

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

Gabriele Bremm Machado

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

**Porto Alegre
2019**

Gabriele Bremm Machado

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

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

Orientador(a): Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Coorientador(a): Ms. Rita de Cássia Nagem

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

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

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

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

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

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

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Machado, Gabriele Bremm
Financiamento e gastos públicos em saúde em sete
municípios do Rio Grande do Sul / Gabriele Bremm
Machado. -- 2019.
65 f.
Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Coorientador: Rita de Cássia Nagem.

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

1. Gestão em Saúde. 2. Financiamento público em
saúde. 3. Recursos financeiros em saúde. 4. Gasto
público em saúde. I. Rosa, Roger dos Santos, orient.
II. Nagem, Rita de Cássia, coorient. III. Título.

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

Escola de Administração da UFRGS

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

Gabriele Bremm Machado

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

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

Aprovada em 18 de junho de 2019.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Orientador(a): Nome e Sobrenome

Ms. Rita de Cássia Nagem

Coorientador(a): Nome e Sobrenome

RESUMO

Introdução: Este trabalho apresenta uma descrição das características orçamentárias do financiamento e do gasto público em saúde em municípios do Estado do Rio Grande do Sul. O cenário nacional de instabilidade e déficit nos investimentos em saúde pública somados, mais recentemente, a medidas de austeridade fiscal que restringem o aumento de recursos federais para os próximos anos convergem para a relevância de explorar esse tema. **Objetivo:** Descrever as características orçamentárias do financiamento e do gasto público em saúde em sete municípios do Rio Grande do Sul no período de 2015 a 2017. Para tanto, mensurou-se o volume de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante transferido pelas esferas federal e estadual; o volume de recursos próprios *per capita* aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS); e as despesas totais *per capita* em ASPS. **Método:** A pesquisa foi realizada por meio da coleta e da análise de dados secundários extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e baseados na série histórica de três anos (2015-2017). A amostra compreendeu sete cidades gaúchas - Guaporé, Jaguarão, Lagoa Vermelha, Nova Santa Rita, São Sepé, Três de Maio e Vera Cruz – definidas com base nas macrorregiões de saúde, na população total e no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). **Resultados:** Os resultados apontaram que a União tem grande presença no total das transferências para o SUS (78,3%), o que se reflete na dependência importante dos municípios em relação ao governo federal no financiamento da saúde pública e que os baixos valores transferidos quando comparados a outras regiões retratam uma distribuição desigual dos recursos disponíveis. Adicionalmente, constatou-se que as transferências intergovernamentais de recursos do SUS pela União foram impactadas pelas alterações nas regras do custeio federal, principalmente, pela Emenda Constitucional n° 95/2016. O Estado, por sua vez, teve pouca participação no total das transferências de recursos do SUS (18,7%) e respondeu por aportes muito baixos de investimento que validaram a visão de ente pouco cooperativo com o financiamento da saúde municipal. Por outro lado, os municípios apresentaram maior comprometimento com o financiamento a partir de aplicações com receitas próprias relevantes (20,7%) e de contribuições progressivas. Para além, apurou-se que as receitas municipais são as maiores responsáveis pelo total gasto em ASPS denotando a importância do nível local na composição das despesas em saúde pública. Por fim, confirmou-se que valores totais, despendidos com o SUS no país são insuficientes para atender um sistema público e universal de saúde. **Conclusão:** É de suma importância o aprimoramento da gestão e do financiamento na saúde pública brasileira, de modo a fortalecer e consolidar o SUS, na perspectiva de reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso às ações e serviços de assistência à saúde, mas, acima de tudo, como condição para a sua existência permanente.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Financiamento público em saúde. Recursos financeiros em saúde. Gasto público em saúde.

FINANCING AND PUBLIC HEALTH EXPENDITURE IN SEVEN MUNICIPALITIES OF RIO GRANDE DO SUL

Introduction: This paper presents a description of the budgetary characteristics of public health financing and expenditures in municipalities in the state of Rio Grande do Sul. The national scenery of instability and deficit in public health investments and, more recently, fiscal austerity measures that restrict the increase of federal resources for the coming years converge to the relevance of exploring this theme.

Objective: To describe the budgetary characteristics of public health financing and expenditures in seven municipalities of Rio Grande do Sul in the period from 2015 to 2017. For that, the volume of resources of the Unified Health System (SUS – the Brazilian National Health Service) per inhabitant transferred by federal and state spheres was measured; the volume of per capita own resources invested in Public Health Actions and Services (ASPS); and total per capita expenditure on ASPS.

Method: The research was performed through the collection and analysis of secondary data extracted from the Information System on Public Budgets in Health (SIOPS) and based on the historical series of three years (2015-2017). The sample comprised seven cities in the state of Rio Grande do Sul - Guaporé, Jaguarão, Lagoa Vermelha, Nova Santa Rita, São Sepé, Três de Maio and Vera Cruz – whose definition was based on the macro-regions of health, the total population and the Municipal Human Development Index (IDHM).

Results: The results showed that the Union has a large presence in total transfers to the SUS (78.3%), which is reflected in the important dependence of municipalities on the federal government in financing public health and that the low values transferred, when they are compared with other regions, show an uneven distribution of available resources. In addition, it was found that intergovernmental transfers of SUS resources by the Federal Government were impacted by changes in federal funding rules, mainly by Constitutional Amendment No.95/2016. The State, in turn, had little participation in the total transfer of SUS resources (18.7%) and responded by very low investment contributions that validated the vision of a non-cooperative entity with municipal health financing. Municipalities, on the other hand, presented greater commitment with the financing from applications with relevant own revenues (20.7%) and progressive contributions. In addition, it was found that municipal revenues are the main responsible for the total spending on ASPS, denoting the importance of the local level in the composition of public health expenditures. Finally, it was possible to confirm that total values spent with SUS in the country are not enough to reach a public and universal health system.

Conclusion: The improvement of Brazilian public health management and financing is really important, in order to strengthen and consolidate SUS, on the perspective to reducing social and regional inequalities in access to health care actions and services, and beyond, as a condition for their permanent existence.

Keywords: Health management. Public health financing. Financial resources in health. Public expenditure on health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 4.1- Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul....	38
Quadro 4.1- Municípios selecionados para o estudo por Macrorregião e Região de Saúde do Rio Grande do Sul	38
Gráfico 5.1- Composição das transferências do SUS em municípios selecionados do Rio Grande do Sul– Média percentual 2015-2017	48
Gráfico 5.2 - Receita própria (%) aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde por municípios selecionados do Rio Grande do Sul - 2015 a 2017.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1- Perfil Socioeconômico de municípios selecionados do Rio Grande do Sul	39
Tabela 5.1 - 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)	43
Tabela 5.2 - 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)	46
Tabela 5.3 - 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)	50
Tabela 5.4 - 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)	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EC	Emenda Constitucional
FEE	Fundação de Economia e Estatística (Rio Grande do Sul)
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GM	Gabinete do Ministro/MS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPMF	Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
ISS	Imposto Sobre Serviços
ITBI	Imposto de Transmissão de Bens Imóveis
ITCM	Imposto de Transmissão Causa Mortis
ITR	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada Integrada
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
RAG	Relatório Anual de Gestão
RCL	Receita Corrente Líquida
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso e Gestão

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa.....	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	17
3.1 Tipologia da pesquisa.....	17
3.2 População e amostra	17
3.3 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados.....	18
3.4 Organização, apresentação e análise dos dados coletados	19
3.5 Limitações do estudo.....	20
4 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO	21
4.1 Conceitos gerais e revisão de literatura.....	21
4.1.1 Contexto geral do financiamento em saúde	21
4.1.2 Bases da gestão financeira pública em saúde no Brasil pós Constituição Federal	25
4.1.3 Financiamento do Sistema Único de Saúde.....	30
4.2 Caracterização dos municípios estudados	37
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
5.1 Volume de recursos do SUS por habitante transferidos das esferas federal e estadual aos municípios.....	42
5.2 Volume de recursos próprios <i>per capita</i> aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde pelos municípios	50
5.3 Despesa total <i>per capita</i> em Ações e Serviços Públicos de Saúde.....	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	60

1 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 relacionadas aos custos com problemas de saúde (WHO, 2000). Nesse sentido, existe uma movimentação global de 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 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.

Esse contexto com vistas à gestão e ao financiamento da saúde sempre foi discutido, em toda a história da saúde pública brasileira, como tema problemático, ora pela necessidade de ampliação na cobertura do sistema de saúde ora pela instabilidade e insuficiência de investimentos no segmento.

No período posterior a Constituição Federal de 1988, no qual se estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) como 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 de terem sido incorporados, ao longo dos anos subsequentes, novos instrumentos legais a fim de solucionar a crise do financiamento público da saúde o objetivo não foi alcançado. Piola *et al.* (2013b) confirmam apontando que o gasto

público com saúde aumentou nas últimas décadas em decorrência da alteração nos aportes de financiamento assegurados pela Emenda Constitucional nº 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, próximo ao encontrado em países de renda alta (WHO, 2018a). Não obstante, o que difere o Brasil desse grupo de países – Canadá, Espanha, Reino Unido e Suíça – e 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 destinarem aportes crescentes na tentativa de suprir as demandas de um sistema pautado pela universalidade. Em 1990, a participação do governo nos gastos públicos em saúde era de 72,7%, em 2000 estava em 59,8%, já em 2017 não ultrapassou 42,3%. Em contrapartida, a participação dos estados e municípios cresceu de 18,5% e 21,7% em 2000 para 26% e 31% em 2017, respectivamente (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 se torna 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, a previsão do subfinanciamento crônico na saúde pública nos anos subsequentes vislumbra dificultar, 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 o sistemas universais de saúde.

