

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE**

Luís Carlos Ferreira Araújo

**INVESTIMENTOS EM CONSTRUÇÕES E AMPLIAÇÕES DE
UNIDADES DE SAÚDE COM RECURSOS DE CONVÊNIOS NOS
MUNICÍPIOS DA 13ª COORDENADORIA REGIONAL DE
SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

**Porto Alegre
OUTUBRO/2006**

Luís Carlos Ferreira Araújo

**INVESTIMENTOS EM CONSTRUÇÕES E AMPLIAÇÕES DE
UNIDADES DE SAÚDE COM RECURSOS DE CONVÊNIOS NOS
MUNICÍPIOS DA 13ª COORDENADORIA REGIONAL DE
SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

**Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado ao Programa de
Pós-Graduação em Políticas Públicas e
Gestão Estratégica em Saúde da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Políticas Públicas e
Gestão Estratégica em Saúde.**

Orientador: Prof. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre
OUTUBRO/2006

Luís Carlos Ferreira Araújo

**INVESTIMENTOS EM CONSTRUÇÕES E AMPLIAÇÕES DE
UNIDADES DE SAÚDE COM RECURSOS DE CONVÊNIOS NOS
MUNICÍPIOS DA 13ª COORDENADORIA REGIONAL DE
SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL**

Conceito final:
Aprovado em de de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Molinos Pires Filho

Profª Drª Maria Clara V. Weiss

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Orientador Professor Dr. Roger dos Santos Rosa - UFRGS

DEDICATÓRIA

Dedico o presente trabalho a Carla, Luís Filipe e Ana Luísa, pela compreensão, pelo carinho e o incentivo, nos momentos de incerteza.

AGRADECIMENTO

Agradeço, em especial, ao orientador Professor Roger dos Santos Rosa pela forma educada, respeitosa e competente de como nos conduziu à realização da monografia.

RESUMO

O trabalho demonstra a evolução das transferências do SUS com vistas ao financiamento das ações de saúde dos municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (RS), por força da descentralização financeira, assim como, compara as receitas e despesas em saúde verificadas no período de 1998-2004. Demonstra o impulso dado pela aprovação da EC 29/2000 e a tendência de aumento e estabilização destes investimentos. Neste universo, e a partir da política de reorganização da atenção primária, explicita o montante de recursos transferidos através de convênios, para investimento na infra-estrutura da rede de saúde dos municípios daquela região. Verifica que os investimentos e financiamentos em capital fixo são tímidos e que os mecanismos de financiamento (convênios), devem ser considerados como um instrumento que possibilite investimentos desta natureza, desde que elaborados a partir da articulação entre as três esferas que compõem o Sistema Único de Saúde.

Unitermos: Financiamento, Sistema Único de Saúde, Descentralização, Infra-estrutura, Economia da Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Evolução da Receita Municipal Total e das Transferências Federais e Estaduais a Municípios, 13ª CRS, RS, 1995-2004	27
Gráfico 2 – Relação entre a Receita Total, as Transferências Federais e as do Ministério da Saúde.....	28
Gráfico 3 – Evolução e Tendência das Transferências do Ministério da Saúde, 13ª CRS, RS 1998-2000.....	29
Gráfico 4 – Evolução das Transferências Fundo a Fundo, 13ª CRS, RS, 1998-2004	30
Gráfico 5 – Evolução das Transferências por Convênios, 13ª CRS, RS, 1998-2004	30
Gráfico 6 – Relação entre a Receita Total e as Transferências do MS, 13ª CRS, RS, 1998-2004.....	31
Gráfico 7 – Relação entre as Transferências do MS e as Transferências Federais, 13ª CRS, RS, 1998 -2004	31
Gráfico 8 – Evolução da Despesa dos Municípios com Saúde, das Transferências Federais e Estaduais do SUS, 13ª CRS, RS, 1998 -2004.....	33
Quadro 1 – Estimativa da População, por Município da 13ª CRS, RS, 2005.....	10
Quadro 2 – Produto Interno dos Municípios da 13ª CRS, RS, 2003.....	11
Quadro 3 – Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios da 13ª CRS, RS, 2000.....	12
Quadro 4 – Demonstrativo das Transferências da União para a Região da 13ª CRS, RS no período de 1996 – 2004, e a Relação entre os Recursos Recebidos por Repasse Automático e o Voluntário, na Área da Saúde.....	13
Quadro 5 – Convênios Firmados para Obras de Construção, Ampliação e Adaptação no Período 1998-2004.....	34
Quadro 6 – Rede Física Ambulatorial tipo Municipal dos Municípios da 13ª CRS, RS, 2006.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução da Receita Municipal Total e das Transferências Federais e Estaduais, 13ª CRS, RS, 1995-2004 (US\$ milhões)	26
Tabela 2 – Evolução da Receita Municipal Total e das Transferências Federais e do Ministério da Saúde (Fundo a Fundo e Convênios), 13ª CRS, RS, 1998-2004 (US\$ milhões)	28
Tabela 3 – Evolução da Despesa Municipal com Saúde e das Despesas com Saúde com Recursos Transferidos pelo MS e Pelo Estado, 13ª CRS, RS, 1998-2004 (US\$ milhões)	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACG	Sistema de Análise de Contas de Gestão
AMS	Assistência Médico-Sanitária
CGU	Controladoria Geral da União
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EC	Emenda Constitucional
ELB	Estudos de Linha de Base
FEE	Fundação de Economia e Estatística
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GESCON	Sistema de Gerenciamento de Convênios
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MF	Ministério da Fazenda
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SIAFI	Sistema de Administração Financeira
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	RESUMO	5
1	INTRODUÇÃO	10
1.1	CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO: POPULAÇÃO E ECONOMIA	11
1.2	RECURSOS FINANCEIROS: TRANSFERÊNCIAS.....	14
2	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	16
3	JUSTIFICATIVA	17
4	REFERENCIAL TEÓRICO	18
5	OBJETIVOS	25
5.1	OBJETIVO GERAL	25
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
6	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
7	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
7.1	ANÁLISE DA RECEITA	28
7.2	ANÁLISE DA DESPESA.....	34
7.3	DESCRIÇÃO DA REDE FÍSICA.....	36
8	CONCLUSÕES	38
	REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

Os anos 90 caracterizaram-se pelo avanço do processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Os municípios passam a ser os principais atores responsáveis pela gestão dos serviços de saúde, cujo financiamento, a partir do final dessa mesma década, toma contornos diferentes ao vivido em décadas passadas.

Com a implementação gradativa da descentralização e o acréscimo crescente de recursos, os serviços de saúde ofertados diretamente pelos municípios sofreram um aumento considerável, ainda mais com a política de expansão da atenção básica através da implantação de programas, onde predominam as ações preventivas e de promoção da saúde.

A partir desta nova concepção do sistema de saúde brasileiro, necessariamente os agentes locais passam por um processo de reorganização das secretarias municipais de saúde, principalmente no que diz respeito à estruturação e composição da rede e nas condições de acesso aos serviços de saúde.

As transferências federais realizadas com mais intensidade a partir da efetiva entrada em vigor, em 1998, da Norma Operacional Básica, (NOB)/1996, passam a constituir uma importante fonte de receita aos municípios. Porém, em que pese todo o avanço da descentralização financeira, a maioria dos municípios ainda apresenta precariedade em suas instalações e capacidade física.

