

IMPACTOS DA COVID-19 NO FINANCIAMENTO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO RS

Vanessa Marques Daniel / UFRGS
William da Silva Alves / UFRGS
Diogo Joel Demarco / UFRGS
Mauricio da Silva Escobar / IFSUL

Resumo

O presente estudo visa analisar os impactos da Covid-19 nas despesas públicas em saúde nos 497 municípios do estado do Rio Grande do Sul no período 2019-2021. Este estudo resulta de projeto de pesquisa desenvolvido com apoio do Tribunal de Contas do Estado (TCE-RS). Descreve o financiamento da saúde pública, a organização federativa e o papel dos municípios na pandemia. Em termos metodológicos é uma pesquisa quali-quantitativa, de caráter exploratório e descritivo, cujo objetivo foi demonstrar a variação da dinâmica das despesas na função saúde entre os municípios e a dispersão das mesmas sobre o território estadual. Entre os principais achados destacam-se a análise da execução das despesas, a dinâmica epidemiológica da Covid-19 e sua dispersão pelo estado, a sobreposição de arranjos distintos de regionalização da rede de atenção em saúde e a continuidade da pressão sobre o sistema de saúde pública do estado, que convive com os impactos da Covid de longa duração e o represamento de procedimentos e atendimentos durante o período.

Palavras-chave: Finanças Públicas. Financiamento da Saúde Pública. Covid-19. Rio Grande do Sul.

Abstract

The present study aims to analyze the impacts of Covid-19 on public health expenditures in the 497 municipalities of the state of Rio Grande do Sul (RS) during the period of 2019 to 2021. This study results from a research project developed with the support of the State Audit Court of RS (TCE-RS). It describes the funding of public health, the federal organization, and the role of municipalities during the pandemic. In methodological terms, it's a qualitative-quantitative research with an exploratory and descriptive nature. Its objective was to demonstrate the variation in the dynamics of health-related expenses among municipalities and their dispersion across the state's territory. Among the main findings, the analysis of expenditure execution stands out, as well as the epidemiological dynamics of Covid-19 and its spread throughout the state, the overlap of distinct arrangements for regionalizing the health care network, and the ongoing pressure on the state's public health system. This system continues to cope with the long-lasting impacts of Covid-19 and the backlog of procedures and treatments during this period.

Keywords: Public Finances. Public Health Financing. Covid-19. Rio Grande do Sul.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil, por um longo período, era direito apenas dos trabalhadores formais (e seus dependentes) que contribuíam para o sistema de Seguridade Social. Para a população que não se enquadrava em tal precedente, uma pequena parcela pagava para ter acesso aos serviços e o restante (a grande maioria da população brasileira) contava com a prestação de serviços de maneira solidária por hospitais filantrópicos ou simplesmente não tinham acesso.

Essa trajetória se modificou a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em março de 1986. Ela representou um marco na história da Saúde no país, uma vez que foi por meio dela que o Movimento Sanitarista estabeleceu as bases para o desenvolvimento do nosso atual sistema de saúde, posteriormente previsto na Constituição Federal (CF) de 1988. As pautas da conferência discutiram temas relevantes para se pensar um sistema de saúde mais universal, como: “a saúde como direito”, “a reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “o financiamento setorial” (BRASIL, 1986).

O Sistema Único de Saúde (SUS) completa 35 anos de existência em 2023. Na CF a saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros, tendo o Estado o dever de prover políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário, por meio de ações e serviços que promovam a proteção e recuperação da saúde e também reduzam o risco de doenças e agravos (BRASIL, 1988).

Em 1990 foi sancionada a Lei nº 8080, que instituiu o SUS e apresenta as condições para sua organização e funcionamento. Ele é organizado e gerido de forma tripartite, tendo responsabilidades exclusivas e compartilhadas pela União, estados, municípios e Distrito Federal quanto ao planejamento e gestão do SUS. Da mesma forma, seu financiamento também tem a responsabilidade compartilhada entre os entes governamentais, visando reduzir as iniquidades, considerando também dimensões étnico-racial e social na alocação de recursos (BRASIL, 2006).

Financiar as necessidades presentes em um sistema de saúde público universal e de dimensões continentais é um grande desafio, que se intensificou com a aprovação de duas emendas constitucionais: a Emenda Constitucional nº 86 (EC 86) de 2015 e a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) de 2016. Ambas ECs impactaram na redução do financiamento da saúde, na contramão das necessidades de investimentos, visto questões como o crescimento populacional, o envelhecimento da população e o tratamento de doenças crônicas degenerativas.

Frente a esse cenário de subfinanciamento do SUS, em 2020 o país começou a enfrentar a Pandemia de Covid-19, que trouxe consequências econômicas e sociais. Desde então, a pandemia distribuiu-se espacialmente de forma heterogênea e oscilatória, provavelmente também pelas diferenças sociodemográficas e territoriais do país, cujo

enfrentamento trouxe desafios do ponto de vista sanitário, da capacidade de coordenação e atuação da administração pública, bem como da adoção de medidas de política econômica, tanto do ponto de vista das finanças das famílias e empresas quanto do setor público.

Considerando o contexto do financiamento do SUS, suas limitações e a influência dos impactos da pandemia nas ações e serviços em saúde o presente artigo visa apresentar e analisar o impacto da Covid-19 nas despesas públicas em saúde nos municípios do Rio Grande do Sul¹. Para isso, busca responder ao problema de pesquisa: **qual o impacto que a crise da pandemia da Covid-19 impôs sobre as finanças dos municípios gaúchos, em termos do comportamento das despesas?** Esta é uma pesquisa quali-quantitativa, de caráter exploratório e descritivo. A partir de uma análise comparativa de 2019 a 2021, o objetivo foi demonstrar a variação da dinâmica das despesas na função saúde entre os municípios e a dispersão das mesmas sobre o território estadual.

Para tanto, descreve-se o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES; FUNCIA, 2016) e as alterações recentes na sistemática do financiamento. Busca-se também caracterizar a atuação dos municípios na pandemia e relacionar com as pressões, sobre o modelo federativo cooperativo pós-Constituição de 1988, ampliadas pela crise sanitária e pelo “federalismo bolsonarista” (ABRUCIO *et al.*, 2020).

2 O SUS E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

O art. 165 da CF prevê que o provisionamento orçamentário do aparelho de Estado se dá através do planejamento e organização de ações previstas em três seções do orçamento, que são intitulados como Orçamento Fiscal (OF); Orçamento de Investimentos (OI) e; Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Quanto às questões relacionadas ao financiamento do SUS, é salutar observar os dispositivos normativos que regem o Orçamento da Seguridade Social, do qual o SUS é integrante (ALVES, 2023). Tendo o § 1º do art. 198 da Seção II da Saúde, estabelecido que “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Definindo ainda que caberá à Lei Complementar (LC), estabelecer os respectivos percentuais mencionados, bem como os critérios de rateio de recursos transferidos pelos entes de origem aos demais, os quais objetivam a progressiva redução das disparidades

¹ Este estudo é resultante de projeto de pesquisa desenvolvido com apoio do Tribunal de Contas do Estado (TCE-RS), que visou analisar os impactos da pandemia sobre as finanças públicas dos municípios gaúchos. Para tal foram analisados os dados dos 497 municípios do estado, extraídos dos balancetes de receitas e despesas apresentados pelos municípios ao TCE, no período entre 2019 e 2021.

regionais, e ainda estabelecer as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) por cada ente da federação.

Em uma análise dos dispositivos infraconstitucionais, merecem destaque aqueles que objetivam a organização e o regramento do financiamento da saúde brasileira. A Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990), na seção que trata do financiamento da saúde, aborda que

O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

A referida lei ainda dispõe que os recursos financeiros do SUS, serão depositados por cada ente da federação em conta específica para tal fim, tendo fiscalização direta do Conselho de Saúde compatível ao respectivo ente federativo que realiza a gestão dos recursos (ALVES, 2023).

