

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Luciane Lutz

**FINANCIAMENTO E APLICAÇÃO DOS RECURSOS DO SUS EM MUNICÍPIOS
DO VALE DO RIO DOS SINOS/RS**

**Porto Alegre
2019**

Luciane Lutz

**FINANCIAMENTO E APLICAÇÃO DOS RECURSOS DO SUS EM MUNICÍPIOS
DO VALE DO RIO DOS SINOS/RS**

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

Orientador(a): Prof. Dr. Clezio Saldanha dos Santos

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Lutz, Luciane
FINANCIAMENTO E APLICAÇÃO DOS RECURSOS DO SUS
EM MUNICÍPIOS DO VALE DO RIO DO SINOS/RS / Luciane
Lutz. --2019.
40 f.
Orientador(a): Prof. Dr. Clezio Saldanha dos Santos.

Trabalho de Conclusão de curso (Especialização) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração,
Especialização em Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR – RS, 2019.

1. Financiamento do SUS. 2. Alocação de recursos em saúde. 3.
Gestão em Saúde. I. Saldanha dos Santos, Clezio, orient. II. III. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Luciane Lutz

**FINANCIAMENTO E APLICAÇÃO DOS RECURSOS DO SUS EM MUNICÍPIOS
DO VALE DO RIO DOS SINOS/RS**

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

Aprovada em ____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Nome e Sobrenome

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar o financiamento e a aplicação dos recursos do SUS em municípios do Vale do Rio do Sinos/RS. As decisões críticas dos gestores municipais em relação às formas de organização e prestação do cuidado à saúde são condicionadas pela disponibilidade de recursos e pela importância relativa das várias fontes de receitas vinculadas à saúde em seus orçamentos. Tratou-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida por meio de levantamento sobre artigos científicos sobre o SUS, o financiamento do SUS e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, bem como, da análise de informações financeiras orçamentárias disponíveis no SIOPS referente ao período de 2013 a 2017. Como resultado constatou-se a grande representatividade das transferências da União, no entanto em um dos municípios estudados a aplicação de recursos próprios em saúde é superior às transferências da União. Todos os municípios cumprem a Emenda Constitucional n ° 29/2000. Quanto ao gasto público em saúde por habitante baseado em recursos próprios em todos houve crescimento. A respeito das subfunções orçamentárias destacaram-se como as mais expressivas a Assistência Hospitalar e Ambulatorial e a Atenção Básica.

Palavras-Chave: Economia da saúde. Financiamento. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the financing and application of SUS (Brazilian Public Health System) resources in municipalities in the Sinos River Valley. The critical decisions of municipal managers regarding the forms of organization and delivery of health care are conditioned by the availability of resources and the relative importance of the various sources of health-related revenues in their budgets. This was a descriptive research with a quantitative approach, developed through a survey on scientific articles about SUS, the financing of SUS and the Information System on Public Budgets for Health - SIOPS, as well as the analysis of available budget financial information in SIOPS for the period from 2013 to 2017. As a result, the Union's transfers were highly representative, however in one of the municipalities studied, the application of its own resources in health is higher in comparison with the transfers of the Union. All municipalities comply with the Amendment Constitutional no. 29/2000. As for public spending on health per capita based on own resources in all there was growth. Regarding the budgetary sub-functions, Hospital and Ambulatory Care and Basic Care were the most significant.

Keywords: Health economics. Financing. Health Management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1 - População e área Km ² dos municípios do Vale do Rio dos Sinos / RS, 2017.....	24
Tabela 4.2 - Transferência de recursos do SUS fundo a fundo da União e do Estado aos municípios estudados, 2013 – 2017 (em R\$).....	27
Tabela 4.3 - Receitas de Transferências da União para a Saúde dos municípios estudados, 2013-2017 (em R\$).....	29
Tabela 4.4 - Recursos próprios aplicados em saúde dos municípios estudados, 2013-2017 (em R\$).....	32
Tabela 4.5 - Recursos próprios aplicados em saúde dos municípios estudados, 2013-2017 (em R\$).....	33
Tabela 4.6- Gasto público em saúde por habitante, segundo esfera de governo, dos municípios estudados, 2013-2017 (em R\$).....	35
Tabela 4.7- Gasto público em saúde por subfunção orçamentária dos municípios estudados, 2013-2017 (em R\$).....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde do Brasil
EC	Emenda Constitucional
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FEE	Fundação de Economia e Estatística
FES	Fundo Estadual de Saúde
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GM	Gabinete Ministerial
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RS	Rio Grande do Sul
REFAP	Refinaria Alberto Pasqualini
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
STN – MF	Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Delimitação do Tema	9
1.2 Justificativa	10
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Objetivo Geral	13
1.3.2 Objetivos Específicos	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 Sistema Único de Saúde - SUS	14
2.2 Financiamento do SUS	16
2.3 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS	17
2.4 O papel do município na alocação de recursos para a saúde	19
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
4 RESULTADOS	24
4.1 Caracterização dos municípios com mais de 200.000 habitantes do Vale do Rio do Sinos/RS	24
4.2 Volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios	27
4.3 Receitas de Transferências da União para a Saúde	28
4.4 Volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios estudados	31
4.5 Grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000	33
4.6 Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental	34
4.7 Subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

1.1 Delimitação do tema

A discussão sobre o financiamento da saúde pública é um assunto atual e demonstra a fragilidade do Estado na garantia dos preceitos constitucionais da atenção à saúde. A insuficiência de recursos estimula o debate em torno da construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e abrange temas como a racionalização do gasto em saúde, a alocação equitativa de recursos, o fortalecimento do controle social e a regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29 (EC 29) (GONÇALVES et al., 2009).

Em relação à forma de financiamento do SUS, a sua constituição orçamentária está estabelecida de forma tripartite, na qual a administração pública em âmbito Federal, Estadual e Municipal dispõe de recursos que a custeiam. A Emenda Constitucional nº 29 determina que estados e municípios aloquem 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas na área da saúde (BRASIL, 2000). Já para a União, ela estabeleceu que tivesse um acréscimo de 5% em 2000 em relação ao valor empenhado no ano anterior e, para os anos seguintes, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (CAMPELLI; CALVO, 2007).

Entre os anos de 2005 a 2012, prevaleceram as disposições desse artigo, visto que a Lei Complementar 141/2012, que regulamenta a EC 29, só foi editada, após nove anos tramitando no Congresso Nacional. Essa lei regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal e dispõe sobre: o percentual mínimo a ser aplicado anualmente em ações e serviços públicos de saúde; os critérios de rateio dos recursos de transferências e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nos 3 (três) níveis de governo (SANTOS, 2012).

Em estudo realizado por Ribeiro e Bezerra (2013) sobre o protagonismo dos gestores locais de saúde diante da EC 29, constatou-se, pela análise dos dados obtidos por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que 100% dos municípios componentes da amostra estudada cumpriram com o percentual mínimo de recursos próprios aplicados em saúde.

Para efetivação dos repasses dos recursos entre as esferas governamentais, a Lei 8080/90 prevê no capítulo I, destinado a tratar de recursos, que “as receitas geradas no âmbito

do SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de governo onde forem arrecadadas”. Essas contas especiais foram denominadas Fundos de Saúde, instituídos legalmente a partir da Lei Orgânica nº 8142 de 1990. Os recursos existentes que estão disponíveis nesses fundos são de uso exclusivo para a saúde, repassados de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 1990). Dessa forma, o processo de financiamento da saúde é constituído de forma descentralizada e articulada, e também garante que os recursos repassados não sejam alocados para outras áreas da administração pública, garantindo a destinação do recurso somente para a saúde.

Teixeira e Teixeira (2003) destacam que as informações financeiras sobre o financiamento e o gasto com as políticas públicas de saúde constituem uma importante ferramenta para o processo de construção e a avaliação do desempenho do SUS. Essas podem fornecer o aprimoramento da gestão, a disseminação de experiências bem-sucedidas e a adequada distribuição dos gastos entre investimento e custeio, tendo em vista o dimensionamento das redes de atenção.

Como referem Espírito Santo, Fernando e Bezerra (2012), o entendimento sobre as questões do financiamento envolvidas na determinação das despesas públicas municipais em saúde, além de se fazer necessário, possibilita não só aos gestores e profissionais de saúde, como também aos usuários do SUS, uma participação consciente e eficaz no controle social de todo o dinheiro investido, contribuindo assim para consolidação do sistema de saúde.

Dessa forma, o presente estudo busca responder ao **seguinte problema de pesquisa: Como se apresenta o financiamento e a aplicação dos recursos do SUS nos municípios com mais de 200.000 habitantes do Vale do Rio dos Sinos/RS?**

1.2 Justificativa

O financiamento é um dos grandes entraves enfrentados pelos gestores do SUS, sendo um dos grandes problemas estruturais que hoje assolam o sistema de saúde. A dificuldade de encontrar a forma ideal de se financiar o sistema de saúde é debatida desde a implementação do SUS e, recentemente, esse tema tem aparecido nas agendas de pesquisa (ESPÍRITO SANTO e TANAKA, 2011; MARQUES e MENDES, 2012).