Devido aos poucos pronunciamentos existentes, este estudo busca estabelecer dentre o volume de recursos disponibilizados à região da 13ª Coordenaria Regional de Saúde (CRS), estrutura pertencente à Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande Sul, destacar o que foi transferido pelo Governo Federal para investimento na ampliação da rede física da atenção básica dos municípios da região, com foco na modalidade de transferência voluntária, dada a sua natureza, a fim de demonstrar qual a influência na composição da rede física básica dos municípios, porta de entrada do sistema de saúde.

1.1 CARACTERÍSTICAS DA REGIÃO: POPULAÇÃO E ECONOMIA

O estudo foi desenvolvido junto aos 13 municípios abrangidos pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, localizados na Região do Vale do Taquari, estado do Rio Grande do Sul (RS), a saber: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz.

Conforme estimativa apresentada pela Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul (FEE/RS), para o ano de 2005, estes municípios têm população de 328.418 habitantes, distribuídos conforme quadro a seguir.

Municípios	Total	Rural	Urbana
Candelária	30.536	14.533	16.003
Gramado Xavier	4.201	3.665	536
Herveiras	3.256	2.713	543
Mato Leitão	3.423	1.875	1.548
Pântano Grande	11.607	1.477	10.130
Passo do Sobrado	6.326	4.993	1.333
Rio Pardo	39.295	10.359	28.936
Santa Cruz do Sul	113.988	11.959	102.029
Sinimbu	10.758	9.221	1.537
Vale do Sol	11.639	10.656	983
Vale Verde	3.553	2.613	940
Venâncio Aires	66.883	23.715	43.168
Vera Cruz	22.953	10.962	11.991
Total	328.418	108.741	219.677

Quadro 1 – Estimativa da População, por Município da 13ª CRS, RS, 2005

Fonte: Fundação de Economia e Estatística do RS

Conforme dados do quadro acima a população estimada correspondente a 3 % do total do Estado, predominando a população urbana com percentual de 67%.

Apesar da predominância da população urbana, as atividades econômicas dos municípios estão voltadas primeiramente para as atividades agropecuárias, responsáveis por 41% da renda, seguidas pelas atividades ligadas aos serviços, atingindo 39% da renda, e, por último, as atividades industriais com 20%.

O Produto Interno Bruto (PIB) e o Produto Interno Bruto per capita, dos municípios da região estudada, no ano de 2003 – com base na população estimada do IBGE, segundo a Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul (FEE/RS), apresentam desempenho no quadro a seguir.

Municípios	PIB (R\$ mil)	PIB per capita (R\$)
Candelária	243.781	8.030
Gramado Xavier	27.290	7.368
Herveiras	21.578	7.219
Mato Leitão	73.270	21.487
Pantano Grande	111.967	9.853
Passo do Sobrado	61.261	10.833
Rio Pardo	321.521	8.483
Santa Cruz do Sul	2.642.925	23.139
Sinimbu	85.606	8.666
Vale do Sol	121.521	11.460
Venâncio Aires	972.177	15.059
Vera Cruz	272.608	12.032
Vale Verde	36.527	11.483

Quadro 2 – Produto Interno dos Municípios da 13ª CRS, RS, 2003

Fonte: FEE/RS

Conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da Região é de 0,770 distante do índice do Estado (0,809) e superior ao do Brasil (0,757).

Verifica-se, ainda, que somente o município de Santa Cruz do Sul apresenta índice superior ao verificado no Estado, conforme quadro a seguir.

Município	IDHM	IDHM Renda	IDHM Longevidade	IDH Educação
Candelária	0,756	0,658	0,778	0,833
Gramado Xavier	0,749	0,708	0,746	0,793
Herveiras	0,760	0,633	0,829	0,818
Mato Leitão	0,801	0,686	0,829	0,887
Pantano Grande	0,745	0,668	0,727	0,840
Passo do Sobrado	0,769	0,655	0,786	0,867
Rio Pardo	0,754	0,687	0,727	0,849
Santa Cruz do Sul	0,817	0,767	0,745	0,939
Sinimbu	0,768	0,651	0,817	0,837
Vale do Sol	0,759	0,649	0,789	0,840
Vale Verde	0,749	0,646	0,795	0,805
Venâncio Aires	0,793	0,701	0,795	0,884
Vera Cruz	0,791	0,681	0,789	0,903

Quadro 3 – Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios da 13ª CRS, RS, 2000
Fonte: PNUD, 2006

Na área da saúde, a maioria dos municípios está na forma de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) denominada Gestão Plena da Atenção Básica, com exceção dos municípios de Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires, cujas Gestões são Plenas do Sistema.

1.2 RECURSOS FINANCEIROS: TRANFERÊNCIAS

Conforme dados da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), Controladoria Geral da União (CGU), Fundo Nacional de Saúde (FNS) e Ministério da Saúde/Datasus, a região em estudo recebeu transferências de recursos federais constitucionais, regulares e automáticas do Sistema Único de Saúde e de transferências voluntárias conforme quadro a seguir.

Ano	Transferência Constitucional em US\$ (A)	Repasse Automático do SUS, em US\$ (B)	Transferência Voluntária Ministérios, em US\$ (C)	Transferência Voluntária Ministério da Saúde, em US\$ (D)	% (D/A)
1996	19,71	-	1,12	0,01	-
1997	21,17	-	0,85	0,10	-
1998	31,83	4,16	0,84	0,10	2,40
1999	23,29	5,44	0,67	0,11	2,02
2000	26,44	5,89	1,82	0,38	6,45
2001	21,23	5,72	1,27	0,36	6,29
2002	20,42	5,32	1,02	0,06	1,12
2003	21,48	6,42	0,28	0,21	3,27
2004	24,55	8,44	1,13	0,31	3,70
Total	210,12	41,39	9,00	1,60	

Quadro 4 – Demonstrativo das Transferências da União para a Região da 13ª CRS, RS no período de 1996 – 2004, e a Relação entre os recursos recebidos por repasse automático e o voluntário, na área da saúde:

- (A) : dados coletados junto à MF/STN
 (B) : dados coletados junto ao Ministério da Saúde/Datasus (1998-2000)
 (C) : dados coletados junto ao Ministério da Saúde/FNS (2001-2004)
 (D) : dados coletados junto à Presidência da República/CGU

Com base no quadro acima percebe-se que, diferentemente das transferências regulares e automáticas, fundo a fundo, que seguem uma tendência progressiva, as transferências voluntárias apresentam uma distribuição oscilante de recursos. Cabe então, analisar os reflexos destes recursos, que devido à natureza específica, são, mormente, utilizados para investimentos na infra-estrutura da rede pública municipal.

2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Os recursos repassados para a área da saúde aos municípios da Região em estudo têm sido essenciais à descentralização da gestão financeira para os municípios. As transferências voluntárias por sua vez, apesar de em menor volume, representam a possibilidade de direcionamento de capital fixo para a estruturação de serviços e programas de saúde.

Poucos ou inexistentes são os estudos que avaliem a aplicação específica destes recursos, capazes de demonstrar o resultado destes investimentos, principalmente em regiões que detenham um aporte crescente de recursos para a área da saúde.

Tem-se como principal problema a falta de avaliação do resultado de aplicação destes recursos, e, ainda, o desconhecimento da consequência acarretada pelos mesmos no que diz respeito ao acréscimo na rede física de saúde dos municípios, a fim de garantir a universalidade e a acessibilidade aos serviços de saúde oferecidos pelos municípios.

A avaliação existente reporta-se exclusivamente às formalidades na aplicação dos recursos de acordo com o Plano de Trabalho dos convênios, mas não uma avaliação do alcance dos resultados em termos de saúde da população.

