do Sul, o município de Paraíso do Sul que aplicou 21,6% dos recursos em saúde teve um gasto público de R\$279,90 por habitante, enquanto o município de Novo Cabrais que aplicou 15,5% dos recursos em saúde teve um gasto público total de R\$ 404,61 por habitante.

O mesmo fato se destaca na microrregião de Montenegro, onde o município de São Sebastião do Caí aplicou 20,3% da verba em saúde e teve um gasto público total de R\$ 239,41 por habitante. Por outro lado, o município de Tupandi aplicou 15,2% e obteve um gasto de R\$ 521,29 enquanto Salvador do Sul com 17,9% teve um gasto público total de R\$ 1.274,68.

O fato de os municípios das duas microrregiões terem recursos próprios maiores que os transferidos pelas outras esferas e, também de ambos cumprirem com percentual mínimo estabelecido pela EC 29/2000, pode explicar o maior gasto público por parte dos municípios em relação às outras esferas. Campelli e Calvo (2007) evidenciaram em seu estudo que a média percentual de recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios brasileiros vem aumentando progressivamente desde o ano 2000.

Tabela 6. Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental, municípios microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

Municípios microrregião Cachoeira do Sul	Recursos próprios (R\$)	Recursos outras esferas (R\$)	Total
Cachoeira do Sul	114,74	176,65	291,39
Cerro Branco	223,02	126,00	349,02
Novo Cabrais	272,42	132,19	404,61
Pântano Grande	218,23	57,91	276,14
Paraíso do Sul	226,93	52,97	279,90
Passo do Sobrado	228,86	98,89	327,75
Rio Pardo	124,76	75,32	200,08
TOTAL	140,89	132,49	273,38
Municípios microrregião Montenegro	Recursos próprios(R\$)	Recursos outras esferas (R\$)	Total
Alto Feliz	367,81	86,25	454,06
Barão	229,64	62,40	292,04
Bom Princípio	200,99	108,24	309,23
Brochier	266,25	80,70	346,95
Capela de Santana	141,77	88,35	230,12
Feliz	203,02	116,10	319,12
Harmonia	349,47	71,40	420,87
Linha Nova	563,68	33,85	597,53
Maratá	473,40	154,15	627,55
Montenegro	192,26	68,09	260,35
Pareci Novo	360,23	97,93	458,16
Poço das Antas	561,65	62,70	624,35
Portão	159,55	30,38	189,93
Salvador do Sul	964,90	309,78	1274,68
São José do Hortêncio	309,95	114,20	424,15
São José do Sul	521,44	148,16	669,60
São Pedro da Serra	411,45	100,78	512,23
São Sebastião do Cai	184,49	54,92	239,41
São Vendelino	650,91	139,17	790,08
Tupandi	430,84	90,45	521,29
Vale Real	216,23	112,37	328,60
TOTAL	234,26	76,26	310,52

Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

3.2.5 Subfunções orçamentárias de saúde mais expressivas.

Neste tópico serão abordados dados sobre as subfunções orçamentárias de saúde mais expressivas. Dentre elas: atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, alimentação e nutrição e outras.

Tanto na microrregião de Cachoeira do Sul como na de Montenegro, a subfunção Atenção Básica foi a única que recebeu recursos por todos os municípios. Apesar disso, no total, recebeu menos recursos que a subfunção assistência hospitalar e ambulatorial na microrregião de Cachoeira do Sul. Corroborando,

Marques e Mendes (2003) salientam que os incentivos federais à Atenção Básica constituem com frequência o único modo dos municípios obterem novos recursos. Contudo, podendo não satisfazer suas necessidades locais. Dentro desse contexto, pode não haver a cobertura dos custos reais dos serviços. Dessa maneira, os municípios acabam por financiar, de certa forma, políticas federais afetando ações voltadas à sua população.

Na microrregião de Cachoeira do Sul, todos os municípios aplicaram recursos referentes à Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Na microrregião de Montenegro, os municípios de Barão, Harmonia, Linha Nova, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Sebastião do Caí e Vale Real não aplicaram recursos para essa subfunção orçamentária de saúde. A última microrregião aplicou mais recursos para Atenção Básica.