De 1990 até os anos 2000 diversas normas foram publicadas no âmbito do SUS para apoiar gestores públicos na operacionalização do sistema de saúde. Entre elas pode-se citar: as Normas Operacionais Básicas (NOB), nº 01/1991, nº 02/1992, nº 01/1993 e nº 01/1996 e o Pacto pela Saúde, instituído em 2006 com o objetivo de promover o aprimoramento dos processos e instrumentos da gestão do sistema, resultando na melhoria da eficiência, efetividade e da qualidade (BRASIL, 2006; ALVES, 2023).

Em 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional (EC) nº 29, que deu origem à aplicação mínima das receitas próprias, sendo de 12% pelos Estados e Distrito Federal e 15% pelos Municípios. Tal emenda foi regulamentada somente em 2012 pela LC nº 141/2012 (MENDES, 2013). A lei tem por finalidade estabelecer o valor mínimo e as normas de cálculo para aplicação em ASPS; os percentuais mínimos relativos ao produto de arrecadação de impostos a serem aplicados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios, bem como dos Estados destinados aos Municípios. A fim de elucidar tal organização, a Tabela 1 descreve de forma sintética os percentuais de aplicação mínima por ente federado e dispositivo legal.

No que tange aos critérios de rateio dos recursos financeiros destinados a financiar as ASPS, a Lei institui que deverá ser observado pela União, no que corresponde a destinação de recursos financeiros do orçamento federal, as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

Tabela 1 - Norma constitucional e infraconstitucional da aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelos entes federativos

Dispositivo Constitucional	Estados	Distrito Federal	Municípios	Dispositivo Infraconstitucional (LC 141/2012)
Art. 155	12%	12%	-	Art. 6º
Art. 157	12%	12%	-	
Art. 159, I e II	12%	12%	-	
Art. 159, I e § 3º	-	15%	15%	Art. 7º
Art. 156	-	15%	15%	
Art. 158	-	15%	15%	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em 2017 foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.992/2017 que versa sobre as modalidades das transferências de recursos fundo a fundo, a fim de simplificar a execução financeira e orçamentária e a administração e gestão dos recursos no âmbito do SUS. Assim, a portaria institui apenas dois blocos de financiamento naquele momento denominados como “Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde” e “Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde”, substituindo os seis blocos anteriores. Todavia, a Portaria GM/MS nº 3.992/2017 não torna inexistente as rubricas definidas pelos blocos anteriores, pois estas passam a integrar quatro áreas de transferências em cada um dos dois Blocos, a fim de identificar a finalidade do recurso transferido e primando pelo princípio da transparência.

Ademais, a fim de aprimorar e aperfeiçoar as técnicas e ritos de aprimoramento da normatização da execução orçamentária e financeira no SUS (BRASIL, 2019²; BRASIL, 2020a³), surge a publicação da Portaria GM/MS nº 828/2020, tendo como finalidade alterar a nomenclatura dos blocos instituídos pela Portaria nº 3.992/2017, substituindo as palavras custeio e investimento, respectivamente, pelas palavras manutenção e estruturação. Os blocos passam a serem intitulados “Bloco de **Manutenção** (grifo nosso) das Ações e Serviços Públicos de Saúde” e “Bloco de **Estruturação** (grifo nosso) na Rede de Serviços Públicos de Saúde”.

2.1 Percurso da austeridade fiscal sobre o direito à saúde

Desde sua criação em 1990, permeiam a trajetória do SUS constantes períodos em que predominam a adoção de medidas de restrição orçamentária para financiamento das ASPS, a partir da agenda de austeridade fiscal. Tal agenda, impõe medidas que expressam radicais cortes orçamentários e consideráveis restrições às políticas públicas que dão vida ao sistema de seguridade social do país (ALVES, 2023).

Ocorre desde a promulgação da Carta Magna de 1988, da saúde não contar com o previsto no art. 198, que corresponderia a 30% dos recursos destinados a Seguridade Social,

² Acórdão 847/2019 do Plenário do TCU, disponível para acesso nas Referências Bibliográficas.

³ Nota Informativa publicada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), disponível nas Referências Bibliográficas.

seriam destinados às despesas com ASPS, dispositivo este que nunca foi cumprido (MENDES, 2013).

Em 1993, a área previdenciária deixou de ter a obrigatoriedade de transferir recursos ao SUS. Como agravante da restrição de recursos, em 1994, é criado o Fundo Social de Emergência (MENDES, 2013) que mais tarde, passa a ser denominado de Desvinculação das Receitas da União (DRU), permanecendo até o presente, haja vista a prorrogação das Emendas Constitucionais pelo Congresso Nacional desde 1994 (ALVES, 2023). De acordo com Alves (2023, p. 37) a DRU permite ao governo federal a aplicação do mecanismo de desvinculação de 20% das receitas, incluídas as originárias da Seguridade Social para livre disposição pela área econômica (BRASIL, 2013), inclusive para pagamento dos juros da dívida pública. Tendo a DRU, como principal fonte de recursos as contribuições sociais, que correspondem a cerca de 90% do montante desvinculado.

Ressalta-se que na falta da regulamentação dada pela LC nº 141/2012 (que regulamenta a EC nº 29), estima-se que a perda de recursos pelo Ministério da Saúde compute R\$ 2,9 bilhões (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007). Como explicado por Alves (2023, p. 38) “tendo tal fato, sido ocasionado pela indefinição quanto a interpretação adequada do estabelecido pela EC nº 29/2000 para devida aplicação do método de cálculo e destinação de recursos para saúde”.

Em 2013 que ocorre o Movimento Saúde+10, apoiado por diversos segmentos da sociedade, objetivou assegurar o repasse integral de 10% das Receitas Correntes Brutas (RCB) da União à saúde, por meio de Projeto de Lei de Iniciativa Popular para alteração da LC nº 141/2012 (ALVES, 2023). Mesmo dispondo de mais de 2 milhões de assinaturas (SOUSA e SOARES, 2018), este não obteve êxito após sua tramitação no Congresso Nacional. Mantendo-se até o presente a redação do art. 5º da LC nº 141/2012 quanto ao mínimo obrigatório para aplicação em saúde pela União.

Surge em 2015, por iniciativa do Congresso Nacional, a PEC nº 358/2013 (convertida na EC nº 863), que tinha por objetivo definir que a União não poderia aplicar menos de 15% sobre a Receita Corrente Líquida (RCL) em saúde (SOUSA e SOARES, 2018). Havendo considerável distinção da proposta originalmente apresentada pelo Movimento Saúde+10, “haja vista o resultado a ser obtido na aplicação da metodologia de cálculo, quando este incidir sobre o montante da arrecadação da RCL e não da RCB, consideravelmente maior que a primeira” (ALVES, 2023, p. 38).

Foi em 2016 que surgiu pela primeira vez uma regra que impõe um teto para o crescimento das despesas com ASPS. A EC nº 95/2016, intitulada de novo regime fiscal, objetivou estabelecer limite para os gastos do governo federal nos próximos 20 anos, a contar de 2017, tendo para tanto o orçamento do governo em 2016 como referência. Para Alves

(2023, p. 38) a EC “EC definiu que o crescimento dos gastos públicos seria totalmente controlado por lei, inserindo no texto constitucional uma medida de austeridade fiscal”.

Cabe ainda rememorar a recessão fiscal vivenciada no país em 2015-2016 (BARBOSA, 2017), da qual mantêm-se resquícios até o presente momento (2023). Tal situação agravou-se ainda mais a partir da pandemia de Covid-19, cujos reflexos são sentidos na situação social e econômica brasileira até hoje, potencializando achados de estudos realizados até 2019, que já evidenciavam a redução da participação da União no financiamento da saúde (VIEIRA, PIOLA e BENEVIDES, 2019).

