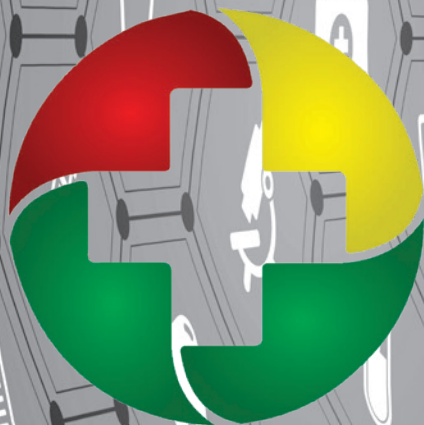


# GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

(VOLUME 3)



Ronaldo Bordin  
Paulo R. Z. Abdala  
Organizadores



Ronaldo Bordin  
Paulo R. Z. Abdala  
Organizadores

# **GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL**

CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS

(VOLUME 3)

© 2020, DOS AUTORES

## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE PNAP/2017-2019**

### **COORDENADOR**

Ronaldo Bordin

### **VICE-COORDENADOR**

Guilherme Dornelas Camara

### **CORPO DOCENTE: DISCIPLINAS**

Aragon Erico Dasso Júnior  
Clézio Saldanha dos Santos  
Diogo Joel Demarco  
Fernando Dias Lopes  
Jacqueline Oliveira Silva  
Maria Ceci Araújo Misoczky  
Paul Douglas Fisher  
Paulo Antônio Barros Oliveira  
Rafael Kunter Flores  
Roger dos Santos Rosa  
Sueli Maria Goulart da Silva

### **CORPO DOCENTE: ORIENTAÇÃO**

Andrea Gonçalves Bandeira  
Aragon Erico Dasso Júnior  
Clézio Saldanha dos Santos  
Cristina Arthmar Mentz Albrecht  
Fernando Dias Lopes  
Guilherme Dornelas Camara  
Jacqueline Oliveira Silva  
Paul Douglas Fisher  
Paulo Antônio Barros Oliveira  
Rafael Kunter Flores  
Roger dos Santos Rosa

### **COORDENADORA DE TUTORIA**

Jaqueline Silinske

### **TUTORES DE DISCIPLINAS**

Ailim Schwambach  
Aline Basso da Silva  
Bruna Hentges  
Giuliano Uhlein Balardin  
Márcio de Almeida Malavolta  
Maria Alice Gabiatti Alessio  
Maria Cristina dos Santos Baumgarten  
Priscila Farfan Barroso

### **TUTORES DE ORIENTAÇÃO A DISTÂNCIA**

Bruno Silva Kauss  
Bruna Campos De Cesaro  
Camila Guaranha  
Juliane Meira Winckler  
Rita de Cassia Nagem

### **ORGANIZADORES**

#### **Ronaldo Bordin**

Docente e pesquisador da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Departamento de Medicina Social e nos Programas de Pós-Graduação em Administração (PPGA), área de Estudos Organizacionais, e Saúde Coletiva, área de Administração e Planejamento em Saúde. Coordenador do Curso de Especialização em Gestão em Saúde (EAD). Doutor em Administração, Mestre em Educação e Graduado em Medicina pela UFRGS. Coordenador do Grupo de Pesquisa de Gestão em Saúde, com seguintes temas de interesse de pesquisa: administração e planejamento em saúde, administração pública, estudos organizacionais, política de saúde, saúde coletiva e epidemiologia de serviços.

#### **Paulo Ricardo Zilio Abdala**

Docente e pesquisador da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Departamento de Ciências Administrativas e no Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA), na área de Estudos Organizacionais. Coordenador do Curso de Especialização em Administração Pública no Século 21 (EAD); Chefe do Departamento de Ciências Administrativas da UFRGS; e avaliador do INEP/MEC. Doutor, Mestre e Bacharel em Administração pela UFRGS e especialista em Comunicação com o Mercado na ESPM-RS. Membro do Grupo de Pesquisa Organização e Práxis Libertadora, com os seguintes temas de interesses de pesquisa: crítica a economia política das organizações e do consumo, pensamento social brasileiro e latino-americano, estudos críticos do desenvolvimento, movimentos sociais e administração pública.