De acordo com Melamed e Costa (2003), a criação do PAB definido pela Norma Operacional Básica 01/96 estaria diretamente associada ao desenvolvimento de um modelo assistencial novo. Dando-se sua efetivação pelo deslocamento da atenção médico-hospitalar, tendo como meta a diminuição das internações hospitalares e a criação de novos programas de natureza ambulatorial e intersetorial. Além do mais, busca-se mudar o perfil das despesas através da introdução de práticas preventivas e de serviços substitutivos de menor custo.

As subfunções orçamentárias suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária e epidemiológica foram as que menos receberam recursos em ambas as microrregiões. Somente na microrregião de Montenegro é que o Suporte profilático e terapêutico teve um valor mais significativo.

Alimentação e Nutrição foi a subfunção que apresentou menor alocação de verbas. Na microrregião de Cachoeira do Sul nenhum município aplicou nessas ações do ponto de vista orçamentário. Já na microrregião de Montenegro o total per capita foi de R\$ 0,60.

Complementando, Arretche (2003) diz que a autonomia local, ou seja, dos municípios para gestão de políticas pode gerar oportunidades para que os governantes tomem decisões de acordo com suas prioridades. Essas podem não ser, fundamentalmente, compatíveis ao interesse e bem-estar da população. Sendo o aporte adequado de recursos financeiros decisivamente importante para a qualidade de gestões locais.

Tabela 7. Gasto público em saúde por subfunção orçamentária, municípios das microrregiões Cachoeira do Sul e Montenegro, RS, 2008-2010 (média anual em R\$).

Microrregião Cachoeira do Sul	Atenção Básica	Assistência hospitalar e ambulatorial	Suporte profilático e terapêutico	Vigilância sanitária	Vigilância epidemiológica	Alimentação e nutrição	Outras subfunções
Cachoeira do Sul	975.188,35	11.971.831,41	348.796,58	106.353,61	96.629,05	0,00	10.928.492,08
Cerro Branco	1.523.649,34	9.189,91	0,00	7.021,72	14.711,60	0,00	0,00
Novo Cabrais	1.217.599,86	79.005,96	58.607,73	12.451,85	26.473,90	0,00	165.675,03
Pântano Grande	2.538.003,01	5.311,97	0,00	3.964,94	15.632,32	0,00	169.564,77
Paraíso do Sul	208.489,26	1.027.343,61	66.643,36	0,00	19.228,64	0,00	731.763,72
Passo do Sobrado	1.937.312,41	19.847,10	13.036,45	0,00	0,00	0,00	0,00
Rio Pardo	47.420,99	7.313.655,70	0,00	0,00	0,00	0,00	33.849,33
TOTAL	8.447.663,22	20.426.185,66	487.084,12	129.792,12	172.675,51	0,00	12.029.344,93
Per capita	55,22	133,53	3,18	0,84	1,13	0,00	78,64
Microrregião Montenegro	Atenção Básica	Assistência hospitalar e ambulatorial	Suporte profilático e terapêutico	Vigilância sanitária	Vigilância epidemiológica	Alimentação e nutrição	Outras subfunções
Alto Feliz	232.274,11	1.058.279,64	21.065,29	50,00	12.844,45	0,00	0,00
Barão	1.045.830,33	0,00	0,00	33,67	0,00	0,00	630.822,00
Bom Princípio	3.229.808,78	241.482,17	0,00	42	31.068,45	0,00	235.332,23
Brochier	1.530.165,47	85.666,67	0,00	0,00	0,00	0,00	6.188,77
Capela de Santana	2.085.258,40	0,00	77.111,45	5.477,72	3.530,08	0,00	500.723,13
Feliz	1.907.220,92	2.000.788,27	0,00	8.087,06	28.034,51	0,00	0,00
Harmonia	1.790.454,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Linha Nova	970.409,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Maratá	1.334.786,99	182.462,42	0,00	5.046,08	53.225,46	0,00	10.338,77
Montenegro	2.805.648,56	10.295.454,16	23.526,73	57.196,73	148.339,28	0,00	2.139.329,73
Pareci Novo	1.521.410,72	87.206,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Poço das Antas	1.259.332,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Portão	901.136,53	276.570,98	4.254.050,81	6.995,07	0,00	0,00	434.085,30
Salvador do Sul	1.238.717,13	705.264,62	0,00	0,00	13.779,17	0,00	696.152,54
São José do Hortêncio	1.709.169,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	27.345,91
São José do Sul	931.590,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	462.530,21
São Pedro da Serra	1.069.396,64	417.163,50	97.690,97	8.277,70	8.579,42	11.073,79	85.902,04
São Sebastião do Caí	5.204.258,01	0,00	0,00	13.417,10	17.719,46	0,00	15.432,86
São Vendelino	1.495.077,00	28.703,67	0,00	4.570,00	7.583,00	0,00	0,00
Tupandi	0,00	2.045.583,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vale Real	1.583.464,95	0,00	0,00	8.730,88	8.742,71	0,00	80.884,92
TOTAL	33.845.410,58	17.424.626,61	4.473.445,25	117.924,01	315.726,53	11.073,79	5.325.068,41
Per capita	171,06	88,07	22,61	5,96	15,96	0,60	26,91

