

**O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NA REGIÃO SUL DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL COM BASE NOS DADOS DO DATASUS**

Luis Guilherme Belletti

Especialista em Gestão Pública pelo Programa de Pós Graduação em Gestão Pública da
Universidade Federal de Pelotas, RS.

Isabel Cristina Rosa Barros Rasia

Mestre em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas, RS. Professora da
Faculdade de Administração e Turismo da Universidade Federal de Pelotas, RS

Alessandra Doumid Borges Pretto

Doutora em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas, RS.

Dary Pretto Neto

Mestre em Economia pela Universidade federal do Rio Grande do Sul, Professor da
Faculdade de Administração e Turismo da Universidade Federal de Pelotas, RS.

RESUMO: Este artigo abordou o financiamento destinado à saúde pública através de uma revisão realizada no DATASUS, onde evidenciou-se os recursos que foram dispensados pelo Orçamento Geral da União através do Ministério da Saúde (MS) no período de 2009 a 2013. Também identificou os municípios brasileiros que foram contemplados com valores expressivos de acordo com a Lei Complementar 141/2012. A presente pesquisa com delineamento, qualitativa-descritiva, buscou dados nos bancos de informações que demonstrassem os valores repassados aos Estados e Municípios e os registros dos montantes aplicados pelos órgãos governamentais, nos três níveis de administração, Federal, Estadual e Municipal. Os resultados evidenciam que há necessidades de ajustes e adequação nas ações dos valores aplicados nos municípios da macrorregião sul, sendo alguns ajustes de caráter local, os quais deverão ser adotados pelos gestores municipais, que dependem de decisões e alterações junto ao Governo Estadual e do MS. É necessário um envolvimento de gestores e da população abrangida para realizar as adequações dos ajustes financeiros, além do planejamento, projetos e organização de todos os segmentos, assim como o engajamento junto às gestões afins.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Financiamento da saúde, DATASUS.

ABSTRACT: This article has addressed the funding for public health through a review conducted in DATASUS, where it was evident that the resources that have been exempted from the General Budget of the European Union through the Ministry of Health (MS) from 2009 to 2013. It also identified the Brazilian municipalities that were covered with expressive values according to the Complementary Law 141/2012. The present research design, qualitative, descriptive data sought in banks of information showing the values passed to the States and Municipalities and the records of the amounts applied by government agencies, the three levels of government, Federal, State and Municipal. The results show that there is need for adjustments and adequacy in the actions of the values applied in the municipalities of southern macroregion, being some adjustments of local character, which should be adopted by municipal managers, that depend on decisions and changes to the State Government and the MS. We need the involvement of managers and of the population covered for the adequacy of financial adjustments, as well as planning, projects and organization of all segments, as well as the engagement with the related initiatives.

Keywords: Single Health System, health Financing, DATASUS.

1 INTRODUÇÃO

O financiamento da saúde no Brasil tem sido debatido em diversos seguimentos da sociedade, e o gerenciamento de sua aplicação é questionado pela população. A legislação brasileira é extensa e tem sofrido várias alterações ao longo dos anos, porém é com a promulgação da Constituição Federal cidadã que esta foi valorizada e obrigou o Estado em seus três níveis de governo a prestar assistência a todos sem discriminação, através do Sistema Único de Saúde (SUS). A democracia política e social trouxe para a população o direito e a oportunidade direta ou através dos Conselhos de Saúde de verificar e debater a aplicação dos valores destinados à saúde pública e assim fazer uma análise do seu desempenho, observando as receitas e despesas do SUS (POLIGNANO, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) criou o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o qual integra a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa da Estrutura Regimental e este disponibiliza dados para informações e orientações aos diversos seguimentos existentes em nosso país e ainda a órgãos internacionais interessados na política de saúde brasileira. Além deste, o governo federal tem outras instituições de pesquisas para abastecer de informações os municípios e serviços públicos. Estes também produzem materiais informativos com orientações a gestores e a população interessada no acompanhamento desta política pública (PAIM, 2011).

A análise abordou dados sobre a atual política de financiamento para a saúde pública, determinada pelo Ministério da saúde, a qual é aplicada pela gestão pública dos três seguimentos governamentais (União, Estados e Municípios).

Considerando os pontos abordados anteriormente, esta pesquisa teve por objetivo verificar o financiamento na saúde, através da base de dados do DATASUS e pontuar itens básicos desenvolvidos na política de saúde do Governo Federal e como objetivos específicos apresentar os itens a seguir:

A) Identificar os quantitativos de recursos dispensados pelo Orçamento Geral da União através do Ministério da Saúde, no período de 2009 a 2013 para determinados municípios, os quais são considerados referencias para o SUS;

B) Identificar municípios que foram contemplados com expressivos recursos e os percentuais de reajustes no período de transição da Emenda Constitucional – EC29 para a Lei Complementar nº 141/2012.