Embora se reconheça os problemas de eficiência na gestão dos gastos, é evidente que

o sistema que pretende ser “universal” e “integral” funciona com um financiamento muito aquém do necessário (MARQUES e MENDES, 2012). A grande diferença do poder de arrecadação municipal e da disponibilização de recursos para a saúde, associada a outros fatores, fizeram com que os sistemas públicos de saúde dos municípios sejam totalmente heterogêneos, produzindo regiões de saúde igualmente heterogêneas (ESPIRITO SANTO et al., 2012).

Graças à municipalização e à descentralização da saúde, seguido pelo tardio, e ainda não efetivo, empenho no fortalecimento das regiões de saúde, vivemos hoje uma realidade em que o município é considerado o núcleo básico organizacional. Essa situação produziu uma segmentação do sistema de saúde em subsistemas nacionais, fator que influencia a fragmentação do SUS em nome da autonomia municipal. Essa fragmentação tem gerado iniquidades locais que ficam evidentes quando se analisa o financiamento e o gasto do SUS nos municípios (SANTOS e CAMPOS, 2015).

Contudo, mesmo diante do cenário nacional da falta de recursos no sistema, há diferenças importantes no modelo de financiamento do SUS municipal e, conseqüentemente, na eficiência dos serviços de saúde prestados pelos municípios inseridos nesse mesmo sistema. Por isso, identificar e mensurar essas diferenças de modelos e de eficiência pode contribuir para divulgar os modelos de maior sucesso e até utilizá-los como parâmetros para os municípios menos eficientes.

Para fragilizar ainda mais o financiamento do SUS, impossibilitando o crescimento e o aumento real no investimento, foi aprovada a Emenda Constitucional n.º 95/2016, no dia 16 de dezembro de 2016, que implementou um novo regime fiscal com um limite para os gastos do governo federal, que vigorará pelos próximos 20 (vinte) anos, justificando ser a alternativa para retomada do crescimento da economia. Esse novo regime valerá até 2036, tendo início de sua aplicação para a Saúde em 2018, sendo o teto fixado correspondente ao orçamento disponível para os gastos de 2017, acrescido da inflação daquele ano. Qualquer mudança nas regras só poderá ser feita a partir do décimo ano de vigência do regime, e será limitada à alteração do índice de correção anual.

O gestor local é o que sofre com as demandas diárias, é quem cada vez mais aumentará os gastos em saúde devido à judicialização da saúde, ao aumento das doenças crônicas, à maior expectativa de vida, à incorporação de novas tecnologias, ao aumento dos valores dos serviços comprados, entre outros.

A promoção da cidadania de parcela significativa da população depende da eficiência do setor público na provisão adequada de ações e serviços de saúde. Esse desafio mostra-se

particularmente difícil em um contexto de demanda crescente e restrição orçamentária. O planejamento eficaz do gasto e a adequada gestão dos limitados recursos disponíveis são imprescindíveis em todos os setores da economia, em especial no setor público.

Tão importante quanto o planejamento, é a mensuração e a avaliação das ações empreendidas e dos resultados alcançados. A condução da política pública requer mais do que boa intuição. São necessárias informações precisas, pertinentes e detalhadas sobre a realidade.

A operação conjunta de tecnologias de informação, ferramentas de gestão, controle social e pesquisa permitirá não só observar as diretrizes constitucionais na provisão de serviços públicos, como também realizar significativos avanços de gestão, redundando em ganhos de bem-estar para a sociedade.

Assim, a presente pesquisa busca demonstrar como ocorre o financiamento e os gastos do SUS em gestão municipal, com base nos dados e nas informações disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

É no SIOPS que os gestores da União, dos estados e municípios declaram suas receitas e seus gastos públicos em saúde, permitindo o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das aplicações em saúde pelos três entes federados. No caso específico deste projeto, em nível municipal.

Há estudos que estimularam a realização desta pesquisa, os quais realizaram a análise do financiamento e dos gastos em comparações entre microrregiões do Rio Grande do Sul, estudos aprofundados em municípios, bem como análises do financiamento do SUS em outros estados brasileiros que utilizaram como base de dados o SIOPS, reforçando assim a viabilidade e a importância da realização desta pesquisa.

Assim, este estudo busca demonstrar o quanto a análise dessas informações pode apoiar o gestor local a realizar o diagnóstico sobre em quais despesas aplica mais seus recursos financeiros e fazer relação com a eficiência das ações e dos serviços prestados, bem como, qual a aplicação de recursos próprios, em que nível de atenção da saúde aplica mais recursos. Aprimorando a tomada de decisão quanto às demandas e o orçamento disponível para a alocação dos recursos, adequando a distribuição dos gastos entre custeio e investimento, viabilizando o aprimoramento da gestão.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Descrever o financiamento e a aplicação dos recursos do SUS em municípios com mais de 200.000 habitantes do Vale do Rio dos Sinos/RS nos últimos cinco anos (2013-2017).

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar os municípios estudados no Vale do Rio dos Sinos/RS.
- b) Quantificar o volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios.
- c) Quantificar o volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios.
- d) Identificar o grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000.
- e) Identificar o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental.
- f) Descrever quais subfunções orçamentárias da saúde foram mais expressivas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Sistema Único de Saúde – SUS

O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, representou um novo paradigma para as políticas públicas de saúde em que a responsabilidade pelo provimento dos serviços é compartilhada entre os três níveis de governo. Esse cenário, contudo, não promoveu a delimitação de papéis e tarefas entre essas esferas de modo a garantir a complementaridade dos esforços, nem definiu fontes de receita e níveis de comprometimento pelo financiamento dessas mesmas ações (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Essa situação ambígua causou, no início da década de 90, uma grave crise do financiamento da saúde. Essa crise foi atenuada nos anos seguintes por meio do aumento do volume de recursos federais destinados à área, em conjunto com a descentralização da execução das ações aos governos locais (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

O primeiro grande marco normativo, após a promulgação da CF/88, foi a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990). Essa lei também aborda a criação dos fundos de saúde para cada ente da federação, um expressivo avanço no campo do financiamento do sistema.

Outro ponto a destacar, é a descentralização e a regionalização como princípios e diretrizes do sistema público de saúde. A descentralização caracteriza-se como o processo de redistribuição de responsabilidades e atribuições das ações e dos serviços de saúde entre os três níveis de governo. Já a regionalização, é a diretriz que orienta e organiza o processo de descentralização, tendo em vista a heterogeneidade e as desigualdades sociais do país. Para isso, devem ser consideradas as condições demográficas, territoriais, epidemiológicas, bem como a capacidade instalada de cada região (BRASIL, 1988, 1990).

Em 1990, a Lei nº 8.142 dispôs sobre as transferências intergovernamentais destinadas ao financiamento do SUS e sobre a participação popular na gestão do sistema (BRASIL, 1990). Entre as inovações relativas ao financiamento, merece destaque a regulamentação das transferências regulares e automáticas de recursos destinados à cobertura de ações e serviços de saúde.

Com o intuito de operacionalizar essas diretrizes, o Ministério da Saúde lançou

Normas Operacionais, como a Norma Operacional Básica 01/93 (NOB/93), que regulamentou o processo de descentralização de ações e serviços de saúde e estabeleceu mecanismos de financiamento dos mesmos. A partir de então, iniciaram-se os repasses fundo a fundo entre entes federativos, alterando a estrutura do financiamento das ações e serviços (BRASIL, 1993).

O Decreto Presidencial nº. 1.232/94 determina as condições para as transferências dos recursos alocados no FNS, à existência de fundos de saúde estaduais e municipais e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde que também irá, com os demais órgãos de controle, fiscalizar a movimentação desses recursos (BRASIL, 1994).

A NOB de 1996 (NOB/96), entre outras definições, determina que os recursos de custeio provindos da esfera federal, que configuravam os Tetos Financeiros da Assistência, poderiam ser executados segundo duas modalidades: Remuneração por Serviços Produzidos e Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo). Essa norma alterou também as habilitações de gestão estabelecidas na NOB/93 (BRASIL, 1996).

Outra importante normatização foi o Pacto pela Saúde, estabelecido pela Portaria GM/MS nº. 399/2006. Destacam-se a substituição do processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso e Gestão, bem como a integração das formas de repasse dos recursos federais por meio de cinco blocos: Atenção Primária; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde; Gestão do SUS; e Alta e Média Complexidade (BRASIL, 2006).

A Portaria GM/MS nº 204/07 foi o instrumento normativo que regulamenta o financiamento dessas transferências dos recursos federais, além de criar um sexto bloco de financiamento, o Bloco de Investimentos em Serviços de Saúde (BRASIL, 2007). Os recursos da União que compõem cada bloco são transferidos fundo a fundo, para as respectivas contas únicas e específicas, devendo ser aplicados nas ações e nos serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

O Decreto nº. 7.508/11, ao dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011), reacendeu a discussão sobre a efetiva consolidação de princípios e diretrizes do SUS, dentre os quais a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços.

