

Aplicação per capita do percentual mínimo obrigatório de recursos próprios municipais em saúde: quando a legalidade multiplica as desigualdades

*Per capita application of the minimum required percent of municipal health own resources: when
legality multiplies inequalities*

André Chies

Vinícius Fleck Silveira

RESUMO

Este artigo foi desenvolvido com o objetivo de realizar uma análise da relação existente entre o percentual mínimo obrigatório de recursos próprios municipais a serem aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS, e seus respectivos valores per capita, nos municípios pertencentes à 5a. Coordenadoria Regional de Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa de natureza básica, com objetivo exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa. Como estratégias de pesquisa, lançou-se mão de uma pesquisa documental e de um estudo de caso, utilizando dados secundários disponíveis nas bases de dados do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, bem como dados demográficos disponíveis na base de dados do Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Os resultados demonstram que há considerável desigualdade entre os valores mínimos per capita obrigatórios para ASPS nos diferentes municípios, exibindo uma variação de 447,03%, indo de R\$ 234,47 até R\$ 1.282,63 anuais, evidenciando a fragilidade da mera aplicação de percentual mínimo de recursos próprios como parâmetro para estabelecer o financiamento igualitário do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, considerando as diferentes realidades financeiras existentes nos municípios pesquisados.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde - SUS; Financiamento do Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: The subject of this article was to make an analysis of the relation existing between minimum municipal financial resources, applied for health funding, and the related per capita values, in the cities of the 5th health region (5a. Coordenadoria Regional de Saúde), in the state of Rio Grande do Sul. It was a research of a basic kind, with the objective to be describing and exploratory, using a quantitative approach. As researching strategies, there was performed a document research and a case study with secondary data, available in the SIOPS information system

(Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde) for the financial data, and DATASUS (Departamento de Informática do SUS) for the demographic data. The results show that there is considerable inequality between the mandatory minimum per capita values for health funding in the different municipalities, showing a variation of 447,90%, ranging from R\$ 234,48 to R\$ 1.283,07 per year, thus highlighting the fragility of merely determine the sustainability of Brazil's Unified Health System – SUS, by a minimum percentage rate of city orçamentary resources, against the different local financial realities, in the analyzed cities.

KEYWORDS: Health; Public Health; Brazil's Unified Health System - SUS; Brazil's Unified Health System Funding;

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde – OMS preconiza a busca pela Cobertura Universal em Saúde, sendo esta caracterizada como a oferta e o acesso a serviços de saúde de alta qualidade, juntamente com a proteção contra risco financeiro de quem necessita destes serviços, tanto que seus estados membros assinaram um compromisso por esta busca no ano de 2005. (WHO, 2013, tradução nossa)

No Brasil “O Sistema Único de Saúde – SUS produziu um progresso substancial na direção de um sistema de Cobertura Universal em Saúde” (MASSUDA; HONE; LELES, 2018, p.1, tradução nossa), definindo as ações e serviços públicos de saúde como um direito garantido a todos os cidadãos e sob a responsabilidade do Estado, determinando que estes serviços sejam integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se em um sistema único, direcionado ao atendimento integral (BRASIL, 1988). Em adição, seu acesso deverá se dar de forma universal e igualitária para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a). Porém, “fraquezas estruturais, econômicas e políticas, além de políticas de austeridade, que criaram tetos para o crescimento dos gastos públicos, estão prejudicando seus resultados e sustentabilidade.”. (MASSUDA et al., 2018, p.1, tradução nossa)

Não somente para o atendimento regular e integral em saúde, mas também considerando todos os avanços tecnológicos e científicos que surgem constantemente nesta área, quer seja através do desenvolvimento de novos medicamentos, exames ou procedimentos, o SUS necessita de fontes sustentáveis de financiamento que garantam recursos suficientes à manutenção do atendimento igualitário, disponibilizado à toda a população do país sem qualquer tipo de restrição de acesso, seja

por condição econômica, social ou de qualquer outra natureza.

Neste sentido, a partir da Constituição de 1988 houveram inúmeros avanços no processo de financiamento, tendo sido implantados diversos modelos de gestão e distribuição de recursos financeiros durante os anos que se seguiram, culminando com a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que estabeleceu a regulamentação, entre outros, dos valores mínimos de recursos públicos a serem aplicados em saúde pela União, Estados e Municípios, e que definiu os mecanismos de controle a serem utilizados no monitoramento de sua aplicação.