C) Apresentar dados do Sistema de Informações Orçamentárias em Saúde Pública – SIOSP relativas aos municípios analisados;

D) Apresentar pesquisas, algumas críticas e teses sobre o desenvolvimento na aplicação dos recursos públicos em saúde.

Justifica-se este estudo, pela necessidade da população ter a necessidade de melhorar o conhecimento sobre o financiamento e pontos críticos da gestão pública em um serviço essencial a vida de todos os seres humanos.

Este artigo abordou o financiamento destinado à saúde pública através de uma revisão realizada no DATASUS, onde evidenciou-se os recursos que foram dispensados pelo Orçamento Geral da União através do MS, no período de 2009 a 2013 para o custeio da saúde. Também identificou os municípios brasileiros que foram contemplados com valores expressivos de acordo com a Lei Complementar (LC 141/2012).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo apresentou os dados do DATASUS, no período de 2009 a 2013 sobre os valores aplicados em saúde no Brasil, nos principais serviços e programas da saúde pública, em especial aos aplicados no Estado do Rio Grande do Sul, mais especificamente nos municípios que compõe a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS/RS).

A presente pesquisa com delineamento, qualitativa-descritiva, buscou dados nos bancos de informações que demonstrassem os valores repassados aos Estados e Municípios e os registros dos montantes aplicados pelos órgãos governamentais, nos três níveis de administração, Federal, Estadual e Municipal. A pesquisa abrangeu os institutos de pesquisas e organizações não governamentais, os quais disponibilizam informações, críticas, pesquisas e dados consolidados a partir dos registros encontrados no MS e organizações afins.

A partir destas informações foram elaborados quadros, tabelas e gráficos para demonstrar a distribuição dos valores financeiros repassados aos municípios brasileiros e em especial para aqueles considerados referências na prestação de Serviços Públicos. O período pesquisado para a elaboração dos demonstrativos está concentrado entre o ano de 2000 e 2013, considerado importante para os registros históricos, da área financeira da saúde, em decorrência da tramitação e publicação da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2013, a qual regulamenta artigos da Constituição Federal, publicada em 1988, referente ao financiamento do SUS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Saúde Pública no Brasil está organizada a nível Federal, composto por: MS, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Comissão Intergestores Tripartite e Fundo Nacional de Saúde (FNS). No nível Estadual: Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho Estadual de Saúde (CES), Comissão Intergestores Bipartite, Fundo Estadual de Saúde (FES), Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Colegiado Intergestor Regional de Saúde (CRS, COSEMS), os quais têm abrangência a Nível Regional, ou seja, nas áreas de abrangências das Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS. No nível das administrações municipais: Secretaria Municipal Saúde (SMS), Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Fundo Municipal de Saúde (FMS). Em relação à Atenção Básica (Atenção Primária): composto pelas Unidades básicas de saúde (UBS), onde são prestados os primeiros atendimentos e em especial os serviços de prevenção, promoção e recuperação à saúde. Média (Atenção Secundária): Unidades de Pronto Atendimento em Saúde (UPA), Centros de Especialidades, Clínicas de Diagnóstico, Hemocentros e outros. Alta Complexidade (Atenção Terciária): Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Hospitais; Centros de Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação. Neste nível o atendimento é reservado a serviços mais complexos que exigem profissionais com maior qualificação e equipamentos com maior resolutividade.

Para a regulamentação dos gerenciamentos dos serviços de saúde foram criadas as normas regulamentadoras do SUS, as Normas Operacionais Básicas (NOB). A NOB 96 é a última criada para este fim e tem sua aplicação ainda em vigor em diversos municípios, apesar do Decreto 7.508 de 2011 ter criado as regiões de saúde, que trouxe alterações na forma de gerenciamento da saúde. Estas regiões são organizadas entre Gestores Municipais e abrangem áreas próximas aos municípios com maiores resolutividades de atendimento assistencial, para evitar acúmulos de pacientes nas capitais e grandes cidades. Atualmente um novo modelo de atenção a saúde está sendo implantado a nível nacional, após a publicação do Decreto 7.508 cuja ênfase está na promoção da saúde e na atenção básica.

Os recursos financeiros referentes à saúde são distribuídos pelo MS, para todo país, através do FNS e tem como principal parâmetro a população existente e a resolutividade em cada localidade (estados e municípios). Para tanto são definidos determinados valores, os quais são denominados como tetos financeiros. Os tetos financeiros estaduais e dos municípios em gestão plena (Gestão Plena: aqueles municípios que aderiram à legislação para

autogerirem os recursos destinados ao FMS) prevêm a quantidade de serviços ofertados aos usuários os quais devem ser geridos pelas referidas gestões governamentais após a aprovação nos Conselhos de Saúde e instâncias deliberativas (CIR, CIB ou CIT). O MS repassa aos FES valores para serviços de média e alta complexidade os quais podem ser estabelecidos entre estados e municípios os quais são depositados nos FMS, e estes estão previstos nos orçamentos públicos das três esferas de governo, Tabela 1.