Neste contexto, por iniciativa do Poder Executivo Federal em 2023 foi proposto o PLP 93/2023, denominado Novo Arcabouço Fiscal, que substituiu o Teto de Gastos de 2016. O PLP primou pelo equilíbrio entre arrecadação e despesas (BRASIL, 2023) e estabeleceu condições para o crescimento da despesa primária da União, ficando entre 0,6% e 2,5% do PIB, que deverão ser reajustadas anualmente. O reajuste ocorrerá a partir de dois critérios, sendo eles o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e um percentual sobre o crescimento da receita primária (BRASIL, 2023). Desta forma, visa-se a partir da instituição do novo regime garantir a continuidade de investimentos públicos e a preservação do financiamento *per capita* das políticas públicas pela União.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para responder ao problema de pesquisa, que visa compreender o impacto da Covid-19 nas despesas em saúde nos municípios gaúchos, optou-se por realizar um estudo Qualiquantitativo com enfoque exploratório-descritivo, com informações e dados coletados por meio de análise documental e do acesso a diferentes bases de dados, dentre as quais destacam-se: (i) Banco de dados do Tribunal de Contas dos Municípios do RS (TCE-RS) contendo os balancetes de despesas dos municípios gaúchos; (ii) Bancos de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contendo informações demográficas dos municípios; (iii) LicitaCon Cidadão do TCE-RS (banco de dados de licitações realizadas pelos municípios e estado para enfrentamento da Covid-19); e, (iv) Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS) no tocante a consolidação dos dados do Covid-19 no estado, tais como número de casos, óbitos e expansão dos leitos hospitalares existentes.

A partir do acesso a essas informações constituiu-se um banco de dados próprio com informações consolidadas dos 497 municípios gaúchos, classificados segundo diferentes indicadores e variáveis, tais como: estratos de população, número de casos, óbitos e expansão dos leitos hospitalares, dentre outros. Os dados coletados foram analisados por meio de estatísticas simples (percentuais e médias) para a interpretação dos mesmos e da análise de conteúdo dos documentos e das informações extraídas do LicitaCon.

4 ANÁLISE DESCRITIVA DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesta seção são abordadas a análise descritiva e exploratória sobre as despesas em saúde no período de 2019 a 2021, apresentando dados sobre os balancetes dos municípios e dados do sistema de Licitações (LicitaCon).

4.1. O contexto: pandemia de coronavírus e a regionalização da Saúde no Rio Grande do Sul

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia do novo coronavírus, também chamado de Sars-Cov-2 ou Covid-19. No Brasil, o primeiro caso de Coronavírus foi confirmado na cidade de São Paulo. O Ministério da Saúde confirmou as três primeiras mortes no Brasil em decorrência do vírus nos dias 12 e 17 de março de 2020 (ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2020). Não demorou muito para que novos casos fossem detectados também em outros estados, sendo registrado no RS o primeiro caso de infecção em 10 de março.

No RS, em 19 de março foram publicados dois decretos importantes envolvendo a epidemia de coronavírus. O primeiro foi o Decreto nº 55.128 que instaurou o estado de calamidade pública. O segundo foi o decreto nº 55.129 instituiu o Gabinete de Crise para o enfrentamento do Covid-19.

Em 27 de maio de 2020 o governo federal sancionou a Lei complementar nº 173 de 27 de maio de 2020, contendo o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus. A partir da lei estabeleceu-se uma série de medidas para apoiar estados, municípios e o Distrito Federal, entre as principais deliberações estavam: (a) envio de recursos financeiros aos entes federados como forma de mitigar as dificuldades financeiras e custear as ações de enfrentamento; (b) suspensão de pagamento de dívidas; (c) recursos vinculados a área da saúde passaram a ser de livre execução (não sendo recursos vinculados a programas), devendo ser gasto em quaisquer ações na área da saúde.

Em maio de 2020 foi criado no RS o Sistema de Distanciamento Controlado para fins de prevenção e de enfrentamento a pandemia de coronavírus por meio do Decreto nº 55.240. O sistema de distanciamento controlado está pautado no sistema de regionalização da saúde do RS. Para fins de organização do sistema de distanciamento controlado, as 30 regiões de saúde, que compõem o sistema regionalizado de saúde do Rio Grande do Sul, foram agrupadas em 21 regiões, denominadas regiões Covid. Tais regiões tiveram como principal eixo norteador de definição as unidades hospitalares, que contaram ao longo da pandemia com leitos de UTI para Covid-19, considerando a extensão territorial, densidade demográfica da região e a capacidade de resposta das unidades hospitalares das respectivas regiões.

Nesse modelo de distanciamento as regiões que foram aglutinadas são as seguintes (Quadro 1): R01 e R02 (região de Santa Maria); R04 e R05 (região de Capão da Canoa); R15 e R20 (região de Palmeira das Missões); R17, R18 e R19 (região de Passo Fundo); R23, R24, R25 e R26 (região de Caxias do Sul); e R29 e R30 (região de Lajeado). Essa organização ocorreu para que em cada região de saúde houvesse hospital com leitos de UTI para que os pacientes pudessem ser encaminhados (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Dentre os aspectos que caracterizam o financiamento do SUS está a regionalização em saúde, tanto no que corresponde a organização administrativa das relações interfederativas no âmbito do sistema, como também para organização das Redes Atenção à Saúde (RAS), no que se refere a definição da distribuição dos serviços assistenciais e sua respectiva população de abrangência, tornando relevante para compreensão da estrutura metodológica dos dados deste estudo.

Como estabelecido pelo artigo 198 da CF, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, que garanta o acesso à saúde de forma universal, equânime e integral. Esses pressupostos constitucionais são princípios organizativos do SUS, o qual foi instituído pela Lei Orgânica nº 8.080/1990, regulamentada por meio do Decreto 7.508/2011, o qual estabelece a caracterização das regiões de saúde, que compõem o Sistema Único de Saúde.

O referido decreto menciona que “As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT [...]”. A Resolução 01/2011 define as regiões de saúde como

um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Além da questão da regionalização, há outro fator que determina a organização do sistema de saúde em seus níveis de complexidade, uma vez que nem todo município possui estrutura para prestação de serviços de média e alta complexidade. Como apresenta o Decreto nº 7508/2011 às regiões de saúde servem como “referência para as transferências de recursos entre os entes federativos” (BRASIL, 2011).

No Rio Grande do Sul, apenas 65 municípios dos 497 realiza a gestão financeira do teto de Média e Alta Complexidade (MAC), seguido de 255 municípios que realizam a gestão dos serviços ambulatoriais, considerados de média complexidade e por fim, 35,31% (177) municípios realizam somente a gestão dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Isso resulta ao estado a competência de realizar a gestão orçamentária e financeira do teto MAC dos serviços alocados nestes municípios, bem como a contratualização destes.

Quadro 1 - Regiões Covid - RS

Região Covid	Região	CRS	Macro	
Santa Maria	R1 - Verdes Campos	4ª CRS	Centro-Oeste	
	R2 - Entre-Rios			
Uruguaiana	R3 - Fronteira Oeste	10ª CRS		
Capão da Canoa	R4 - Belas Praias	18ª CRS	Metropolitana	
	R5 - Bons Ventos			
Taquara	R6 - Vale do Paranhana/Costa da Serra	2ª CRS		
Novo Hamburgo	R7 - Vale do Sinos			
Canoas	R8 - Vale do Caí/ Metropolitana			
Guaíba	R9 - Carbonífera/ Costa Doce			
Porto Alegre	R10 - Capital/ Vale do Gravataí			
Santo Angelo	R11 - Sete Povos das Missões	12ª CRS		Missioneira
Cruz Alta	R12 - Portal das Missões	9ª CRS		
Ijuí	R13 - Região da Diversidade	17ª CRS		
Santa Rosa	R14 - Fronteira Noroeste	14ª CRS		
Passo Fundo	R17 - Região do Planalto	6ª CRS	Norte	
	R18 - Região das Araucárias			
	R19 - Região do Botucaraí			
Erechim	R16 - Alto Uruguai Gaúcho	11ª CRS		
Palmeira das Missões	R15 - Caminho das Águas	1ª CRS		
	R20 - Rota da Produção	15ª CRS		
Caxias do Sul	R23 - Caxias e Hortênsias	5ª CRS	Serra	
	R24 - Campos de Cima da Serra			
	R25 - Vinhedos e Basalto			
	R26 - Uva e Vale			
Pelotas	R21 - Região Sul	3ª CRS	Sul	
Bagé	R22 - Pampa	7ª CRS		
Cachoeira do Sul	R27 - Jacuí Centro	8ª CRS	Vales	
Santa Cruz do Sul	R28 - Vale do Rio Pardo	13ª CRS		
Lajeado	R29 - Vales e Montanhas	16ª CRS		
	R30 - Vale da Luz			

Fonte: elaborado pelos autores a partir de dados da SES-RS.

