UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAUDE
(Modalidade à Distância)

Jéssica Taísi Ahlert

FINANCIAMENTO PÚBLICO E GESTÃO FINANCEIRA EM SAÚDE NAS MICRORREGIÕES DE SANTA MARIA E DE VACARIA, RS, NOS ANOS DE 2008 A 2010

Porto Alegre, RS, 2012

Jéssica Taísi Ahlert

FINANCIAMENTO PÚBLICO E GESTÃO FINANCEIRA EM SAÚDE NAS MICRORREGIÕES DE SANTA MARIA E DE VACARIA, RS, NOS ANOS DE 2008 A 2010

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

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre, RS, 2012

Jéssica Taísi Ahlert

FINANCIAMENTO PÚBLICO E GESTÃO FINANCEIRA EM SAÚDE NAS MICRORREGIÕES DE SANTA MARIA E DE VACARIA, RS, NOS ANOS DE 2008 A 2010

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

Conceito final:

Aprovado em ..... de .....de.....

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. ..... – Instituição

_____

Prof. Dr. ..... – Instituição

_____

Prof. Dr. ..... – Instituição

_____

Orientador – Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa – UFRGS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, pelo apoio e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais queridos, Hubert e Genoveva, pelo exemplo de vida. Por sempre me disponibilizarem as melhores condições de educação e por me ensinarem a importância do estudo.

Ao meu irmão amado, Jefferson, pela eterna amizade e parceria.

Ao Diego, pessoa com quem pretendo compartilhar o resto da minha vida. A distância foi apenas um obstáculo para que nosso amor se tornasse cada vez mais forte.

Ao Professor e Doutor Roger dos Santos Rosa, pessoa extremamente brilhante no ensino e na pesquisa, agradeço pela orientação, pela atenção dada ao meu trabalho e pelo conhecimento prestado.

Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve...
A vida é muita para ser insignificante.

Charles Chaplin

RESUMO

Objetivo: Analisar as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões de Santa Maria e Vacaria no Rio Grande do Sul em anos recentes (2008-2010). ***Método:*** Os dados foram retirados do SIOPS (Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde) e colocados em uma planilha auxiliar para o cálculo dos valores médios em R$ dos anos de 2008 a 2010, 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 habitante e de gasto público em saúde por subfunção orçamentária. ***Resultados/Discussão:*** Os valores médios dos recursos transferidos da União para o SUS ao conjunto de municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria são expressivos, representando respectivamente, 70% e 80,3% do total de transferências recebidas pelas microrregiões. Os recursos próprios representam, respectivamente, 69,3% e 77% dos recursos aplicados em saúde nos anos de 2008 a 2010. A maioria dos municípios das duas microrregiões cumpriu com o percentual mínimo de 15% preconizado pela EC 29. Nota-se a prioridade na alocação de recursos para atenção básica devido à magnitude do gasto das duas microrregiões nesse setor. ***Considerações Finais:*** Conclui-se que tanto os municípios da microrregião de Santa Maria quanto da microrregião de Vacaria ainda recebem quantidades consideráveis de transferências da União para a saúde, porém em razão da maior capacidade fiscal dessas regiões, maiores são os percentuais da receita própria aplicada na saúde, atendendo desta forma ao preconizado pela EC 29.

Palavras-Chaves: Financiamento em saúde, economia da saúde, recursos em saúde e recursos financeiros em saúde.

Lista de Tabelas

Tabela 1	População e área em km² segundo municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2010	19
Tabela 2	Receitas municipais das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$)	20
Tabela 3	Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde para os municípios, microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$)	22
Tabela 4	Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde, municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$)	24
Tabela 5	Recursos próprios aplicados em saúde, municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$)	26
Tabela 6	Gasto público em saúde por habitante segundo esfera de governo, municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$)	28
Tabela 7	Gasto público em saúde por subfunção orçamentária, municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$)	30

Lista de Abreviaturas e Siglas

%	Percentual
BIRD	Banco Mundial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFIN/CNS	Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
EC-29	Emenda Constitucional nº 29 de 2000
ESF	Equipes de Saúde da Família
Hab.	Habitantes
Km	Quilômetros
Km²	Quilômetros quadrados
NOAS-02	Norma Operacional de Assistência à Saúde nº 01 de 2002
NOB-96	Norma Operacional Básica do SUS nº 01 de 1996
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PDR-RS/02	Plano Diretor de Regionalização do Rio Grande do Sul de 2002
PIB	Produto Interno Bruto
PLC 01/2003	Projeto de Lei Complementar
PSF	Programa de Saúde da Família
R$	Reais
SIOPS	Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
US$	Dólares norte-americanos

Sumário

1.	Introdução	11
1.2	Objetivos	14
1.2.1	Objetivo Geral	14
1.2.2	Objetivos Específicos	14
2.	Procedimentos Metodológicos	15
3.	Desenvolvimento do Conteúdo	16
3.1	Revisão Teórica e Caracterização do Objeto de Estudo	16
3.1.1	Contexto	16
3.1.2	Caracterização das microrregiões estudadas	20
3.2	Apresentação dos Resultados e Discussão	24
3.2.1	Volume total de recursos transferidos para saúde pelas esferas federal, estadual e municipal	24
3.2.2	Volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios	26
3.2.3	Grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000	28
3.2.4	Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental	29
3.2.5	Subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas	32
4	Considerações finais	36
5	Referências Bibliográficas	39

1. Introdução

Há exatos 21 anos, desde a aprovação da Lei 8080/90, foram muitos os avanços nas políticas de saúde. O aumento da expectativa de vida das pessoas, a significativa redução das doenças passíveis de prevenção por vacinas, a ampliação da cobertura dos serviços de atenção primária e dos serviços de urgência e emergência, são alguns exemplos dos êxitos obtidos[1]. Porém, apesar dos avanços, nas condições atuais, há limitações importantes à efetivação dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O sistema de saúde brasileiro atual é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada, sobretudo por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento[2].

O financiamento do SUS é feito por meio de impostos gerais, contribuições sociais ("impostos" para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. Antes da implementação do SUS, a saúde não era um direito a ser assegurado a todos, sendo que o gasto público em saúde era caracterizado por uma forte centralização do sistema de saúde e do seu financiamento em nível federal[3]. A partir do processo de descentralização tributária introduzido pela nova Carta Constitucional, que ampliou a competência tributária de estados e municípios e elevou o nível das transferências de tributos federais às esferas estadual e municipal de governo, e da Emenda Constitucional nº 29[4], que estabeleceu percentuais mínimos de participação das receitas próprias dos estados e

municípios no financiamento do SUS, se observa uma progressiva descentralização do financiamento do sistema único de saúde. Em 2002, a esfera estadual de governo passou a participar de forma muito mais ativa, fruto tanto do resgate do seu papel de gestor do SUS através da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-02), como da regulação estabelecida por meio da Emenda Constitucional nº 29. Em 2002 os municípios já estavam assumindo 22% dos gastos públicos em saúde e os estados apontavam para 20% do mesmo[2]. Esse aumento dos investimentos próprios dos municípios é devido à expansão significativa dos serviços, como no caso da Estratégia de Saúde da Família, que puderam assegurar o aporte de novos recursos à saúde. Embora o financiamento federal tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos[2]. Em termos de proporção do PIB, os gastos em saúde somam, atualmente, cerca de 8,5%, e parece razoável, de acordo com as experiências dos países com melhores sistemas de proteção social como França, Alemanha, Reino Unido, Canadá, Austrália e Japão. Porém dos 8,5% do PIB investidos na saúde, apenas 45% são gastos públicos, um valor considerado baixo quando comparado com países onde há sistemas universais (semelhantes ao SUS), em que as proporções de gastos públicos ficam sempre acima de 70% dos gastos totais em saúde[1].