Tabela 1- Repasses financeiros aos Municípios da Macrorregião Sul (3ª e 7ª CRS/RS).

Nº	Município	Valor 2009	Valor 2010	Valor 2011	Valor 2012	Valor 2013
01	Amaral Ferrador	508.536,03	559.122,20	634.260,86	734.405,86	633.682,33
02	Arroio do Padre	213.258,64	238.326,69	225.307,96	398.434,88	399.258,73
03	Arroio Grande	422.479,80	472.644,12	640.278,01	794.320,40	989.409,56
04	Canguçu	2.507.400,33	2.805.061,06	3.518.448,94	3.719.471,59	3.050.828,69
05	Capão do Leão	503.183,08	610.122,37	715.907,40	980.484,49	1.129.556,59
06	Cerrito	265.331,29	273.780,70	312.813,02	409.103,14	471.410,94
07	Chui	127.177,56	139.861,49	177.922,94	325.147,17	325.147,17
08	Cristal	178.320,93	208.588,56	467.725,94	446.105,23	455.958,27
09	Herval	532.798,15	640.468,19	782.752,51	780.973,51	935.436,92
10	Jaguarão	782.858,89	1.057.318,92	1.539.072,19	1.856.958,99	2.102.277,23
11	Morro Redondo	530.255,70	579.039,85	716.546,84	670.977,69	565.829,63
12	Pedras Altas	73.740,85	255.460,05	335.613,45	438.724,89	301.897,91
13	Pedro Osório	292.388,82	301.028,09	364.078,95	445.886,44	626.391,72
14	Pelotas	86.942.424,21	97.550.029,81	134.516.771,50	142.406.545,50	150.622.076,30
15	Pinheiro Machado	1.086.140,16	1.210.744,51	1.605.349,72	1.892.285,45	1.549.857,78
16	Piratini	925.667,46	924.950,81	1.379.009,20	1.561.827,24	1.307.084,75
17	Rio Grande	7.877.078,11	9.248.214,98	37.088.233,43	43.708.539,94	42.568.081,66
18	Santa Vitória	1.361.445,42	1.817.776,29	1.847.387,82	1.817.776,29	2.210.370,05
	Palmar					
19	Santana Boa Vista	517.773,27	541.716,13	789.520,49	1.029.367,91	772.099,27
20	São José do Norte	1.753.634,83	1.812.957,37	2.074.970,17	2.607.079,87	2.378.590,08
21	São Lourenço do Sul	2.594.743,82	2.975.589,03	3.303.547,15	4.254.391,74	3.303.547,15
22	Turuçu	314.512,49	332.323,91	375.229,04	507.584,56	459.629,09
25	Aceguá	327.124,53	366.217,32	420.873,20	690.282,73	622.343,36
23	Bagé	7.122.147,58	9.183.045,08	9.040.344,52	12.144.665,61	9.470.637,48
24	Candiota	697.755,67	775.662,05	967.106,09	1.045.483,74	1.166.045,77

27	Dom Pedrito	794.884,27	1.121.508,66	1.601.133,47	1.898.698,91	1.858.667,51
26	Hulha Negra	390.110,69	439.502,25	492.728,56	587.972,94	963.608,94
28	Lavras do Sul	220.639,04	246.596,43	384.133,10	456.851,90	471.557,23

Fonte: elaboração própria segundo DATASUS

Na Tabela 1 são apresentados os dados dos repasses financeiros aos municípios da Macrorregião Sul (3ª e 7ª CRS) que tem em seu espaço geográfico a segunda maior extensão territorial, entre as sete macrorregiões da Saúde do RS. (Norte, Sul, Centro-Oeste, Missioneira, Serra, Vales e Metropolitana). Alguns municípios, por diversas razões, receberam fundo a fundo reajustes ou valores extras (emendas parlamentares, projetos especiais, intervenção em hospitais e aumento de serviços ao SUS com este montante ultrapassaram o percentual de 100%. As emendas parlamentares geralmente são destinadas para melhorar a infraestrutura da assistência, desde obras novas, ampliações de prédios, reformas, compra de equipamentos e veículos. Percebe-se que os municípios receberam valores diferenciados os quais equivalem à população de cada um e aos serviços assistenciais em saúde.

A mudança na política de nível estadual aliada com as mudanças da NOB 01-96 e com a influência destas lideranças junto à gestão municipal da época Pelotas se habilitou a Gestão Plena Municipal em Saúde a partir de 01 de agosto de 2000. A adesão à gestão plena implica a organização dos municípios que expandem suas atribuições e pressupõe ordenamento dos sistemas locais de saúde.

O município de Pelotas é a principal referência para a prestação de serviços aos municípios da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e ainda para outros municípios de regionais, da parte sul do Estado, também por isso tem um maior no volume de recursos repassados pelo MS. Outro município que se destaca na prestação de serviços, nesta macrorregião, é o município de Rio Grande o qual é a outra opção para ser referência na prestação de serviços ao SUS, no Sul do Estado.

