

## ✓ Impactos da Covid-19 no financiamento e regionalização da saúde pública no estado do Rio Grande do Sul<sup>1</sup>

**Vanessa Marques Daniel**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração

**William da Silva Alves**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração

**Diogo Joel Demarco**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração

**Mauricio da Silva Escobar**

Instituto Federal Sul-rio-grandense  
Campus Sapucaia do Sul, Informação e Comunicação

**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. 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.

<sup>1</sup> Este estudo resulta de projeto de pesquisa desenvolvido com apoio do Tribunal de Contas do Estado (TCE-RS).

## EN Impacts of Covid-19 on the Financing and Regionalization of Public Health in the State of 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 during the period of 2019-2021. 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 healthcare 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.

**Key-words:** Public Finances. Public Health Financing. Covid-19. Rio Grande do Sul.

## ES Impactos de la Covid-19 en el financiamiento y la regionalización de la salud pública en el estado de Rio Grande do Sul

**Resumen:** El presente estudio tiene como objetivo analizar los impactos de la Covid-19 en los gastos públicos en salud en los 497 municipios del estado de Rio Grande do Sul en el período 2019-2021. Describe la financiación de la salud pública, la organización federativa y el papel de los municipios en la pandemia. En términos metodológicos, es una investigación cuali-cuantitativa, de carácter exploratorio y descriptivo, cuyo objetivo fue demostrar la variación de la dinámica de los gastos en la función salud entre los municipios y la dispersión de los mismos sobre el territorio estatal. Entre los principales hallazgos se destacan el análisis de la ejecución de los gastos, la dinámica epidemiológica de la Covid-19 y su dispersión por el estado, la superposición de arreglos distintos de regionalización de la red de atención en salud y la continuidad de la presión sobre el sistema de salud pública del estado, que convive con los impactos de la Covid de larga duración y el represamiento de procedimientos y atenciones durante el período.

**Palabras-clave:** Finanzas Públicas. Financiamiento de la Salud Pública. Covid-19. Rio Grande do Sul.

## FR Impacts de la Covid-19 sur le financement et la régionalisation de la santé publique dans l'état du Rio Grande do Sul

**Résumé:** Cette étude vise à analyser les impacts de la Covid-19 sur les dépenses publiques de santé dans les 497 municipalités de l'état du Rio Grande do Sul au cours de la période 2019-2021. Elle décrit le financement de la santé publique, l'organisation fédérative et le rôle des municipalités lors de la pandémie. Sur le plan méthodologique, il s'agit d'une recherche quali-quantitative, à caractère exploratoire et descriptif, dont l'objectif a été de démontrer la variation de la dynamique des dépenses dans la fonction santé entre les municipalités et la dispersion de celles-ci sur le territoire de l'état. Parmi les principales conclusions, on peut citer l'analyse de l'exécution des dépenses, la dynamique épidémiologique de la Covid-19 et sa dispersion dans l'état, la superposition de différents arrangements de régionalisation du réseau de soins de santé et la persistance de la pression sur le système de santé publique de l'état, qui fait face aux impacts de la Covid à long terme et à l'accumulation de procédures et de consultations pendant la période.

**Mots-clés:** Finances Publiques. Financement de la Santé Publique. Covid-19. Rio Grande do Sul.

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) completou 35 anos de existência em 2023. Na Constituição Federal (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 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 as emendas 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 Sul<sup>2</sup>. 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

No 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 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

<sup>2</sup> 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.

*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.

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.

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 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, 2019<sup>3</sup>; Brasil, 2020a<sup>4</sup>), 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”.

Cabe destacar que 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).

Contudo, foi em 2016 que surgiu pela primeira vez uma regra que impõe um teto constitucional 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 “definiu que o crescimento dos gastos públicos seria totalmente controlado por lei, inserindo no texto constitucional uma medida de austeridade fiscal”.

<sup>3</sup> Acórdão 847/2019 do Plenário do TCU, disponível para acesso nas Referências Bibliográficas.