A existência de informações financeiras detalhadas para cada esfera de governo sobre o perfil do financiamento e do gasto com as políticas públicas de saúde constitui-se em imperativo para a construção do SUS e avaliação de seu desempenho. Tais informações

podem viabilizar o aprimoramento da gestão, a disseminação de experiências bem-sucedidas entre os entes federados, e a adequada distribuição dos gastos entre investimento e custeio, tendo em vista o dimensionamento das redes de atenção (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

2.2 Financiamento do SUS

Dos anos 90 aos dias atuais, mudanças importantes ocorreram no financiamento do SUS, tendo algumas dessas impactado significativamente o processo de descentralização ao substituir pagamento por produção de serviços pela transferência fundo a fundo, baseada no critério per capita, especialmente no que diz respeito à atenção básica (SILVA et al., 2010).

De acordo com Sousa et al. (2005), o financiamento tem sido o grande impulsionador na implantação de programas/atividades no âmbito de estados e municípios. Apesar disso, o modelo de participação do financiamento federal, geralmente com recursos com destinação predefinida, ditos “carimbados”, força os municípios a uma política vertical, atendendo mais às necessidades de convênios e programas do que à sua realidade epidemiológica.

Com o processo de descentralização, é inegável que os municípios tenham assumido grande parte das responsabilidades previstas. Para Arretche (2003), os governos locais tornaram-se essenciais na provisão de serviços de saúde e hoje ocupam um importante papel no seu financiamento.

A legislação que instituiu o SUS definiu as bases para o financiamento do conjunto de ações para os governos subnacionais, tendo em vista o financiamento das ações e dos serviços descentralizados de saúde. Ela estabelece que os recursos sejam transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Municipais (FMS), observando-se critérios diversos: perfil demográfico e epidemiológico da população, características da rede de serviços de saúde, desempenho no período anterior, níveis de participação da saúde nos orçamentos municipais e estaduais, previsão de investimentos, ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas de governo; com ênfase na definição de montantes per capita (não menos que a metade dos recursos transferidos) (LIMA, 2007).

Além disso, preconiza que os recursos transferidos sejam destinados a investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial e hospitalar e demais ações e serviços de saúde.

Lima (2007) apresenta quais os critérios que definem os recursos federais transferidos

mensalmente para municípios e estados. Eles se diferenciam em:

1. Critérios per capita utilizados para o financiamento de um conjunto de ações de atenção básica.

2. Critérios relacionados à série histórica da produção ambulatorial e hospitalar do SUS, voltados para o financiamento do conjunto de ações do modelo de transferência de recursos federais e serviços de especializados e de alta complexidade nos municípios habilitados na condição de gestão mais avançada na Norma Operacional vigente. Nos anos 2000, as transferências para os municípios nessa modalidade são estabelecidas por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), que permite a explicitação da parcela de recursos recebida para fins de atendimento de pacientes provenientes de outros municípios do estado.

3. Critérios diversos: a) relativos ao financiamento do conjunto de ações e serviços de especializados e de alta complexidade nos estados habilitados na condição de gestão mais avançada na Norma Operacional vigente; b) destinados ao financiamento dos programas específicos da atenção básica (Piso de Atenção Básica variável – PAB variável) como, por exemplo, o programa de saúde da família, o programa de agentes comunitários de saúde, a farmácia básica e os incentivos para implantação de ações de epidemiologia e controle de doenças e combate à carência nutricional; c) destinados ao financiamento de ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária (associação de critérios per capita, conjugados a incentivos proporcionais ao volume de arrecadação de taxas de fiscalização); d) relacionados ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e voltados para grupos prioritários e ampliação do acesso a determinadas ações e serviços; e) associados a formas de remuneração específica de determinados tipos de prestadores (entre eles, o mecanismo de remuneração diferenciada de hospitais universitários – o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa (FIDEPS), que serve como um instrumento de compensação financeira a unidades que atuam com custos hospitalares diferenciados); f) relacionados a outros programas específicos, entre eles, o programa para aquisição de medicamentos excepcionais e medicamentos para saúde mental.

O crescente compartilhamento do financiamento do SUS e o avanço na regulamentação das transferências demandaram a criação de um sistema de informação que possibilitasse a coleta, o processamento e a divulgação de dados sobre a receita e despesa com saúde nos três níveis de gestão (SILVA et al., 2010) .

2.3 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS

O SIOPS foi criado em 1999 e implantado em 2000 com o objetivo de coletar informações sobre receita e despesas com ações e serviços de saúde das três esferas de governo. Ele possibilita o acompanhamento para os conselheiros de saúde e para a sociedade das aplicações dos recursos destinados à saúde nas esferas local, estadual e federal (SIOPS, 2018).

O Decreto 7.827 (Brasil, 2012b) define o SIOPS como um sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. A Portaria N° 53 de 16 de janeiro de 2013 (Brasil, 2013) estabelece as diretrizes para o funcionamento do SIOPS e fixa prazos para registro e homologação de informações. As informações são produzidas com regularidade e qualidade crescente, consistindo em uma importante ferramenta para gestão pública em saúde, visto que é a partir dessas informações que acontecem os financiamentos e planejamentos do SUS (BRASIL, 2013; LIMA et al., 2006).

No Brasil, o SIOPS é a principal fonte de dados para estudos ou estimativas sobre os gastos municipais. Para consultas apenas dos repasses federais, pode-se contar com o site do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (GONÇALVES et al., 2009; LIMA et al., 2006).

Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios, além de conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN-MF). O gestor do SUS de cada ente da Federação é o responsável pelo registro dos dados no SIOPS, nos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública (SIOPS, 2018).

As informações prestadas são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado. Tais informações são inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema, por meio da internet, gerando indicadores de forma automática (SIOPS, 2018).

As informações do SIOPS são disponibilizadas por fase da despesa. De acordo com o artigo 63 da Lei de Orçamento Público n° 4.320/64 (Brasil, 1964), a liquidação da despesa é a verificação do direito adquirido pelo credor de acordo com os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito. A liquidação é uma das fases da despesa pública, em

que o gestor reconhece a dívida obrigando-se a pagá-la. Nas despesas liquidadas, não são levados em conta os restos a pagar que são definidos no artigo 36 da referida Lei de Orçamento Público como despesas empenhadas, mas não pagas até o dia 31 de dezembro.

Desde a divulgação do Pacto pela Saúde 2006 pela Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006) que aprovou as diretrizes operacionais com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, os gestores do SUS assumiram um compromisso público que é revisado anualmente por meio de um exercício simultâneo articulado e integrado de definição de prioridades, diretrizes, objetivos, metas e indicadores (BRASIL, 2006).

Para apoiar esse compromisso, o SIOPS, que foi concebido inicialmente como um banco de dados contendo as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde da União, dos estados e dos municípios, evolui assumindo novas funcionalidades. Foram construídos e aplicados indicadores que, disponibilizados aos gestores, possibilitam avanços no acompanhamento e na avaliação de gastos públicos no setor. Evolui-se da simples apresentação de dados de receitas e gastos, para um trabalho de análise frente à realidade de alocação de recursos, viabilizando a verificação da adequação do gasto às necessidades da população (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Levando-se em consideração a importância que esse sistema representa para a área da saúde, Espírito Santo, Fernando e Bezerra (2012), reforçam a necessidade dos gestores utilizá-lo nas suas práticas de planejamento, gestão e avaliação, uma vez que o SIOPS é uma opção ágil, de baixo custo e de confiabilidade aceitável.

Assim, após as conquistas legais e constitucionais do SUS, o que se percebe é a dificuldade de atender toda a demanda desencadeada pelo sistema. Existe a dificuldade de se obter um financiamento que sustente o sistema na sua totalidade. Dessa forma, cabe questionar sobre as características do financiamento da saúde e como a gestão pode melhor gerir e buscar mecanismos de aporte financeiro para atender suas demandas, contribuindo para a melhoria das condições de vida da população e garantindo seus direitos constitucionais.

2.4 O papel do município na alocação de recursos para a saúde

Para Riani (2009, p.54):

o gasto público é uma escolha política dos governos no que se refere aos diversos

serviços que prestam à sociedade. Representam o custo da quantidade e qualidade dos serviços e bens oferecidos pelo governo. A interpretação mais usual de gastos públicos considera o custo da provisão de bens e serviços executados pelo setor público que aparece nas contas orçamentárias do governo.

Em um quadro de heterogeneidade regional, os municípios tornaram-se quase que exclusivamente dependentes das intervenções governamentais, a fim de garantir o provimento dos serviços públicos e condições de bem-estar à população desprovida de renda, tendo em vista que a capacidade de arrecadação de recursos desses governos é, em sua maioria, limitada e proporcionalmente menor do que das cidades mais desenvolvidas (ARRETICHE, 2005;2012)

Com a criação do SUS, ocorre a descentralização das políticas de saúde do Brasil, sendo delegadas a Estados e Municípios responsabilidades que antes eram exclusivas do Governo Federal (ARRETICHE; MARQUES, 2002). Aos municípios, coube a responsabilidade de assumir a gestão dos programas de saúde pública e atenção básica, além de regular a rede hospitalar instalada, quando for o caso.

Lima (2007) e Arretche (2012) apontam que, independentemente do aumento das transferências federais, observa-se uma tendência crescente do Ministério da Saúde em vincular os recursos transferidos a determinadas políticas e programas definidos no âmbito nacional na tentativa de aumentar seu poder regulador sobre o sistema. Esses instrumentos representam formas utilizadas pelo gestor federal para incentivar ou inibir políticas por parte dos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. Essa prática acaba por limitar o grau de autonomia dos gestores estaduais e municipais na implementação de políticas voltadas a sua realidade local, comprometendo a gestão orçamentária das esferas sem garantir maior eficiência e efetividade do gasto.