Desde então, os Municípios vêm realizando as ações necessárias para desempenhar seu papel, enquanto participantes da rede integrada do SUS, buscando o cumprimento dos percentuais mínimos, obrigatórios por lei, dos recursos financeiros a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, prestando contas através da divulgação de dados nos sistemas determinados pela legislação, de tal forma a permitir o controle social sobre os gastos realizados e sujeitando-os, também, ao monitoramento e fiscalização do Ministério da Saúde.

Segundo Lima (2005), um dos maiores desafios da implantação do Sistema Único de Saúde é o financiamento. Este autor acrescenta que existem poucos estudos epidemiológicos tratando de informações financeiras na composição dos indicadores de saúde da população.

Neste contexto, para a realização desta pesquisa foram realizadas buscas nos bancos de dados de sites específicos de pesquisa acadêmica (BDTD, Spell e Google Acadêmico) com foco na comparação regional entre os percentuais mínimos de recursos a serem aplicados em saúde e seus respectivos valores per capita, utilizando como termos de busca as expressões “financiamento em saúde”, “despesa per capita em saúde” e “percentual aplicado em saúde”. Porém, não foram encontrados resultados com o foco especificado. Desta forma, justifica-se a relevância deste estudo, que realiza uma análise comparativa da variação per capita dos recursos financeiros a serem obrigatoriamente aplicados em saúde, nos Municípios de uma região, medindo a homogeneidade de sua distribuição e sua efetividade na contribuição para o atingimento do objetivo constitucional de proporcionar um atendimento igualitário em saúde, respondendo à pergunta de pesquisa: o valor financeiro per capita, relativo ao percentual mínimo obrigatório de recursos próprios municipais para Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS, proporciona distribuição igualitária de recursos no SUS?

Este artigo trará, na sequência, referencial teórico que servirá de base para a discussão dos temas abordados, os procedimentos metodológicos, seguidos pelos resultados, discussões e considerações finais.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir são apresentados alguns conceitos fundamentais, considerando o momento histórico e características gerais da sociedade, permitindo observar a ligação existente entre saúde e saúde pública que, no Brasil, onde a saúde é garantia fundamental assegurada pela Constituição de 1988, tem sua efetivação através do Sistema Único de Saúde - SUS, desenvolvido em um constante processo de descentralização e aperfeiçoamento, na busca pela superação de imensos desafios, entre eles, o do financiamento justo e igualitário.

1.1 O conceito de saúde

Segundo Scliar (2007, p. 37), o conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, em 7 de abril de 1948, ainda citado com frequência, define que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Porém, o autor observa que houveram críticas técnicas e políticas a este modelo, que apontaria para uma saúde utópica. Ressalta, ainda, que o Art. 196 da Constituição Brasileira de 1988, o qual cria o direito à saúde, evita discutir o conceito, limitando-se a definir que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Para Conceição (2015) é necessário o debate em torno dos conceitos distintos de saúde, vinculando-os ao surgimento da saúde coletiva e passando pela saúde pública, cujo sentido integra questionamentos além da perspectiva científica, conforme as particularidades de cada profissional e de cada usuário, conflitantes, muitas vezes, com o discurso acadêmico. Ainda, a autora coloca que, ao longo do tempo, os conceitos sofrem influência dos problemas sociais de cada momento histórico, não podendo o entendimento sobre o que é saúde ser tomado como fato natural e intrínseco ao ser humano.

No Brasil, a partir da década de 1990, com a Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde - SUS, adota-se um conceito ampliado de saúde-doença-cuidado, incorporando fatores determinantes sociais, relacionando-os à promoção e proteção da saúde e qualidade de vida individual e coletiva, remodelando a assistência a partir de abordagens teóricas, políticas e ideológicas, em contraposição ao conceito negativo de saúde, como mera ausência de doença. (SANTOS JÚNIOR, 2011).