# O FINANCIAMENTO DO SUS NO MUNICÍPIO DE MUÇUM/RS, 2013-2020

ARTHUR ZANCHET RIEDI  
BRUNA CAMPOS DE CESARO  
CLEZIO SALDANHA DOS SANTOS

## INTRODUÇÃO

Desde a proclamação da Constituição Federal em 5 de outubro de 1988, onde consta em seu Artigo 196 a célebre frase: “A saúde é direito de todos e dever do Estado...” (BRASIL, 1988), os gestores das mais diversas esferas que compõem o Estado buscam formas de organizar e custear o sistema para que seja possível cumprir a lei na prática como fora escrito.

Talvez um dos pontos mais cruciais e que menos evoluiu nesses mais de 30 anos da atual Carta Magna tenha sido o financiamento da saúde pública. Para se ter uma ideia, em 2015 o Brasil gastou US\$ 594,90 per capita em saúde com recurso público enquanto o Reino Unido, que possui um sistema de saúde pública universal semelhante ao brasileiro, gastou US\$ 3.330,30 (OMS, 2018).

O Brasil apresenta um gasto público em saúde em torno de 4% do PIB enquanto o nível praticado pelos países com saúde de acesso universal tem sido de 7%, minimamente (SANTOS, 2018). Este baixo investimento do país em saúde acaba jogando a conta em cima dos cidadãos, sendo que desde a instituição do Sistema Único De Saúde (SUS) em 1990 o gasto público em saúde nunca ultrapassou o gasto privado. Em 2015 por exemplo, do valor total gasto com saúde no país, o governo arcou com apenas 45,1% enquanto as famílias brasileiras tiveram que custear, com recursos próprios, 53,6% desse valor (IBGE, 2017).

Evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas de saúde implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% de tudo que é gasto com saúde no país, somando-se o público e o privado, e o Brasil tem gasto menos de 50% nos últimos anos (REIS et al. 2016). Ou

seja, não bastasse o quadro de subfinanciamento na saúde pública brasileira, a forma como união, estados e municípios dividem os custos e as responsabilidades também tem gerado divergências nos últimos anos. A Constituição Brasileira em seu artigo 198 inciso I e a Lei 8080/90 em seu artigo 7º inciso IX preveem a descentralização político-administrativa como princípio do SUS, ou seja, a gestão do sistema não seria centralizada a nível federal como era anteriormente, e sim compartilhada com os estados e municípios que passariam a ter poder de decisão sobre o uso dos recursos, sobre políticas locais em saúde e participação na formulação de políticas nacionais.

O fato é que a transição de um sistema centralizado para um sistema descentralizado em um país do tamanho e com as diferenças regionais como o Brasil não seria nada fácil. Uma grande gama de legislação foi produzida com o intuito de viabilizar tal mudança, entretanto estas regras foram produzidas a nível federal causando assim um desequilíbrio no financiamento tripartite de tal forma que a conta do sistema público de saúde vem sendo cada vez mais custeada com recursos próprios do orçamento dos municípios.

A primeira norma que impactou de forma relevante nos orçamentos municipais foi a Norma Operacional Básica do SUS de 1996, (NOB/96). Ela tinha o objetivo de reestruturar e reordenar o modelo de atenção à saúde, priorizando a atenção básica (primária) com o objetivo de que os municípios assumissem seus respectivos papéis de gestores do SUS, imputando a estes a responsabilidade direta e imediata pela saúde de sua população com a implementação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). Na prática houve um aumento substancial do gasto em saúde pelos municípios que tiveram que contratar profissionais para compor estes programas (BRASIL, 1996).

Outro resultado prático da NOB/96 foi a transferência gradual de grande parcela das unidades assistenciais das SES (Secretaria Estaduais de Saúde) às SMS (Secretarias Municipais de Saúde), principalmente as de atenção básica e de média complexidade. A execução das ações e serviços de Saúde, bem como a contratação, o controle, a avaliação e auditoria dos serviços foram transferidos do MS (Ministério da Saúde) para as SES e destas, progressivamente, para as SMS, consolidando assim o processo de descentralização da saúde e onerando desproporcionalmente os municípios.