Os municípios, desta macrorregião, também utilizam serviços prestados na capital do Estado Porto Alegre, Santa Maria na área central do Estado, Lajeado na região dos Vales, além de outros serviços especializados de nível estadual. O Estado precisa fornecer às coordenadorias regionais condições para que possam assumir seu papel de apoiadoras técnicas, auxiliando a organização administrativa dos municípios e o processo de

planejamento e tomada de decisões, permitindo que eles identifiquem suas demandas e decidam localmente quais as informações relevantes para apoiar suas decisões. (VIDOR, 2004). Esta proposta também pode ser encontrada nas propostas aprovadas nas últimas Conferências Estaduais de Saúde, no RS. Dos repasses financeiros realizados pelo MS fundo a fundo aos principais municípios gaúchos.

Se analisarmos os repasses do período de 2009 a 2013, Tabela 2, para os fundos municipais de 15 (quinze) municípios que são considerados Polos Regionais de Atenção à Saúde, no Estado do RS, todos os municípios tiveram reajustes positivos, nos repasses fundo a fundo. O MS vem investindo (repassando) aos municípios valores maiores que simplesmente os percentuais de reajuste ocorridos por situação da inflação no país.

Tabela 2 – Análise dos reajustes em termos percentuais entre 2009 e 2013.

Município	Período de 2009	Período de 2013	%
Bagé	R\$ 7.122.147,58	R\$ 9.470.637,48	32,97 %
Canoas	R\$ 58.552.600,92	R\$ 138.923.666,83	137,26 %
Caxias do Sul	R\$ 88.497.529,44	R\$ 110.964.620,59	25,38 %
Erechim	R\$ 3.696.573,97	R\$ 6.789.482,00	83,66 %
Lajeado	R\$ 2.659.936,06	R\$ 21.622.747,94	712,90 %
N. Hamburgo	R\$ 7.012.702,93	R\$ 66.589.625,05	749,55 %
Passo Fundo	R\$ 6.891.647,27	R\$ 10.246.204,00	48,67 %
Pelotas	R\$ 86.942.424,21	R\$ 150.622.076,30	73,24 %
Porto Alegre	R\$ 637.386.849,25	R\$ 870.203.997,53	36,52 %
Rio Grande	R\$ 7.877.078,11	R\$ 42.568.081,66	440,40 %
Santa Maria	R\$ 42.932.731,00	R\$ 86.348.877,10	101,12 %
Santa Rosa	R\$ 18.201.799,88	R\$ 30.704.722,87	68,69 %
São Borja	R\$ 3.683.841,20	R\$ 18.706.770,19	407,80 %
Santa Cruz do Sul	R\$ 27.806.433,97	R\$ 47.629.409,44	71,28 %
Viamão	R\$ 6.998.330,23	R\$ 11.182.854,18	59,79 %

Fonte: elaboração própria segundo dados do FNS

Observa-se, na Tabela 2 que dois municípios analisados (Lajeado e Novo Hamburgo) tiveram reajustes de 712,90% e 749,55% respectivamente, sendo bem superiores aos demais.

A justificativa para este dado, isto é o engajamento destes municípios à Gestão Plena em Saúde, por interesse dos próprios e a concordância da CIB/RS conforme é previsto na NOB 01-96 e NOB 2000. O Município de Novo Hamburgo teve valores acrescidos pela Resolução da CIB/RS nº 054/2013 devido ao aumento de serviços prestados pelo Hospital Municipal de Novo Hamburgo. Os municípios de Porto Alegre e Caxias do Sul tiveram os menores reajustes, ou seja, de 25,38% e 36,52% respectivamente. Isto ocorreu em consequência da Gestão Estadual ter transferido para outros municípios os serviços de referência Regional, devido à necessidade de descentralização dos serviços do SUS. No período analisado, ocorreram realojamentos de recursos de alguns municípios pólos, os quais concentravam a prestação de serviços, para outros locais onde estes serviços foram implementados, pois, os Hospitais e prestadores de serviços ao SUS adquiriram os equipamentos e materiais indispensáveis para tais procedimentos. A transferência de serviços e recursos segue normas do MS e critérios pré-estabelecidos na CIB/RS.

Pelas normas do SUS, Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999, quando um município não possui a assistência necessária para o tratamento dos seus munícipes este deve providenciar o necessário em outro município no mesmo Estado. Estes serviços são denominados tratamento fora de domicílio (TFD), ou seja, um tratamento fora do município onde reside o paciente. O município de Pelotas recebe o maior volume de recursos por ser a principal referência para os municípios da 3ª e 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, ou seja, presta atendimento a pacientes destes locais, mas, é questionado em várias instâncias pela forma como distribui e controla/regula os serviços contratados. O COSEMS desta região tem trabalho para a criação e habilitação de serviços de média complexidade em outros municípios próximos para a descentralização do atendimento a população, o que traria humanização para os usuários e aos gestores possibilitar um menor gasto em deslocamentos no transporte dos pacientes.