O SUS, portanto, dispõe de menor volume de recursos públicos para o atendimento às necessidades de saúde da população que aquele previsto quando o sistema foi criado, com o objetivo de se tornar um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil, financiado com recursos públicos. À medida também que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, decorrente de ideologias e objetivos opostos (acesso universal *versus* segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde. Por isso para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas[2].

A busca da equidade tem sido um desafio permanente para a gestão de sistemas de saúde em diversos países. No caso brasileiro a própria Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), já traz em seu artigo 35, critérios em relação ao financiamento do SUS contemplando as diferenças no perfil epidemiológico e demográfico, na rede de saúde local, e por desempenho da gestão, entre outros[5].

Um estudo realizado sobre o tema financiamento do Sistema Único de Saúde, no Rio Grande do Sul, analisou o período de 1995 a 2001[6] e constatou acentuada variação nos valores repassados pelo gestor estadual aos municípios e regiões. Trinta por cento dos municípios não haviam recebido qualquer recurso financeiro estadual para a saúde até o ano de 1988, independente da modalidade de habilitação em que se encontravam ou de indicadores demográficos e de saúde. Porém entre os anos de 1999 a 2002, uma das experiências raras de mudanças nos critérios de financiamento conhecida como “Municipalização Solidária da Saúde”, foi adotada pelo governo do estado do Rio Grande do Sul. Essa ação implementou repasses automáticos e regulares para fundos municipais de saúde com base em um conjunto de critérios envolvendo: tamanho da população, perfil demográfico, epidemiológico e características da rede de serviços[7]. A experiência foi descontinuada e, posteriormente, não foram realizados novos estudos sobre o financiamento em saúde no Rio Grande do Sul.

Visto que o financiamento público para o setor saúde representa um desafio político exigindo o engajamento constante da sociedade brasileira como um todo para garantir o direito universal à saúde, o presente estudo tem o objetivo de analisar "Quais as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões do Sul do Brasil em anos recentes (2008-2010)”; visando quantificar o volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios; quantificar o volume total de recursos próprios transferidos e aplicados em saúde pelos municípios; verificar o grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000; determinar o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental e discriminar quais subjunções orçamentárias da saúde foram mais expressivas.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões de Santa Maria e Vacaria no Rio Grande do Sul em anos recentes (2008-2010).

1.2.2 Objetivos Específicos

- Quantificar o volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios.
- Quantificar o volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios.
- Verificar o grau de cumprimento da Emenda constitucional nº 29/2000.
- Determinar o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental.
- Discriminar quais subjunções orçamentárias da saúde foram mais expressivas.

2. Procedimentos Metodológicos

Este é um estudo descritivo, com metodologia baseada 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.

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"* [8]. As informações contidas no sistema são fornecidas e transmitidas ao governo federal pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O SIOPS dispõe de dados desde 1998 e seu preenchimento passou a ser semestral em 2002, facilitando o acompanhamento da programação e da execução orçamentária na área de saúde[8].

Os dados do presente estudo serão, portanto, retirados do SIOPS e colocados em uma planilha auxiliar para o cálculo dos valores médios em R$ dos anos de 2008 a 2010, tanto de receita liquida 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.

3. Desenvolvimento do Conteúdo

3.1 Revisão Teórica e Caracterização do Objeto de Estudo

3.1.1 Contexto

O financiamento de políticas públicas e, especificamente, das políticas de saúde tem sido foco de interesse e pesquisa em todo o mundo, especialmente após a II Guerra Mundial, quando o provimento dos cuidados e serviços de saúde torna-se atribuição de Estado em muitos países, e a saúde passa a ser entendida como um direito universal, isto é, estendida a todos, como atributo da cidadania[9].

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição, além de afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegura a sua universalidade e integralidade com o financiamento tripartite (União, Estados e Municípios) e com diversidade de fontes[9]. No entanto, o financiamento do sistema tem sido um dos grandes desafios, pois é contraditório com o modelo econômico dominante no País[9].

Dos anos 90 aos dias atuais, mudanças importantes ocorreram no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo algumas destas impactado significativamente no processo de descentralização ao substituir o pagamento por produção de serviços pela transferência fundo a fundo, baseada no critério *per capita*, especialmente no que diz respeito à atenção básica[10]. O período pós 1995 foi marcado pela expansão da Atenção Básica de Saúde. Essa expansão foi incentivada, em primeiro lugar, pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pelas secretarias estaduais. Ao mesmo tempo em que isso ocorria, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível da Atenção Básica[11]. A partir de 1997, quando teve início a vigência da NOB/96 (*Norma Operacional Básica do SUS* de 1996), a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública apresentou mudança qualitativa. De um lado, a União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial

de alocar recursos, passando a priorizar as transferências a municípios[11]. De outro, focalizou a Atenção Básica como prioridade, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências.

Com a aprovação da NOB/96, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram enfatizados pelo ministério como estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde. O PSF trouxe incontestável relevância para a atenção primária na agenda decisória da política nacional de saúde e tem motivado os dirigentes a persistirem nesta direção[12].

Cabe destacar também que foi fundamental para a indução da ampliação da atenção básica a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) com repasses de recursos para atenção básica com base em critérios populacionais, suprimindo o pagamento por produção de serviços neste nível. Este processo foi aprimorado com a criação do PAB variável, o estabelecimento de repasses em função do número de equipes de Saúde da Família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde em atividade nos municípios. Em um primeiro momento a introdução do PAB produziu uma elevação dos recursos federais transferidos para a atenção básica para a maioria absoluta dos municípios brasileiros. Contudo, a defasagem do valor nos anos posteriores a sua implantação, o baixo nível de participação da esfera estadual no financiamento e o fato de não terem sido implantadas medidas que diferenciassem as necessidades do financiamento levando em conta as desigualdades intermunicipais, fizeram com que o caminho da busca da equidade no financiamento deste nível de atenção fosse se distanciando.

Ao menos um estudo aponta a importância de que fossem adotadas medidas não apenas para aumentar o volume de recursos transferidos aos municípios, como também com vistas a permitir uma alocação equitativa de recursos, contemplando a necessidade de discriminar positivamente municípios com maiores necessidades de aporte para viabilizar a oferta de atenção à saúde em seu território[13].

Em 13 de setembro de 2000, uma nova forma de financiar o setor saúde se deu com a aprovação da *Emenda Constitucional nº. 29* (EC-29), que estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde[8]. A EC-29, ou *Emenda Constitucional da Saúde*, foi

criada com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90. Nessa década não havia um parâmetro legal que obrigasse os Estados, Distrito Federal e municípios a destinarem recursos próprios para a área de saúde; a economia e as políticas públicas das fontes de financiamento no âmbito da União para financiar o SUS eram instáveis e sempre se adotavam medidas emergenciais e provisórias para fazer frente à falta de recursos para o setor[14]. A Emenda determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. Com as alterações propostas pela EC-29, destaca-se a nova redação dada ao artigo 198 da *Constituição Federal* tratando da base de cálculo. O parágrafo 3º passou a prever a possibilidade de os percentuais mínimos serem reavaliados, em Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos, a contar da data da promulgação da Emenda[8]. Em 13 de janeiro de 2012 foi sancionada a Lei Complementar nº 141 que institui nos termos do 3º parágrafo do art. 198 da Constituição Federal o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde; percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais; assim como, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal[15].