Neste contexto, é importante salientar a NOAS/2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde) que teve como princípio promover modificações importantes na relação entre os gestores do SUS estaduais e municipais, dando ênfase na regionalização e no aumento da equidade. Buscando assim, a organização dos sistemas de saúde funcionais entre os níveis de atenção, enfatizando a média e alta complexidade neste processo e qualificando os determinantes das políticas de saúde com o uso de incentivo financeiro para este fim (BRASIL, 2001).

Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu a NOAS-SUS 01/2002 que basicamente trazia dois principais objetivos, primeiro o reforço das ações para regionalização da saúde que segundo esta norma deveria dar: “acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência”; de serviços de atenção básica e média complexidade, e, segundo, ampliava a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica, pois a partir desta eles deveriam atuar com ênfase no controle da tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher, além de acrescentar uma vasta gama de procedimentos de média complexidade que os municípios deveriam dispor aos seus cidadãos (BRASIL, 2002).

Em contrapartida, o Ministério da Saúde criou o Piso da Atenção Básica Ampliado, que se somaria ao PAB Fixo para os municípios que cumprissem as condições da NOAS-SUS 01/2002. Apesar disso, mais uma vez o valor repassado pelo MS foi desproporcional às obrigações que o município teve que arcar aumentando assim mais uma vez o gasto das prefeituras com saúde.

Em 1993 as contribuições previdenciárias deixaram de ser consideradas solidárias ao financiamento da saúde e, com isso a situação de instabilidade do financiamento ficou agravada, fato este atenuado em 1996 com a criação da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF). Com o intuito de acabar com os problemas orçamentários foi criada a Emenda Constitucional Nº 29/2000 (BRASIL, 2000) que assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Esta emenda obriga União, Estados e municípios a investirem um percentual mínimo de seus orçamentos no SUS (PIOLA, 2012).

Na prática a Emenda Constitucional Nº 29/2000 representou um incremento expressivo de recursos no SUS, entretanto esse aumento veio

da ampliação da participação dos Estados e municípios no financiamento do sistema público de saúde (PIOLA, 2012). Em 2000 quando a emenda começou a vigorar, a União respondia por 60% do total de recurso público aplicado em saúde, dez anos depois em 2010 esse valor passou para 45% (PIOLA, 2012). A regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29 veio com a Lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 2012), que definiu percentuais mínimos para serem aplicados por cada ente da federação.

Já para a União, ao contrário dos Estados e municípios, não foi fixado um percentual mínimo sobre a receita, mas sim um cálculo que levava em conta o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, não sendo reduzido no caso de variação negativa (BRASIL, 2012). Esta forma de cálculo instituída pela Lei Complementar 141/2012 aumentou ainda mais, ao longo dos anos, a defasagem do investimento da União na saúde proporcionalmente ao que era investido por Estados e principalmente por municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

A desproporcionalidade entre os entes federativos no financiamento do sistema público de saúde está tão agravada que segundo o relatório final da Comissão Especial Sobre A Sustentabilidade Financeira do SUS e a Participação dos Entes Federados da Assembleia Legislativa do RS - Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2017), o SUS vem sofrendo um desabastecimento financeiro, causado, entre outras questões, pela forma como o financiamento está constituído hoje, os municípios, vem cobrindo esse déficit com recursos próprios.

Este mesmo relatório cita também a Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016) como outro risco ao sistema único de saúde. Segundo o documento, a EC 95/2016 (BRASIL, 2016), que trata sobre o Novo Regime Fiscal da União, congela, e, conseqüentemente com o passar dos anos, reduzirá a despesa per capita do gasto com saúde no período compreendido entre 2018 a 2036.

Se, por um lado, o direito ao acesso aos serviços públicos de qualidade é garantido constitucionalmente aos cidadãos, a má gestão dos recursos públicos compromete este direito. A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) estabelece limites às ações dos governantes, responsabilizando-os pelo mau uso dos recursos públicos com o objetivo de preservar as finanças



públicas e garantir que a sociedade tenha acesso aos serviços públicos eficazes (PRATES, 2015).