O município de Canoas serve de referência para os municípios limítrofes a Porto Alegre e para a Região do Vale dos Sinos e absorve demandas devido à insuficiência de serviços prestados na Capital Gaúcha. A localização geográfica de Canoas é importante em termos de acesso do interior e estar próxima da Capital onde estão localizados equipamentos e profissionais de maior capacidade para as necessidades da comunidade (COSSEMS RS, 2010/2011). O terceiro município citado é o de Caxias do Sul o qual tem a maior população das cidades do interior do RS (465.304 habitantes) é uma das referências para a Região

Serrana, Litoral e Região Norte do Estado, em especial, para exames clínicos. Ao analisarmos os percentuais verifica-se um reajuste de 25,38% no período de 2009 a 2013 o qual é bem inferior a Canoas que teve 137,26% e Pelotas 73,24% e muito distante se comparado ao município de Novo Hamburgo para o qual consta o reajuste de 749,55%, o maior no Estado para os municípios mais populosos. Considerando o crescimento na prestação de serviços em municípios próximos e a realidade econômica da cidade de Caxias do Sul e também da região onde se localiza pode se considerar adequado o reajuste recebido, porém há a necessidade de uma avaliação mais aprofundada quanto ao valor total repassado. (FNS, 2014)

Através dos dados disponibilizados pelo DATASUS constata-se que os municípios de Pelotas, Canoas e Caxias do Sul no interior do RS recebem do MS uma soma de valores superiores ao repassado a importantes capitais do país como Florianópolis, Manaus e Vitória. Além destas outras capitais de Estados com menores estruturas também receberam valores menores no caso Bom Vista, Rio Branco, Macapá, Palmas e Porto Velho.

Ao pesquisar os dados referentes às transferências de recursos do MS para as capitais de Estados da Federação, identificou-se que os reajustes ocorridos nos recursos destinados para estas cidades, conforme os valores demonstrados no site do Fundo Nacional de Saúde, no mesmo período, relacionados às cidades gaúchas, ou seja, no período de 2009 a 2013. Quando demonstra-se que o reajuste nos valores repassados para as Capitais Brasileiras, e se for elaborado um comparativo em relação aos municípios pólos gaúchos é possível identificar reajustes menores para as capitais em termos percentuais, pois, verifica-se no RS um percentual de 749,55% para o município de Novo Hamburgo, enquanto para as capitais o maior percentual foi repassado para Porto Velho com 124,26 %. Isto ocorre devido a um processo crescente da descentralização dos serviços do SUS, em especial os serviços de média e alta complexidade pela necessidade de cada paciente ser atendido em sua região de saúde. Nesta análise, a qual abrangeu todo o de País, ou seja, foram elencadas entre as capitais de Estados, não se visualiza percentuais elevados como os encontrados na Tabela 2.

Na Tabela 3 observa-se os percentuais de reajustes entre o período de 2009 a 2013, para as capitais dos Estados Brasileiros.

Tabela 3 - Reajustes em percentuais, entre 2009 e 2013 nas capitais Brasileiras.

Nº	Município	Valor de 2009	Valor de 2013	%
01	Aracaju	R\$ 164.119.265,80	R\$ 228.016.161,74	38,96 %
02	Belém	R\$ 295.270.322,84	R\$ 454.930.476,51	54,07 %
03	Belo Horizonte	R\$ 860.043.204,30	R\$ 1.320.483.705,07	53,53 %
04	Boa Vista	R\$ 25.347.742,09	R\$ 37.852.497,67	49,33 %
05	Campo Grande	R\$ 226.986.390,10	R\$ 385.109.486,35	69,66 %
06	Cuiabá	R\$ 137.505.026,25	R\$ 217.098.387,73	57,88 %
07	Curitiba	R\$ 553.780.238,94	R\$ 773.149.620,22	39,61 %
08	Florianópolis	R\$ 41.102.861,19	R\$ 79.898.460,32	94,38%
09	Fortaleza	R\$ 601.630.831,85	R\$ 867.848.782,54	44,24 %
10	Goiânia	R\$ 395.636.669,85	R\$ 598.745.972,78	51,33 %
11	João Pessoa	R\$ 233.321.316,40	R\$ 336.363.028,40	44,16 %
12	Macapá	R\$ 47.136.264,91	R\$ 69.608.210,54	47,67 %
13	Maceió	R\$ 192.398.816,59	R\$ 290.297.920,98	50,88 %
14	Manaus	R\$ 79.336.760,85	R\$ 143.018.597,95	80,26 %
15	Natal	R\$ 160.201.994,00	R\$ 251.911.622,42	57,24 %
16	Palmas	R\$ 63.758.421,05	R\$ 60.732.536,65	5,25 %
17	Porto Alegre	R\$ 637.386.849,25	R\$ 870.203.997,53	36,52 %
18	Porto Velho	R\$ 35.293.904,26	R\$ 79.152.660,20	124,26 %
19	Recife	R\$ 461.603.026,30	R\$ 583.422.841,38	26,39 %
20	Rio Branco	R\$ 16.821.212,22	R\$ 31.412.820,53	86,74 %
21	Rio de Janeiro	R\$ 986.265.306,13	R\$ 1.498.803.126,79	51,96 %
22	Salvador	R\$ 746.826.678,08	R\$ 478.800.840,57	64,11%
23	São Luiz	R\$ 262.145.155,70	R\$ 341.316.510,24	30,20 %
24	São Paulo	R\$ 1.417.744.055,02	R\$ 1.694.104.332,28	19,49 %
25	Teresina	R\$ 238.321.478,53	R\$ 348.479.137,64	46,22 %
26	Vitória	R\$ 17.958.390,95	R\$ 45.518.741,77	153,46 %