<sup>4</sup> Nota Informativa publicada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), disponível nas Referências Bibliográficas.

Ou seja, a emergência da pandemia de Covid-19 em março de 2020 traz um conjunto de pressões sobre um já combalido sistema de saúde, em particular no que se refere ao subfinanciamento (Mendes; Funcia, 2016), além das profundas desigualdades socioeconômicas e de infraestrutura, tanto entre as regiões quanto intrarregionais que marcam a realidade dos municípios brasileiros, não sendo diferente no estado do RS.

### 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 quali-quantitativo 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 receitas e 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 e de UTI 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 E 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.

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 (13%) dos 497 realiza a gestão financeira do teto de Média e Alta Complexidade (MAC), seguido de 255 municípios (51,5%) que realizam a gestão dos serviços ambulatoriais, considerados de média complexidade e por fim, 177 municípios (35,5%) 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.

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 1 apresenta as informações segmentadas por subfunções, que é aquela classificação para detalhar a finalidade dos gastos públicos.

<sup>5</sup> Dados reais corrigidos pelo INPC de dezembro de 2021.

**Tabela 1 - Despesas<sup>5</sup> em saúde no período de 2019 a 2021, por subfunção**

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	153.369.681,07	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
<b>Total Função Saúde</b>	<b>11.019.603.324,37</b>	<b>12.476.353.280,15</b>	<b>12.659.159.874,47</b>	<b>12,17</b>	<b>13,54</b>

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

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

Comparado ao ano de 2019, houve um incremento de despesas em torno de 12% em 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, internações e de óbitos), os recursos aportados à saúde não acompanharam o avanço da doença.

Conforme pode ser visto na Tabela 1, 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 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 às 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. De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde do RS<sup>6</sup> no ano de 2021 o Estado registrou 27.244 mortes por Covid-19, um aumento de 194% comparado a 2020, quando foram registradas 9.242 mortes. Após apresentar os dados a respeito das despesas em saúde de maneira geral, é preciso relacioná-los por regiões Covid, trazendo dados sobre a população e mortalidade no período.

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).

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<sup>7</sup>.

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

<sup>6</sup> Informações sobre óbitos no RS relacionados a pandemia de Covid-19 foram extraídos do seguinte site: <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>

<sup>7</sup> Segundo dados da STN (2020), foram transferidos ao pela LC 173/2020 2,2 bilhões de reais para o governo estadual e 1,48 bilhões aos municípios do estado, a título de compensação das perdas de arrecadação.

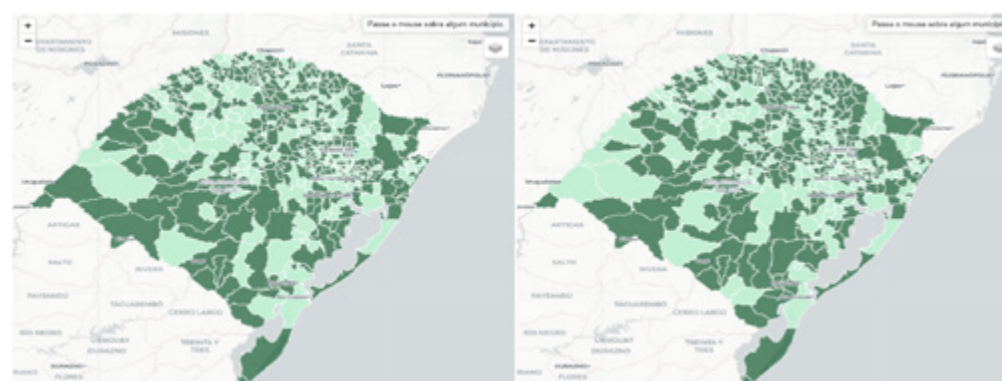
os gastos de 2020 para 2021, tendo oito regiões que reduziram suas despesas. O aumento mais expressivo de 2020 para 2021 foi da região Covid Pelotas com aumento em torno de 7%.

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%.