1.2 Saúde Pública e o Sistema Único de Saúde

No Relatório Mundial de Saúde, emitido pela Organização Mundial da Saúde no ano de 2013, a entidade explana, entre outros, como a resolução adotada por todos os Estados membros, no ano de 2005, abraça as duas facetas da Cobertura Universal em Saúde, centradas na oferta e no acesso aos serviços de saúde. Propõe que estes sejam de alta qualidade, com a proteção contra o risco financeiro de todos que deles precisam, ou seja, evitando o seu empobrecimento ou sua ruína financeira, como parte integrante do bem-estar. Ainda, define Serviços de Saúde, no referido relatório, como sendo os métodos para a promoção, tratamento, reabilitação e alívio, incluindo o cuidado em saúde nas comunidades, centros de saúde e hospitais. O termo, segundo o Relatório, inclui meios de ação sobre determinantes ambientais e sociais, ambos contidos no setor saúde e além deste. Destaca que a proteção contra o risco financeiro é parte do pacote de medidas que proporcionam uma proteção social integral. (WHO, 2013, tradução nossa)

No Brasil, o direito de acesso universal aos serviços de saúde, orientado pelas diretrizes básicas da descentralização, do atendimento integral, da universalização e da participação social, surgiu como resultado da união de pessoas e instituições ao Movimento Sanitarista, que lutava pelos direitos sociais durante a Assembleia Nacional Constituinte, tendo como marco a promulgação da Constituição de 1988, a partir da qual houveram inúmeros avanços, além do surgimento de novos desafios, no sentido de garantir o atendimento em saúde com qualidade e equidade para todos, buscando a Cobertura Universal em Saúde. Antes disso, os serviços de saúde eram limitados aos contribuintes da Previdência Social ou a quem tivesse condições de pagar pelo serviço privado, colocando uma significativa parcela da população à margem do acesso à saúde. (BRASIL, 2015)

As competências de cada esfera governamental estão previstas na Lei Federal nº. 8080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que destaca a descentralização político-administrativa, transferindo poder, competências e recursos aos municípios, num processo de municipalização dos serviços e ações de saúde. (BRASIL, 2009)

Cabe destacar que, na estrutura do Sistema Único de Saúde, são competências comuns à União, aos Estados e aos Municípios as atividades de planejamento, financiamento, normalização, controle, avaliação e divulgação de dados à população. Aos municípios, especificamente, cabe o contato direto e a prestação dos serviços de saúde necessários à sua população adstrita, além da contribuição na implantação das estratégias nacionais, definidas pelo Ministério da Saúde, e no desenvolvimento das políticas regionalizadas, definidas em nível estadual. (BRASIL, 2016)

Em função de haverem, no Brasil, milhares de municípios pequenos (os quais não comportam a existência de serviços de saúde de média e alta complexidade em sua estrutura) e, por outro lado,

municípios de maior porte (onde estes serviços podem possuir oferta excedente), constituem-se processos de regionalização, onde os municípios com maior oferta de serviços podem se tornar referências para o atendimento às demandas dos municípios menores próximos. (BRASIL, 2009)

1.3 Financiamento do Sistema Único de Saúde

A Lei Federal No 8.142, de 1990, define a forma de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e a obrigatoriedade de contrapartida municipal aos recursos repassados pela União. Porém, não estabelece, ainda, parâmetros de valores mínimos, colocando como base de planejamento e financiamento os Planos de Saúde, em nível federal, estadual e municipal, condicionando as transferências de recursos financeiros da União, entre outros, ao funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde. (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2009)

Somente no ano 2000, doze anos após a inclusão da saúde como direito fundamental, houve uma definição mais clara dos recursos financeiros para o seu financiamento, através da promulgação da Emenda Constitucional nº. 29. Esta Emenda Constitucional torna obrigatória aos entes federados a aplicação de valores mínimos para o financiamento de Ações e Serviços Públicos de Saúde, estabelecendo, para os Municípios, o parâmetro de 15% sobre a arrecadação dos impostos municipais, das transferências do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), prevendo aplicação gradativa, atingindo este percentual mínimo, de 15%, apenas depois de 5 anos, em 2005. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2009)

A regulamentação dos valores mínimos a serem aplicados em saúde ocorreu com a publicação da Lei Complementar nº. 141, no ano de 2012, na qual foram estabelecidos os critérios de rateio de recursos entre os entes federados. Adicionalmente, foram esclarecidos os meios de apuração e a forma de cálculo do percentual de recursos próprios aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS, determinando, também, que o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) deve ser utilizado para prestação de contas e fornecimento de dados para fiscalização. Foram repetidas algumas normas já estabelecidas na legislação em vigor, a exemplo do percentual mínimo de 15% a ser aplicado pelos municípios e, também, a obrigatoriedade da instituição do Fundo Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e da elaboração do Plano Municipal de Saúde, reforçando, as diretrizes do acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2012)

Lima (2005) já havia demonstrado que a fiscalização e análise do gasto público em saúde se tornam essenciais à medida que cresce a responsabilidade dos municípios no seu financiamento, constatando a confiabilidade dos dados declarados no Sistema de Informações sobre Orçamentos

Públicos em Saúde (SIOPS) para fins de análise estatística e como base para o planejamento, gestão e controle social do financiamento e do gasto público em saúde.