A Constituição Federal dispõe sobre limites para gastos com pessoal (Art. 169), sobre o financiamento da saúde (Art. 198) e investimento em educação (Art. 212) (BRASIL, 1988). Leis Complementares definem os limites para gastos com pessoal e os percentuais mínimos para aplicação em saúde e educação.

De acordo com o disposto no art. 19, da LRF, os entes da Federação não podem exceder os percentuais da receita corrente líquida, em cada período de apuração: I – União: 50%; II – Estados: 60%; III – Municípios: 60%. O art. 20 da LRF trata sobre a repartição dos limites globais acima referidos, na esfera federal: 2,5% para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas da União; 6% para o Judiciário; 40,9% para o Executivo, 0,6% para o Ministério Público da União; na esfera estadual: 3% para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Estado; 6% para o Judiciário; 49% para o Executivo; 2% para o Ministério Público dos Estados; na esfera municipal: 6% para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Município, quando houver; 54% para o Executivo.

Para a área da saúde, são consideradas despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), aquelas direcionadas a promoção, proteção e recuperação da Saúde (BRASIL, 2019, texto digital). A Lei Complementar nº 141, de 2012, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente, pelas três esferas do governo. Considerando que este estudo se realiza na esfera municipal, é definido em lei, art. 7º que Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 15% da arrecadação dos impostos (BRASIL, 2012).

Os impostos a que se refere o art. 156 da CF são aqueles que competem aos municípios. São eles: a) Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU); b) Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis “inter vivos” (ITBI); e c) Imposto Sobre Serviço de qualquer Natureza (ISS).

Os recursos de que trata o art. 158 da CF são provenientes de impostos de competência da União ou do Estado, mas que têm sua receita tributária repartida com os municípios. São eles: a) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), sobre rendimentos pagos pelo próprio município; b) 50% do produto da arrecadação do Imposto sobre a propriedade Territorial Rural (ITR), relativa aos imóveis situados no município; c) 50% do produto

da arrecadação do Imposto do Estado sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) licenciados no município; d) 25% do produto da arrecadação do Imposto do Estado sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias (ICMS).

Os recursos de que tratam a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, são os provenientes de transferências da União e do Estado aos Municípios, são eles: a) transferências da União: cota parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); b) transferências do Estado: cota parte do produto da arrecadação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI).

Conforme disposto na Lei Complementar nº 141/2012, a comprovação da aplicação de 15% em ASPS das receitas acima citadas pelos municípios, se dá através do preenchimento do Sistema de Informação sobre o Orçamento Público em Saúde – SIOPS. Este Sistema deve ser informado pelos municípios bimestralmente em até 30 dias após o término do bimestre. O percentual mínimo de aplicação de 15% deve ser atingido ao fim do sexto bimestre.

O município de Muçum tem uma população de 4.989 habitantes e abrange uma área territorial de 111,23 km<sup>2</sup>. Localizado no Vale do Taquari, a 160 km de Porto Alegre, este município gaúcho apresentou, em 2014, um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 215.595.930,00, e um PIB per capita de R\$ 43.292,35, bem acima do PIB per capita brasileiro que foi de R\$ 28.498,00 (BRASIL, 2019). Outro fator a destacar é a alta dependência dos repasses federais e estaduais já que em 2015, 83,8% da receita do poder público municipal veio dessas fontes externas (BRASIL, 2019).

Demograficamente a população de Muçum apresenta uma expectativa de vida de 75 anos, uma proporção de idosos na população de 24,61% e 9,30% de crianças (MUÇUM, 2019). Para fomentar a qualificação da gestão e demonstrar a realidade do financiamento da saúde no município de Muçum no período de 2013 a 2017, se analisa os investimentos em saúde, seu impacto no orçamento e a representatividade dos repasses estaduais e federais. Pretende-se responder ao final do trabalho as seguintes questões: quais as implicações que o cenário, orçamentário e legal, atual e futuro terão sobre o financiamento municipal e sobre a prestação dos serviços na área da saúde no triênio seguinte (2018-2020).

## MÉTODOS

Este estudo empregou dados secundários registrados no SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), TCE-RS (Tribunal de Contas do Estado do RS), FNS (Fundo Nacional da Saúde) e Portal da Transparência do Município de Muçum, referentes ao município de Muçum, no período de 2013-2017.