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[16]. A disponibilidade de informações financeiras sobre o perfil do financiamento e do gasto com as políticas públicas de saúde, para cada esfera de governo, constitui um imperativo para o processo de construção e a avaliação do desempenho do Sistema Único de Saúde[16].

Em 1999 o Ministério da Saúde, em parceria com a Procuradoria Geral da República e com apoio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), estruturou um grupo de trabalho no âmbito da Secretaria de Gestão de Investimentos, com o objetivo de internalizar os esforços para aprimoramento e condução de um sistema de informações[16]. Estruturou-se, então, o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com equipe sediada no Ministério da Saúde.

O SIOPS reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos municípios, dos estados e da União[16], e caracteriza-se como um instrumento fundamental para o acompanhamento da receita e despesa em saúde, permitindo analisar, por exemplo, o percentual de recursos próprios aplicados em saúde, de acordo com a *Emenda Constitucional nº. 29* (EC29); a receita de impostos e transferências constitucionais e legais, total e por habitante; as transferências do Ministério da Saúde totais e por habitante; o detalhamento das despesas com ações e serviços de saúde como de pessoal, serviços de terceiros e medicamentos[10]. Com essa amplitude e versatilidade, constitui-se em banco de dados único no âmbito das políticas públicas no Brasil. Produzindo informações com regularidade e com qualidade crescente, o sistema conforma-se como uma importante fonte de dados para a realização de estudos por instituições de pesquisa, para o exercício do acompanhamento e fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e avaliação das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde[10].

Contudo apesar dos avanços conquistados com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 e com a regulação das transferências, segundo Mendes[17], o problema do financiamento da saúde continua “crônico”. Prova disso é que, nas reuniões ocorridas no ano de 2004 da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS) e da Câmara Técnica do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), foram discutidos e analisados diversos aspectos que integram o campo do financiamento do SUS. Entre estes, destacam-se o descumprimento da EC-29 pelo Governo Federal e pelos governos estaduais e o estágio do então Projeto de Lei Complementar nº. 1/2003 (PLC 01/2003). As

definições legais dadas pela EC-29 constituem importante mecanismo de garantia dos recursos para a saúde, assim como a aprovação do PCL 01/2003 era considerada imperativa para assegurar o direito social da saúde, sobretudo em uma sociedade com tantas desigualdades como a brasileira. Assim, o cumprimento das exigências deve ser monitorado e avaliado para garantir tais recursos à saúde[8].

3.1.2 Caracterização da(s) microrregiões

O presente estudo analisará as características orçamentárias do gasto público em saúde nas microrregiões de Santa Maria e Vacaria. A microrregião de Santa Maria é dividida em 13 municípios totalizando uma população de 363.016 habitantes. O município mais populoso desta região é Santa Maria, com um total de 261.031 habitantes em contrapartida, o município menos populoso é Toropi, com 2.952 habitantes. O município de Santa Maria, localizado no Centro do Estado do Rio Grande do Sul, é a principal cidade da região e está situada a 292 Km de Porto Alegre. O município é o principal pólo assistencial da Macrorregião Centro-Oeste do Estado e desde cedo, foi centro militar e teve nas atividades da pecuária, da agricultura e do comércio sua base econômica. A microrregião de Santa Maria tem uma área total de 11.546,92 km² sendo Itaara o município de menor extensão (172,99 Km²) e Cacequi o município de maior extensão (2.369,96 km²).

A microrregião de Vacaria é composta por 14 municípios, com população total de 149.051 habitantes, sendo o município de Vacaria o mais populoso (61.342 habitantes) e o município de Capão Bonito do Sul o menos populoso (1.754 habitantes). Sua extensão territorial total é de 13.473 km², visto que o município de São Francisco de Paula possui a maior área territorial, 3.274,04 km², e o município de Pinhal da Serra a menor área, 437,35 km². O município de Vacaria está situado a 230 km de Porto Alegre e é responsável por 22% da colheita nacional de maçãs. É o maior produtor da fruta no país, constituindo esta sua principal fonte econômica. A segunda fonte de economia vem do transporte de cargas, do qual boa parte do comércio, indústria e serviços sobrevivem, possuindo a segunda maior frota de caminhões do Rio Grande do Sul, com 2,3 mil veículos. O município também concentra sua

economia na produção de grãos, frutos silvestres, pecuária, madeira e exportação de flores, que desponta como uma importante fonte econômica[17].

Tabela 1: População e área em km² segundo municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2010.

Microrregião	População (hab.)	Área em Km²
Santa Maria		
Cacequi	13.676	2.369,96
Dilermando de Aguiar	3.064	600,55
Itaara	5.010	172,99
Jaguari	11.473	673,40
Mata	5.111	311,88
Nova Esperança do Sul	4.671	191,00
Santa Maria	261.031	1.788,13
São Martinho da Serra	3.201	669,55
São Pedro do Sul	16.368	873,60
São Sepé	23.798	2.200,70
São Vicente do Sul	8.440	1.175,23
Toropi	2.952	202,98
Vila Nova do Sul	4.221	507,95
Total	363.016	11.546,92
Vacaria		
Bom Jesus	11.519	2.625,70
Cambará do Sul	6.542	1.212,54
Campestre da Serra	3.247	538,00
Capão Bonito do Sul	1.754	527,12
Esmeralda	3.168	829,94
Ipê	6.016	599,25
Jaquirana	4.177	907,94
Lagoa Vermelha	27.525	1.263,51
Monte Alegre dos Campos	3.102	549,74
Muitos Capões	2.988	1.197,94
Pinhal da Serra	2.130	437,35
São Francisco de Paula	20.537	3.274,04
São José dos Ausentes	3.290	1.176,69
Vacaria	61.342	2.123,68
Total	149.051	13.473

Fonte: Sala de Situação em Saúde/Ministério da Saúde.

Tabela 2: Receitas municipais das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$).

Microrregião	Receitas de Impostos Líquidas		Receitas de Transferências Constitucionais e Legais		Total	
	R$	%	R$	%	R$	%
Santa Maria						
Cacequi	1.499.343,64	10,5	12.750.602,22	89,5	14.249.945,86	100
Dilermando de Aguiar	480.299,32	7,0	6.374.713,09	93,0	6.855.012,42	100
Itaara	612.346,20	10,0	5.527.906,20	90,0	6.140.252,40	100
Jaguari	989.508,78	9,1	9.840.089,27	90,9	10.829.598,05	100
Mata	404.438,23	6,3	6.059.555,68	93,7	6.463.993,91	100
Nova Esperança do Sul	468.927,78	7,4	5.911.684,53	92,6	6.380.612,31	100
Santa Maria	71.513.138,24	43,8*	101.347.064,99	56,2	180.183.833,45	100
São Martinho da Serra	393.529,23	5,7	6.463.001,65	94,3	6.856.530,87	100
São Pedro do Sul	2.091.569,05	14,4	12.436.478,49	85,6	14.528.047,54	100
São Sepé	2.549.160,33	11,2	20.170.146,00	88,8	22.719.306,33	100
São Vicente do Sul	948.926,96	10,4	8.163.070,36	89,6	9.111.997,32	100
Toropi	124.458,38	2,2	5.579.146,76	97,8	5.703.605,15	100
Vila Nova do Sul	481.898,44	7,3	6.120.659,45	92,7	6.602.557,89	100
Total	82.557.544,58	28,5	206.744.118,69	71,5	289.301.663,27	100
Vacaria						
Bom Jesus	1.565.071,32	11,8	11.760.065,69	88,2	13.325.137,02	100
Cambará do Sul	721.356,90	7,2	9.273.380,50	92,8	9.994.737,41	100
Campestre da Serra	883.579,48	11,3	6.941.247,17	88,7	7.824.826,65	100
Capão Bonito do Sul	451.283,06	6,2	6.794.387,83	93,8	7.245.670,88	100
Esmeralda	599.941,04	7,6	7.280.219,11	92,4	7.880.160,15	100
Ipê	735.118,91	7,9	8.576.456,98	92,1	9.311.575,89	100
Jaquirana	361.966,64	5,4	6.381.142,16	94,6	6.743.108,80	100
Lagoa Vermelha	5.298.031,39	20,0	21.225.514,30	80,0	26.523.545,68	100
Monte Alegre dos Campos	161.093,13	2,7	5.906.000,98	97,3	6.067.094,11	100
Muitos Capões	803.730,60	8,0	9.316.684,48	92,0	10.120.415,09	100
Pinhal da Serra	412.702,44	3,1	12.775.283,69	96,9	13.187.986,13	100
São Francisco de Paula	3.282.866,76	15,0	18.567.659,22	85,0	21.850.525,98	100
São José dos Ausentes	567.532,74	7,8	6.760.563,06	92,2	7.328.095,80	100
Vacaria	11.076.554,13	21,6*	40.187.620,10	78,4	51.264.174,23	100
Total	26.920.828,54	13,6	171.746.225,27	86,4	198.667.053,82	100