Muitas são as ações financiadas com recursos de convênio, com diversos objetivos, mas aquelas que envolvem recursos destinados para construção e ampliação que representem uma expansão da estrutura de atendimento à população, são priorizadas pelos municípios.

Isto é o que nos cabe avaliar com o presente estudo, levando em consideração as peculiaridades de cada município pertencente à Região estudada.

3. JUSTIFICATIVA

A universalidade e a integralidade são princípios que nortearam a reforma do sistema de saúde brasileiro, trazendo como diretriz, a acessibilidade como forma de garantir aos brasileiros os serviços de saúde.

A descentralização financeira, mais efetiva e estável a partir de 1998, disponibilizou recursos aos municípios para atender à demanda crescente de serviços e ações de saúde.

No bojo desses recursos, ocorreram repasses através de transferências voluntárias, relacionadas à ampliação e a melhoria da rede física municipal o que motivou-nos a realizar este trabalho. É necessário que se faça este estudo, no sentido de trazer a público de que forma estes recursos influenciaram na expansão da rede física municipal, para atender minimamente à acessibilidade, principalmente considerando-se as controvérsias existentes quanto ao sistema de transferência por meio de convênios, dada a sua característica discricionária, muitas vezes voltada à boa vontade do Gestor.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A partir da Constituição brasileira de 1988 foram introduzidas importantes modificações no sistema de saúde brasileiro, com a criação do Sistema Único de Saúde, organizado a partir dos princípios e diretrizes da universalidade de acesso, da integralidade, da equidade, da participação da comunidade, e da descentralização, em que os municípios assumem a responsabilidade de prestação direta da maioria das ações e serviços de saúde local, além da transferência das gestões financeira e administrativa.

Segundo Misoczky (2002), descentralização é um tema de diversos sentidos e abordados por vários autores, muito embora seja considerado um tema consensual nas últimas décadas.

Para Junqueira, Inojosa e Komatsu¹ (*apud* MISOCZKY, 2002, p. 59), há duas concepções para descentralização, com pontos de vista liberal e conservador. Na primeira, a descentralização significa redução do papel e tamanho do Estado perante a sociedade e o mercado; na segunda, a descentralização está relacionada com a democratização e garantia dos direitos sociais.

Já Carrión² (*apud* MISOCZKY, 2002, p.60) considera a descentralização como a transferência de competências e recursos de um nível de governo para outro que possua autonomia, que de acordo com a maior relevância, poderá ser para um município, uma região ou para um setor (saúde, p.ex.). Define, ainda, como descentralização assimétrica, a praticada com um determinado setor, cujo resultado é uma centralização ainda maior.

¹ JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie e KOMATSU, Suely. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.** *In:* CLAD/UNESCO. El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones. Venezuela: CLAD, 1998. p. 63-123

² CARRIÓN, Fernando. **La descentralización: una perspectiva andina.** *In:* Anais do VI Congresso da CLAD sobre Reforma del Estado Y de la Administración Pública. Buenos Aires: 2001.

Na interpretação de Ckagnazaroff³ (*apud* MISOCZKY, 2002, p.62), descentralização consiste na devolução do centro do poder para sua periferia, dentro de um processo de democratização do Estado, cabendo às unidades descentralizadas, a autonomia de recursos e de decisão, além da viabilização de meios de participação do cidadão. Para ele, a municipalização é um exemplo de descentralização, onde os governos municipais assumem a gestão dos serviços essenciais oriundos dos demais níveis de governo.

Segundo Giddens (2001) a descentralização tem como condição de eficácia política o fluxo de informação a partir de uma determinada base, assim como o reconhecimento de sua autonomia.

Sendo assim, o processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro, previsto na Constituição Federal, encontra-se em franco desenvolvimento no País, atuando sobre três eixos: as descentralizações administrativa, financeira e operacional.

Para financiamento dessas ações e serviços de saúde descentralizados, conforme Constituição Federal do Brasil, e mais detidamente a Lei nº 8.080/90, a responsabilidade é das três esferas de governo, cujo aporte de recursos se dará de forma regular, fundo a fundo, provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios.

Conforme a Lei Complementar nº 101 (Brasil, 2000), as transferências financeiras da união feitas a Estados, Distrito Federal e Municípios, apresentam-se sobre três formas: transferências constitucionais, transferências automáticas (fundo a fundo) e transferências voluntárias.

As transferências constitucionais são aquelas decorrentes dos direitos dos estados e municípios em função de sua disposição na Constituição Federal e

³ CKAGNAZAROFF, Ivan Beck. **Descentralização e capacitação da gestão local: questões para a mudança democrática.** *In:* Anais do I Congresso da CLAD sobre Reforma del Estado Y de la Administración Pública. Rio de Janeiro: 1996.

obrigam os entes federativos a repasses parciais de determinados tributos. Ocorrem sempre no sentido da esfera de governo mais ampla para a mais restrita.

As transferências automáticas, fundo a fundo, são utilizadas para descentralização de recursos federais para Estados, Distrito Federal e Municípios, para atender a ações descentralizadas das áreas da saúde, educação e assistência social, diretamente aos fundos específicos, criados por lei. Estas transferências prescindem de celebração de convênios, ajuste, acordo ou contrato.

Já as transferências voluntárias, objeto do nosso estudo, são a entrega de recursos correntes ou de capital, em cooperação, auxílio ou assistência financeira a outro ente da Federação, com vistas à execução descentralizada de projetos, atividades ou eventos, desde que consignados na lei orçamentária e em seus créditos adicionais, mediante termo de convênio, ajuste ou contrato. Neste caso, existem condições bem definidas para recebimento, aplicação dos recursos e prestação de contas. Em seu texto, a Lei Complementar nº 101/2000 define:

Art. 25. Para efeito desta Lei Complementar, entende-se por transferência voluntária a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde.

§ 1º São exigências para a realização de transferência voluntária, além das estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias:

I - existência de dotação específica;

II - (VETADO)

III - observância do disposto no inciso X do art. 167 da Constituição;

IV - comprovação, por parte do beneficiário, de:

- a) que se acha em dia quanto ao pagamento de tributos, empréstimos e financiamentos devidos ao ente transferidor, bem como quanto à prestação de contas de recursos anteriormente dele recebidos;
- b) cumprimento dos limites constitucionais relativos à educação e à saúde;
- c) observância dos limites das dívidas consolidada e mobiliária, de operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, de inscrição em Restos a Pagar e de despesa total com pessoal;
- d) previsão orçamentária de contrapartida.

§ 2º É vedada a utilização de recursos transferidos em finalidade diversa da pactuada.

§ 3º Para fins da aplicação das sanções de suspensão de transferências voluntárias constantes desta Lei Complementar, excetuam-se aquelas relativas a ações de educação, saúde e assistência social.

Este instrumento tem sido um dos financiadores da infra-estrutura da rede de saúde dos municípios, que com a transferência da gestão foram obrigados a revê-las, de forma a atender a demanda populacional.

A universalidade do direito à saúde e aos serviços de saúde traz em seu bojo a necessidade de reorganização das estruturas existentes nas secretarias municipais de saúde, para que proporcione à população a melhoria e o acesso, assim como a garantia da possibilidade de implantação e ampliação de programas de saúde (BODSTEIN, 2002).

Com todas as necessidades de reorganização dos sistemas locais de saúde, sobram carências relacionadas com ausência de profissionais qualificados, instalações físicas e de equipamentos, situação agravada pela escassez de recursos financeiros para estes investimentos necessários, que, fatalmente, dependem das transferências das demais esferas.

