

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM ECONOMIA
POLÍTICA

NATALIA CAROLINA CAIRO LARA

**FINANCIAMENTO, GASTO E REGIONALIZAÇÃO:
UMA ANÁLISE DA REGIÃO DE SAÚDE
METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA (2006 A
2012)**

Orientador: Professor Dr. Áquilas Nogueira Mendes

São Paulo

Dezembro/2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM ECONOMIA
POLÍTICA

NATALIA CAROLINA CAIRO LARA

**FINANCIAMENTO, GASTO E REGIONALIZAÇÃO:
UMA ANÁLISE DA REGIÃO DE SAÚDE
METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA (2006 A
2012)**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, para a obtenção do título de mestre em Economia, sob a orientação do Profº. Dr. Áquilas Nogueira Mendes.

São Paulo

Dezembro/2013

BANCA EXAMINADORA:

Profº. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

Profª. Dra. Marília Louvison

Profª. Dra. Rosa Maria Marques

LARA, Natalia C.C. Financiamento, Gasto e Regionalização: Uma análise da Região de Saúde Metropolitana da Baixada Santista. São Paulo-SP, 2013. [Dissertação de Mestrado em Economia. Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política. Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta Dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos, para consulta pública e utilização como referência bibliográfica desde que citada com referência de autoria, respeitados os termos da legislação vigente sobre direitos autorais.

São Paulo, 24 de janeiro de 2013.

Assinatura: _____

“Aos governantes, erga a voz em favor dos que não podem defender-se, seja o defensor de todos os desamparados. Erga a voz e julgue com justiça; defenda os direitos dos pobres e dos necessitados.”

Provérbios-bíblico 31:8-9

*A Deus, obrigada pela largura, comprimento, altura e
profundidade do Seu amor que me sustentou até aqui.*

*À minha família, a qual me apoiou e alegrou-se com as
minhas conquistas.*

AGRADECIMENTOS

A construção dessa dissertação teve a participação de vários colegas da PUC-SP e da FSP-USP. Agradeço a todos pela disponibilidade de ajudar e compartilhar conhecimento.

Ao professor Áquilas Mendes, meu orientador, que, desde o princípio, me auxilio com dedicação, me ajudando, desde a construção do tema, como também, transferindo a sua paixão pelas políticas públicas de saúde, o que me motivou, desde o início, com o trabalho, inclusive na inserção das discussões acadêmicas e das pesquisas. Com certeza me influenciou e irá me influenciar na minha trajetória pessoal e profissional acadêmica.

À professora Rosa Marques, pelo conhecimento transferido tanto em classe, como na área profissional e por meio de conversas e passeios, os quais me auxiliaram a passar mais tranquilamente por essa fase de mestranda.

À PUC-SP, por oferecer uma estrutura com ótimos professores e à Sônia, por sempre ter os ouvidos inclinados as lamentações dos alunos e ser a salva-vidas de todos.

Aos professores e colegas da Faculdade de Saúde Pública da USP, que, por meio do trabalho, me acrescentaram muito em conhecimento em políticas públicas de saúde, aos professores: Aurea Ianni, Laura Macruz, Oswaldo Tanaka, Marília Louvison, Ligia Duarte, Josér Alexandre Weiller, Cristiane Locatelli e Lygia Botelho, os meus agradecimentos.

Por fim, agradeço a todos aqueles que me motivaram e ajudaram antes mesmo do mestrado, que me deram apoio para o ingresso e durante o processo. Obrigada Lucas, Camila e Leonardo, colegas mestrandos e economistas, pelas trocas de experiências e pelas motivações, e ao professor Rodrigo Lanna, por ser um excelente profissional, em quem me inspirei para a área acadêmica. Aos meus queridos amigos de Campinas, pelo suporte, por estarem sempre juntos e compartilharem as minhas vitórias e me darem momentos de alegrias, e aos meus novos amigos de São Paulo, Rafaela, Bruno, Adailton, Fátima e Diogo, que fizeram este último ano passar suavemente e ver a cidade com outros olhos.

RESUMO

A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das diretrizes que devem orientar a organização do SUS, de acordo com a Constituição de 1988. O processo de descentralização da saúde é um movimento que inicia a sua estruturação ao longo da década de 80 e ganha contornos mais definidos na Constituição e na legislação infraconstitucional subsequente (Lei 8.080, Lei 8.142, normas, portarias regulamentadas e decretos). Desde a sua construção, observam-se políticas de descentralização e regionalização do SUS, que se iniciam com as NOBs, passando pelas NOAS, Pacto da Saúde e, recentemente, o Contrato Organizativo da Ação Pública e da Saúde (COAP). Para debater e compreender o processo de regionalização do SUS foi estudado a Região de Saúde Metropolitana da Baixada Santista à luz da sua capacidade de financiamento e análise dos seus gastos. Dessa forma, analisa-se como essa região se organiza financeiramente em uma gestão regional eficaz.

Palavras-chaves: políticas de regionalização de saúde; financiamento; gasto; Região Metropolitana da Baixada Santista.

ABSTRACT

The regionalization of the Unified Health System (SUS), is one of the guidelines that should guide the organization of the NHS, according to the 1988 Constitution. The process of decentralization of health is a movement that started its structure over the 80 and defined the Constitution and the subsequent constitutional legislation (Law 8080, Law 8142, rules, regulations and decrees regulated). Since its construction, we observe policies of decentralization and regionalization of SUS, which start with NOBs, passing through NOAS, Covenant Health, and recently the Organisational Agreement and Public Health Action (COAP). To discuss and understand the process of regionalization of SUS, was studied the Metropolitan Health Region of Santos in the light of its financing capacity and analysis of your spending. Thus, we look at how this region is organized in a financially effective regional management.

Keywords: regionalization of health policies, financing, spending; metropolitan area of Santos.

SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde
COSEMS Paulo	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRS	Coordenadoria de Regiões de Saúde
DIR	Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde
EC-29	Emenda Constitucional nº 29/2000
ERSA	Escritório Regional de Saúde
FAE	Fração de Assistência Especializada
FPE	Fundo de Participação do Estado
FPM	Fundo de Participação Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social

IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA	Imposto sobre Veículos Automotores
ITR	Imposto Territorial Rural
LC nº141	Lei Complementar nº 141
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Programa Metropolitano de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RMBS	Região Metropolitana da Baixada Santista
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Introdução	16
CAPÍTULO 1	20
O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E EMBATES	20
1.1. O processo de descentralização do SUS.	21
1.2 As políticas de Regionalização do SUS	30
1.1.1 O Pacto Pela Saúde 2006	36
1.1.2 O Decreto 7.508 e Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP)	38
CAPÍTULO 2	42
DA CARACTERIZAÇÃO GERAL DO SUS, NO ESTADO DE SÃO PAULO, À EVOLUÇÃO DA GESTÃO REGIONALIZADA NA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA.....	42
2.1. O desenvolvimento do SUS no Estado de São Paulo	42
2.1.1 Antecedentes do SUS no Estado de São Paulo	42
2.1.2 O processo de descentralização e regionalização do SUS no Estado de São Paulo	46
2.2 A capacidade de financiamento e gasto na saúde do Estado de São Paulo. ...	52
2.2.1 O gasto regionalizado da SES/SP	63
2.2.2 Os gastos da SES destinados aos municípios	65
2.2.3 O desenvolvimento do SUS na Região Metropolitana da Baixada Santista: perfil, financiamento, gasto e resultados em saúde.....	70
2.2.4 Perfil da Região Metropolitana da Baixada Santista.....	70
2.2.5 Perfil do financiamento e gasto em saúde da Região Metropolitana da Baixada Santista.....	75
Considerações finais.....	109
Referências Bibliográficas.....	114

TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1: Gastos SUS realizado pela SES/SP segundo Recursos Próprios e Transferências SUS - 2006 a 2012 (em R\$ de dezembro de 2012)	54
Tabela 2 - Gastos SUS realizado pela SES com ações e serviços de saúde, segundo categoria econômica e elemento de despesa do Estado de São Paulo - 2010 a 2012 (em R\$ de dezembro de 2012).	57
Tabela 3 - Participação das fontes de recursos do Gasto SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de Saúde, segundo subfunção– 2010 (em R\$ de dezembro de 2012).	58
Tabela 4: Participação das fontes de recursos do Gasto SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de Saúde, segundo subfunção – 2011 (em R\$ de dezembro de 2012).	59
Tabela 5 – Participação das fontes de recursos do Gasto SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de Saúde, segundo subfunção –2012 (R\$ milhões de dezembro de 2012).	60
Tabela 6- Fontes de recursos do gasto SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de saúde, segundo Unidades Orçamentárias - 2010 (R\$ milhões de dezembro de 2012).	61
Tabela 7- Fonte do recurso do gasto SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de saúde, segundo Unidades Orçamentárias – 2011 (R\$ milhões de dezembro de 2012).	62
Tabela 8 – Fonte de recurso do gastos SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de saúde, segundo Unidades Orçamentárias – 2012 (R\$ milhões de dezembro de 2012).	63
Tabela 9 - Gasto regionalizado realizado pela SES/SP s segundo os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) - 2010 a 2012 (em R\$ de dezembro de 2012).	64
Tabela 10 - Gastos com recursos próprios da SES/SP de acordo com o porte de municípios - 2006 a 2012.....	66
Tabela 11 - Gasto realizado pela SES - aos municípios, entidades filantrópicas e aplicações diretas na rede estadual, segundo fonte de recursos e forma de aplicação – custeio e investimento – 2010 (em R\$ de dezembro de 2012).....	67
Tabela 12- Gasto realizado pela SES - aos municípios, entidades filantrópicas e aplicações diretas na rede estadual, segundo fontes de recursos e forma de aplicação – custeio e investimento – 2011 (em R\$ de dezembro de 2012).....	68
Tabela 13 - Gasto realizado pela SES - aos municípios, entidades filantrópicas e aplicações diretas na rede estadual, segundo fonte de recurso e forma de aplicação – custeio e investimento – 2012 (R\$ mil de dezembro de 2012).	69
Tabela 14- PIB per Capita dos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista – 2010 (em R\$ de dezembro de 2012).	73
Tabela 15 – Números de leitos SUS, segundo a Região da Baixada Santista e os municípios - 2006 a 2012.	74
Tabela 16 – Números de leitos SUS por mil habitantes, segundo a Região da Baixada Santista e os municípios - 2006 a 2012.....	75
Tabela 17– Transferência de recursos da SES/SP para DRS da Baixada Santista, segundo categoria comercial e por despesas - 2010 a 2012 (em R\$ de dezembro de 2012).....	76
Tabela 18 - Gasto SUS da SES/SP na DRS da Baixada Santista, segundo subfunção – 2010 (em R\$ de dezembro de 2012).	77
Tabela 19- Gasto SUS da SES/SP na DRS da Baixada Santista, segundo subfunção – 2011 (em R\$ de dezembro de 2012).	78
Tabela 20 - Gasto SUS da SES/SP na DRS da Baixada Santista, segundo subfunção – 2012 (em R\$ de dezembro de 2012).	78
Tabela 21 – Gasto da SES/SP por subfunção de Assistência Hospitalar e Ambulatorial por municípios da DRS da Baixada Santista - 2010 a 2012.	79
Tabela 22 – Transferência SUS federal por habitante à Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (em R\$ dezembro de 2012).....	82
Tabela 23- Transferências SUS federal por habitantes, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (R\$ dezembro de 2012).	82

Tabela 24 - Despesa total em Saúde por habitantes, segundo Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (R\$ de dezembro de 2012).	83
Tabela 25 - Despesa total com saúde por habitantes, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (em R\$ dezembro de 2012).	84
Tabela 26 - Despesas com recursos próprios em saúde por habitantes, segundo a Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (R\$ dezembro de 2012).	85
Tabela 27 - Despesas com recursos próprios em saúde por habitante, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (R\$ dezembro de 2012).	85
Tabela 28 – % dos Gastos com recursos próprios em Saúde - EC 29, segundo a Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012.	86
Tabela 29 – Gastos com recursos próprios em Saúde - EC 29, segundo municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012.	87
Tabela 30 – Participação das Despesas com pessoal no total do gasto com saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista – 2006 a 2012.....	90
Tabela 31 – Participação das Despesas com serviços de terceiro em relação a despesa total, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista – 2006 a 2012	91
Tabela 32 – Participação das Despesas com medicamentos no total do gasto com saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista – 2006 a 2012.	91
Tabela 33 – Participação das Despesas com investimentos no total do gasto com saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012	92
Tabela 34- Participação das Despesas de assistência hospitalar e ambulatorial no total do gasto com saúde , segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2008 a 2012.	93
Tabela 35- Participação das Despesas de suporte profilático e terapêutico no total do gasto com saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2008 a 2012.....	94
Tabela 36- Participação das Despesas de Atenção Básica no total do gasto com saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2008 a 2012.	95
Tabela 37 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica – 2008 a 2012.....	97
Tabela 38 - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal – 2008 a 2012.....	98
Tabela 39 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária – 2008 a 2012.....	99
Tabela 40 - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária – 2008 a 2012	100
Tabela 41 - Proporção de partos normais no total de partos realizados – 2008 a 2011.....	101
Tabela 42 - Número de óbitos maternos por local de residência– 2008 a 2011.	102
Tabela 43- Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal – 2008 a 2011.....	102
Tabela 44 - Taxa de Mortalidade Infantil – 2008 a 2011.....	103
Tabela 45 - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por 100.000 habitantes – 2008 a 2012.	104
Tabela 46 – Taxa de internação de fratura de fêmur em idosos – 2008 a 2012	105
Tabela 47 - Taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos – 2008 a 2012.	105
Tabela 48 - Número absoluto de óbitos por dengue – 2008 a 2011.....	106
Gráfico 1 - Percentual de transferências da União para o estado de São Paulo – 2006 a 2012	55
Gráfico 2 - Evolução das Receitas disponíveis próprias e do gasto da SES/SP com recursos estaduais em % – 2006 a 2012 (R\$ milhares de dez/2012)	56

Gráfico 3 – Evolução da receita disponível (Impostos mais Transferências Constitucionais) do Estado de São Paulo, São Paulo Capital e Região Metropolitana da Baixada Santista – 2006 a 2012.....	80
Gráfico 4 – Evolução da receita disponível (Impostos mais Transferências constitucionais da Região Metropolitana da Baixada Santista – 2006 a 2012.....	81
Gráfico 5 – Evolução da participação das Despesas de pessoal no total do gasto com saúde, segundo a RMBS, a cidade de São Paulo e o Estado de São Paulo - 2006 a 2012	88
Gráfico 6 - Evolução da participação das Despesas de serviços de terceiro no total do gasto com saúde , segundo a RMBS, a cidade de São Paulo e o Estado de São Paulo - 2006 a 2012	89

QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Evolução do processo de regionalização do SUS	30
Quadro 2 - Regiões de Saúde, segundo as 17 RRAS, seus municípios e população.	51
Quadro 3 – Os indicadores de resultado segundo as diretrizes e objetivos da Transição Pacto para COAP.	96
Figura 1 - Departamentos Regionais de Saúde de São Paulo - 2012.....	49
Figura 2 - Redes de Atenção à Saúde e respectivas DRS e Regiões de Saúde de São Paulo, 2012.....	50
Figura 3 - Pirâmide etária da Região Metropolitana da Baixada Santista – 2010	72

Introdução

A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) é o eixo norteador para o sistema de saúde funcionar. Este processo desencadeou vários procedimentos organizativos para o sistema de serviços e saúde, deslocando a sua centralidade para o espaço loco-regional, contribuindo para a municipalização dos serviços de saúde, desse modo trazendo os gestores locais como articuladores das políticas de saúde. O processo descentralizador pode apresentar vantagens e desvantagens, pois apresenta distintos formatos, mas, de modo geral, resultados positivos, os quais podem ser notados quanto a transferências de serviços, de responsabilidade e recursos, abrindo espaço para a criação de mecanismos de democratização e controle social, os quais incorporam novos atores sociais (FERREIRA et al, 2011).

Os autores discutem que, para a descentralização na saúde desempenhar um papel organizativo, é necessário que tenha relação com o processo de regionalização da saúde. Entende-se regionalização como uma ferramenta de gestão na organização do sistema de saúde, para proporcionar uma alocação eficiente da assistência ou prestações de cuidados em saúde. É necessário que esse entendimento técnico seja considerado nas decisões políticas para que os atores inseridos no sistema (profissionais e usuários) apresentem as suas demandas.

A regionalização abrange os três níveis da atenção da saúde, os quais são: atenção primária, a média e alta complexidade. Essa diretriz foi aprofundada no Pacto pela Saúde 2006 e intensificada, agora, no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), em 2011.

Essa intensificação do processo de regionalização vem acentuando embates entre gestores e atores intergovernamentais que, em sua maioria, apresenta conflitos entre as identidades locais, regionais/estaduais e nacionais. Para articular os interesses e tensões entre esses agentes, pressupõe-se que exista um alto grau de descentralização, para que esses atores tenham flexibilidade no deslocamento vertical ou horizontal entre as esferas de governo.

Ferreira et al.(2011), sintetiza o conceito de regionalização:

Pode-se entender a regionalização da saúde como processo de organização das ações e serviços de saúde, em uma região, visando promover a integralidade da atenção, a racionalização dos gastos, a otimização dos recursos e a equidade, na perspectiva de garantia do direito à saúde (FERREIRA et al., 2011, p.733)

A descentralização da saúde no Estado de São Paulo foi marcada pelo processo de descentralização da Secretaria de Saúde do estado. O momento chave foi a “Reforma Leser”, de 1967, que criou os Escritórios Regionais de Saúde (Ersa). A trajetória da política de saúde no estado foi importante para conduzir os movimentos para a criação do SUS. O estado participou de momentos de centralização e descentralização que antecederam a criação do SUS, os quais serão detalhados no capítulo 2. O papel do gestor estadual no ordenamento dos serviços de saúde é importante para realizar a coordenação dos planos de ação dos municípios e fornecer apoio técnico a eles.

O papel do gestor municipal, após a criação do SUS, torna-se chave para o funcionamento do sistema de saúde, pois é ele, de fato, que irá executar as ações de políticas de saúde orientadas pela União e o estado. O gestor local tem a necessidade de conhecer a situação de saúde de seu território e elaborar plano de intervenção local, as quais se estenderam às pactuações e negociações intermunicipais, efetivando a inserção de seu município na realidade regional.

A partir da descentralização e da regionalização do sistema, abre-se um espaço de debate entre os municípios que fazem parte da Região de Saúde para a construção de uma rede de serviços. Por meio Pacto pela Saúde, medida normativa do Ministério da Saúde (Portaria Ministerial), foram formados os Colegiados de Gestão Regionais (CGR), em que os municípios e um representante do estado articulam os interesses e os conflitos em âmbito regional.

O processo de descentralização e regionalização foi acompanhado por uma descentralização fiscal para a transferência de recursos da União, para o estado e os municípios, e do estado para os municípios em termos fiscais gerais, e na saúde, em particular.

Com a implantação das Normas Operacionais Básicas (NOB) 1991, 1993 e 1996, desencadeou-se um processo de descentralização dos recursos e responsabilidade para os estados e principalmente para a descentralização de recursos e atribuições para os municípios. Em seguida, vieram as Normas

Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002 que buscaram fortalecer a regionalização. Por meio delas, foram estabelecidas condições de financiamento pactuadas na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Em 2000, foi criada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), a qual estabeleceu regras básicas para as aplicações anuais mínimas de cada esfera de governo em ações e serviços públicos de saúde. Esta proposta propõe que cada esfera de governo tenha um mínimo para os gastos em saúde com seus recursos próprios. A União deve despendar o valor apurado no ano anterior em relação ao seu orçamento empenhado, corrigido pelo PIB nominal. Estado e municípios devem alocar 12% e 15% das suas receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, respectivamente. Contudo, a EC-29 não especificou para a União a base de cálculo para o repasse dos recursos, o que permitiu uma brecha na emenda para o descumprimento das transferências federais.

O movimento recente de descentralização fiscal ganhou maior espaço por intermédio da Lei Complementar nº 141/2012 (LC nº 141). Essa Lei, que se refere à regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 (EC 29), visa assegurar a vinculação de recursos fiscais para o setor da saúde, dispondo, também, sobre os critérios de transferências de recursos, seu monitoramento e os mecanismos da aplicação da política de saúde planejada. Além disso, esta lei estabelece quais são as despesas relacionadas com os serviços de saúde que devem ser dispendidos com os recursos próprios dos entes federativos e as que não devem ser consideradas.

Diante desse pano de fundo, o presente trabalho tem como objetivo analisar em qual medida a regionalização da política de saúde, particularmente, da região da Baixada Santista, dispõe de capacidade de financiamento, a partir de 2006, para assegurar as ações e serviços de saúde definidos de forma loco-regional.

Sendo assim, essa dissertação está dividida em dois capítulos. O primeiro descreve o processo de regionalização do SUS, com foco na construção histórica e aos embates da regionalização. O segundo capítulo trata da caracterização geral do SUS no Estado de São Paulo à evolução da gestão regionalizada, na Região Metropolitana da Baixada Santista.

Para tanto, de forma específica, esse trabalho aborda a questão do financiamento regional, além de suas características de gerenciamento das políticas de saúde entre os entes federativos. A importância de ter um repasse equitativo e eficiente é importante para o bom funcionamento da regionalização de saúde. Portanto, serão analisados os indicadores financeiros tanto do Estado de São Paulo quanto da Região Metropolitana da Baixada Santista, com o intuito de verificar a capacidade de financiamento dessa região a fim de assegurar o processo de regionalização no âmbito estadual e municipal.

A Região Metropolitana da Baixada Santista constitui uma Região de Saúde do Estado de São Paulo e é composta por nove municípios (Cubatão, Bertioga, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente). Os embates políticos e a sua história na estrutura econômica para o desenvolvimento do Estado de São Paulo são importantes aspectos que levaram ao seu estudo.

Será analisado o período entre 2006 e 2012, pelo fato de estar relacionado com as mudanças políticas de saúde, quando houve a transição do Pacto pela Saúde para o COAP.

CAPÍTULO 1

O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO SUS: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E EMBATES

A regionalização da saúde não é uma ideia recente e sua origem tem sido atribuída de modo consistente à proposta de reorganização dos serviços médicos da Inglaterra, em redes com centros de saúde primários, secundários e hospitais de ensino. Apesar de o governo inglês ser o percussor desse modelo, foram os norte-americanos que iniciaram a disseminação internacional do modelo dos centros de saúde distritais (ALBUQUERQUE et al., 2011).

João de Barros Barretos, em 1939, inicia-se o debate de organização dos serviços de saúde no Brasil e o termo “regionalização” passa a aparecer com timidez na literatura brasileira. Esta discussão só iria aprofundar-se na década de 60 e se disseminaria no Brasil, apenas a partir da década de 80 (ALBURQUEQUE et al., 2011).

No entanto, apesar de existirem vários estudos sobre regionalização, são poucos os que, segundo Levi e Scatena (2011), abordam a discussão de financiamento da regionalização da saúde, o que torna o tema ainda mais incipiente. Os autores de destaque nesse assunto são: Viana et al. (2006), Fortes et al. (2007) e Mendes et al (2008).

A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se uma das diretrizes que devem orientar a organização do SUS, de acordo com a Constituição de 1988. Portanto, esse debate do financiamento acerca dos contextos regionais é essencial, porque o SUS é constituído por diversas redes de saúde ao longo de todo o território.

Para debatermos e compreendermos a regionalização do SUS é necessário aprofundar o processo de descentralização de saúde, cenário essencial para a configuração dessa regionalização. Desse modo, este capítulo aborda a descentralização no primeiro item e as políticas de regionalização no item seguinte.

1.1. O processo de descentralização do SUS.

O formato do federalismo tem por definição a descentralização, ou seja, autonomia entre os membros da Federação (SOUZA, 1998). É a partir das instituições que se evita procurar tanto a excessiva centralização como a fragmentação oligárquica do poder, criando um controle mútuo entre os pactuantes (ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

A criação do modelo federativo no Brasil, segundo Abrucio e Franzese (2007), foi oposta à da norte-americana porque não foi resultado de um pacto entre unidades autônomas, mas de um processo de descentralização de poder do centro para os estados. Os autores mencionam a frase de Rui Barbosa para simbolizar o contraste: “tivemos União antes de ter estados, tivemos o todo antes das partes” (ABRUCIO e FRANZESE, 2007, p. 3).

O Brasil se constitui como uma Federação em 1891, onde fortaleceu os estados e enfraqueceu a União. As eleições presidenciais passavam por um acordo entre os dois principais estados do país, São Paulo e Minas Gerais, com alianças com outros estados (com menor poder político), como Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e a Bahia. O período da política Café com Leite se encerra com São Paulo insistindo em eleger, consecutivamente, um presidente paulista. O resultado foi a cisão de Minas Gerais ao acordo e o apoio a Getúlio Vargas à presidência, fator que promoveu a Revolução de 1930.

O período do governo de Getúlio Vargas produziu impactos importantes para a centralização de poder na União devido a presença forte do Executivo Federal, ao contrário do período anterior onde o Executivo Estadual tinha maior domínio. Com a centralização, a União foi capaz de inserir uma política centralizadora e intervir nos estados, nos domínios econômico e social (ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

Segundo os autores, a Era Vargas deixou como legado, para o federalismo nacional, o fortalecimento do Executivo e das burocracias federais, como também, a representação dos estados menores no Congresso Nacional. O modelo burocrático não ambicionava a democracia e nem o aprimoramento das administrações públicas no âmbito dos municípios. Outro momento marcante, e importante, da centralização política foi em 1964, com o regime militar.