Para projetar os dados orçamentários ao período de 2018-2020, utilizou-se o Método de Indicadores, que consiste em um modelo incremental utilizado pela Secretaria do Orçamento Federal (SOF) como base para a previsão das receitas. A metodologia pode ser traduzida pela seguinte fórmula:

$$P_m(t) = A_m(T-1) * (1+E_p) * (1+E_q) * (1+E_L)$$

**P<sub>m</sub>(t):** Previsão da receita mensal ou anual - significa o valor a ser projetado de certa receita, podendo ser mensal para atender à execução orçamentária, cuja programação é feita mensalmente.

**A<sub>m</sub> (T-1):** Arrecadação mensal ou anual do período anterior - é obtida por meio da série histórica de arrecadação da receita, sem as atipicidades, e, dependerá do seu comportamento mensal. Dessa forma, a base de cálculo pode ser:

- a arrecadação de cada mês (arrecadação mensal) do ano anterior;
- a média de arrecadação mensal do ano anterior (arrecadação anual dividido por doze);
- a média de arrecadação mensal dos últimos doze meses ou média móvel dos últimos doze meses (arrecadação total dos últimos doze meses dividido por doze).

**(1 + E<sub>p</sub>):** Variação de Preços - variação média dos preços de uma determinada cesta de produtos, como o IGP-DI, o INPC, o IPCA, a variação cambial, a taxa de juros, dentre outros.

**(1 + E<sub>q</sub>):** Variação de Quantidade - variação física de um fator de produção, fornecendo a variação média na quantidade de bens de um determinado seguimento da economia. Destacam-se: o Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, do estado ou município.

**(1 + E<sub>L</sub>):** Efeito Legislação - trata de possíveis mudanças na alíquota ou na base de cálculo de alguma receita. Normalmente, tarifas públicas e recei-

tas tributárias sofrem influência de ajustes na legislação ou nos contratos públicos que devem ser levados em consideração.

Os dados referentes a indicadores como o IPCA, crescimento do PIB, taxa de juros entre outros foram extraídos do Relatório FOCUS<sup>1</sup> lançado em 01 de fevereiro de 2019.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 se encontra a Receita Total de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde do período de 2013 a 2017 e projetada, através do Método de Indicadores, para 2018 a 2020. O resultado foi uma estimativa que a receita total líquida vinculada à saúde aumente 68% em relação à receita arrecadada em 2013. Para fins de comparação, a receita da União tem uma estimativa de aumento de 45% no mesmo período.

**Tabela 1: Receita total de impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**

Ano	Valor	Variação
2013	10.091	-
2014	10.817	7,0%
2015	11.038	9,0%
2016	12.959	28,0%
2017	12.945	28,0%
2018*	14.329	42,0%
2019*	15.565	54,0%
2020*	16.924	68,0%

Fonte: SIOPS, 2011-2017, \*Projetado

Os valores relacionados à despesa total dos serviços de saúde encontram-se na tabela 2. Como resultado, estima-se que a Despesa Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde aumente 111% em relação à despesa de 2013.

**Tabela 2: Despesa total com ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**

Ano	Valor	Variação
2013	3.094	-
2014	3.800	23,0%
2015	3.743	21,0%
2016	4.136	34,0%
2017	4.618	49,0%
2018*	5.101	65,0%
2019*	5.764	86,0%
2020*	6.513	111,0%

Fonte: SIOPS, 2011-2017, \*Projetado

Este aumento na despesa total em saúde ocorre em virtude de diversos fatores, entre os quais:

a) **A assunção da gestão plena pelo Município de Muçum em 2015:** esse movimento administrativo fez com que o Estado repassasse ao município a responsabilidade pela gestão, contratualização e pagamento de todos os serviços de média complexidade<sup>2</sup>

b) **A crise fiscal do Estado do RS:** os municípios da região se organizaram no CONSISA (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Taquari) para custear despesas não planejadas (ex.: SAMU, o Centro Oftalmologia, Hospital Regional). Esse fato impactou no orçamento municipal de forma considerável - no período de 2013 a 2017 o custo destes serviços via consórcio aumentou 322%, de acordo com dados extraídos do TCE/RS;

c) **A dispersão dos serviços de referências no RS:** as referências de média e alta complexidade que atendem o município de Muçum e região tem se espalhado pelo território do RS em virtude de decisões administrativas. Tal quadro culminou em aumento no transporte sanitário fornecido pelo município, aumentando a despesa com esse serviço em torno de 150% no período de 2013-2018, segundo dados da secretaria municipal da saúde.