O efeito redistributivo dos recursos transferidos via SUS são restritos e beneficiam as regiões Sudeste e Sul, não se diferenciando significativamente nos municípios de porte intermediário e nas capitais, apresentando um potencial limitado para redução das desigualdades na capacidade de gasto das esferas subnacionais (LIMA, 2007).

Em seu estudo, Godinho (2014) verificou que não há relação direta entre o gasto despendido e a população do município, ou seja, não é verdade que municípios mais populosos necessariamente invistam maiores percentuais do orçamento em saúde. Ela observou que municípios com pequeno número de habitantes (10.000 a 20.000 habitantes) apresentaram maior gasto *per capita* do que municípios com população acima de 100.000 habitantes. Isso se deve ao pequeno número de habitantes desses municípios, nos quais

simples alterações de domicílios provocam fortes impactos nos indicadores.

A autora complementa a análise dizendo que não se pode inferir que os municípios com elevados gastos per capita em saúde oferecem, necessariamente, os melhores serviços à população ou apresentam os melhores indicadores. Salieta ainda, que a descentralização fiscal privilegiou a autonomia dos municípios, mas tornou-os dependentes dos recursos transferidos da União. Por outro lado, as diferentes capacidades de arrecadação e a dependência tributária de estados e municípios apontam para possibilidades distintas de gastos vinculadas às suas receitas próprias disponíveis, o que justifica a ocorrência da disparidade regional.

Godinho (2014) concluiu que, no que tange ao percentual de gastos com saúde, de acordo com a EC 29/2000, a partir da regulamentação da Lei Complementar 141/2012, a maioria dos municípios brasileiros apresentou gastos superiores a 20%, sendo que muitos já apresentavam anteriormente. Sendo reafirmado por Goerich et al (2016) e destacado que a descentralização no repasse dos recursos acaba por eximir a responsabilidade da União com os gastos em saúde, fazendo com que os municípios tenham que arcar com a maior parte desses custos, pois os valores repassados não acompanham o aumento do número de serviços e profissionais exigidos dos municípios.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa trata de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido por meio das técnicas de revisão bibliográfica e análise documental de informações financeiras orçamentárias disponíveis no SIOPS.

Para Piccoli (2006), a pesquisa descritiva tem como finalidade observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, visando descobrir os fenômenos e procurando descrevê-los, classificando-os e interpretando-os com o propósito de conhecer a sua natureza.

Segundo VÍctora et al (2000), os métodos quantitativos de pesquisa são utilizados para descrever uma variável quanto a sua tendência central ou dispersão, média, mediana, moda ou dividi-la em categorias e descrever a sua frequência, suas taxas e medidas de risco em grandes populações.

O estudo foi desenvolvido com municípios do Vale do Rio do Sinos/RS que possuem mais de 200.000 habitantes. Para estabelecer quais os municípios que atendem ao requisito estabelecido no objetivo geral deste trabalho foram utilizados dados da Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul (FEE/RS), de onde foram extraídos dados populacionais, área e ano de fundação dos municípios. Assim, com base na população de todos os municípios que compõem essa delimitação geográfica, foi possível definir quais os municípios que atendem ao requisito, sendo que somente três foram selecionados: Canoas, Novo Hamburgo e São Leopoldo.

Os municípios de maior população são aqueles que atendem maiores complexidades em saúde e são referências para uma ou mais regiões do Estado; dessa forma, entende-se que também aplicam e recebem um volume expressivo de recursos financeiros para atenderem as demandas da população referenciada no que tange à saúde.

A pesquisa considerou para análise o período de 2013 a 2017, sendo estes os últimos cinco anos disponibilizados no SIOPS, realizando uma análise comparativa entre os municípios.

Foram utilizados dados secundários que foram obtidos por meio de artigos científicos, normas, documentos técnicos, livros, internet, destacando o banco de dados do SIOPS. Os dados secundários são aqueles que já foram coletados, tabulados, ordenados e que estão catalogados à disposição dos interessados (PICCOLI, 2006).

Para a coleta de dados, utilizou-se a pesquisa em documentos e arquivos eletrônicos. O marco conceitual sobre o financiamento da saúde e a organização do SUS, foi realizado por meio de busca sistemática na internet em sítios eletrônicos voltados para a temática, tais como o do Ministério da Saúde e o do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), entre outros.

Assim, a metodologia aplicada foi baseada no levantamento e na análise de dados de domínio público do SIOPS (Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde), um sistema de referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde. Este é acessado pelo endereço eletrônico <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>.

O SIOPS “é um sistema de coleta e processamento de dados sobre receitas totais e gastos com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo”. As informações contidas no sistema são fornecidas e transmitidas ao governo federal pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Os dados descritos e analisados foram obtidos pelo SIOPS, compreendendo o período de 2013 a 2017, e inseridos em planilhas Excel para o cálculo dos valores médios em R\$, que geraram tabelas e quadros para melhor visualização dos resultados, tanto de receita líquida de impostos e de transferências constitucionais legais, transferências de recursos para saúde da esfera federal e estadual para municípios, quanto de recursos próprios municipais, valores médios municipais por habitantes e de gasto público em saúde por subfunção orçamentária.

Os dados foram levantados por município, e, em seguida, organizados para a análise individual, bem como, comparativa entre eles. Por meio da classificação e interpretação dos dados obtidos na pesquisa quantitativa descritiva, a análise foi embasada no referencial teórico e nas interpretações da autora.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos municípios com mais de 200.000 habitantes do Vale do Rio dos Sinos/RS

O Vale do Rio dos Sinos está inserido na região metropolitana de Porto Alegre. Ele possui uma população total de 1.402.984 habitantes (estimativa em 2017), tem como área 1.398,6 Km². É composto pelos municípios: Araricá, Campo Bom, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Ivoti, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Portão, São Leopoldo, Sapiranga e Sapucaia do Sul. Abaixo, são apresentadas a população e área Km² desses municípios, conforme a Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser (FEE).

Tabela 4.1- População e área Km² dos municípios do Vale do Rio dos Sinos / RS, 2017.

Município	População (hab)	Área em Km²
Araricá	5.701	35,3
Campo Bom	64.622	60,5
Canoas	355.918	131,1
Dois Irmãos	32.138	65,2
Estância Velha	48.191	52,1
Esteio	84.048	27,7
Ivoti	23.053	63,2
Nova Hartz	20.029	62,6
Nova Santa Rita	27.115	217,9
Novo Hamburgo	250.292	223,8
Portão	35.058	159,9
São Leopoldo	228.642	102,7
Sapiranga	80.430	138,3
Sapucaia do Sul	147.747	58,3
Total	1.402.984	1.398,6

Fonte: FEE (2019)

Com base na Tabela 4.1, é possível definir que os municípios que se enquadram na delimitação proposta pelo estudo são: Canoas, Novo Hamburgo e São Leopoldo por possuírem mais de 200.000 habitantes. A seguir, caracterizam-se os municípios definidos para o estudo:

- CANOAS

De acordo com o site oficial do município, este foi fundado em 1939, e está situado na região metropolitana de Porto Alegre, sendo vizinho da capital e sede de grandes empresas nacionais e multinacionais, como a Refinaria Alberto Pasqualini (REFAP), além de nomes fortes nos ramos de gás, metalmeccânico e elétrico. A cidade tem uma das maiores redes de ensino do Estado composta por escolas públicas e particulares, além de três universidades.

O crescimento econômico de Canoas deu-se, principalmente, a partir de 1945, depois do fim da Segunda Guerra Mundial. Além de numerosas indústrias, instalaram-se no município a Base Militar da V Zona Aérea e a REFAP, impulsionando o desenvolvimento da cidade.

A cidade possui o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) gaúcho, com 16.244.021 bilhões de reais, representando 4,3% de participação no Estado. (Valores para 2015 – referência 2010). No Brasil, Canoas é 50ª cidade com o maior PIB.

Canoas possui 27 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), 5 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e 3 hospitais: Hospital Universitário, Hospital de Pronto Socorro e Hospital Nossa Senhora das Graças.

- NOVO HAMBURGO

Com base em informações do site oficial do município, na data de 5 de abril de 1927, criou-se o Município de Novo Hamburgo, emancipando-o do território do 2º Distrito de São Leopoldo.

O município de Novo Hamburgo está situado no Vale do Rio dos Sinos, a cerca de quarenta quilômetros da capital do estado, e pertence à Região Metropolitana de Porto Alegre.

Em sua rede de saúde pública. O município conta com 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 14 Unidades de Saúde da Família, 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Laboratório de Análises Clínicas Público, 1 Centro de Diagnóstico por Imagem, 1 Base do SAMU, 2 hospitais: Hospital Municipal de Novo Hamburgo e Hospital Regina (filantrópico, que atende aos pacientes do SUS via

contratação junto ao Município a nas especialidades de pediatria e oncologia, na média e alta complexidade).

- SÃO LEOPOLDO

Conforme apresenta o site oficial do município, a formação administrativa de São Leopoldo teve território desmembrado do Município de Porto Alegre, em cumprimento à Lei Provincial nº 4 de 1º de abril de 1846, ato extensivo à criação do distrito. A Lei Provincial nº 563, de 12 de abril de 1864, elevou a Sede Municipal à categoria de Cidade.