O processo de redemocratização foi retomado pelas eleições do Senado de 1974 e intensificou o processo em 1982, com a conquista de dez governadores de estados, dos 22 em disputa, a qual garantiu, pela primeira vez, que os opositores à ditadura teriam um poder institucional de direito em suas mãos. Nesse novo contexto, foram iniciadas mobilizações e articulações de governantes junto à população para viabilizar a campanha das Diretas-Já. Com a pressão dessa campanha acaba ocorrendo uma modificação institucional. Não se consegue uma eleição direta, mas por uma mudança por meio do colégio eleitoral possibilitou a indicação de Tancredo Neves (ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

Segundo Fortes (2008), como consequência do processo de redemocratização, o termo descentralização passa a ser utilizado de modo mais recorrente, por meio das reivindicações em favor ao “movimento municipalista”, e com os objetivos de: os municípios alcançarem maior participação das receitas dos tributos, obter maior autonomia nas decisões sobre o gasto e ter uma organização administrativa. O discurso do movimento se limitava ao modo de centralização e autoritarismo, não havendo, portanto, uma discussão crítica para uma autonomia político-administrativa em relação à capacidade de gestão autônoma dos municípios em termos de recursos próprios, financeiros e administrativos.

Especificamente na questão da saúde, a discussão de políticas de descentralização teve seu curso, assim como comenta Fortes (2008):

Em ambos os projetos, a descentralização foi colocada como estratégia para operacionalizar as mudanças, mas a sua defesa se fazia a partir de perspectivas distintas. No primeiro caso, a descentralização era defendida, em sintonia com o receituário neoliberal da reforma do Estado nos anos 80, como medida racionalizadora. Para o Movimento da Reforma Sanitária (MRS)¹, ator principal na luta pela reformulação do sistema de saúde, a descentralização constituía uma das estratégias da democratização e de valorização do espaço público (FORTES, 2008, p. 66).

Como é observado pela autora, no momento do debate da descentralização havia duas vertentes distintas que buscavam objetivos divergentes com a descentralização política. Por um lado uma abordagem mais liberal, com o intuito de

¹“O MRS, que teve sua origem na academia, como forma de resistência à ditadura e à mercantilização da saúde, fortaleceu-se a partir de meados da década de 1970, quando teve início o processo de distensão política” (FORTES, 2008, p. 67).

alcançar maior liberdade da União em relação aos municípios, e por outro lado, a defesa da descentralização enquanto mecanismo para atingir maior eficiência nos gastos e na administração da saúde. A descentralização na saúde teve início na década de 1970, com alguns governos municipais de oposição à ditadura, os quais “iniciaram experiências inovadoras de organização da saúde” (FORTES, 2008, p. 67), para preencher espaços de outros entes federativos. A iniciativa desses gestores municipais mobilizou outros secretários a seguir a descentralização, o que contribuiu para a formação do Conselho de Secretários Municipais em Saúde.

No fim da década de 1970, com o fim do milagre econômico, as áreas de saúde e social passam por uma fase problemática de financiamento. Para enfrentar essa situação o governo federal intensifica uma política centralista. No caso da saúde, o regime militar criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)², criado em 1974. A crise gerou um debate que levou à reforma da política de saúde e à descentralização dos serviços, porém as estratégias adotadas tiveram um viés liberal. Em 1979, foi realizado o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara de Deputados, para debater a descentralização das políticas de saúde e mudanças no INAMPS, para uma progressiva universalização dos serviços.

Já no início da década de 1980, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), houve a discussão sobre a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais.

Segundo Fortes (2008), a criação do SUDS foi criticada pela ala de esquerda do Movimento Sanitário e do movimento municipalista, pois viam nele uma política conciliadora com o governo federal em relação aos governos estaduais. Como reflexo das oposições dos municípios, o SUDS em cada estado assumiu características diferentes e só foi efetivo em locais em que os gestores foram comprometidos e flexíveis a mudanças do sistema.

²O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada (FORTES, 2008).

Toda essa discussão em torno da descentralização da gestão da saúde foi importante para a discussão do que seria apresentado na Constituição de 1988 como proposta para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Viana e Lima (2011), desde que o SUS foi instituído, a estratégia para sua implementação foi à descentralização. O processo envolveu a transferência de poder decisório da gestão de prestadores de serviços públicos e privados e de recursos financeiros, os quais estavam concentrados nas esferas federal e estadual. A década de 1990, portanto, dá o marco histórico da passagem de um sistema centralizado para um sistema descentralizado, no qual os municípios passam a ter uma atuação maior. O movimento do processo de centralização para descentralização foi oficializado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas de Assistência a Saúde (NOAS) – todas as portarias do Ministério da Saúde. As NOAS de 2001 e as NOAS de 2002 ampliaram as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e definiram o processo de regionalização³.

No entanto, a descentralização das políticas de saúde como construída gerou um entrave, previsto pelo Movimento da Reforma Sanitária, que foi a municipalização dos serviços, ou seja, os municípios arcaram com um grande volume de serviços da saúde (como a atenção básica) e o estado e a federação se abstiveram das responsabilidades em construir um SUS em conjunto com os entes federativos (FORTES, 2008).

Como ferramenta para viabilizar as políticas de descentralização da saúde, a Constituição de 1988, no artigo 198, define que o princípio da regionalização deve orientar a organização do SUS. Segundo Mendes (2011), a maior parte dos municípios brasileiros é composta por uma população menor que 20.000 habitantes, portanto, não possuem condições de oferecer todos os serviços necessários aos cidadãos. Os serviços de maior complexidade ficam localizados nos municípios-pólo, o que gera ganhos de economia de escala e qualidade. O autor completa citando:

A regionalização constitui estratégia para corrigir desigualdades no acesso à fragmentação dos serviços de saúde, por meio da organização funcional do sistema, com definição das responsabilidades de cada município e dos fluxos de referência, para

³As NOAS e NOBs serão discutidas no próximo item do capítulo 1.

a garantia de acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional (MENDES, 2011, p.2).

O início da década de 1990 é marcado por uma política de liberalização, com abertura comercial, de um lado, e uma intensificação do processo de descentralização, de outro, em que o governo federal delega aos estados e municípios. O período mais acentuado dessa política foi durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1994 a 2002), que se caracterizou por privilegiar uma relação mais estreita do Estado com o mercado. Essa nova relação libera as forças de mercado favorecendo o livre movimento de capitais e o de acumulação produtiva financeira. Nesse contexto econômico, a política social torna-se, ainda mais, subordinada às prioridades da política econômica, que estava voltada para a estabilização monetária e de ajuste fiscal. Portanto, segundo Viana e Lima (2011), a política social teve como estratégia-chave, nesse período, a descentralização e o incentivo às parcerias público-privado, além do estímulo ao controle social e a ações focalizadas para regiões e populações mais pobres.

As políticas sociais ficam submissas às políticas fiscais redistributivas, pois elas são marcadas por modelos centralizadores, presentes antes da Constituição de 1988 até os nossos dias. A regulamentação e supervisão federais sobre as políticas dos governos subnacionais foram expandidas a partir dos anos 1990, com a fiscalização dos municípios para a execução dos serviços de saúde básica e educação, bem como as políticas fiscais restritivas. Ou seja, existe uma contradição em termos, pois, ao mesmo tempo em que os entes federativos são autônomos, eles dependem da regulação federal para empregar as políticas de compensação das desigualdades sociais e regionais (ARRETCHÉ, 2010).

A federação brasileira adota, segundo Arretche (2004), desde a Constituição Federal de 1891, o regime da separação de fontes tributárias, discriminando impostos de competências exclusivas dos estados da União⁴. Mas, com a promulgação da Constituição de 1988, é verificado um expressivo avanço para a descentralização na distribuição dos recursos tributários e do poder público no Brasil

⁴. “Os municípios só passaram a ter competência exclusiva para decretar tributos a partir da Constituição de 1934”. (ARRETCHÉ, 2004).

(SOUZA, 1998), o qual passava por mudanças lentas e graduais, sendo as maiores as rupturas no regime militar e em 1988 (ARRETCHE, 2004).

A partir de 1981, os critérios para redistribuição do FPE e FPM são parcialmente remodelados, no entanto, grande parte permanece igual a 1967. Do valor líquido do FPM são distribuídos 10% para as capitais, 86,4% entre os demais municípios do interior e o restante de forma adicional para os municípios do interior com mais de 156.216 habitantes. Para Lima (2007), isso foi uma tímida tentativa de solucionar a disparidade criada pelas regras originais que beneficiavam os pequenos municípios e colocavam em desvantagem cidades com problemas metropolitanos.

No entanto, a redistribuição de renda maior para municípios acima de 156.216 habitantes não revela melhor desempenho em relação aos pequenos, independente do nível de renda do estado em que está localizado. Existe disparidade de arrecadação até mesmo para as cidades do mesmo tamanho, exceto as capitais que arrecadam quantias até dez vezes superiores aos demais municípios de seu próprio estado (ARRETCHE, 2004).

O modelo de redistribuição tributário adotado no Brasil tem que ser discutido e revisto, pois limita a possibilidade de que se estabeleçam constitucionalmente competências exclusivas entre os níveis de governo para as ações sociais (ARRETCHE, 2004). As políticas sociais ficam a mercê do caráter tributário e fiscal, no qual o país está inserido.

Outra característica do período é a criação de uma série de leis complementares à Constituição de 1988, que resultou na retenção de parte das transferências constitucionais a estados e aos municípios e a uma limitação de autonomia decisória dos gastos estaduais e municipais (Lei de Camata e Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF). Com a reforma liberal, a característica do Estado passou a ser de subsidiário, incentivando, assim, parcerias com o setor privado. Ao delegar algumas funções ao mercado, o Estado é obrigado a criar novas entidades institucionais para fiscalizar o processo e garantir a integridade dos serviços para a população. Como exemplo destacam-se a Agência Nacional de Saúde (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (VIANA, 2011).

A Constituição de 1988 possibilita essa parceria com o público e o privado, pois a Constituição define que a saúde é livre para iniciativa privada e que ela pode

participar de forma complementar ao SUS, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferências a entidades filantrópicas sem fins lucrativos. Contudo, a responsabilidade maior do financiamento é oriunda da União, estados e municípios.

O federalismo fiscal brasileiro segue os formatos da descentralização, portanto, os recursos são distribuídos entre os entes, porém ainda se mantém a arrecadação concentrada no nível federal. Tal arranjo está na raiz dos conflitos que vêm marcando a relação entre entes federativos, cujos efeitos se estendem ao financiamento do SUS.

O financiamento do SUS é realizado através dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal de cada ente federado. O OSS é composto por contribuições sociais de empregados e trabalhadores, de outras receitas e também de partes de receitas da União, estados e municípios. Este orçamento deveria financiar a previdência, a assistência social e parte significativa da atenção à saúde, mas isso não ocorre (LEVI e SCATENA, 2011). Mendes (2011) também aborda como um problema a situação do financiamento da saúde:

A percepção de qual área da saúde enfrentava problemas crescentes para viabilizar seu financiamento – principalmente depois que as contribuições de empregados e empregadores passaram a ser utilizadas somente pela Previdência Social, em 1993 – deu origem a amplos debates e iniciativas (MENDES, 2011, p. 15).

O resultado dos debates foi a Emenda Constitucional nº29/2000 (EC-29) que estabelece a participação de cada esfera, ou seja, define qual é a participação mínima e obrigatória dos recursos das três esferas do governo para o financiamento da saúde pública. A EC-29 tem o diferencial de definir o quanto será designado das receitas resultantes de impostos e transferência constitucionais dos estados e municípios (MENDES et al, 2008).

A EC-29 possui duas grandes motivações. A primeira é garantir recursos estáveis para a saúde, diante das crônicas oscilações no volume dos gastos públicos que antecederam a Emenda, e a segunda é fazer com que as esferas subnacionais, principalmente os estados, aumentem a sua participação no financiamento do SUS. Portanto, foi designado o valor que cada esfera federal irá

transferir a partir dos seus recursos próprios para a saúde. A União aplica o empenhado do ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal e os estados e municípios devem repassar no mínimo 12% e 15%, respectivamente, da receita dos impostos, compreendidas as transferências constitucionais.

A EC-29 estabeleceu patamares mínimos de despesas em saúde sobre os recursos próprios dos municípios e estados, e para o Governo Federal, no entanto, inicialmente a vinculação não se uniu ao orçamento. A estratégia da formulação da emenda foi voltada para dificultar a vinculação de recursos do orçamento federal, visando abranger o conceito de despesas em saúde e o congelamento do ano de referência para a aplicação dos percentuais de elevação das despesas federais (LIMA, 2006).

Outros problemas da EC-29 abordados por Dain (2001, *apud* Lima, 2006) são:

- A baixa vinculação dos recursos da União para a saúde em relação às contribuições sociais;
- O fator negativo em vincular a taxa do PIB para os recursos da saúde, pois se torna problemático em um contexto de estagnação econômica;
- A não vinculação dos recursos para as Organizações Sociais de Saúde (OSS), o que definiria uma solução para o financiamento da saúde e não para as três áreas que compõem a Seguridade.

A EC-29 abrange outro problema além dos mencionados acima. Segundo Marques e Mendes (2002), a interpretação em considerar como gastos com inativos (servidores aposentados da área da saúde), como despesa de saúde, implica em um processo de “(des)financiamento” da saúde, ou seja, uma diminuição dos recursos destinados a ações e serviços para prevenir ou responder ao risco doença. Essa questão foi resolvida com a Lei nº 141/2012 que detalha o que são os gastos em saúde.

Em suma, a EC-29 não menciona para a União a origem dos seus recursos em relação à Seguridade Social, como se não houvesse uma disputa por seus recursos. Estipulou-se que, após quatros anos de sua aprovação, seriam estipulados os recursos definidos para a aplicação em saúde nas três esferas de governo, o que não ocorreu (MENDES, 2012). Assim sendo, os fatores que dificultavam o

financiamento da política de saúde na década de 1990 permaneceram os mesmos, os quais contribuíram para a construção do Orçamento da Seguridade Social (OSS). Os efeitos dessas medidas no financiamento do SUS são prejudiciais, pois os governos subnacionais dependem dos recursos oriundos do orçamento do MS para suprir as necessidades dos gastos (LIMA, 2006).

A criação da EC-29 foi um avanço para a política de saúde e fortalece as políticas de descentralização e regionalização da saúde, porém ainda não foi suficiente para garantir todo o volume de recursos necessário para o desenvolvimento do SUS.

O movimento mais recente para a tentativa de estabilização dos recursos oriundos para a saúde foi a aprovação da regulamentação da EC-29 pela Lei Complementar nº 141/2012 (LC nº 141) que visa assegurar a vinculação de recursos fiscais para o setor da saúde. Contudo, segundo Mendes (2012), a regulamentação não assegurou nenhum recurso novo para garantir a universalização da saúde, ou seja, não significou nenhum grande avanço para o financiamento da saúde.

A LC nº 141 é uma continuidade ao que já vinha se realizando em relação às transferências da União e dos estados aos municípios, as quais devem ser feitas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde. Observa-se o reforço das formas de acompanhamento, fiscalização, controle e auditoria dos recursos do SUS, o que possibilitou a compatibilidade entre a saúde e os instrumentos de planejamento orçamentário como: o Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) (MENDES, 2012).

O modelo do federalismo fiscal brasileiro quando atribuído pela Constituição Federal de 1988 foi considerado um dos mais descentralizados do mundo. Porém, no processo de construção da redemocratização do Brasil, esse caráter foi alterado e com o início dos anos 1990 essa política fiscal descentralizadora mostrou-se incoerente para uma inflexão conservadora. A descentralização tributária estava na contramão dos objetivos da política ortodoxa da União, pois essa política acarretava em aumento dos gastos públicos necessários para a universalização da saúde por parte dos municípios e estados (LIMA, 2006). A descentralização fiscal, estabelecida pela Constituição de 1988, foi desmontada pelos governos que a sucederam.

Porém, assiste-se, recentemente, um novo processo de descentralização, no entanto, ainda contendo ações tímidas que não agregam novos recursos a saúde.

Segundo Afonso (2008), a reforma tributária seria o principal instrumento para solucionar a falta de recursos à saúde, assim como o desafio que existe no federalismo fiscal em integrar adequadamente as políticas sociais e econômicas. Conclui-se que, para alcançar a universalidade da saúde, é necessário, também, contemplar o padrão de tributação.

1.2 As políticas de Regionalização do SUS

O processo de descentralização da saúde é um movimento que inicia a sua estruturação ao longo da década de 1980 e ganha contornos mais definidos na Constituição de 1988 e “na legislação infraconstitucional subsequente” - Lei 8.080, Lei 8.142, normas, portarias regulamentadas, e decretos (UGA et al, 2003). Na presente sessão, apresenta-se os principais momentos históricos do processo da construção da descentralização e sua relação com a regionalização do SUS, os quais têm se dado em momentos históricos e políticos distintos. O quadro 1, a seguir, ilustra em ordem cronológica os momentos mais importantes do processo de regionalização, inserido no pano de fundo da descentralização da política de saúde:

Quadro 1 - Evolução do processo de regionalização do SUS

1970	1986	1988	1990	1993 1996	2001/2002	2006	2011	2012
Formulação teórico-conceitual e experiências municipais	8ª Conferência Nacional de Saúde	Constituição Federal	Lei 8.080 Lei 8.142	NOBs 93 e 96	NOAS	Pacto pela Saúde	Decreto 7.508 Lei 12.401 Lei 12.466	Lei Complementar 141

Fonte: Elaboração própria

Como foi apresentado no item anterior desse capítulo, o processo de descentralização decorreu um embate político, entre as esferas de governo, acerca da necessidade em organizar um sistema de saúde eficiente que fosse ao alcance de toda a população.

Durante várias décadas que antecederam a criação do SUS, as políticas de saúde eram voltadas para uma pequena parcela da população, as quais se

enquadravam na assistência a grupos de riscos ou com doenças infectocontagiosas, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde de vários estados brasileiros. A assistência à saúde de caráter individual aos trabalhadores formais e suas famílias, era prestada pelo antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), e os cidadãos que estavam excluídos do mercado formal de trabalho eram atendidos por instituições filantrópicas. Observa-se que vários municípios brasileiros, em meados a década de 1970, encontravam-se em dificuldades para gerenciar a crise econômica que estava presente, naquele momento, atingindo a medicina previdenciária e a saúde pública, necessitando de intervenção dos governos municipais nas políticas de atenção à saúde (LAVRAS, 2011).

A configuração organizacional da saúde teve início a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS), 8ª Conferência Nacional de Saúde⁵ e, posteriormente, pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os quais foram delegados aos municípios. Lavras (2011) comenta que:

a gerência dos serviços estaduais e federais de saúde existentes em seus territórios; a administração dos recursos humanos existentes nesses serviços, embora seus vínculos permanecessem com as instituições de origem; e a transferências ou cessão de uso do patrimônio e dos equipamentos aí existentes (LAVRAS, 2011, p.318).

Durante esse período não é observado transferências de recursos financeiros adequados para a manutenção do sistema nos municípios, o repasse de recursos era viabilizado apenas para “serviços prestados” de acordo com o contrato do convênio (LAVRAS, 2011).

O modelo operacional do SUDS já sinalizava a tendência de municipalização das políticas de saúde. Os municípios, portanto, passam a ser o eixo condutor do processo de descentralização do sistema que toma forma na construção do SUS. Observa-se, portanto, que inicialmente as políticas de saúde já possuíam um conceito de descentralização e municipalização pela União e essa organização

⁵As Conferências de Saúde têm sua origem na lei 378, de 13 de janeiro de 1937, promulgada por Getúlio Vargas. A primeira ocorreu em 1941, e as seguintes em 1950, 1963, 1967, 1975, 1977, 1980, 1986, 1992, 1996, 2000, 2003 e 2007. Fóruns principalmente de discussões técnicas, passaram a ter

norteia as diretrizes do SUS, conjuntamente com a ideia de regionalização, na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de 1990 (BRASIL, 1988 e 1990).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define no capítulo 2, artigo 7º, no item IX, que os princípios e diretrizes que norteiam a organização do SUS é por meio da descentralização político-administrativa e com direção única em cada esfera de governo: a) descentralização dos serviços para os municípios e b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. No capítulo 3, dessa Lei, ficaram reafirmados, no artigo 8º, que serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescentes as ações e serviços de saúde.

A Lei 8.080 estabelece a necessidade de regionalização como um dos mecanismos de organização do sistema, no entanto, não aprofunda o seu significado e as formas de efetivá-la (LIMA e VIANA, 2011).

O conceito de regionalização, segundo Lima e Viana (2011), é um processo político que se traduz pela necessidade de formar redes de atenção à saúde⁶ nos diversos espaços geográficos da federação, o qual possui contradição com as diretrizes da descentralização. Isso ocorre porque a primeira é formada a partir de elementos de diferenciação e diversidade territorial, e a segunda “se constitui pela redistribuição complementar, pela redistribuição de responsabilidades e recursos para unidades político-territoriais específicas”.

A descentralização na saúde está associada à diretriz da gestão única de cada esfera de governo reforçando, assim, a importância dos gestores municipais e estaduais, o que induz a adaptação de arranjos regionais devido à necessidade de negociação federativa. Com o processo de descentralização da saúde, surgiu a necessidade de uma ferramenta para viabilizar as ações e serviços de saúde, por isso o sistema de saúde acaba se organizando regionalmente como uma estratégia para a implementação da descentralização.

Para viabilizar as discussões políticas entre as esferas, são criados órgãos gestores, de diferentes instâncias hierárquicas, para articular os embates que geram

⁶“A Rede de Atenção à Saúde caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos” (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

a descentralização, no âmbito das esferas do governo, sendo elas: a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite⁷ (CIT), o Conselho de Representação dos Secretários Estaduais (Conass) e os conselhos de âmbito nacional e estadual (Conasems e Cosems) (LIMA e VIANA 2011).

O processo de descentralização da saúde e da regionalização começa a ser instituída pela legislação infraconstitucional e de sucessivas normas e portarias que solidifica a estrutura da descentralização da saúde e possibilita a regionalização do SUS.

O artigo 1º da NOB 01/93 regulamenta o processo de descentralização “da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento e das ações de saúde”. Estabelece que a responsabilidade seja dos três entes federativos pelo financiamento das ações de saúde pelo aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde, em particular para a assistência hospitalar e ambulatorial.

Para Úga et al (2003), a grande inovação da NOB/93, além das transferências de valores globais para o atendimento ambulatorial e hospitalar aos municípios, foi o estabelecimento dos tetos financeiros para cobertura hospitalar, como os autores citam a seguir:

Expressar em valores financeiros os tetos destinados à assistência hospitalar possibilitou, por um lado, efetuar transferências diretas, fundo a fundo, e, por outro, adotar maior transparência na distribuição de recursos (ÚGA et al, 2003).

Como citado anteriormente, as Comissões Intergestores (CIT e CIB), representam um avanço nesse período, no sentido da construção de um espaço de concentração das políticas setoriais entre as três esferas do governo, “constituindo-se, também, em mecanismo de democratização do processo decisório”. A partir desse novo espaço político democrático é que a NOB/96 é construída e adquire força para ser implementada no dia 5 de novembro de 1996 (ÚGA et al, 2003).

A NOB 96 trouxe inovações no processo de gestão descentralizada do SUS, alterando, em vários aspectos, o papel do gestor municipal e estadual. Um dos avanços para os municípios foi à introdução de um mecanismo de remuneração *per*

⁷ Regulamentadas pela Norma Operacional Básica – SUS NOB 93

capita dos serviços de saúde, o Piso da Atenção Básica (PAB). Estabelece um valor *per capita* habitante/ano para todos os municípios, com a responsabilidade de executar ou gerenciar as ações de atenção básica (MENDES, 2005).

A base para um novo modelo de atenção à saúde, formalizada na NOB 96, proporcionou materializar, a cada sistema municipal, uma forma efetiva de gestão, intituladas: plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal.

Para financiar esses dois tipos de gestão, a União ficou responsável por transferir recursos aos estados e municípios, os quais são identificados nos fundos de saúde estadual e municipal e previstos na Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL - MS, 1996). De acordo com o decreto (1996):

A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município, com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual (BRASIL - MS, 1996).

Segundo a NOB-96, ao estado cabe a gestão em parceria com os municípios e a coordenação do SUS estadual, assim como à Federação, fica a responsabilidade de articular as políticas entre os dois entes federativos e garantir o SUS nacionalmente. A norma não apresenta novos recursos para os municípios, em contrapartida, com a ampliação das responsabilidades, em contrapartida, incorpora mecanismos para transferir os recursos já estabelecidos.

O Piso de Atenção Básica (PAB), estipulado na NOB 96, consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso corresponde a um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE) e é transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual. O PAB está subdividido em duas categorias: o PAB fixo e o PAB variável, sendo o fixo o que corresponde ao *per capita* por habitante/ano.

O PAB variável não estava proposto na versão original da NOB 96, sendo implantado posteriormente, por meio de portarias, em 1998 e 1999, pelo Ministério da Saúde. O Piso variável se refere aos incentivos financeiros, mediante adesão, dos seguintes programas: a) Vigilância Sanitária; b) combate às carências nutricionais; c) Assistência Farmacêutica Básica; d) Programa Agentes Comunitários da Saúde; e) Programa Saúde da Família, e f) Vigilância Epidemiológica (MENDES, 2005).

O Ministério da Saúde, considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização, regionalização e organização do SUS, fortalecido com a implementação da NOB 96, aprova, por meio de duas portarias, as normas operacionais, as quais são: a Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, denominada de “Norma Operacional da Assistência à Saúde – SUS” – NOAS-SUS 01/2001 e a Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, NOAS-SUS 01/2002.

A NOAS/2001 tem como objetivo aprofundar o processo de regionalização como forma de “garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis” (BRASIL–MS, 2001). O ponto importante dessa portaria é o avanço no processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela atenção integral aos seus cidadãos. A Norma está assentada em três pontos principais: a “regionalização da assistência, o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios” (BRASIL, 2001 *apud* MENDES, 2005).