Fonte: elaboração própria com base em dados disponíveis no FNS

Em relação às cidades pesquisadas, encontram-se duas capitais que tiveram menos recursos em 2013 em relação a 2009, que foram Salvador, a capital do Estado da Bahia, com

uma diminuição expressiva na ordem de menos 64,11% e Palmas, a capital de Tocantins, com um recurso menor num percentual de 5,25%, algo que necessitará de uma pesquisa específica para identificar as causas. Identificou-se que várias capitais de Estados com menos serviços, tiveram repasses/reajustes maiores (Florianópolis, Manaus, Porto Velho, Rio Branco e Vitória), enquanto capitais com maior potencial de serviços especializados e de maior resolutividade tiveram correções abaixo da média, como São Paulo, Recife e Porto Alegre, fato que é explicado pela descentralização dos serviços do SUS e em consequência do deslocamento dos serviços poderá ocorrer à transferência de recursos de forma a dar sustentabilidade no novo local de referencia.

Outro fato que chama a atenção é o fato de importantes capitais do país, como Florianópolis, Manaus e Vitória, que recebem menos recursos do que algumas cidades gaúchas, como Canoas, Caxias do Sul e Pelotas. (FNS, 2014). Estes dados demonstram que a União repassou valores acima dos índices oficiais da inflação no país e, além disso, outros recursos custearam os gastos de serviços do SUS. Isto ocorreu com o projeto da Emenda Constitucional nº 29, a qual trouxe mais recursos e promoveu o aumento da participação de Estados e Municípios no financiamento do SUS. Ela começou a vigorar em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Desde então, o MS teve sua participação decrescendo, no financiamento da saúde pública, ficando em torno de 44% em 2011, apesar de terem sido observados incrementos reais no montante destinado à saúde. Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6%, de acordo com os dados do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS). Em 2013, com o lançamento do Programa Mais Médicos o incentivo do MS voltou a crescer e em 2014 permaneceu em crescimento, não apenas pela ampliação deste programa, como também pelo aumento das Equipes de ESF.(IPEA, 2012). Dessa forma, a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 foi a Emenda Constitucional da descentralização, que ampliando a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde teve impactos diferenciados em cada ente da federação e foi bem-sucedida no objetivo de atender ao princípio constitucional da descentralização, ampliando a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde.

Entre 2000 e 2011, os estados e municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados para a saúde, passando de R\$ 28 bilhões para R\$ 89 bilhões, o que correspondeu a

um incremento de R\$ 61 bilhões (sendo R\$ 28 bilhões referentes ao incremento estadual e R\$ 32 bilhões, ao municipal). Neste mesmo período, a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R\$ 31 bilhões, que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000. Esse valor incremental é muito próximo ao observado em cada uma das duas esferas de governo, totalizando um aumento da ordem de R\$ 92,7 bilhões. Assim, dois terços do aumento dos recursos para ASPS após a promulgação da EC nº 29 foram provenientes das receitas próprias de estados e municípios, enquanto um terço foi proveniente dos recursos injetados pela União. Quanto à execução dos gastos do Governo Federal identifica-se através da linha do teto financeiro do período de 1996 comparado ao de 2011 um percentual de 78,6%. Na maioria destes anos o SUS recebeu recursos provenientes da CPMF, criada através de atos do governo federal para ampliar os recursos destinados ao financiamento da saúde pública. (IPEA, 2012). Contudo, mesmo com esses aumentos, em 2009 o gasto público em saúde encontrava-se em torno de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB), (IBGE, 2012), percentual muito inferior aquele aplicado por outros países que possuem sistemas universais de saúde. (IPEA, 2012)

Pesquisadores do IPEA analisam a participação do gasto público em saúde das três esferas no PIB, observa-se que essa participação aumentou em um ponto percentual (p.p) entre 2000 e 2011 (2,89% para 3,91%). Entretanto, este incremento observado no indicador citado foi proveniente do aumento da participação dos estados e municípios no PIB, uma vez que a participação da União permaneceu estável ao longo destes anos. (IPEA, 2012). Neste período, o gasto federal em ASPS correspondeu a 1,73% do PIB em 2000 e 1,75% do PIB em 2011, o gasto estadual correspondeu a 0,54% do PIB em 2000 e 1 %, em 2011 e o municipal de 0,6% do PIB em 2000 e 1,16% em 2011.

