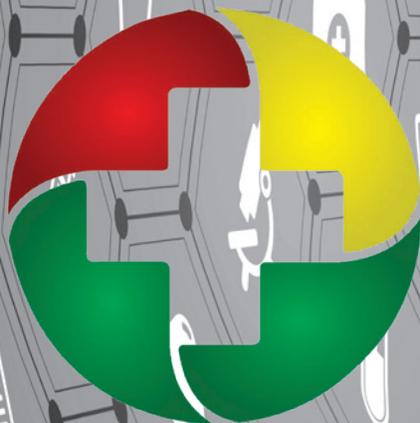


GESTÃO EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

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.

APRESENTAÇÃO

No âmbito do sistema da Universidade Aberta do Brasil (UAB) e do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), a Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EA/UFRGS) lançou em 2015 a terceira edição dos Cursos de Especialização em Gestão Pública e de Gestão em Saúde, modalidade a distância.

O PNAP oferta cursos de graduação e especialização destinados à criação de um perfil nacional do administrador público, propiciando a formação de gestores que utilizem uma linguagem comum e que compreendam as especificidades de cada uma das esferas públicas (municipal, estadual e federal). Os cursos passam a integrar o conjunto de cursos oferecidos pelo Sistema UAB, como cursos permanentes, e são ofertados gratuitamente nos polos de apoio presencial da Universidade Aberta do Brasil.

O Curso de Especialização de Gestão em Saúde destinava-se aos portadores de diploma de curso superior que exercessem atividade em órgãos públicos ou do terceiro setor ou com aspirações ao exercício de função pública. Como objetivo geral, pretendia capacitar quadros de gestores para atuar na administração do governo e unidades organizacionais, com formação adequada para intervir na realidade social, política e econômica. Em última instância, contribuir para a melhoria da gestão das atividades desempenhadas pelo Estado brasileiro, nos âmbitos federal, estadual e municipal. (CAPES, 2009)

A terceira edição do Curso de Especialização de Gestão em Saúde apresentou 1.275 inscritos, dos quais 451 foram selecionados, distribuídos em 11 polos no Rio Grande do Sul (RS), quais sejam: Arroio dos Ratos, Balneário Pinhal, Encantado, Esteio, Imbé, Jacuizinho, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Santana do Livramento, Santo Antônio da Patrulha e Vila Flores.

Este livro é composto por versões modificadas de nove trabalhos de conclusão de curso, contemplando a área de gestão em saúde no campo das políticas de saúde, economia da saúde e epidemiologia de serviços hospitalares, entre outros. E, desta forma, evidenciando um panorama de casos, análises e práticas da área de gestão em saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Boa Leitura!

Os Organizadores

Executado por



publicato@publicato.com.br
www.publicato.com.br
51 3013.1330

VERSÃO DIGITAL

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-65-87636-00-9



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Gestão em saúde no Rio Grande do Sul [livro eletrônico] : Casos, análise e práticas / organização Ronado Bordin , Paulo R. Z. Abdala. -- 1. ed. -- Porto Alegre, RS : Publicato Editora, 2020.
-- (Gestão em saúde no Rio Grande do Sul ; v. 3)

1 Mb ; PDF

Bibliografia

ISBN 978-65-87636-00-9

1. Administração dos serviços de saúde 2. Saúde pública - Brasil - Administração 3. Saúde pública - Rio Grande do Sul (RS) 4. Serviços de saúde - Administração I. Bordin, Ronado. II. Abdala, Paulo R. Z. III. Série.
20-37113 CDD-362.10680981

Índices para catálogo sistemático:

1. Gestão em saúde : Rio Grande do Sul : Estado :
Bem-estar social 362.10680981
Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

PARTE I - CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS	9
ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE: UM COMPARATIVO ENTRE AS CINCO GRANDES REGIÕES BRASILEIRAS	11
LETÍCIA PUNTEL, BRUNO KAUSS E CRISTINA ARTHMAR MENTZ ALBRECHT	
O MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL NA CRIAÇÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH	21
THAIS GABRIELE BORELLA SANSONOVE, JULIANE MEIRA WINCKLER E ARAGON ÉRICO DASSO JÚNIOR	
O SISTEMA DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES (SISPACTO) E SEU APOIO À GESTÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DO MUNICÍPIO DE LINHA NOVA/RS	47
NATÁLIA SCHMIDT MÜLLER, BRUNO KAUSS E RAFAEL KRUTER FLORES	
FINANCIAMENTO E GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE EM SETE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL.....	67
GABRIELE BREMM MACHADO, RITA DE CÁSSIA NUGEM E ROGER DOS SANTOS ROSA	
O FINANCIAMENTO DO SUS NO MUNICÍPIO DE MUÇUM/RS, 2013-2020	91
ARTHUR ZANCHET RIEDI, BRUNA CAMPOS DE CESARO E CLEZIO SALDANHA DOS SANTOS	
PERFIL, FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL/RS	107
ELIANE LIPRERI, CAMILA GUARANHA E FERNANDO DIAS LOPES	
ANÁLISE DE REPRESENTATIVIDADE E INTERESSES NA COMPOSIÇÃO DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL...	125
MAITÍCIA FERNANDA NOLL, BRUNO KAUSS E GUILHERME DORNELAS CAMARA	
EQUIPAMENTOS DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DISPONIBILIZADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO DO VALE DOS SINOS (RS), 2018	141
CRISTIANE MULLER DUARTE, BRUNA CAMPOS DE CESARO E PAULO ANTÔNIO BARROS OLIVEIRA	
ACESSO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PARA A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO ESTADO DE SANTA CATARINA.....	153
REGES ANTONIO DEON, CAMILA GUARANHA E ANDREA GONÇALVES BANDEIRA	
CAPACIDADES ASSISTENCIAIS EM FISIOTERAPIA AMBULATORIAL DO SUS NA 12ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL	165
RONIERI ARISTEU DOS REIS SCARDOELLI, RITA DE CÁSSIA NUGEM E PAUL DOUGLAS FISHER	
VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA NA POPULAÇÃO IDOSA: COBERTURA VACINAL X CASOS CONFIRMADOS NO RIO GRANDE DO SUL, 2013 A 2017.....	185
FERNANDA GROSSELLI, BRUNA CAMPOS DE CESARO E JACQUELINE OLIVEIRA SILVA	
PARTE II - RESUMOS DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO	195

FINANCIAMENTO E GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE EM SETE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

GABRIELE BREMM MACHADO
RITA DE CÁSSIA NUGEM
ROGER DOS SANTOS ROSA

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como objetivos fundamentais dos sistemas de saúde melhorar a condição de saúde da sua população, responder às expectativas das pessoas e fornecer proteção financeira relacionada aos custos com problemas de saúde (WHO, 2000). Nesse sentido, existe uma movimentação global para aprimorar a gestão e o financiamento no âmbito da saúde pois é a área na qual os custos crescem e continuarão crescendo em função do aumento nas necessidades de saúde e das demandas populacionais ilimitadas. Essas particularidades intrínsecas ao setor da saúde implicam em um grande desafio para os gestores e formuladores de políticas públicas ao passo que devem aproveitar ao máximo os recursos escassos gerando o mais elevado nível de saúde para a população (ROA, 2016). Andrade *et al.* (2018) complementam afirmando que os obstáculos enfrentados pelos sistemas de saúde são vários e decorrem não só da complexidade do mercado de bens e serviços de saúde mas, também de fatores culturais, políticos, econômicos e institucionais.