Segundo Favaret (2003), por mais que tenham avançados os processos decisórios do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda a organização da política e do modelo assistencial preconizado pela União, vem sendo implantado nos estados e municípios através da normatização federal, a respeito de repasses de recursos que, na sua maioria, são dirigidos a objetivos específicos.

Em 2002, 99,6% dos municípios e 12 estados estavam habilitados à NOB/96, sendo 564 na Gestão Plena do Sistema Municipal e 4.973 na Gestão Plena da Atenção Básica, levando em consequência ao crescimento da produção ambulatorial originária dos municípios (Arretche, 2003).

Portanto, para garantir à população os princípios de universalidade de acesso e integralidade da assistência, é necessária a avaliação da rede física e dos serviços disponibilizados pelos municípios. Segundo Bodstein (2002), o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, traçou como principal estratégia para garantir a acessibilidade aos serviços de saúde, a priorização ao atendimento básico, estratégia consolidada a partir da introdução, a partir de 1998, do Piso de Atenção Básica (PAB), regulamentado pela Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96), que

alterou a lógica de repasses financeiros por remuneração da produção de serviços e passa a transferir recursos fixos calculados em R\$ 10,00 (dez reais) *per capita*, alavancando a descentralização financeira do Sistema de saúde brasileiro.

Este processo institui o financiamento através da transferência de recursos financeiros de forma regular e automática, fundo a fundo, para custeio das ações de saúde, tendo como base duas modalidades de Gestão: plena da atenção básica e plena do sistema de saúde.

Na modalidade de atenção básica a gestão do município se dá sobre a rede de atendimento básico, cujos recursos oriundos do Ministério da Saúde são recebidos fundo a fundo pelo Estado, que por sua vez repassa ao município. Na gestão plena do sistema o município gerencia todo o atendimento à saúde, incluindo a rede hospitalar pública e privada, sendo-lhe os recursos repassados diretamente fundo a fundo pelo Ministério da Saúde.

Além de todo este processo de descentralização financeira, que finalmente acontece, o governo federal, dentro de sua política e priorização da atenção básica, adota como política para atendimento das populações rurais e da periferia metropolitana, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo como principal incentivo o financeiro.

Conforme expressa Benevides (2005) o êxito do processo de descentralização da atenção à saúde depende da distribuição eficiente e equitativa dos recursos, com vistas à correção das desigualdades da capacidade instalada do sistema de saúde, em cada nível territorial e esfera de governo. Para evitar o desfinanciamento das estruturas existentes, há a necessidade da montagem de um plano de investimentos para construção, reforma, ampliação, compra de equipamentos, formação de recursos humanos, com o objetivo de elevar a oferta de ações e serviços de saúde onde a estrutura for deficiente para atender esta nova política levada a cabo pelo Governo Federal.

Com relação ao recebimento dos recursos do PAB aos municípios, Bodstein (2002, p. 404) considera:

Os recursos PAB, chegando diretamente aos municípios mais carentes, com maior déficit de atendimentos e com uma rede de serviços de menor complexidade, devem provocar um impacto no médio e longo prazo na oferta de serviços e a introdução de novos programas de saúde pública. Em síntese, o PAB traz algumas inovações importantes na medida que incentiva que uma parcela de recursos federais, ainda que muito pequena, seja diretamente alocada para custeio de procedimentos em atenção primária, em uma clara tentativa de organizar a porta de entrada da rede municipal de saúde.

Assim sendo, diante desta nova gama de serviços de saúde, motivados pela introdução cada vez maior de novos módulos de programas de saúde coletiva, e agravado pela escassez de recursos financeiros para investimentos em melhorias e ampliação das instalações, não há como obter resultados satisfatórios no processo de descentralização. “A integralidade da atenção como princípio do SUS é inquestionável. Mas sem o fortalecimento da rede básica de serviços e mudança do modelo assistencial sua implementação e resultados são extremamente incertos” (BODSTEIN, 2002, p. 410).

Com esta transformação, os governos municipais tornaram-se essenciais na provisão dos serviços de saúde, com sua rede física no tamanho e condições em que se encontravam, sendo necessárias profundas reorganizações e investimentos na infra-estrutura dos postos de saúde, levando em consideração a questão da igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde, pois conforme Travassos (1997), a utilização dos serviços de saúde deve ter a ótica em duas dimensões: geográfica e social, sendo a primeira relativa a comparação na utilização dos serviços entre áreas geográficas e mensuradas através de taxas de utilização, isto é, as variações geográficas espelham as diferenças nas capacidades locais de financiamento com reflexos diretos no tamanho e a complexidade da rede de serviço.

A análise sobre o acompanhamento dos Estudos de Linha de Base (ELB), desenvolvido no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf, (Bodstein et al. 2006) destaca um crescimento no percentual de pessoas que se referiram ter um serviço de uso regular, passando de 71,2% em 1998 para cerca de 80% em 2003. Refere ainda, que o uso regular mais comum era em posto de saúde, aumentando de 41,8% quando da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad) para 52,4% em 2003.

Este estudo reflete bem a necessidade de ampliação e adequação da infraestrutura dos postos de saúde para atender a esta crescente demanda.

Os investimentos realizados pelo Ministério da Saúde em infra-estrutura da rede para construção/ampliação de unidades de saúde e aparelhamento, são em sua maioria, oriundos do seu orçamento para aplicação nas ações denominadas Implantação, Aparelhamento e Adequação de Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde, cujos repasses são efetuados através de transferência voluntária (convênio), cujas características das construções e ampliações são voltadas para atender aos programas de saúde priorizados. Na sua maioria, são unidades de pequeno porte e adequadas ao atendimento de determinada localidade ou região do município beneficiado.

Viacava e Bahia (2002), ao examinar os resultados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada em 1999, comentam que houve uma considerável ampliação de unidades ambulatoriais, reflexo dos investimentos realizados para a ampliação e adequação da rede às necessidades assistenciais, principalmente das unidades de pequeno porte. As Unidades Básicas de Saúde (UBSs), assim como as unidades com até quatro consultórios, representam 90% do total de unidades sem internação.

Em vista de todo o referencial ora citado, cabe realizar estudos no sentido de verificar qual a influência dos recursos oriundos de transferências voluntárias na expansão da rede física municipal, já que desconhecemos quaisquer trabalhos que apontem esta situação nos municípios da região da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Relacionar o volume de transferências de recursos federais através de convênios com o aumento da infra-estrutura da rede assistencial básica.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Demonstrar o volume de recursos disponibilizados à região em comparação com a receita total dos municípios, bem como da participação das transferências Federais e Estaduais nesta receita;

Apontar a participação das transferências do Ministério da Saúde, fundo a fundo e voluntárias, no total da receita dos municípios, estabelecendo uma relação temporal;

Quantificar a rede assistencial básica de cada município da 13ª Coordenadoria Regional da Saúde;

Verificar a influência dos recursos transferidos por convênios no incremento da rede de atenção básica municipal.

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atingir os objetivos propostos foram coletados dados sociais/saúde junto aos bancos de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Adotou-se o período de 1995 a 2004.

Em vista da necessidade do conhecimento da rede assistencial existente em cada município, foram coletadas informações através do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível no sistema de dados do Datasus/MS.

As informações para estabelecer o total da receita municipal da região, assim como o montante de transferências Estaduais e Federais, foram pesquisadas junto ao Sistema de Análise de Contas de Gestão das Prefeituras (ACG), disponível no sítio do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. O período investigado foi de 1995 a 2004.