1.1 Justificativa

O financiamento da saúde é um grande desafio para o setor, principalmente, a partir das últimas décadas. O campo de assistência à saúde faz parte de um escopo altamente complexo e que demanda recursos financeiros significativos para seus financiadores – governos e/ou organizações privadas – visto que os custos da assistência à saúde são crescentes e os recursos disponíveis limitados. Encontrar o equilíbrio nessa equação aliado a um desempenho de qualidade na prestação dos serviços de saúde tem sido o objetivo dos sistemas de saúde na história recente. Roa (2016, p. 75) corrobora afirmando que “[...] o aprimoramento da saúde da população depende tanto da capacidade de resposta dos sistemas de saúde quanto da disponibilidade de recursos financeiros para arcar com os custos dos serviços de saúde prestados”.

No âmbito do financiamento da saúde brasileira, e em especial da saúde pública, a situação é mais crítica e a conta parece não fechar: de um lado um sistema de saúde universal, equitativo e igualitário determinado pela Constituição Federal e orientado pelas Leis Orgânicas da Saúde – Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990 - associado a um país com assimetrias socioeconômicas e geográficas; e de outro uma trajetória de investimentos escassos somado, mais recentemente, a medidas de austeridade fiscal que restringem o aumento de recursos federais para os próximos anos.

Embora a estrutura do financiamento da saúde não defina de modo integral o nível 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.

Santos Neto *et al.* (2017, p. 1274) prosseguem e salientam a importância de explorar o tema:

“Analisar o financiamento e o gasto do SUS nos municípios é uma forma de demonstrar a real situação do financiamento público na ponta, onde as coisas acontecem, e onde a população realmente sente a dificuldade de acessar os serviços públicos de saúde e, assim, expor as dificuldades, as diferenças e os modelos adotados, propondo soluções que possam contribuir para a consolidação do SUS.”

Assim, com enfoque nas transferências e aplicações próprias de recursos financeiros, e nas despesas totais em ASPS, o presente 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. A abordagem do estudo tem o intuito de contribuir para novas visões acerca da provisão de um 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?

2 OBJETIVOS

Com base no problema de pesquisa delimitado, os objetivos propostos neste estudo encontram-se relacionados abaixo.

2.1 Objetivo geral

Descrever as características orçamentárias do financiamento e do gasto público em saúde em sete municípios do Rio Grande do Sul no período de 2015 a 2017.

2.2 Objetivos específicos

- Mensurar o volume de recursos do SUS por habitante transferidos pelas esferas federal e estadual aos municípios;
- Mensurar o volume de recursos próprios *per capita* aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde pelos municípios;
- Verificar as despesas totais *per capita* em Ações e Serviços Públicos de Saúde.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Neste capítulo serão abordados os procedimentos metodológicos empregados na realização do estudo, o método e os instrumentos utilizados na obtenção das informações relevantes e necessárias para responder a questão norteadora proposta: Quais são as características orçamentárias do financiamento e do gasto público em saúde de sete municípios do Rio Grande do Sul?

3.1 Tipologia da pesquisa

Essa pesquisa se caracteriza como quantitativa, descritiva, analítica e longitudinal, através da coleta e análise de dados secundários de cunho documental, utilizando fontes e documentos escritos e registrados em base de dados públicos e de livre acesso.

As pesquisas quantitativas têm sua origem no pensamento lógico; e buscam enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e as propriedades mensuráveis da experiência humana (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). São caracterizadas pela utilização de elementos quantificados, tanto na coleta quanto no tratamento dos dados e informações com vistas a garantir precisão nos resultados encontrados. (ANDRADE, 2011).

3.2 População e amostra

O universo da pesquisa compreendeu os municípios do Estado do Rio Grande do Sul, sendo definidas como amostra sete cidades gaúchas: Guaporé, Jaguarão, Lagoa Vermelha, Nova Santa Rita, São Sepé, Três de Maio e Vera Cruz. Para tal, optou-se por utilizar, em momentos distintos, os dois tipos de amostragem: a probabilística e a não probabilística. Na primeira etapa, a amostragem foi não

probabilística do tipo por conveniência, e na fase seguinte decidiu-se pela probabilística do tipo aleatória simples.

A amostragem não probabilística - também denominada de intencional - é utilizada quando o pesquisador extrai uma parte de uma população ou universo com base nas características que considera pertinentes para observar o fenômeno em estudo. O tipo por conveniência é determinado quando a seleção dos elementos, com base nas informações disponíveis, pode ser considerada representativa de toda a população (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A amostragem probabilística, por sua vez, é escolhida quando o observador identifica que todos os indivíduos do universo podem responder igualmente ao estudo. O tipo aleatório simples é definido quando não há critério ou filtro na seleção dos elementos, sendo realizado por meio de sorteio (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Desse modo, os municípios definidos como amostra para o estudo foram eleitos a partir de critérios de modo a conferir homogeneidade na amostra e permitir posterior comparação entre os achados da pesquisa. A definição dos parâmetros correspondeu, na ordem, a municípios: localizados em diferentes macrorregiões de saúde - centro-oeste, metropolitana, missioneira, norte, serra, sul e vales - população total entre 20 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). Dada a aplicação dos critérios, seis macrorregiões de saúde tiveram como resultado mais de um município e, para estes, a seleção final foi aleatória.

3.3 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Os dados coletados tiveram por base a série histórica de três anos, compreendendo os anos de 2015 a 2017.

Para a investigação da despesa governamental com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), a fonte de dados compreendeu 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. Em outras palavras, 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).

3.4 Organização, apresentação e análise dos dados coletados

Os dados coletados foram sistematizados, tabulados e quantificados em planilhas eletrônicas de Excel e apresentados em tabelas e gráficos – quando possível - no intuito de simplificar a comparação entre as informações, facilitar a compreensão e a visualização dos achados da pesquisa.

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 - ofertadas pela Fundação de Economia e Estatística (FEE) do governo do estado do Rio Grande do Sul.

A análise dos dados foi realizada por meio de descrição, comparação e interpretação das informações encontradas à luz da legislação que regulamenta o financiamento em saúde exposto no referencial teórico deste estudo. Abaixo, os procedimentos realizados estão descritos mais detalhadamente de acordo com cada objetivo.

Para atingir o primeiro objetivo específico - 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 Estado ao longo do intervalo de tempo (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 segundo objetivo específico - mensurar o volume de recursos próprios *per capita* aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde pelos municípios - foi conquistado estabelecendo a dinâmica dos recursos monetários aplicados ano a ano pelos municípios com recursos próprios, seguida da análise da evolução percentual dos investimentos e posterior confronto com padrões nacionais de aplicações.

Finalmente, o terceiro objetivo específico – verificar a despesa total *per capita* em Ações e Serviços Públicos de Saúde – foi alcançado descrevendo a evolução dos valores totais gastos de cada município e subsequente comparação entre os indicadores nacionais e internacionais de despesas com saúde pública.

3.5 Limitações do estudo

A limitação da pesquisa compreende eventuais distorções nos registros relacionadas à utilização de dados secundários extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Como esse sistema é autodeclaratório, as informações sobre as receitas totais e os gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (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 divergência entre os valores declarados e os efetivamente aplicados em relação tanto a diferença quantitativa dos montantes quanto ao registro de alocação do investimento ser diferente do realmente empregado.

4 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

Este capítulo compreende aspectos e conceitos que permitem caracterizar o estudo. Para tanto, são discutidos assuntos que permeiam o contexto do financiamento em saúde abordando a sua estrutura e evolução no setor público. É apresentada, ainda, a caracterização dos municípios gaúchos selecionados para esta pesquisa, uma vez que as informações acerca deste cenário servirão de subsídios para posterior análise e comparação com os resultados.

Portanto, o conteúdo está estruturado em dois grandes eixos: (i) Conceitos gerais e, revisão de literatura e (ii) Caracterização dos municípios estudados.

4.1 Conceitos gerais e revisão de literatura

Esta seção detalha o financiamento em saúde no Brasil, apresentando os dispositivos legais e estruturais da saúde pública, bem como as fontes de recursos financeiros e orçamentários do SUS, já que constituem aspectos relevantes para a compreensão da atual conjuntura dos gastos públicos em saúde.

Para tanto, está organizada em: (i) Contexto geral do financiamento em saúde; (ii) Bases da gestão financeira pública em saúde no Brasil pós Constituição Federal; e (iii) Financiamento do Sistema Único de Saúde.

4.1.1 Contexto geral do financiamento em saúde

O financiamento em saúde constitui-se em ferramentas que mobilizam os recursos para subsidiar as práticas do setor. Esse assunto está e tem estado sempre em pauta em função, principalmente, segundo Marques (2016) do crescimento das despesas nacionais e mundiais com saúde. Para o mesmo autor, “[...] a extensão e melhoria das coberturas; a maior exigência do usuário; o

envelhecimento da população; a alta de preços de bens e serviços; e a introdução e o desenvolvimento de tecnologias mais sofisticadas” são os principais fatores responsáveis pelo crescimento dos gastos com saúde (MARQUES, 2016, p. 32).

No Brasil, a problemática não tem sido diferente. Desde a época anterior à Constituição Federal de 1988 e, sobretudo, no período posterior, com a criação do Sistema Único de Saúde, o qual estabeleceu um sistema público universal, o financiamento da saúde, associado a questões sustentadas por Marques (2016) quanto à elevação das despesas com saúde, foi exposto sucessivamente a recursos financeiros insuficientes demonstrando não ser prioridade nos orçamentos governamentais do país.