As formas de regionalização apresentadas não substituem ou anulam umas às outras, mas se tratam de perspectivas organizacionais e de dimensionamento para definição das estratégias a serem executadas sobre um mesmo território.

Nesse contexto, é preciso considerar que essa multiplicidade de arranjos organizacionais sobre um mesmo território, para além do arcabouço normativo já estabelecido pelo SUS, pode gerar dificuldade de interpretação dos inúmeros atores envolvidos na operacionalização das ações do SUS. Outra questão que pode ocasionar é a dissociação ou fragmentação das ações de políticas públicas sobre um mesmo território populacional, e até mesmo, a sobreposição, comprometendo os resultados previstos para tais estratégias.

Tendo em vista a divisão, que permeou a organização do território gaúcho para lidar com as demandas de saúde oriundas da pandemia, vamos analisar os dados de despesas em saúde referentes aos anos de 2019, 2020 e 2021 nas Regiões Covid, que será abordado na seção 4.2.

4.2 As despesas em saúde: um estudo comparativo dos anos de 2019 a 2021

A análise dos dados a partir dos balancetes disponibilizados pelo TCE-RS são apresentados a seguir. Ao analisar os dados das despesas em saúde utilizamos os anos de 2019 a 2021 para compreender o comportamento das despesas. A Tabela 2 apresenta as informações segmentadas por subfunções.

Tabela 2 - Despesas em saúde no período de 2019 a 2021

Função Saúde (F10)	2019	2020	2021	Var. (%) 19-20	Var. (%) 19-21
122 - Administração Geral	1.021.088.808,16	1.240.398.017,13	1.259.131.602,24	21,48	23,31
272 - Previdência do Regime Estatutário	155.586.519,53	153.369.681,97	383.229.167,85	-1,42	146,31
301 - Atenção Básica	4.431.016.228,10	4.664.161.488,22	4.650.090.524,25	5,26	4,94
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	4.862.101.262,19	5.516.712.351,10	5.534.752.771,08	13,46	13,83
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	330.792.116,84	334.196.619,68	372.473.561,05	1,03	12,60
304 - Vigilância Sanitária	79.210.996,66	94.394.713,96	99.708.600,94	19,17	25,88
305 - Vigilância Epidemiológica	139.807.392,89	357.549.984,20	247.321.427,69	155,74	76,90
Total Função Saúde	11.019.603.324,37	12.476.353.280,15	12.659.159.874,47	12,17	13,54

Fonte: TCE/RS (2019 a 2021), elaboração dos autores.

Comparado ao ano de 2019, houve um incremento de despesas em torno de 12% de 2019 a 2020, e de 2019 a 2021 o aumento foi de 13,54%. Em termos de valores o crescimento

das despesas de 2019 para 2020 foi de quase 1,5 bilhão, à medida que de 2020 e 2021 a variação foi de aproximadamente 182 milhões. Nesse sentido, pondera-se que o ano de 2021, apesar de ter sido o mais severo da pandemia (em número de casos confirmados e de óbitos), os recursos aportados à saúde não acompanharam o avanço da doença.

Conforme pode ser visto na Tabela 2, as subfunções mais representativas são a Atenção Básica (301) e a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (302), representam aproximadamente 80% das despesas em saúde. A subfunção 302 teve o crescimento mais relevante, possivelmente porque na pandemia a maior sobrecarga do sistema de saúde se deu na rede hospitalar com as internações dos pacientes graves, demandando serviços de alta complexidade. A variação tanto de 2019 para 2020 e 2019 para 2021 ficou em torno de 13%. Já a subfunção 301 teve o crescimento de 5,26% de 2019 para 2020 e de 4,94% de 2019 para 2021. A subfunção administração geral, a terceira mais significativa frente aos valores gastos em saúde, teve um aumento de 21,48% de 2019 para 2020 e de 23,31% de 2019 para 2021.

Apesar de pouco expressivo em termos absolutos na participação nas despesas em saúde, cabe destacar que a subfunção vigilância epidemiológica teve um aumento de 155,75% de 2019 a 2020. Possivelmente o crescimento está relacionado as ações de combate à pandemia e a contenção da disseminação da doença. Já em 2021, embora ainda represente um aumento em termos percentuais expressivo frente ao ano de 2019 na subfunção 305, em torno de 76%, houve um investimento menor nessa subfunção comparado ao ano de 2020 (redução de 30%), mesmo a pandemia no RS tendo apresentado número de mortes alarmantes em 2021. Para fins de informação, de acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde do RS⁴ no ano de 2021 o Estado registrou 27.244 mortes por Covid-19, um aumento de 194% comparado a 2020.

Após apresentar os dados a respeito das despesas em saúde de maneira geral, é preciso apresentá-los a partir das regiões Covid. A Tabela 3 apresenta os dados sobre as despesas em saúde no período de 2019 a 2021, trazendo dados sobre a população e mortalidade no período.

Conforme a Tabela 3, de acordo com dados da SES-RS, as Regiões Covid com maiores indicadores de mortalidade a cada 100 mil habitantes durante o período foram, respectivamente, a Região Canoas (451,1 óbitos), a Região Capão da Canoa (427,1 óbitos), a Região Porto Alegre (419,1 óbitos) e a Região Novo Hamburgo (395,7). Essas regiões concentram um total de 62 municípios, somando em torno de 38% da população do RS (municípios, em sua maioria da região metropolitana de Porto Alegre).

⁴ Informações sobre óbitos no RS relacionados a pandemia de Covid-19 foram extraídos do seguinte site: <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>

Tabela 3 - Despesas em Saúde por Região Covid (2019 a 2021)