2 Média complexidade: conjunto de "ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e terapêutico" (BRASIL/MS, 2004).

Os próximos dados levantados foram referentes aos repasses federais na área da saúde recebidos pelo Município de Muçum no período de 2013-2017. Para projetar os valores para 2018-2020 a pesquisa utilizou os parâmetros definidos na Emenda Constitucional N° 95/2016<sup>3</sup> e na evolução histórica dos valores repassados (Tabela 3).

Apesar de os recursos de origem federal terem apresentado um aumento de 115% na projeção para 2020 em relação ao valor repassado em 2013, deve-se destacar que esse aumento deu-se em virtude da assunção da Gestão Plena por parte do município de Muçum em 2015 o que representou um aumento em torno de 84% entre 2015-2016 no repasse de recursos federais, em contra partida houve um aumento proporcional na despesa.

**Tabela 3 – Repasse federal de recursos correntes para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**

<b>Ano</b>	<b>Valor</b>	<b>Variação</b>
2013	650	-
2014	542	-17,0%
2015	751	16,0%
2016	1.301	100,0%
2017	1.314	102,0%
2018	1.332	105,0%
2019*	1.365	110,0%
2020*	1.399	115,0%

Fonte: FNS, 2011-2018, \*Projetado

Destaca-se que após o início dos repasses referentes a gestão plena, há uma variação de apenas 2% de aumento nos repasses (2016-2017), valor este que deve se manter nos próximos anos ou na melhor das hipóteses acompanhar a inflação em virtude das razões já discutidas.

Conforme Vasquez (2011), no período em que o governo federal busca a adesão dos municípios aos seus programas, normalmente os incentivos

3 A Emenda Constitucional N° 95/2016 determina em seu Inciso II do §1º do Art. 1º, que a União terá seus gastos limitados ao “valor referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA”. Com isso os reajustes nos repasses aos municípios devem ficar em valores abaixo da inflação ou até mesmo sem reajuste (BRASIL, 2016).

financeiros são melhores e cobrem uma parcela significativa dos custos, estimulando os municípios a aderirem aos programas. Porém nos anos seguintes, os valores repassados pelo governo federal não sofrem as necessárias correções, causando a estagnação da receita proveniente desta fonte com a conseqüente redução da participação da União no financiamento da saúde como um todo.

Os dados estaduais do período de estudo demonstraram duas características relevantes: inconstância nos repasses, e forte redução no valor repassado em 2018 em relação a 2013. Tal desempenho já era esperado em virtude da crise fiscal do Estado do RS<sup>4</sup>. Devido a inconstância nos repasses, a projeção para 2019 e 2020 foi feita pela média aritmética dos últimos 4 anos, período em que a oscilação foi menor.

De acordo com os dados levantados junto ao portal da Secretaria Estadual da Saúde do RS, o repasse de recursos ao município de Muçum caiu 52% em 2018 em relação à 2013, assim como houve queda em todos os anos anteriores.

**Tabela 4: Repasse estadual de recursos correntes para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**

Ano	Valor	Variação
2013	646	-
2014	403	-38,0%
2015	257	-60,0%
2016	294	-54,0%
2017	381	-41,0%
2018	312	-52,0%
2019*	311	-52,0%
2020*	311	-52,0%

Fonte: SES, 2011-2018, \*Projetado

O gasto com pessoal na área da saúde crescerá até 2020, segundo projeção, 111% em relação ao valor despendido para o mesmo fim em 2013,

4 Para o ano de 2019, o Orçamento Estadual prevê um déficit de R\$ 7,39 bilhões nas contas do RS (RIO GRANDE DOS SUL, 2019).

tendo assim um desempenho muito semelhante ao do gasto total com saúde. No final de 2018, o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) da Unidade Básica do Município juntamente com o da Secretaria Municipal da Saúde, apresentava 48 funcionários no total, sendo que destes, 31 (64,5%) possuem estabilidade no cargo em virtude de concurso público ou processo seletivo e 9 deles estão diretamente ligados a programas como NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), NAAB (Núcleo de Apoio a Atenção Básica) e as Oficinas Terapêuticas Na Atenção Básica.