Para averiguar o montante de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para os municípios da 13ª CRS, através de convênios para atender as obras de construção, ampliação e reforma de unidades de saúde, assim como os recursos fundo a fundo, foram utilizados os dados disponíveis no Sistema de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), da Secretaria do Tesouro Nacional e o Sistema de Gerenciamento de Convênios (GESCON) do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde. O período de análise foi de 1998 a 2004.

Como forma de demonstração da variação financeira ocorrida no período analisado, foi utilizada a média anual do dólar norte-americano (venda) do mesmo período, como deflator.

7. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No exame dos recursos disponíveis na região, os resultados basearam-se nos dados financeiros coletados junto aos sistemas de informações financeiras disponíveis, abrangendo a execução da receita dos municípios que compõem a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, comparando-os, num primeiro instante, com o montante de transferências Estaduais e Federais que a compõem.

Num segundo passo, a análise foi realizada na comparação entre a receita arrecada pelos municípios da Região e as transferências realizadas pela União e, especificamente, pelo Ministério da Saúde, fundo a fundo e voluntárias, em que procuramos buscar qual a repercussão nos municípios.

Para melhor ilustração e comparação de dados, levantou-se a despesa realizada na região, na área da saúde.

Na análise final, após quantificar-se a rede física de cada um dos municípios, procurou-se estabelecer a participação dos recursos de capital fixo repassados pelo Ministério da Saúde através de convênios, no incremento da estrutura física de atendimento ambulatorial existente nos municípios.

7.1. DA ANÁLISE DA RECEITA

Dos estudos realizados em relação ao que representa os recursos de transferências Estaduais e Federais encontramos as seguintes informações:

Tabela 1 – Evolução da Receita Municipal Total e das Transferências Federais e Estaduais, 13ª CRS, RS, 1995-2004 (US\$ milhões)

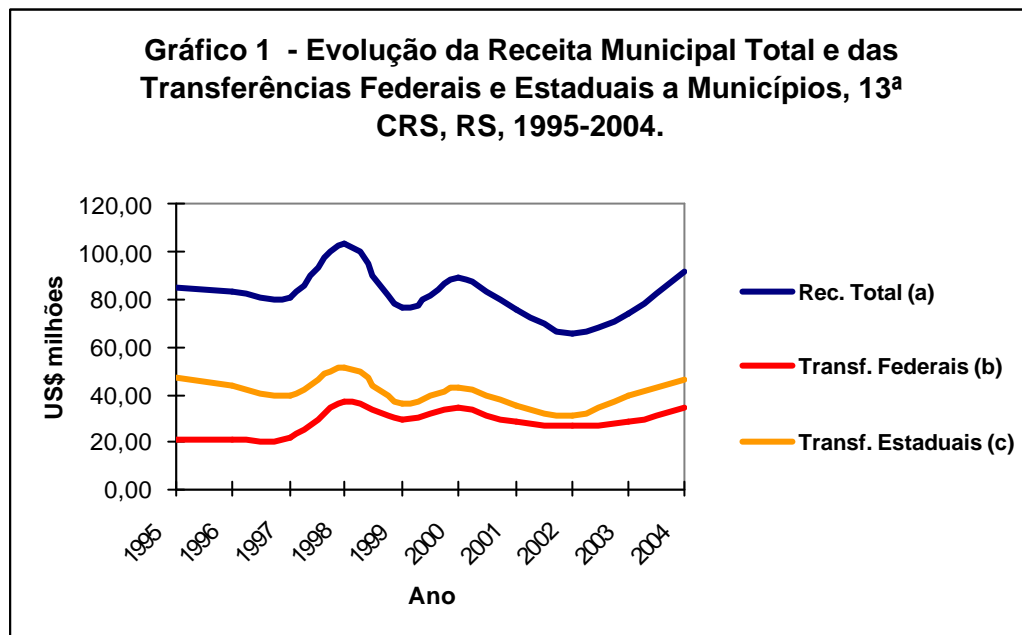
Ano	Rec. Total (a)	Transf. Federais (b)	Transf. Estaduais (c)	% b/a	% c/a
1995	85,15	21,13	46,85	24,8	55,0
1996	83,24	20,84	43,60	25,0	52,4
1997	81,25	22,03	39,72	27,1	48,9
1998	103,93	36,85	51,13	35,5	49,2
1999	76,15	29,42	36,11	38,6	47,4
2000	88,53	34,16	43,08	38,6	48,7
2001	75,90	28,23	35,31	37,2	46,5
2002	65,69	26,77	31,53	40,8	48,0
2003	74,40	28,20	38,86	37,9	52,2
2004	91,95	34,14	45,78	37,1	49,8
Total	826,19	281,78	411,96	34,1	49,9
Média	82,62	28,18	41,20	34,26	49,81

Fonte: Sistema de Análise de Contas de Gestão das Prefeituras (ACG) do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul.

Com base nos dados apresentados acima, depreendemos que a receita arrecada dos municípios que compõem a Região é constituída basicamente de transferências estaduais e federais, aproximadamente 84% dos recursos arrecadados são oriundos de transferências, gerando a dependência dos recursos desta natureza.

Verifica-se, ainda, que a receita média anual da região no período estudado foi de US\$ 82,62 milhões/ano, sendo US\$ 28,18 milhões/ano de transferências Federais e US\$ 41,20 milhões/anos de transferências estaduais.

No gráfico 1, a seguir, temos a evolução da receita Municipal Total e como se apresentam as Transferências Federais e Estaduais.



Comparando-se a receita total arrecadada, desta feita levando em consideração o período de 1998 a 2004, já que não encontramos registros nos sistemas analisados quanto aos repasses financeiros do Ministério da Saúde, anteriores a este período, e ainda, que a partir deste momento, com a implantação de fato da NOB/SUS/96, os recursos passaram a ser regulares e automáticos, verificamos os seguintes valores:

Tabela 2 – Evolução da Receita Municipal Total e das Transferências Federais e do Ministério da Saúde (Fundo a Fundo e Convênios), 13ª CRS, RS, 1998-2004 (US\$ milhões)

Ano	Rec. Total (a)	Transf. Federais (b)	Transf. MS (c)	Fundo a Fundo (d)	Convênios (e)	% c/a	% c/b	% e/c
1998	103,93	36,85	5,01	4,17	0,11	4,82	13,61	2,12
1999	76,15	29,42	6,12	5,45	0,12	8,04	20,81	1,93
2000	88,53	34,16	7,72	5,89	0,38	8,72	22,59	4,96
2001	75,90	28,23	6,99	5,72	0,37	9,21	24,78	5,27
2002	65,69	26,77	6,35	5,33	0,06	9,66	23,70	0,92
2003	74,40	28,20	6,71	6,43	0,21	9,02	23,80	3,15
2004	91,95	34,14	9,59	8,45	0,31	10,42	28,08	3,23
Total	576,54	217,77	48,49	41,43	1,56			
Média	82,36	31,11	6,93	5,92	0,22	8,56	22,48	3,08

Fonte: Sistema de Análise de Contas de Gestão das Prefeituras (ACG) do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul.

Conforme demonstra a tabela 2, as transferências realizadas pelo Ministério da Saúde são em média de US\$ 6,93 milhões/ano, representando em média 8,56% da receita total dos municípios e 22,48 das transferências Federais.

O gráfico 2 demonstra a relação entre a receita total, as transferências Federais e as do Ministério da Saúde.