Essas estratégias correspondem a ações específicas, apresentadas por esse autor a seguir:

1 - Regionalização da assistência: a) elaboração do Plano Diretor de Regionalização; b) ampliação da Atenção Básica; c) qualificação das microrregiões na Assistência à Saúde; d) Organização da Média Complexidade; e) estabelecimento de política para a Alta Complexidade;

2 – Capacidade de gestão: a) programação da assistência; b) garantia de acesso da população referenciada; c) controle, avaliação e regulação da assistência; d) hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo; e

3 – Critérios de habilitação: alterações na NOB – SUS 96 para estados e municípios.

Essas ações enfatizam um fortalecimento da responsabilidade dos municípios para a gestão da Atenção Básica e resgata o papel de coordenação do governo estadual na média e alta complexidade (ELIAS, et al, 2001). No entanto, os autores (2001), apontam três principais fatores que atuam de forma problemática sobre a NOAS, quais são:

ampliação das ações e serviços que compreendem a Atenção Básica; a organização de procedimentos de Média Complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal e a política estabelecida frente aos serviços de Alta Complexidade (ELIAS et al, 2001, p.24).

Elias et al (2001), analisa que esses fatores leva ao entendimento que a esfera federal tutela a descentralização do SUS através do financiamento, pois, quando o governo amplia o PAB, denominado PAB ampliado, proporciona maior responsabilidade ao município, ao mesmo tempo em que atrela ao mecanismo de recebimento por incentivo financeiro.

A NOA/2002 teve o mesmo objetivo da NOA/2001. A diferença encontra-se nas diretrizes da norma nas seguintes esferas: a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA); b) Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSM); c) Média Complexidade; d) Alta Complexidade; e e) financiamento (MENDES, 2005).

A diferença no financiamento foi em relação à variação dos recursos no PAB fixo em relação ao valor superior ao PAB ampliado e à transferência de recursos do Ministério da Saúde para as ações de transferências de recursos fundo a fundo, quando o município estiver habilitado em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena Sistema Municipal de Saúde (MENDES, 2005).

1.1.1 O Pacto Pela Saúde 2006

O Pacto pela Saúde 2006 foi aprovado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 399, em 22 de Fevereiro de 2006, com a proposta de formalização dos acordos estabelecidos entre as esferas federativas. Portanto, foi estabelecido um Termo de Compromisso de Gestão, que compreende responsabilidades, objetivos e metas associadas à indicadores de monitoramento (LIMA e VIANA, 2011).

A adesão aos Termos substitui os antigos processos de habilitação previstos nas normas operacionais do SUS como requisito para transferências de responsabilidades e recursos, ampliando a autonomia dos municípios na gestão dos sistemas locais e dos recursos financeiros (LIMA e VIANA, 2011, p.49).

Observa-se que o Pacto pela Saúde buscava uma maior atuação federal nas relações federativas do SUS, abrindo espaço para uma maior cooperação intergovernamental na política de saúde e um maior protagonismo dos estados e municípios na condução da regionalização. A partir do Pacto são criados os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que têm por objetivo intermediar a relação entre os gestores do município e do estado.

O Pacto é subdividido em três componentes: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão do SUS. O *pacto pela vida* está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, apresentando em objetivos de processos e resultados, derivados de uma análise das condições do país e das prioridades definidas pelos governos federais, estaduais e municipais. As principais necessidades são: a) Saúde do Idoso, b) Câncer do colo de útero e de mama, c) Mortalidade infantil e materna, d) Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, f) Promoção de Saúde e g) Atenção Básica à Saúde (BRASIL – MS, 2006).

O *pacto em defesa do SUS* tem como objetivo fortalecer as políticas de saúde envolvendo ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas. As principais diretrizes são: a) implementar um projeto permanente de mobilização social (objetivando a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional, criação de novos recursos para a saúde e aprovação do orçamento que explicita o compromisso dos três entes federativos) e b) elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL – MS, 2006).

Por último, o pacto de gestão do SUS estabelece as seguintes diretrizes para a gestão do sistema: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL – MS, 2006).

Em relação às características do financiamento, são criados seis blocos financeiros⁸ para a transferência de recursos segundo o nível de atenção à saúde, tipo de serviço, programas e funções, os quais acrescentam diversos mecanismos estabelecidos para as transferências de recursos a partir da NOB 96, permanecendo critérios estabelecidos em portarias específicas (LIMA e VIANA, 2011).

Portanto, o Pacto pela Saúde apresentava, em sua proposta, o fortalecimento da pactuação política entre os entes federativos retomando a discussão central da regionalização, em relação às regiões de saúde, com uma gestão compartilhada do SUS, com base nos princípios constitucionais (LIMA e VIANA, 2011). No entanto, esse processo de pactuação não se estabeleceu na política de saúde, sendo substituído pelo Decreto 7.508, de 2011, o qual regulamentou o Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP), em 2012.

1.1.2 O Decreto 7.508 e Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP)

O Decreto 7.508, sancionado em 28 de Junho de 2011, teve como principal objetivo regulamentar a Lei 8.808 para dispor sobre a organização do SUS, no âmbito do planejamento da saúde, a assistência à saúde e a participação interfederativa. Propõe com esse decreto articular um novo pacto federativo, o qual fortaleça os vínculos interfederativos necessários à consolidação do SUS.

Os principais objetivos a serem alcançados com essa nova política de regionalização de saúde é de realizar a organização de forma regional, conformando uma Rede de Atenção à Saúde, a qual visa a integralidade da assistência e a equidade e definir, de maneira clara, as reponsabilidades dos gestores federativos por meio de um contrato jurídico (COAP), para garantir maior segurança da execução das políticas de saúde propostas. Esse contrato está dividido em seis capítulos, que são:

- Capítulo I – Das disposições preliminares - os principais pontos desse capítulo se encontram no artigo 2º que define os principais pontos: a) Regiões de

⁸Blocos do Financiamento de Atenção Básica, da Atenção Média e Alta Complexidade, da Vigilância em Saúde, da Assistência Farmacêutica, da Gestão do SUS, e do Financiamento para Investimentos (Anexo II - Pacto pela Saúde 2006).

Saúde, b) Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), c) Portas de Entradas, d) Comissões Intergestores, e) Mapa da Saúde, f) Rede de Atenção à Saúde, g) Serviços especiais de acesso aberto e h) Protocolo clínico e diretriz terapêutica;⁹

- Capítulo II – Organização do SUS (Seção I – Regiões de Saúde e Seção II – da hierarquização);
- Capítulo III – Planejamento do SUS;
- Capítulo IV – Assistência à Saúde (Seção I – RENASES e Seção II – RENAME);
- Capítulo V – Articulação Interfederativa (Seção I – Comissões Intergestores e Seção II – Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde);
- Capítulo VI – Disposições finais.

O capítulo II aborda as diretrizes para a Região de Saúde e para a hierarquização do SUS. De acordo com o Decreto 7508/2011, a Região de Saúde é caracterizada pelo:

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos 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 (BRASIL, 2011).

As Regiões de Saúde devem conter, no mínimo, as seguintes ações e serviços: a) atenção primária, b) urgência e emergência, c) atenção psicossocial, d) atenção ambulatorial, e) atenção ambulatorial especializada e hospitalar e f) vigilância de saúde. As Redes de Atenção à Saúde estão contempladas nas Regiões de Saúde, as quais passam a ser à referência para as transferências de recursos federais.

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é o órgão gestor responsável pela articulação política entre os municípios e os estados no processo de regionalização constituído pelo Decreto 7.508. Portanto, compete à CIB a realização de processos de avaliação do funcionamento das regiões de saúde, as diretrizes estaduais e a organização do espaço político e geográfico das regiões de saúde. A articulação

⁹Serão discutidos os principais pontos (Região de Saúde, Comissões Intergestores, COAP, Mapa da Saúde e Rede de Atenção à Saúde) desse capítulo a seguir.

política no âmbito das três esferas federais cabe à responsabilidade para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a qual tem a competência para pactuar as diretrizes nacionais para a organização das regiões de saúde no SUS.

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) está definido no capítulo 4, e tem como objetivo:

a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011).

O COAP contém as seguintes disposições essenciais:

- I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
- IV - indicadores e metas de saúde;
- V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
- VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
- VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades e
- IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução (BRASIL, 2011).

Para a viabilização do COAP é necessário que as Regiões de Saúde construam o Mapa da Saúde (capítulo III, artigo 17º), o qual tem por finalidade ser utilizado na identificação das necessidades de saúde e irá orientar o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento das metas de saúde. O Mapa da Saúde irá incorporar a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos, da Região de Saúde, assim como ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, levando em conta a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir de indicadores de saúde do sistema.

Com esse processo operacional, o COAP possibilita os municípios trabalharem regionalmente. Certamente, o trabalho conjunto entre os municípios na construção de uma política regional dependerá das capacidades econômicas e de

infraestrutura de cada um deles. Os municípios-polo dispõem de maiores recursos, e, portanto, devem exercer um papel de liderança.

Por fim, pode-se dizer que o processo de regionalização do SUS é, sobretudo, um processo político que tem por necessidade lidar com a diversidade do próprio SUS em sua relação com o território brasileiro (LIMA e VIANA, 2011). Não se trata de uma construção simples e requer um período de adaptação dos municípios, à medida que esse processo estabelece um trabalho em conjunto entre os gestores municipais, o que constitui uma tarefa de difícil alcance.

CAPÍTULO 2

DA CARACTERIZAÇÃO GERAL DO SUS, NO ESTADO DE SÃO PAULO, À EVOLUÇÃO DA GESTÃO REGIONALIZADA NA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA.

Este capítulo analisa a trajetória de construção do SUS, no estado e na RMBS, destacando os antecedentes de implantação desse sistema, de um lado, e de outro, evidenciando a particularidade do processo posterior a partir dos anos 1990 até 2012, com o intuito de propiciar o pano de fundo para uma avaliação da regionalização da política de saúde no Estado de São Paulo, em geral, e na região da Baixada Santista, em particular, em termos de suas capacidades de financiamento. Essa avaliação tem a finalidade de contribuir para o entendimento sobre a possibilidade de a região assegurar suas ações e serviços de saúde definidos de forma loco-regional.

O capítulo está dividido em duas partes. A primeira parte apresenta uma descrição sumária do desenvolvimento do SUS, no Estado de São Paulo, descrevendo os antecedentes históricos do sistema de saúde e analisando a capacidade financeira da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a partir de indicadores financeiros. A segunda parte busca avaliar a situação da capacidade financeira da RMBS e analisa os indicadores financeiros e de resultados em saúde, que compõem o Pacto pela Saúde e o COAP, com o intuito de avaliar a construção regional de saúde e o desempenho das ações e serviços de saúde durante o período estudado. O período analisado para RMBS abrange 2006 a 2012, ocasião em que houve as mudanças da política de saúde em âmbito nacional.

2.1. O desenvolvimento do SUS no Estado de São Paulo

2.1.1 Antecedentes do SUS no Estado de São Paulo

A política de saúde no Estado de São Paulo foi estabelecida como decorrência de uma necessidade que o estado enfrentava, devido à proliferação de doenças no período de 1889 a 1925. Nesse período, o cultivo de café proporcionou o progresso econômico de São Paulo, proporcionando o aumento populacional derivado da chegada dos imigrantes europeus para trabalhar nos cafezais. Em 1895, a população da cidade de São Paulo era de 130 mil habitantes, dos quais 71 mil eram estrangeiros, em sua maioria italiana. Com a virada do século, a população mais que dobrou (239.820 habitantes). O progresso econômico contribuiu para a

modernização da cidade com linhas de bondes elétricos, iluminação, gás e ampliação da capacidade de abastecimento de água (LANGBECKER e CASTANHEIRA, 2011).

Em contrapartida, a população sofria com epidemias de doenças, dentre elas a febre amarela, a peste, a malária, as leishmanioses cutâneo-mucosas e a doenças de Chagas. As cidades de Santos, São Paulo e Campinas, que se destacavam na economia cafeeira, eram as que apresentavam pior situação sanitária.

A proliferação das doenças trazia o risco de o estado ser considerado insalubre para os imigrantes e essa era uma preocupação para a oligarquia cafeeira, pois essa força de trabalho era essencial para as fazendas, por ser útil e barata. Portanto, a prioridade do estado, naquele momento, era aplicar medidas que controlassem essas epidemias que ameaçavam as atividades da cafeicultura e das atividades urbanas.

Nas duas primeiras décadas do século XX, foi criado o modelo tecnológico campanhista/policial que eram práticas sanitárias orientadas pelo saber bacteriólogo, que estabelecia uma associação entre os agentes microbianos e as doenças infecciosas. A prática visava controlar a transmissão e o contágio das doenças por meio de ações que melhorassem a qualidade do ar e do solo (LANGBECKER e CASTANHEIRA, 2011).

Como medida para viabilizar o modelo, o estado criou, em 1891, a Inspetoria Geral de Higiene do Estado, que um ano depois passou para Serviço Sanitário do Estado. Foi o principal órgão governamental de gestão de serviços de saúde. As suas principais funções eram: saneamento do meio, fiscalização profissional e combate a doenças transmissíveis.

As instituições vinculadas ao Serviço Sanitário do Estado, organizado por Emílio Ribas, eram o Instituto Vacinogênico (1892), o Instituto Bacteriológico (1892), organizado por Adolfo Lutz e o Instituto Butantã (1901), coordenado por Vital Brasil. Ribas reorganizou, em 1906, o Serviço Sanitário do Estado, encerrando os serviços municipais de saúde e centralizando as ações sob coordenação do estado. Este ficou dividido em 14 distritos sanitários, descentralizando regionalmente as atividades de Saúde Pública (LANGBECKER e CASTANHEIRA, 2011).

Em 1925, o médico sanitarista Geraldo Horácio de Paula Sousa reorganizou o Serviço Sanitário do Estado, propondo a educação sanitária como base de ação sanitária, a qual deveria ser feita pelos centros de saúde. O intuito constituía em um modelo de educação sanitária, que deveria promover a formação de uma consciência sanitária na população. O plano era criar cinco centros de saúde na capital paulista e um posto permanente de saúde em cada um dos 217 municípios do estado e ainda compreendia a visitação domiciliar. No entanto, Paulo Sousa permaneceu como coordenador somente até 1927, pois enfrentou resistência política ao seu modelo.

Naquele período, a assistência médica individual era em maior parte ofertada pelo serviço privado e hospitais filantrópicos. Uma consulta domiciliar era um custo altíssimo até mesmo para os proprietários de terras.

A partir da década de 1960, iniciou-se a Reforma Administrativa da Secretaria de Saúde do Estado (SES/SP) que foi durante a gestão do secretário Walter Leser (conhecida como “Reforma Leser”), em 1967. Nesse período, o governo federal passava por uma reorganização administrativa, devido ao golpe militar. Com o fim do milagre econômico, a partir de 1973, o governo federal, para manter-se no poder, iniciou investimentos em políticas sociais, o que repercutiu para administração de saúde na Secretaria do Estado de São Paulo.

A reforma da SES/SP reordenou os programas e órgãos em quatro coordenadorias, as quais eram: Saúde da Comunidade, Assistência Hospitalar, Saúde Mental e Serviços Técnicos Especializados (composto pelos Institutos de Saúde, Butantã, Adolfo Lutz e Pasteur). O processo de reforma visava à centralização dos serviços e a criação de um sistema de informação. A grande diferença dessa reforma, em relação às outras, é que essa tinha como objetivo as intervenções individuais, as quais alcançavam o coletivo com ações direcionadas a grupos populacionais (LANGBECKER e CASTANHEIRA, 2011).

A SES/SP implantou, também, o Programa Metropolitano de Saúde (PMS), em 1983. O PMS tinha como objetivo alcançar a área metropolitana de São Paulo com a “universalização do atendimento em saúde por meio da descentralização e hierarquização da rede de serviços” (LANGBECKER e CASTANHEIRA, 2011, p. 659).

As transformações realizadas pela SES/SP tinham o intuito de priorizar a assistência médica individual visando um modelo centrado na clínica médica. A partir disso, foram criados os Escritórios Regionais de Saúde (Ersa's). Eram, ao todo, 62 órgãos regionalizados que continham equipamentos ambulatoriais, hospitalares e laboratoriais, distribuídos em 47 unidades no interior, e 15 unidades na grande São Paulo (LANGBECKER e CASTANHEIRA, 2011).

Os Ersa's, segundo os autores, tinham o intuito de construir em cada região uma instância de coordenação descentralizada por departamentos e distritos. Estes órgãos estavam subordinados às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que eram compostas por cinco macrorregiões de saúde. Segundo Mendes (2005), a Secretaria considerava prioritário ter em sua estrutura organizacional comissões de integração interinstitucional. Portanto, as Comissões Institucionais de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) e Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), não articulam mais como comissões de gerenciamento de convênios AIS, mas assumem a função de comissões de gerenciamento de todos os serviços de saúde, em sua competência e no seu território administrativo (MENDES, 2005).

Este processo foi importante, pois marca a descentralização das políticas de saúde no Estado de São Paulo e, através dessas ações, o governo conseguiu superar uma dicotomia entre as medidas organizativas da região metropolitana e do interior. O PMS já visava, como foi visto, essa estrutura descentralizada e com a integração de serviços, porém o interior mantinha os departamentos e distritos. Com a reestruturação da Secretaria foi possível que a estrutura administrativa do interior fosse subordinada aos Ersa's.

No entanto, essas modificações na estrutura da Secretaria não ocasionaram um grande avanço no âmbito de gerenciamento do sistema, pois a manutenção do poder de contratação de serviços privados sob o domínio do INAMPS criava barreiras “à capacidade dos escritórios regionais e à própria Secretaria de articular os serviços e as ações de saúde nas microrregiões e no estado” (MENDES, 2005, p.113).

Com o surgimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, houve um avanço da autonomia das Secretarias estaduais, pois a

União passaria a permitir que elas decidissem quem iria comprar os serviços. Concomitantemente, transferiu a responsabilidade pela distribuição dos recursos destinados a essa compra (MENDES, 2005).

Em 1988, foi criado o SUS, pela Constituição de 1988, com o principal objetivo de acelerar a descentralização. No entanto, segundo Mendes (2005), os últimos dois anos da década de 1980, no Estado de São Paulo, corresponderam à recentralização, pois as comissões de grupos de trabalho, formados para serem temporários, passaram a ocupar espaço na Secretaria, esvaziando o papel das Ersas e das Comissões de Microrregiões. O processo de municipalização, até aquele momento, não havia se estendido para a formação de gestores municipais e o governo estadual não havia assumido o seu papel previsto pelo SUS, que era o planejamento regional que concederia “assessoria técnica às instancias locais, efetuando a avaliação e o controle; e, aos municípios, de outro, executar os serviços e ações de saúde” (MENDES, 2005, p.116).

2.1.2 O processo de descentralização e regionalização do SUS no Estado de São Paulo

A implantação das NOBs 1991, 1993 e 1996 desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo responsabilidades e recursos para estados e especialmente para municípios, com objetivo de operacionalização do SUS. No entanto, a lógica de pagamento da produção – adotada pelo INAMPS – permanecia no interior do SUS. Com isso, os municípios permaneciam sem poder fazer planejamento local de ações em serviços, pois essa conduta impedia que os municípios tivessem autonomia na alocação de recursos (MENDES, 2005). Nessa estrutura inicial, a regionalização ficou em segundo plano (FERREIRA, et al, 2011).

A SES/SP, nesse período, demonstrava dificuldades para constituir uma gestão regional de política de saúde e isso se agravava com a crise fiscal vivida pelo estado, especialmente, a partir da segunda metade dos anos 1990. A crise fiscal do Estado de São Paulo foi devido ao aumento do endividamento e da diminuição dos recursos próprios. Como consequência, implantou-se uma política restritiva salarial, obtendo uma defasagem dos salários pagos pelos municípios maiores. Essa

diferença salarial, presente também nos profissionais da saúde, impediu uma real integração dos funcionários das três esferas federais (MENDES, 2005). A restrição orçamentária foi um dos obstáculos que a Secretaria teve para consolidar-se como gestora da política regional da saúde.

A diferença entre a descentralização da SES/SP e a descentralização do SUS, em uma perspectiva regionalizada e hierarquizada, inicia-se a partir da NOB 93 com a progressiva incorporação dos municípios na gestão do sistema. A Secretaria passa a ter um novo papel, sendo ele de coordenador e harmonizador do sistema no âmbito do estado.

A NOB 93 admitiu doze municípios à gestão semiplena do sistema¹⁰ no estado em 1994 e 1995, devido a um acordo de um teto financeiro em média de 20% acima da série histórica de produção. Em 1998, ocorreu a mais ampla municipalização com 164 municípios assumindo a gestão plena do sistema¹¹ segundo a NOB 96. Em 2006, havia 168 municípios em gestão plena. Os ERSAs, nesse período, foram transformados em 24 Diretorias Regionais de Saúde (DIR), devido à mudança de papel que deveria desempenhar na gestão do sistema estadual de saúde (FERREIRA, et al, 2011). A CIB recebe a regionalização como pauta a partir da NOAS. Em 2001 e 2002, foram elaborados o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI) aprovados pela CIB.

A regionalização da assistência para média complexidade descrita pelas NOAS implicou difíceis negociações intermunicipais e com o gestor estadual. Os municípios com maior concentração de serviços de saúde sob sua gestão tendiam a concentrar poder e municípios menores tendiam a investir cada vez mais recursos para buscar alguma autonomia. A SES, particularmente as DIRs, apresentavam

¹⁰ “A Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços; planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatoriais e hospitalares estabelecidos” (Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993).

¹¹ “Na gestão Plena do Sistema Estadual, a SES deve assumir a contratação, o controle, a auditoria e o pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual; a operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, e a alimentação dos bancos de dados de interesse nacional” (MENDES, 2005, p.80).

fragilidades técnicas e políticas para a condução estadual e regional do processo (FERREIRA, et al, 2011).

Não foi apenas o Estado de São Paulo que enfrentou esses problemas. Como resposta, o Ministério da Saúde mudaria de direção nas relações entre os gestores, e iniciava um novo plano para a gestão regional que foi o Pacto pela Saúde 2006, que se apresentou menos normativo e com maior possibilidade de negociações (FERREIRA, et al, 2011). Nesse momento da adesão do Estado de São Paulo ao Pacto pela Saúde, se constituíram as atuais 64 regiões de saúde. A SES, a partir do PDR, em 2007, tem a distinção entre as estruturas descentralizadas, com a formação de 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), os quais supervisionam os 64 CGRs.

A SES/SP é importante na formação história de prestação direta de serviços em termos nacionais, pois o estado tem o maior poder econômico entre os estados da federação, possui o maior orçamento do país, apenas inferior ao da União. A política da Secretaria foi marcada por momentos de centralização e descentralização administrativa, e a forte presença das lideranças dos movimentos para as ações e serviços de média e alta complexidade. Esses fatores devem ser considerados no contexto da implementação do Pacto pela Saúde no estado.

Ferreira et al (2011) relata que:

Os primeiros movimentos em relação ao Pacto pela Saúde no Estado de São Paulo ocorreram em 2006, num momento de tensionamento das relações na CIB e no Conselho Estadual de Saúde (CES), e da proximidade das eleições para os governos estaduais e federal. Os resultados das eleições de 2006 confirmaram continuidade partidária dos governos federal e estadual. No Estado de São Paulo, novos composição e arranjos nas relações entre estado e municípios, mediados pelas respectivas representações na CIB, propiciaram acordos e maior abertura para propostas de fortalecimento do papel da SES no campo da gestão. Como já relatado, a participação da SES na prestação direta de serviços tende a ocupar a agenda prioritária de seus dirigentes, por sua importância estratégica para o sistema (FERREIRA et al, 2011, p. 738).

Como consequência dessa convergência de oportunidades e de interesses do COSEMS, CES e SES, foi possível entrar em um consenso para produzir avanços e feitos práticos nas relações institucionais, intergovernamentais, que viabilizaria uma adesão ao Pacto pela Saúde, com prioridade para regionalização e fortalecimento da Atenção Básica.

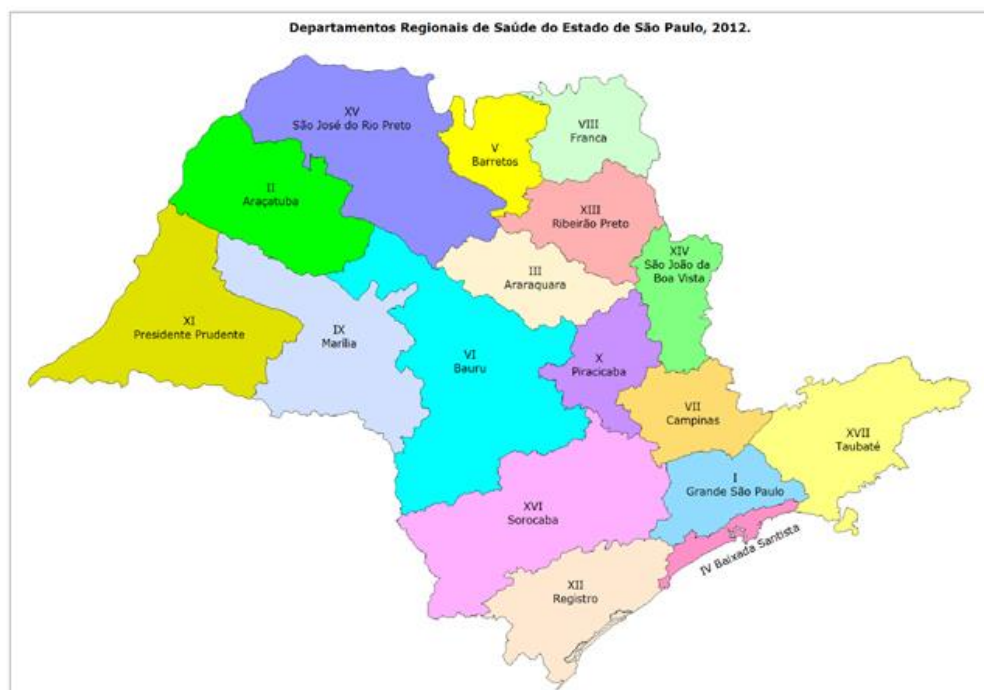
Para a gestão das políticas regionais, o Pacto pela Saúde 2006 definiu as Regiões de Saúde, o que, segundo o decreto, são:

Recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidade culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL – MS, 2006).