Este desenho dos recursos humanos mostra que em caso de dificuldades financeiras no futuro, a administração municipal terá pouco espaço de manobra no que se refere a redução de gastos com pessoal, já que 64,5% dos funcionários possuem estabilidade, 18,75% estão ligados a programas que possuem contrapartida federal e estadual e dos 16,75% restantes mais da metade estão ligados a equipe mínima do ESF<sup>5</sup> (Estratégia de Saúde da Família) e a falta deles, ou redução, culmina na diminuição do repasse federal para Atenção Básica.

Após a coleta e a projeção dos valores da despesa total com saúde do Município de Muçum e dos repasses da União e do Estado calculou-se quanto o município deverá desembolsar em recursos próprios, até 2020, para fazer frente aos gastos projetados (Tabela 5).

**Tabela 5: Gasto municipal com recurso próprio para custeio de ações e serviços públicos de saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**

<b>Ano</b>	<b>Valor</b>	<b>Varição</b>
2013	2.130	-
2014	2.385	12,0%
2015	2.594	22,0%
2016	2.758	29,0%
2017	3.140	47,0%
2018*	3.457	62,0%
2019*	4.088	92,0%
2020*	4.803	125,0%

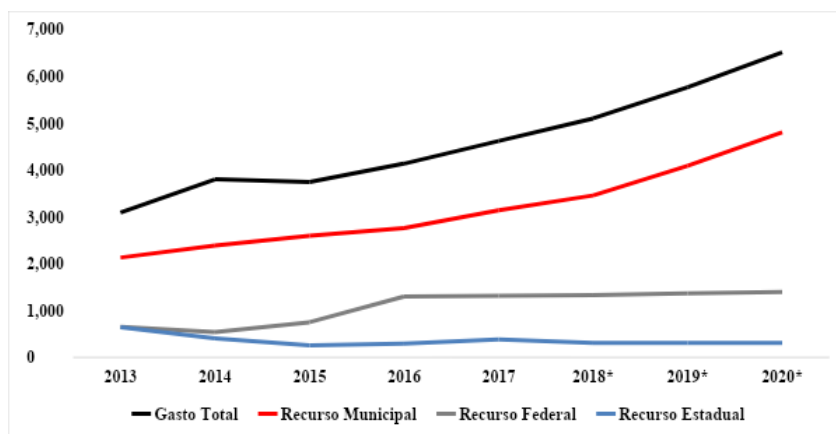
Fonte: SIOPS, 2011-2017, \*Projetado

5 A ESF é um programa federal. Sua equipe é composta por no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2019).



Projeta-se que em 2020 o município de Muçum desembolsará 125% a mais em recursos próprios que em 2013 (Tabela 5), ao passo que a receita corrente líquida aumentará apenas 68% (Tabela 1). Tal aumento no dispêndio municipal deve-se ao crescimento constante da despesa ao passo que os repasses estaduais e federais estão estagnados e tendem a se manter desta forma (Gráfico 1).

**Gráfico 1: Comparação dos desembolsos municipal, estadual e federal em relação ao gasto total com saúde, 2013-2020 (em milhares de R\$)**



Fonte: Elaboração Própria

A expectativa, de acordo com os dados levantados, é que em 2020 o município de Muçum utilizará 28,38% de sua Receita Corrente Líquida para cobrir os gastos com a área da saúde, equivalente a quase o dobro do mínimo determinado pela Lei Complementar N° 141/2012 que é de 15% para municípios (BRASIL, 2012).