2 METODOLOGIA

Para a elaboração deste artigo foi realizada uma pesquisa de natureza básica, com objetivos exploratório e descritivo, utilizando uma abordagem quantitativa. Como estratégia lançou-se mão da aplicação de pesquisa documental e de um estudo de caso.

Para Yin (2001) o estudo de caso, como estratégia de pesquisa, compreende um método que inclui abordagens específicas à coleta e análise de dados, tendo capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas e observações, podendo ser utilizado em muitas situações, dentre elas a administração pública, incluindo ou mesmo se limitando às evidências quantitativas, para responder a questões nas quais o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos, quando o foco se encontra em acontecimentos contemporâneos, não manipuláveis, inseridos em algum contexto da vida real, contribuindo para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos, lidando de forma muito importante com o planejamento, a análise e a exposição de idéias, permitindo a verificação, inclusive, da maturação de alguns setores, fazendo-se uma questão do tipo "como" ou "por que" sobre um conjunto de acontecimentos. Assim, o estudo de caso adequa-se aos objetivos desta pesquisa, que buscou respostas sobre como se distribui a despesa obrigatória municipal per capita em saúde e por que esta distribuição é importante no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS.

A escolha da abordagem quantitativa vai ao encontro do objetivo do artigo, por empregar processos metódicos e empíricos em seu esforço para gerar conhecimento. Deste modo, utilizou-se a coleta de dados baseando-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões e comprovar teorias. De caráter exploratório, este estudo teve como objetivo examinar aspectos pouco estudados do tema proposto, ou seja, a partir da constatação da necessidade de apresentar uma visão geral a fim de esclarecer e modificar conceitos e ideias, possibilita-se a formulação de novos problemas de pesquisa e hipóteses para estudos posteriores, assim como, verifica-se a incidência das modalidades ou níveis de uma ou mais variáveis no contexto apresentado ao longo desta análise. (CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R., 2007; BARROS, A. J. S; LEHFELD, N. A. S., 2007)

Para responder ao problema de pesquisa antencionado foi realizada análise do valor per capita correspondente ao percentual mínimo obrigatório de despesas com recursos próprios municipais, a serem realizadas em Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS , conforme determina

a Lei Complementar 141/2012, nos 49 municípios pertencentes à 5a. Coordenadoria Regional de Saúde, sediada em Caxias do Sul, no Estado do Rio Grande do Sul, com dados de janeiro a dezembro de 2017. Este período foi selecionado por acumular todos os dados financeiros do respectivo ano e, ainda, por ser o mais recente disponível para consulta, contendo todos os municípios pesquisados. A região de saúde foi selecionada por ser representativa, contendo 10,41% da população e 9,86% dos municípios do Estado e, ainda, por ser consideravelmente heterogênea quanto à concentração populacional e de receitas municipais.

Como fontes de dados financeiros, foram utilizados os relatórios de cálculo do percentual aplicado em saúde, conforme a Lei Complementar 141/2012, publicados no Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, disponível no endereço eletrônico http://siops.datasus.gov.br/rel_perc_LC141.php?e=2, referentes ao 6o. bimestre do ano de 2017. Este período foi selecionado por acumular todos os dados financeiros do respectivo ano. Destes relatórios foram extraídos os valores de “Despesa mínima a ser aplicada em ASPS (XXVI)”, no “Quadro D - Cálculo das Despesas Próprias em Ações e Serviços Públicos de Saúde, Conforme LC 141/2012”, para cada Município pesquisado.

Como fonte de dados para as informações demográficas foi utilizada a base de dados fornecida pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), disponível no endereço <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptrs.def>, com dados de estimativas de população residente nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul (estimativas para o TCU), classificados na Macrorregião de Saúde “Serra”, ano de pesquisa de 2017, para coincidir com o período dos dados financeiros obtidos no SIOPS.