O Estado de São Paulo é composto por 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006.

A figura 1 apresenta o mapa do estado de São Paulo, dividido pelas 17 DRS.

Figura 1 - Departamentos Regionais de Saúde de São Paulo - 2012



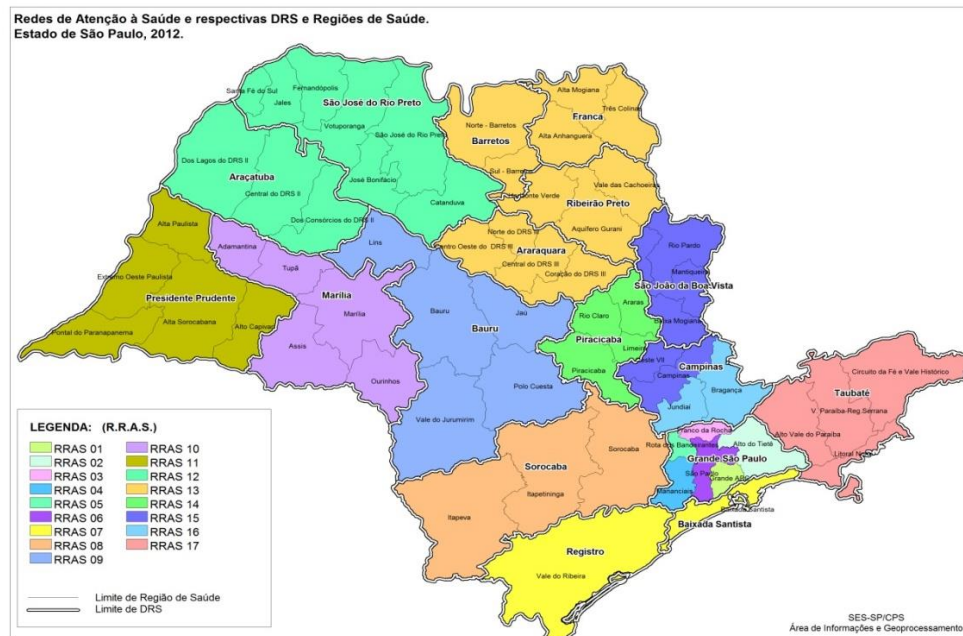
Fonte: Governo do estado de São Paulo – Secretaria da Saúde

Com o fim do Pacto pela Saúde 2006 e a inserção do COAP em 2012, o mapa das divisões de políticas de saúde foi transformado, sendo, então, dividido por RRAS, como indicado na figura 2.

Como já apresentado no capítulo 1, esse espaço geográfico foi delimitado por um acordo entre os entes federativos e passa a ser a referência para as transferências de recursos para os estados e municípios. É necessário que os DRS, que compõem as RRAS, visem uma política de regionalização entre eles para a construção do Mapa da Saúde, com o intuito de criarem uma rede de saúde de

forma regionalizada e hierarquizada que seja ordenada pela atenção primária, atenção urgência e emergência, atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.

Figura 2 - Redes de Atenção à Saúde e respectivas DRS e Regiões de Saúde de São Paulo, 2012.



Fonte: Governo do estado de São Paulo – Secretaria da Saúde

Apesar da intensa discussão para a implantação do COAP, os problemas de gestão regional permanecem. Dentre eles, destacam-se: i) do ponto de vista da coordenação estadual, nota-se a ausência da capacidade de gerenciamento e coordenação à frente dos municípios. Para a construção das metas e dos indicadores da capacidade de oferta dos serviços dos municípios, seria de suma importância que a Secretaria assumisse um papel de coordenador dos conflitos entre eles. Existem RRAS que possuem uma maior capacidade de análise e compilação dos dados, outras, não possuem; ii) no âmbito do financiamento os recursos financeiros, aos municípios, devem ser alocados mediante a construção de metas, objetivos, e do Mapa da Saúde, identificando a capacidade de oferta de Atenção à Saúde de média e alta complexidade. A rigor, a construção desse Mapa da Saúde exige uma potencialidade dos municípios na elaboração de seu conteúdo, o que não constitui a realidade factível nesses municípios.

A forma de negociação dos municípios foi alterada do Pacto da Saúde para o COAP. Antes, os municípios haviam de negociar suas políticas de regionalização entre as cidades que compunham a DRS. Agora a composição de municípios se

tornou maior, pois a construção regional é feita dentro da RRAS e a maior Região de Saúde no estado de São Paulo possui 142 municípios e é composta por 10 CGRs, como pode ser observado no quadro 2.

Quadro 2 - Regiões de Saúde, segundo as 17 RRAS, seus municípios e população.

Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS)	Regiões de Saúde	Número de municípios	População 2010 (IBGE)
1	Grande ABC	7	2.551.328
2	Guarulhos, Ato do Tiête	11	2.663.739
3	Franco da Rocha	5	517.675
4	Mananciais	8	986.998
5	Rota dos Bandeirantes	7	1.710.732
6	São Paulo	1	11.253.503
7	Baixada Santista e Vale do Ribeira	24	1.937.702
8	Itapeva, Itapetininga, Sorocaba	48	2.243.016
9	Lins, Bauru, Jaú, Vale do Jurumirim, Polo Cuesta	68	1.624.623
10	Adamantina, Tupã, Assis, Marília, Ourinhos	62	1.068.408
11	Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari, Pontal do Paranapanema	45	722.192
12	Sta Fé do Sul, Jales, Fernandópolis, Votuporanga, São José do Rio Preto, José Bonifácio, Catanduva, Dos Lagos do DRS II, Central do DRS II, Dos Consórcios do DRS II	142	2.192.094
13	Alta Mogiana, Três Colinas, Alta Anhanguera, Vale das Cachoeiras, Aquífero Guarani, Horizonte Verde, Centro Oeste do DRS III, Norte do DRS III, Central do DRS III, Coração do DRS III, Sul de Barretos, Norte de Barretos	90	3.307.320
14	Araras, Rio Claro, Limeira, Piracicaba	26	1.412.584
15	Rio Pardo, Mantiqueira, Baixa Mogiana, Oeste VII, Campinas,	42	3.577.072
16	Bragança, Jundiaí	20	1.128.619
17	Circuito da Fé, Região Serrana, Litoral Norte, Alto Vale do Paraíba	39	2.264.594

Fonte: elaboração própria - Governo do estado de São Paulo – Secretaria da Saúde

A presença da SES/SP nesse novo contexto torna-se mais importante porque é necessário alinhar uma escala maior de interesses e conflitos entre os municípios.

Sabe-se que ainda persiste uma desarticulação entre a esfera municipal e estadual. Isso ocorre, também, entre o âmbito estadual e federal, onde não é verificada uma coordenação eficaz do MS para a SES (FERREIRA, et al, 2011). Existem casos em que o MS sobrepõe a ordem federativa e realiza alguns interferências diretamente no município, sem passar pela esfera estadual.

2.2 A capacidade de financiamento e gasto na saúde do Estado de São Paulo.

Antes de mais nada, considera-se importante esclarecer o conceito de capacidade de financiamento que é utilizado nesse item. A capacidade de financiamento diz a respeito ao volume de recursos próprios (arrecadação estadual) que o Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, dispõe para aplicar em políticas públicas, em geral, e na saúde, em particular. De forma mais específica, compreende o diagnóstico da capacidade da receita disponível (arrecadação tributária e as transferências constitucionais), contribuindo com o esclarecimento sobre o esforço das finanças próprias para assegurar a disponibilidade de recursos do estado para sustentar o gasto SUS.

De acordo com a EC-29, o gasto SUS estadual compreende toda a despesa com serviços de saúde de acesso universal, envolvendo as atividades da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), ou seja, administração direta e as transferências realizadas às entidades descentralizadas, que contemplam Fundações e Autarquias - administração indireta (MENDES et al, 2008).

A Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministério da Saúde, em 8 de maio de 2003, compreende que as despesas com aposentadoria e reformas, pensões juros e encargos da dívida e amortização da dívida não são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde, portanto, não serão excluídas da análise (MENDES et al, 2008).

O Estado de São Paulo em 2012, segundo o IBGE/DATASUS, contou com 41.901.219 milhões de habitantes. Entre 2006 e 2012, a população teve uma variação positiva de crescimento de 2,06%. O total de habitantes do estado representa 21,03% da população do país, em 2012.

A economia paulistana é umas das mais importantes no país, pois responde a 33,09% do PIB nacional, além do estado deter uma parcela significativa da indústria tecnologicamente mais avançada e boa parte da mão de obra qualificada no país. O

PIB da capital paulista obteve um aumento de 17,84% entre o período de 2006 a 2010 (R\$1.201.618,23 para R\$1.416.002,68).

A visualização do cenário econômico e populacional é importante para entender em qual dimensão o SUS está inserido no estado. A Secretaria Estadual de Saúde tem que gerir serviços de saúde para 41 milhões de habitantes espalhados em 17 RRAS.

Os gastos estaduais em saúde são realizados, ou através de despesas diretas com hospitais estaduais e outras políticas de saúde, ou por meio de transferências dos impostos estaduais para os municípios¹².

Os valores apresentados a seguir são dados do Governo do Estado de São Paulo da Secretaria da Saúde (SES/SP) e do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) 13. Tratam-se de despesas anuais entre os anos de 2006 a 2012, quando a base de dados é referente ao SIOPS, e de 2010 a 2012 da base de dados da SES/SP. Os dados orçamentários-financeiros são referentes às despesas empenhadas, de acordo com o artigo 60 da Lei Federal nº 4.320/64. Nesse artigo fica vedada a realização de despesa sem prévio empenho, o que consiste, portanto, na necessidade da reserva de dotação orçamentária para um fim específico com a obrigatoriedade de pagamento¹⁴. A metodologia adotada para a análise de dados foi extraída de Mendes et al (2008), o qual separa os dados por gastos do SUS em categoria de despesas, subfunções, unidades orçamentárias e transferências de recursos. Para essa análise, utiliza-se o conceito de gasto do SUS realizado pelo estado, o qual compreende os recursos do poder público estadual diretamente aplicado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP). Esses recursos abrangem também as transferências federais para o estado.

A Tabela 1 apresenta dados referentes ao SIOPS em relação a despesas próprias e despesa total por habitantes e as transferências da União para o Estado de São Paulo. Entre 2006 a 2012, verifica-se um acréscimo de 14,46% à despesa

¹²Receitas de transferências estaduais: quota-parte do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços); quota-parte do IPVA (Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores); quota-parte do IPI – Exportação (Imposto sobre Produtos Industrializados)

¹³As informações financeiras foram deflacionadas utilizando-se o Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP/DI – Fundação Getúlio Vargas – base 1994) médio do ano, convertida a preços de dezembro de 2012.

¹⁴Para maiores informações de tipos de despesas, acessar Secretaria da Fazenda do estado de São Paulo. <<http://www.fazenda.sp.gov.br>>

total *per capita* realizada pela SES/SP. Ao analisar a despesa por recursos próprios per capita, observa-se que o aumento foi referente a 24,99%. A despesa por recursos próprios são provenientes das receitas próprias do estado, oriundas de impostos estaduais ou outras receitas correntes¹⁵.

É possível analisar que o estado efetivamente aumentou a sua capacidade de financiamento, a medida que sua receita própria per capita cresceu entre 2006 e 2012. Isso foi ainda mais significativo pelo fato de que a população aumentou apenas 2%. Por sua vez o comportamento de transferência SUS per capita foi negativa 9,69%, no mesmo período. A Tabela 1 indica que as transferências federais SUS oscilaram, sendo que, o maior valor foi de R\$129,65, em 2009. Pode-se inferir que o não crescimento das transferências pode estar relacionado ao reduzido número de projetos encaminhados ao MS, o que reduz o volume de transferência SUS que o ente pode vir a receber.

Tabela 1: Gastos SUS realizado pela SES/SP segundo Recursos Próprios e Transferências SUS - 2006 a 2012 (em R\$ de dezembro de 2012).

Ano	%R.Próprios em Saúde-EC 29	R.Transf.SUS/Ha b	D.R.Próprios em Saúde/Hab	D.Total Saúde/Hab
2006	12,80	103,48	232,41	335,90
2007	13,07	99,84	243,06	346,44
2008	13,46	105,05	274,89	383,97
2009	12,66	129,65	261,43	396,51
2010	12,63	108,45	275,18	391,58
2011	12,83	107,64	297,12	405,35
2012	12,45	93,45	290,48	384,46

Fonte: SIOPS

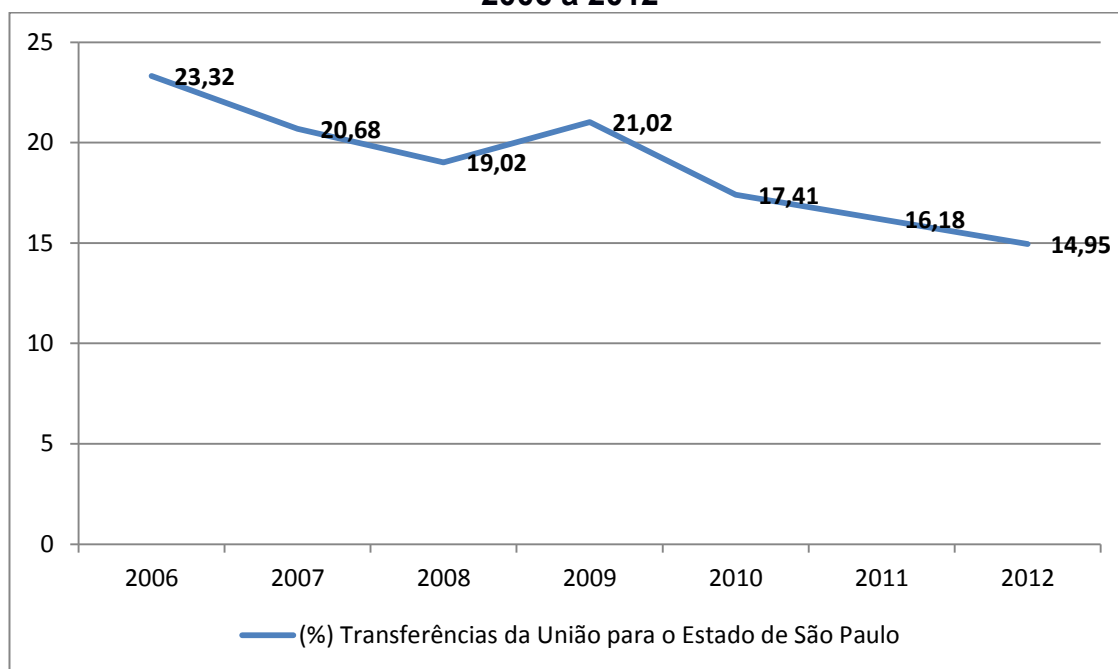
Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) DA FGV

No Gráfico 1 verifica-se a tendência da queda da participação relativa das transferências totais feitas pela União para o estado. Observa-se que no período entre 2006 e 2012 houve uma queda acentuada de 23,32% para 14,95%. Em geral, com despesa total por habitante, o estado teve uma variação positiva de 54,16% para o período de 2006 a 2012.

¹⁵ Receita da dívida ativa tributária de impostos; multas; juros da mora e correção monetária.

Gráfico 1 - Percentual de transferências da União para o estado de São Paulo – 2006 a 2012



Fonte: SIOPS

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) DA FGV

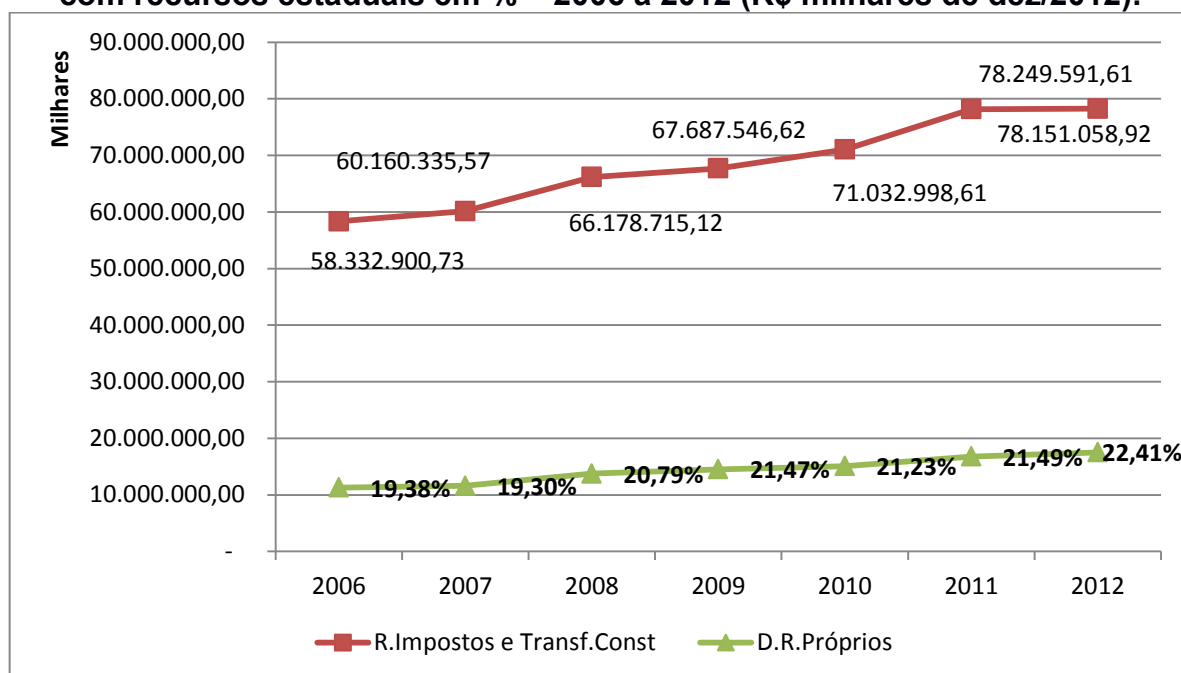
O Gráfico 2 apresenta a relação entre a evolução das receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais (denominada por receita disponível, isto é, o volume de recursos que o estado dispõe para aplicar em políticas públicas) e a despesa per capita com recursos próprios em saúde, de acordo com a EC-29.

O que se nota é que houve um aumento da receita a partir dos impostos e transferências constitucionais, mas não apresentou expansão das despesas próprias para serviços em saúde. Ou seja, o estado fez um esforço para melhorar a capacidade de arrecadação, mas não gerou resultados diretos nas despesas com saúde, portanto, a área da saúde não foi priorizada pelo estado.

A EC 29, como já foi discutida no capítulo 1, determina que estados e municípios devem alocar das suas receitas de impostos e transferências constitucionais, a partir de 2004, no mínimo, 12% e 15%, respectivamente.

Portanto, observa-se que o estado vem cumprindo a emenda desde 2006. No entanto, percebe-se uma variação ao decorrer dos anos em relação a despesas dos gastos em saúde, não mantendo uma elevação juntamente com as receitas.

Gráfico 2 - Evolução das Receitas disponíveis próprias e do gasto da SES/SP com recursos estaduais em % – 2006 a 2012 (R\$ milhares de dez/2012).



Fonte: SIOPS

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

Ao apurar as despesas pela sua natureza, é possível identificar a categoria econômica, o grupo de despesa, a modalidade de aplicação (informação gerencial) e o elemento de despesa, a que o estado alocou os seus recursos. A análise da evolução desses gastos abrange o período 2010 e 2012.

Na Tabela 2 estão detalhados os elementos que tiveram participação mais significativa no total despendido como gasto SUS realizado pela SES.

Nota-se que as despesas correntes absorvem mais que 90% dos gastos (95,49% em 2010, 96,29% em 2011, 95,73% em 2012), o que indica a prioridade concedida pela SES à manutenção das ações e serviços de saúde, deixando o investimento (despesas de capital) da saúde em patamares bem inferiores (tabela 3).

Ao analisar as despesas com investimentos (despesas de capital) verifica-se que houve certa estabilização ao decorrer dos três anos, pois em 2010 corresponderam a 4,51% do total das despesas da SES e, em 2012, 4,27%.

Com relação às despesas correntes, os principais dispêndios foram aplicações diretas, que representaram 43,45% em 2010, 44,23% em 2011 e 43,23%

em 2012 do total dos gastos. Dentre estas aplicações, destacaram-se despesas com material de consumo e serviços de terceiros.

As despesas com pessoal e encargos sociais, quando comparados aos demais gastos, não apresentam participação tão alta, representando 25,86%, 24,46% e 25,58% em 2010, 2011 e 2012, respectivamente. Esse comportamento pode ser explicado pela prioridade da SES em despender recursos com as Organizações Sociais de Saúde (OSSs) e, ao mesmo tempo, assegurar que a despesa com pessoal permaneça no limite máximo exigido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), isto é, 60% da sua receita corrente líquida. Em outras palavras, existe uma estabilização nesses gastos e um aumento do setor terceirizado.

Nessa perspectiva, os dispêndios com transferências a instituições privadas (instituições com fins lucrativos e com fins lucrativos) também chamam atenção no conjunto das despesas correntes, representando 25,41% em 2010 e 25,63% em 2012, 25,65% (Tabela 3). Esses gastos dizem respeito às transferências da SES às Santas Casas situadas nos municípios.

Tabela 2 - Gastos SUS realizado pela SES com ações e serviços de saúde¹⁶, segundo categoria econômica e elemento de despesa do Estado de São Paulo - 2010 a 2012 (em R\$ de dezembro de 2012).

Despesas	2010	%	2011	%	2012	%
Despesas Correntes	14.157.036.542,10	95,49	15.007.310.830,79	96,29	14.945.384.640,46	95,73
21. Pessoal e encargos sociais	3.834.224.427,94	25,86	3.812.166.175,41	24,46	3.993.293.412,96	25,58
Transf a Inst Privada	3.766.542.153,09	25,41	4.150.078.320,42	26,63	4.004.992.413,09	25,65
3390 Aplicações Diretas	6.441.491.715,84	43,45	6.893.570.305,67	44,23	6.748.604.535,29	43,23
- Materiais de consumo	2.364.309.709,34	15,95	2.266.287.435,48	14,54	2.012.510.047,08	12,89
- Serv de Terc P Jur	3.172.784.588,00	21,40	3.538.375.980,81	22,70	3.876.951.223,60	24,83
Outras Desp. Corr	114.778.245,24	0,77	151.496.029,30	0,97	198.494.279,11	1,27
Despesa de Capitais	668.738.465,39	4,51	578.873.419,45	3,71	666.211.955,83	4,27
Investimentos	627.532.443,94	4,23	577.924.499,67	3,71	664.771.561,80	4,26
Outros	41.206.021,44	0,28	948.919,78	0,01	1.440.394,03	0,01
Total	14.825.775.007,49	100	15.586.184.250,24	100	15.611.596.596,29	100

Fonte: Governo do estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

¹⁶Os gastos com ações e serviços de saúde excluem os gastos com aposentadoria e reformar; pensões; juros e encargos da dívida; amortização da dívida; assistência médica ao servidor público estadual.

As despesas por subfunção (nas Tabelas 3, 4 e 5) representam um detalhamento da função Saúde - maior nível de agregação das despesas (MENDES et al, 2008, p. 38). As subfunções de função saúde são:

- 301 Atenção Básica;
- 302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial;
- 303 Suporte Profilático e Terapêutico;
- 304 Vigilância Sanitária;
- 305 Vigilância Epidemiológica;
- 306 Alimentação e Nutrição.

A análise será feita por apuração de fontes, as quais são: tesouro¹⁷; outras fontes (recursos vinculados estaduais e recursos próprios da administração direta), fundo especial de despesa¹⁸ e vinculados federais¹⁹.

Tabela 3 - Participação das fontes de recursos do Gasto SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de Saúde, segundo subfunção– 2010 (em R\$ de dezembro de 2012).

Subfunções	Tesouro	Outras fontes	Fundo Especial de Despesa	Vinculados Federais	Total	%
301. Atenção Básica	0,00%	0,00%	0,00%	100%	28.832.137,82	0,19
302. Assistência Hospitalar e Ambulatorial	67,43%	0,15%	0,03%	32,39%	12.963.667,88	87,4
303. Suporte Profilático e Terapêutico	50,92%	34,93%	0,25%	13,90%	493.902.313,09	3,33
304. Vigilância Sanitária	63,62%	0,00%	0,00%	36,38%	935.675,74	0,01
305. Vigilância Epidemiológica	81,32%	0,01%	0,00%	18,66%	69.932.628,37	0,47
306. Alimentação e Nutrição	100%	0,00%	0,00%	0,00%	70.481.661,41	0,48
* Outras	95,66%	0,00%	0,50%	3,83%	1.198.022.705,30	8,08
Total	69,25%	1,29%	0,08%	29,38%	14.825.775,00	7,49
						100

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) DA FGV

¹⁷Recursos oriundos das arrecadações recebidas pelo governo: ICMS. IPVA; outras receitas tributárias não vinculadas a gastos específicos; transferência da União sem destinação específica (Fundo de Participação dos Estados – FPE, Imposto de Renda Retido na Fonte, Fundo de Exportação, desoneração do ICMS); alienação de bens móveis e imóveis e demais receitas estaduais (MENDES et al, 2008).