No Brasil, no período posterior à Constituição Federal de 1988, no qual se estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) com caráter público com acesso universal, igualitário e integral as ações e serviços de saúde, as três esferas de governo – municípios, estados e União – passaram a ser responsáveis pelo cofinanciamento do setor saúde seguindo a concepção de uma estrutura descentralizada e hierarquizada. A partir disso, questões relacionadas ao financiamento foram intensificadas. Primeiro, porque o novo modelo exigia uma expansão da rede de serviços reforçando a necessidade de maiores aportes financeiros e, segundo, porque os recursos

eram deficientes, tanto em relação aos montantes quanto à participação dos entes na composição dos orçamentos.

Apesar da incorporação, ao longo dos anos subsequentes, de novos instrumentos legais a fim de solucionar a crise do financiamento público da saúde, o objetivo não foi alcançado. Piola et al. (2013b) apontam que o gasto público com saúde aumentou nas últimas décadas em decorrência da alteração nos aportes de financiamento assegurados pela Emenda Constitucional n° 29/2000 – a qual vinculou receitas públicas para a saúde estabelecendo mínimos legais a serem aplicados no setor. Entretanto, o crescimento verificado ficou aquém dos valores necessários para atender um sistema que tem por obrigação fornecer cobertura universal.

O déficit no financiamento da saúde pública brasileira fica claro quando os gastos públicos em saúde são comparados aos gastos totais no mesmo segmento. O país destinou, em 2015, 8,9% do Produto Interno Bruto (PIB) à saúde, percentual próximo ao encontrado em países de renda alta (WHO, 2018a). Não obstante, uma das diferenças do Brasil em relação a esse grupo de países – Canadá, Espanha, Reino Unido e Suíça – e que reforça a insuficiência de recursos é o fato do gasto público em saúde representar apenas 42,8% do gasto total (3,8% do PIB) ao passo que nos países citados – os quais também possuem sistemas universais de saúde – a proporção de gastos públicos, no mesmo período, supera os 70% dos gastos totais em saúde (WHO, 2018a). Diante da realidade apresentada, Andrade et al. (2018, p. 383) concluem que “essa diferença evidencia que o montante de recursos públicos é insuficiente para ofertar cobertura de serviços adequada, mesmo que seja somente para a população exclusivamente dependente do SUS”.

Ademais, com a exigência quantitativa na coparticipação do financiamento do SUS pelos estados e municípios, o governo federal passou a aplicar cada vez menos no decorrer dos anos, obrigando os governos subnacionais a destinarem aportes crescentes na tentativa de suprir as demandas de um sistema pautado pela universalidade. Em 1990, a participação da União nos gastos públicos em saúde era de 72,7%, em 2000 estava em 59,8% e em 2017 não ultrapassou 42,3%. Em contrapartida, a participação dos estados e municípios cresceu, respectivamente, de 18,5% e 21,7% em 2000 para 26% e 31% em 2017 (PIOLA et al., 2013b; ANDRADE et al., 2018).

O financiamento da saúde pública no Brasil ainda é um desafio a ser superado. O seu debate torna-se ainda mais relevante quando se constata que, em meio à situação de déficit nos investimentos mencionada anteriormente, medidas de austeridade fiscal foram incorporadas restringindo a ampliação de recursos para as próximas duas décadas. Andrade et al. (2018) argumentam que, mesmo com medidas de aumento da eficiência na prestação dos serviços e melhora no desempenho do sistema de saúde, o montante investido atualmente não é razoável para enfrentar o problema de insuficiência no financiamento do SUS.

Diante disso, vislumbra-se a persistência do subfinanciamento crônico na saúde pública nos anos subseqüentes dificultando, ainda mais, a sustentabilidade e o fortalecimento do SUS com possibilidade de reversão das melhorias conquistadas na saúde da população desde a sua criação. Andrade et al. (2018) recomendam, como meta para o fortalecimento da capacidade de oferta e a melhoria da qualidade dos serviços do SUS, o crescimento gradual do gasto público em saúde a ser atingido em, no máximo, duas décadas, o mesmo nível observado em países que mantêm sistemas universais de saúde.

Embora a estrutura do financiamento da saúde não defina de modo integral os níveis dos gastos em saúde, já que para estados e municípios continuam especificados apenas mínimos de investimentos, eles não podem ser completamente dissociados, pois ambos influenciam os resultados de saúde. Roa (2016) corrobora nesse pensamento acrescentando que tanto o nível de gastos quanto as fontes e a estrutura de financiamento da saúde condicionam e determinam como o sistema reage às carências da população.

A abordagem do estudo tem o intuito de contribuir para a provisão do financiamento público adequado com garantia do direito à saúde conforme previsto na Constituição Federal de 1988, baseado na descrição e análise dos gastos em saúde pública. Figueiredo et al. (2018, p. 39) sustentam essa visão afirmando que “os indicadores referentes aos gastos em saúde precisam ser acompanhados para fundamentar políticas e possibilitar o debate com evidências científicas”. Por isso, a questão que se pretende responder é: Quais são as características orçamentárias do financiamento e do gasto público em saúde de sete municípios do Rio Grande do Sul?

Assim, com enfoque nas transferências e aplicações próprias de recursos financeiros, e nas despesas totais em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), o trabalho se propõe a descrever o financiamento e os gastos públicos em saúde em alguns municípios selecionados do Rio Grande do Sul no período de 2015 a 2017.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Essa pesquisa se caracteriza como quantitativa, descritiva, analítica e longitudinal, por meio da coleta e análise de dados secundários de cunho documental, públicos e de livre acesso.

Foram abrangidos sete municípios do estado do Rio Grande do Sul (RS): Guaporé, Jaguarão, Lagoa Vermelha, Nova Santa Rita, São Sepé, Três de Maio e Vera Cruz. Os municípios foram selecionados por conveniência para conferir homogeneidade na amostra. São municípios localizados em diferentes macrorregiões estaduais de saúde (Centro-oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales), apresentam população total entre 20 mil e 50 mil habitantes (com variação populacional inferior a 10 mil habitantes) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDMH) de nível alto (valores entre 0,700 e 0,799). Seis macrorregiões tiveram como resultado mais de um município e, para estes, a seleção final do município foi aleatória.

Para a investigação da despesa governamental com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), a fonte de dados foi o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde.

O SIOPS é um sistema computadorizado que padroniza e sistematiza os dados de receitas totais e despesas em ASPS da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Trata-se de um instrumento para consolidação dos gastos totais com o SUS no país a partir de um conjunto de informações de domínio público. Oportuniza, dessa forma, o rastreamento, a supervisão e o controle do financiamento do setor público de saúde. Para além, viabiliza a análise das prioridades locais, o grau de autonomia e a capacidade fiscal dos entes federados auxiliando na formulação de políticas públicas em saúde (BRASIL, 2013b).