Regiões Covid	Mortalidade/ 100 mil hab.	População estimada (2019)	Despesas em Saúde 2019	Varição 2019- 2020 (%)	Despesas em Saúde 2020	Varição 2019- 2021 (%)	Despesas em Saúde 2021	Varição 2020- 2021 (%)
Lajeado - R29 e R30	284,4	356.150	452.505.083,12	20,69	546.113.820,52	13,68	514.408.334,20	-5,81
Canoas - R08	451,1	778.841	1.109.701.475,75	16,83	1.296.472.136,66	21,25	1.345.507.300,44	3,78
Santa Rosa - R14	268,9	223.910	289.672.913,47	14,74	332.378.969,37	13,58	329.021.728,37	-1,01
Caxias do Sul - R23, R24, R25 e R26	323,9	1.227.667	1.378.460.508,57	14,63	1.580.186.928,08	13,52	1.564.810.459,46	-0,97
Porto Alegre - R10	419,1	2.369.210	2.255.595.103,61	14,13	2.574.375.717,45	18,15	2.664.951.803,51	3,52
Cachoeira do Sul - R27	268,0	203.016	181.517.242,66	14,07	207.055.389,18	15,28	209.247.145,58	1,06
Guaíba - R09	329,6	421.192	284.499.918,64	12,17	319.124.421,52	12,27	319.405.267,93	0,09
Capão da Canoa - R04 e R05	427,1	397.063	390.739.127,70	11,39	435.233.255,40	15,89	452.815.548,12	4,04
Passo Fundo - R17, R18 e R19	357,3	666.950	621.306.807,42	11,28	691.376.050,44	12,80	700.820.515,54	1,37
Santo Ângelo - R11	386,9	279.639	255.916.802,38	10,36	282.435.971,82	7,98	276.331.301,42	-2,16
Cruz Alta - R12	356,9	127.898	143.174.125,96	10,31	157.930.433,69	14,58	164.046.893,91	3,87
Santa Cruz do Sul - R28	262,6	351.490	407.916.287,22	10,18	449.432.146,46	3,15	420.763.820,00	-6,38
Pelotas - R21	336,4	870.942	643.950.490,15	10,09	708.951.830,06	18,16	760.889.918,79	7,33
Erechim - R16	220,7	232.942	244.437.339,54	9,10	266.685.444,05	7,83	263.576.476,16	-1,17
Taquara - R06	348,1	235.000	143.335.146,46	7,96	154.742.545,10	9,64	157.153.872,76	1,56
Palmeira das Missões - R15 e R20	378,1	345.927	388.814.874,78	7,95	419.721.013,89	11,27	432.651.107,34	3,08
Uruguaiana - R03	378,1	458.083	314.005.706,97	7,90	338.813.198,17	10,81	347.939.217,00	2,69
Santa Maria - R1 e R2	321,7	583.777	452.460.062,60	4,92	474.722.859,31	4,86	474.448.900,04	-0,06
Novo Hamburgo - R07	395,7	829.904	802.239.092,15	4,59	839.039.683,42	6,24	852.280.650,13	1,58
Ijuí - R13	327,1	229.293	248.092.259,02	4,04	258.122.478,10	7,45	266.568.755,99	3,27
Bagé - R22	283,5	188.345	140.577.196,59	2,04	143.438.987,44	0,67	141.520.857,78	-1,34
Total			11.148.917.564,78	11,9	12.476.353.280,15	13,54	12.659.159.874,47	1,46

Fonte: autoria própria a partir dos dados do TCE-RS, SES-RS e IBGE.

No primeiro ano de pandemia a Região Covid que mais aumentou suas despesas em saúde, em termos percentuais, foi a Região Covid Lajeado com aumento em torno de 20% de 2019 para 2020, seguida da Região Canoas (aumento de 16,83%) e a Região de Santa Rosa (aumento de 14,74%). O aumento dos recursos destinados à saúde foi possível em parte pelo aporte do Governo Federal por intermédio da LC nº 173 de maio de 2020, que destinou a estados e municípios aportes de recursos financeiros para mitigar os efeitos da pandemia.

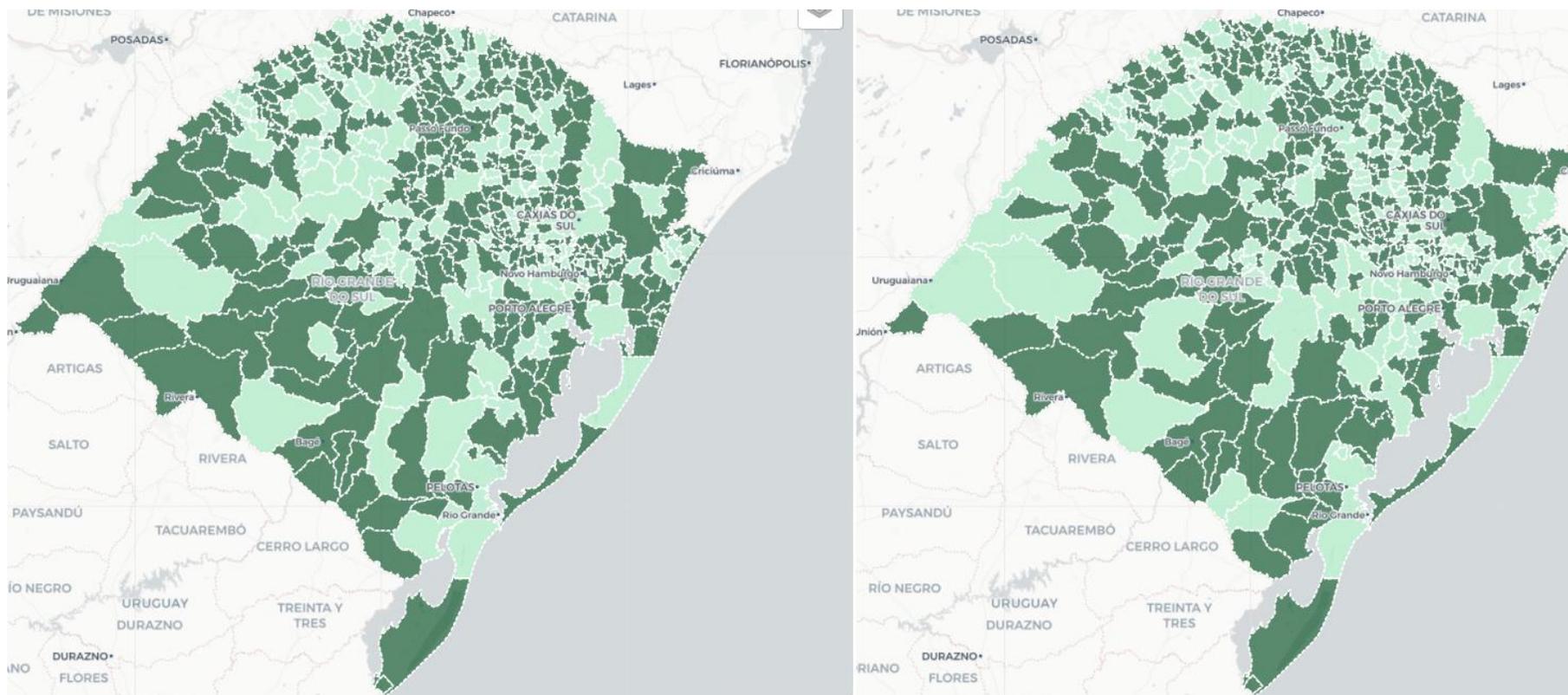
Ao comparar os anos de 2020 e 2021, em 2020 no RS foram 9.242 mortes por Covid-19, tendo 493.973 casos confirmados. Já em 2021 houve um crescimento expressivo tanto no número de casos confirmados, quanto no número de óbitos, em que tivemos mais de um milhão de casos confirmados e 27.276 óbitos. Contudo, mesmo com a pandemia tendo sido mais agressiva em 2021 isso não repercutiu em aumento expressivo nas despesas em saúde ao compararmos os gastos de 2020 para 2021, tendo oito regiões que reduziram suas despesas. O aumento mais expressivo de 2020 para 2021 foi da região Covid Pelotas com aumento em torno de 7%.

Outro olhar que se pode ter em relação às despesas em saúde é aquele relacionado às principais subfunções dentro da função saúde, em particular no que se refere às subfunções 301 e 302. As Figuras 1 e 2 ilustram, utilizando o mapa do RS, a variação das despesas nessas subfunções de saúde no Período de 2020 e 2021, comparados ao ano de 2019. Os municípios em verde escuro são aqueles que tiveram crescimento nas subfunções e os em verde claro apresentaram decréscimo nas referidas subfunções.

Ao comparar os anos de 2019 e 2020, 65% dos municípios apresentaram aumento na subfunção atenção básica (301), havendo uma pequena redução no número de municípios que apresentaram aumento nesta rubrica, ao comparar o ano de 2019 ao ano 2021 63,58%.