¹⁸Recursos vinculados à prestação de serviços. Compreende as receitas arrecadadas diretamente pela administração direta (recursos próprios da unidade)” (MENDES et al, 2008, p.35)

¹⁹“Compreende os repasses federais (Ministério da Saúde) relativos ao pagamento de prestação de serviços (administração direta e SUCEN) e os recursos de convênios. Os recursos vinculados federais integram o Fundes (Fundo Estadual de Saúde)” (MENDES et al, 2008, p.35)

Nas Tabelas 3, 4 e 5 relacionados a 2010, 2011 e 2012, respectivamente, é possível verificar que o maior dispêndio de gastos feito pela SES/SP foram em Assistência Hospitalar e Ambulatorial com 87,44% em 2010, 88,22% em 2011, e 79,57% em 2012. Mais de 50% dos recursos alocados nessas áreas são provenientes de recursos do tesouro. Nessas tabelas são apresentadas as fontes dos recursos da SES/SP: tesouro²⁰; outras fontes (recursos vinculados estaduais e recursos próprios da administração direta); fundo especial de despesa²¹; e vinculados federais²².

Tabela 4: Participação das fontes de recursos do Gasto SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de Saúde, segundo subfunção – 2011 (em R\$ de dezembro de 2012).

Subfunções 2011	Tesouro	Outras fontes	Fundo Especial de Despesa	Vinculados Federais	Total	%
301. Atenção Básica	0,00%	0,00%	0,00%	100%	43.394.446,38	0,28
302. Assistência Hospitalar e Ambulatorial	69,67%	0,09%	0,00%	30,24%	13.750.178.057,55	88,22
303. Suporte Profilático e Terapêutico	54,60%	31,39%	0,11%	13,90%	536.990.857,43	3,45
304. Vigilância Sanitária	30,06%	0,00%	0,00%	69,94%	1.468.575,04	0,01
305. Vigilância Epidemiológica	87,42%	0,02%	0,00%	12,56%	70.949.917,47	0,46
306. Alimentação e Nutrição	100%	0,00%	0,00%	0,00%	71.600.509,87	0,46
* Outras	96,32%	0,00%	0,15%	3,53%	1.111.601.886,50	7,13
Total	71,07%	1,16%	0,02%	27,75%	15.586.184.250,25	100

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) DA FGV

Os gastos realizados na Atenção Básica são 100% oriundos de recursos federais, pois fica a cargo dos municípios a manutenção e investimento dessa área. Esse dispêndio representou em 2010, 2011 e 2012, respectivamente, 0,19%, 0,28% e 0,24% do gasto total. Observa-se que a política de saúde tem sido mais voltada para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, a qual abrange os recursos mais custosos.

²⁰ Recursos oriundos das arrecadações recebidas pelo governo: ICMS. IPVA; outras receitas tributárias não vinculadas a gastos específicos; transferência da União sem destinação específica (Fundo de Participação dos Estados – FPE, Imposto de Renda Retido na Fonte, Fundo de Exportação, desoneração do ICMS); alienação de bens móveis e imóveis e demais receitas estaduais (MENDES et al, 2008).

²¹ “Recursos vinculados à prestação de serviços. Compreende as receitas arrecadadas diretamente pela administração direta (recursos próprios da unidade)” (MENDES et al, 2008, p.35)

²² “Compreende os repasses federais (Ministério da Saúde) relativos ao pagamento de prestação de serviços (administração direta e SUCEN) e os recursos de convênios. Os recursos vinculados federais integram o Fundes (Fundo Estadual de Saúde)” (MENDES et al, 2008, p.35)

Entre as subfunções, destacam-se, ainda, Suporte Profilático e Terapêutico (medicamentos) que corresponde a uma participação do gasto total de 3,33%, 3,45% e 11,09%, respectivamente, em 2010, 2011 e 2012. Os recursos do Tesouro representam acima de 50% nos três anos para esta subfunção.

O Tesouro foi o principal financiador das subfunções, exceto para a Vigilância Sanitária e Atenção Básica. Essa fonte de recursos foi maior para a Vigilância Epidemiológica, que em 2012 chegou a 83,05%.

Outro fator importante a ser destacado é o declínio da participação relativa da fonte vinculados federal no total dos Gastos do SUS realizados pela SES, conforme a subfunção, que passou de 29,38% em 2010 para 25,18% em 2012. Isso fez com que houvesse uma pressão na alocação dos recursos provenientes do Tesouro que em 2010 representava 69,25% do gasto total e em 2012 foi para 73,48%.

Tabela 5 – Participação das fontes de recursos do Gasto SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de Saúde, segundo subfunção –2012 (R\$ milhões de dezembro de 2012).

Subfunções 2012	Tesouro	Outras fontes	Fundo Especial de Despesa	Vinculados Federais	Total	%
301. Atenção Básica	0,00%	0,00%	0,00%	100%	37.514.836,58	0,24
302. Assistência Hospitalar e Ambulatorial	71,88%	0,22%	0,00%	27,90%	12.422.346.455,05	79,57
303. Suporte Profilático e Terapêutico	67,07%	10,35%	0,05%	22,53%	1.732.076.021,91	11,09
304. Vigilância Sanitária	21,69%	0,00%	0,00%	78,31%	1.585.502,95	0,01
305. Vigilância Epidemiológica	83,05%	0,03%	0,00%	16,93%	73.951.356,05	0,47
306. Alimentação e Nutrição	100%	0,00%	0,00%	0,00%	98.650.618,16	0,63
* Outras	97,93%	0,05%	0,18%	1,84%	1.245.471.805,60	7,98
Total	73,48%	1,32%	0,02%	25,18%	15.611.596.596,29	100

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) DA FGV

Para compreender como a destinação dos recursos é realizada pelo SES/SP é necessário analisar os dados das Unidades Orçamentárias (U.Os). As U.Os incluem as entidades da administração indireta, institucionalmente vinculadas aos órgãos, como: autarquias, fundações e empresas estatais dependentes. De forma detalhada, as U.Os da Secretaria de Estado da Saúde e da administração indireta da saúde são as seguintes:

- 09001 – Adm. Superior Secretaria e Sede
- 09002 – Coord. de Regiões de Saúde

- 09006 – Coord. de Serviços de Saúde
- 09007 – Coord. de Controle de Doenças
- 09009 - Coord. de Contratação de Serv. de Saúde
- 09010 - Coord. de Gestão Contratação de Serv. de Saúde
- 09011 – Conselho Administrativo do FESIMA
- 09045 - Fundação para o Remédio Popular-FURP
- 09046 – Fundação Onocentro de São Paulo
- 09047 – Fundação Pro-Sangue-Hemocentro São Paulo
- 09055 – Superintendência de controle de endemias
- 09056 - Hosp. Clinicas Fac. Medicina Rib. Preto USP
- 09057 – Hospital Clinicas Faculdade Medicina USP
- 09059 – Hospital das Clinicas da Faculdade de ME

Foram destacadas nas Tabelas, 6, 7 e 8 as principais U.Os que apresentam maior fluxo de gastos despendidos pela SES/SP, elas representaram 88,69% em 2010, 88,67% em 2011, 88,31% em 2012 do valor total das despesas (referente as Tabelas 4, 5 e 6).

Tabela 6- Fontes de recursos do gasto SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de saúde, segundo Unidades Orçamentárias - 2010 (R\$ milhões de dezembro de 2012).

U.Os	Tesouro		Recursos Estaduais		Fundo Especial de Despesa		Vinculados Federais		Total/Gastos Totais	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Adm. Superior Secretaria Sede	1.403	68,9	1.140	0,6	8.063	0,4	613	30,1	2.035	15,48
Coord. De Regiões de Saúde	963	25,6	-	-	-	-	2.804	74,4	3.768	28,66
Coord. De Serviços de Saúde	2.103	94,4	-	-	119	0	125	5,6	2.229	16,95
Coord. De Controle de Doenças	285	85,8	-	-	2.494	0,7	44	13,5	333	2,53
Coord. De Contratação de Serv. De Saúde	3.238	96,9	-	-	-	-	102	3,1	3.340	25,4
Coord. De Ciência, Tecn, Insumos Estrat Saúde	931	64,6	-	-	666	0	509	35,3	1.441	10,96
Total	8.923	67,9	1.140	0,1	11.342	0,1	4.197	31,9	13.146	100

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

Em 2010, a U.O com maior participação no gasto total foi à Coord. de Regiões de Saúde, correspondendo a 28,66%, sendo que sua maior fonte de recurso é proveniente dos recursos federais (74,4%). Destaca-se, também, a participação da Coor. de Contratação de Serv. de Saúde, que corresponde a 25,40% do gasto total, sendo que a sua principal fonte de recurso é o tesouro, com 96,9%.

Tabela 7- Fonte do recurso do gasto SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de saúde, segundo Unidades Orçamentárias – 2011 (R\$ milhões de dezembro de 2012).

U.Os	Tesouro		Recursos Estaduais		Fundo Especial de Despesa		Vinculados Federais		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Adm. Superior Secretaria Sede	2.126	69,9	1.212	0,4	310	0	903	29,7	3.042	22,01
Coord. De Regiões de Saúde	1.122	28	-	-	-	-	2.885	72	4.008	29,00
Coord. De Serviços de Saúde	2.370	97,5	289	0	-	-	59	2,4	2.429	17,58
Coord. De Controle de Doenças	307	89,4	1.909	0,6	-	-	34	10,1	344	2,49
Coor. De Contratação de Serv. De Saúde	3.591	99,9	-	-	-	-	4.423	0,1	3.595	26,01
Coord. De Ciência, Tecn, Insumos Estrat Saúde	130	32,6	-	-	-	-	269	67,4	399	2,89
Total	9.648	69,8	14.328	0,1	310	0	4.157	30,1	13.820	100

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

Em 2011 e 2012 (Tabelas 7 e 8) manteve-se a tendência do ano anterior em que os maiores dispêndios foram destinados à Coord de Regiões de Saúde (29% e 14,88%) e à Coor. de Contratação de Serv. de Saúde (26,01% e 12,80%). Cabe destacar que Coor. de Contratação de Serv. de Saúde contou com a maior fonte de recurso estadual durante os três anos analisados. Fica perceptível a prioridade da SES em destinar recursos para a gestão privada de serviço de saúde.

Destaca-se a Administração Superior da Secretaria que apenas em 2012 superou os gastos referentes aos anos anteriores com 52,72% com 79,90% oriundos dos Recursos Estaduais.

Em termos das fontes de recursos do gasto da SES, verifica-se a diminuição dos recursos vinculados federais passando de uma participação de 31,9% do gasto total, em 2010, para 12,86%, em 2012. Assim como, as despesas com recursos do tesouro diminuíram de 67,9% para 34,04%, entre 2010 a 2012.

Tabela 8 – Fonte de recurso do gastos SUS realizado pela SES/SP com ações e serviços de saúde, segundo Unidades Orçamentárias – 2012 (R\$ milhões de dezembro de 2012).

U.Os	Tesouro		Recursos Estaduais		Fundo Especial de Despesa		Vinculados Federais		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Adm. Superior Secretaria Sede	2.068	13,37	12.362	79,90	280	1,81	762	4,93	15.472	52,72
Coord. De Regiões de Saúde	1.453	33,26	-	-	-	-	2.915	66,74	4.368	14,88
Coord. De Serviços de Saúde	2.294	93,71	-	-	122	4,98	32	1,31	2.448	8,34
Coord. De Controle de Doenças	311	9,83	-	-	2.821	89,13	33	1,04	3.165	10,78
Coor. De Contratação de Serv. De Saúde	3.758	100	-	-	-	-	-	-	3.758	12,80
Coord. De Ciência, Tecn, Insumos Estrat Saúde	107	77,54	-	-	-	-	31	22,46	138	0,47
Total	9.991	34,04	12.362	42,12	3.223	10,98	3.773	12,86	29.349	100

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

2.2.1 O gasto regionalizado da SES/SP

Ao se analisar o gasto regionalizado da SES/SP, entre 2010 a 2012, verifica-se que o maior volume de recurso é destinado à DRS do interior, representando cerca de 76% do gasto total. Já a DRS da Grande São Paulo, corresponde em média a 23%, nesse período.

Tabela 9 - Gasto regionalizado realizado pela SES/SP s segundo os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) - 2010 a 2012 (em R\$ de dezembro de 2012).

Departamento Regional de Saúde	2010	%	2011	%	2012	%
DEPTO.REG.SAUDE - COOR. S. RMG SP						
DEPTO.REG.GRANDE SAO PAULO - DRS-I G.S.PAULO	261.250.486,02	23,6 0	258.486.409,44	23,6 4	377.558.372,31	24,7 7
DEPTO.REG.SAUDE - COOR. INTERIOR	845.556.141,72	76,4 0	834.816.096,58	76,3 6	1.146.897.454,92	75,2 3
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-II ARACATUBA	36.307.430,42	3,28	33.604.686,28	3,07	40.360.939,22	2,65
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-VI BAURU	89.666.926,43	8,10	78.149.285,79	7,15	120.476.036,01	7,90
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-IX MARILIA	49.751.036,59	4,50	78.045.015,01	7,14	118.208.518,60	7,75
DEPTO.REG.SAUDE - DRS XI PRES.PRUDENTE	34.243.928,95	3,09	33.196.143,98	3,04	43.533.754,94	2,86
DEPTO.REG.SAUDE DRS-III ARARAQUARA	27.142.054,73	2,45	22.797.526,05	2,09	30.343.201,10	1,99
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-V BARRETOS	60.408.465,68	5,46	48.441.354,12	4,43	68.100.350,80	4,47
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-VIII FRANCA	37.881.088,47	3,42	46.607.113,33	4,26	39.207.840,42	2,57
DEPTO.REG.SAUDE DRS-XIII RIB.PRETO	42.097.071,78	3,80	40.939.982,87	3,74	53.769.822,96	3,53
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-XV SJRPRETO	135.310.775,60	12,2 3	111.969.979,78	10,2 4	137.137.523,88	9,00
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-VII CAMPINAS	81.713.438,21	7,38	83.833.250,77	7,67	104.763.304,11	6,87
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-X PIRACICABA	32.463.933,15	2,93	30.807.106,99	2,82	64.146.232,47	4,21
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-XIV SJBOA VISTA	27.793.653,60	2,51	27.111.867,00	2,48	37.548.200,16	2,46
DEPTO.REG.SAUDE DE TAUBATE - DRS-XVII	63.816.175,94	5,77	61.932.505,03	5,66	55.262.215,90	3,63
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-XII REGISTRO	16.622.199,58	1,50	12.054.995,74	1,10	30.906.040,76	2,03
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-IV BAIXADA SANTISTA	57.576.499,67	5,20	71.927.477,34	6,58	87.927.881,17	5,77
DEPTO.REG.SAUDE - DRS-XVI SOROCABA	52.761.462,92	4,77	53.397.806,49	4,88	115.205.592,42	7,56
Total	1.106.806.627,7 4	100	1.093.302.506,0 2	100	1.524.455.827,2 3	100

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

Dentre as regiões da SES, destaca-se a DRS de São José de Rio Preto com maior participação relativa no gasto total regionalizado, ainda que decrescente, sendo 12,23%, em 2010, 10,24%, em 2011 e 9%, em 2012. Nota-se que em algumas regiões houve um crescimento importante do gasto, como o caso da DRS de Sorocaba, passando de uma participação do gasto total de 4,7% para 7,56% e a DRS de Marília, de 4,50% para 7,75%. É importante lembrar que cada DRS possui características distintas e difere muito uma da outra, principalmente em relação a composição dos municípios e a capacidade instalada.

2.2.2 Os gastos da SES destinados aos municípios

Ao analisar a evolução dos gastos da SES direcionados aos municípios, entre 2006 a 2012, chama a atenção que os municípios entre 100 a 400 mil habitantes recebem maior volume, o que corresponde uma participação relativa do gasto total de 25,57%, em 2006, passando para 26,57%, em 2012. Essa categoria abrange 60 municípios. Em seguida, são os municípios acima de 400 mil habitantes que registram a maior participação no gasto total, passando de 19,71% para 19,64%, no mesmo período. A capital paulista, apenas ela, absorve em média 28%, durante esse período.

Os municípios com até 20 mil habitantes são os que apresentam o menor gasto transferido pela SES, com recursos próprios. Em 2006 contou com uma participação de 8,44% do total do gasto transferido, tendo sido diminuído para 8,09%, em 2012. Ao todo, essa categoria corresponde a 397 municípios.

Tabela 10 - Gastos com recursos próprios da SES/SP de acordo com o porte de municípios - 2006 a 2012

Municípios por porte populacional	2006	n°	2007	n°	2008	n°	2009	n°	2010	n°	2011	n°	2012	n°
Estado SP	%	mun	%	mun	%	mun	%	mun	%	mun	%	mun	%	mun
Até 20.000 hab	8,44	397	9,01	406	8,23	398	8,23	397	8,17	397	8,23	396	8,09	381
de 20.001 a 50.000 hab	8,79	125	8,95	120	8,62	124	8,83	125	8,94	125	8,80	123	8,45	119
de 50.001 a 100.000 hab	8,87	51	8,73	48	8,29	49	8,25	49	8,21	49	7,82	49	8,71	51
de 100.001 a 400.00 hab	25,57	60	25,46	58	24,53	61	25,14	61	25,94	61	26,80	63	26,57	59
acima de 400.000 hab (sem a capital)	19,71	11	20,42	11	19,87	11	19,83	11	19,91	11	19,95	11	19,64	11
São Paulo	28,63	1	27,43	1	30,47	1	29,71	1	28,84	1	28,39	1	28,54	1
Total (R\$)	11.304.750.695,03	645	11.609.144.001,61	644*	13.755.634.905,81	644*	14.532.778.272,07	644*	15.077.900.291,53	644*	16.792.115.017,72	643**	17.532.024.356,57	622***

Fonte: elaboração própria – SIOPS

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

*Cássia dos Coqueiros sem valor

**Cássia dos Coqueiros e Vera Cruz sem valores

*** 23 municípios sem valores

As Tabelas 11, 12 e 13 apresentam os gastos realizados pela SES destinados aos municípios, entidades filantrópicas e aplicações diretas, segundo forma de aplicação (custeio e investimento) e fonte de recursos.

Tabela 11 - Gasto realizado pela SES - aos municípios, entidades filantrópicas e aplicações diretas na rede estadual, segundo fonte de recursos e forma de aplicação – custeio e investimento – 2010 (em R\$ de dezembro de 2012).

Fonte/Variável	Tesouro	Outras Fontes	Fundo Especial de Despesa	Vinculados Federais	Total
Municípios	129.149.850,56	0,00	0,00	87.815.635,94	216.965.486,50
Custeio	107.695.311,23	0,00	0,00	79.083.872,82	186.779.184,05
Capital	21.454.539,33	0,00	0,00	8.731.763,12	30.186.302,45
Filantrópicos	1.303.358.322,81	11.404.860,00	3.858.949,05	2.608.510.773,26	3.927.132.905,11
Custeio	1.179.381.299,22	11.404.860,00	3.858.949,05	2.446.753.806,17	3.641.398.914,43
Capital	123.977.023,59	0,00	0,00	161.756.967,09	285.733.990,68
Aplicações diretas	5.423.648.537,23	119.505.043,67	7.484.488,48	1.116.134.332,97	6.666.772.402,35
Custeio	5.311.533.678,13	109.618.157,64	6.568.215,91	1.013.771.664,15	6.441.491.715,84
Capital	112.114.859,10	9.886.886,02	916.272,56	102.362.668,82	225.280.686,51
Total	6.856.156.710,60	130.909.903,67	11.343.437,52	3.742.108.632,47	10.740.518.684,26
Custeio	6.598.610.288,58	121.023.017,64	10.427.164,96	3.469.257.233,44	10.199.317.704,62
Capital	257.546.422,02	9.886.886,02	916.272,56	272.851.399,03	541.200.979,64

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

Entre 2010 a 2012, observa-se que a maior parte dos recursos foi direcionada a aplicações diretas, termo técnico orçamentária que corresponde ao gasto referente à Rede Própria do Estado. Essa despesa foi de R\$6,6 bilhões em 2010, R\$7,1 bilhões em 2011 e R\$7,04 bilhões em 2012. As aplicações diretas são aplicações dos créditos orçamentários realizados diretamente pela unidade orçamentária detentora de crédito orçamentário, ou mediante descentralização a outras entidades integrantes dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social, no âmbito da esfera do governo²³.

²³ Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo <www.fazenda.sp.gov.br>

Tabela 12- Gasto realizado pela SES - aos municípios, entidades filantrópicas e aplicações diretas na rede estadual, segundo fontes de recursos e forma de aplicação – custeio e investimento – 2011 (em R\$ de dezembro de 2012).

Fonte/Variável	Tesouro	Outras Fontes	Fundo Especial de Despesa	Vinculados Federais	Total
Municípios	147.037.636,43	0,00	0,00	101.139.153,80	248.176.790,23
Custeio	49.797.940,19	0,00	0,00	97.658.722,25	147.456.662,43
Capital	97.239.696,25	0,00	0,00	3.480.431,55	100.720.127,80
Filantrópicos	1.526.576.845,69	0,00	0,00	2.652.358.132,98	4.178.934.978,67
Custeio	1.358.245.742,66	0,00	0,00	2.639.200.305,28	3.997.446.047,94
Capital	168.331.103,03	0,00	0,00	13.157.827,71	181.488.930,73
Aplicações diretas	6.058.468.500,38	105.084.265,77	2.510.260,35	1.015.919.605,50	7.181.982.632,00
Custeio	5.804.592.835,28	97.431.295,09	1.750.500,71	989.795.674,59	6.893.570.305,67
Capital	253.875.665,10	7.652.970,68	759.759,64	26.123.930,91	288.412.326,34
Total	7.732.082.982,50	105.084.265,77	2.510.260,35	3.675.238.601,59	11.514.916.110,21
Custeio	7.212.636.518,13	97.431.295,09	1.750.500,71	3.632.476.411,42	10.944.294.725,34
Capital	519.446.464,38	7.652.970,68	759.759,64	42.762.190,17	570.621.384,87

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

A parte do gasto da SES/SP transferida diretamente aos municípios foi de R\$ 277 milhões, em 2010, R\$248 milhões, em 2011, e R\$397 milhões, em 2012 (Tabelas 11, 12 e 13). Esses valores, em relação ao gasto total, correspondem a 2,10%, 2,14% e 3,46%, respectivamente.

Chama atenção o volume de gastos com os hospitais filantrópicos, os quais representaram 36,29%, 36% e 35,19% do gasto total da SES/SP, respectivamente, entre 2010 a 2012. São recursos provenientes tanto do tesouro quanto dos vinculados federais.

Tabela 13 - Gasto realizado pela SES - aos municípios, entidades filantrópicas e aplicações diretas na rede estadual, segundo fonte de recurso e forma de aplicação – custeio e investimento – 2012 (R\$ mil de dezembro de 2012).

Fonte/Variável	Tesouro	Outras Fontes	Fundo Especial de Despesa	Vinculados Federais	Total
Municípios	202.266.975,07	0,00	0,00	195.131.778,57	397.398.753,64
Custeio	76.796.139,31	0,00	0,00	117.130.105,18	193.926.244,49
Capital	125.470.835,76	0,00	0,00	78.001.673,39	203.472.509,15
Filantrópicos	1.456.903.709,68	12.362.679,38	0,00	2.569.513.685,39	4.038.780.074,46
Custeio	1.288.315.908,66	12.362.679,38	0,00	2.568.819.440,57	3.869.498.028,61
Capital	168.587.801,03	0,00	0,00	694.244,82	169.282.045,85
Aplicações diretas	6.268.554.136,82	133.597.169,92	3.223.817,09	635.246.418,27	7.040.621.542,09
Custeio	5.990.687.614,28	130.086.012,81	2.849.193,06	624.981.715,14	6.748.604.535,29
Capital	277.866.522,53	3.511.157,11	374.624,03	10.264.703,13	292.017.006,80
Total	7.927.724.821,57	145.959.849,30	3.223.817,09	3.360.763.450,44	11.437.671.938,40
Custeio	7.355.799.662,25	142.448.692,19	2.849.193,06	3.271.802.829,10	10.772.900.376,60
Capital	571.925.159,32	3.511.157,11	374.624,03	88.960.621,34	664.771.561,80

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

2.2.3 O desenvolvimento do SUS na Região Metropolitana da Baixada Santista: perfil, financiamento, gasto e resultados em saúde.

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) é uma das principais regiões do Estado de São Paulo devido a sua economia e o volume de habitantes. Além disso, ela é constituída como uma Região de Saúde específica da SES/SP.

Essa região é composta por nove municípios, os quais não possuem a mesma capacidade de financiamento e de estrutura de serviços. A análise aqui empreendida busca entender as características estruturais e financeiras dessa região, de forma a contribuir para o entendimento dessa região e do processo de regionalização do SUS.

Este item está estruturado em duas partes. A primeira parte descreve o perfil da região, no contexto do Estado de São Paulo e a segunda analisa a capacidade de financiamento, gasto da RMBS, e os indicadores de resultado, segundo seus municípios.

2.2.4 Perfil da Região Metropolitana da Baixada Santista

Composta por nove municípios (Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, São Vicente e Santos), a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) possui estrutura econômica potente com a presença do Porto de Santos e pela repercussão que este acarreta regionalmente. O Porto de Santos é um local de acesso de entrada e saída de mercadorias e possui integração com a ferrovia. Foi através desse complexo econômico que houve o crescimento regional.