Com vistas a manter o crescimento real dos gastos preservando o poder de compra, os valores monetários apresentados foram corrigidos para

preços de 2017, utilizando-se a variação anual do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para os cálculos per capita foram utilizadas as estimativas populacionais anuais de cada município – Revisão 2018 – elaboradas pela Fundação de Economia e Estatística (FEE) do governo do estado do Rio Grande do Sul.

Para mensurar o volume de recursos do SUS transferidos pelas esferas federal e estadual aos municípios foi retratada a evolução dos montantes aplicados em saúde pela União e RS no período 2015-2017 em cada município, seguida da comparação entre si e com parâmetros nacionais de transferências e, por fim, a análise da composição percentual das mesmas.

O volume de recursos próprios per capita aplicados em ASPS pelos municípios foi calculado a partir dos recursos monetários aplicados ano a ano pelos municípios com recursos próprios, seguido da evolução percentual dos investimentos e posterior confronto com padrões nacionais de aplicações.

Finalmente, a despesa total per capita em Ações e Serviços Públicos de Saúde foi alcançada descrevendo a evolução dos valores totais gastos de cada município e subsequente comparação entre os indicadores nacionais e internacionais de despesas com saúde pública.

A limitação da pesquisa compreende eventuais distorções nos registros relacionadas à utilização de dados secundários extraídos do SIOPS. Como esse sistema é autodeclaratório, as informações sobre as receitas totais e os gastos com ASPS são preenchidas e homologadas pelos gestores do SUS e apuradas pelos Tribunais de Contas das unidades federadas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). Assim, podem apresentar divergências entre os valores declarados e os efetivamente aplicados em relação tanto a diferenças quantitativas dos montantes quanto aos registros de alocação do investimento ser diferente do realmente empregado.

Caracterização dos municípios estudados

As características socioeconômicas dos municípios selecionados (Guaporé, Jaguarão, Lagoa Vermelha, Nova Santa Rita, São Sepé, Três de Maio e Vera Cruz) encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1- Perfil socioeconômico de municípios selecionados do Rio Grande do Sul

Indicadores	Guaporé Serra	Jaguarão Sul	Lagoa Vermelha Norte	Nova Santa Rita Metropolitana	São Sepé Centro-oeste	Três de Maio Missioneira	Vera Cruz Vales
População total - média anual (habitantes) (2015-2017)	25.362	27.690	27.666	26.714	22.983	24.629	25.556
Área em km ² (2015)	298	2.054	1.264	218	2.201	422	310
IDHM (2010)	0,765	0,707	0,738	0,718	0,708	0,759	0,737
Expectativa de vida ao nascer (anos) (2010)	75,2	74,9	78,1	76,2	77,2	75,0	75,5
Taxa de analfabetismo com mais de 15 anos (%) (2010)	3,8	6,6	7,4	4,6	7,5	4,4	4,7
Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) (2016) (%)	6,4	13,0	7,6	11,7	13,8	10,1	13,8
PIB (R\$) (2015)	744.637	600.751	915.004	1.088.248	694.675	849.661	603.747
PIB per capita (R\$) (2015)	30.382	21.220	32.183	42.344	28.433	34.701	23.492

Fonte: Elaborado a partir de FEE (2019).

A média da população total no período estudado é semelhante (variando de 22.983 a 27.690 habitantes), o tamanho do território é bastante díspar (de 218 Km² a 2.201 Km²), e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) varia entre 0,700 e 0,799 em 2010, incluídos, portanto, na faixa de alto desenvolvimento (FEE, 2019). A expectativa de vida de todos os municípios é superior à média nacional do ano (73,9 anos) (IBGE, 2019) e a taxa de analfabetismo é inferior à média nacional do período (9,6%) (IBGE, 2019). O PIB por habitante tem uma diferença importante entre os municípios, oscilando entre R\$ 21.220 (Jaguarão) e R\$ 42.344 (Nova Santa Rita). Jaguarão, que registrou o menor produto interno bruto per capita, em 2015, possui a metade do montante pertencente a Nova Santa Rita, no mesmo período.

A gestão do sistema público de saúde nos municípios contempla, de forma geral, todas as categorias (municipal, estadual e dupla - municipal

e estadual) de modo individual ou associado. Guaporé, todavia, é o único município que gere todo o seu sistema de saúde – em todos os níveis de complexidade e de atenção à saúde. Para todos os outros municípios, o Estado possui participação (integral ou complementar) na gestão de, pelo menos, um dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Volume de recursos do SUS por habitante transferidos das esferas federal e estadual aos municípios

A descentralização da gestão administrativa e fiscal faz parte de um dos princípios-chave para o funcionamento do sistema de saúde brasileiro. Sua base tributária está alicerçada nas transferências intergovernamentais tendo por objetivo trazer um caráter mais redistributivo aos gastos públicos em saúde que estão sob a execução dos governos municipais, principalmente no que tange a atenção básica de saúde (SIMÃO; ORELLANO, 2015). Nessa perspectiva, os valores que serão apresentados correspondem às receitas adicionais por habitante destinadas ao financiamento da saúde transferidos da União e do estado do Rio Grande do Sul para o Sistema Único de Saúde (SUS) dos municípios estudados, no período de 2015 a 2017.

Tabela 2 - Recursos do Sistema Único de Saúde por habitante transferidos da União para municípios selecionados do Rio Grande do Sul, 2015-2017(preços médios de 2017 - IPCA)

Municípios	2015	2016	2017	Média
	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)
Guaporé	263,66	247,95	232,81	248,14
Jaguarão	101,68	133,38	99,14	111,40
Lagoa Vermelha	81,34	98,88	87,33	89,19
Nova Santa Rita	75,74	95,98	104,59	92,10
São Sepé	162,90	165,85	145,99	158,24
Três de Maio	156,28	177,66	155,61	163,18
Vera Cruz	90,22	102,12	114,75	102,36
Média anual	133,12	145,98	134,32	137,80

Fonte: Elaborado a partir de SIOPS e FEE (2018).

De acordo com tabela 2, que descreve os recursos do SUS per capita transferidos da União aos municípios, observa-se um aumento na quantia repassada no ano de 2016 em relação a 2015 em seis dos sete municípios estudados. A média percentual geral correspondeu a um aumento de 9,7% no montante dos recursos transferidos da União. As maiores porcentagens foram computadas em Jaguarão (31,2%) e Nova Santa Rita (26,7%); a exceção foi Guaporé com perda de 6,0 pontos percentuais (p.p) no valor recebido.