No sistema de saúde brasileiro, assim como na maioria dos países, o financiamento é composto pelas vertentes público e privado. O setor privado financia apenas seu sistema em enquanto o governo – fonte pública – financia o serviço público e parte do setor privado.

O financiamento público da saúde brasileira nos serviços públicos acontece integralmente – por meio da arrecadação de impostos, contribuições e taxas que são cobradas pelo Estado em função da produção, consumo, renda e patrimônio (PIOLA *et al.*, 2013a; BRASIL, 2011a). Já no setor privado esse financiamento é indireto através de renúncias fiscais - isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos, deduções do imposto de renda concedidas as pessoas físicas e jurídicas abatendo gastos com saúde e desoneração tributaria a determinados medicamentos – do não ressarcimento aos cofres públicos pelos planos e seguros de saúde quando da utilização de serviços públicos pelos seus beneficiários, além de outros métodos de incentivo (PIOLA *et al.*, 2013a). Convém salientar que, no Brasil, a relação público-privado no setor da saúde vai além do financiamento. O subsistema privado também tem um papel importante na oferta da assistência à saúde provendo, quando contratado, os mesmos serviços que o sistema público de saúde (ANDRADE *et al.*, 2018).

Dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018a) apontam que o Brasil investiu, em 2015, 8,9% do Produto Interno Bruto (PIB) ¹ em saúde pública e privada. Em comparação a países desenvolvidos com sistemas similares, isto é, que também detêm o sistema público e universal, como Canadá (10,4%), Espanha

¹O IBGE relata que o Brasil investiu 9,1% do PIB em saúde em 2015 (IBGE, 2017).

(9,2%), Reino Unido (9,9%) e Suíça (12,1%), os percentuais foram bastante similares no período analisado (WHO, 2018a), muito embora, investimentos semelhantes em saúde não produzam o mesmo estado de saúde na população. Conforme Andrade *et al.* (2018) uma multiplicidade de fatores, que incluem o sistema político, questões culturais, contextos demográficos, passado histórico e estrutura social também condicionam os resultados de saúde da população. A análise do gasto atual em saúde como parcela do PIB, indicando o nível de recursos direcionados à saúde em relação a outros usos, demonstra a prioridade social e importância que é conferida à saúde em referência a toda à economia do país.

Outra questão trazida por Roa (2016) é em relação ao nível de riqueza de um país. Segundo o autor, essa não é a única variável explicativa para a priorização do setor da saúde. O que significa dizer que não é exclusivamente a condição financeira do país que define o quanto dos seus recursos será alocado na saúde.

Em relação ao gasto público em saúde como percentual do PIB, o qual indica a participação da despesa pública com saúde no valor total da economia, o governo brasileiro - considerando as três esferas governamentais- destinou a saúde - pública e privada - apenas 3,8 % do PIB² em 2015, enquanto o Canadá 7,7%, a Espanha 6,5%, o Reino Unido 7,9% e a Suíça 8,5% no mesmo período (WHO, 2018a). O gasto público em saúde como proporção do PIB praticado pelo Brasil é baixo comparando não somente com os países selecionados, mas também com as referências propostas pela Organização Mundial da Saúde – 5 a 6% do PIB - e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – 6% do PIB (OMS, 2010; OPAS, 2018). A OMS justifica esse valor alegando que, salvo exceções, poucos são os países que destinam menos que 5 a 6% do PIB para despesas públicas de saúde e que conseguem atingir a cobertura universal, uma vez que com valores inferiores não é possível atender os mais pobres (WHO, 2010).

Traduzindo em termos *per capita*, a situação de baixo investimento brasileiro continua presente. Em 2015, a média, em valores monetários, dos recursos públicos despendidos para cada habitante foi de R\$1.132 (IBGE, 2017) equivalentes a US\$ 676³ (WHO, 2018a). No mesmo ano, o gasto público *per capita* foi de US\$ 3.383 para o Canadá, US\$ 2.261 para a Espanha, US\$ 3.330 para o Reino Unido, US\$

²O IBGE aponta que o gasto público com saúde, em 2015, foi de 3,9% do PIB (IBGE, 2017).

³Dólares Internacionais (Paridade do Poder de Compra). Programa Internacional de Comparação [International Comparison Program] (ICP-2011) do Banco Mundial, US\$1 é equivalente a R\$1,67.

5.363 para a Suíça (WHO, 2018a). Observa-se que o gasto público *per capita* do Brasil é de 4 a 9 vezes menor do que o de países que têm sistema universal de saúde (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Apesar do avanço que significou a criação do SUS, para Mendes e Funcia (2016, p. 139), “[...] o Brasil está distante de dedicar a mesma atenção à saúde pública que os demais países que detêm um sistema público e universal”.

Em termos da participação do gasto público no total de gasto em saúde, o Brasil investiu no subsistema público de saúde em 2015 apenas 42,8% do total das despesas em saúde⁴. Já países com sistemas de saúde similares citados a participação do gasto público no financiamento do sistema representou, em média, 74% da despesa total (Canadá 73,5%, Espanha 71,0%, Reino Unido 80,4% e Suíça 70,7%) (WHO, 2018a).

Na análise da parcela dos recursos públicos destinados a financiar os gastos com saúde é possível perceber que o governo aplicou 57,2% dos investimentos totais em saúde privada naquele ano, demonstrando que o gasto privado constitui uma importância significativa no mercado da saúde brasileira. Piola e Barros (2016) corroboram os dados apresentados afirmando que o Brasil é o único país com sistema universal de saúde no qual o gasto privado supera o público no gasto total com saúde. Isso é consequência, principalmente, do subfinanciamento governamental da saúde pública e do excesso de incentivos governamentais para o mercado privado de saúde - que por não ser objeto desse estudo não será abordado.

Compreender a sistemática do financiamento público dos serviços de saúde segundo Piola (2006) é relevante, pois há uma insuficiência permanente entre as necessidades de saúde da população – quase sempre ilimitadas – e os recursos financeiros disponíveis para solucioná-los. Ademais, o módico gasto público contribui com as carências de cobertura e de acesso efetivo aos serviços de saúde dos sistemas públicos (ROA, 2016) favorecendo com as iniquidades geradas entre regiões e grupos sociais quando as necessidades de saúde não são bem equacionadas. Por outro lado, Piola *et al.* (2013a) rebatem ponderando que nem sempre maiores níveis de gastos implicam obrigatoriamente serviços de melhor qualidade, mais eficientes e equitativos, já que os modelos de financiamento e de

⁴O IBGE indica que o gasto público do Brasil, em 2015, correspondeu a 42,4% dos recursos totais aplicados em saúde (IBGE, 2017).

organização dos sistemas de saúde influenciam fortemente nos resultados em saúde.

Independentemente dos motivos que acarretam os crescentes gastos com a saúde, o Brasil, quando comparado a outros países, demonstra que não tem arcado com o seu compromisso no financiamento público da saúde posto que ostenta valores e percentuais aquém do esperado. Embora o financiamento insuficiente da saúde pública não seja determinante e o único motivo para as deficiências percebidas na saúde da população, há de compreender, entretanto, que a escassez de recursos financeiros torna mais complexo e tardio o processo para a conquista de um resultado satisfatório.

4.1.2 Bases da gestão financeira pública em saúde no Brasil pós Constituição Federal

O financiamento da saúde pública no Brasil é norteado na perspectiva das diretrizes de organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde abrangendo um arcabouço de políticas – bases legais - que determinam configurações, instrumentos e práticas que vigoram na saúde, por isso, para compreender como o financiamento da saúde se comporta é necessário direcionar-se para seu processo de estruturação sob a ótica da gestão pública na saúde.

A partir da instituição do Sistema Único de Saúde, em 1988, pela Constituição Federal, a saúde passou a ser um direito de todos os cidadãos tendo o Estado a responsabilidade de garantir essa conquista. Para atender esse princípio constitucional de universalidade, o sistema de saúde foi estruturado visando à integralidade da atenção e a descentralização das ações. Sendo assim, as responsabilidades entre os entes foram divididas. De modo geral, a União ficou responsável pela formulação das políticas nacionais de saúde, os municípios pela atenção primária, e os estados e municípios maiores pelas estratégias de maior complexidade (PARMAGNANI; ROCHA, 2017).

Desde então, todas as diretrizes normativas do sistema passaram a ser orientadas por essa lógica de atuação, sendo as primeiras, em 1990, pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) nº 8.080 e 8.142. A de nº 8.080/1990 definiu princípios e

diretrizes que contemplam a universalidade, a integralidade da atenção à saúde, a equidade, a descentralização e a participação da comunidade, além de estabelecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

No ano seguinte, as Normas Operacionais Básicas (NOB) começaram a ser publicadas pelo Ministério da Saúde tornando público os compromissos firmados com estados e municípios referentes à organização da gestão pelos diferentes níveis de governo e de complexidade, e às transferências dos recursos federais. As primeiras normas NOB - SUS 01/1991 e NOB - SUS 01/1992 definiram que o repasse seria realizado por meio de convênios (BRASIL, 2013a) e que as transferências ocorreriam como ressarcimento pela produção dos serviços prestados (BRASIL, 2011a).

A norma seguinte, NOB - SUS 01/1993, desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão estabelecendo como critério de repasse a estados e municípios a condição de gestão: incipiente, parcial e simplena e, para este último, foi possibilitado a transferência regular, automática e integral (caixa único) do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde destes entes (fundo a fundo) baseados na série histórica dos gastos (BRASIL, 2011a; 2013a). Também determinou que estados e municípios se obrigassem alocar recursos próprios para seus fundos de saúde garantindo, assim, o cofinanciamento do setor por todas as esferas de governo (PARMAGNANI; ROCHA, 2017), entretanto, sem definir claramente os montantes a serem investidos.