Fonte: SIOPS, Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste estudo foi analisar as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões de Cachoeira do Sul e Montenegro do RS nos anos de 2008 a 2010. Além disso, quantificar o volume total de recursos transferidos para saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios e de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios. Também, averiguar o grau de cumprimento da EC 29/2000, determinando o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental e discriminar entre as subfunções orçamentárias de saúde, quais foram mais expressivas.

No que diz respeito aos recursos transferidos pelas esferas federal e estadual, verificou-se que a União é responsável por mais da metade dos recursos repassados para saúde em ambas as microrregiões, sendo em alguns municípios praticamente a única verba existente. Já os recursos vindos da esfera estadual mostraram-se pouco significativos. Também foi verificado que nas duas microrregiões foram aplicados mais recursos próprios em saúde do que recursos transferidos das outras esferas de governo.

Em relação à EC 29/2000, pode-se verificar que o conjunto de municípios das microrregiões de Cachoeira do Sul e Montenegro cumpriram com o estabelecido pela mesma, ou seja, aplicaram pelos menos 15% da receita em saúde. Na primeira, a maior porcentagem de recursos aplicados em saúde foi de 21,6%; na segunda, correspondeu a 20,3%.

A microrregião de Montenegro teve um gasto público total em saúde maior que o da microrregião de Cachoeira do Sul. Foi verificado nas duas microrregiões que não necessariamente municípios que destinaram mais recursos à saúde, de acordo com o preconizado pela EC 29/2000, foram os que tiveram maior gasto público per capita. Contudo, dentro desse contexto, foi averiguado que municípios que aplicaram menos recursos em saúde tiveram um gasto público total per capita maior.

A Atenção Básica foi a única subfunção orçamentária de saúde que recebeu recursos em todos os municípios de ambas as microrregiões. Porém, a microrregião de Cachoeira do Sul recebeu no total menos recursos que a Assistência hospitalar e ambulatorial. Essa, por sua vez, recebeu menos recursos na microrregião de

Montenegro. As subfunções Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Epidemiológica apresentam recursos pouco significativos em ambas as microrregiões. Também foi verificado que a Alimentação e Nutrição foi a subfunção que menos recebeu recursos. Na microrregião de Cachoeira do Sul nenhum município repassou recurso, enquanto na microrregião de Montenegro o valor per capita foi muito baixo.

Por fim, destaca-se a importância de conhecer as características do financiamento público em saúde, evidenciando os aspectos bem como problemas comuns existentes na distribuição de recursos em saúde nas microrregiões. Tais dados são relevantes para avaliação e controle da verba destinada à saúde nos municípios, servindo de ferramenta para o planejamento e gestão da saúde.

REFERÊNCIAS

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/TRSeminario2.pdf>

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, p. 331-45, 2003.

BRASIL. **Lei Complementar 141/2012 de 13/01/2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp141.htm. Acessado em 17/02/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) em <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php>. Acessado em 12/01/2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde. Disponível em <http://189.28.128.178/sage/>. Acessado em 17/01/2012.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow, CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-23, 2007.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 371-378, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acessado em 15/01/2012.

LIMA, Luciana Dias de, ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p. 2237-2248, 2009.

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.

MATTOS, Ana Maria, FRAGA, Tânia. Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos da Escola de Administração adequada à NBR 14724 de 2011. Porto Alegre, 2011. Disponível em www.ea.ufrgs.br/index.asp.

MELAMED, Clarice, COSTA, Nilson do Rosário. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

MENDES, Áquilas, MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 841-850, 2009.

PORTO, Silvia Marta, UGÁ, Maria Alicia Dominguez, MOREIRA, Rodrigo da Silva. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p. 3795-3806, 2011.

SOARES, Adilson. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1565-72, 2007.

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 Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 4, pp. 495-502, 2007.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p. 1201-1212, 2011.