Esse aumento no repasse dos recursos no período analisado é diferente dos resultados descritos por Piola, Benevides e Vieira (2018) em relação aos investimentos totais da União. Segundo os autores, as despesas da União com ASPS tiveram uma redução nesse período de R\$ 19,66 por habitante ou 3,5%, passando de R\$ 555,35 (R\$113 bilhões) investidos em 2015 para R\$ 535,69 (R\$109,9 bilhões) em 2016 (ambos em valores de 2017) (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018). O déficit é confirmado pelo levantamento do Ministério da Saúde o qual apontou que o governo federal deixou de transferir R\$ 7,00 reais por habitante (R\$ 1,44 bilhões) em 2016 (valores de 2017), sendo R\$ 1,00 (R\$ 200 milhões) para os estados e R\$ 6,00 (1,24 bilhões) para os municípios como parte do custeio e ampliação de serviços do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Embora os municípios selecionados, de modo geral, não tenham sido afetados diretamente pela redução dos aportes financeiros nesse ano, a queda no financiamento federal ao SUS, segundo Sá et al. (2018), ocorreu em função da alteração na regra das transferências da União proposta pela Emenda Constitucional n° 86/2015 e que começou a vigorar em 2016, aliada à redução na arrecadação das receitas da União a partir de 2014. A mesma fonte relata que “esta queda demonstra o efeito da recessão econômica sobre as despesas federais com saúde e a opção política de não realizar maiores esforços para preservar o gasto em patamares anteriores” (SÁ et al., 2018, p. 115).

Em contrapartida, no ano seguinte – 2017 – cinco dos sete municípios estudados tiveram redução nos valores absolutos transferidos pela União em relação a 2016. O município de Jaguarão teve a maior redução com 25,7%, seguido do município de São Sepé com 12% de diminuição das transferências em 2017. A média, entretanto, das reduções foi de 8 pontos percentuais (p.p) em função de dois municípios – Vera Cruz e Nova Santa

Rita – que tiveram aumento nas transferências – 12,4 e 9,0%, respectivamente – nesse ano.

Ao contrário do ano anterior, a diminuição no aporte do financiamento federal em ASPS possivelmente seja decorrente da nova alteração do regime fiscal determinada pela Emenda Constitucional n° 95/2016 associada à menor arrecadação do governo federal em 2017. Dados apontaram que a Receita Corrente Líquida por habitante, em 2017, foi R\$ 108,84 menor do que no ano anterior (RCL total por habitante em 2016 R\$ 3.625,46 contra R\$ 3.516,84 em 2017 – valores de 2017) (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2018). O déficit na arrecadação pela União nesse ano, todavia, foi compensado pela alteração na regra de investimento mínimo (de 13,2% em 2016 para 15% em 2017).

Apesar de o governo federal ter aplicado R\$ 27,08 por habitante a mais do que o mínimo determinado em 2017 e R\$ R\$ 18,94 por habitante a mais que em 2016 (ambos em ASPS) (R\$ 4,8 bilhões e R\$ 5,6 bilhões, respectivamente) (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2018; SIOPS, 2018), a vinculação das receitas da União aos aportes de financiamento do SUS, já determinado no ano anterior pela EC n° 86/2015, somados à recessão econômica não conseguiram suprir a insuficiência dos investimentos cessando a lógica de aumentos graduais estabilidade dos gastos com saúde conseguidos pela EC n° 29/2000.

Sá et al. (2018, p. 114) corroboram com os achados do estudo, mencionando que a possibilidade de queda na receita corrente líquida é especialmente relevante “[...] porque agrava o problema do subfinanciamento federal da saúde, podendo comprometer as transferências do Ministério da Saúde para os estados e municípios”. Jaccoud e Viera (2018) complementam declarando que a provável redução da participação da União na alocação de recursos em saúde, em consequência da EC n° 95/2016, agrava o quadro de financiamento do SUS com risco de transferir maiores responsabilidades para os municípios também já pressionados pelo subfinanciamento no setor. Piola, Benevides e Vieira (2018) finalizam evidenciando que há necessidade de manter o crescimento dos recursos federais para o sistema, primeiro porque a evolução dos indicadores demográficos e epidemiológicos e o dever de cobrir as insuficiências de oferta apontam nessa direção e, segundo, porque a maioria dos estados e municípios encontra-se em situação fiscal preocupante e, possivelmente, não conseguirá repor esse custo sozinho.

Quando se comparam os montantes transferidos pela União para cada município observam-se contrastes importantes. Considerando a média de transferências das receitas para os municípios no período (2015 – 2017), verifica-se que Guaporé foi a cidade que mais recebeu (R\$ 248,14), enquanto Lagoa Vermelha e Nova Santa Rita foram as que menos receberam (R\$ 89,19 e R\$ 92,10, respectivamente). Isso significa que o município que recebeu maior aporte de investimentos por habitante da União – Guaporé – ainda assim, recebeu menos da metade da média dos recursos; e os municípios que menos receberam subsídios - Lagoa Vermelha e Nova Santa Rita – embolsaram, em torno de, seis vezes menos do que a média gasta pelo governo federal.

Sobre essas diferenças de aplicações, Piola, Vieira e Benevides (2018) apontam que a alocação igualitária de recursos na saúde não deve ser pensada como a mais ideal ou justa, uma vez que as diferenças de estrutura demográfica, quadro epidemiológico, situação social e econômica sempre existirão e, nesses casos, a distribuição igualitária não seria a mais equitativa. Piola et al. (2013a) reforçam essa visão salientando que, de forma simplista e baseada no senso comum, os recursos federais devem beneficiar em maior proporção regiões de menor desenvolvimento social e econômico.

Logo, assim, não é possível afirmar que, apesar das discrepâncias demonstradas nos achados dessa pesquisa, os recursos repassados pela União aos municípios não são equitativos, posto que a homogeneidade dos municípios dessa amostra, definidos a partir dos critérios de seleção, não abrange todos os quesitos levantados por Piola, Vieira e Benevides (2018).

Por outro lado, quando a média dos gastos da União com ASPS por habitante é confrontada com a média dos municípios da pesquisa nesse período, tem-se uma diferença de R\$ 408,20 ou 4 vezes menor (média da União R\$ 546,00 - valores de 2017 contra R\$ 137,80 média dos municípios) (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).

Nesse caso, a diferença observada entre os investimentos do governo federal nos municípios da pesquisa e a média nacional desses mesmos gastos é corroborada por Piola, Benevides e Vieira (2018, p. 30) no qual afirmam que “[...] permanecem grandes as desigualdades regionais na aplicação de recursos no SUS” (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018, p. 30). Piola et al. (2013a, p. 42) também reforçam os achados em relação a divisão de

recursos pelo governo federal relatando que “[...] a distribuição regional do gasto público em saúde é bastante desigual [...]”.

Tabela 3 - Recursos do Sistema Único de Saúde por habitante transferidos do Estado para municípios selecionados do Rio Grande do Sul, 2015-2017 (preços médios de 2017 - IPCA)

Municípios	2015	2016	2017	Média
	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)
Guaporé	49,63	73,38	81,51	68,17
Jaguarão	43,56	32,69	25,40	33,88
Lagoa Vermelha	15,13	24,75	21,42	20,43
Nova Santa Rita	16,98	21,10	14,82	17,63
São Sepé	7,52	59,60	54,20	40,44
Três de Maio	33,36	38,00	29,50	33,62
Vera Cruz	19,91	30,98	21,52	24,14
Média anual	26,59	40,07	35,48	34,05

Fonte: Elaborado a partir de SIOPS e FEE (2018).