Segundo Mendes (2017), na prática essa norma não avançou no processo de municipalização proposto. Somente onze municípios do Brasil foram habilitados na gestão simplena recebendo, portanto, o aporte de recursos da União de forma global, no período de 1993 a 1995, e podendo utilizá-lo conforme as políticas de saúde, o planejamento e as necessidades locais.

Finalmente, a NOB – SUS 01/1996, ampliou as transferências fundo a fundo atribuindo maior agilidade aos fluxos e facilitando o processo de gestão dos recursos, por meio da mudança na condição de gestão dos estados e municípios para Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde; e da separação no aporte dos recursos às áreas da Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Fundação Nacional de Saúde e Assistência Farmacêutica, dentro dos quais foram definidos pisos, tetos e fatores de incentivo que estabeleciam valores a serem

repassados de acordo com a condição de gestão do município (SCATENA; TANAKA, 2001; BRASIL, 2011a; PARMAGNANI; ROCHA, 2017).

Outras mudanças também foram importantes relativas a transferências intergovernamentais: a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) – inicialmente denominado de Piso da Assistência Básica – o qual definia o repasse de um valor fixo por habitante – *per capita* - para a assistência básica, e incentivos financeiros a adesão ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) considerados estratégicos para o Ministério da Saúde (SANTOS; LUIZ, 2016).

Por esse novo método de repasse financeiro, os recursos passaram a ser fragmentados em centenas de repasses – “caixinhas” - vinculados às ações ou programas determinados pelo Ministério da Saúde.

Para Santos (2017, p. 31)

“as “caixinhas” transformaram o SUS em um grande convênio, ao passo que, definiam finalidades específicas muitas das vezes fora da realidade sanitária local, trazendo como consequência planos, sistemas de informação e prestações de contas que não conversavam entre si”.

Mendes (2017), também, criticou essa estratégia adotada alegando que os estados e municípios eram forçados a seguir os programas e ações de saúde definidos pelo governo federal para receber os incentivos financeiros na forma de transferência de recursos, mesmo que as realidades e prioridades locais não apontassem para essas áreas da saúde.

Cabe destacar que a NOB – SUS 01/1996 conferiu maior valor nas transferências de recursos federais aos estados e municípios – principalmente, em função do PAB Variável - além de definir uma programação integrada dos orçamentos de saúde a serem usados pelas três esferas de governo (MENDES, 2017; PARMAGNANI; ROCHA, 2017).

No início dos anos 2000 as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS) representaram novas medidas de regulamentação, todavia, não trouxeram outras considerações acerca da transferência de recursos intergovernamentais.

A NOAS – SUS 01/2001 preocupou-se em estabelecer o processo de regionalização como plano de hierarquização dos serviços de saúde e de busca por maior equidade na alocação dos recursos tendo como alvo a organização dos serviços de média complexidade, a política de atenção da alta complexidade no SUS

e a ampliação da condição de gestão dos estados para Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Estadual, e dos municípios para Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde (BRASIL, 2003).

Já a NOAS - SUS 01/2002 empenhou-se na criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS através do Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI), Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Regulação (BRASIL, 2003).

Passados quase dez anos, em 2007, a forma das transferências federais para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) foi alterada pela Portaria GM/MS n° 204. Essa portaria seguiu as determinações do Pacto pela Saúde, firmado um ano antes – em 2006 – pela Portaria GM/MS n° 399. O Pacto pela Saúde foi um conjunto de acordos firmados entre os entes federados em três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão – mediante a assinatura do Termo de Compromisso e Gestão (TCG) no qual os entes se comprometiam com prioridades definidas que apresentassem impacto sobre a situação de saúde da população por meio da atribuição de indicadores de monitoramento e de avaliação (BRASIL, 2003).

Inicialmente, as transferências de recursos ocorreram na forma de blocos de financiamento organizados em cinco grupos específicos: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS. Posteriormente, em 2009, foi acrescentado mais um bloco de financiamento, o de investimentos. Segundo, Parmagnani e Rocha (2017), o objetivo dessa modificação era proporcionar maior autonomia aos estados e municípios com a realocação dos recursos recebidos dentro de cada grupo.

Ainda assim, para Mendes (2017), a alteração nas transferências continuou com a lógica da oferta, sendo modificada somente a forma de repasse com a inclusão de grupos (blocos de financiamento) dos setores do Ministério da Saúde que mais pressionavam o sistema – a média e a alta complexidade e a área da Secretaria de Atenção à Saúde.

Andrade *et al.* (2018) e Sá *et al.* (2018) corroboram afirmando que as transferências por blocos de financiamento e por meio de programas específicos, até então vigentes, demonstravam ser complexas e engessadas com várias linhas de repasses que dificultavam a gestão eficiente dos recursos. Ainda, segundo os

mesmo autores, em pesquisa sobre os aportes financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde, revelou-se que “[...] eram possíveis até 115 linhas de repasses para os municípios e 96 para os estados em 2016” (SÁ *et al.*, 2018, p. 126-127). Andrade *et al.* (2018, p. 374) complementam afirmando que o excesso de normatização criava obstáculos importantes para o planejamento e a execução das políticas locais, além, de configurar o “[...] uso exagerado da indução de políticas por parte do MS”.

Santos (2017, p. 32) foi além afirmando que

“não há como um gestor municipal ou estadual planejar a saúde de maneira integrada, se os recursos que a financiam vem fracionados e detalhados a ponto de se exigir devolução de recursos por irregularidade na sua aplicação”. [...] “O dinheiro fica preso no bloco de financiamento e não atende a comunidade”.

Em 2011, o Decreto nº 7.508 foi publicado dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e substituindo o Termo de Compromisso e Gestão pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Esse acordo de colaboração firmado entre os entes federativos tinha como finalidade organizar e integrar as ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, através de definições de indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, responsabilidades, disponibilização de recursos financeiros bem como formas de controle e fiscalização da execução das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Andrade *et al.* (2018) afirmam que, embora algumas iniciativas de consolidação do processo de regionalização tenham sido implementadas nesse período de existência do SUS – NOAS 2001 e 2002, Pacto de Gestão 2006 e COAP 2011 – elas de fato não se concretizaram e, mais, resultaram no encolhimento do papel dos estados aumentando as dificuldades em garantir um atendimento integral a população.

Para tentar aglutinar as formas de repasses intergovernamentais, em 2017, ocorreram outras modificações da gestão relacionadas ao financiamento da saúde com edição da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, que foi alterada, ainda no mesmo ano, pela Portaria GM/MS nº 3.992 reorganizando os mecanismos de transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Essa nova proposta, com o intuito de sanar as barreiras da fragmentação nas transferências intergovernamentais e conferir maior liberdade aos gestores na aplicação dos recursos, alterou de seis para dois blocos de financiamento: um de custeio - das Ações e Serviços Públicos de Saúde - e o outro de investimento – na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Nessa configuração, os municípios e estados passaram a ser responsáveis por decidir em quais áreas, políticas ou programas de saúde iriam aplicar os recursos recebidos (SÁ *et al.*, 2018), definidos a partir dos seus Planos de Saúde e das suas Programações Anuais de Saúde. Cabe destacar, ainda, maior flexibilidade na gestão financeira com possibilidade de remanejar os recursos, durante o exercício financeiro, para a realização de outras ações e serviços públicos de saúde associados ao mesmo bloco.

Mendes (2017) aponta como vantagem na diminuição dos blocos de financiamento a maleabilidade para que os gestores possam planejar e executar projetos municipais elaborados pela lógica das necessidades de saúde. Contudo, revela que a desvantagem e o grande problema estão em não associar os repasses de recursos aos critérios de rateio da Lei.

Em janeiro de 2019, entra em vigor a Portaria GM/MS nº 1 a qual divulga os programas de trabalho – programas e ações – vinculados com os blocos de custeio e de investimento que serão onerados pelas transferências de recursos na modalidade fundo a fundo.

Evidentemente que, em função do curto espaço de tempo, os impactos dessas modificações nos repasses financeiros sobre a efetividade dos programas ainda não foram mensurados. Apesar disso, há de se ponderar que as situações vivenciadas na saúde pública são reflexos das alterações nos arranjos – satisfatórios ou não – do financiamento da saúde no Brasil a partir da Constituição Federal. As leis, normas, pactos e portarias criadas ao longo desses anos tiveram o intuito de organizar e estabelecer a melhor forma de gerenciamento e disponibilização dos recursos públicos em saúde, embora, por vezes, haja a impressão de que o interesse da União seja reduzir o seu papel transferindo as responsabilidades - financeiras e de gestão - da saúde aos Estados e Municípios.

4.1.3 Financiamento do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído em 1988 pela Constituição Federal ganhou uma nova configuração com vistas a assegurar recursos suficientes para a garantia ao direito à saúde prevista pela Constituição Federal. E a partir desse momento, iniciou-se um imenso desafio no campo do financiamento para ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros.

A nova Constituição, ao criar a Seguridade Social composta pelos campos da saúde, previdência social e assistência social estabeleceu, em seu artigo 195, que esta deveria ser financiada com recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais (BRASIL, 1988). Já o artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) veio especificar o valor mínimo de 30% por cento do orçamento da seguridade social que o governo federal deveria aplicar na saúde, excluindo o seguro-desemprego até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (RIBEIRO *et al.*, 2005; PIOLA *et al.*, 2013a). Este dispositivo, todavia, não determinou parâmetros de participação no setor da saúde para os estados e municípios, deixando a critério desses governos a decisão sobre o grau de atuação.