O município de São Leopoldo está localizado na região metropolitana da capital e está distante trinta e quatro quilômetros de Porto Alegre, tendo ligação direta por via rodoviária e metroviária. Possui o 9º PIB do estado.

O município conta com um dos maiores, mais diversificados e mais modernos Parques Tecnológicos, como também um dos maiores Polos Industriais do país, nos setores metalmeccânico (motosserras, ferramentas, armas, autopeças, equipamentos agrícolas e cinematográficos, bombas hidráulicas e elevadores), borracha, celulose e cordoaria, onde estão instaladas grandes empresas locais, nacionais e multinacionais.

O município conta também com duas universidades privadas de excelência, a Escola Superior de Teologia e a Universidade do Vale do Rio dos Sinos, esta última considerada uma das melhores do país segundo o MEC. Também dispõe de uma rede de educação regular e profissional pública e privada de ensino médio de excelente nível, que forma técnicos nas áreas agroflorestal, metalmeccânica, informática e saúde.

Em sua rede de saúde pública. O município conta com Hospital Público Municipal 100% SUS, UPA 24h, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Estratégia de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial (Adulto, Infantil e Álcool e Drogas), Centro de Saúde, Centro Médico, Centro Vigilância em Saúde, Serviço de Atendimento Especializado e Tisiologia.

Considerando a definição de o estudo ter como foco o financiamento da saúde pública nos municípios com mais de 200.000 habitantes do Vale do Rio dos Sinos/RS, no período de 2013 a 2017, visando um levantamento dos recursos recebidos e aplicados e sua análise, foram coletados os dados que serão apresentados na sequência, extraídos do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS.

Seguindo a ordem dos objetivos específicos, com a elaboração de tabelas, podem-se apresentar os seguintes resultados:

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

Tabela 4.2 - Transferência de recursos do SUS fundo a fundo da União e do Estado aos municípios estudados, 2013 – 2017 (em R\$).

Município	Ano	Transferências Provenientes da União (R\$)	%	Transferências Provenientes do Estado (R\$)	%	Outras receitas do SUS (R\$)	%	Total das Transferências do SUS/Ano (R\$)	%
Canoas	2013	136.013.097,37	73,08	48.336.990,37	25,97	1.772.122,34	0,95	186.122.210,08	100,00
	2014	162.928.439,47	56,88	121.371.471,92	42,37	2.156.926,31	0,75	286.456.837,70	100,00
	2015	175.238.785,93	56,79	130.051.867,12	42,15	3.260.259,74	1,06	308.550.912,79	100,00
	2016	174.979.985,04	58,77	120.044.953,64	40,32	2.697.850,34	0,91	297.722.789,02	100,00
	2017	172.995.598,05	58,68	119.308.059,06	40,47	2.485.556,53	0,84	294.789.213,64	100,00
	Total em 5 anos	822.155.905,86	59,85	539.113.342,11	39,25	12.372.715,26	0,90	1.373.641.963,23	100,00
	Média	164.431.181,17	59,85	107.822.668,42	39,25	2.474.543,05	0,90	274.728.392,65	100,00
Novo Hamburgo	2013	71.873.911,26	76,82	21.687.206,08	23,18	0,00	0,00	93.561.117,34	100,00
	2014	73.192.879,28	61,32	46.173.412,50	38,68	0,00	0,00	119.366.291,78	100,00
	2015	74.406.300,22	63,33	43.086.821,26	36,67	0,00	0,00	117.493.121,48	100,00
	2016	82.901.409,24	57,53	61.204.836,81	42,47	0,00	0,00	144.106.246,05	100,00
	2017	79.091.608,32	65,37	41.893.611,94	34,63	0,00	0,00	120.985.220,26	100,00
	Total em 5 anos	381.466.108,32	64,06	214.045.888,59	35,94	0,00	0,00	595.511.996,91	100,00
	Média	76.293.221,66	64,06	42.809.177,72	35,94	0,00	0,00	119.102.399,38	100,00
São Leopoldo	2013	47.111.589,35	77,02	13.811.204,42	22,58	244.663,22	0,40	61.167.456,99	100,00
	2014	44.838.388,08	79,92	10.668.131,41	19,01	597.635,09	1,07	56.104.154,58	100,00
	2015	47.513.857,02	87,15	6.464.630,50	11,86	539.273,85	0,99	54.517.761,37	100,00
	2016	46.795.990,19	81,34	10.501.321,63	18,25	234.484,63	0,41	57.531.796,45	100,00
	2017	50.935.791,18	82,13	10.770.587,43	17,37	311.137,39	0,50	62.017.516,00	100,00
	Total em 5 anos	237.195.615,82	81,42	52.215.875,39	17,92	1.927.194,18	0,66	291.338.685,39	100,00
	Média	47.439.123,16	81,42	10.443.175,08	17,92	385.438,84	0,66	58.267.737,08	100,00

Fonte: Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS 2019).

Ao analisar-se a Tabela 4.2 percebe-se que o montante de recursos transferidos pela União aos municípios estudados é expressivo, na média 59,85% para Canoas, 64,06% para Novo Hamburgo e 81,42% para São Leopoldo. Em contrapartida, a proporção média das

transferências de recursos estaduais para os municípios é menor, sendo respectivamente, 39,25%, 35,94% e 17,92%. Cabe destacar que, a representatividade do recurso da União é muito mais significativa no município de São Leopoldo, em comparação aos demais.

Considerando-se o volume financeiro total, Canoas recebe tanto da União como do Estado um montante muito superior. Isso está relacionado à lógica per capita que baseia as transferências de um conjunto de ações de atenção básica, isto é, como a população de Canoas é maior, recebe respectivamente mais recursos. Também impactam os critérios relacionados à série histórica da produção ambulatorial e hospitalar do SUS, no que tange aos serviços especializados e de alta complexidade e novos serviços que são habilitados (LIMA, 2007).

Em seu estudo, Santos Neto et al (2017) identificaram também que o percentual da participação da União e do Estado nas transferências para o SUS dos municípios da região da Rota dos Bandeirantes em São Paulo mostra a importância desses repasses no financiamento da saúde dos municípios, pois na média dos quatro anos estudados, o percentual de transferência SUS pela União foi de 95,40% em comparação a 4,60% de transferências realizadas pelo estado aos municípios da região.

Segundo Ahlert (2012), que realizou estudo comparativo entre as microrregiões de Santa Maria e Vacaria no Rio Grande do Sul, no período de 2008-2010, os recursos transferidos pela União representam respectivamente, 70% e 80,3%. Já os recursos estaduais representam 17,9% e 17,2%. Pode-se verificar a familiaridade dos percentuais em relação a este estudo, muito próximos aos percentuais do município de São Leopoldo.

Assim, constata-se neste estudo, bem como nos demais referidos, a grande representatividade dos recursos transferidos pela União em relação aos transferidos pelo Estado, sendo pouco menos significativa no município de Canoas.

4.3 Receitas de Transferências da União para a Saúde.

A Tabela 4.3 apresenta os valores transferidos pela União aos municípios estudados divididos por nível de atenção ou área de atuação, calculando-se a receita per capita com base nesta distribuição.

Tabela 4.3 - Receitas de Transferências da União para a Saúde dos municípios estudados, 2013-2017 (em R\$).

CANOAS		2013		2014		2015		2016		2017	
Estimativa População	346.413		349.023		350.824		352.097		355.918		
	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	
Transferências de Recursos do SUS UNIÃO	136.013.097,37	392,63	162.928.439,47	466,81	175.238.785,93	499,51	174.979.985,04	496,97	172.995.598,05	486,05	
Atenção Básica	11.728.364,20	33,86	14.324.051,72	41,04	15.924.565,12	45,39	19.213.098,75	54,57	19.313.435,29	54,26	
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	120.001.328,88	346,41	143.442.855,36	410,98	152.899.473,95	435,83	150.816.667,00	428,34	149.007.980,13	418,66	
Vigilância em Saúde	2.232.042,49	6,44	2.363.546,79	6,77	2.089.051,72	5,95	2.751.912,49	7,82	2.281.380,94	6,41	
Assistência Farmacêutica	1.662.361,80	4,80	1.823.485,60	5,22	1.702.361,80	4,85	1.977.860,80	5,62	1.767.801,69	4,97	
Gestão do SUS	353.000,00	1,02	364.500,00	1,04	-	-	64.800,00	0,18	35.000,00	0,10	
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	36.000,00	0,10	610.000,00	1,75	2.623.333,34	7,48	155.646,00	0,44	590.000,00	1,66	
Outras Transferências Fundo a Fundo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Convênios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Outras Transferências da União	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