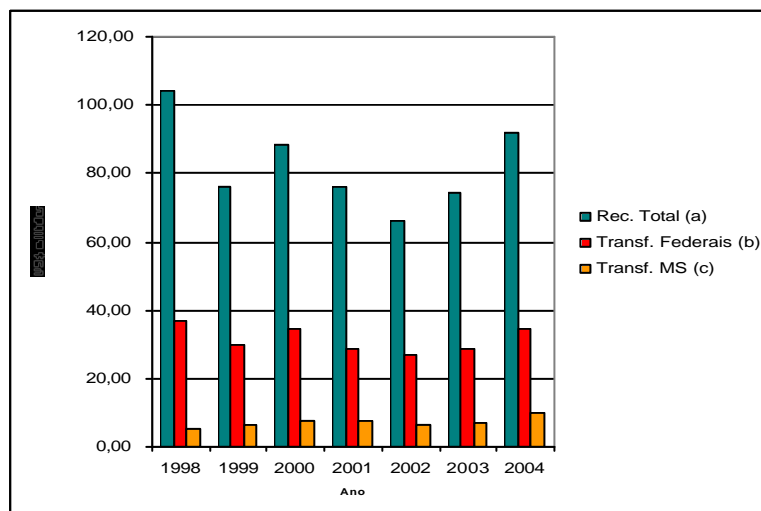


Gráfico 2 – Relação entre a Receita Total, as Transferências Federais e as do Ministério da Saúde

Para melhor demonstrarmos esta relação e as peculiaridades existentes, apresentamos os gráficos 3, 4, 5 e 6 que comparam a evolução e tendência das transferências do Ministério da Saúde e de convênio (gráfico 3), a relação entre as transferências do Ministério da Saúde para a região e a receita total da região (c/a% - gráfico 4) e a relação entre as transferências do Ministério da Saúde e as transferências Federais para a região (c/b% - gráfico 5).

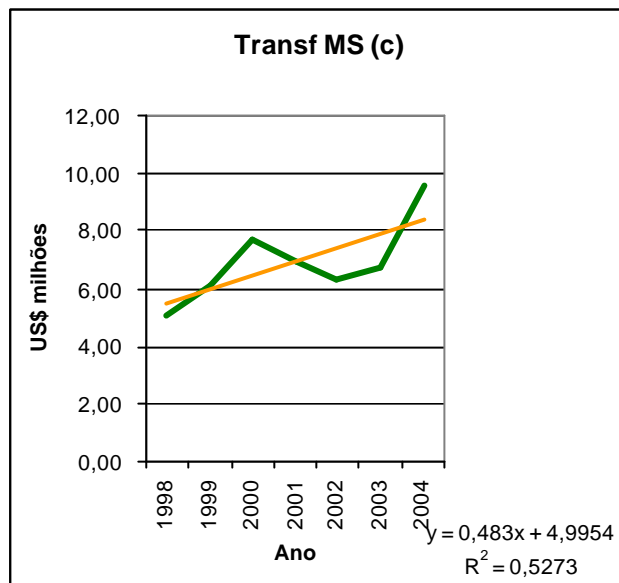


Gráfico 3 – Evolução e Tendência das Transferências do Ministério da Saúde, 13ª CRS, RS 1998-2004

Os recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a região assinalada, partiram de um patamar próximo a US\$ 5 milhões/ano para US\$ 9,6 milhões/ano, representando um crescimento de 92%, caracterizando uma tendência de crescimento no período.

Nesta mesma situação, as transferências fundo a fundo obedecem a esta tendência, já que passaram de US\$ 4,17 milhões/ano em 1998 para US\$ 8,45 milhões/ano em 2004. Este crescimento representou 103% na receita disponibilizada pelo Ministério da Saúde à região, para aplicação direta na área da saúde, conforme gráfico a seguir.

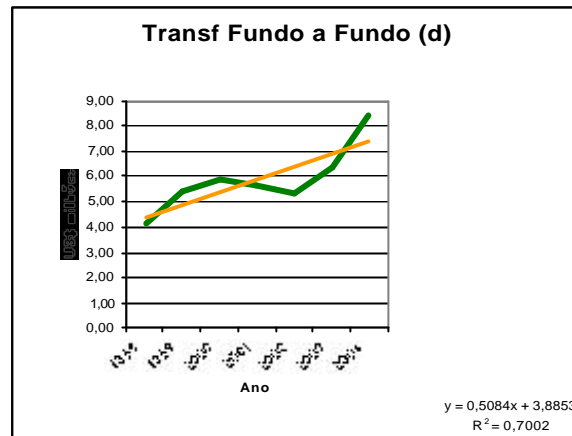


Gráfico 4 – Evolução das Transferências Fundo a Fundo, 13ª CRS, RS, 1998-2004

Já os recursos disponibilizados pelo sistema convencional, devido a sua natureza discricionária, não apresentam linearidade, pois não há como estabelecer uma relação entre a evolução temporal e o volume de recursos disponibilizados à região. No entanto, o período examinado demonstrou o incremento de US\$ 1,56 milhão para investimento na região, representando pouco mais de US\$ 220.000,00/ano.

Tais constatações são evidenciadas no gráfico a seguir.

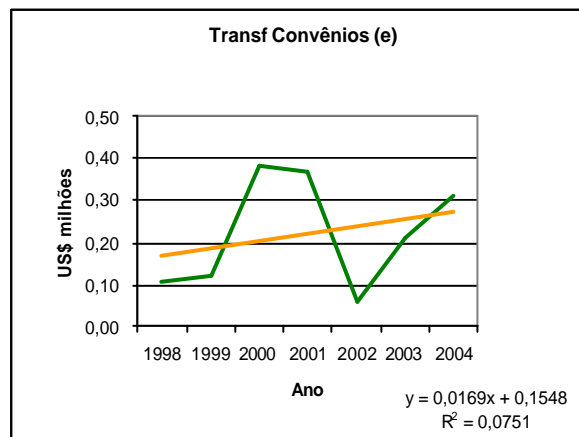


Gráfico 5 – Evolução das Transferências por Convênios, 13ª CRS, RS, 1998-2004

Em termos percentuais, na relação existente entre a receita total da região e as transferências do Ministério da Saúde, verifica-se um crescimento linear da participação das transferências do Ministério da Saúde. Houve um considerável crescimento no período de 4,82% para 10,42%, acompanhando a evolução verificada no gráfico 3. O mesmo ocorre na relação entre os recursos federais disponibilizados à região e os recursos do Ministério da Saúde. Os gráficos a seguir demonstram estas evoluções:

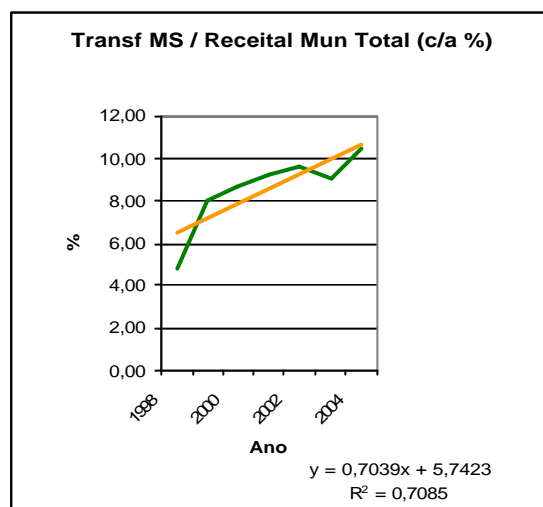


Gráfico 6 – Relação entre a Receita Total e as Transferências do MS, 13ª CRS, RS, 1998-2004