Na tabela 3, que quantifica os recursos do SUS per capita transferidos do Estado aos municípios, nota-se um aumento no montante repassado em 2016 em comparação a 2015 em seis dos sete municípios estudados. Os aumentos foram em média 50,7% maiores, com destaque para Lagoa Vermelha, que teve a maior porcentagem com 63,5%, e Jaguarão, que foi o único município com queda de 25,0% no montante de recursos transferidos. Convém destacar que São Sepé não foi contabilizado na média de aumento, pois recebeu oito vezes menos em 2015 do que em 2016. Esse baixo investimento per capita em 2015 (R\$ 7,52), se comparado a 2016 (R\$ 59,60) e a 2017 (R\$ 54,20), pode ter relação com a “dívida” que o governo estadual desenvolveu com o município nesse ano. Conforme a Secretaria Estadual da Saúde (2018), São Sepé recebeu R\$ 864 mil ou R\$ 37,60 por habitante em fevereiro de 2018 referentes a repasses atrasados de 2015 a 2017 para os programas Saúde da Família, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Medicamentos Básicos.

O aumento no montante transferido aos municípios pode ser explicado pelo acréscimo de R\$ 103,86 por habitante (R\$ 1,31 bilhões) na

arrecadação total das receitas vinculadas do Estado (receita de impostos líquida e de transferências constitucionais e legais) em 2016 (R\$ 2.570,88 em 2015 para R\$ 2.674,74 em 2016 ou R\$ 28,73 bilhões para R\$ 30,04 bilhões - valores de 2017) (SIOPS, 2018), e a aplicação de 12,1% do total das receitas vinculadas em ASPS definidas pela EC n° 29/2000.

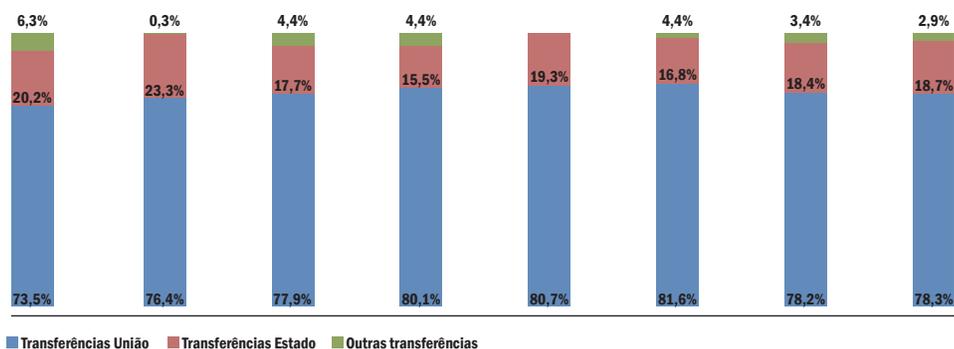
Por outro lado, no ano seguinte – 2017 – seis dos setes municípios estudados tiveram redução nos valores absolutos transferidos pelo Estado em relação a 2016. O município de Vera Cruz teve a maior redução com 30,5%, seguido de Nova Santa Rita com 29,8% na diminuição das transferências em 2017. O destaque fica com Guaporé, único município que teve aumento nas transferências do Estado com 11,1%.

Essa redução no aporte de transferências para os municípios em 2017 contrasta com o aumento no total arrecadado com as receitas vinculadas do Estado. Nesse ano, houve um acréscimo de R\$ 59,40 per capita (R\$ 804 milhões) na arrecadação em relação a 2016 e uma aplicação de 12,2% do total das receitas vinculadas em ASPS. Logo, não se pode concluir que a diminuição nos valores transferidos pelo Estado nesse ano seja resultado da sua arrecadação. A possibilidade mais plausível, entretanto, é que tenha havido um redirecionamento nos recursos da saúde para outras áreas essenciais em virtude da crise financeira que assola o estado e que se intensificou nos últimos anos. Segundo Marques Junior (2015), tal crise é decorrente da dívida acumulada ao longo de décadas, da deterioração fiscal dos últimos anos e da recessão econômica.

Quando a análise é realizada comparando os montantes transferidos pelo Estado para cada município, observam-se diferenças notáveis. Considerando a média de transferências das receitas para os municípios no período (2015 – 2017), verifica-se que Guaporé foi o que mais recebeu (R\$ 68,17) enquanto Nova Santa Rita e Lagoa Vermelha os que menos receberam (R\$ 17,63 e R\$ 20,43 respectivamente). Em termos gerais, Nova Santa Rita recebeu quatro vezes menos investimentos do Estado em relação a Guaporé. Essas diferenças observadas nos recursos transferidos aos municípios, assim como mencionadas anteriormente em relação as transferências da União, não permitem afirmar que se trata de um rateio injusto – não equitativo – dado que os municípios selecionados não são completamente homogêneos e que, para esses casos, a distribuição igualitária não é a mais virtuosa.

Em contrapartida, Piola, Benevides e Vieira (2018) mencionam que a média dos gastos dos Estados por habitante, no período estudado, foi de R\$ 327,00 (valores de 2017), enquanto que dos municípios estudados foi quase dez vezes menor (R\$ 34,05). Neste caso, nota-se que o Estado do Rio Grande do Sul não conseguiu assumir de fato o papel de corresponsável pelo financiamento da saúde pública, aplicando valores muito abaixo do esperado quando comparados a média nacional investida por outros estados no mesmo período.

Gráfico 1- Composição das transferências do SUS em municípios selecionados do Rio Grande do Sul- Média percentual 2015-201



Fonte: Elaborado a partir de SIOPS (2019).

No gráfico 1, que apresenta a média anual de participação nas transferências de recursos do SUS, observa-se que a União é a responsável pela maior parte dos repasses aos municípios (78,3%). O Estado, por sua vez, corresponde a 18,7% do montante das transferências, e as outras transferências somam apenas 2,9 pontos percentuais (p.p).

Essa grande presença da União no total das transferências para o SUS demonstra uma dependência importante dos municípios no financiamento da saúde em relação ao governo federal. Por outro lado, as transferências diretas do Fundo Estadual de Saúde (FES) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) demonstram um Estado (unidade federativa) pouco participativo no financiamento. Talvez, mais concentrado na provisão dos serviços de média e alta complexidade e nos possíveis redirecionamentos dos recursos da saúde para outros segmentos públicos em virtude da crise financeira do que na cooperação com o financiamento da saúde municipal.

Santos Neto et al. (2017), em estudo semelhante aos municípios da Região de Saúde Rota dos Bandeirantes no estado de São Paulo, entre 2009 e 2012, concluíram de que o Estado – no caso São Paulo – preocupava-se pouco com o financiamento da saúde pública dos seus municípios, uma vez que era responsável por apenas 5% do total das transferências para o SUS no período estudado.

Todavia, há de se evidenciar que os percentuais apresentados das transferências do Estado do Rio Grande do Sul para o SUS não são baixos como os retratados por Santos Neto et al. (2017) em função do cumprimento (12,2%) do limite mínimo constitucional no período estudado.