Conforme Ribeiro *et al.* (2005, p. 5), essa ausência de definição para a destinação de recursos dos estados e municípios fez com que “todas as pressões para aumento dos recursos setoriais recaíssem exclusivamente sobre a União”. Era como se as outras esferas de governo não fossem responsáveis pelo cofinanciamento da saúde no país.

As contribuições federais nos anos de 1990 e 1991 não atingiram o patamar definido muito em função, segundo Piola *et al.* (2013b), do período de hiperinflação, das restrições macroeconômicas e das disputas internas entre as áreas sociais.

Vieira e Benevides (2016) relatam que durante todo o período da regra transitória o percentual estabelecido para a União de 30% do Orçamento da Seguridade Social aplicados em saúde nunca foi respeitado.

Já em 1992, a meta foi alcançada, porém utilizou-se de outros recursos antes não previstos – ações de saneamento básico, saúde do trabalhador, entre outros – para integrar o orçamento da saúde (PIOLA *et al.*, 2013a).

Ribeiro *et al.* (2005) destacam que recorrer a outros mecanismos para arrecadar recursos foi, por um lado, fundamental considerando a situação crítica do

financiamento da saúde, mas por outro, responsável pela oneração dos orçamentos nos anos posteriores.

As consequências foram imediatas. No ano seguinte, em 1993, as contribuições da previdência social deixaram de ser repassadas ao Ministério da Saúde (RIBEIRO *et al.*, 2005; PIOLA *et al.*, 2013a) cessando uma das maiores fontes de receita da saúde e agravando a situação do financiamento no setor.

O primeiro mecanismo utilizado para superar a crise por meio da ampliação na destinação dos recursos para a saúde foi o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), em 1994, que, posteriormente, foi transformada em Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). A CPMF tinha como meta a destinação integral ao financiamento das ações e serviços de saúde por meio do repasse ao Fundo Nacional de Saúde. E logo que entrou em vigor, passou a ser uma das principais fontes de recursos do Ministério da Saúde, estando vigente até 2007 (PIOLA *et al.*, 2013a; 2013b).

Vieira e Benevides (2016) e Andrade *et al.* (2018) salientam que, apesar de ser a promessa para resolver a situação de financiamento do setor, a criação da CPMF não aliviou a situação, pois ao invés de garantir mais recursos para a saúde sendo incorporada as demais fontes de financiamento, ela substituiu as outras receitas federais.

Piola *et al.* (2013b, p. 10) corroboram com os autores citados anteriormente afirmando que “nos dois anos imediatamente anteriores à entrada em vigor da CPMF, o Ministério da Saúde aplicou, em média, R\$ 39,8 bilhões na saúde (em valores constantes de 2011)”. E que “em 1997, o volume de recursos se ampliou para R\$ 43,7 bilhões (em valores constantes de 2011)”. Em suma, é possível concluir que a CPMF foi mais eficiente para a garantia da estabilidade no financiamento de saúde do que para a ampliação de seus recursos.

Nesse ínterim dos anos 90, várias propostas que buscavam garantir fontes estáveis para o financiamento público da saúde tramitaram no Congresso Nacional. Até que, em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional n° 29 assegurando a vinculação dos recursos orçamentários em saúde aos três níveis de governo.

As diretrizes para aplicação dessa Emenda foram aprovadas em 2003, a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 322 que definiu um aporte mínimo a ser aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelos entes federados.

Pela EC nº 29/2000, a União deveria empregar um montante de recursos equivalentes, no mínimo, aos valores empenhados no ano anterior corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto os estados – somado o Distrito Federal - e os municípios investiriam 12 e 15%, respectivamente, das receitas advindas de impostos - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto de Transmissão Causa Mortis (ITCM) e Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) para os estados; e Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), do Imposto de Transmissão sobre Bens Imóveis (ITBI), do Imposto Sobre Serviços (ISS) no caso dos municípios – além das transferências constitucionais legais (PIOLA *et al.*, 2013a; 2013b).

Andrade *et al.* (2018) salientaram que a Emenda Constitucional nº 29 gerou poucos efeitos na indução dos gastos federais, principalmente pelas dificuldades na sua regulação e à ausência na definição do que seriam consideradas as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Apesar disso, Parmagnani e Rocha (2017), apontaram a emenda como uma iniciativa importante no fortalecimento do processo de descentralização ao aumentar a participação de estados e municípios no financiamento da saúde mediante a definição do montante percentual mínimo a ser investido.

Piola *et al.* (2013b) reforçam a opinião de Parmagnani e Rocha (2017) demonstrando que, quando a EC nº 29 começou a vigorar, o governo federal era responsável por quase 60% dos recursos públicos aplicados em saúde, já em 2011, o percentual foi de 44%. Em contrapartida, no mesmo período, os estados e municípios ampliaram sua participação, passando de 18,5% para 25,7% e de 21,7% para 29,6% respectivamente. É a primeira vez, desde a definição da Constituição Federal, em 1988, que se percebe uma real intenção no progresso de descentralização da saúde no país.

Andrade *et al.* (2018) seguem na mesma linha afirmando que a EC nº 29 proporcionou a estabilidade dos gastos com saúde devido a sua relação com o PIB, para além, do forte impacto na composição do financiamento público de saúde entre as esferas de governo, com ênfase para o aumento no aporte dos estados e municípios e a redução do gasto federal. E complementam salientado que: “de 1990 a 2015, a participação do governo federal nos gastos públicos caiu de 72,7% para 43%. Atualmente(2018), este responde por 42,3%, enquanto estados e municípios contribuem, respectivamente, com 26% e 31% (ANDRADE *et al.*, 2018, p. 369).

Todavia, Piola *et al.* (2013b) evidenciam que o aporte de recursos poderia ter sido ainda maior se a União e parte dos estados e municípios tivessem aplicado todos os anos os percentuais mínimos exigido pela legislação vigente.

A Emenda Constitucional nº 29 propiciou, ademais, a utilização do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, criado em 1999 pelo Ministério da Saúde, como ferramenta de acompanhamento e monitoramento da aplicação dos recursos em saúde no âmbito da União, Estados e Municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas (BRASIL, 2013b). Para além, trouxe mais clareza ao processo de transferência, a partir da disponibilização de informações regulares sobre as despesas com saúde constituindo-se em um componente importante para a construção do planejamento e para a gestão pública.

Somente em 2012, a Emenda Constitucional nº 29 foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141. A referida lei definiu, além dos valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; a obrigatoriedade da utilização de critérios de rateio dos recursos vinculados à saúde; o planejamento ascendente; e os mecanismos de controle interno e externos, monitoramento e avaliação do SUS (SANTOS, 2017).

Essa lei ratificou, ainda, a transferência regular e automática, fundo a fundo, dos recursos financeiros dispensando a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos bem como trouxe esclarecimentos fundamentais - como a definição do que são ou não consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde e os critérios de rateio dos recursos - para distribuição dos aportes financeiros e dedução correta da aplicação dos recursos pelos entes.

As Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) foram definidas como práticas de:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do SUS;
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovido por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; e

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças“ (BRASIL, 2012).

Cabe destacar que a alteração quanto ao rateio dos recursos de transferência para a saúde entre as três esferas teve como critérios as necessidades de saúde da população, balizadas nas dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta das ações e dos serviços de saúde, adicionadas aos parâmetros anteriores descritos no artigo 35 da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 2012).

Conforme Mendes (2017), o intuito da Lei Complementar nº 141/2012 era, além da ampliação de recursos, o aperfeiçoamento das suas formas de distribuição objetivando reduzir progressivamente as disparidades regionais. Entretanto, segundo o mesmo autor, o movimento interno (do setor) e a pressão do mercado fizeram com que os parâmetros antigos – estabelecidos no artigo 35 da Lei nº 8080/1990 – também fossem incorporados a essa nova decisão, sugerindo uma combinação dos critérios através da análise técnica dos programas e projetos (MENDES, 2017). Cabe mencionar que a metodologia de divisão dos recursos referida na Lei Complementar nº 141/2012 - e, portanto, também na Lei nº 8.080/1990 – ainda, ao menos até o primeiro trimestre de 2019, não havia sido pactuada entre os gestores do SUS.

Em 2015, foi alterada a regra de aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde para a União por meio da Emenda Constitucional nº 86. Nesse novo método, com vigência a partir de 2016, o piso constitucional da União foi associado à Receita Corrente Líquida (RCL) de forma crescente ao longo dos anos, com 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019; e 15% da RCL a partir de 2020 (ANDRADE *et al.*, 2018; PIOLA; BARROS, 2016). Essa emenda constitucional preocupou-se também em regulamentar a obrigatoriedade da execução de parte das despesas agregadas ao orçamento sob a forma de emendas parlamentares (SÁ *et al.*, 2018).

Segundo Sá *et al.* (2018), a EC nº 86 trouxe grandes preocupações em torno do financiamento federal do SUS relacionado à possibilidade de perda da receita corrente líquida em função do agravamento da crise econômica que o país enfrentava. A mesma fonte salienta que essa emenda não previu um dispositivo semelhante ao da EC nº 29/2000, o qual impedia uma aplicação menor de recursos caso houvesse uma queda no PIB (SÁ *et al.*, 2018). Logo, os montantes destinados

anualmente pelo governo federal ficavam vulneráveis a variação das suas arrecadações e, por consequência, da situação financeira do país.

Sá *et al.* (2018, p. 114) foram além 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”.

Uma nova e profunda alteração no financiamento federal do SUS marca 2016. A Emenda Constitucional nº 95 (denominada de PEC nº 241 na Câmara dos Deputados e, posteriormente, transformada em PEC nº 55 no Senado Federal) modificou a regra de aplicação de recursos pela União, com o objetivo de estabelecer um teto para as despesas primárias – políticas públicas, oferta de benefícios e bens e serviços aos cidadãos – a ser corrigido pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (inflação) - do ano corrente, com vigência de 2017 a 2036. (VIEIRA, PIOLA; BENEVIDES, 2018; ANDRADE *et al.*, 2018).