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

**Município com maior receita líquida de impostos da microrregião.*

A tabela 2 demonstra que a maioria dos municípios das microrregiões analisadas depende de transferências constitucionais e legais, sendo a

microrregião de Vacaria em maior proporção (86,4%) e a microrregião de Santa Maria em menor proporção (71,5%). Vale ressaltar que na microrregião de Santa Maria o município de Santa Maria revelou uma receita líquida consideravelmente expressiva de 43,8%, o que demonstra uma autonomia municipal parcial, com um grande esforço na arrecadação, que se explica por se tratar de um município de grande porte considerado o principal pólo assistencial da Macrorregião Centro-Oeste do Estado e com alta capacidade fiscal.

Quanto ao diagnóstico do setor saúde das duas microrregiões analisadas, este não diferencia muito daquele do Rio Grande do Sul e do Brasil em relação às causas de óbitos por grupo de doenças, sendo mais prevalentes tanto no nosso estado, quanto no nosso país as mortes por doenças do aparelho circulatório e neoplasias. O levantamento dos óbitos nas microrregiões de Santa Maria e de Vacaria no período de 2008-2010 apontou para quatro grupos de causas de doenças significativas: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas (acidentes de trânsito e homicídios) e doenças endócrinas e nutricionais e metabólicas. No grupo de óbitos por causas externas destacam-se as mortes por homicídios e acidentes de trânsito, no grupo das doenças do aparelho circulatório ressalta-se as mortes por infarto agudo do miocárdio e no grupo de doenças endócrinas e neoplasias evidenciam-se, respectivamente, as mortes por diabetes mellitus e por neoplasia maligna de brônquios e pulmões, assim como neoplasia maligna da mama.

A cidade de Santa Maria, segundo o Plano Diretor de Regionalização do Rio Grande do Sul de 2002 (PDR-RS), é o principal pólo assistencial da região Centro-Oeste do Estado e um dos municípios sede do módulo assistencial da Microrregião de Santa Maria. Nesta condição, o município de Santa Maria é responsável pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, em cooperação técnica, financeira e operacional, com o gestor estadual e gestores municipais da Micro e Macrorregião de saúde O sistema de referência e contra-referência entre os serviços da rede básica/especialidades/hospitais encontra-se em fase de organização. Atualmente a microrregião de Santa Maria conta com um total de 14 hospitais

gerais e 46 unidades básicas de saúde distribuídas entre os 13 municípios que compõem essa microrregião.

A cidade de Vacaria faz parte da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde da Macrorregião Serra, sendo Caxias do Sul o principal pólo assistencial desta Macrorregião no Estado. A cidade de Vacaria é um dos municípios sede do módulo assistencial da Microrregião de Vacaria sendo que esta conta no total com 6 hospitais gerais e 38 unidades básicas de saúde distribuídas em 14 municípios.

3.2 Apresentação dos Resultados e Discussão

A apresentação dos resultados seguirá a ordem dos objetivos específicos.

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

Tabela 3: Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde para os municípios, microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$).

Microrregião	Transferências da União para o SUS		Transferências do Estado para o SUS		Outras transferências para o SUS		Total de transferência de recursos para o SUS	
	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%
Santa Maria								
Cacequi	779.322,93	68,9	346.629,22	30,6	5.328,41	0,5	1.131.280,57	100
Dilermando de Aguiar	229.196,22	78,3	54.453,11	18,6	9.139,33	3,1	292.788,67	100
Itaara	176.099,07	69,0	74.276,81	29,1	4.771,66	1,9	255.147,54	100
Jaguari	314.749,69	68,1	144.485,18	31,2	3.106,96	0,7	462.341,83	100
Mata	398.914,14	82,7	74.117,90	15,4	9.073,72	1,9	482.105,75	100
Nova Esperança do Sul	379.967,65	86,0	61.834,64	14,0	4,12	0,1	441.806,41	100
Santa Maria	10.160.777,46	67,7	2.187.948,50	14,6	2.666.235,49	17,7	15.014.961,45	100
São Martinho da Serra	211.679,35	76,7	59.299,48	21,5	5.057,31	1,8	276.036,14	100
São Pedro do Sul	1.917.082,35	79,7	413.056,41	17,2	74.635,63	3,1	2.404.774,40	100
São Sepé	1.148.054,33	67,3	504.358,67	29,6	53.219,00	3,1	1.705.632,00	100
São Vicente do Sul	607.888,36	69,2	225.304,38	25,7	44.509,75	5,1	877.702,49	100
Toropi	261.839,73	76,4	71.878,94	21,0	8.946,89	2,6	342.665,56	100
Vila Nova do Sul	155.051,58	68,2	68.294,38	30,0	3.966,30	1,8	227.312,27	100

Total	16.740.622,86	70,0	4.285.937,62	17,9	2.887.994,57	12,1	23.914.555,08	100
Vacaria								
Bom Jesus	706.400,50	65,7	307.752,01	28,6	60.171,45	5,7	1.074.323,96	100
Cambará do Sul	649.639,96	73,6	219.180,67	24,8	14.224,54	1,6	883.045,17	100
Campestre da Serra	219.668,83	74,8	71.703,55	24,4	2.252,60	0,8	293.624,98	100
Capão Bonito do Sul	48.333,77	100,0	0	0	0	0	48.333,77	100
Esmeralda	220.272,40	73,7	67.351,50	22,5	11.140,53	3,8	298.764,42	100
Ipê	454.092,00	79,4	117.344,95	20,5	22,27	0,1	571.459,22	100
Jaquirana	423.310,41	86,6	59.889,23	12,2	5.788,96	1,2	488.988,60	100
Lagoa Vermelha	1.333.491,47	80,4	299.985,12	18,1	24.389,89	1,5	1.657.866,48	100
Monte Alegre dos Campos	195.742,73	98,3	2.145,73	1,6	1.152,10	0,1	199.040,56	100
Muitos Capões	196.205,25	75,0	37.078,69	14,2	28.196,72	10,8	261.480,66	100
Pinhal da Serra	187.750,14	83,9	34.741,71	15,5	1.249,43	0,6	223.741,28	100
São Francisco de Paula	1.392.653,81	85,9	180.040,86	11,1	48.675,25	3,0	1.621.369,93	100
São José dos Ausentes	279.695,56	85,7	44.270,07	13,6	2.316,37	0,7	326.282,00	100
Vacaria	2.733.494,80	82,5	491.175,28	14,8	87.967,09	2,7	3.312.637,17	100
Total	9.040.751,63	80,3	1.932.659,37	17,2	287.547,20	2,5	11.260.958,20	100