No que diz respeito as “Outras transferências para o SUS” são os recursos provenientes de outros municípios – sobre a prestação de serviços de saúde, convênios e consórcios intermunicipais – e de outras receitas do SUS – que incluem transferências voluntárias, operações de crédito vinculadas à saúde e receitas de instituições privadas, do exterior e de pessoas para o financiamento da saúde. Os baixos percentuais observados em todos os municípios estudados – e, em especial São Sepé que não recebeu aportes dessa natureza no período – permitem inferir que não só o processo de regionalização proposto, em última instância, pelo Decreto n° 7.508 em 2011 por meio dos consórcios não se concretizou, mas também que os convênios com o Ministério da Saúde – transferências voluntárias - para o financiamento de projetos específicos na área não fazem parte das estratégias dos municípios para incrementar seus recursos financeiros. Santos Neto et al. (2017, p. 1276) corroboram essa visão, acrescentando que “[...] a “adesão” dos municípios às políticas e programas que trazem incentivos federais é uma decisão autônoma e impacta diretamente no volume das transferências que a União realiza aos municípios”.

Volume de recursos próprios per capita aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde pelos municípios

Os recursos próprios dos municípios são constituídos das receitas de impostos mais as transferências constitucionais e legais previstas na Emenda Constitucional n° 29/2000, excluindo as despesas financiadas com subsídios transferidos por outras esferas de governo (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018). Para tanto, os valores que serão apresentados correspondem aos in-

vestimentos individuais por habitante dos municípios que foram aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde no período de 2015 a 2017.

Tabela 4 - Recursos próprios por habitante aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde por municípios selecionados do Rio Grande do Sul, 2015-2017 (preços médios de 2017 - IPCA)

Municípios	2015	2016	2017	Média por município
	Recursos (R\$)	Recursos(R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)
Guaporé	368,43	338,46	371,85	359,58
Jaguarão	279,97	262,54	360,50	301,00
Lagoa Vermelha	388,96	407,92	466,75	421,21
Nova Santa Rita	348,25	354,66	398,28	367,06
São Sepé	341,17	423,51	494,56	419,75
Três de Maio	303,33	311,84	383,11	332,76
Vera Cruz	340,47	378,88	412,27	377,21
Média anual	338,65	353,97	412,47	368,37

Fonte: Elaborado a partir de SIOPS e FEE (2018).

Os resultados demonstram, nesse período, um aumento gradual no investimento realizado pelos municípios. O aumento médio dos montantes aplicados dos anos foi de 13,2 pontos percentuais (p.p) em referência a 2015, sendo 4,5% em 2016 e 21,8% em 2017. Em observação dos gastos médios com ASPS por habitante pelos municípios, verificou-se homogeneidade entre os valores. Lagoa Vermelha e São Sepé foram os municípios que mais destinaram recursos por habitante (R\$ 421,21 e R\$ 419,75 respectivamente); e Jaguarão o que menos investiu (R\$ 301,00). Na progressão dos investimentos citada, apenas Guaporé e Jaguarão interromperam esse ciclo em 2016, aplicando menos por habitante (8,1% e 6,2% respectivamente) que no ano anterior (2015). Em compensação, São Sepé aplicou, em 2017, 45% mais recursos próprios per capita do que no primeiro ano de referência (2015).

Ao contrário do que se possa imaginar, essa redução dos aportes financeiros investidos pelos municípios referidos – Guaporé e Jaguarão – não são resultados de uma receita líquida total menor. Em 2016, esses municípios tiveram uma queda líquida nas receitas de impostos, em relação a 2015, mas que foram compensados por uma maior receita de trans-

ferências constitucionais proporcionando assim um aumento (R\$ 81,34 por habitante ou 4,3% e R\$ 207,74 habitante-ano ou 12,0%, respectivamente – em valores de 2017) dos recursos disponíveis em comparação ao ano anterior para executar as ações e os serviços públicos no seu território (SIOPS, 2018). Por consequência, é possível concluir que esses municípios poderiam ter aumentado seus aportes financeiros demonstrando um maior comprometimento com a saúde pública no seu território.

É de relevância esclarecer, ainda, que de todos os municípios apenas Lagoa Vermelha teve uma arrecadação total menor (R\$ 21 mil), em 2017, do que no ano anterior (2016) (SIOPS, 2018).

Confrontando a média de gastos com ASPS per capita pelos governos municipais selecionados e a média dos municípios brasileiros, no mesmo período, observa-se que os municípios brasileiros investem R\$ 396,00 (em valores de 2017) contra R\$ 368,37 dos municípios estudados, ou seja, são menos R\$ 27,63 por habitante ou 7,5 pontos percentuais (p.p) que os municípios estudados deixam de investir em saúde com receitas próprias (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018). Os mesmos autores reforçam que as desigualdades existem em virtude das diferenças de renda e de capacidade de arrecadação de tributos dos municípios (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018). Mesmo que os municípios selecionados tenham aplicado um pouco menos que a média nacional em ASPS com recursos próprios, percebe-se, assim conforme destacado por Piola et al. (2013a), o empenho relativo em manter uma crescente nos montantes destinados à saúde da sua população.

A média anual dos municípios no período estudado correspondeu a 20,8%. Houve uma pequena queda (0,8 pontos percentuais (p.p)) em 2016 e maior recuperação (1,9%) em 2017, ambos comparados a 2015.

Os resultados apresentados ressaltam o quanto os municípios estão se comprometendo com a saúde de seu território. Os destaques de maior média de aplicação são de Vera Cruz (25,9%) e Lagoa Vermelha (23,8%); sendo o maior percentual em 2017 pelo município de Vera Cruz (28,0%). A menor média, por sua vez, fica por conta de Nova Santa Rita (17,1%) e o menor investimento anual em 2016 com Jaguarão (15,1%).

O percentual aplicado pelos municípios selecionados aponta para o cumprimento estabelecido pela Lei Complementar n° 141/2012, de no mínimo 15% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais em ASPS. Entretanto, fica evidente que a política de determinados municípios - a exem-

plo de Nova Santa Rita que manteve uma aplicação baixa e constante no período estudado – é de não ampliar o percentual dos investimentos em saúde, visto que em valores financeiros a média de suas aplicações corresponde a quinta maior (R\$ 367,06 habitante-ano), enquanto que na média percentual está em sétimo e último lugar (17,1%).

Piola, Benevides e Vieira (2018) apontaram que a alocação de recursos próprios dos municípios brasileiros no financiamento do SUS teve média de 31,2% no período entre 2015 e 2017. Santos Neto et al. (2017) em estudo a municípios da Rota dos Bandeirantes, no estado de São Paulo (2009 a 2012), já salientavam a média regional de 37,6% de gastos em saúde com recursos próprios municipais. Nota-se que a maioria dos municípios deste estudo tem médias bem inferiores às apresentadas por esses autores, sendo que o primeiro se refere a valores percentuais do mesmo período desta análise.

Uma das causas para essas disparidades percebidas pode ser a limitação no espaço fiscal dos municípios estudados e/ou a forte dependência das receitas de transferências constitucionais e legais – Cotas partes do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Imposto sobre a propriedade Territorial Rural (ITR), Impostos sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e Imposto sobre Produtos Industrializados de Exportação (IPI – Exportação) (PIOLA et al., 2013a) – dificultando maior investimento com receitas próprias municipais.

Vieira e Benevides (2016) corroboram reforçando que as restrições dos municípios ao aumento das suas aplicações em ASPS podem estar associadas à crise econômica brasileira – e que, conforme mencionado anteriormente, também tem afetado as demais esferas governamentais - comprimindo suas finanças e impedindo o aumento nos aportes advindos das receitas tanto de imposto líquido quanto de transferência constitucional e legal destinadas parcialmente a saúde.