Nesse “Novo Regime Fiscal” os limites das despesas com ASPS foram desvinculados das receitas (como a receita corrente líquida anteriormente no caso da EC nº 86) a partir do segundo ano de vigência (2018). Conforme Vieira, Piola e Benevides (2018) ficou estabelecido que para 2017 seria aplicado 15% da Receita Corrente Líquida do exercício e que de 2018 a 2036 o montante correspondente a esses 15% fosse corrigido pelo IPCA dos últimos doze meses antes da elaboração do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA).

Vieira, Piola e Benevides (2018) afirmam que a aplicação do Novo Regime Fiscal impacta o volume de recursos públicos efetivamente alocados ao SUS, seja pela imposição do teto geral de gasto ou pelo congelamento das despesas nos próximos dezoito anos. Sá *et al.* (2018) corroboram ponderando que as consequências para o financiamento do SUS foram analisadas e as conclusões foram de que a desvinculação dos mínimos aplicados as receitas resultariam em menores investimentos em saúde pública. Os autores destacam, ainda, que “o tamanho dessa perda é proporcional às taxas de crescimento da economia. Quanto maior o crescimento das receitas do governo federal, mais recursos deixariam de ser obrigatoriamente alocados no SUS” (SÁ *et al.*, 2018, p. 116).

Já Vieira e Benevides (2016) finalizam apontando que essa nova medida de ajuste fiscal procura reverter um histórico de crescimento real do gasto público

podendo provocar a ruptura de compromissos políticos e sociais com impactos na garantia do direito à saúde no Brasil.

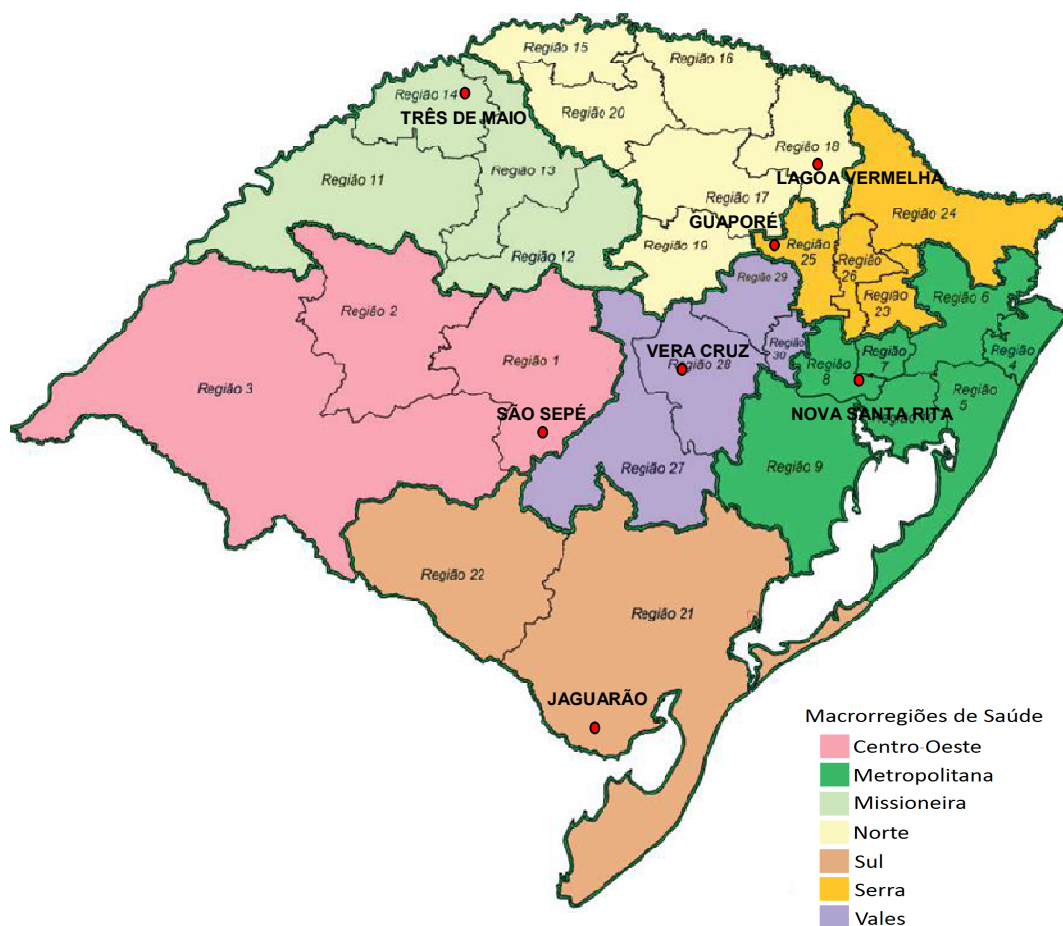
Em um contexto de financiamento insuficiente do sistema, as preocupações com o agravamento da situação financeira do sistema público de saúde só aumentam, já que as últimas condutas do governo federal não levam em consideração as transformações, econômicas, demográficas, sociais e epidemiológicas em curso no país e não contribuem para resolver os problemas de saúde da população brasileira.

4.2 Caracterização dos municípios estudados

O Estado do Rio Grande do Sul como forma de organização territorial do sistema de saúde dividiu, em 2012 - no processo de regionalização definido pela Resolução da CIB/RS nº 555/2012, alterada pela Resolução CIB/RS nº 499/2014 - seus 497 municípios em 30 Regiões de Saúde. As Regiões de Saúde formam “um espaço geográfico contínuo construído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados [...]” que servem como base para o planejamento em saúde e tendo como propósito a sistematização da Rede de Atenção à Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 25).

As Macrorregiões de Saúde, por sua vez, são formadas pelo agrupamento de duas ou mais Regiões de Saúde e visam à assistência integral à saúde da população através de ações de proteção, apoio diagnóstico, e atendimento ambulatorial e hospitalar (RIO GRANDE DO SUL, 2016). No Rio Grande do Sul foram estabelecidos sete Macrorregiões de Saúde: Centro-oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Sul, Serra e Vales; conforme ilustra a Figura 4.1 abaixo:

Figura 4. 1- Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul, 2019.



Os municípios selecionados para o estudo – Guaporé, Jaguarão, Lagoa Vermelha, Nova Santa Rita, São Sepé, Três de Maio e Vera Cruz – integram as regiões e macrorregiões demonstradas, a seguir, no Quadro 4.1:

Quadro 4.1- Municípios selecionados para o estudo por Macrorregião e Região de Saúde do Rio Grande do Sul

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO
Centro-oeste	R1 – Verdes Campos	São Sepé
Metropolitana	R8 – Vale do Cai e Metropolitana	Nova Santa Rita
Missioneira	R14 – Fronteira Noroeste	Três de Maio
Norte	R18 – Região das Araucárias	Lagoa Vermelha
Serra	R25–Vinhedos e Basalto	Guaporé
Sul	R21 – Região Sul	Jaguarão
Vales	R28 – Vale do Rio Pardo	Vera Cruz

Fonte: Elaborado a partir de Rio Grande do Sul (2016, p. 26-28).

Conhecer as peculiaridades individuais de cada território - demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e de sistema de saúde - é imprescindível para a compreensão de como esses fatores alteram o perfil das populações e suas necessidades de saúde. Assim, os municípios selecionados terão suas características relacionadas ao contexto da pesquisa descritas logo abaixo.

Tabela 4.1- 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).

Os sete municípios selecionados possuem características socioeconômicas apresentadas pela tabela 4.1(acima). A média da população total no período estudado é semelhante, sendo São Sepé o município menos povoado (22.983 habitantes) e Jaguarão o mais populoso (27.690 habitantes). O tamanho do território, por sua vez, é bastante díspare variando de 218 Km² (Nova Santa Rita) a 2.201 Km² (São Sepé). Todos os municípios apresentaram o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) entre 0,700 e 0,799 em 2010, incluídos, portanto, na faixa de alto desenvolvimento. Jaguarão apresentou o menor índice (0,707) e Guaporé o mais elevado (0,765), sendo este último superior à média dos municípios do Rio Grande do Sul (0,746) (FEE, 2019). A expectativa de vida de todos os municípios é superior à média nacional do ano (73,9 anos) (IBGE, 2019), sendo a menor em Jaguarão (74,9 anos) e a mais elevada em Lagoa Vermelha (78,1 anos). A taxa de analfabetismo dos municípios em maiores de 15 anos de

idade variou de 3,8% em Guaporé a 7,5% em São Sepé, permanecendo inferior à média nacional do período (9,6%) (IBGE, 2019). Guaporé possui, entre os municípios, o menor número de mortes infantis para cada mil habitantes (6,4%), enquanto Vera Cruz é o município que apresenta a maior taxa de mortalidade infantil (13,8%), sendo esta última superior à média nacional (13,3%) em 2016 (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.

As atividades econômicas dos municípios englobam, de modo geral, todos os setores da economia, apresentando como atuação econômica principal o primário e secundário. A atividade econômica mais relevante de Guaporé, Nova Santa Rita, Três de Maio e Vera Cruz abrangem o setor secundário (indústria). Com destaque para o setor joalheiro, metal-mecânico, confecções e calçados em Guaporé; fabricação de cimento, alto-falantes e têxtil em Nova Santa Rita; olarias, manufatura de confecções, indústria madeireira e moveleira em Três de Maio; e indústria fumageira, medicamentos, embarcações, calçados e tecnologia em Vera Cruz (GUAPORÉ, 2013; NOVA SANTA RITA, 2013; TRÊS DE MAIO, 2013; VERA CRUZ, 2014). Por outro lado, Jaguarão, Lagoa Vermelha e São Sepé possuem suas economias centradas no setor primário - agricultura e pecuária. Com predominância da cultura de arroz em Jaguarão; produção de soja, milho e trigo em Lagoa Vermelha; e soja, arroz e milho em São Sepé (JAGUARÃO, 2014; LAGOA VERMELHA, 2013; SÃO SEPÉ, 2015).