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

Ao analisarmos a tabela 3 percebemos que os valores médios dos recursos transferidos da União para o SUS ao conjunto de municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria são expressivos representando, respectivamente, 70% e 80,3%. Em contrapartida a proporção média de transferências de recursos estaduais para os municípios é menor sendo 17,9% para microrregião de Santa Maria e 17,2% na Microrregião de Vacaria. Vale lembrar que a Lei Complementar nº 141, que regulamenta a Emenda Constitucional 29 aprovada em janeiro deste ano, define claramente o que deve ser considerado gasto em saúde e fixa os percentuais mínimos de investimento na área pela União, Estados e Municípios. Para os estados caberia transferir à saúde no mínimo 12% da receita tributária e para a União o percentual de seus gastos continuará numa média de 6% a 7% de sua receita bruta. Portanto a média do percentual de transferências da esfera estadual para os municípios das microrregiões de Santa Maria (17,9%) e de Vacaria (17,2%) está de acordo com a vinculação de receitas à saúde (EC 29) que contribui para o aumento da participação dos governos estaduais e municipais no financiamento da saúde, por meio de recursos próprios[20]. Importante salientar também que as transferências de recursos federais (SUS) são norteadas pelo tamanho da população, sendo a média populacional das

microrregiões da Santa Maria (363.016 hab.) e Vacaria (149.051 hab.) relativamente alta, o que explicaria os valores médios significativos dos recursos transferidos da União para o conjunto de municípios das microrregiões analisadas.

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

Tabela 4: Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde, municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$).

Microrregião	Recursos próprios aplicados em saúde		Recursos transferidos para a saúde		Total	
	R$	%	R$	%	R$	%
Santa Maria						
Cacequi	2.606.457,36	72,2	1.005.380,82	27,8	3.611.838,18	100
Dilermando de Aguiar	1.096.397,26	78,8	295.242,65	21,2	1.391.639,91	100
Itaara	1.171.211,20	82,8*	243.597,79	17,2	1.414.808,99	100
Jaguari	1.866.645,15	79,2	491.071,18	20,8	2.357.716,33	100
Mata	1.100.100,70	70,3	465.428,92	29,7	1.565.529,62	100
Nova Esperança do Sul	1.578.386,30	77,7	452.106,02	22,3	2.030.492,33	100
Santa Maria	26.186.717,45	66,4	13.259.541,80	33,6	39.446.259,25	100
São Martinho da Serra	1.286.435,67	83,7*	249.436,44	16,3	1.535.872,12	100
São Pedro do Sul	3.364.671,05	60,8	2.167.603,98	39,2	5.532.275,03	100
São Sepé	4.446.545,33	69,0	1.999.557,67	31,0	6.446.103,00	100
São Vicente do Sul	2.306.156,67	77,2	679.126,28	22,8	2.985.282,95	100
Toropi	990.310,00	78,2	275.360,22	21,8	1.265.670,21	100
Vila Nova do Sul	1.261.456,55	86,9*	190.765,46	13,1	1.452.222,01	100
Total	49.261.490,69	69,3	21.774.219,23	30,7	71.035.709,93	100

Vacaria						
Bom Jesus	2.233.591,18	64,3	1.239.104,64	35,7	3.472.695,82	100
Cambará do Sul	1.970.222,23	60,0	1.313.823,28	40,0	3.284.045,51	100
Campestre da Serra	1.251.041,01	80,0	313.379,89	20,0	1.564.420,90	100
Capão Bonito do Sul	1.284.509,73	97,0*	39.170,97	3,0	1.323.680,71	100
Esmeralda	1.499.305,93	82,7	312.379,95	17,3	1.811.685,88	100
Ipê	1.478.654,93	71,0	604.036,54	29,0	2.082.691,48	100
Jaquirana	1.840.628,30	74,8	619.732,61	25,2	2.460.360,91	100
Lagoa Vermelha	5.387.840,83	81,3	1.236.990,06	18,7	6.624.830,89	100
Monte Alegre dos Campos	1.008.414,86	85,6	169.489,73	14,4	1.177.904,59	100
Muitos Capões	1.727.622,37	84,6	313.326,91	15,4	2.040.949,28	100
Pinhal da Serra	2.343.201,08	92,2*	196.767,17	7,8	2.539.968,25	100
São Francisco de Paula	4.205.709,59	73,5	1.516.105,55	26,5	5.721.815,14	100
São José dos Ausentes	1.284.583,10	82,6	270.022,78	17,4	1.554.605,88	100
Vacaria	11.558.303,38	76,8	3.487.886,80	23,2	15.046.190,18	100
Total	39.073.628,52	77,0	11.632.216,88	23,0	50.705.845,42	100

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

* *Municípios com expressivos r*ecursos próprios em relação ao total aplicado em saúde.

Santa Maria e Vacaria dependem ainda das transferências da União para a realização das ações e serviços de saúde. Segundo a tabela 4 a média de recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria nos anos de 2008 a 2010 representam, respectivamente, 69,3% e 77%. É interessante observar que os municípios de Itaara, São Martinho da Serra e Vila Nova do Sul, que fazem parte da Microrregião de Santa Maria, apresentam valores significativos de recursos próprios aplicados em saúde, comparados ao município de Santa Maria que apresenta uma receita líquida expressiva em relação a esses municípios. O mesmo pode-se observar na microrregião de Vacaria em que o município de Capão Bonito do Sul e Pinhal da Serra apresentam, respectivamente, 97% e 92,2% de seus recursos aplicados em saúde comparados com o município de Vacaria (76,8%), que apresenta a maior receita líquida de impostos da microrregião.

3.2.3 *Grau de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000.*

Tabela 5: Recursos próprios aplicados em saúde, municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$).

Microrregião	Recursos próprios aplicados em saúde (R$)	Base de cálculo (R$)	% da primeira coluna sobre a segunda
Santa Maria			
Cacequi	2.606.457,36	14.249.945,86	18,3
Dilermando de Aguiar	1.096.397,26	6.855.012,42	16,0
Itaara	1.171.211,20	6.140.252,40	19,1
Jaguari	1.866.645,15	10.829.598,05	17,2
Mata	1.100.100,70	6.463.993,91	17,0
Nova Esperança do Sul	1.578.386,30	6.380.612,31	24,7
Santa Maria	26.186.717,45	180.183.833,45	14,5
São Martinho da Serra	1.286.435,67	6.856.530,87	18,8
São Pedro do Sul	3.364.671,05	14.528.047,54	23,1
São Sepé	4.446.545,33	22.719.306,33	19,6
São Vicente do Sul	2.306.156,67	9.111.997,32	25,3
Toropi	990.310,00	5.703.605,15	17,4
Vila Nova do Sul	1.261.456,55	6.602.557,89	19,1
Total	49.261.490,69	289.301.663,27	17,0
Vacaria			
Bom Jesus	2.233.591,18	13.325.137,02	16,8
Cambará do Sul	1.970.222,23	9.994.737,41	19,7
Campestre da Serra	1.251.041,01	7.824.826,65	16,0
Capão Bonito do Sul	1.284.509,73	7.245.670,88	17,7
Esmeralda	1.499.305,93	7.880.160,15	19,0
Ipê	1.478.654,93	9.311.575,89	15,9
Jaquirana	1.840.628,30	6.743.108,80	27,3
Lagoa Vermelha	5.387.840,83	26.523.545,68	20,3
Monte Alegre dos Campos	1.008.414,86	6.067.094,11	16,6
Muitos Capões	1.727.622,37	10.120.415,09	17,1
Pinhal da Serra	2.343.201,08	13.187.986,13	17,8
São Francisco de Paula	4.205.709,59	21.850.525,98	19,2
São José dos Ausentes	1.284.583,10	7.328.095,80	17,5
Vacaria	11.558.303,38	51.264.174,23	22,5
Total	39.073.628,52	198.667.053,82	19,7