NOVO HAMBURGO		2013		2014		2015		2016		2017	
Estimativa População	244.817		244.090		244.007		243.260		250.292		
	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	
Transferências de Recursos do SUS UNIÃO	71.873.911,26	293,58	73.192.879,28	299,86	74.406.300,22	304,94	82.901.409,24	340,79	79.091.608,32	316,00	
Atenção Básica	8.611.997,64	35,18	9.935.358,89	40,70	10.388.296,00	42,57	12.987.684,04	53,39	11.295.094,92	45,13	
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	51.680.990,21	211,10	57.718.112,06	236,46	60.535.106,75	248,09	61.056.513,09	250,99	61.419.342,23	245,39	
Vigilância em Saúde	1.849.845,81	7,56	1.421.301,84	5,82	1.213.596,54	4,97	681.459,31	2,80	1.558.886,79	6,23	
Assistência Farmacêutica	1.434.504,60	5,86	1.434.504,60	5,88	1.245.420,50	5,10	1.574.046,65	6,47	1.464.686,60	5,85	
Gestão do SUS	80.000,00	0,33	441.942,14	1,81	-	-	57.000,00	0,23	229.768,54	0,92	
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	3.481.971,56	14,22	2.241.659,75	9,18	1.023.880,43	4,20	6.544.706,15	26,90	3.123.829,24	12,48	

Outras Transferências Fundo a Fundo	4.734.601,44	19,34	-	-	-	-	-	-	-	-
Convênios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras Transferências da União	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

SÃO LEOPOLDO	2013		2014		2015		2016		2017	
Estimativa População	223.626		225.236		226.546		226.680		228.642	
	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)	Valor total (R\$)	Receita per capita (R\$)
Transferências de Recursos do SUS UNIÃO	47.111.589,35	210,67	44.838.388,08	199,07	47.513.857,02	209,73	46.795.990,19	206,44	50.935.791,18	222,78
Atenção Básica	6.798.421,60	30,40	7.261.842,85	32,24	7.170.741,05	31,65	8.309.334,00	36,66	7.926.745,04	34,67
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	32.198.948,46	143,99	33.493.433,32	148,70	34.584.138,59	152,66	34.319.206,32	151,40	40.051.612,86	175,17
Vigilância em Saúde	1.273.172,45	5,69	1.249.503,05	5,55	1.176.975,18	5,20	1.597.249,07	7,05	1.341.974,60	5,87
Assistência Farmacêutica	1.226.528,84	5,48	1.426.543,60	6,33	1.170.729,20	5,17	1.433.200,80	6,32	1.285.458,68	5,62
Gestão do SUS	30.000,00	0,13	30.000,00	0,13	-	-	57.000,00	0,25	30.000,00	0,13
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	5.043.318,00	22,55	279.150,00	1,24	3.411.273,00	15,06	1.080.000,00	4,76	300.000,00	1,31
Outras Transferências Fundo a Fundo	541.200,00	2,42	345.915,26	1,54	-	-	-	-	-	-
Convênios	-	-	392.000,00	1,74	-	-	-	-	-	-
Outras Transferências da União	-	-	360.000,00	1,60	-	-	-	-	-	-

Fonte: FEE (2019)

Fonte: Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (2019).

Observa-se claramente que o município com maior população, Canoas, recebeu o maior volume de recursos financeiros da União ao longo de todo o período analisado, bem como, a receita per capita também é a mais expressiva. Pode-se verificar no ano de 2017, que Canoas apresentou receita per capita de R\$ 486,05, Novo Hamburgo de R\$ 316,00 e São Leopoldo de R\$ 222,78, chamando a atenção, no que tange a receita per capita, que não ocorre a equidade na distribuição dos recursos, a qual se constataria caso os municípios apresentassem valores similares.

Então, a variação da receita per capita permite inferir que o município que apresenta o valor maior, possui um volume de serviços maior e que este seja referência no atendimento a outros municípios e para isso há um incremento de valores repassados pela União para a sua realização. Assim, o valor per capita apresentado considerando a população somente do município pode não representar a realidade, devendo contar para maior fidedignidade do cálculo toda a população referenciada.

Seguindo a análise da tabela acima, verificasse que para todos os municípios foi a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar que recebeu a maior transferência de valores, pois este nível de atenção compreende a maior complexidade dos serviços, como por exemplo, serviços hospitalares, procedimentos especializados, exames, envolvendo alto custo.

Cabe destacar, que na Assistência Farmacêutica a receita per capita é mais uniforme entre os municípios, já que o valor repassado é pré-definido em um valor por habitante/ano.

Constata-se, que o município de Novo Hamburgo recebeu ao longo destes cinco anos valor muito superior em relação aos demais, no que tange, a recursos para Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (sendo compreendido por recursos para construção, reforma e aquisição de veículos, equipamentos e material permanente). Neste ponto, pesa mais o planejamento e as ações executadas pelo Gestor no sentido de buscar recursos para ampliar e melhorar a estrutura de atendimento do município, atendendo para isso aos critérios estabelecidos.

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

A Tabela 4.4 apresenta os recursos próprios e transferidos aplicados em saúde nos municípios estudados, sendo observado que Canoas e Novo Hamburgo têm distribuído o percentual de uma maneira muito próxima. Canoas na média apresenta 31,04% de recursos próprios e 68,96% de recursos transferidos aplicados em saúde e Novo Hamburgo, respectivamente, 33,48% e 66,52%. O que chama a atenção é que o município de São Leopoldo na média aplicou a inversa proporção, isto é, 60,62% de recursos próprios e 39,38% de recursos transferidos e que ano a ano está aplicando mais recursos próprios. Assim, neste ponto, não houve homogeneidade no percentual aplicado pelos municípios.

Tabela 4.4 - Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios estudados, 2013-2017 (em R\$).

Município	Ano	Recursos Próprios Aplicados (R\$)	%	Recursos Transferidos Aplicados (R\$)	%	Total (R\$)	%
Canoas	2013	109.417.976,57	35,31	200.420.839,19	64,69	309.838.815,76	100,00
	2014	111.171.620,89	28,24	282.513.605,15	71,76	393.685.226,04	100,00
	2015	112.785.938,58	28,30	285.771.546,49	71,70	398.557.485,07	100,00
	2016	133.425.294,79	30,21	308.166.254,99	69,79	441.591.549,78	100,00
	2017	150.804.291,49	33,79	295.533.974,08	66,21	446.338.265,57	100,00
	Total em 5 anos	617.605.122,32	31,04	1.372.406.219,90	68,96	1.990.011.342,22	100,00
	<i>Média</i>	<i>123.521.024,46</i>	<i>31,04</i>	<i>274.481.243,98</i>	<i>68,96</i>	<i>398.002.268,44</i>	<i>100,00</i>
Novo Hamburgo	2013	53.013.391,60	35,65	95.685.027,95	64,35	148.698.419,55	100,00
	2014	54.777.834,88	30,89	122.569.059,99	69,11	177.346.894,87	100,00
	2015	59.099.739,41	30,70	133.419.110,70	69,30	192.518.850,11	100,00
	2016	66.577.336,68	33,48	132.308.805,21	66,52	198.886.141,89	100,00
	2017	77.888.503,25	36,65	134.658.879,22	63,35	212.547.382,47	100,00
	Total em 5 anos	311.356.805,82	33,48	618.640.883,07	66,52	929.997.688,89	100,00
	<i>Média</i>	<i>62.271.361,16</i>	<i>33,48</i>	<i>123.728.176,61</i>	<i>66,52</i>	<i>185.999.537,78</i>	<i>100,00</i>
São Leopoldo	2013	87.360.751,62	56,63	66.906.138,16	43,37	154.266.889,78	100,00
	2014	102.703.263,34	57,06	77.288.812,50	42,94	179.992.075,84	100,00
	2015	102.291.925,56	58,62	72.197.734,40	41,38	174.489.659,96	100,00
	2016	121.777.205,06	62,83	72.048.772,70	37,17	193.825.977,76	100,00
	2017	126.189.148,52	66,86	62.548.260,28	33,14	188.737.408,80	100,00
	Total em 5 anos	540.322.294,10	60,62	350.989.718,04	39,38	891.312.012,14	100,00
	<i>Média</i>	<i>108.064.458,82</i>	<i>60,62</i>	<i>70.197.943,61</i>	<i>39,38</i>	<i>178.262.402,43</i>	<i>100,00</i>

Fonte: Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (2019).

A aplicação de recursos próprios mais significativa é a de São Leopoldo, que se assemelha ao estudo de Ahlert (2012) em que as Microrregiões de Santa Maria e Vacaria (2008-2010) respectivamente aplicaram com recursos próprios 69,3% e 77%; no entanto, é uma característica de município de pequeno porte a aplicação maior de recursos próprios.

4.5 Grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000

Tabela 4.5 - Recursos próprios aplicados em saúde dos municípios estudados, 2013-2017 (em R\$).

Município	Ano	Recursos Próprios Aplicados – R\$ (A)	Receitas de Impostos Líquidas e Transferências Constitucionais e Legais- R\$ (B)	% (A/B)
Canoas	2013	109.417.976,57	558.846.097,43	19,58
	2014	111.171.620,89	633.586.594,72	17,55
	2015	112.785.938,58	656.506.065,29	17,18
	2016	133.425.294,79	733.322.454,16	18,19
	2017	150.804.291,49	859.433.582,45	17,55
Novo Hamburgo	2013	53.013.391,60	302.961.366,18	17,50
	2014	54.777.834,88	321.707.295,38	17,03
	2015	59.099.739,41	329.938.103,99	17,91
	2016	66.577.336,68	354.295.659,12	18,79
	2017	77.888.503,25	366.239.909,58	21,27
São Leopoldo	2013	87.360.751,62	245.550.854,73	35,58
	2014	102.703.263,34	260.958.634,56	39,36
	2015	102.291.925,56	275.154.317,47	37,18
	2016	121.777.205,06	300.019.616,51	40,59
	2017	126.189.148,52	308.797.809,61	40,86

Fonte: Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (2019).