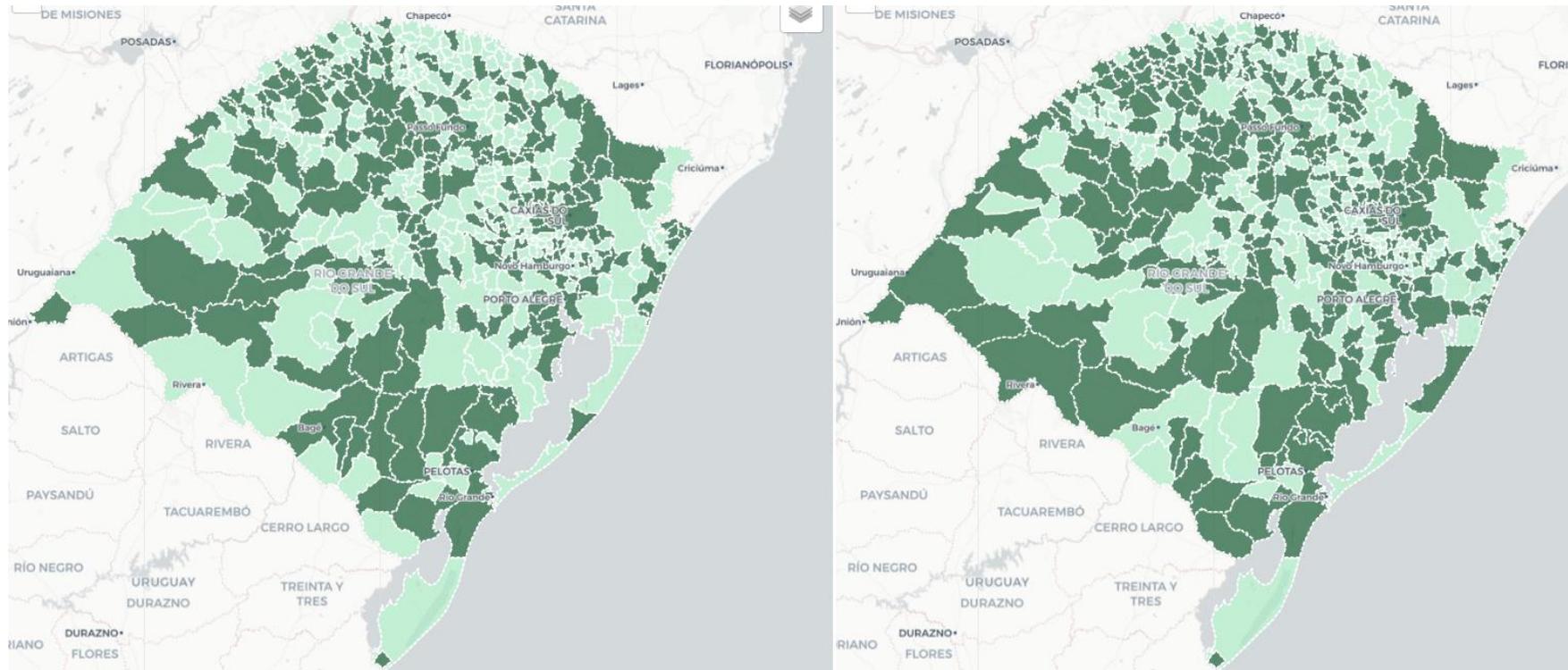
Já na subfunção 302 verificamos que 84 municípios não possuem registro de despesas classificadas na referida subfunção, sendo que desses municípios 42 estão habilitados para realizar a gestão ambulatorial e dois a gestão hospitalar das ASPS. O restante, 40 municípios, não realizam a gestão da MAC, ficando a responsabilidade da gestão com a SES-RS. Isso pode denotar que os recursos são repassados fundo a fundo aos municípios, seguindo as resoluções da CIB, de acordo com as pactuações junto aos municípios de referência, como também pode ser um indício de existir algum tipo de enquadramento equivocado em outras subfunções.

Figura 1 - Crescimento/Decrescimento na Subfunção 301 – Atenção Básica (2019–2020) e (2019–2021)



Fonte: elaborados pelos autores.

Figura 2 - Crescimento/Decrescimento na Subfunção 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial (2019–2020) e (2019–2021)



Fonte: elaborados pelos autores.

Ainda tratando da função 302, retirando do cálculo os municípios que não apresentaram gastos na subfunção, 58% apresentaram aumento na subfunção de 2019 para 2020 e no período de 2019 para 2021 em torno de 68% dos municípios apresentaram aumento nos gastos. Contudo, mesmo a pandemia tendo sobrecarregado os serviços ligados a MAC, 173 municípios apresentaram queda nos gastos em saúde nessa subfunção de 2019 para 2020 e 132 de 2019 para 2021.

4.3 Análise das despesas classificadas como enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV- 2 (Covid-19)

Com o objetivo de acompanhar as despesas relacionadas ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 e em busca de dar transparência aos dados, o TCE-RS publicou o Ofício Circular DCF 10/2020. Por meio desse ofício adotaram campos já existentes nos sistemas para realizar o registro. No caso da Covid-19 era preciso realizar o registro de códigos no campo *Complemento do Recurso Vinculado*. De acordo com ofício “todos os recursos relacionados à Covid-19 sejam registrados nos códigos correspondentes (3140, 3150 ou 3160), ao menos nos arquivos correspondentes à "Despesa"[...] (RIO GRANDE DO SUL, 2020). Tais códigos correspondem às seguintes origens ou vinculações: 3140 – recursos de emendas parlamentares individuais; 3150 – recursos de emendas parlamentares coletivas; ou 3160 – despesas gerais com Covid-19.

A partir dessa informação realizamos a filtragem dos dados dos balancetes para os anos de 2020 e 2021 para compreender o destino desses recursos. Na Tabela 4 são apresentados os dados referentes ao ano de 2020 e 2021.

Tabela 4 - Despesas em saúde 2020 e 2021 - códigos 3140, 3150, 3160

Subfunção	Valor Liquidado 2020	%	Valor Liquidado 2021	%
302	422.180.503,54	36,91	381.309.249,71	46,88
301	250.068.684,71	21,86	150.716.556,34	18,53
122	222.164.148,80	19,42	158.615.368,83	19,50
305	207.056.673,98	18,10	98.092.292,86	12,06
304	16.633.254,94	1,45	15.749.145,20	1,94
Outras	25.683.493,87	2,25	8.854.357,28	1,09
Total	1.143.786.759,86	100,00	813.336.970,22	100,00

Fonte: elaborado pelos autores.

No ano de 2020, as despesas classificadas como Covid-19 referem-se a 9,17% das despesas totais em saúde. Dos recursos gastos ao enfrentamento à pandemia 36,91% foram destinados à MAC, 21,86% as ações em atenção básica, seguidas da administração geral e vigilância epidemiológica com 19,42% e 18,10% respectivamente.

Já no ano de 2021, apesar de o percentual que compõe a MAC representar uma parcela maior dos gastos vinculados à Covid-19 (46,88%) no ano de 2021, não representou um crescimento em valores absolutos em relação a 2020, pois no ano citado foram gastos R\$ 422.180.503,54 e em 2021 R\$ 381.309.249,71 (decréscimo em torno de 9,68%). Em 2021 a rubrica administração geral foi a segunda maior subfunção com 19,50%, seguido da função atenção básica com 18,53%.

Em busca de compreender onde, de fato, esses gastos foram realizados foi averiguada a modalidade de aplicação dos recursos. Iniciaremos demonstrando os gastos na subfunção 302, que foi a mais representativa nas despesas classificadas como Covid-19. A Tabela 5 apresenta as despesas da subfunção 302, no ano de 2020, para compreender o elemento de despesa dos recursos gastos.

Tabela 5 - Despesas em saúde em 2020 subfunção 302 - Covid-19 por elemento de despesa

Código	Descrição	Valor liquidado 2020	%
3.3.90.39	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	261.710.199,12	61,99
3.3.50.43	Subvenções sociais	47.480.561,68	11,25
3.1.90.11	Vencimentos e vantagens fixas - Pessoa Civil	46.296.084,04	10,97
3.3.90.30	Material de Consumo	17.256.986,71	4,09
3.3.50.39	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	14.101.337,38	3,34
3.3.50.41	Contribuições	10.155.813,45	2,41
3.1.90.34	Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização	4.481.663,02	1,06
4.4.90.52	Equipamentos e Material Permanente	4.130.203,11	0,98
	Outros	16.567.655,02	3,92
TOTAL		422.180.503,54	100,00

Fonte: elaborado pelos autores.