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

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de janeiro de 2000, objetivava garantir recursos mínimos e estáveis para a saúde. Para isso, essa emenda estabeleceu uma vinculação de receitas de estados e municípios à saúde, tal como já ocorria em relação à educação. Para a União, a exigência era que no primeiro ano (2000) os recursos federais aplicados em saúde fossem 5% superiores ao valor aplicado no ano anterior e a correção para os anos seguintes seria de acordo com a variação nominal do produto interno bruto (PIB)[18]. Para estados e municípios, a EC 29 previa uma implantação gradual e, inicialmente, exigiu que, no mínimo, 7% das receitas de impostos e transferências fossem aplicadas em saúde, devendo ser esses percentuais gradualmente ampliados até alcançarem, respectivamente, 12% e 15% das receitas estaduais e municipais no ano de 2004. A Lei Complementar nº 141 sancionada em janeiro deste ano definiu que aos estados e municípios caberia transferir à saúde no mínimo 12% e 15%, respectivamente, da receita tributária e à União, segundo o art. 5º deveria aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos da Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual[15].

Para testar o cumprimento da EC 29 nos municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, a tabela 5 mostra os percentuais dos recursos próprios aplicados em saúde de 2008 a 2010, pelos municípios das microrregiões analisadas. Verifica-se que a maioria dos municípios das duas microrregiões cumpriu com o percentual mínimo de 15% preconizado pela EC 29 o que comprova, assim como em outros estudos[8,18], o fato dos governos municipais serem a esfera de governo que mais vêm atendendo os percentuais de seus gastos em saúde com recursos próprios desde a aprovação da emenda em 2000.

3.2.4 *Gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental.*

Tabela 6: Gasto público em saúde por habitante segundo esfera de governo, municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$).

Microrregião	Valor médio em R$ por habitante de recursos próprios da esfera municipal	Valor médio em R$ por habitante de recursos transferidos de outras esferas de governo	Total em R$
Santa Maria			
Cacequi	190,59	73,51	264,10
Dilermando de Aguiar	357,83	96,36	454,19
Itaara	233,77	48,62	282,40
Jaguari	162,70	42,80	205,50
Mata	215,24	91,06	306,31
Nova Esperança do Sul	337,91	96,79	434,70
Santa Maria	100,32*	50,80	151,12
São Martinho da Serra	401,89**	77,92	479,81
São Pedro do Sul	205,56	132,4	337,99
São Sepé	186,85	84,02	270,87
São Vicente do Sul	273,24	80,47	353,71
Toropi	335,47	93,28	428,75
Vila Nova do Sul	298,85	45,19	344,05
Gasto *per capita* médio em R$	135,70	59,98	195,68
Vacaria			
Bom Jesus	193,90	107,60	301,48
Cambará do Sul	301,17	200,80	501,99
Campestre da Serra	385,29	96,51	481,81
Capão Bonito do Sul	732,33	22,33	754,66
Esmeralda	473,27	98,60	571,87
Ipê	245,79	100,40	346,19
Jaquirana	440,66	148,40	589,03
Lagoa Vermelha	195,74	44,94	240,68
Monte Alegre dos Campos	325,09	54,64	379,72
Muitos Capões	578,19	104,90	683,05
Pinhal da Serra	1100,10**	92,38	1192,50
São Francisco de Paula	204,79	73,82	278,61
São José dos Ausentes	390,45	82,07	472,52
Vacaria	188,42*	56,86	245,28
Gasto *per capita* médio em R$	262,15	78,04	340,19

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

**Municípios com baixos valores per capita investidos*
***Municípios com altos valores per capita investidos*

Os dados da tabela 6 mostram os gastos públicos em saúde por habitante no conjunto de municípios das microrregiões estudadas. O gasto médio *per capita* na microrregião de Santa Maria foi de R$ 135,70 que, convertido para a moeda norte-americana representa a quantia de US$ 248,33; já na microrregião de Vacaria o gasto médio por habitante foi maior, totalizando R$ 262,15 ou US$ 479,73. Na região de Santa Maria o município que mais investe em recursos próprios por habitante é São Martinho da Serra com R$ 401,89 ou US$ 735,45, em contrapartida o município que investe menos recursos próprios *per capita* é Santa Maria (R$ 100,32 ou US$ 183,58), que coincide, de acordo com a tabela 5, com o baixo percentual de recursos próprios aplicados em saúde desse município (14,5%) em relação aos demais municípios da região.

Na microrregião de Vacaria o município que investe mais por habitante é Pinhal da Serra (R$ 1100,10 ou US$ 2013,18), representando o maior valor investido de todos os municípios estudados das duas microrregiões. Em compensação o município que menos aplica *per capita* em saúde é Vacaria com R$ 188,42 que equivale à US$ 344,80. Como foi observado anteriormente na tabela 5, a maioria dos municípios das duas microrregiões cumpriram com o percentual mínimo de 15% preconizado pela EC 29, porém cabe ressaltar que alguns municípios se destacaram mais, como é o caso dos municípios da região de Santa Maria que são Nova Esperança do Sul (24,7%) e São Vicente do Sul (25,3%) e os municípios da região de Vacaria que são Jaquirana (27,3%) e Vacaria (22,5%). Entretanto analisando a tabela 6, percebe-se que esses municípios que tiveram altos percentuais de recursos próprios investidos entre 2008 e 2010 não são os municípios que possuem os maiores valores per capita investidos em saúde.

3.2.5 *Subfunções orçamentárias da saúde mais expressivas*

Tabela 7: Gasto público em saúde por subfunção orçamentária, municípios das microrregiões de Santa Maria e Vacaria, RS, 2008-2010 (média anual em R$).