Por outro lado, Santos Neto et al. (2017) rebatem que nem sempre níveis maiores de investimentos com aportes próprios são benéficos aos municípios. Segundo os autores, gastos em saúde em níveis acima de 30% da receita própria tornam impraticável a administração do município, uma vez que afetam os investimentos em outras áreas públicas essenciais (SANTOS NETO et al., 2017). Finalmente, os mesmos autores afirmam que é necessária a elaboração de políticas públicas que visem a reduzir a pressão sobre os orçamentos dos municípios que possuem uma arrecadação mais baixa e que o Ministério

da Saúde tem o dever constitucional de ampliar seu percentual de gastos em saúde (SANTOS NETO et al., 2017).

Despesa total per capita em Ações e Serviços Públicos de Saúde

Os gastos totais em ações e serviços públicos de saúde compreendem os recursos do poder público municipal, aplicados diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde, e abrangem, além dos recursos próprios municipais, a transferência dos governos federal e estadual (SANTOS NETO et al., 2017). Logo, os valores que serão apresentados representam as despesas totais por habitante em ações e serviços públicos em saúde nos municípios estudados, no período entre 2015 e 2017.

Tabela 5 - Despesa total por habitante aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde por municípios selecionados do Rio Grande do Sul, 2015-2017 (preços médios de 2017 - IPCA)

Municípios	2015	2016	2017	Média
	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)	Recursos (R\$)
Guaporé	703,76	682,31	707,01	697,69
Jaguarão	455,78	442,53	494,10	464,14
Lagoa Vermelha	497,47	526,19	570,93	531,53
Nova Santa Rita	474,68	478,04	503,07	485,26
São Sepé	587,00	653,82	684,60	641,80
Três de Maio	550,49	534,98	584,77	556,75
Vera Cruz	476,47	508,41	570,68	518,52
Média anual	535,09	546,61	587,88	556,53

Fonte: Elaborado a partir de SIOPS e FEE (2018).

Em relação aos valores totais médios gastos em ações e serviços públicos de saúde por habitante no período demonstrado na tabela 5.4 (acima), verificaram-se diferenças relevantes entre os municípios. Tais divergências representaram 33,5 pontos percentuais (p.p) ou R\$ 233,55 entre o que mais e o que menos gastou (Guaporé – R\$ 697,69 e Jaguarão – R\$ 464,14, respectivamente).

Do período selecionado (2015-2017), 2016 foi o ano no qual os municípios gastaram menos com saúde por habitante. Dos sete municípios, três - Guaporé, Jaguarão e Três de Maio - reduziram os montantes despendidos em relação ao ano anterior (2015). Já para 2017, percebe-se uma

recuperação ao passo que todos os municípios desembolsaram mais que ambos os anos anteriores (2015 e 2016).

As reduções percebidas nos gastos totais por habitante em ASPS dos municípios mencionados - Guaporé, Jaguarão e Três de Maio – em 2016 podem ser decorrentes em maior ou menor proporção, como já mencionado, de transferências federais e estaduais inferiores, e de reduzidos investimentos com recursos próprios, agindo de modo isolado ou associado. A partir das análises citadas relacionadas a 2016, observa-se que Guaporé apresentou redução na transferência federal e destinou menos recursos próprios refletindo em uma queda na porcentagem de aplicação municipal. Jaguarão, no que lhe diz respeito, teve uma transferência estadual inferior e redução no investimento com receitas próprias, ficando evidente na diminuição do percentual próprio alocado. E, finalmente, Três de Maio foi o único município nessa situação que teve aumento nas transferências federal e estadual, porém aplicou uma porcentagem menor de recursos próprios, apesar dos valores monetários terem sido superiores. Essas considerações, talvez, possam elucidar o decréscimo constatado, em 2016, dos gastos totais em ASPS pelos municípios no presente estudo. Permitem deduzir que, embora exista uma associação relevante de todos os entes governamentais na composição dos gastos com saúde pública, as receitas próprias investidas pelos municípios, nesse quesito, tiveram, supostamente, maior impacto sobre os desfechos.

A média per capita dos gastos das três esferas de governo em ASPS dos municípios selecionados, no período de 2015 a 2017, foi de R\$ 556,53. Segundo Piola, Benevides e Vieira (2018) a média nacional dos gastos totais com ASPS por habitante nesse mesmo período foi de R\$ 1.269,001 (em valores de 2017) e a média no estado do Rio Grande do Sul no ano de 2017 correspondeu a R\$ 1.213,002. Comparando esses resultados, os municípios pesquisados tiveram um gasto em ASPS por habitante 56,1% menor que a média nacional e 54,1% menor que a média do Rio Grande do Sul no ano de 2017. Adicionalmente, a despeito dos resultados dos municípios estudados permanecerem inferiores,

-
- 1 Incluem-se os gastos diretos não regionalizados que representam as despesas das unidades hospitalares vinculadas ao Ministério da Saúde nos estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul.
 - 2 Incluem-se os gastos diretos não regionalizados (alocações federais para custeio do Grupo Hospitalar Conceição – GHC).

aproximam-se aos menores gastos totais médios per capita com ASPS do país, localizados na Região Nordeste e média de R\$ 875,00 (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).

Acrescente-se que, quando a comparação é realizada com países que também dispõem de sistemas similares de saúde, universais e públicos, os valores gastos pelos municípios estudados ficam mais díspares. Ainda que a média da despesa total para cobrir as ações e serviços públicos de saúde da população dos municípios estudados, entre 2015 e 2017, tenha sido de R\$ 556,53 ou US\$ 332,65 per capita, países com propostas de sistemas de saúde semelhantes investiram, em 2017, em média 11 vezes mais (Canadá US\$ 3.383, Espanha US\$ 2.261, Reino Unido US\$ 3.330, Suíça US\$ 5.363) (WHO, 2018a).

Vieira e Benevides (2016) corroboram afirmando que o gasto público per capita com saúde do Brasil é um dos mais baixos entre países que possuem sistema universal e mesmo em países da América do Sul nos quais o direito à saúde não é universal (US\$ 1.167 para a Argentina e US\$ 795 para o Chile, ambos referentes a 2013).

Os dados apresentados, tanto de municípios brasileiros quanto de outros países, como parâmetro aos municípios do estudo oportunizam entender que o país não tem arcado com o seu compromisso no financiamento público da saúde posto que ostenta valores discrepantes dentro do próprio território e aquém do esperado para um sistema público e universal de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O financiamento da saúde é um grande desafio para a saúde pública, a situação é crítica e a conta parece não fechar: de um lado um sistema de saúde universal, equitativo e igualitário e, de outro, uma trajetória de financiamento não suficiente, inadequada e pouco resolutive. Explorar “o financiamento e o gasto do SUS nos municípios é uma forma de demonstrar a real situação do financiamento público na ponta” (SANTOS NETO et al., 2017, p. 1274) trazendo à tona as carências de cobertura e de acesso efetivo da população aos serviços de saúde que são decorrentes de um sistema condicionado e determinado tanto pelo nível de gastos quanto pelas fontes e estruturas de custeio (ROA, 2016).