Como pode ser visto na Tabela 5, quase 62% das despesas na subfunção 302 são para outros serviços de terceiros - pessoa jurídica (“prestação de serviços por pessoas jurídicas a órgãos públicos, exceto as relativas aos Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação”) (RIO GRANDE DO SUL, 2022, p. 170). Pensando na necessidade do período pandêmico da contratação de profissionais de saúde, possivelmente os recursos foram empregados para mobilização de novas equipes, mas tal hipótese precisa ser

checada com outros instrumentos para se compreender essa dinâmica dos gastos.

A segunda maior incidência diz respeito às subvenções sociais, totalizando em torno de 11% das despesas. De acordo com o Manual Técnico de Orçamento do RS essa despesa tem relação com a “cobertura de despesas de instituições privadas de caráter assistencial ou cultural, sem finalidade lucrativa [...]” (RIO GRANDE DO SUL, 2022, p. 171). Isso pode ter relação com a contratação de empresas do terceiro setor para prestação de serviços no âmbito da saúde e com os repasses das administrações municipais para instituições e hospitais filantrópicos locais.

Por fim, a terceira maior aplicação de recursos se deu no âmbito dos Vencimentos e vantagens fixas - Pessoa Civil, ou seja, relacionada a remuneração salarial. Assim, aparentemente a maior parte dos recursos nessa subfunção está na contratação de pessoal, seja de maneira direta ou por meio de contratação de organizações privadas ou sem fins lucrativos.

No ano de 2020 a segunda subfunção das despesas em Covid-19 relevante foi a função 301, com percentual de 21,86%. A Tabela 6 apresenta os dados sobre os elementos de despesa nessa subfunção.

Tabela 6 - Despesas em saúde em 2020 subfunção 301 - Covid-19 por elemento de despesa

Código	Descrição	Valor liquidado 2020	%
3.1.90.11	Vencimentos e vantagens fixas - Pessoa Civil	83.878.842,28	33,54
3.3.90.39	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	68.018.779,10	27,20
3.3.90.30	Material de Consumo	43.691.439,91	17,47
31.90.04	Contratação por Tempo Determinado	14.126.898,98	5,65
4.4.90.52	Equipamentos e Material Permanente	6.636.249,34	2,65
3.3.90.32	Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita	6.596.036,97	2,64
3.1.90.34	Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização	5.932.317,61	2,37
3.3.90.36	Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física	4.105.496,51	1,64
Outros		17.082.624,01	6,83
Total		250.068.684,71	100,00

Fonte: elaborada pelos autores.

De acordo com a Tabela 6 na atenção básica foi possível verificar novamente que a maior parte das despesas converge para o pagamento de vencimentos e para a contratação de serviços de terceiros, totalizando 60,74%. Em terceiro lugar estão as despesas com material de consumo, que representam 17,47%.

No ano de 2021 houve uma redução nas despesas categorizadas como ligadas diretamente a Covid-19. Essa redução girou em torno de 28%. As subfunções mais

relevantes foram a 302, a 122 e a 301. Iniciaremos a apresentar os dados referentes ao elemento de despesa da subfunção 302 de 2021 na Tabela 7.

Tabela 7 - Despesas em saúde em 2021 subfunção 302 - Covid-19 por elemento de despesa

Código	Elemento de despesa	Valor Liquidado 2021	%
3.3.90.39	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	239.842.837,03	62,90
3.3.50.43	Subvenções Sociais	91.029.126,54	23,87
3.3.50.41	Contribuições	12.589.122,73	3,30
3.3.90.30	Material de Consumo	9.202.610,56	2,41
3.3.50.39	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	8.591.630,94	2,25
4.4.50.42	Auxílios	3.737.163,70	0,98
4.4.90.52	Material de Consumo	3.457.236,30	0,91
3.3.93.39	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	2.291.777,82	0,60
	Outras	10.567.744,09	2,77
	Total	381.309.249,71	100,00

Fonte: elaborado pelos autores.

Semelhante a 2020, em 2021 temos “Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica” o elemento de despesa concentra quase 63% da subfunção analisada. Em seguida, com 23,87% as despesas referentes a subvenções sociais, que se relaciona a transferência de recursos para entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos que tenham como finalidade o exercício de atividades contínuas na área da saúde, nesse caso em específico (RIO GRANDE DO SUL, 2022). Na sequência será analisada a subfunção administração geral por meio da Tabela 8.

Tabela 8 - Despesas em saúde em 2021 subfunção 122 - Covid-19 por elemento de despesa

Código	Descrição	Valor liquidado 2021	%
3.3.90.39	Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	111.809.719,60	70,49
3.3.90.30	Material de Consumo	17.177.838,88	10,83
3.3.50.43	Subvenções Sociais	6.875.325,58	4,33
3.3.90.92	Despesas de Exercícios Anteriores	5.412.516,04	3,41
3.1.90.11	Vencimentos e Vantagens Fixas – Pessoal Civil	4.066.923,68	2,56
3.3.90.32	Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita	3.571.556,93	2,25
3.1.90.04	Contratação por Tempo Determinado	2.192.996,62	1,38
3.1.90.16	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil	2.011.190,16	1,27
	Outros	5.497.301,34	3,47
	Total	158.615.368,83	100,00

Fonte: elaborado pelos autores.

Novamente o elemento de despesa “Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica” aparece como preponderante, com 70,49% dos recursos gastos na subfunção 122. Materiais de consumo segue como o segundo elemento de despesa mais representativo, englobando 10,83% das despesas. A subfunção atenção básica teve a terceira maior representatividade quanto às despesas com Covid-19 em 2021 e apresenta conforme Tabela 9 a seguinte organização.

Tabela 9 - Despesas em saúde em 2021 subfunção 301 - Covid-19 por elemento de despesa

Código	Elemento de despesa	Valor Liquidado 2021	%
339039	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	65.002.041,94	43,13
339030	Material de Consumo	28.752.331,79	19,08
319011	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	20.588.774,03	13,66
319004	Contratação por Tempo Determinado	11.703.905,15	7,77
335043	Subvenções Sociais	5.380.698,75	3,57
449052	Equipamentos e Material Permanente	3.398.858,52	2,26
339032	Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita	3.079.567,25	2,04
339034	Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização	3.019.406,69	2,00
339036	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	2.988.726,30	1,98
	Outros	6.802.245,92	4,51
	Total	150.716.556,34	100,00

Fonte: elaborado pelos autores.

A subfunção atenção básica constitui 18,53%, predominando o elemento de despesa “Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica”, detendo 43,13% das despesas. Os materiais de consumo seguiam com 19,08% e os “Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil”, 13,66%. Mais uma vez aparenta ser o maior efetivo das despesas classificadas como Covid-19 com a contratação de pessoas e/ou empresas para atendimento das demandas de saúde.

É preciso evidenciar que nem todas as despesas com Covid-19 foram classificadas nos códigos complementares 3140, 3150, 3160. Nos anos de 2020 e 2021 realizamos uma conferência para averiguar se não havia itens que não foram classificados como despesas com Covid-19. Nessa pesquisa foi possível compreender que em 2020 R\$ 309.832.408,53 das despesas mencionam a palavra Covid-19 ou suas variantes, mas não apresenta codificação complementar estipulada pelo TCE-RS. Em 2021 esse valor é maior, visto que em R\$ 642.181.690,59 dos gastos há menção a pandemia, mas a codificação não é realizada conforme orientação.

Figura 4 - Nuvem de palavras de 2021



Fonte: elaborado pelos autores.