Microrregião	Atenção Básica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Suporte Profilático e Terapêu-tico	Vigilân-cia Sanitária	Vigilância Epidemio-lógica	Alimen-tação e Nutrição	Outras Sub-funções
Santa Maria							
Cacequi	3.594.841,04	0	0	33.763,95	42.056,60	0	0
Dilermando de Aguiar	743.979,26	0	0	3.054,53	6.695,38	0	637.910,73
Itaara	1.381.238,10	13.581,29	0	12.699,89	7.289,72	0	0
Jaguari	1.655.275,46	296.975,07	5.595,40	15.210,93	1.006,54	0	383.652,93
Mata	1.522.378,19	0	44,99	0	14.341,84	0	28.764,60
Nova Esperança do Sul	1.351.867,99	678.624,34	0	0	0	0	0
Santa Maria	37.661.134,48*	1.571.045,05	0	0	197.612,34	0	16.467,38
São Martinho da Serra	1.522.789,29	0	0	8.885,40	3.650,91	0	546,52
São Pedro do Sul	648.608,70	4.844.562,86	0	7.554,66	31.548,82	0	0
São Sepé	2.212.655,67	1.217.471,67	0	52.539,67	31.196,67	0	2.932.239,33
São Vicente do Sul	1.443.737,18	1.516.505,88	0	1.130,61	23.909,28	0	0
Toropi	734.964,67	0	0	0	0	0	530.705,54
Vila Nova do Sul	957.597,96	331.452,79	8.933,29	4.652,99	5.712,16	0	143.872,82
Total	55.431.067,99	10.470.218,95	14.573,68	139.492,63	365.020,26	0	4.674.159,85
Valor per capita	152,70	28,84	0,04	0,38	1,00	0	12,90
Vacaria							
Bom Jesus	267.016,93	0	0	0	0	0	3.205.678,89
Cambará do Sul	0	129.538,94	0	0	0	0	3.154.506,57
Campestre da Serra	1.564.029,90	346,67	0	38,33	0	0	0
Capão Bonito do Sul	1.270.235,19	1.075,00	0	1.505,33	0	0	50.865,19
Esmeralda	1.605.029,76	1.869,00	0	119.986,42	9.042,77	0	75.757,92
Ipê	2.032.143,51	0	32.215,17	2.408,56	15.924,24	0	0
Jaquirana	0	36.704,79	0	0	0	0	2.423.656,12
Lagoa Vermelha	4.791.799,60*	1.596.147,31	0	0	59.467,59	0	177.416,39
Monte Alegre dos Campos	758.242,91	100,00	0	0	7.985,25	4.968,23	406.608,20
Muitos Capões	723.600,59	1.276.345,60	0	11.174,86	0	0	29.828,22
Pinhal da Serra	889.045,94	1.643.622,31	0	0	7.300,00	0	0
São Francisco de Paula	5.721.815,14*	0	0	0	0	0	0
São José dos Ausentes	1.525.131,84	5.747,72	11.568,33	4.379,27	7.195,52	0	583,20
Vacaria	5.011.572,93*	2.518.041,72	0	35.394,58	251.245,79	5.650,76	7.224.284,39
Total	26.159.664,24	7.209.539,06	43.783,50	174.887,35	358.161,16	10.618,99	16.749.185,09
Valor per capita	175,50	48,37	0,29	1,17	2,40	0,07	112,37

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

**Municípios com maiores gastos na Atenção Básica*

A partir de 1998 ocorreram transformações em termos da legislação em vigor e que se evidenciam no interior das contas do Ministério da Saúde correspondentes à aplicação de novas políticas orientadas à atenção básica, particularmente o Piso de Atenção Básica, o Programa de Agentes Comunitários e o Programa de Saúde da Família. A implementação do PAB, definido pela Norma Operacional Básica 01/96 publicada no Diário Oficial da União de 6/11/1996, está diretamente associada ao desenvolvimento de um novo modelo assistencial[21]. Quando teve início a vigência da NOB/96, a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública apresentou mudança qualitativa. Uma das principais mudanças foi focalizar a Atenção Básica como prioridade, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências[11].

Na Tabela 7 podemos notar a prioridade na alocação de recursos para atenção básica devido à magnitude do gasto das duas microrregiões nesse setor. Verifica-se também que a alocação de recursos para a subfunção orçamentária da assistência hospitalar e ambulatorial é mais volumosa para municípios mais populosos como São Pedro do Sul, Santa Maria e Vacaria. Na região de Santa Maria o gasto médio *per capita* na atenção básica e na assistência hospitalar e ambulatorial foi, respectivamente, R$ 152,70 e R$ 28,84, já na região de Vacaria o gasto médio per capita foi R$ 175,50 para atenção básica e R$ 48,37 para assistência hospitalar e ambulatorial. Cabe ressaltar que o município de Santa Maria arcou com os maiores gastos na atenção básica na microrregião, totalizando 38 milhões. Esse fato pode ser explicado pela prioridade dada, pelo Ministério da Saúde em sua estratégia de expansão e consolidação da atenção básica, para os municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes devido à grande concentração populacional em grandes centros urbanos[5]. Outra possível explicação do aumento dos gastos na atenção básica pode ser devido ao aumento de equipes de saúde da família (ESF) nas duas microrregiões. No período que compreende os anos de 2002 a 2009 houve a implementação do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família que foi uma iniciativa do Ministério da Saúde apoiada pelo Banco Mundial (BIRD), voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica no país por meio da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços. Analisando o período de implementação desse

projeto, segundo dados da sala de situação em saúde, em 2002 o número de ESF na microrregião de Santa Maria era 6 e na microrregião de Vacaria era 9. Em 2010 esse número aumentou 350% na região de Santa Maria, que passou a ter 27 equipes de saúde da família e 211% na região de Vacaria que passou a ter 28 ESF. O município de Santa Maria foi o que implementou mais ESF na região (13 equipes), já na microrregião de Vacaria foram os municípios de São Francisco de Paula (4 equipes), Lagoa Vermelha (4 equipes) e Vacaria (5 equipes). Esse aumento de ESF nesses municípios possivelmente explica os maiores gastos deles nesse setor.

Mesmo considerando uma inspiração a experiência gaúcha de repasse de recursos globais, verifica-se que os maiores gastos públicos em saúde ainda se concentram na subfunção da atenção básica. Nessa política preconiza-se que os recursos do Tesouro Estadual sejam transferidos aos municípios, sem qualquer vinculação com modalidades previamente definidas de gasto, dando aos mesmos autonomia para decidir o destino do recurso, desde que sua aplicação seja aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde e o gasto seja realizado em projetos e atividades classificadas na função saúde.

Portanto inserido em um debate mais amplo sobre o financiamento da Atenção Básica, discute-se o crescimento dos recursos financeiros destinados a esse setor, através das transferências federais e estaduais a municípios, enfatizando-se o aumento de recursos para o Programa de Saúde da Família. Contudo apesar do crescimento dos incentivos financeiros à Atenção Básica, em especial, ao PSF, através do PAB Variável e/ou de todos os recursos estaduais repassados, o município ainda é responsável por 70% dos recursos despendidos nesse programa[11].

Em relação à assistência hospitalar e ambulatorial os desafios no Brasil incluem o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da atenção e da segurança do paciente, a provisão de acesso a cuidados abrangentes, a coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas[20]. O sistema de saúde brasileiro, na prática, ainda não está organizado como uma rede regionalizada de serviços e não existem mecanismos eficazes de regulação e de referência e contrarreferência[21]. No entanto, existem no SUS políticas específicas para alguns procedimentos de alto custo (p. ex., o sistema de gerenciamento de listas de espera para

transplantes de órgãos) e para algumas especialidades, como cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise e transplante de órgãos, que estão sendo organizadas na forma de redes. O Ministério da Saúde tem tentado organizar redes de serviços por meio do fortalecimento do PSF e da implementação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS). Contudo, obstáculos estruturais, procedimentais e políticos, como desequilíbrio de poder entre integrantes da rede, falta de responsabilização dos atores envolvidos, descontinuidades administrativas e a alta rotatividade de gestores por motivos políticos, tendem a comprometer a efetividade dessas iniciativas[22].

Na tabela 7 é interessante observar a desigualdade de gastos da assistência hospitalar e ambulatorial de alguns municípios das regiões estudadas, devido à alocação de recursos realizados para municípios mais populosos. Ressalta-se que a probabilidade de um paciente ser internado num hospital aumenta com a disponibilidade de leitos e de unidades de atenção básica e diminui com a distância entre o município onde vive o paciente e o local onde o serviço está disponível[23]. Essa situação é preocupante, pois uma em cada cinco internações hospitalares no SUS ocorre em hospitais de municípios diferentes daqueles onde o paciente vive. Assim, habitantes de municípios pobres têm menos possibilidade de obter internação que habitantes de municípios mais ricos, o que exige políticas não somente para regionalizar e assegurar o transporte de pacientes ao hospital, mas também para modificar os modelos de cuidado de modo a reduzir tais desigualdades no acesso[2].