Inicialmente, cabe esclarecer que os valores apresentados em Receitas de Impostos Líquidas são compostos por: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre

Transmissão de Bens Intervivos (ITBI), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), Imposto Territorial Rural (ITR), multas, juros de mora e outros encargos dos impostos. E as receitas de Transferências Constitucionais e Legais são compostas por: Cota-parte FPM (Fundo de Participação dos Municípios), Cota – parte IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) – Exportação, Cota – parte ITR, Cota – parte IPVA (Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores), Cota – parte ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) e Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais e Desoneração (ICMS). Assim, baseado no montante constituído por toda a receita acima elencada o município deve aplicar no mínimo 15% em ações e serviços de saúde, conforme determina a EC 29.

No entanto, cabe destacar o percentual de aplicação de recursos próprios do município de São Leopoldo que nesses cinco anos ultrapassou os 35%, chegando a 40,86% em 2017. Por outro lado, Novo Hamburgo teve sua aplicação mais expressiva de 21,27%, ultrapassando os 20% de aplicação de recursos próprios. Assim como, apresentado por Godinho (2014), a maioria dos municípios brasileiros compromete mais que 20% de seus recursos próprios com gasto em saúde.

É oportuno reforçar que os recursos que compõem o orçamento-base da EC 29 são aqueles sobre os quais os municípios têm autonomia. São recursos “não vinculados”, cuja aplicação, em princípio, é definida a partir dos problemas, das necessidades e da realidade de cada município, e das alternativas (ou políticas) adotadas frente a eles. Ao ter de alocar, em ações e serviços de saúde, percentuais cada vez mais elevados de suas receitas, os municípios podem comprometer outros setores, ou mesmo fomentar conflitos internos entre os vários atores da administração municipal. Isso pode gerar obstáculos à governabilidade municipal, com consequências negativas, inclusive ao próprio setor de saúde, que, por sua natureza, tem interfaces múltiplas com os demais setores (SCATENA et al, 2009).

4.6 Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental

Tabela 4.6 - Gasto público em saúde por habitante, segundo esfera de governo, dos municípios estudados, 2013-2017 (em R\$).

Município	Ano	Valor médio por habitante/ano de recursos próprios na esfera municipal (R\$)	Valor médio por habitante/ano de recursos transferidos de outras esferas de governo (R\$)	Total (R\$)
Canoas	2013	323,21	592,04	915,25
	2014	327,00	830,97	1157,97
	2015	330,42	837,20	1167,62
	2016	389,41	899,40	1288,81
	2017	438,57	859,48	1298,05
Novo Hamburgo	2013	213,95	386,17	600,12
	2014	220,66	493,73	714,39
	2015	237,64	536,48	774,12
	2016	267,26	531,12	798,38
	2017	312,17	539,70	851,87
São Leopoldo	2013	387,37	296,68	684,05
	2014	452,46	340,50	792,96
	2015	447,92	316,15	764,07
	2016	530,21	313,66	843,87
	2017	546,48	270,86	817,34

Fonte: Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (2019).

A Tabela 4.6 nos apresenta os gastos em valores médios por habitante. Cabe destacar que Canoas, comparando os valores entre 2013 e 2017, teve um aumento de 26,30% no valor médio por habitante com recursos próprios. Na mesma comparação Novo Hamburgo aumentou 31,46% e São Leopoldo 29,12%. Considerando a mesma comparação, só que com recursos transferidos, Canoas aumentou 31,12%, Novo Hamburgo 28,45%, e São Leopoldo apresentou uma diminuição em 9,53%, claro que é possível verificar que em algum momento até houve aumento, mas entre o primeiro e último ano considerados para o estudo teve-se esse resultado curioso. O que pode ter levado a esse resultado? O município recebeu menos recursos transferidos ou não aplicou o valor em saúde como devido? Muitas variáveis podem ser consideradas, uma delas pode ser que esse município realizava serviços regionalizados e, por algum motivo, deixou de prestar os serviços e, com isso, diminuíram os repasses e, por consequência, a aplicação.

Um ponto importante a destacar é que esse valor médio por habitante considera o número de habitantes do município e não leva em conta que este pode ser referência em serviços para a população de outros municípios. Assim, no cálculo, esse aspecto não é considerado. Pois bem, pode-se perceber que Canoas tem um valor médio total por habitante muito superior a Novo Hamburgo e São Leopoldo, o que pode ser indício de que, por ser um município com uma capacidade de atendimento maior e uma rede de serviços de média e alta complexidade bem estruturada, pode estar ofertando serviços a outros municípios, e para isso, recebe recursos financeiros do Estado e da União para prestar esses atendimentos. Mesmo porque na tabela anterior pode-se constatar que o município não compromete demasiadamente um percentual superior a 15% exigidos pela EC 29. Isso também foi apontado por Santos Neto (2017) quando destaca que se deve levar em consideração que o cálculo do gasto *per capita* considera apenas a população oficial, sem levar em conta os usuários da saúde.

4.7 Subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas

Analisando a Tabela 4.7, pode-se verificar que os três municípios têm maiores volumes de recursos gastos nas subfunções vinculadas: Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Atenção Básica. Considerando essas duas subfunções, Canoas é o município com maior aplicação, tendo sido apontado e explicado na análise da Tabela 4.2.

Tabela 4.7 - Gasto público em saúde por subfunção orçamentária dos municípios estudados, 2013-2017 (em R\$).

	Atenção Básica (R\$)	Assistência Hospitalar e Ambulatorial (R\$)	Suporte Profilático e Ambulatorial (R\$)	Vigilância Sanitária (R\$)	Vigilância Epidemiológica (R\$)	Alimentação e Nutrição (R\$)	Outras subfunções (R\$)	Total (R\$)	Gasto per capita (R\$)
Canoas									
2013	32.416.475,56	228.870.500,78	0,00	88.616,73	1.184.328,55	265.420,80	47.013.473,34	309.838.815,76	915,25
2014	32.546.252,99	310.222.525,67	0,00	423.021,71	2.166.375,24	287.606,34	48.039.444,09	393.685.226,04	1.157,97
2015	37.553.647,53	304.326.933,79	0,00	179.360,08	871.009,17	240.870,20	55.385.664,30	398.557.485,07	1.167,62
2016									-
2017	77.548.744,16	304.431.157,78	0,00	178.940,54	677.067,14	726.547,18	62.775.808,77	446.338.265,57	1.298,05
Total em 4 anos	180.065.120,24	1.147.851.118,02	0,00	869.939,06	4.898.780,10	1.520.444,52	213.214.390,50	1.548.419.792,44	
Média	45.016.280,06	286.962.779,51	0,00	217.484,77	1.224.695,03	380.111,13	53.303.597,63	387.104.948,11	
Novo Hamburgo									
2013	136.369.393,89	3.912.265,93	173.848,00	137.411,49	1.007.643,02	0,00	7.097.857,22	148.698.419,55	600,12
2014	167.797.319,04	5.870.614,15	185.500,29	41.113,32	937.791,36	0,00	2.514.556,71	177.346.894,87	714,39
2015	178.734.933,84	9.773.528,19	176.238,32	47.024,12	1.520.373,51	58.251,00	2.208.501,13	192.518.850,11	774,12
2016	186.445.290,60	8.734.922,46	121.731,86	160.570,04	1.213.000,49	32.400,00	2.178.226,44	198.886.141,89	798,38
2017	201.806.259,12	6.401.296,00	203.816,05	251.618,80	1.585.653,52	30.000,00	2.268.738,98	212.547.382,47	851,87
Total em 5 anos	871.153.196,49	34.692.626,73	861.134,52	637.737,77	6.264.461,90	120.651,00	16.267.880,48	929.997.688,89	
Média	174.230.639,30	6.938.525,35	172.226,90	127.547,55	1.252.892,38	24.130,20	3.253.576,10	185.999.537,78	
São Leopoldo									
2013	12.226.274,66	98.465.216,47	0,00	628.119,56	696.016,27	18.436,99	42.232.825,83	154.266.889,78	684,05
2014	20.348.923,41	109.461.064,71	2.019.347,46	0,00	1.791.558,39	13.930,00	46.357.251,87	179.992.075,84	792,96
2015	29.250.535,55	104.860.959,56	1.933.576,80	0,00	780.911,91	10.202,19	37.653.473,95	174.489.659,96	764,07
2016	20.890.430,08	116.038.360,36	1.752.399,25	0,00	444.230,46	0,00	54.700.557,61	193.825.977,76	843,87
2017	22.883.737,74	115.336.515,32	2.164.227,89	0,00	733.512,82	0,00	47.619.415,03	188.737.408,80	817,34
Total em 5 anos	105.599.901,44	544.162.116,42	7.869.551,40	628.119,56	4.446.229,85	42.569,18	228.563.524,29	891.312.012,14	
Média	21.119.980,29	108.832.423,28	1.573.910,28	125.623,91	889.245,97	8.513,84	45.712.704,86	178.262.402,43	

Fonte: Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (2019).