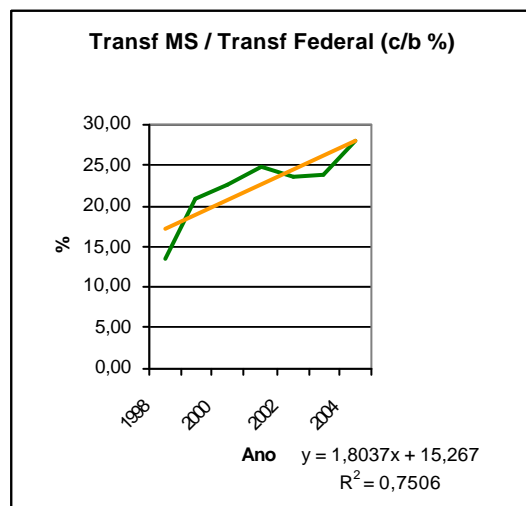


Gráfico 7 – Relação entre as Transferências do MS e as Transferências Federais, 13ª CRS, RS, 1998 -2004

Observa-se no conjunto de dados que proporcionaram as demonstrações acima e, apesar de o estudo observar um considerável volume de recursos disponibilizados à região, 51% dos recursos federais concentra-se em apenas dois municípios da Região (Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires), o mesmo ocorrendo com as transferências fundo a fundo, com uma concentração de 86% dos recursos nos dois municípios. Justifica-se tal concentração de recursos, em razão da maioria da população da região, 55%, residir naqueles municípios, além de tratar-se de centros de referência da região, constituídos dos maiores hospitais e oferta de serviços especializados.

7.2. ANÁLISE DA DESPESA

No período examinado, 1988-2004, as despesas em saúde verificadas nos municípios da 13ª CRS, seguiram a evolução exposta no quadro a seguir.

Tabela 3 – Evolução da Despesa Municipal com Saúde e das Despesas com Saúde com Recursos Transferidos pelo MS e Pelo Estado, 13ª CRS, RS, 1998-2004 (US\$ milhões)

Ano	Desp. Mun. com Saúde (a)	Transf. SUS Fed. (b)	Transf. SUS Estado (c)	% b/a	% c/a
1998	13,89	5,01	n.d.	36,10	n.d.
1999	12,05	6,12	0,33	50,83	2,77
2000	15,83	7,72	0,91	48,75	5,74
2001	14,84	6,99	0,99	47,14	6,70
2002	12,95	6,35	0,52	48,99	4,02
2003	14,21	6,71	1,01	47,24	7,10
2004	20,49	9,59	0,96	46,77	4,68
Total	104,26	48,49	4,72	46,51	4,53
Média	14,89	6,93	0,79	46,55	5,17

Fonte: Sistema de Análise de Contas de Gestão das Prefeituras (ACG) do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul.

Nota: n.d. - não disponível

Os dados apresentados na tabela 3 mostram um crescimento gradativo da despesa com saúde dos municípios da região, assim como os recursos oriundos do Ministério da Saúde e as despesas com recursos próprios. Os recursos oriundos da esfera Estadual não obedecem a esta mesma tendência.

A média anual da despesa em Saúde dos municípios é de US\$ 14,89 milhões/ano na região e de US\$ 6,93 milhões/ano com recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, enquanto os recursos do Estado não chegam a US\$ 1,00 milhão/ano. O gráfico abaixo ilustra esta situação.

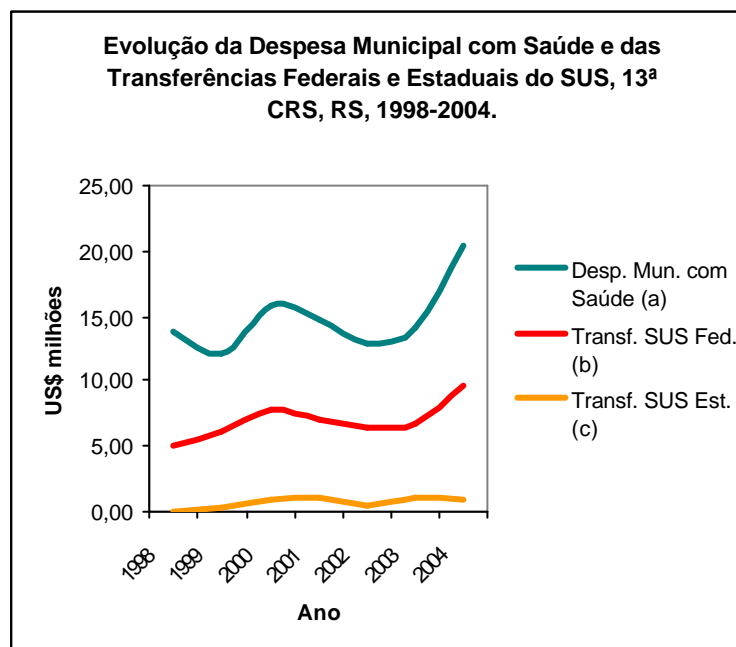


Gráfico 8 – Evolução da Despesa dos Municípios com Saúde, das Transferências Federais e Estaduais do SUS, 13ª CRS, RS, 1998 -2004

7.3. DESCRIÇÃO DA REDE FÍSICA

Os investimentos realizados pelo Ministério da Saúde em infra-estrutura da rede, para construção/ampliação de unidades de saúde e aparelhamento, são em sua maioria, oriundos do seu orçamento para aplicação nas ações denominadas Implantação, Aparelhamento e Adequação de Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde, cujos repasses são efetuados através de transferência voluntária (convênio).

Com relação às transferências voluntárias realizadas através de convênios, estas representam 3,8% dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, cuja utilização, por ser capital fixo, se dá, especificamente, para melhoria da rede física, através da aquisição de equipamentos, construções e ampliações de postos de saúde e hospitais.

Percebe-se, assim, um baixo volume de recursos desta natureza na região na ordem de US\$ 1,56 milhão durante o período de 1998-2004, sendo que deste montante, US\$ 294.000,00, foram destinados à execução de obras de ampliação, construção e adequação de unidades de saúde dos municípios.

Foram contemplados os seguintes municípios:

Candelária	US\$ 58.739,04	Construção de 2 postos de Saúde com 136 e 162m ² e ampliação da lavanderia do Hospital
Herveiras	US\$ 35.246,79	Ampliação de posto de saúde em 197m ²
Mato Leitão	US\$ 49.744,50	Construção de unidade sanitária com 367m ² e sua posterior ampliação em 116m ²
Pântano Grande	US\$ 34.179,53	Construção de posto de saúde com 283m ²
Passo do Sobrado	US\$ 34.010,48	Construção de Posto de saúde com 187m ²
Rio Pardo	US\$ 33.567,52	Construção de 2 postos de saúde com 138m ²
Vale do Sol	US\$ 13.671,81	Construção de 1 posto de saúde
Venâncio Aires	US\$ 19.507,52	Construção de 1 posto de saúde com 153m ²
Vera Cruz	US\$ 15.420,47	Ampliação do setor de Radiologia do Hospital,

Quadro 5 – Convênios firmados para Obras de Construção, ampliação e adaptação no período 1998-2004

Fonte: Sistema de Gerenciamento de Convênios (GESCON), Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde.

Conforme o quadro acima, percebe-se que dos treze municípios da região, nove foram contemplados com os recursos desta natureza.