Na tabela 1 foram dispostas, sequencialmente, em ordem crescente de população, as informações referentes aos 49 municípios pesquisados. Para cada município foi tabulada a população estimada para o ano de 2017, conforme dados do DATASUS, a Despesa Obrigatória em ASPS para o mesmo ano, conforme dados do SIOPS, bem como foi calculado o respectivo valor per capita. Com a finalidade de possibilitar a comparação entre os municípios, foram extraídos os valores mínimo e máximo de população residente, com o respectivo município, e foram calculados a relação proporcional entre estes valores; o mínimo e máximo do valor total a ser aplicado em ASPS, com respectivo município, a relação proporcional entre estes valores e o coeficiente de Gini para a distribuição; e os valores per capita mínimo e máximo com respectivo município, população residente e a relação proporcional entre estes valores.

Na tabela 2 foi realizada uma estratificação dos municípios, classificando-os segundo faixas populacionais específicas, para possibilitar uma análise estatística compartimentada. A tabulação foi realizada considerando as faixas populacionais de 1 a 2.500, de 2.501 a 5.000, de 5.001 a 10.000,

de 10.001 a 25.000, de 25.001 a 50.000, de 50.001 a 100.000 e, de 100.001 a 500.000 habitantes. Nesta classificação foi verificada a quantidade de municípios que se enquadra em cada faixa populacional e a respectiva representatividade percentual destes sobre o total de municípios da região; a população total residente nos municípios de cada faixa populacional e a respectiva representatividade percentual desta sobre o total da população da região; o total da despesa obrigatória em ASPS, bem como a respectiva representatividade percentual deste sobre o total da despesa obrigatória em ASPS da região; e, a média de recursos obrigatórios para ASPS, per capita, nos municípios que se enquadram em cada uma das faixas populacionais avaliadas.

3 RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados obtidos, trazendo inicialmente a Tabela 1, com as informações gerais resultantes da coleta dos dados desta pesquisa, referentes a todos os municípios estudados, seguida de análise com observações e comparativos relevantes sobre os dados observados.

Tabela 1 - Relação dos municípios analisados, população estimada, total da despesa obrigatória em saúde e respectivo valor per capita, no ano de 2017.

SEQ

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA (DATASUS 2017)	DESPESA OBRIGATÓRIA 15% (SIOPS 2017) PERCAPITA OBRIGATÓRIO 15% (CALCULADO)
1	UNIÃO DA SERRA 1.374	R\$ 1.621.151,10 R\$ 1.179,88
2	GUABIJU 1.600	R\$ 1.503.049,71 R\$ 939,41
3	VISTA ALEGRE DO PRATA 1.611	R\$ 1.897.281,07 R\$ 1.177,70
4	LINHA NOVA 1.712	R\$ 1.465.413,49 R\$ 855,97
5	CORONEL PILAR 1.728	R\$ 1.590.549,98 R\$ 920,46
6	SANTA TERESA 1.780	R\$ 1.457.157,25 R\$ 818,63
7	PROTASIO ALVES 2.034	R\$ 1.678.146,41 R\$ 825,05
8	PINHAL DA SERRA 2.104	R\$ 2.698.654,87 R\$ 1.282,63
9	SÃO VENDELINO 2.154	R\$ 1.824.615,46 R\$ 847,08
10	NOVA PADUA 2.568	R\$ 1.840.937,99 R\$ 716,88
11	MONTE BELO DO SUL 2.689	R\$ 1.834.861,49 R\$ 682,36
12	FAGUNDES VARELA 2.724	R\$ 1.878.220,89 R\$ 689,51