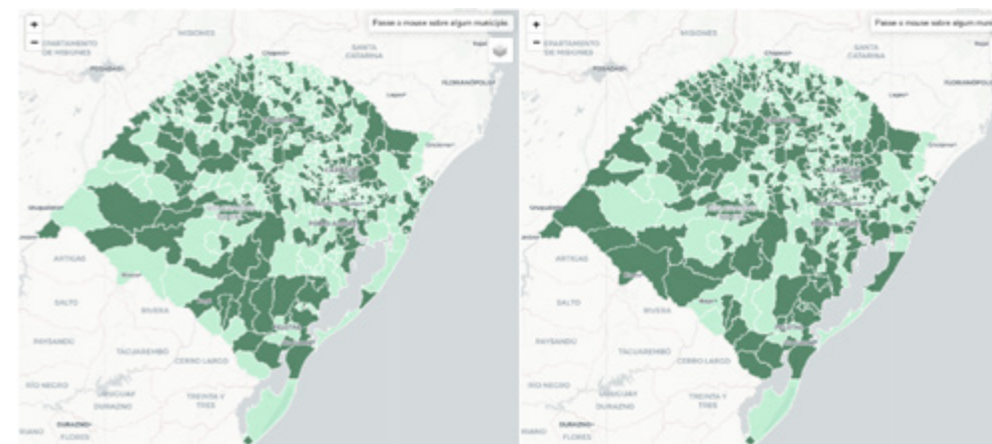
Já na subfunção 302 verificamos que 84 municípios não possuem registro de despesas classificadas na referida subfunção, sendo que desses municípios 42 estão habilitados para realizar a gestão ambulatorial e dois para a gestão hospitalar das ASPS. O restante, 40 municípios, não realizam a gestão da MAC, 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/Decréscimo na Subfunção 301 – Atenção Básica (2019–2020) e (2019–2021)**



Fonte: elaborados pelos autores

**Figura 2 - Crescimento/Decréscimo 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

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 2 são apresentados os dados referentes ao ano de 2020 e 2021. No ano de 2020, as despesas classificadas como Covid-19 referem-se a 9,17% das despesas totais em saúde realizadas pelos municípios. 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 averiguado o elemento de despesa na aplicação dos recursos. Este olhar ocorreu sobre os gastos nas subfunções 302 (MAC), que foi a mais representativa nas despesas classificadas como Covid-19 e nas subfunções 301 (ABS) e 122 (Administração geral).

**Tabela 2 - 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
<b>Total</b>	<b>1.143.786.759,86</b>	<b>100,00</b>	<b>813.336.970,22</b>	<b>100,00</b>

Fonte: TCE/RS (2020), elaboração dos autores.

Fonte: elaborado pelos autores.

No ano de 2020, 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.

Também no ano de 2020 a segunda subfunção mais relevante das despesas em Covid-19 foi a função 301, com percentual de 21,86%. 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%.

Ao analisarmos o 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. Ao observarmos os elementos de despesa da subfunção 302 de 2021, semelhante a 2020, 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





No ano de 2020 as palavras mais frequentes foram: descartável, luva, Covid, máscara, serviços, testes, geleia, álcool e tecidos. Todas elas coadunam com as demandas iniciais da pandemia que se relacionavam à preparação dos sistemas de saúde para o enfrentamento da crise sanitária que então se instalava, focando na compra de Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) e suprimentos.

Um fato que chamou atenção no tratamento dos dados foi quanto à incidência de 592 vezes da palavra premiação, indicando a necessidade de apurar o tipo de premiação prevista nas licitações. Além disso, a palavra “Kit” apareceu 326 vezes, demonstrando também a necessidade de verificação mais aprofundada para compreender que tipo de *kit* foi adquirido.

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 comparar as 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 à 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 transcórre da presente pesquisa é 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 área<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> A citar os municípios de Passo Fundo, Santa Maria, Rio Grande e Uruguaiana.

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.

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. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](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](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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

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](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf)

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](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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.992 de 28 de dezembro de 2017**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](https://bvsms.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. **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.

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=instituição>. 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.