A rede de serviços de saúde pública dos municípios inclui diferentes níveis de complexidade - baixa, média e alta complexidade - e de atenção à saúde - primária, secundária e terciária. Guaporé, Jaguarão e Lagoa Vermelha possuem assistência ambulatorial nos três níveis de complexidade - baixa, média e alta - enquanto Nova Santa Rita, São Sepé, Três de Maio e Vera Cruz oferecem apenas serviços ambulatoriais de baixa e média complexidade para sua população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a).

Na atenção básica, a cobertura de estratégia de saúde de família variou, no período (2015-2017), de 26,9% em Vera Cruz a 96,7% em Três de Maio (26,9% em Vera Cruz; 60,7% em Lagoa Vermelha; 67,2% em Nova Santa Rita; 69,1% em

Jaguarão; 84,7% em São Sepé; 94,8% em Guaporé; e 96,7% em Três de Maio); enquanto, a média de cobertura dos municípios do Rio Grande do Sul foi de 54,1% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b).

A assistência hospitalar SUS é ofertada em seis dos sete municípios, em hospitais de médio porte - 51 a 150 leitos – compreendendo a cadeia de serviços de média complexidade. A exceção é Nova Santa Rita que não dispõem de atenção terciária no município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a; 2019b).

A principal causa de internação da população na maioria dos municípios pesquisados, considerando o local de residência, entre 2015 e 2017, foram as doenças do aparelho respiratório; a exceção foi Nova Santa Rita que apresentou o maior número de internações por doenças do aparelho circulatório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a).

Já as taxas de mortalidade se mostraram desiguais entre os municípios e não acompanharam as principais causas de internações no período. As doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis pela maior parte dos óbitos em Lagoa Vermelha (23,6%) e Nova Santa Rita (14,9%), as neoplasias em Jaguarão (20,1%) e São Sepé (13,0%), as doenças do sistema nervoso em Vera Cruz (14,9%) e doenças sem diagnóstico definido em Guaporé (35,2%) e Três de Maio (16,5%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a).

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).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados alcançados por meio da descrição, comparação e interpretação das informações baseadas no referencial teórico deste estudo.

Para tanto, os achados da pesquisa foram organizados na ordem estabelecida nos objetivos específicos, a saber: (i) Volume de recursos do SUS por habitante transferidos das esferas federal e estadual aos municípios; (ii) Volume de recursos próprios *per capita* aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde pelos municípios; e (iii) Despesa total *per capita* em Ações e Serviços Públicos de Saúde.

5.1 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 para o Sistema Único de Saúde dos municípios estudados, no período de 2015 a 2017.

Tabela 5.1 - 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 por município
	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 5.1(acima), 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 no 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\$ 200milhões) 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 nº 86/2015 e que começou a vigorar em 2016, aliado à redução na arrecadação da 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 12,0% na 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, percebida na maioria dos municípios estudados em 2017 possivelmente seja decorrente da nova alteração do regime fiscal determinada pela Emenda Constitucional n° 95/2016 associada à menor arrecadação do governo federal neste ano.

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”. Jacoud e Viera (2018) complementam declarando que a provável

redução da participação da União na alocação de recursos em saúde, em consequência da EC nº 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 a análise é realizada comparando 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 é 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, partindo desse pressuposto, não é possível afirmar que, apesar das discrepâncias demonstradas nos achados dessa pesquisa, os recursos repassados pela União aos municípios não estão 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 reforçamos achados em relação a divisão de recursos pelo governo federal relatando que “[...] a distribuição regional do gasto público em saúde é bastante desigual [...]”.

Tabela 5.2 - 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 por município
	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 5.2 (acima), 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 o município recebeu em 2015 oito vezes menos do que em 2016. Esse baixo investimento *per capita* em 2015 (R\$ 7,52), se comparado a 2016 (R\$ 59,60) e 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, em

fevereiro de 2018, R\$ 864 mil ou R\$ 37,60 por habitante, referente 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 nº 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%.

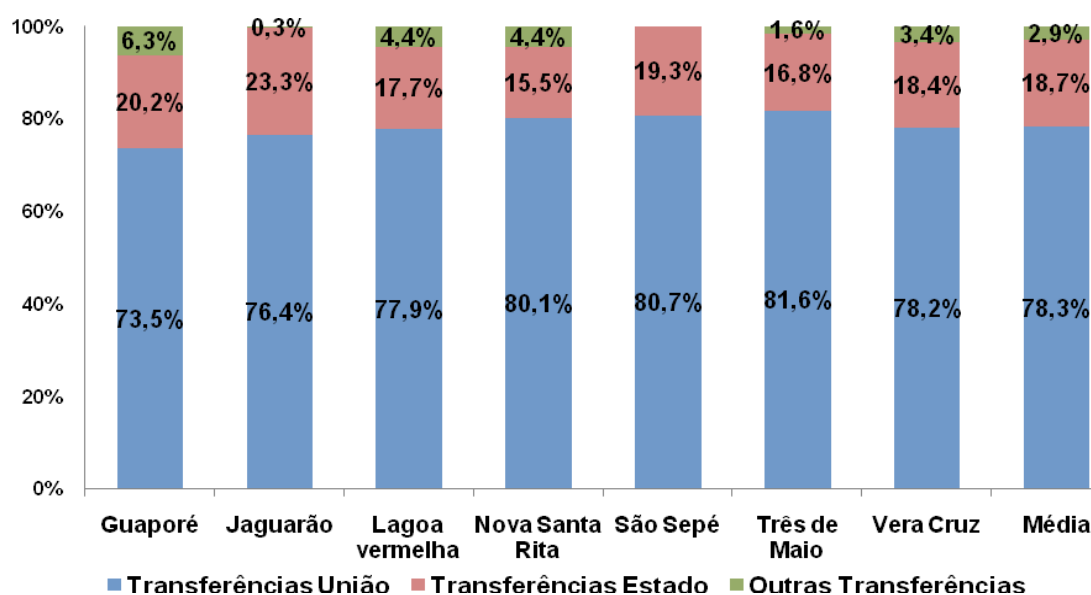
Essa redução no aporte de transferências para os municípios em 2017 contrasta com o aumento no total arrecadado com as receitas vinculadas do Estado. Nesse ano, houve um acréscimo de R\$ 59,40 *per capita* (R\$ 804 milhões) na arrecadação em relação a 2016 e uma aplicação de 12,2% do total das receitas 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 trata-se de um rateio injusto – não equitativo – dado que os municípios do presente estudo 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 tem assumido de fato o papel de corresponsável pelo financiamento da saúde pública, aplicando valores muito abaixo do esperado quando comparado a média nacional investida por outros estados no mesmo período.

Gráfico 5.1- Composição das transferências do SUS em municípios selecionados do Rio Grande do Sul– Média percentual 2015-2017



Fonte: Elaborado a partir de SIOPS (2019).

No gráfico 5.1 (acima), 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 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, também chegaram à conclusão 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 nº 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”.

5.2 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 nº 29, 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 investimentos individuais por habitante dos municípios que foram aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde no período de 2015 a 2017.

Tabela 5.3 - 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 da tabela 5.3 (acima) que quantificam os montantes próprios *per capita* aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde demonstram, de modo geral, 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 (8,1% e 6,2% respectivamente) menos por habitante que no ano

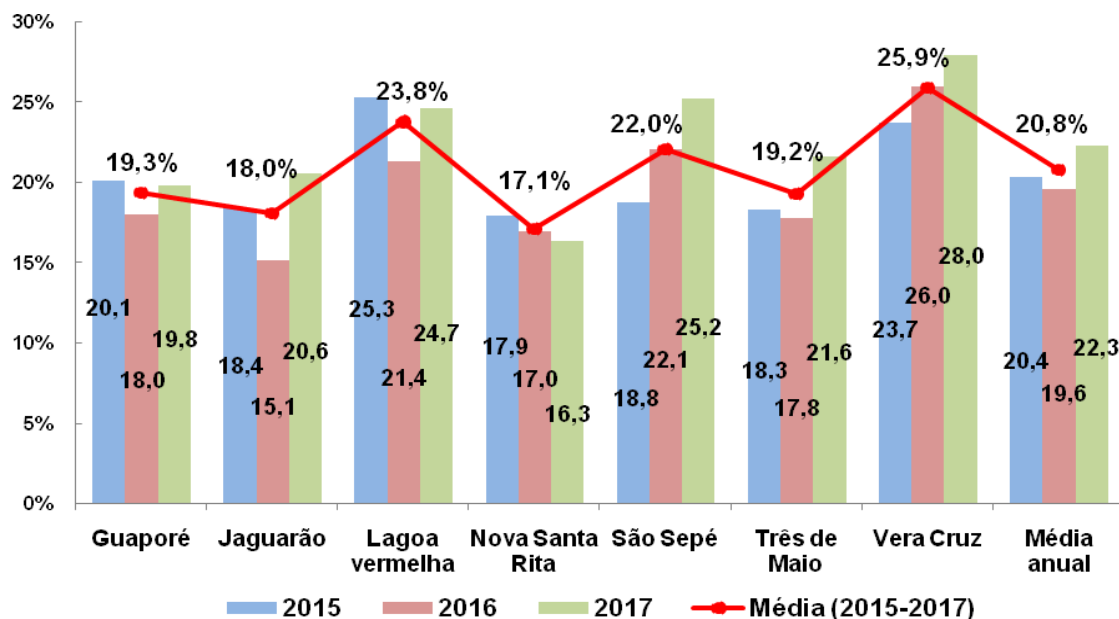
anterior (2015). Em compensação, São Sepé aplicou, em 2017, 45% mais recursos próprios *per capita* do que no primeiro ano de referência (2015).