13	SAO JORGE	2.842	R\$ 1.723.541,86	R\$ 606,45
14	BOA VISTA DO SUL	2.859	R\$ 2.274.837,23	R\$ 795,68
15	PINTO BANDEIRA	2.868	R\$ 1.663.360,24	R\$ 579,97
16	ALTO FELIZ	3.040	R\$ 1.911.300,44	R\$ 628,72
17	MUITOS CAPÕES	3.156	R\$ 3.014.123,77	R\$ 955,05
18	MONTE ALEGRE DOS CAMPOS	3.249	R\$ 1.839.568,34	R\$ 566,20
19	ESMERALDA	3.313	R\$ 2.312.093,35	R\$ 697,89
20	VILA FLORES	3.382	R\$ 2.265.220,39	R\$ 669,79
21	CAMPESTRE DA SERRA	3.407	R\$ 2.293.237,15	R\$ 673,10
22	SÃO JOSÉ DOS AUSENTES	3.496	R\$ 2.101.298,90	R\$ 601,06
23	NOVA ROMA DO SUL	3.603	R\$ 2.519.869,29	R\$ 699,38
24	COTIPORÃ	4.000	R\$ 2.254.193,62	R\$ 563,55
25	JAQUIRANA	4.083	R\$ 1.784.792,61	R\$ 437,13
26	NOVA ARAÇÁ	4.471	R\$ 2.419.520,23	R\$ 541,16
27	PICADA CAFÉ	5.595	R\$ 2.478.473,93	R\$ 442,98
28	VALE REAL	5.638	R\$ 1.866.769,37	R\$ 331,10
29	IPE	6.482	R\$ 2.527.733,31	R\$ 389,96
30	PARAI	7.404	R\$ 2.954.852,14	R\$ 399,09
31	NOVA BASSANO	9.599	R\$ 4.392.231,54	R\$ 457,57
32	BOM JESUS	11.773	R\$ 4.202.985,93	R\$ 357,00
33	BOM PRINCIPIO	13.189	R\$ 4.129.817,36	R\$ 313,13
34	FELIZ	13.273	R\$ 4.062.520,05	R\$ 306,07
35	ANTONIO PRADO	13.306	R\$ 4.278.462,85	R\$ 321,54
36	NOVA PETROPOLIS	20.675	R\$ 6.430.838,56	R\$ 311,04
37	SÃO MARCOS	21.364	R\$ 8.030.893,44	R\$ 375,91
38	GUAPORE	24.836	R\$ 7.222.707,90	R\$ 290,82
39	VERANOPOLIS	25.073	R\$ 8.420.364,68	R\$ 335,83
40	NOVA PRATA	25.559	R\$ 8.672.118,80	R\$ 339,30
41	CARLOS BARBOSA	28.091	R\$ 12.501.172,69	R\$ 445,02
42	FLORES DA CUNHA	29.603	R\$ 10.552.438,92	R\$ 356,47
43	GARIBALDI	33.624	R\$ 12.113.058,53	R\$ 360,25
44	GRAMADO	35.047	R\$ 19.830.523,73	R\$ 565,83
45	CANELA	43.062	R\$ 11.812.445,17	R\$ 274,31
46	VACARIA	65.397	R\$ 15.333.712,11	R\$ 234,47

47	FARROUPILHA	69.542	R\$ 19.769.006,83	R\$ 284,27
48	BENTO GONÇALVES	115.069	R\$ 35.024.381,89	R\$ 304,38
49	CAXIAS DO SUL	483.377	R\$ 131.662.042,59	R\$ 272,38

Fonte: Elaboração própria (2019)

Nos dados constantes na Tabela 1, observou-se que a população residente varia de um mínimo de 1.374 habitantes, no município de União da Serra, a um máximo 351,80 vezes maior, de 483.377 habitantes, no município de Caxias do Sul. Em adição, constata-se que os recursos financeiros municipais obrigatórios totais, a serem aplicados em ASPS, variam de um mínimo de R\$ 1.457.157,25 anuais, no município de Santa Tereza, a um máximo, 90,35 vezes maior, de R\$ 131.662.042,59 anuais, no município de Caxias do Sul. Sobre estes mesmos recursos, considerando toda a distribuição, o coeficiente de Gini calculado foi de 0,64.

Já quando a análise recaiu sobre os valores per capita, ficou demonstrado que o menor valor para ASPS é o do município de Vacaria, calculado em R\$ 234,47 anuais, com uma população residente de 65.397 habitantes. Em contraste, o maior valor per capita pertence ao município de Pinhal da Serra, calculado em R\$ 1.282,63 anuais, para uma população de 2.104 habitantes, atingindo uma variação de 447,03%.

A tabela 2, exposta a seguir, traz a estratificação dos municípios, com a classificação em faixas populacionais específicas, verificando a representatividade proporcional de cada um destes estratos sobre os respectivos totais.

Tabela 2 - Estratificação por faixa populacional, totais de população, despesas obrigatórias e médias per capita, no ano de 2017.