Depois de inúmeras tentativas, e transcorridas quase uma década desde as primeiras tentativas, a EC no 29/2000 foi finalmente regulamentada por meio da Lei Complementar nº 141 (LC nº141/2012), sancionada pela Presidência da República em 13 de janeiro de 2012. Apesar de não ter correspondido aos anseios daqueles que desejavam aumentar a participação dos recursos da União no financiamento do SUS, a regulamentação da EC nº 29 apresentou pontos positivos. Um deles é finalmente definir, por meio de instrumento adequado, o que se entende por Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), para fins de verificação do cumprimento da emenda. A rigor, a maior parte do rol de ações que poderiam ser consideradas como ASPS e, principalmente, os critérios básicos para esse julgamento já

constavam de regulamentações anteriores. É importante registrar que os primeiros movimentos e projetos relacionados ao financiamento da Saúde, entre estes o Projeto de Emenda Constitucional 169 (PEC 169) previa percentuais iguais para os três níveis de governo, ou seja, cada um despenderia um percentual de 10%. Desta forma a União, através do MS, contribuiria com a maior parte do financiamento, pois com a arrecadação muito superior os 10% representariam um grande valor no financiamento final.

A LC 141/2012 definiu uma estimativa de valor para a União, no Artigo 5º e percentuais fixos apenas para os Estados e Municípios como descrito nos Artigos 6º e 7º desta Lei Complementar. Além desta definição de percentuais na legislação, o importante e a grande inovação que trouxe esta LC foi à definição de quais as ações e serviços poderão ser consideradas ou ignoradas para a base de cálculo dos valores aplicados em saúde, tendo em vista ser este o maior conflito entre gestores e os Tribunais de Contas.

Anterior a esta regulamentação os Tribunais de Contas (Federais e Estaduais) baseavam-se ou definiam seus pareceres sobre ações em saúde, apenas com base na Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pois não havia outra instrução a nível nacional para esta definição. Os conflitos ocorriam devido aos gestores públicos considerarem ações que trazem melhorias à qualidade de vida, como ações em saúde. O exemplo mais significativo se relacionava aos valores aplicados em saneamento básico. Estes investimentos evitam várias doenças, pois, ao canalizar e tratar o esgoto melhora o ambiente onde residem as pessoas e diminuem as doenças. (CARVALHO, 2002).

Quando apresentados os percentuais aplicados pelos municípios da Macrorregião Sul no período de 2009 a 2013, não é possível identificar mudanças na aplicação dos recursos públicos disponibilizados por estes municípios, pois em vários municípios é possível identificar a semelhança nos percentuais aplicados anteriormente e posteriormente à promulgação da LC 141/2012. Ressalta-se que os municípios pesquisados aplicam grande parte de seus recursos financeiros para a contratação de recursos humanos os quais são necessários para a efetividade das ações em atenção básica em saúde.

Importante registrar que o MS e o FNS repassam os valores financeiros relacionados a diversos programas com base nas estimativas populacionais calculadas pelo IBGE, entre estes o PAB e incentivos a aquisição de medicamentos. Outro fator gerador da necessidade de investimentos ou do aporte de recursos financeiros está relacionado à infraestrutura de cada

município. O MS e a SES/RS repassam os valores conforme os programas pactuados e os serviços existentes e a capacidade de contrapartida de cada ente federado.

4 CONCLUSÃO

A pequena participação dos Estados no financiamento do Sistema Único de Saúde tem sido apontada como um dos estrangulamentos do sistema. Estudo realizado sobre o tema, no RS, analisando o período de 1995 a 2001 (FERLA E FAGUNDES 2002), constatou uma acentuada variação nos valores repassados pelo gestor estadual aos municípios e regiões, sendo que 30% 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.

Na pesquisa realizada por Pelegrini e colaboradores, em 2005, identificou-se que a metodologia da distribuição proposta pela política de Municipalização Solidária da Saúde foi bem sucedida, pois, assim garantiu a equidade para atender às necessidades dos municípios com menores populações (PELEGRINI, DRACHLERME, CASTRO, 2005).