No ano de 2021 as palavras mais frequentes nas licitações foram: testes, covid, luvas, descartável, serviços e procedimentos. A palavra premiação desaparece do certame, mas a palavra kit ainda prevalece, mesmo que em menor incidência (220 vezes). Percebe-se nas palavras em destaque muitas aquisições referentes a EPIs e a aquisição de testes, que foram e são de extrema relevância para identificação/notificação dos casos de Covid.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender o comportamento das finanças em saúde no Rio Grande do Sul, analisando as contas municipais. Para isso, foram analisados dados dos anos de 2019 a 2021, para compreender o impacto da pandemia da Covid-19. Nas análises referentes ao período pandêmico, o ano de 2019 foi incluído como uma forma de poder realizar uma comparação das despesas em saúde antes da pandemia. Foram analisados dados dos balancetes dos municípios, do LicitaCon e a legislação vigente que aborda o SUS, o período da pandemia e o financiamento da saúde pública.

Foi possível verificar um aumento nas despesas de saúde em 2020/2021, comparado a 2019. O incremento em torno de 1,5 bilhão em cada ano não foi suficiente para evitar o alto número de óbitos no RS, principalmente no ano de 2021. Comparativamente, 2021 teve maior número de casos confirmados e de óbitos (mais de 27 mil) decorrentes da Covid-19, contudo

isso não se converteu no aumento significativo das despesas em saúde em relação a 2020.

Quanto às despesas especificadas como para o enfrentamento da Covid-19, ao analisar o elemento de despesa, não é possível determinar qual foi de fato o objeto de contratação. Contudo, percebe-se que boa parte do volume de despesas está concentrada na contratação de pessoal, seja terceirizando a contratação ou realizando contratações por tempo determinado. Para obter uma fotografia mais apurada dessa questão, sugere-se para futuras pesquisas realizar estudos amostrais no LicitaCon, referente à seção contratações Covid-19. Acreditamos que por meio dessas amostras seja possível compreender com um grau maior de detalhamento o que de fato foi gasto para o enfrentamento da pandemia.

Para aprofundar os estudos quanto a pandemia é preciso ponderar também os efeitos dela para os próximos anos, uma vez que no período mais grave (2021), serviços relacionados ao tratamento e acompanhamento de outras morbidades foram interrompidos. Compreender essa demanda reprimida e os impactos disso nas despesas em saúde pode oferecer aportes importantes para a gestão do SUS no RS. Durante o período da pandemia houve incremento de leitos de UTI, que foram desmobilizados à medida que a demanda de internações por Covid reduzia-se, consequência do processo de vacinação. Contudo, de acordo com dados extraídos do SES-RS, mesmo com o número de internações Covid ter reduzido substancialmente em 2022, ainda havia muitas internações de pacientes acometidos por outras enfermidades, mantendo as UTIs com alta ocupação.

Tendo em vista que o financiamento do Sistema Único de Saúde se dá de forma tripartite, isto é, o processo de alocação de recursos financeiros ocorre por meio dos três entes federativos, instituindo ações que são compartilhadas e ações que competem de forma exclusiva a cada ente, essa previsão pelo dispositivo constitucional potencializa o desafio de compreender e mapear a totalidade de recursos alocados pelo SUS para promoção das ações e serviços públicos em saúde para uma mesma população. Sendo tal fato identificado no transcorrer da presente pesquisa e compreendido como um dos principais achados que deve servir como foco de pesquisas futuras, contribuindo para novos aprofundamentos a partir dessa pesquisa.

A continuidade do presente estudo por tal perspectiva é fundamental para permitir a compreensão da totalidade dos fenômenos que orbitam a temática do financiamento da saúde e para o mapeamento das dificuldades encontradas para manutenção das ASPS em sua totalidade, de forma integrada, compartilhada, com responsabilidades e competências dos entes claramente estabelecidas. Tornou-se suficientemente clara a necessidade de considerar também a execução orçamentária estadual da função 10 e suas respectivas subfunções, a fim de possibilitar a apuração e adequada análise nos valores alocados sob uma mesma população. Tal fato ocorre, pois, boa parte da gestão da média e alta complexidade (atenção ambulatorial e hospitalar), é realizada pela Secretaria Estadual de Saúde. Temos municípios que inclusive são

referência em sua região de saúde para atendimento de média e alta complexidade e não realizam a gestão da atenção em saúde nessa área⁵.

Além disso, é de suma importância identificar os valores correspondentes a cada ente da federação, a fim de identificar para além dos percentuais estabelecidos de investimento em saúde, compreender como os recursos foram gastos, com maior grau de detalhamento, nas três esferas de governo. Tal cercamento das informações, apesar do nível de complexidade envolvido, poderia nos trazer uma compreensão mais clara sobre como os recursos destinados à saúde foram gastos não só na pandemia, mas ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz et al. Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 63-677, 2020.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; RIBEIRO, Luis Henrique Leandro. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020.

ALVES, William da Silva. **Administração Orçamentária e Financeira pelos municípios gaúchos no âmbito do financiamento do Sistema Único de Saúde**, 2023. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Administração Pública e Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS, 2023.

BARBOSA, Fernando de Holanda. A crise econômica de 2014/2017. **Estudos Avançados**, v. 31, n. 89, pp. 51-60, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.31890006>>. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.31890006>.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **O Novo Arcabouço Fiscal, 2023**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/internet/agencia/infograficos-html5/novo-arcabouco-fiscal/index.html>>

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 12 de setembro de 2000**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 2000.

BRASIL. **Lei Orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

⁵ A citar os municípios de Passo Fundo, Santa Maria, Rio Grande e Uruguaiana.

BRASIL. **Norma Operacional Básica – NOB 01/1991**. Disponível em:
http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf

BRASIL. **Norma Operacional Básica – NOB 02/1992**. Disponível em:
http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf

BRASIL. **Norma Operacional Básica – NOB 01/1993**. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html

BRASIL. **Norma Operacional Básica – NOB 01/1996**. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: MS; 2006.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 mai. 2023.

BRASIL. **Lei Complementar 141/2012**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde | Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.992 de 28 de dezembro de 2017**. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 828 de 17 de abril de 2020**. Disponível em:
<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-828-de-17-de-abril-de-2020-253755257>. Acesso em: 12 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa FNS - Portaria GM/MS no 828, de 17/04/2020, 2020a**. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/categoria/notas-tecnicas/>

BRASIL. **Lei complementar nº 173, de 27 de maio de 2020, 2020b**. Disponível em:
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-173-de-27-de-maio-de-2020-258915168>.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 847/2019 do Plenário do TCU**. Deliberações dos Colegiados do TCU e dos Relatores | Ano 2 | nº 80 | Quinta-feira, 02/05/2019. Disponível em: <
<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881F6A5ACC8A016A790D84C50F9D&inline=1> >

BRASIL. Senado Federal. **Aprovação do Novo Regime Fiscal Sustentável proposto pelo Governo Federal, 2023**. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/institucional/presidencia/noticia/rodrigo-pacheco/senado-aprova-novo-regime-fiscal-sustentavel-proposto-pelo-governo-federal>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MENDES, Áquilas; FUNCIA, Francisco Rózsa. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola S, Roa AC, organizadores. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde; p. 144-151. 2016.

MENDES, Áquilas. **A longa batalha pelo financiamento do SUS**. Editorial Especial. São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-993, 2013.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. **As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. **Sistema 3As de monitoramento: metodologia**. 2021. Disponível em: <https://admin.sistema3as.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/02103043-metodologia-sistema-3as-monitoramento-02-06-2021-vf.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. **Ofício Circular DCF nº 10/2020**, Porto Alegre, 08 de abril de 2020. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/tcers/oficio-circular-da-dcf-n-10-2020?origin=instituicao>. Acesso em: 14 jan. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Manual Técnico de Orçamento 2023 / Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2022.

SOUSA, Raisal Santos de. SOARES, Catharina Leite Matos. **Financiamento do Sistema Único de Saúde: uma revisão da literatura**. Divulgação em Saúde para Debate, n. 58, p. 115-129, Rio de Janeiro, julho/2018.

VIEIRA, Fabiola S.; PIOLA, Sérgio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo P. S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor**. Brasília: Ipea, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9428>.