Total Média Per Capita

Faixa Populacional

Municípios

População	Despesa Obrigatória Em ASPS					
1 a 2.500	9	18,37%	16.097	1,37%	R\$ 15.736.019,34	4,04% R\$ 982,98
2.501 a 5.000	17	34,69%	55.750	4,73%	R\$ 35.930.977,79	9,21% R\$ 653,17
5.001 a 10.000	5	10,20%	34.718	2,95%	R\$ 14.220.060,29	3,65% R\$ 404,14
10.001 a 25.000	7	14,29%	118.416	10,05%	R\$ 38.358.226,09	
						9,84% R\$ 325,07
25.001 a 50.000	7	14,29%	220.059	18,67%	R\$	83.902.122,52

	21,52%		R\$ 382,43				
50.001 a 150.000	3	6,12%	250.008	21,22%	R\$ 70.127.100,83	17,98%	
			R\$ 274,37				
> 150.000	1	2,04%	483.377	41,02%	R\$ 131.662.042,59	33,76%	R\$
			272,38				
TOTAL	49	100,00%	1.178.425	100,00%	R\$ 389.936.549,45	100,00%	

Fonte: Elaboração própria (2019)

Nos dados estratificados constantes na Tabela 2 observou-se que a maior quantidade de municípios da região analisada enquadra-se na faixa que vai de 2.501 a 5.000 habitantes, com 17 municípios, ou seja, 34,69% do total. Restou evidente, também, que 48 municípios se enquadram em uma faixa populacional de 1 até 150.000 habitantes, representando 97,96% do total, sendo que 1 município possui mais de 150.000 habitantes, representando 2,04% do total. Em adição, constatou-se que 9 municípios, representando 18,37% do total, possuem uma população de até 2.500 habitantes.

Quanto à população residente, a análise demonstrou uma região que contemplava 1.178.425 habitantes, dos quais 483.377 residiam em um único município, o que representa 41,02% do total, ficando os demais 695.048 habitantes distribuídos entre as 48 cidades restantes, representando 58,98% da população total.

O volume total de recursos municipais obrigatórios para aplicação em ASPS observado foi de R\$ 389.936.549,45. Deste total, um montante de R\$ R\$ 131.662.042,59 são derivados de aplicação obrigatória no maior município da região.

Na análise realizada sobre as médias de recursos obrigatórios para ASPS, per capita, observou-se que o maior valor médio ocorre nos 9 municípios menores, com população entre 1 e 2.500 habitantes, concentrando 1,37% da população e 4,04% da despesa obrigatória total da região, onde a despesa obrigatória média ficou em R\$ 982,98 por habitante/ano. Nos demais municípios a média de despesa obrigatória cai gradativamente, conforme aumenta a população residente, até chegar ao maior município, com 483.377 habitantes, com 41,02% da população e 33,76% da despesa obrigatória total da região (onde a despesa obrigatória ficou em R\$ 272,38 por habitante/ano).

CONCLUSÃO

Tendo em vista o exposto, esta pesquisa permitiu observar que o Brasil se alinha à Organização Mundial da Saúde na busca por um sistema de cobertura universal de saúde, tendo como marco no progresso do seu desenvolvimento a promulgação da Constituição de 1988, quando foi criado o Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo saúde integral, gratuita e igualitária para toda a população do país, sob responsabilidade do Estado.

Desde então, vem sendo trabalhado um processo gradativo de descentralização, levando aos estados e municípios a responsabilidade pela realização das atividades de saúde que atendem à população de seus territórios adstritos, ficando sob a responsabilidade destes a oferta de serviços conforme suas demandas locais, avaliadas em conjunto com a comunidade através dos Conselhos Municipais de Saúde e demais instâncias de gestão do SUS. Além disso, também vem sendo construídas estruturas regionalizadas para proporcionar atendimento às demandas de maior complexidade, considerando economia de escala e necessidades regionais.

Restou evidente, também, que o processo regulatório do SUS tem sido gradativo, ao longo dos anos, sendo que após a promulgação da Constituição de 1988 foram editadas emendas à Constituição e inúmeros outros instrumentos legais infra constitucionais, sendo que a regulação do financiamento do SUS ocorreu somente em 2012, com a publicação da Lei Complementar No. 141 – LC 141/2012, considerada um marco importante na garantia dos recursos financeiros necessários para suprir o atendimento regular em saúde, além de dar conta dos recursos necessários para a oferta de novos serviços, considerando os avanços tecnológicos e científicos da área. Para isto, a LC 141/2012 define as responsabilidades de cada ente federado no financiamento do SUS, estabelecendo, para os municípios, a obrigatoriedade da aplicação de, no mínimo, 15% da arrecadação municipal de impostos diretos e indiretos, sem levar em conta qualquer outro fator.