Em nosso país, a governabilidade é sinônima de dificuldade, devido à fragilidade do próprio Estado diante de interesses de classes, ocasionados, em parte pela falta de tradição democrática; e também pela existência de uma grande parcela da população beirando a pobreza, situações estas, que exigem do Estado respostas rápidas e eficientes na área social através de políticas sociais. Esta questão/problema insere no debate sobre a governabilidade o confronto do Estado na administração da coisa pública diante do capital privado (GERSCHMAN, 1997). Como forma de regulação do SUS, em complementos a Lei Orgânica 8080/1990, foi publicada a NOBSUS 01/93 que teve sua atualização realizada pela NOBSUS 01/96 intitulada Gestão Plena com responsabilidade pela Saúde do Cidadão (DIAS-DA-COSTA, 2010).

A Comissão Intergestora Tripartite e as Comissões Intergestoras Bipartite em nível estadual, ambas com poder de decisão dentro do sistema de saúde. (Couttolenc e Zucchi, 1998). A NOB-SUS 01/96 permitiu estabelecer o princípio constitucional de comando único em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) e caracterizou as responsabilidades de cada nível de governo, definindo os municípios como principais gerenciadoras do Sistema de Saúde. Os gestores das esferas federais e estaduais precisam desempenhar um papel importante para auxiliar e promover as necessárias para que os municípios possam gerenciar

seus sistemas municipais de saúde. Conforme determina a NOB-SUS 01/96 os Gestores Federal e Estadual necessitam desempenhar quatro papéis básicos. Desta forma, o financiamento do SUS é de responsabilidade dos três níveis de governo e que cada um deve assegurar ao seu respectivo Fundo de Saúde os recursos necessários ao setor (DIAS-DACOSTA, 2010).

O modelo inserido no SUS no que diz respeito à descentralização visa concentrar a autoridade no governo federal assim como o financiamento das políticas de saúde. A concentração do financiamento no governo federal indica claramente que as políticas de saúde dos governos locais são muito dependentes do MS. A participação dos municípios nos serviços de atenção básica já era quase total, enquanto que no oferecimento de serviços hospitalares era bem reduzido (ARRETCHE, 2004). O grande desafio está na construção de um sistema integrado, que, respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando garantir uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas (LAVRAS, 2011).

Os resultados trazem evidências de que há necessidades de ajustes e adequar ações nos valores aplicados em saúde, dos municípios da macrorregião sul, sendo alguns ajustes de caráter local, os quais deverão ser adotados pelos gestores municipais, que dependem de decisões e alterações junto ao Governo Estadual e do MS. É necessário um envolvimento de gestores e da população abrangida para realizar as adequações dos ajustes financeiros, além do planejamento, projetos e organização de todos os segmentos, assim como o engajamento junto às gestões afins.

A adequação dos recursos públicos aplicados pelo MS necessita de novas regulamentações para fins de se atingir a equidade no SUS, ou seja, que os municípios com os menores indicadores do PIB tenham diferenciação no cálculo da transferência de recursos do governo federal. Os percentuais do SIOSP demonstram que todos os municípios cumpriram o previsto na LC 141/2011, no período analisado, mas este indicador não é o único parâmetro para se analisar a eficácia das gestões municipais, pois algumas administrações sacrificam outros investimentos essenciais à qualidade de vida de seus munícipes para atender os índices mínimos exigidos para a saúde e educação, pois deixam de investir em saneamento básico, habitação, meio ambiente, áreas de lazer, ruas e estradas, entre outros serviços públicos. Portanto, é necessário uma grande análise sobre os recursos recebidos e aplicados e procurar uma reorganização dos serviços buscando resolutividade nas lacunas das demandas existentes

para os usuários do SUS, com serviços de qualidade e satisfação para a grande maioria da população local os quais poderão servir de exemplos a outras macrorregiões.

REFERÊNCIAS

Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo Perspec. vol.18 no.2 São Paulo Apr./June 2004.

Bravo MIS, Pereira PA. Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

Carvalho GCM. Financiamento federal para a saúde: 1988-2001. Tese (doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

Dias-da-Costa JS, Büttgenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.26 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2010.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Periódicos: Texto 1846: Estimativas Trimestrais das Transferências Públicas de Assistência e Previdência no Brasil no Período 1995-2012. (pag. 07 a 41). Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?>>

Ferla A, Fagundes S. O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Editora Da Casa, Porto Alegre. 2002.

Quesia Postigo Kamimura QP, Oliveira EAAQ. Processo de regionalização da saúde na percepção dos gestores. G&DR v. 9, n. 2, p. 280-300, mai-ago/2013.

Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc. [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 867-874.

Paim J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. London, p.11-31, maio. 2011.

Pelegriini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* vol.10 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2005.

Polignano VM. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2009 [Internet]. Marcus Vinícius Polignano; [acessado 10 jun 2015]. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226

Souza LL. A efetividade da Atenção Primária nos municípios sede das Coordenadorias Regionais de Saúde do RS: Condições Sensíveis, 2009.

Vidor AC. Sistema de Informações em Saúde: Situação atual em municípios de pequeno porte. Dissertação de mestrado em Epidemiologia, pela Universidade Federal do rio Grande do Sul. 2004. [acessado 20 julho 2015]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6474/000485679.pdf?sequence=1>.