Corroborando Kranz et al (2012 apud Rosa e Kranz, 2015), as subfunções orçamentárias Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial receberam maiores recursos de acordo com estudo realizado na Região Sul do Brasil, onde as mesorregiões do estado do Paraná alocaram os maiores volumes globais de recursos

No entanto, causa estranheza o baixo valor na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial e um valor alto na Atenção Básica em Novo Hamburgo em comparação aos demais. Para buscar um esclarecimento, verificou-se junto ao site do Fundo Nacional de Saúde o repasse de valor no ano de 2017 no Bloco da Atenção Básica e no da Média e Alta Complexidade, sendo que este último compreende a subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Foi encontrado o valor de R\$ 11.295.094,92 para Atenção Básica e R\$ 61.419.342.23 para Média e Alta Complexidade. Essa constatação de valores é só referente às transferências da União, considerando que ainda compõem as subfunções os recursos do Estado e próprios do Município.

Com isso, percebe-se que houve falha na elaboração do orçamento em Novo Hamburgo, e por consequência, na aplicação do recurso no que tange à subfunção, não condizendo com a realidade dos fatos, mas não afirmando que os recursos não tenham sido aplicados nas ações a que se destinam. Assim, há distorções nos dados informados no SIOPS, sendo de suma importância que gestores da saúde municipal e o setor da contabilidade da Prefeitura interajam e estudem a composição do orçamento e os recursos, para que no SIOPS demonstrem a realidade dos gastos aplicados.

Uma análise mais aprofundada quanto à alocação correta dos gastos nas subfunções, até mesmo em relação aos outros dois municípios, fica como sugestão para um novo estudo.

Cabe destacar como são inferiores os valores aplicados nas demais subfunções vinculadas Suporte Profilático e Ambulatorial, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição, o que reforça a relevância dada pelas políticas públicas em saúde e os respectivos gestores na Atenção Básica e na Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

E, para finalizar, a Tabela 4.7 apresenta o Gasto per capita total, com o qual se tinha como objetivo estabelecer uma relação entre receita e despesa por habitante, no entanto, há dificuldade visto que há incongruência nos dados lançados de um município, assim como, as receitas não são apresentadas no SIOPS por subfunções, inviabilizando esta análise.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo descrever o financiamento e a aplicação dos recursos do SUS em municípios com mais de 200.000 habitantes do Vale do Rio dos Sinos/RS nos últimos cinco anos (2013-2017). Concomitantemente, quantificou-se o volume total de recursos transferidos para a saúde pela esfera federal e estadual aos municípios, bem como os recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios. Igualmente, verificou-se o grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, determinou-se o gasto público em saúde per capita segundo esferas governamentais e discriminaram-se quais subfunções orçamentárias da saúde foram mais expressivas.

Constatou-se que as transferências da União possuem grande representatividade, no entanto, o município de São Leopoldo apresentou uma aplicação de recursos próprios em saúde superior às transferências da União e do Estado somadas. Considera-se este um aspecto negativo, pois a Emenda Constitucional nº 29/2000 determina uma aplicação mínima de 15%, mas quando atinge patamares de 40%, como no caso de São Leopoldo, o município acaba inviabilizando ações em outras áreas que também são importantes para a população, e que são de sua responsabilidade, assumindo um custeio de serviços que deveria ser dividido pelos três entes. Por outro lado, em 2017, Canoas apresentou 17,55% e Novo Hamburgo 21,27% de aplicação de recursos próprios aplicados em saúde. Assim, ao longo do período de cinco anos, todos os municípios cumpriram a referida Emenda Constitucional.

Ao determinar-se o gasto público em saúde por habitante segundo esferas governamentais, percebeu-se que, quando o valor médio habitante/ano é baseado em recursos próprios em todos os municípios, houve crescimento. No entanto, considerando recursos transferidos de outras esferas de governo, Novo Hamburgo não apresentou crescimento no comparativo entre 2016 e 2015. Em Canoas, houve decréscimo na comparação entre 2016 e 2017, e em São Leopoldo também ocorreram decréscimos de 2015 a 2017. Mas, considerando a análise sobre o valor médio total, houve crescimento ao longo dos cinco anos em Canoas e Novo Hamburgo.

A respeito das subfunções orçamentárias, destacam-se como as mais expressivas a Assistência Hospitalar e Ambulatorial e a Atenção Básica, no entanto ressalta-se a importância da elaboração correta do orçamento por parte dos municípios para que não sejam apresentadas discrepâncias no SIOPS por falhas nas informações.

Sugere-se a capacitação de gestores e técnicos para a correta alimentação do SIOPS, para que demonstre o que realmente vem sendo executado, e a análise das informações contidas, pois, as informações geradas pelo SIOPS não têm sido exploradas potencialmente pelos gestores enquanto instrumento de gestão.

O SIOPS se diferencia dos demais sistemas de informações porque não está relacionado diretamente à atividade fim tanto quanto à produtividade e a questões epidemiológicas; em vez disso, ele produz essencialmente informação financeira para a gestão e controle social. Sendo o SIOPS a mais ampla fonte de dados sobre receita e despesa em saúde no âmbito municipal, seus dados devem ser mais amplamente utilizados.

Para estudos e pesquisas futuras sobre o tema, seria possível avaliar uma abrangência territorial maior, realizar estudo de caso com aprofundamento nos municípios estudados no que tange à aplicação dos recursos financeiros, bem como incluir mais indicadores e informações que o SIOPS disponibiliza. Ainda poderiam ser realizados estudos qualitativos que relacionem o financiamento público em saúde com a situação de saúde dos municípios

Por fim, salienta-se a importância de se conhecer a composição do financiamento da saúde dos municípios, assim como ocorre a aplicação dos recursos, a fim de identificar potencialidades e dificuldades referentes à distribuição destes. O financiamento é indispensável para que os municípios possam efetivar as ações e os serviços públicos em saúde previstos nas políticas públicas do Ministério da Saúde e definidos no Plano Municipal de Saúde dos municípios.

REFERÊNCIAS

AHLERT, Jéssica T. **Financiamento e Gestão Financeira em Saúde nas microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2012.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232003000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 dez. 2018.

BRASIL. Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964. Institui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.

_____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS – 96. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida e de Gestão. Série pactos pela Saúde, v.1, 2006;

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 311, DE 14 de maio de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073 de 31 de agosto de 2011.

_____. Resolução GM/MS/CIT nº. 04, de 19 de julho de 2012.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012a.

_____. Decreto nº 7.827 de 16 de outubro de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 53, de 16 de janeiro de 2013.

_____. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

_____. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da *Emenda Constitucional no. 29* no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2007.

ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; TANAKA O.U. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1875-1885, mar. 2011.

ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 861-871, 2012.

GODINHO, Graça. **Evolução dos gastos em saúde nos municípios brasileiros**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS Porto Alegre, 2014.

GONÇALVES, R. F.; BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; SOUZA, I. M. C.; NETO, P. J. D.; SILVA, K. S. B. Confiabilidade dos dados declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco. **Cad. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.12, p. 2612-2620, dez. 2009.

KRANZ, L.F.; ROSA, R. S.; BALDEZ G. S.; RECK H. H. Financiamento público em saúde por mesorregião na região Sul, Brasil, 2008-2011. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (10.: 2012: Porto Alegre, RS) **Anais**. Porto Alegre: ABRASCO, 2012 apud ROSA e KRANZ, 2015.

LIMA, Claudia Risso de Araujo; CARVALHO, Marília Sá; SCHRAMM, Joyce Mendes e Andrade. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Cad. Saúde Pública** [on line]. vol. 22, n. 9, pp.1855-1864. 2006.

LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12, n.2, p. 511-522, 2007.

MARQUES, R.M.; MENDES A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 45, p. 345 – 362, ago. 2012.

PICCOLI, J. J. **Normalização para trabalhos de conclusão em Educação Física**. 2. ed. Canoas: ULBRA, 2006.

RIANI, Flávio. **Economia do Setor Público: uma abordagem introdutória**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

RIBEIRO, J. D. T.; BEZERRA, A. F. B. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº 29: algumas reflexões. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.4, p.1014-1023, 2013.

SANTOS, L. Lei Complementar 141/2012: novo marco das transferências interfederativas no SUS. **BVS - Biblioteca virtual em saúde**, São Paulo, SP, 12 mar. 2012. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/12/lei-complementar-1412012-novo-marco-das-transferencias-interfederativas-no-sus/>>. Acesso em: 13 set.2018.

SANTOS, L; CAMPOS, GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo. v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS NETO, João Alves dos; MENDES, Áquilas N; PEREIRA, Antônio C; PARANHOS, Luiz R . Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo. **Ver. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017.

SCATENA, João H G; VIANA, Ana L d'Ávila; TANAKA, Oswaldo Y. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2433-2445, nov. 2009.

SILVA, KSB; BEZERRA, AFB; SOUSA, IMC; GONÇALVES, RF. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 373-382, 2010

SOUSA I.M.C., SOUZA A.S., CANTO A. **Financiamento no SUS: a Emenda Constitucional 29 e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde em Pernambuco**. Recife: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>. Acesso em: 17 set.2018.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.