4. Considerações Finais

O presente estudo possibilitou concluirmos que tanto os municípios da microrregião de Santa Maria quanto os de Vacaria recebem quantidades consideráveis de transferências da União para a saúde. Ressalta-se também que municípios como Santa Maria e Vacaria, que possuíam receita líquida de impostos alta assim como valores altos de recursos próprios investidos em saúde, foram os que apresentaram menor valor per capita no setor. Essa aparente discrepância pode ser explicada pelo fato de se tratar de municípios de grande porte populacional. Mencionamos ainda que a grande maioria dos municípios das duas microrregiões cumpriu com os percentuais mínimos propostos pela EC 29, apresentando-se de forma positiva na aplicação dos recursos próprios dos municípios.

Nesse sentido, pertencer às regiões estudadas significou ter "Participação da receita de impostos na receita total dos municípios" expressiva (em média, acima de 20%) e, provavelmente em razão da maior capacidade fiscal dessas regiões, maiores são os resultados para o "Percentual da receita própria aplicada na saúde" (em média, acima de 70%). Essa característica tende a facilitar a "Adequação à EC 29. Cabe também lembrar a experiência gaúcha, a chamada Municipalização Solidária da Saúde, que aloca recursos do governo do Estado aos municípios o que explicaria as médias expressivas de transferências de recursos. O Rio Grande do Sul é um dos estados que repassa recursos de forma global, sistemática de fundo a fundo, podendo ser utilizados pelos municípios para despesas de custeio ou investimento, desde que em melhoria de sua gestão local de saúde[11].

Em relação ao gasto público em saúde por subfunção orçamentária, observou-se certa prioridade na alocação de recursos para atenção básica que pode ser explicado devido ao aumento de equipes de saúde da família (ESF) nas duas microrregiões nos últimos 10 anos. A expansão e a sustentabilidade da ESF constituem um processo político que vem se tornando cada vez mais forte, uma vez que tanto o comprometimento orçamentário quanto as médias de cobertura relacionada à estratégia estão se expandindo. Os gastos da subfunção orçamentária de assistência hospitalar e ambulatorial foram mais volumosos para municípios mais populosos das microrregiões o que acarreta

uma desigualdade de acesso para municípios mais pobres. Essas evidências sugerem que sejam revistas algumas teses na literatura sobre financiamento em saúde no Brasil que se sustentam sobre a idéia da persistente concentração das transferências de recursos federais nas áreas mais ricas do país, que teoricamente acentuariam desigualdades ao invés de minorá-las[18].

Deve-se, portanto garantir a flexibilidade necessária para que os problemas de saúde de cada município, sobretudo os muito heterogêneos entre si, sejam levados em conta, permitindo que os recursos não recebessem qualquer tipo de "carimbo". A utilização dos recursos deve ser definida valendo-se das prioridades de cada localidade, levando em consideração características demográficas e epidemiológicas, podendo ser aplicados livremente para despesas de custeio ou investimento, tanto na atenção básica quanto em qualquer nível de atenção em saúde, promovendo a integração dos serviços de saúde.

Quanto às questões referentes às limitações do presente estudo vale ressaltar a utilização da média trienal para o cálculo das estimativas de gasto público em saúde. Esta é uma medida de tendência central e representa o valor "provável" de uma variável e não a realidade absoluta. Ela é insuficiente para representar adequadamente conjuntos de dados, pois nada revela sobre a sua variabilidade. Para mostrar a diversidade de gastos públicos em saúde nos municípios analisados o ideal seria apresentar um valor que medisse a dispersão ou a variabilidade das variáveis, como por exemplo, a inclusão do cálculo do desvio padrão da série de dados estudados exigindo para tanto período de abrangência maior do estudo.

Em relação ao SIOPS é importante enfatizar que existem estudos[10,24] que apontam alguns problemas que envolvem o uso deste sistema para analisar características orçamentárias do gasto público em saúde. De acordo com um estudo realizado por *Silva et.al*[10] que avaliou a regularidade na alimentação do SIOPS e o conhecimento e uso do sistema pelos gestores municipais, observou-se que existe uma ausência da gestão de saúde municipal na alimentação do sistema e o repasse da responsabilidade do preenchimento das planilhas é feito por serviços terceirizados. Este fato pode ser justificado pela falta ou deficiência de recursos humanos qualificados para análise das informações obtidas nas secretarias. A atribuição da atividade de

alimentação do SIOPS a serviços terceirizados pode estar contribuindo para a participação insuficiente da gestão de saúde municipal na alimentação, bem como a pouca propriedade e interesse dos gestores acerca do tema[10]. As informações geradas pelo SIOPS não têm sido exploradas potencialmente pelos gestores enquanto instrumento de gestão. Um maior investimento no fortalecimento das habilidades e competências dos gestores e dos técnicos em saúde para o uso das possibilidades ofertadas pelo sistema é fundamental para otimizar o uso do SIOPS a favor do Sistema de Saúde[10].

O SIOPS se diferencia dos demais sistemas de informações porque não está relacionado diretamente às atividades fim, tanto de produtividade como de informação epidemiológica, 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, inclusive para estudos qualitativos que relacionem o financiamento público em saúde com a situação de saúde dos municípios. É necessário incentivar novos estudos para estimar impacto das mudanças na forma de alocação de recursos federais destinados à produção de serviços básicos de saúde sobre a efetiva condição de co-participação de estados e municípios na ampliação de capacidade instalada e emprego de recursos humanos, particularmente dos municípios mais carentes[18].

5. Referências Bibliográficas:

1. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Conselho Federal de Medicina e Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Seminário Impasses e Alternativas para o Financiamento do SUS Universal. 2011:1-6.

2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97.

3. Ugá MA, Santos SI. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2006;22(8):1597-609.

4. Brasil. Emenda Constitucional n. 29 de 13 setembro de 2000: Diário Oficial da União; 2000.

5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União; 1990.

6. Ferla A. A regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora Da Casa; 2002. 13-43 p.

7. Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Ciência Saúde Coletiva. 2005;10:275-86.

8. Campelli M, Ramlow G, Calvo MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. 2007;23(7):1613-23.

9. Médici AC. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. Piola S, Vianna S ed. Brasília: Ipea; 2002. 23-68 p.

10. Silva KSB, Bezerra AFB, Sousa IMC, Gonçalves RF. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2010;26(2):373-82.

11. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? Ciência & Saúde Coletiva. 2003;8(2):403-15.

12. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cadernos de Saúde Pública. 2010;26(4):693-705.

13. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JJL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2007;7(4):495-502.

14. Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. Ciência & Saúde Coletiva. 2003;8(2):379-91.

15. Vazques DA. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2011;27(6):1201-12.

16. Brasil. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: Conasems, 2009; 2009.

17. Brasil. Lei complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. 2012.

18. Melamed C, Costa NR. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. Ciência & Saúde Coletiva. 2003;8(2):393-401.

19. Lima LD, Andrade CLT. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2009;25(10):2237-48.

20. Vecina NG, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva. 2007;4(1):825-39.

21. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20:S331-S6.

22. Mendes E. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.

23. Oliveira EGX, Travassos C, Carvalho MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20:S298-S309.

24. Lima CRA, Carvalho MS, Schramm JMA. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. Cadernos de Saúde Pública. 2006; 22(9):1855-1864.