A rede física municipal existente nos municípios da 13ª Coordenadoria Regional, já incluídas as obras acima citadas, tem a seguinte composição:

Município	Posto de Saúde	Centro de Saúde	Unidade de Saúde da Família	Total
Candelária	1	5	1	6
Gramado Xavier	-	1	-	1
Herveiras	1	1	-	2
Mato Leitão	-	1	1	2
Pântano Grande	-	6	-	6
Passo do Sobrado	2	1	2	5
Rio Pardo	2	6	-	8
Sta. Cruz do Sul*	16	10	4	30
Sinimbu	1	4	-	5
Vale do Sol	-	5	-	5
Vale Verde	-	1	-	1
Venâncio Aires	4	14	1	19
Vera Cruz	1	6	-	7

Quadro 6 – Rede Física Ambulatorial tipo municipal dos Municípios da 13ª CRS,RS,2006.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Datasus/MS

Conforme exposto nos quadros 5 e 6 acima, nove dos postos que compõem a rede ambulatorial dos municípios foram construídos/ampliados com recursos oriundos do Ministério da Saúde através de convênios, ou seja 9% (nove por cento) do total.

A repercussão destes recursos fica mais evidente nos municípios de menor porte como Candelária, Herveiras, Mato Leitão e Passo do Sobrado, onde estas unidades representam entre 30 e 50% da rede existente.

Percebe-se, ainda, que as unidades ambulatoriais financiadas com recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, através do sistema convencial, possuem características comuns. São de pequeno porte com no máximo dois consultórios médicos, baixa especialização e a ausência de equipamentos de diagnóstico, tendência esta já abordada por Viacava e Bahia (2002), quando da análise da Pesquisa Médico-Sanitária (AMS), realizada em 1999, conforme destacado no referencial teórico.

5 CONCLUSÕES

No estudo apresentado foi detectado, através dos dados financeiros levantados, o crescimento da participação federal e municipal nos recursos que compõem a receita municipal destinada ao atendimento das necessidades do SUS, fruto do fortalecimento da política de descentralização financeira, considerável indutor das ações de saúde por parte dos municípios, aliado as políticas de implantação de programas incentivados financeiramente pelo Governo Federal.

Outro fator determinante para o crescente volume de recursos verificado no estudo, foi a da aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que vinculou receita das três esferas de governo para atendes às ações e serviços de saúde.

Muito embora a descentralização tenha sofrido um considerável avanço percebe-se, ainda, a dependência dos municípios das transferências União, o mesmo ocorrendo com os recursos destinados ao SUS que seguem a ótica da norma federal e são muitas vezes dirigidos para atender programas e objetivos específicos.

Outro fator verificado, comprovando o estudo realizado por Rosa (2004), é a falta da transferência devida dos recursos da esfera Estadual.

É correto afirmar que com toda a evolução do processo de descentralização do SUS, a rede física municipal sofreu um grande crescimento em número de postos de saúde, principalmente nos municípios de maior porte, o que é perceptível na região da 13ª CRS.

No entanto, o estudo demonstra que os recursos transferidos por convênios, para financiamento da melhoria da infra-estrutura do SUS, com obras e ampliações, não estão relacionados com o crescimento da rede física dos municípios, considerando o baixo volume de recursos disponibilizados à região, conforme demonstrou os levantamentos financeiros realizados, que apontou o percentual de 0,7 % em relação ao que foi aplicado no custeio das ações de saúde, fundo a fundo.

Cabe ressaltar, que os municípios de pequeno porte da região ainda carecem de uma melhor estrutura da rede de saúde, que devem ser equacionadas a partir de investimentos em capital fixo, pelas três esferas de governo, já que estes não dispõem ou são poucos os recursos deste tipo em seus orçamentos, pode-se observar alguma relação com a ampliação da rede física.

Além deste baixo percentual, o sistema de repasse através de convênios possui características que divergem do sistema de repasse fundo a fundo, devido a sua discricionariedade, voltado muitas vezes à vontade do Gestor e por impulso político parlamentar, deixando, assim, de constituir-se em uma política de investimentos em saúde, capaz de dotar os municípios de sua real necessidade.

É evidente que o investimento em infra-estrutura faz-se necessário para o crescimento e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, principalmente para atender ao princípio do acesso universal, mesmo que seja através dos instrumentos convencionais, e em especial, para os municípios que ainda apresentam uma estrutura física precária, necessitando da ampliação da cobertura e do acesso.

O autor do estudo julga haver necessidade de maiores investimentos para construção, ampliação e equipamento. Sendo assim, os repasses desta natureza precisam atender a critérios baseados nas decisões articuladas e coordenadas entre as três esferas que compõem o Sistema, a fim de que haja de fato uma visão plena das necessidades de cada região e/ou Coordenadoria, no que diz respeito a investimentos, levando em consideração os aspectos geográficos e sociais, de forma a afastar de vez o critério discricionário, político e parlamentar deste do processo de financiamento por transferência voluntária.

Através de tal medida, evita-se a construção de postos de saúde sem qualquer preocupação com a capacidade de atendimento em regiões que não tenham esta necessidade em detrimento de outras que possam sofrer algum tipo de precariedade.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia.** Ciências saúde coletiva. Rio de Janeiro: v.8, n.2, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 set. 2006.

BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Breves comentários acerca do Financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil.** In: BRASIL/Ministério da Saúde. Refletindo sobre monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Brasília: 2005.

BODSTEIN, Regina. **Atenção básica na agenda da saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, 2002, vol.7, no.3, p.401-412. ISSN 1413-8123

BODSTEIN, Regina, FELICIANO, Kátia, HORTALE, Virginia Alonso *et al.* **Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento.** *Ciênc. saúde coletiva*, jul./set. 2006, vol.11, no.3, p.725-731. ISSN 1413-8123.

BRASIL. **Constituição Federal.** Brasília: 1988.

BRASIL. Ministério da Fazenda/Secretaria do Tesouro Nacional. **Transferências Constitucionais.** Disponível em <http://www.stn.fazenda.gov.br>. Acesso em: 21 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde/Datasus. **Repasses regulares e automáticos.** Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/transferencias/munic3.cfm?estado=RS>. Acesso em: 21 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde. **Repasses regulares e automáticos, fundo a fundo.** Disponível em <http://www.fns.saude.gov.br/ListarFundoaFundo.asp>. Acesso em 21 ago. 2006.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 101.** Brasília: 2000.

BRASIL. Presidência da República/Controladoria Geral da União. **Transferências Voluntárias**. Disponível em <http://www.cgu.gov.br/sfc/convenio/convenios.asp>. Acesso em: 21 ago. 2006.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. **A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas**. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2006. doi: 10.1590/S1413-81232003000200004.

MISOCKZY, Maria Ceci. **O campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social**. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

MISOCKZY, M. C., BORDIN, R. et all. **Gestão Local em Saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Disponível em <http://www.pnud.org.br/atlas/>. Acesso em: 21 ago. 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Fundação de Economia e Estatística. **Resumo estatístico dos Municípios**. Disponível no sítio http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios.php. Acesso em: 21 ago. 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado. **Sistema de Análise de Contas de Gestão das Prefeituras (ACG)**. Disponível no sítio <http://www.tce.rs.gov.br>. Acesso em: 18 set. 2006.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997.

VIACAVA, Francisco; BAHIA, Lígia. **Oferta de serviços de saúde: uma análise da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999**. Brasília: IPEA, 2002. [Texto para discussão, nº 915].