Apesar de ser importante instrumento de garantia dos recursos mínimos para a saúde, a LC 141/2012 demonstrou-se frágil e superficial quanto ao método de cálculo utilizado, pois não considera, sob nenhum aspecto, a enorme variação na arrecadação de impostos existente entre os municípios, bem como nenhum outro fator determinante social. Desta forma, na observação dos valores mínimos per capita, obrigatórios para aplicação em Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS, nos 49 municípios que compõem a 5a. Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sob a ótica da distribuição igualitária, o resultado observado foi que a efetiva aplicação da norma legal potencializa as desigualdades existentes, privilegiando consideravelmente o atendimento à população dos municípios cuja arrecadação de impostos é proporcionalmente maior, deixando a descoberto aqueles em que a arrecadação per capita é menor, notadamente nos municípios com maior população.

Esta deficiência legal na promoção do financiamento igualitário do SUS tem reflexo direto

na quantidade e na qualidade dos serviços ofertados ao cidadão, contribuindo de maneira significativa para a precariedade que ainda se apresenta em diversos setores da saúde pública, sobretudo nos maiores municípios, atingindo de maneira cruel a população mais pobre, que não tem como pagar por planos privados, tendo sua dignidade atacada nos momentos de maior fragilidade, quando o desespero diante da doença e a impotência humilhante das famílias acaba tendo por consequência o agravamento das enfermidades e até mesmo a morte de um ente querido, seja pela falta de atendimento ou pela carência dos recursos necessários ao tratamento adequado.

Da análise crítica dos efeitos da aplicação da LC 141/2012, conclui-se, que cabe um processo de revisão da norma legal no sentido de determinar um método de cálculo de aplicação de recursos financeiros municipais que seja capaz de contemplar fatores determinantes sociais como renda per capita, PIB per capita, população residente, entre outros, indo além de simplesmente utilizar como parâmetro a receita de impostos do próprio município. Também, na norma legal, acredita-se que caberia a inserção de mecanismo que promovesse a distribuição de recursos entre os municípios, através de criação de fundo específico, de forma a proporcionar o atendimento em saúde de forma igualitária, levando a cada cidadão, independentemente do local onde resida, uma oferta equânime de ações e programas para a promoção e manutenção de sua saúde.

Como sugestões para novas pesquisas pode-se elencar a realização desta mesma análise, utilizando como base os dados referentes a municípios de outras regiões de saúde, considerando outras realidades financeiras e sociais. Também poderia ser verificado quanto os municípios investem em saúde além dos recursos obrigatórios da LC 141/2012 e, como forma de expandir a análise, sugere-se, ainda, a realização de estudo para verificar o impacto dos custos administrativos sobre o valor gasto em saúde, verificando quanto é de fato revertido em ações e serviços e o peso proporcional dos custos administrativos em função do tamanho dos municípios.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. J. S; LEHFELD, N. A. S. Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2007. 158 p.

BRASIL. Constituição (1988.) Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. EMENDA CONSTITUCIONAL No. 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 13 set. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 18 novembro 2018.

BRASIL. Ferramentas para diagnóstico e qualificação de investimentos em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 124 p.

BRASIL. LEI COMPLEMENTAR No. 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 13 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 11 novembro 2018.

BRASIL. LEI No. 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set. 1990a.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 11 novembro 2018.

BRASIL. LEI No. 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 18 novembro 2018.

BRASIL. Manual de Planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.

BRASIL. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 46 p.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. Metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. 159 p.

CONCEIÇÃO, H. R. M.; De soslaio para a Saúde Coletiva – o caso do conceito de saúde. 2015. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/4892>. Acesso em: 16 novembro 2018.

LIMA, C.R.A.L.; Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: confiabilidade e uso das informações na construção de um perfil dos municípios brasileiros. 2005. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5282>. Acesso em: 16 novembro 2018.

MASSUDA, A.; HONE, T.; LELES, F.A.G.; et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*, 2018. 3:e000829. doi:10.1136/bmjgh-2018-000829. 8 p.

YIN, R. K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Trad. Daniel de Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.

SANTOS JÚNIOR, J.S.; O Conceito Ampliado de Saúde e a Formação de Nível Superior em Odontologia. 2011. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8810>. Acesso em: 16 novembro 2018.

SCLIAR, M.; História do Conceito de Saúde. Phisys: Rev. De Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>. Acesso em: 16 novembro 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The world health report 2013: research for universal health coverage. Geneva: WHO Press, 2013. 213 p.