Considerando as transferências intergovernamentais de recursos do SUS destinadas ao financiamento da saúde pública e de efetivação das ações e serviços pelos municípios, verificou-se que as alterações nas regras do custeio federal impactaram nos quantitativos totais alocados pela União. Cada ano do estudo compreendeu regras diferentes para as transferências federais: 2015 foi marcado pela vigência da EC n° 29/2000; 2016 vigorou a EC n° 86/2015; e 2017 foi regido pela EC n° 95/2016. Todavia, a de maior impacto para os municípios foi a EC n° 95/2016 deixando em evidência a questão do agravamento do subfinanciamento da saúde determinada, principalmente, pelas medidas do novo regime fiscal. Além disso, a grande presença da União no total das transferências para o SUS (78,3%) e os baixos valores transferidos – quatro vezes menor – quando em contraste com a média nacional, demonstram, no primeiro, uma dependência importante dos municípios no financiamento da saúde perante o governo federal e, no segundo, uma distribuição desigual dos recursos disponíveis entre as regiões.

No que diz respeito às transferências de recursos do SUS pelo Estado constatou-se que este participa com apenas 18,7% dos totais das alocações e responde por aportes muito baixos – dez vezes menos – quando equiparados a média de todos os estados brasileiros. Valida-se a visão de uma unidade federativa pouco participativa no financiamento, talvez mais concentrada na provisão dos serviços de média e alta complexidade e na superação da crise financeira do estado do que na cooperação com o financiamento da saúde municipal.

Em relação aos investimentos individuais dos municípios aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde apurou-se que destinam em média 20,7% das suas receitas para saúde. Os patamares de aplicações se assemelham a média nacional dos municípios denotando, de modo geral, um maior comprometimento com o financiamento corroborado pelas contribuições progressivas destinadas a execução de serviços no seu território.

Nas despesas totais em ações e serviços públicos de saúde evidenciou-se que todos os entes governamentais contribuem para desfechos relacionados aos gastos com saúde pública. As receitas próprias dos municípios apareceram como maior responsável pelo comprometimento no desempenho final e na efetivação das ações e serviços públicos municipais corroborando com a sua importância na composição dos gastos.

Notou-se que os gastos totais com ASPS correspondem a menos da metade das médias nacional e estadual. Quando confrontados com países de sistemas similares – universais e públicos –, vislumbram compreender a problemática da insuficiência de recursos do SUS, e por consequência, de todo um sistema de saúde que tem por obrigação fornecer cobertura universal, conforme estabelecido em texto constitucional.

A macrorregião da Serra (Guaporé) foi a que mais se beneficiou com as transferências da União e do Estado e a que mais gastou com saúde pública no período. Por outro lado, a macrorregião Norte (Lagoa Vermelha) e a Metropolitana (Nova Santa Rita) foram as que menos receberam aportes do governo federal e do estadual, respectivamente. Já as maiores aplicações com recursos próprios foram da macrorregião dos Vales (Vera Cruz).

Os resultados observados ao final do período analisado retratam o ano de 2016 como o mais complicado para os municípios em virtude, possivelmente, de uma limitação no espaço fiscal de arrecadação e/ou forte dependência das receitas de transferências constitucionais e legais; o ano de 2017 mais difícil na esfera federal, em decorrência a priori da Emenda Constitucional n° 95/2016, e na estadual como efeito possível de um outro destino as receitas das transferências como forma de atender necessidades públicas de outras áreas em função da crise do estado.

Assim, é necessário aprimorar a gestão e o financiamento da saúde pública, de modo a fortalecer e consolidar o SUS na perspectiva de reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso às ações e serviços de saúde. Andrade et al. (2018) propõem para o custeio do sistema de saúde brasileiro a adequação do financiamento do SUS, conseguido por meio do crescimento gradual do gasto público como percentual do PIB, de tal modo a atingir, no máximo em duas décadas o nível observado em países que mantêm sistemas universais.

Entretanto, as probabilidades apontam na direção contrária em virtude da EC n° 95/2016, vislumbrando um possível agravamento no financiamento do SUS, acrescidos da redução da capacidade de coordenação do sistema, da perda de efetividade, do aumento de competição e da fragmentação, além do crescimento da desigualdade de acesso a saúde (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V. et al. Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: De NEGRI, J.; ARAÚJO, B. C. P. O. (Orgs.). Desafios da nação: artigos de apoio. v.2, Brasília: Ipea, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 2, v. 1).
- FEE – Fundação de Economia e Estatística. Estimativas Populacionais (Revisão 2018). 2018.
- FEE – Fundação de Economia e Estatística. Perfil Socioeconômico do RS. 2019.
- FIGUEIREDO, J. O. et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. Saúde em Debate, 42 (n. spe2): 37-47, 2018.
- GUAPORÉ. Prefeitura Municipal de Guaporé. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2013
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015 / IBGE, Coordenação de Contas Nacionais - Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. 2019.
- JACCOUD, L; VIEIRA, F. S. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para discussão, n. 2399).
- JAGUARÃO. Prefeitura Municipal de Jaguarão. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2014.
- LAGOA VERMELHA. Prefeitura Municipal de Lagoa Vermelha. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2013.
- MARQUES JUNIOR, L. S. A crise financeira do RS e seus componentes. Carta de Conjuntura FEE, 24(10), 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde herdou déficit de R\$ 3,5 bilhões com estados e municípios. 2016. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25232-saude-herdou-deficit-de-r-3-5-bilhoes-com-estados-e-municipios>>.
- NOVA SANTA RITA. Prefeitura Municipal de Nova Santa Rita. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2013.
- PIOLA, S. F. et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In:
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013a. Vol. 4. pp. 19-70.
- PIOLA, S. F. et al. Financiamento Público da Saúde: uma história a procura de rumo. Rio de Janeiro: IPEA; 2013b (Texto para Discussão, n. 1846).

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para discussão, n. 2439).

ROA, A. C. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABRÉS; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 75-98.

SÁ, E. B. et al. Saúde. In: IPEA. Políticas sociais: acompanhamento e análise, Brasília, 25: 112-152, 2018.

SANTOS NETO et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, 22(4): 1269-1280, 2017.

SÃO SEPÉ. Prefeitura Municipal de São Sepé. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2015-2017. 2015.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. SES quita R\$ 176,2 milhões de dívidas com municípios. 27/02/2018. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/ses-quita-r-176-milhoes-de-dividas-com-municipios>>.

SIMÃO, J. B.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. Estudos Econ., 45(1): 33-63, 2015.

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Repasses financeiros. 2018.

TRÊS DE MAIO. Prefeitura Municipal de Três de Maio. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2013. Disponível em:< <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=43&codTpRel=01>>.

VERA CRUZ. Prefeitura Municipal de Vera Cruz. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. 2014.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. Nota de Política Social. Controvérsias sobre o novo regime fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. In: IPEA. Políticas sociais: acompanhamento e análise. Brasília: IPEA, n. 25 p. 463-489, 2018.

WHO - World Health Organization. The World Health Report 2000—Health Systems: improving performance. Geneva, 2000.

WHO - World Health Organization. Countries. 2018a. disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>.