Esse processo intensificou-se nas décadas de 1940 e 1950 com a construção da Rodovia Anchieta e na inauguração da Refinaria Presidente Bernardes, em Cubatão, formando juntamente com outras indústrias petroquímicas, umas das mais importantes cadeias produtivas. A construção da rodovia também implicou fácil acesso à região que se tornou uns dos polos turísticos mais importantes do Estado de São Paulo, dinamizando ainda mais o seu setor terciário.

Ao longo da segunda metade do século passado, houve um crescimento populacional em direção a outros municípios como: São Vicente e Praia Grande.

Devido ao intenso crescimento econômico e populacional de Santos, Cubatão e Guarujá. Estas cidades adquiriram características de cidade-dormitório, apresentando intensa conurbação entre si, só interrompida pelas restrições de ordem física, que impediram a presença de uma mancha urbana totalmente contínua.

Em 1996, foi criada a RMBS, com limites idênticos aos das Regiões Administrativa e de Governo de Santos, formada por nove municípios, ocupando 1% do território paulista com população predominante urbana.

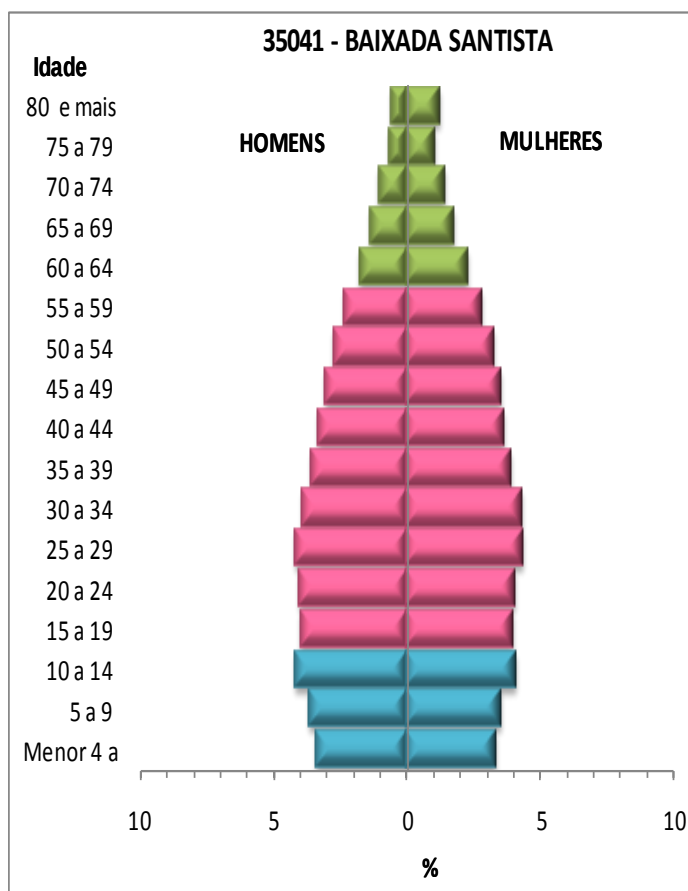
A RMBS possui uma estrutura industrial dinâmica cujos segmentos mais expressivos são o refino de petróleo e a metalúrgica básica, além do ramo químico.

A maior densidade urbana da Região Metropolitana da Baixada Santista se localiza em cinco municípios: Santos, São Vicente, Cubatão, Guarujá e Praia Grande. Apenas a população de Santos e São Vicente, em 2012, somaram o percentual de 49,93% dos habitantes totais da região. Essa densidade urbana é adensada quando se verifica o território entre Santos e São Vicente, com os mesmos padrões urbanísticos.

A participação da RMBS no conjunto da população do Estado, entre 2006 e 2012, teve pequeno incremento, elevando-se de 3,87% para 4,05%, em decorrência de uma taxa geométrica de crescimento anual da população (2000/2010) de 1,21% a.a., contra 1,09% a.a. verificada no Estado.

Como é possível verificar a partir da pirâmide etária (Figura 3) a sua concentração populacional não se localiza na base da pirâmide e sim na faixa etária entre 10 a 54 anos onde encontrarmos a maior parte da população. O índice de envelhecimento da região é de 64,11%, em 2012, ao passo que o do Estado é de 58,88%.

Figura 3 - Pirâmide etária da Região Metropolitana da Baixada Santista – 2010



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

A RMBS possui um PIB per capita²⁴ de R\$31.127,53 reais (2010) e é consideravelmente alto quando comparado em relação ao Estado de São Paulo que possui R\$33.253,91. O município com o maior PIB per capita é Santos com R\$72.314,55, seguido por Cubatão com R\$57.387,48 (Tabela 14).

²⁴ PIB per capita são os valores mais recentes disponíveis.

Tabela 14- PIB per Capita dos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista – 2010 (em R\$ de dezembro de 2012).

Ano 2010	PIB per capita
Bertioga	17.452,06
Cubatão	57.387,48
Guarujá	15.689,92
Itanhaém	11.844,93
Mongaguá	11.928,98
Peruíbe	12.786,83
Praia Grande	13.321,00
Santos	72.314,55
São Vicente	10.834,90
Baixada Santista	31.127,53
Estado de São Paulo	33.235,91

Fonte: SEADE

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

Como observado, a região é um polo econômico no Estado de São Paulo e possui representatividade em relação às demais regiões. Como citado no item 2.1, a cidade de Santos destacou-se, desde a época dos cafezais, como polo econômico no estado e havia uma preocupação estadual de preservar a higienização e conter as epidemias de doenças para não prejudicar a economia. Com a expansão das atividades econômicas na região foi necessário um maior cuidado com a saúde, devido ao ambiente propício às doenças decorrentes do ambiente do Porto e das indústrias.

Como decorrência do crescimento econômico e populacional na região é possível observar que os nove municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista possui em hospitais com leitos SUS (Tabela 15 e 16). A capacidade das instalações hospitalares da região, entre 2006 a 2012, referente ao número de leitos SUS absoluto (Tabela 15), apresentou uma queda de 3,05% para 2,73% em comparação com leitos SUS absoluto em relação ao Estado de São Paulo. A queda do número de leitos da região representou, entre 2006 a 2012, aproximadamente 14%. Já no Estado de São Paulo, a redução do número de leitos correspondeu a aproximadamente 4,20%.

Os municípios que apresentaram maior taxa de crescimento dos leitos SUS, no período de 2006 a 2012, foram: Cubatão (26,34%), Bertioga (23,53%) e Mongaguá (16,19%). Observou queda nos leitos SUS os municípios do Guarujá (-10,68%), Praia Grande (-8,89%) e Santos (-1,22%).

Porém, Santos e Guarujá, juntamente com São Vicente, são os municípios que possuem maior número de leitos. Em 2012 esses municípios representaram, respectivamente, 47,84%, 13,71% e 10,27% do total de leitos da região.

Tabela 15 – Números de leitos SUS, segundo a Região da Baixada Santista e os municípios - 2006 a 2012.

Números de Leitos SUS	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Estado de São Paulo	68.863	100	64.681	100	69.559	100	68.418	100	66.662	100	66.592	100	65.971	100
RMBS	2.098	3,05	2.182	3,37	2.238	3,22	1.996	2,92	1.945	2,92	1.818	2,73	1.802	2,73
Bertioga	50	2,38	50	2,29	50	2,23	50	2,51	58	2,98	58	3,19	53	2,94
Cubatão	141	6,72	151	6,92	170	7,6	170	8,52	166	8,53	166	9,13	153	8,49
Guarujá	322	15,35	401	18,38	411	18,36	249	12,47	303	15,58	253	13,92	247	13,71
Itanhaém	85	4,05	85	3,9	72	3,22	71	3,56	71	3,65	77	4,24	77	4,27
Mongaguá	44	2,1	44	2,02	44	1,97	44	2,2	44	2,26	44	2,42	44	2,44
Peruíbe	55	2,62	55	2,52	55	2,46	55	2,76	55	2,83	52	2,86	48	2,66
Praia Grande	170	8,1	161	7,38	168	7,51	163	8,17	163	8,38	133	7,32	133	7,38
Santos	1016	48,43	1036	47,48	1063	47,5	993	49,75	933	47,97	851	46,81	862	47,84
São Vicente	215	10,25	199	9,12	205	9,16	201	10,07	152	7,81	184	10,12	185	10,27
Total	2.098	100	2.182	100	2.238	100	1.996	100	1.945	100	1.818	100	1.802	100

Fonte: Secretária de Saúde do Estado de São Paulo – TABNET

A Tabela 16 apresenta os leitos do SUS por mil habitantes. A RMBS apresentou 1,26 em 2006 e 1,06 em 2012, enquanto no Estado de São Paulo, no mesmo período, essa relação foi de 1,68 e 1,57. Assim, como o estado, a região apresentou uma queda no número de leitos SUS por mil habitantes.

Apenas o município de Cubatão apresentou uma taxa de crescimento durante o período de 2006 a 2012 de 8,55%. Os demais municípios da região apresentaram queda, destacam-se os municípios de Praia Grande (-28,99%), Guarujá (-20,75%) e Santos com -15,38%.

No entanto, Santos permanece o município com o maior número de leitos por mil habitantes na região, em 2012, com 2,05, seguido de Cubatão (1,27) e Bertioga (1,05).

Tabela 16 – Números de leitos SUS por mil habitantes, segundo a Região da Baixada Santista e os municípios - 2006 a 2012.

(%) Leitos SUS por mil habitantes	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Estado de São Paulo	1,68	1,55	1,70	1,65	1,62	1,60	1,57
RMBS	1,26	1,29	1,35	1,2	1,17	1,08	1,06
Bertioga	1,14	1,09	1,16	1,13	1,22	1,18	1,05
Cubatão	1,17	1,23	1,33	1,31	1,4	1,39	1,27
Guarujá	1,06	1,29	1,35	0,81	1,04	0,86	0,84
Itanhaém	0,93	0,9	0,84	0,81	0,82	0,87	0,86
Mongaguá	0,94	0,9	1,02	1,00	0,95	0,93	0,92
Peruíbe	0,84	0,82	0,96	0,95	0,92	0,86	0,79
Praia Grande	0,69	0,64	0,69	0,65	0,62	0,5	0,49
Santos	2,43	2,48	2,55	2,38	2,22	2,03	2,05
São Vicente	0,65	0,6	0,62	0,61	0,46	0,55	0,55

Fonte: Secretária de Saúde do Estado de São Paulo – TABNET

A partir das Tabelas 15 e 16 foi possível verificar que a capacidade hospitalar da região está concentrada em Bertioga, Cubatão, Guarujá e Santos. Na realidade, são esses os municípios os quais possuem maior PIB per capita na RMBS.

2.2.5 Perfil do financiamento e gasto em saúde da Região Metropolitana da Baixada Santista

A metodologia adotada para a análise do financiamento e gasto da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) apoia-se em Mendes (2010). O objetivo desta parte é analisar a capacidade da receita municipal a partir dos recursos obtidos com arrecadação dos impostos e as despesas empenhadas segundo recursos próprios, total, por subfunção e transferências SUS para os municípios da região. A fonte dos dados é a da Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo (2010-2012) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) período entre 2006 a 2012. Além da análise dos indicadores financeiros (financiamento e gasto) serão estudados os indicadores sociais, em geral, e de saúde, em particular, com o intuito de verificar se as despesas aplicadas vêm provocando resultados nas condições de saúde da população. Portanto, são analisados os indicadores de transição do Pacto pela Saúde para o COAP

(DATASUS/TABNET). Os dados do DATASUS/TABNET estão disponíveis 2008 a 2012, os indicadores escolhidos para análise referem-se ao período entre 2006 a 2012, correspondendo aos anos do processo de transição das políticas de regionalização de saúde.

Os indicadores financeiros e sociais da Região Metropolitana da Baixada Santista são relacionados com a média ponderada dos indicadores dos municípios do Estado de São Paulo.

2.2.5.1 Análise dos indicadores de financiamento e gasto

A Tabela 17 apresenta as transferências de recursos da SES/SP (recursos provenientes do tesouro e da esfera federal) para a RMBS, segundo as despesas correntes e de capitais, 2010 a 2012.

Tabela 17– Transferência de recursos da SES/SP para DRS da Baixada Santista, segundo categoria comercial e por despesas - 2010 a 2012 (em R\$ de dezembro de 2012).

Despesas	2010	%	2011	%	2012	%
Despesas Correntes	47.738.205,88	82,91	48.609.452,22	67,58	68.942.903,11	78,41
21. Pessoal e encargos sociais	11.052.337,57	19,20	10.753.822,18	14,95	10.994.620,04	12,50
Transf Inst. Privadas sem fins lucrativos	7.733.763,97	13,43	4.070.467,18	5,66	4.284.913,17	4,87
3390 Aplicações Diretas	9.541.867,00	16,57	9.283.076,26	12,91	9.471.365,03	10,77
Despesa de Capitais	9.838.293,79	17,09	23.318.025,12	32,42	18.984.978,06	21,59
Investimentos	9.838.293,79	17,09	23.318.025,12	32,42	18.984.978,06	21,59
Outros	-	-	-	-	-	-
Total	57.576.499,67	100,00	71.927.477,34	100,00	87.927.881,17	100,00

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

Dentre os gastos da SES para a RMBS, despesas correntes respondem pela maior parte. No entanto, observa-se uma diminuição na sua participação no total desse gasto, passando de 82,91%, em 2010, para 78,41%, em 2012. Ao passo que os investimentos em saúde aumentaram nesse período, de 17,09% em 2010 para 21,59%. Observa-se que pela Tabela 18 é uma questão de alocação de recursos, apesar de o gasto total ter crescido, as despesas não seguem um padrão de

crescimento em ambas as despesas (correntes e de capitais).

Entre 2010 e 2012 a despesa de pessoal e encargos sociais da RMBS é umas das principais despesas mantidas pelas transferências de recursos da SES. No entanto, percebe-se uma queda na sua participação relativa no total dos recursos transferidos, de 19,20% em 2010 para 12,70% em 2012. As aplicações diretas e as transferências para instituições sem fins lucrativos (Santa Casas) são as que constituem maior participação no total de transferências.

Ao se analisar as despesas, segundo a subfunção, verificam-se que, no período entre 2010 a 2012, o maior volume de recursos transferidos para a RMBS foi para a assistência hospitalar e ambulatorial, tanto dos recursos do tesouro quanto dos vinculados federais (Tabelas 18, 19 e 20).

Tabela 18 - Gasto SUS da SES/SP na DRS da Baixada Santista, segundo subfunção – 2010 (em R\$ de dezembro de 2012).

Subfunção	Tesouro (%)	Vinculados Federais (%)	Totais	%
122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL	3,52	1,86	1.834.490,01	3,18
126 - TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	0,00	0,00	-	0,00
128 - FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	0,00	1,91	232.647,43	0,40
244 - ASSISTÊNCIA COMUNITARIA	0,04	0,00	17.365,27	0,03
302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	96,43	96,23	55.693.814,30	96,39
303 - SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	0,00	0,00	-	0,00
Total	79,14	20,86	57.778.317,02	100,00

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

A assistência hospitalar e ambulatorial teve uma representação de 96,39%, 97,48% e 83,16%, em 2010, 2011 e 2012, respectivamente. Observa-se que, entre 2010 e 2012, houve um declínio na participação relativa desse item no total do gasto de 13,72%.

Tabela 19- Gasto SUS da SES/SP na DRS da Baixada Santista, segundo subfunção – 2011 (em R\$ de dezembro de 2012).

Subfunção -2011	Tesouro (%)	Vinculados Federais (%)	Totais	%
122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL	2,51	1,15	1.789.320,07	2,49
126 - TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	0,00	0,00	-	0,00
128 - FORMACAO DE RECURSOS HUMANOS	0,01	0,91	15.857,89	0,02
244 - ASSISTÊNCIA COMUNITARIA	0,01	0,00	7.176,72	0,01
302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	97,47	97,94	70.079.180,16	97,48
303 - SUPORTE PROFILATICO E TERAPÊUTICO	0,00	0,00	-	0,00
Total	98,66	1,34	71.891.534,85	100,00

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

Especificamente, em 2012, houve um crescimento das transferências da SES à RMBS, com uma realocação dos recursos para suporte profilático e terapêutico (medicamentos), que não constava registro nos outros anos, passando então a representar 14,88% do total dessas transferências (Tabela 20).

Tabela 20 - Gasto SUS da SES/SP na DRS da Baixada Santista, segundo subfunção – 2012 (em R\$ de dezembro de 2012).

Subfunção -2012	Tesouro (%)	Vinculados Federais (%)	Totais	%
122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL	1,70	0,00	1.453.634,94	1,65
126 - TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	0,28	0,00	238.107,30	0,27
128 - FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	0,01	0,71	27.285,96	0,03
302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	82,74	99,29	73.123.108,25	83,16
303 - SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	15,27	0,00	13.085.646,69	14,88
Total	97,44	2,56	87.927.783,14	100,00

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

Os municípios da RMBS que mais receberam transferências da SES/SP na subfunção de assistência hospitalar e ambulatorial foram Guarujá, Santos e São Vicente. São eles que agregam o maior percentual de hospitais na RMBS. Juntos, eles somaram em 2010 e 2012 mais de 50% do total das despesas. Porém, o que possui maior percentual foi Santos, respondendo a 52,83% em 2010, 40,60% em 2011, e 46,67% em 2012 (tabela 22).

Tabela 21 – Gasto da SES/SP por subfunção de Assistência Hospitalar e Ambulatorial por municípios da DRS da Baixada Santista - 2010 a 2012.

302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	2010	2011	2012
Guarujá	9,56%	5,22%	4,38%
Santos	52,83%	40,60%	46,67%
São Vicente	3,05%	2,59%	3,64%
Total	65,44%	48,41%	54,68%

Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Fazenda
 Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012
 Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

É perceptível o movimento do financiamento da SES para a RMBS, a medida que a prioridade das transferências dos recursos é para a assistência hospitalar e ambulatorial. Pouco recurso é transferido para a subfunção Atenção Básica. Além disso, os recursos transferidos acabam por privilegiar os municípios que possuem maior estrutura hospitalar na região.

2.2.5.2 Capacidade da Receita Municipal

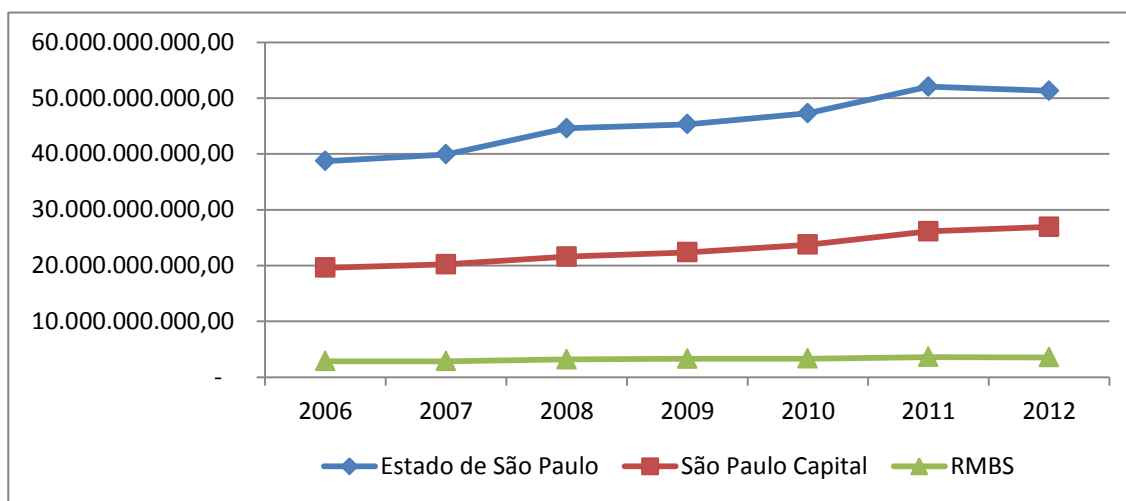
É importante que se analise a evolução de capacidade da receita disponível (arrecadação tributária e as transferências constitucionais para os municípios). Isso porque se permite verificar o esforço, isto é, a disponibilidade de recursos municipais para sustentar o gasto SUS das finanças próprias e os graus de autonomia e disponibilidade de recursos desses municípios para sustentarem o gasto SUS.

A participação da arrecadação de impostos e transferências constitucionais da Região Metropolitana da Baixada Santista em relação ao Estado de São Paulo, durante o período de 2006 a 2012, foi em média de 7%.

Em comparação com a capital a representatividade também caiu passou de 14,63% para 13,18%, entre 2006 a 2012.

No entanto a RMBS apresentou um crescimento de arrecadação de 23,64% durante os seis anos. O Estado de São Paulo e a capital apresentaram também crescimento, sendo de 32,53% e 37,32%, respectivamente.

Gráfico 3 – Evolução da receita disponível (Impostos mais Transferências Constitucionais) do Estado de São Paulo, São Paulo Capital e Região Metropolitana da Baixada Santista – 2006 a 2012.



Fonte: SIOPS

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

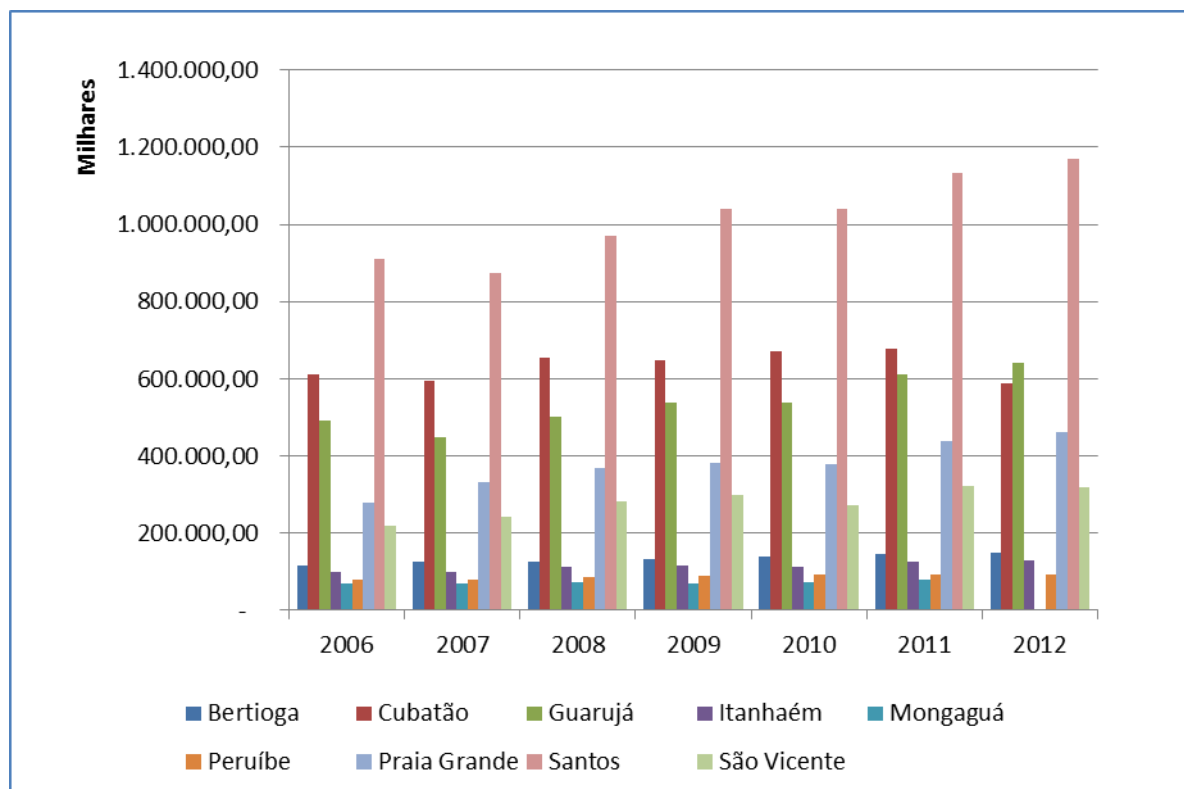
Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

*Estado de São Paulo desconsiderando a capital

No Gráfico 4 pode observar a receita da RMBS por municípios. Os municípios que obtiveram uma taxa de crescimento em sua arrecadação ao longo dos seis anos foram: Praia Grande (65,51%), São Vicente (44,97%), Guarujá (30,89%) e Bertioga (30,74%). Apenas Cubatão apresentou uma taxa negativa com -3,95% da sua arrecadação de impostos e transferências. O município com a maior arrecadação na região, em todos os anos, é Santos, em 2012, arrecadou R\$ 1.170.533.181.60.

Peruíbe, no entanto, é o município com a menor representatividade de arrecadação em relação à RMBS. Em 2012 apresentou 2,61% da arrecadação total da região.

Gráfico 4 – Evolução da receita disponível (Impostos mais Transferências constitucionais da Região Metropolitana da Baixada Santista) – 2006 a 2012



Fonte: SIOPS

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

2.2.5.3 Comportamento das Transferências SUS

Envolve o diagnóstico do comportamento das transferências SUS do governo federal, dimensionando o grau de dependência para o desenvolvimento do sistema de saúde no âmbito do município.

Em relação às transferências do SUS per capita, provenientes em sua grande maioria dos recursos do governo federal e, em menor escala, dos recursos do estado, observa-se que a RMBS obteve um crescimento de R\$94,04 por habitantes, em 2006 e 2012, sendo superior em termos de volume quando comparada ao total dos municípios do Estado e à Capital (Tabela 22). Em 2012 foi o ano em que mais se transferiu recursos por habitantes para a RMBS no valor de R\$ 238,47.

Tabela 22 – Transferência SUS federal por habitante à Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (em R\$ dezembro de 2012).