Existem alguns movimentos políticos que podem representar no médio prazo algum alívio para as contas municipais. A PEC n° 54/2019<sup>6</sup> está dentre os mais relevantes, busca revogar a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n° 95/2016 que congelou os gastos do governo por 20 anos, caso aprovada, vai permitir ao governo federal incrementar o orçamento

6 Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n° 54/2019 – Esta proposta nasceu através da Sugestão n° 31/2018 feita por meio da participação popular e convertida em proposta pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa em 10 de abril de 2019.

do Ministério da Saúde para que dessa forma possa haver aumentos significativos nos repasses federais aos municípios.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho demonstrou que o investimento municipal em saúde tem crescido consideravelmente desde 2013, já os repasses federais e estaduais tem diminuído e/ou estabilizado ao longo do período. De acordo com os dados levantados, estima-se que a receita do município de Muçum aumente em torno de 68% até o ano de 2020, em relação a auferida em 2013, enquanto a despesa com saúde deverá crescer em torno de 111% no mesmo período.

A comparação entre as projeções de receita e despesa indicam uma forte tendência de aumento nos aportes municipais, quando o município de Muçum terá que desembolsar quase um terço de sua receita, aproximadamente 28,38%, para custear a saúde pública até 2020, podendo assim comprometer outros serviços.

Quanto aos repasses estaduais e federais, que são considerados fundamentais para o equilíbrio financeiro entre a receita e a despesa em saúde, os números apontam para um quadro preocupante no curto e médio prazo. Os repasses federais uma média de reajuste é de 2,5% ao ano no período 2016-2018, abaixo da média de aumento da despesa total em saúde do município de Muçum, que foi de 15,5% ao ano no mesmo período.

Já em relação aos repasses estaduais a preocupação é ainda maior pois os resultados levantados apontam para uma diminuição de 52% no valor repassado pelo estado do Rio Grande do Sul ao município de Muçum em 2020 em relação ao valor recebido em 2013. Além disso, a irregularidade nos repasses também prejudica o planejamento municipal em relação ao custeio das despesas com saúde.

Como demonstrado durante o estudo, a administração municipal tem poucas opções caso seja necessário equalizar o orçamento da saúde, já que a maioria dos funcionários possuem estabilidade no cargo e o cancelamento de programas ou diminuição na oferta de serviços pode causar pressão popular e política sobre o gestor. Com isso uma gestão cada vez mais eficiente dos recursos e a necessidade de uma repactuação no financiamento tripartite apresentam-se como as principais soluções para manter o atendimento à saúde da população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)>.

BRASIL. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Dados demográficos de Muçum, 2010 – 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=431260>>.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm)>.

BRASIL. Ministério Da Transparência Fiscalização e Controle Portal Da Transparência. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalFuncoes.asp?Exercicio=2016&Ordem=3>>.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portal Da Saúde, 2019. Disponível em: <[http://portalms.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&layout=edit&id=21001#preench05](http://portalms.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&layout=edit&id=21001#preench05)>.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS de A à Z. Brasília: Ministério da Saúde/CONASEMS, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>>

OMS (Organização Mundial da Saúde). Domestic general government health expenditure (GGHE-D) per capita in PPP int\$ (Gasto Governamental Com Saúde Nacional per capita em PPP USD). Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDpccPPPSHA2011?lang=en>>.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. Revista Análise Econômica, 30(n. especial): 9-33, 2012.

PRATES, Cleber de O. A observância dos limites da LRF para despesas com pessoal e dos limites constitucionais para aplicações em educação e em saúde no município de Jacuizinho–RS nos anos de 2009 a 2012. In: Repositório institucional UFSC. Jacuizinho, 2015. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/163177>>.

REIS, Ademar Arthur Chioro; SÓTER, Ana Paula Menezes; FURTADO, Lumena Almeida Castro; PEREIRA, Silvana Souza da Silva. Tudo a Temer: Financiamento, Relação Público e Privado e o Futuro do SUS. Saúde Debate, 40(n. especial): 122-135, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Relatório Final. Comissão Especial Sobre a Sustentabilidade Financeira do Sus e a Participação dos Entes Federados. Porto Alegre/RS, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Mapa da Transparência do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.mapa.rs.gov.br/gastos?ano=2016&periodo=acumulado&mes=12>>.

SANTOS, Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo? Ciência & Saúde Coletiva, 23(6): 2043-2050, 2018.