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 transferências 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 âmbito.

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.

Gráfico 5.2 - Receita própria (%) aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde por municípios selecionados do Rio Grande do Sul - 2015 a 2017



Fonte: Elaborado a partir de SIOPS (2019).

O gráfico 5.2 (acima) demonstra, por meio de percentual, a participação dos investimentos em ASPS pelos municípios a partir de seus orçamentos próprios. Percebe-se que 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 nº 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 exemplo 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 – estado de São Paulo - no período de 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 refere-se 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 um 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).

5.3 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 5.4 - 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 por município
	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, temos que Guaporé teve uma 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 menor porcentagem de recursos próprios, apesar dos valores monetários terem sido superiores. Essas considerações, talvez, possam elucidar o decréscimo constado, em 2016, dos gastos totais em ASPS pelos municípios no presente estudo e permite 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\$ 1.269,00⁵ (em valores de 2017) e a média no estado do Rio Grande do Sul no ano de 2017 correspondeu a R\$ 1.213,00⁶. 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, eles 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).

Somando-se a isso, quando a comparação é 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

⁵ 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.

⁶ Incluem-se os gastos diretos não regionalizados (alocações federais para custeio do Grupo Hospitalar Conceição – GHC).

estudados, entre 2015 e 2017, tenha sido de R\$ 556,53 ou US\$ 332,65 *per capita*, países com estruturas 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.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O financiamento da saúde é um grande desafio para o setor, principalmente, a partir das últimas décadas. No âmbito da saúde brasileira, e em especial da saúde pública, a situação é mais 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 resolutiva. 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 e que são decorrentes de um sistema condicionado e determinado tanto pelo nível de gastos quanto pelas fontes e estruturas de custeio (ROA, 2016).

Nesse sentido o presente estudo procurou descrever as características orçamentárias do financiamento e do gasto público em saúde, utilizando como ferramenta o SIOPS. Esse sistema é um instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS e serve como fonte valiosa de informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública amparando os gestores locais nas decisões que mais satisfazem as necessidades da sua população.

A partir da análise dos sete municípios do Rio Grande do Sul selecionados com base nas macrorregiões de saúde, na população total e no IDHM foi possível vislumbrar o comportamento do financiamento e da estrutura do gasto público em saúde ao longo do período determinado (2015-2017) no que se refere a distribuição, a aplicação e a despesa total em ASPS.

Considerando as transferências intergovernamentais de recursos do SUS destinadas ao financiamento da saúde pública e de efetivação das ações e serviços pelos municípios – primeiro objetivo - 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 regeu a 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, ainda, responde por aportes muito baixos – dez vezes menos - quando equiparados a média de todos os estados brasileiros validando a visão de um Estado pouco participativo no financiamento, talvez mais concentrado 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 – segundo objetivo - apurou-se que eles destinam em média 20,7% das suas receitas para saúde e que os patamares de aplicações assemelham-se 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 – terceiro objetivo - evidenciou-se que todos os entes governamentais contribuem para desfechos relacionados aos gastos com saúde pública. As receitas próprias dos municípios apareceram, por outro lado, aparentemente, 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 também que os gastos totais com ASPS correspondem a menos da metade das médias nacional e estadual e 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.

Correlacionando as macrorregiões de saúde aos achados do estudo tem-se que 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).

Em paralelo, a pesquisa permite deduzir ainda que os resultados observados ao final do período analisado retratam, o ano de 2016 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.

Sendo assim, é de suma importância que se aprimore a gestão e o financiamento da saúde pública brasileira, de modo a fortalecer e consolidar o SUS, na perspectiva de reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso às ações e serviços de assistência à saúde, mas, acima de tudo como condição para a sua existência permanente. Para tanto, Andrade *et al.* (2018), apresentam, entre outras propostas, 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.

As probabilidades, todavia, 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 no país (JACOUD; VIEIRA, 2018).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. M. O. **A pesquisa científica em saúde**: concepção e execução. 4. ed. Campo Grande: MS, 2011. 160 p. (Caderno de Estudo). Metodologia científica I.

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. Brasília: Ipea, 2018. v. 2. 678 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 124p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2).

_____. Decreto n. 7.508, de 28 junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011b.

_____. Lei Complementar n. 141, de 13 janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 124 p. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 140 p. (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 2, v. 1). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacoes_orcamentos_publicos_saude.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

FEE – FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas Populacionais** (Revisão 2018). 2018. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/indicadores/populacao/apresentacao/>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

_____. **Perfil Socioeconômico do RS.** 2019. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

FIGUEIREDO, J. O., PRADO, N. M. B. L, MEDINA, M. G., PAIM, J. S. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 37-47, out. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe2/37-47/pt>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

GUAPORÉ. Prefeitura Municipal de Guaporé. 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>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Método de pesquisa.** Porto Alegre: UFRGS, 2009. p. 120.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015.** Rio de Janeiro: IBGE, 2017. p. 79.

_____. IBGE Cidades. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 13 mar. 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. p. 62. (Texto para discussão, n. 2399).

JAGUARÃO. Prefeitura Municipal de Jaguarão. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** 2014. Disponível em: <<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=43&codTpRel=01>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

LAGOA VERMELHA. Prefeitura Municipal de Lagoa Vermelha. 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>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

MARQUES, R. M. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil:** organização e financiamento. 1. ed. Rio de Janeiro: ABrES, 2016, p. 11-36.

MARQUES JUNIOR, L. S. A crise financeira do RS e seus componentes. **Carta de Conjuntura FEE,** Porto Alegre, v. 24, n. 10, p. 1, out. 2015. Disponível em: <<http://carta.fee.tche.br/wp-content/uploads/2015/10/20151014carta-de-conjuntura-fee-ano-24-n.10-out.15.pdf>>. Acesso em 25 mar. 2019.

MENDES, A. **O grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos.** Entrevista. Rio de Janeiro: 17/02/2017. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-grande-problema-e-a-falta-de-dinheiro-para-o-sus-e-nao-a-forma-de-repasse>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. 1. ed. Rio de Janeiro: ABrES, 2016, p. 139-168.

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>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

_____. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde – TABNET. 2019a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

_____. Sala de Apoio à Gestão Estratégica - SAGE: banco de dados. 2019b. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

NOVA SANTA RITA. Prefeitura Municipal de Nova Santa Rita. 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>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. **Relatório Mundial da Saúde 2010**. Genebra: OMS, 2010. p. 143.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018, p. 222.

PARMAGNANI, F.; ROCHA, F. Transferências do SUS: substituição de gastos ou Recursos adicionais? **Planejamento e políticas públicas**. Brasília, n. 48. jan.-jun. 2017, p. 33-54.

PIOLA, S. F. Comentário: Financiamento dos serviços de saúde pública nos últimos 40 anos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 573-575, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/02.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2018.

_____. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar n. 141/2012**. Brasília: Ipea, 2017. 50 p. (Texto para Discussão, n. 2298).

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. 1. ed. Rio de Janeiro: ABrES, 2016, p. 101-138.

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, 2013a. v. 4, p. 19-70.

_____. **Financiamento Público da Saúde:** Uma História a Procura de Rumo. Rio de Janeiro: IPEA, 2013b. 46 p. (Texto para Discussão, n. 1846). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2018.

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. 46 p. (Texto para discussão, n. 2439).

RIBEIRO, J. A. et. al. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. In: JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE DA ABRES, 2., Belo Horizonte, 2005. **Anais...** Rio de Janeiro: CEBES, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde:** 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2016. 228 p.

ROA, A. C. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil:** organização e financiamento. 1. ed. Rio de Janeiro: ABrES, 2016, p. 75-98.

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

SANTOS, L. “Não temos como falar sobre gestão de saúde eficiente quando o dinheiro fraciona o sistema e a própria gestão”. **Revista CONASEMS**, Brasília, n. 68, p. 30-33, jan.-mar. 2017. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/05/revista_conasems_edicao68-web_F03.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

SANTOS, R. J. M; LUIZ, V. R. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil:** organização e financiamento. 1. ed. Rio de Janeiro: ABrES, 2016, p. 169-204.

SANTOS NETO, J. A., MENDES, A. N., PEREIRA, A. C., PARANHOS, L. R. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1269-1280, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1269.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

SÃO SEPÉ. Prefeitura Municipal de São Sepé. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2015-2017**. 2015. Disponível em: <<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=43&codTpRel=01>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA, O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, abr.-jun. 2001.

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>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

SIMÃO, J. B.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 33-63, jan.-mar. 2015.

SIOPS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. Repasses financeiros. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>>. Acesso: 22 ago. 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>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

VERA CRUZ. Prefeitura Municipal de Vera Cruz. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 2014. Disponível em: <<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=43&codTpRel=01>>. Acesso em: 06 abr. 2019.

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. 25 p. (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, 2018, p. 463-489.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000—Health Systems: improving performance**. Geneva: WHO, 2000. 215 p. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 08 jul. 2018.

_____. Countries. 2018a. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

_____. **Public Spending on Health: a closer look at global trends**. 2018b. 52 p. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 15 mar. 2019.