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
RMBS	144,43	171,08	179,07	191,99	188,28	195,97	238,47
São Paulo capital	139,02	125,52	120,37	135,96	128,86	129,73	133,77
Estado de São Paulo*	113,46	118,64	128,40	141,67	137,51	149,98	169,55

Fonte: SIOPS

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

*Estado de São Paulo desconsiderando a capital

Na Tabela 23 é possível analisar as transferências do SUS federal per capita, segundo os municípios da RMBS, identifica-se que, no período de 2006 a 2012, apresentou taxa de crescimento em todos os municípios, com destaque para: Peruíbe (122,59%), Guarujá (84,55%), Praia Grande (68,97%) e Santos (68,93%). Peruíbe foi o município que realizou maior esforço para aumentar as transferências do SUS federal, por outro lado, Santos é o município, durante os seis anos, com a maior transferência per capita em relação à região. Santos, em 2012, apresentou R\$ 333,81 per capita. Ao passo que, São Vicente foi o município que recebeu menor valor transferência SUS per capita, em 2012, com R\$ 150,27.

Tabela 23- Transferências SUS federal por habitantes, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (R\$ dezembro de 2012).

R. Transf.SUS/Hab	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bertioga	107,35	134,20	110,56	130,81	101,00	92,95	164,01
Cubatão	151,19	160,07	165,16	186,74	170,92	193,71	197,73
Guarujá	115,29	131,78	130,33	151,75	157,58	181,80	212,77
Itanhaém	127,17	145,73	128,05	146,52	129,53	151,92	189,40
Mongaguá	121,59	135,27	134,38	141,36	138,02	143,54	-
Peruíbe	108,50	171,12	163,33	166,03	155,87	205,01	241,51
Praia Grande	163,12	214,03	209,73	210,82	238,67	242,19	275,63
Santos	197,60	224,84	260,06	276,25	253,46	244,70	333,81
São Vicente	107,58	125,89	134,81	142,53	142,98	143,64	150,27

Fonte: SIOPS

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

- não divulgou os dados no SIOPS em 2012

2.2.5.4 Dimensão do Gasto do SUS realizado pelos municípios

Compreende a análise da magnitude do gasto total, por fonte de recursos e da direção do gasto, salientando as despesas de pessoal, outras despesas e investimentos.

2.2.5.4.1 A magnitude do gasto total e com recursos municipais

Em relação à despesa total em saúde per capita, verifica-se que a RMBS, entre 2006 a 2012, ampliou, passando de R\$ 479,84 para R\$ 670,19. Nota-se que tal despesa é superior ao total dos municípios do Estado sem a capital e com o município da capital (Tabela 24).

Tabela 24 - Despesa total em Saúde por habitantes, segundo Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (R\$ de dezembro de 2012).

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
RMBS	479,84	502,76	546,39	594,85	618,34	639,36	670,19
São Paulo capital	410,09	392,76	470,66	523,88	517,36	559,10	578,79
Estado de São Paulo	377,47	408,91	445,54	481,66	494,09	552,78	601,62

Fonte: SIOPS

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

*Estado de São Paulo desconsiderando a capital

Quando se analisa o comportamento da despesa total em saúde por habitante por municípios, constata-se que Bertioga foi o município com o maior crescimento entre 2006 a 2012, o que correspondeu, a R\$418,69 per capita (Tabela 25).

Em 2012, os maiores gastos são de Bertioga, R\$1.214,64, em seguida Cubatão (R\$ 1.055,15) e Santos (R\$ 798,10).

Tabela 25 - Despesa total com saúde por habitantes, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (em R\$ dezembro de 2012).

D.Total Saúde/Hab (R\$)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bertioga	795,95	751,75	962,27	882,88	1.121,07	1.121,47	1.214,64
Cubatão	1.126,93	1.125,95	1.138,24	1.127,30	1.255,10	1.390,34	1.055,15
Guarujá	404,18	372,32	408,78	455,96	485,62	553,70	607,38
Itanhaém	355,33	382,57	402,80	443,00	465,19	486,99	514,38
Mongaguá	353,64	473,74	478,52	487,36	580,33	591,49	-
Peruíbe	428,05	516,90	533,80	617,19	634,40	625,00	666,19
Praia Grande	366,13	407,46	437,04	535,84	586,65	529,37	643,51
Santos	555,19	590,55	654,97	723,98	712,01	734,72	798,10
São Vicente	321,94	347,04	381,54	409,31	373,79	393,32	410,62

Fonte: SIOPS

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

- não divulgou os dados no SIOPS em 2012

O único município que teve um declínio de despesa per capita, entre 2006 a 2012, foi Cubatão (R\$ 1.126,93 para R\$ 1.055,15), no entanto, a cidade continua com umas das maiores despesas per capita da região.

Quando se observa a evolução do percentual de gastos em saúde com recursos próprios, entre 2006 a 2012, identifica-se que a maioria dos municípios apresentou crescimento, Praia Grande, em destaque, com crescimento de 75,76%. Apenas, Cubatão apresentou uma taxa de decréscimo de -6,37%.

2.2.5.4.2 Evolução do gasto per capita do SUS realizado com recursos municipais

Ao analisar a evolução das despesas com recursos próprios por habitantes na RMBS, percebe-se um acréscimo de R\$110,30, no período, o que identifica o aumento da capacidade dos municípios para financiar a saúde. Entre 2006 a 2012, nota-se que as despesas com recursos próprios por habitantes da RMBS foram superiores ao total dos municípios do Estado, sem a capital e em relação à capital (Tabela 26).

Tabela 26 - Despesas com recursos próprios em saúde por habitantes, segundo a Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (R\$ dezembro de 2012).

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
RMBS	341,88	345,35	380,28	400,01	420,14	449,87	452,18
São Paulo capital	293,76	292,49	381,36	391,22	394,01	421,26	439,77
Estado de São Paulo*	265,31	287,53	318,62	336,63	350,30	397,37	424,01

Fonte: SIOPS

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

*Estado de São Paulo desconsiderando a capital

Dentre os municípios, Bertioga apresentou o maior dispêndio por despesas dos recursos próprios/habitantes em 2012, o valor foi de R\$ 1.115,58, referente à Tabela 27. Seguido por Cubatão (R\$ 900,90); Santos (R\$ 518,09); e Peruíbe (R\$ 464,07).

Tabela 27 - Despesas com recursos próprios em saúde por habitante, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012 (R\$ dezembro de 2012).

D.R. Próprios em Saúde/Hab	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bertioga	690,27	668,48	823,19	806,74	1.014,55	1.028,62	1.115,58
Cubatão	959,60	1.009,30	980,16	894,25	1.057,75	1.162,89	900,90
Guarujá	301,62	246,84	301,74	301,65	290,25	355,41	389,77
Itanhaém	219,24	198,85	269,75	290,52	262,85	325,23	315,54
Mongaguá	232,05	352,26	338,92	374,49	439,69	468,63	-
Peruíbe	316,92	342,20	381,94	413,25	483,08	437,01	464,07
Praia Grande	225,76	224,89	241,53	311,04	344,96	348,82	394,90
Santos	364,53	369,63	402,33	444,18	461,43	491,75	518,09
São Vicente	218,27	241,58	271,29	285,07	244,41	253,85	245,73

Fonte: SIOPS

Todos os dados estão deflacionados a valores de dezembro/2012

Conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV

- não divulgou os dados no SIOPS em 2012

Destacam-se Mongaguá que obteve uma taxa de crescimento, entre 2006 a 2011, de 101,95% nas despesas com recursos próprios per capita e Cubatão, no período de 2006 a 2012, que apresentou uma taxa decrescente de -6,12%. Observou-se que Cubatão apresentou uma taxa de decréscimo na arrecadação dos impostos e transferências constitucionais de -3,95%, e mesmo com o aumento de 30,78% das transferências SUS, não foram suficientes para manter os gastos SUS na cidade.

2.2.5.4.3 Percentagem (%) da Receita Própria aplicada em Saúde nos municípios, conforme a EC 29/200.

O percentual de receita própria municipal indica o compromisso do município no gasto com ações e serviços, conforme o estabelecido na Emenda Constitucional 29/2000, isto é, o município deve aplicar no mínimo 15% de suas receitas de impostos compreendidas as transferências constitucionais.

O percentual de aplicação gasto em saúde com recursos próprios da RMBS, entre 2006 a 2012, foi em média 20% - indicador EC 29.

Observa-se que 2010 foi o ano em que o percentual do gasto com recursos próprios foi o mais elevado da RMBS, 21,11%. De maneira geral, quando se analisa o período, verifica-se que o percentual de aplicação do gasto em saúde com recursos próprios apresentou uma tendência de crescimento, porém inferior à evolução do total dos municípios do Estado de São Paulo sem a capital (Tabela 28).

Tabela 28 – % dos Gastos com recursos próprios em Saúde - EC 29, segundo a Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012.

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
RMBS	19,84%	19,38%	19,78%	20,12%	21,11%	20,85%	20,95%
São Paulo capital	16,49%	15,74%	19,40%	19,30%	18,32%	18,25%	18,57%
Estado de São Paulo*	20,84%	21,10%	21,45%	22,54%	22,68%	23,11%	24,42%

Fonte: SIOPS

*Estado de São Paulo excluindo a capital

Ao analisar o comportamento do percentual do gasto com recursos próprios por municípios da RMBS, no período, nota-se que Bertioga e São Vicente apresentaram os maiores níveis de aplicação. Em 2006, Bertioga apresentou uma aplicação de 26,26%, passando, em 2012, para 37,32% (Tabela 29).

Tabela 29 – Gastos com recursos próprios em Saúde - EC 29, segundo municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012.

%R. Próprios em Saúde-EC 29	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bertioga	26,26	20,81	28,02	26,64	32,02	34,32	37,32
Cubatão	19,00	20,43	19,15	17,86	20,46	20,56	18,47
Guarujá	18,76	16,27	18,26	17,23	16,59	17,04	17,89
Itanhaém	20,03	16,38	20,33	21,92	20,15	22,95	21,85
Mongaguá	15,98	20,57	20,27	23,35	26,08	28,13	-
Peruíbe	25,85	23,40	25,66	26,90	30,26	28,49	30,60
Praia Grande	19,90	15,81	15,97	20,31	22,70	21,24	23,34
Santos	16,78	17,69	17,32	17,83	18,50	18,22	18,57
São Vicente	32,82	32,39	31,53	31,54	29,73	26,43	26,06

Fonte: SIOPS

- não divulgou os dados no SIOPS em 2012

Já São Vicente apresentou um comportamento inverso, isto é, reduzindo sua aplicação entre esses anos, de 32,82% para 26,06%. Porém, observa que mesmo com um aumento da arrecadação dos impostos e transferências constitucionais de 44,97%, o município optou por reduzir os gastos próprios no SUS. Apesar do declínio a cidade é ainda uns dos municípios que possuem maior volume de gastos, durante o período, na região.

Chama atenção o comportamento da aplicação do gasto em saúde com recursos próprios de Santos, à medida que apresentou menores patamares quando comparados aos demais municípios da RMBS, sendo: 16,78%, em 2006 e 18,57%, em 2012. Por sua vez, é importante lembrar que Santos possui maior concentração de hospitais e a melhor estrutura de serviços de saúde na Região.

Observa-se que Santos, como mencionado anteriormente, é uns dos municípios que apresentou o maior volume de Transferências SUS per capita. De certa forma, pode-se inferir que Santos tem feito um esforço de organizar projetos de ações e serviços de saúde, o que resulta no aumento dos recursos transferidos do Ministério da Saúde, à medida que esses são organizados por meio de incentivos financeiros, o que possibilita um menor percentual de gastos com recursos próprios em relação aos demais municípios.

Apesar de Praia Grande apresentar aumento de 68,97% das transferências SUS e Itanhaém de 48,93%, os municípios ainda investem grande porcentagem da sua própria receita em gastos SUS. Itanhém em 2006 apresentou 20,23%,

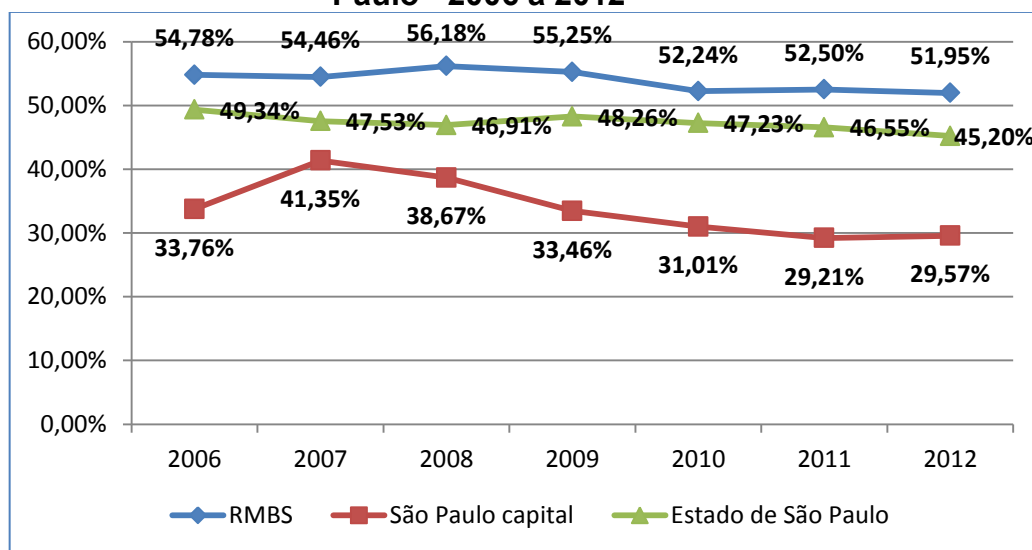
passando, em 2012, para 21,85%, enquanto que a Praia Grande passou de 19,90% para 23,24%, 2012, respectivamente.

2.2.5.4.4 A Direção do gasto em saúde segundo finalidade

Os Gráficos 5 e 6 apresentam a participação das despesas de pessoal e das despesas de serviços de terceiro no total do gasto com saúde da RMBS.

De acordo com o Gráfico 5, é possível verificar que a RMBS apresenta uma participação das despesas de pessoal no total do gasto em saúde superior a do total dos municípios do Estado e a Capital. Contudo, cabe destacar que todos eles registraram decréscimo dessa participação.

Gráfico 5 – Evolução da participação das Despesas de pessoal no total do gasto com saúde, segundo a RMBS, a cidade de São Paulo e o Estado de São Paulo - 2006 a 2012



Fonte: SIOPS

*Estado de São Paulo desconsiderando a capital

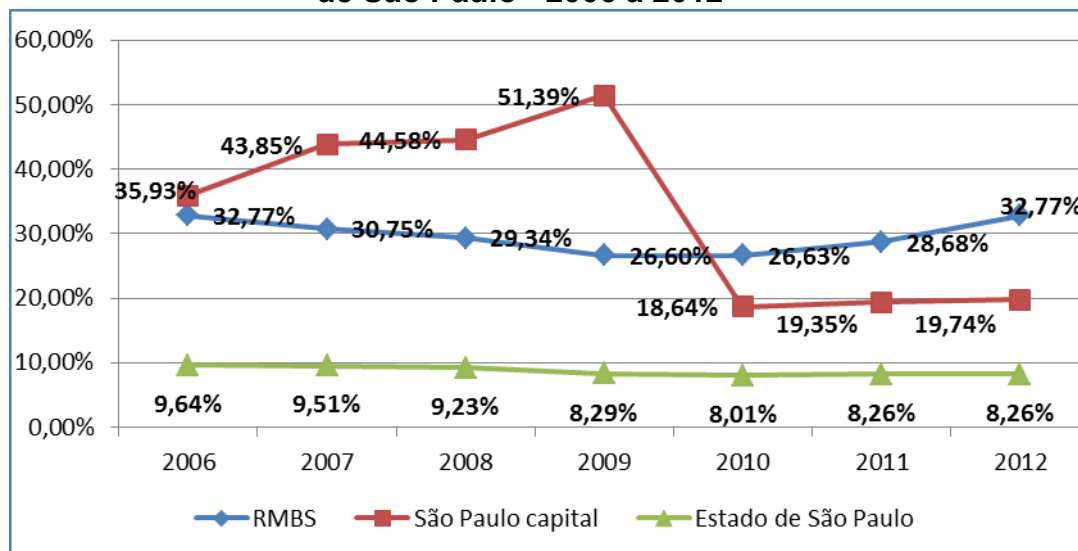
Ao compararmos os Gráficos 5 e 6, verifica-se que a RMBS indica uma maior participação das despesas de pessoal no total do gasto com saúde, quando relacionada às despesas de serviços de terceiros. Nota-se que essas últimas despesas apresentaram um declínio entre 2006 a 2009, recuperando-se a partir desse último ano até 2012, com o mesmo patamar de 2006 (32,77%).

Pode-se observar, ainda, que a participação das despesas de serviços de terceiro no total do gasto com saúde da RMBS é menor entre 2006 a 2009.

No entanto, a partir de 2010, o total dos municípios do estado tem um declínio acentuado, com uma porcentagem de 35,93%, em 2006, para 19,74%, em 2012. Pode-se inferir que ocorreu, nesse período, uma redução na contratação direta de pessoal para atuação no SUS. Já a RMBS aumenta de 26,63% em 2010 para 32,77%. A capital apresenta uma porcentagem de despesa de serviços terceiros bem inferior a RMBS. Em 2006 era de 9,64% e declinou para 8,26% em 2012.

Interessante verificar que, entre 2009 a 2012, o movimento das despesas de pessoal e das despesas de serviços de terceiros na RMS foi contrário. Isso porque, a retração das primeiras foi compensada pelo aumento das segundas despesas, que podem abranger a contratação de pessoal por meio de diferentes modalidades de entidades terceirizadas (ONGS, OSSs, OSCIPS, etc.). Essa tendência pode ser decorrente da exigência do limite com gasto de pessoal da LRF (54% da Receita Corrente Líquida), à medida que vários municípios já atingiram tal limite. Também são registrados nessas despesas com serviços de terceiros os gastos com a rede de prestadores privados - contratados e conveniados, importantes para o suporte da rede pública SUS.

Gráfico 6 - Evolução da participação das Despesas de serviços de terceiro no total do gasto com saúde , segundo a RMBS, a cidade de São Paulo e o Estado de São Paulo - 2006 a 2012



Fonte: SIOPS

*Estado de São Paulo desconsiderando a capital

As Tabelas 30 e 31 apresentam a evolução da participação das despesas com pessoal no total do gasto com saúde e despesas com serviços terceiros por municípios na Região Metropolitana da Baixada Santista.

Observa-se na Tabela 30 que Bertioga, Cubatão, Peruíbe, Praia Grande apresentaram um decréscimo das suas despesas com pessoal durante 2006 a 2012, enquanto, Guarujá, Itanhaém, Santos e São Vicente apresentaram uma pequena elevação nesse período.

Tabela 30 – Participação das Despesas com pessoal no total do gasto com saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista – 2006 a 2012.

Municípios	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bertioga	65,81 %	63,13 %	64,75 %	60,22 %	42,16 %	43,39 %	40,50 %
Cubatão	53,11 %	53,19 %	51,44 %	50,50 %	41,00 %	38,46 %	44,40 %
Guarujá	46,29 %	45,79 %	46,59 %	53,39 %	50,74 %	53,44 %	53,77 %
Itanhaém	55,66 %	44,55 %	71,00 %	71,20 %	68,39 %	65,57 %	69,42 %
Mongaguá	61,84 %	60,10 %	62,48 %	65,70 %	59,74 %	63,18 %	-
Peruíbe	59,28 %	57,63 %	70,97 %	61,13 %	62,83 %	62,19 %	52,77 %
Praia Grande	63,59 %	58,32 %	54,48 %	46,02 %	42,49 %	43,74 %	38,67 %
Santos	53,46 %	55,85 %	56,78 %	57,15 %	56,22 %	56,51 %	58,32 %
São Vicente	56,06 %	56,92 %	59,79 %	58,02 %	64,93 %	63,54 %	56,98 %

Fonte: SIOPS

- não divulgou os dados no SIOPS em 2012

Ao se comparar as tabelas, os municípios que apresentaram declínio das despesas com pessoal apresentaram uma elevação com as despesas de terceiro, exceto Bertioga que apresentou um declínio de 11%. Pode-se inferir que esse comportamento é resultado dos municípios priorizarem a exigência da LRF com relação ao limite imposto para as despesas com pessoal. Dentre os municípios que apresentaram crescimento da participação das despesas de serviços de terceiros no total do gasto com saúde, entre 2006 a 2012, destacam-se: Cubatão (10%), Peruíbe (10%) e Praia Grande (29%). Os demais municípios apresentaram um decréscimo da participação das despesas com serviços terceiros no total do gasto com saúde, no período.

Tabela 31 – Participação das Despesas com serviços de terceiro em relação a despesa total, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista – 2006 a 2012

Municípios	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bertioga	13,09 %	16,20 %	0,30 %	1,36 %	0,77 %	1,09 %	1,57 %
Cubatão	42,93 %	44,28 %	44,30 %	48,26 %	55,46 %	58,56 %	52,93 %
Guarujá	42,21 %	38,56 %	36,69 %	32,51 %	32,05 %	27,12 %	31,55 %
Itanhaém	32,37 %	35,64 %	8,84 %	10,16 %	11,59 %	11,64 %	9,59 %
Mongaguá	16,54 %	19,10 %	17,83 %	18,30 %	21,81 %	19,15 %	-
Peruíbe	21,16 %	23,84 %	10,06 %	23,41 %	22,23 %	22,73 %	32,03 %
Praia Grande	16,92 %	15,44 %	23,24 %	1,25 %	1,00 %	1,15 %	46,17 %
Santos	37,72 %	32,70 %	31,50 %	29,80 %	30,05 %	29,72 %	28,46 %
São Vicente	23,53 %	21,61 %	21,00 %	24,41 %	19,14 %	21,42 %	18,45 %

Fonte: SIOPS

- não divulgou os dados no SIOPS em 2012

A Tabela 32 apresenta a participação das despesas com medicamentos no total do gasto com saúde, segundo os municípios da RMBS. Chama atenção o município de Bertioga com a maior participação de despesa com medicamento na despesa total com saúde, especialmente a partir de 2008 a 2012. Em 2008, a participação dessa despesa no total do gasto com saúde foi de 64,75% e, em 2012, 40,5%. Os demais municípios apresentam participações dessa despesa com medicamentos bem inferiores.

Tabela 32 – Participação das Despesas com medicamentos no total do gasto com saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista – 2006 a 2012.

Município	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bertioga	2,86%	0,76%	64,75%	60,22%	42,16%	43,39%	40,50%
Cubatão	0,01%	0,15%	0,38%	0,12%	0,83%	1,32%	0,26%
Guarujá	0,00%	3,69%	2,24%	2,68%	4,78%	4,52%	2,46%
Itanhaém	3,42%	1,94%	4,88%	6,59%	3,58%	3,00%	3,20%
Mongaguá	5,36%	5,42%	3,02%	2,35%	2,00%	1,95%	-
Peruíbe	13,09%	0,00%	13,54%	11,96%	6,86%	0,77%	1,84%
Praia Grande	5,25%	3,15%	2,90%	1,48%	1,31%	1,39%	1,42%
Santos	2,29%	1,58%	1,49%	2,40%	2,21%	2,21%	2,28%
São Vicente	3,26%	4,30%	3,05%	3,80%	3,13%	3,84%	4,19%

Fonte: SIOPS

- não divulgou os dados no SIOPS em 2012

No período entre 2006 a 2012 os municípios que aumentaram os seus investimentos foram Guarujá (1,46% para 2,54%); Itanhaém (2,40% para 3,39%); e Praia Grande (1,08% para 3,26%). São Vicente foi o município que apresentou maior declínio da despesa com investimento passando, de 3,92%, em 2006, para 1,44%, em 2012 (Tabela 33).

Em 2012, verifica-se que os municípios que apresentaram maiores percentuais de investimento foram: Peruíbe (3,70%); Itanhaém (3,39%); e Guarujá (2,54%). Os menores investimentos foram: Cubatão (0,61%); Santos (0,61%); e Bertioga (0,63%) (Tabela 33). Interessante notar que Peruíbe e Itanhaém são dois municípios que mais despedem dos seus recursos próprios e também os que mais investiram nos seus serviços de saúde 2012. Porém, é necessário ressaltar que tanto Santos como Guarujá já possuem uma estrutura de serviços mais avançada que os demais.

Tabela 33 – Participação das Despesas com investimentos no total do gasto com saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2006 a 2012

D. Invest/D. Total (%)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bertioga	2,90	1,56	2,01	1,52	1,31	0,71	0,63
Cubatão	0,91	0,34	1,56	0,11	0,31	0,73	0,61
Guarujá	1,46	1,69	4,15	1,34	2,49	6,12	2,54
Itanhaém	2,40	0,57	2,64	0,97	2,11	1,98	3,39
Mongaguá	2,16	3,76	2,69	1,14	3,67	1,89	-
Peruíbe	5,06	2,60	3,95	2,35	0,67	4,26	3,70
Praia Grande	1,08	10,84	10,17	2,95	3,05	1,24	3,26
Santos	1,75	0,70	2,72	1,85	0,73	0,80	0,61
São Vicente	3,92	1,86	3,22	1,52	1,37	1,37	1,44

Fonte: SIOPS

- não divulgou os dados no SIOPS em 2012

2.2.5.4.5 Direção do Gasto da RMBS por subfunção

Segundo a Tabela 34, Guarujá foi o município que apresentou a maior participação das despesas de assistência hospitalar e ambulatorial no total do gasto de saúde em 2012. Nota-se que esse município registrou, nesse período, 65,69% dessa despesa no total do gasto com saúde, seguido de Peruíbe 59,89% e Santos (56,82%). Praia Grande apresentou, também, grande porcentagem com 55,82%. Cabe mencionar que Itanhaém não indica registro para as despesas com assistência

hospitalar e ambulatorial, entre 2008 a 2010. Apenas em 2011 esse município indica participação dessas despesas no total do gasto com saúde (3,72%). São Vicente, também apresentou pequena participação das despesas de assistência hospitalar e ambulatorial no total do gasto com saúde, no mesmo período.

Tabela 34- Participação das Despesas de assistência hospitalar e ambulatorial no total do gasto com saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2008 a 2012.

Assistência Hospitalar e Ambulatorial	2008	2009	2010	2011	2012
Bertioga	0,00%	0,00%	43,57%	45,76%	46,64%
Cubatão	29,44%	37,59%	45,58%	44,42%	29,89%
Guarujá	89,01%	92,59%	67,21%	69,00%	65,69%
Itanhaém	0,00%	0,00%	0,00%	3,72%	0,00%
Mongaguá	34,17%	34,86%	30,84%	33,61%	-
Peruíbe	58,70%	52,62%	51,57%	56,28%	59,89%
Praia Grande	31,86%	36,46%	47,83%	47,98%	55,08%
Santos	92,85%	91,30%	89,91%	84,69%	56,82%
São Vicente	13,00%	16,44%	17,18%	15,99%	14,60%

Fonte: SIOPS

Dados disponibilizados pelo SIOPS apenas a partir de 2008

- não divulgou os dados no SIOPS em 2012

Os municípios que ao longo do período apresentaram aumento da participação das despesas de assistência hospitalar foram: Bertioga (0% para 46,64%), Peruíbe (58,70% para 59,89%), Praia Grande (31,86% para 55,08%) e São Vicente que apresentou um aumento de 2008 a 2010 (13% para 17,18%), mas que em 2011 e 2012 diminui a sua participação (15,99% para 14,60%).

A Tabela 35 apresenta os dados da participação das despesas com suporte profilático e terapêutico no total do gasto com saúde, que se referem às ações relacionadas com a produção, armazenamento e distribuição de vacinas, soros, produtos farmacêuticos em geral. Santos foi o município com maior percentual de 1,80%, seguido por Praia Grande (1,79%) e Guarujá (1,67%). Chama atenção que Peruíbe apresentou em 2010 uma participação dessa despesa 7,71%.

Tabela 35- Participação das Despesas de suporte profilático e terapêutico no total do gasto com saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2008 a 2012.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012
Bertioga	0,00%	0,00%	0,00%	0,28%	0,29%
Cubatão	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,24%
Guarujá	0,55%	1,50%	3,47%	1,88%	1,67%
Itanhaém	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Mongaguá	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-
Peruíbe	0,00%	0,00%	7,71%	3,29%	1,79%
Praia Grande	0,00%	0,00%	1,31%	1,37%	1,22%
Santos	0,00%	0,00%	0,00%	1,33%	1,80%
São Vicente	0,23%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fonte: SIOPS

Dados disponibilizados pelo SIOPS apenas a partir de 2008

- não divulgou os dados no SIOPS em 2012

Quando se analisa a participação das despesas da Atenção Básica no total do gasto com saúde, constata-se participações elevadas, em 2012, dos seguintes municípios: Itanhaém (95,90%), São Vicente (83,72%), e Cubatão (67,65%). Os municípios com as menores participações dessas despesas foram Bertioga (2,67%) e Santos (12,42%). (Tabela 36).

Bertioga apresentou 100% da sua despesa em Atenção Básica em 2008 e 2009, não havendo dispêndio em nenhuma outra subfunção, como foi visto anteriormente, porém a partir de 2010 esses gastos diminuem ao patamar de 2,67% em 2012.

Cubatão, Itanhaém, Mongaguá e São Vicente apresentaram altos níveis dessas despesas com Atenção Básica, em 2008 a 2012 (Tabela 36).

Tabela 36- Participação das Despesas de Atenção Básica no total do gasto com saúde, segundo os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista - 2008 a 2012.

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012
Bertioga	100,00%	100,00%	10,44%	1,96%	2,67%
Cubatão	70,09%	62,12%	54,18%	53,17%	67,65%
Guarujá	7,13%	2,21%	13,64%	12,90%	18,27%
Itanhaém	99,25%	99,29%	97,49%	96,28%	95,90%
Mongaguá	63,82%	61,57%	65,48%	62,76%	-
Peruíbe	37,75%	43,67%	33,90%	27,94%	21,75%
Praia Grande	55,57%	42,91%	37,89%	32,61%	28,49%
Santos	4,33%	5,74%	6,80%	7,83%	12,42%
São Vicente	85,21%	82,75%	80,90%	81,76%	83,72%

Fonte: SIOPS

Dados disponibilizados pelo SIOPS apenas a partir de 2008

- não divulgou os dados no SIOPS em 2012

2.2.5.5 Análise de indicadores de ações e serviços de saúde da RMBS

Após analisar os indicadores referentes ao financiamento e gasto da Região Metropolitana da Baixada Santista torna-se importante avaliar os efeitos desses nas ações e serviços de saúde, conforme alguns indicadores de transição do Pacto pela Saúde e do COAP, coletados junto às fontes do DATASUS/TABNET. O período para essa análise abrange 2008 a 2012. Esses indicadores foram escolhidos pelo Ministério da Saúde para compor o Mapa da Saúde, o qual cada RRAS deverá realizar para construir as metas que serão assinadas entre os entes federativos.

Os indicadores disponíveis são divididos em 13 diretrizes, no entanto, serão apresentados apenas os indicadores de resultados para a RMBS. O Quadro 3 apresenta os indicadores de resultado segundo o objetivo de sua diretriz.

Quadro 3 – Os indicadores de resultado segundo as diretrizes e objetivos da Transição Pacto para COAP.

	Diretrizes	Objetivos	Indicadores
1	Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada	Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica; Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal
3	Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade	3.1 Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo do Útero. 3.2 Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária; Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária; Proporção de partos normais; Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência; Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré natal; Taxa de Mortalidade Infantil
4	Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas	Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
5	Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção	Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur
7	Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde	Incidência (número de casos) de aids em menores de 5 anos.; Número absoluto de óbitos por dengue

Fonte: DATASUS/TABNET

2.2.5.5.1 Diretriz 1: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

A cobertura feita pela equipe de Atenção Básica na população, de acordo com a Tabela 37, apresentou uma evolução, entre 2008 a 2012, na RMBS de 40,69% para 41,64%. Em comparação com o Estado de São Paulo a região apresentou proximidade do percentual na cobertura das equipes, em média ambos estão em torno de 40% durante o período de cinco anos.

Os municípios que apresentaram uma taxa de evolução significativa durante os cinco anos foram: Bertioga (34,28% para 73,47%), Guarujá (26,54% para 42,02%) e Mongaguá (31,93% para 44,54%). Os demais apresentaram decréscimo, observa-se que o município de São Vicente, o qual já possuía uma baixa taxa em 2008, de 13,66%, caiu para 11,65%.

Santos, se destaca, por possuir um percentual baixo de 31,47%, em 2012, e ter um decréscimo, pois em 2008 o valor era de 33,70%. Por esse um município com capacidade de financiamento maior que os demais, esse percentual se destaca perante aos outros. Mas, como foi observado é o município com a menor despesa em Atenção Básica.

O município com o melhor desempenho é Cubatão que apresentou uma cobertura feita pela equipe de Atenção Básica de 92,87%, em 2012.

Tabela 37 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica – 2008 a 2012.

(%) Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011	2012
RMBS	40,69	37,59	38,84	38,94	41,64
Estado de São Paulo	39,51	40,31	40,96	41,46	42,73
Bertioga	34,28	34,93	61,04	81,86	73,47
Cubatão	99,17	82,22	83,34	68,23	92,87
Guarujá	26,54	23,66	25,32	29,92	42,02
Itanhaém	69,11	55,83	61,83	68,92	47,61
Mongaguá	31,93	41,59	40,83	45,36	44,54
Peruíbe	55,17	68,24	67,61	60,23	59,59
Praia Grande	66,02	57,66	58,91	57,24	59,48
Santos	33,70	34,49	32,37	31,47	31,47
São Vicente	13,66	11,87	12,7	12,63	11,65

Fonte: DATASUS/TABNET

Em relação à Tabela 38, o percentual de cobertura das equipes de saúde bucal da região é inferior ao apresentado nos outros indicadores. Em 2012 representou 30,92%. Porém, observa-se nesses cinco anos que houve um avanço, pois em 2008 era de 26,46%. Com relação ao Estado de São Paulo a região teve uma representatividade inferior ao do estado, no entanto, a cobertura de equipes básicas de Saúde Bucal é em média de 30%, ou seja, não possui uma grande disparidade em relação à RMBS.

Cubatão é a cidade que se destaca, em 2012, com 65,26% da cobertura, e pela sua evolução no indicador que era de 59,50%, em 2008. Seguida de Itanhaém (42,79% para 44,21%) e Guarujá (17,69% para 34,84%). Em relação a esse indicador São Vicente apresenta menor taxa com 13,45%, 2012, mas registrou um aumento de 0,70%, durante os cinco anos.

Tabela 38 - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal – 2008 a 2012.

(%) Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011	2012
RMBS	26,46	27,42	27,51	27,22	30,92
Estado de São Paulo	29,80	30,83	30,66	30,85	31,31
Bertioga	27,42	27,94	40,69	37,78	24,49
Cubatão	59,50	56,38	57,88	55,59	65,26
Guarujá	17,69	15,78	16,56	15,48	34,84
Itanhaém	42,79	45,36	41,22	51,69	44,21
Mongaguá	31,93	34,65	34,02	32,4	31,81
Peruíbe	32,18	47,24	46,81	40,15	34,76
Praia Grande	22,01	20,86	21,64	20,61	20,20
Santos	31,55	33,77	33,81	33,62	36,47
São Vicente	12,75	14,61	12,7	13,54	13,45

Fonte: DATASUS/TABNET

2.2.5.5.2 Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

As seguintes tabelas referem-se à atenção integral à saúde da mulher e da criança na região. Na Tabela 40 observar-se que a RMBS, entre 2006 a 2012, apresentou um pequeno declínio da razão de exames do colo de útero, passou de 0,43 para 0,40. Em 2009 foi o período em que a região apresentou melhor desempenho com 0,68, ou seja, mais da metade da população feminina entre a faixa etária de 25 a 64 anos foram atendidas. Em relação com o Estado de São Paulo a região apresenta uma diferença de aproximadamente 0,10 ao longo dos anos, ou seja, não existe uma grande disparidade.

Tabela 39 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária – 2008 a 2012.

Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011	2012
RMBS	0,43	0,68	0,39	0,42	0,40
Estado de São Paulo	0,53	0,53	0,53	0,52	0,52
Bertioga	0,65	0,57	0,60	0,52	0,49
Cubatão	0,31	0,61	0,67	0,57	0,38
Guarujá	0,53	0,49	0,47	0,43	0,43
Itanhaém	0,36	0,41	0,34	0,43	0,57
Mongaguá	0,05	0,12	0,37	0,60	0,54
Peruíbe	0,74	1,00	0,68	0,85	0,27
Praia Grande	0,57	0,54	0,50	0,44	0,48
Santos	0,34	1,25	0,19	0,31	0,36
São Vicente	0,38	0,30	0,37	0,36	0,32

Fonte: DATASUS/TABNET

Os municípios que apresentaram taxas de crescimentos na razão dos exames de colo do útero foram: Cubatão (0,31 para 0,38); Itanhaém (0,36 para 0,57); Mongaguá (0,05 para 0,54) e Santos (0,34 para 0,36). Destaquem-se as cidades de Mongaguá e Santos das que evoluíram. Mongaguá, porque foi o município que apresentou melhor evolução entre as cidades da região, observou que o município realizou um esforço para alcançar as mulheres para os exames. E Santos, porque apresentou uma variação ao longo do período, em 2009, a razão foi de 1,25, declinando para 0,19 em 2010. Observa-se que Santos, em 2009, atendeu 0,25 a mais da sua população feminina, possivelmente uma parte da população feminina dos municípios próximos.

Peruíbe foi o município que teve o maior declínio da razão da região, pois foi de 0,74 para 0,27. Observa-se que em 2009 a cidade teve razão 1, ou seja, conseguiu cobrir toda a sua população feminina.

A razão dos exames de mamografias realizadas na RMBS em comparação com o Estado de São Paulo (Tabela 40) apresentou inferioridade em relação ao estado, apesar de ambos os indicadores terem representatividade baixa. Tanto a região quanto o estado apresentou aumento de 0,20 para 0,25; e 0,22 para 0,32, respectivamente.

Tabela 40 - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária – 2008 a 2012.

Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011	2012
RMBS	0,20	0,19	0,20	0,27	0,25
Estado de São Paulo	0,22	0,21	0,24	0,31	0,32
Bertioga	0,55	0,55	0,20	0,45	0,20
Cubatão	0,45	0,32	0,47	0,50	0,31
Guarujá	0,22	0,14	0,16	0,22	0,31
Itanhaém	0,01	0,02	0,15	0,23	0,16
Mongaguá	0,01	0,06	0,14	0,28	0,31
Peruíbe	0,28	0,37	0,33	0,38	0,14
Praia Grande	0,23	0,19	0,15	0,37	0,33
Santos	0,21	0,23	0,21	0,22	0,23
São Vicente	0,11	0,13	0,19	0,21	0,20

Fonte: DATASUS/TABNET

Em todos os municípios a razão de exames, ao longo dos cinco anos, é inferior a 0,50. Ou seja, as cidades não estão alcançando as mulheres para a prevenção ao câncer de mama. Ressalvo para Bertioga que em 2008 e 2009 teve razão de 0,55; e Cubatão 0,50 em 2011. Após esses períodos ambos os municípios apresentaram declínio para 0,20 e 0,31 em 2012.

Ao analisar a porcentagem de partos normais na RMBS e no Estado de São Paulo (Tabela 41) percebe-se que a taxa é inferior a 50% entre 2008 a 2011. Em 2010 e 2011 a região apresentou uma taxa superior aos partos normais (42,21% e 41,73%) em relação ao estado que obteve 41,94% e 39,95%, respectivamente aos anos. Observa-se que a taxa de cesárias é superior aos partos normais e de acordo com o relatório da UNICEF²⁵ o Brasil é uns dos países que possuem maior cesárias do mundo.

²⁵ Fonte: UNICEF http://www.unicef.org/brazil/pt/media_21237.htm

Tabela 41 - Proporção de partos normais no total de partos realizados – 2008 a 2011.

(%) Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011
RMBS	41,94	42,41	42,21	41,73
Estado de São Paulo	42,57	41,94	41,06	39,95
Bertioga	58,32	55,79	45,04	48,79
Cubatão	38,29	38,48	44,44	42,36
Guarujá	42,97	41,43	40,79	40,74
Itanhaém	55,73	59,27	57,69	57,13
Mongaguá	43,23	47,78	40,31	40,11
Peruíbe	64,66	62,20	63,90	59,12
Praia Grande	37,88	46,40	46,46	44,97
Santos	34,64	32,96	32,42	31,25
São Vicente	41,28	39,54	39,61	41,23

Fonte: DATASUS/TABNET

Peruíbe é o município que apresentou melhor desempenho em relação aos demais. Em 2008 obteve 64,66% e caiu para 59,12%, em 2011. No entanto, permanece a cidade com a maior porcentagem. Itanhaém é a segunda cidade com porcentagem acima de 50%, em 2008 foi de 55,73% e subiu para 57,13%.

Destaque-se Santos como sendo o município com o pior desempenho da região, apresentou 34,64%, em 2008, e em 2011 caiu para 31,25%. A partir desse indicador é possível verificar se os municípios estão ou não empenhados em aumentar a sua taxa de partos normais. Ou seja, são apenas dois municípios que superaram a taxa de cesárias, Peruíbe e Itanhaém.

A Tabela 42 trata de número de óbitos maternos de acordo com a residência da mãe. A RMBS apresentou um declínio da taxa de óbitos em comparação com o Estado de São Paulo. Em 2008 representava 7% do número de óbitos com o total do estado e caiu em 2011 para 6%.

Os municípios com os maiores óbitos são Guarujá e São Vicente. Guarujá apresentou certa estabilidade de 5 óbitos maternos entre 2008 a 2011 e São Vicente subiu de 5 para 6 óbitos nesse período.

Bertioga, Mongaguá e Peruíbe foram os municípios que apresentaram apenas um caso de óbito materno durante os três anos analisados.

Tabela 42 - Número de óbitos maternos por local de residência– 2008 a 2011.

Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011
RMBS	18	22	24	15
Estado de São Paulo	246	339	271	226
Bertioga	-	-	1	-
Cubatão	2	4	1	1
Guarujá	5	2	5	5
Itanhaém	1	3	-	1
Mongaguá	-	-	-	1
Peruíbe	-	1	-	-
Praia Grande	2	4	5	1
Santos	3	3	3	-
São Vicente	5	5	9	6

Fonte: DATASUS/TABNET

*- igual à zero

A proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas no último período fornecido até 2011, foi de 74,84%. De 2008 para 2011, houve um pequeno decréscimo, pois o percentual era de 75,11%. De acordo com a Tabela 43. Ao comparar com o estado observa que existe uma proximidade do percentual de ambos. Pois, em 2011 a RMBS apresentou 74,84% e o estado 77,85%.

Tabela 43- Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal – 2008 a 2011.

(%)Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011
RMBS	75,11	74,43	76,36	74,84
Estado de São Paulo	76,28	76,21	77,85	77,85
Bertioga	39,28	41,7	57,37	55,84
Cubatão	81,78	81,53	82,18	81,57
Guarujá	69,73	65,51	70,8	69,24
Itanhaém	68,84	72,79	73,08	74,28
Mongaguá	37,29	41,81	55,88	65,47
Peruíbe	65,31	63,03	67,86	67,1
Praia Grande	76,16	76,66	77,16	75,5
Santos	85,03	85,08	86,15	83,18
São Vicente	81,57	80,4	78,08	75,42

Fonte: DATASUS/TABNET

Santos (83,13%), Cubatão (81,57%) e Itanhaém (74,28%) foram os municípios com a maior proporção. Em relação aos demais municípios todos estão acima de 50% do percentual de nascidos vivos. Destaca-se Mongaguá que possui

uma evolução da sua taxa de 37,29% foi para 65,47%.

Na Tabela 44 apresenta a taxa de mortalidade infantil da região que em 2011 foi de 16,73%. O percentual em 2010 foi menor representando 15,15% da taxa de mortalidade. A RMBS apresentou uma mortalidade infantil maior que a média dos municípios no estado, em 2011, foi 16,73% enquanto o estado 11,58%. No Estado de São Paulo veem apresentando uma queda, enquanto, que a região apresentou uma alta.

Mongaguá apresentou queda, entre 2008 e 2011, e também a menor taxa de mortalidade infantil no último ano, passou de 21,31% para 11,46%. O maior Guarujá (23,07%). Guarujá apresentou uma elevação graduada, pois em 2008 a sua taxa era de 16,03%.

Peruíbe foi o segundo município, seguido de Mongaguá, que teve acentuada queda da taxa de mortalidade passando de 24,05% por mil habitantes para 19,94%.

Tabela 44 - Taxa de Mortalidade Infantil – 2008 a 2011.

(%)Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011
RMBS	16,42	18,78	15,15	16,73
Estado de São Paulo	12,60	12,50	11,91	11,58
Bertioga	16,41	10,75	8,36	14,72
Cubatão	13,01	23,95	9,13	13,61
Guarujá	16,03	18,04	19,21	23,07
Itanhaém	13,61	17,98	14,25	14,04
Mongaguá	21,31	32,16	22,9	11,46
Peruíbe	24,05	17,56	8,29	19,94
Praia Grande	16,71	19,52	12,47	13,84
Santos	12,47	15,07	13,65	12,57
São Vicente	20,35	20,64	19,28	19,59

Fonte: DATASUS/TABNET

2.2.5.5.3 Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

A Tabela 45 apresenta os dados referentes a 100 mil habitantes e verifica-se que a RMBS possui indicadores superiores ao do Estado de São Paulo, entre 2008 a 2012, apesar de RMBS passar de 1,36 para 1,21.

Santos é o município com a melhor rede de saúde mental da região, apesar

de sofrer uma queda de 3,47 para 2,03, entre 2008 a 2012. Itanhaém, também possui bom indicador, no entanto, apresentou queda de 1,16 para 1,12.

Destaquem-se Bertioga, Peruíbe e São Vicente. Bertioga por não possuir cobertura de CAPS, Peruíbe porque apresentou uma rede de saúde mental a partir de 2011 com uma cobertura de CAPS de 0,83 a qual caiu para 0,82. E São Vicente por apresentar uma alta continua da taxa, entre 2008 a 2012, de 0,91 para 1,63.

Tabela 45 - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por 100.000 habitantes – 2008 a 2012.

Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011	2012
RMBS	1,36	1,41	1,5	1,16	1,21
Estado de São Paulo	0,60	0,66	0,70	0,68	0,75
Cubatão	0,78	0,77	0,84	0,84	0,83
Guarujá	0,66	0,97	1,03	1,02	1,02
Itanhaém	1,16	1,15	1,15	1,13	1,12
Peruíbe	-	-	-	0,83	0,82
Praia Grande	0,41	0,40	0,38	0,37	0,37
Santos	3,47	3,48	3,46	2,03	2,03
São Vicente	0,91	0,91	1,35	1,34	1,63

Fonte: DATASUS/TABNET

2.2.5.5.4 Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Em relação aos cuidados com idosos o indicador da Tabela 46 traz que a RMBS apresentou uma queda da taxa de internação por fratura de fêmur em pessoas idosas, caiu de 17,09 para 9,13, entre 2008 a 2012. O que é bem inferior ao indicador do Estado de São Paulo que apresentou uma elevação de 21,21 para 21,59.

Observa-se que Bertioga, Itanhém, Mongaguá e Peruíbe não apresentaram taxa de internação em fratura de fêmur em idosos. Cubatão é o município com maior índice em 2012 com 24,24 ao passo que em 2008 apresentou 12,94. Praia Grande e Santos obtiveram queda na taxa de 17,08 para 0,89 e 13,81 para 6,22, respectivamente.

Tabela 46 – Taxa de internação de fratura de fêmur em idosos – 2008 a 2012

Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011	2012
RMBS	17,09	12,40	8,22	8,60	9,13
Estado de São Paulo	21,21	22,68	21,51	22,02	21,59
Cubatão	12,94	8,21	14,95	15,91	24,24
Guarujá	19,97	16,31	10,09	8,54	11,06
Praia Grande	17,08	25,70	14,12	10,53	0,89
Santos	13,81	3,98	1,87	2,74	6,22
São Vicente	23,52	19,22	13,77	17,7	17,58

Fonte: DATASUS/TABNET

2.2.2.6.5 Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

A Tabela 47 apresenta a taxa de número de casos novo de Aids em crianças menores de 5 anos em relação a 100 mil habitantes. A RMBS, entre 2008 a 2011, registrou queda do indicador de 16,06 para 4,54. No entanto, tem a taxa superior a do Estado de São Paulo.

Apenas Mongaguá não obteve índice de Aids entre 2008 a 2012. Destaque-se Peruíbe por possuir em 2008 e 2011 taxas superiores aos municípios com 58,58 e 45,32, respectivamente, e nos demais anos não apresentar nenhum novo caso.

Itanhaém e Santos não apresentaram nenhum novo caso em 2012, após ter uma taxa significativa em 2008 de 13,59 e 30,95, respectivamente.

Tabela 47 - Taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos – 2008 a 2012.

Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011	2012
RMBS	16,06	14,81	5,76	5,72	4,54
Estado de São Paulo	4,86	4,60	4,38	4,08	2,17
Bertioga	...	...	...	...	23,44
Guarujá	15,28	15,68	9,33	9,27	9,20
Itanhaém	13,59	13,91	46,27	-	-
Peruíbe	58,58	-	-	45,32	-
Praia Grande	9,84	25,06	-	5,22	5,12
Santos	30,95	23,19	4,70	-	-
São Vicente	7,69	7,95	-	4,33	4,31

Fonte: DATASUS/TABNET

Na última Tabela 48 apresentam os números absolutos de os óbitos por dengue. Nessa tabela vale a pena destacar o ano de 2010 que apresentou um surto dos óbitos com 65 mortes. Ao comparar com o estado verifica-se uma grande representatividade, entre 2008 e 2010, pois em 2008 os casos de óbitos na região representaram 40% em relação a todos os municípios do estado, e em 2010, foi de aproximadamente 50%.

Tabela 48 - Número absoluto de óbitos por dengue – 2008 a 2011.

Região, municípios e estado.	2008	2009	2010	2011
RMBS	2	1	65	3
Estado de São Paulo	5	11	131	56
Bertioga	-	-	1	-
Cubatão	-	-	3	1
Guarujá	-	-	11	-
Itanhaém	-	-	-	-
Mongaguá	-	-	-	-
Peruíbe	-	-	-	-
Praia Grande	2	-	11	-
Santos	-	-	22	2
São Vicente	-	1	17	-

Fonte: DATASUS/TABNET

*- igual à zero

A partir dos indicadores de resultados da transição do Pacto para o COAP foi possível analisar a Região Metropolitana da Baixada Santista pelos planos de ação em saúde e serviços. Foram destacadas as diretrizes 1, 3, 4 e 7.

A diretriz 1 analisou os indicadores de cobertura da Atenção Básica e Saúde Bucal. Entre 2008 a 2012 a cobertura da Atenção Básica na RMBS representou em média 40%, ou seja, não alcançou a metade da população. Este é um serviço importante, pois é a porta de entrada dos serviços de saúde e a sua qualidade reflete no fluxo de atendimento da alta e média complexidade. Porém, entre os municípios se destacou Cubatão, o qual apresentou, em 2012, 92,87% da sua população coberta.

A cobertura de Saúde Bucal na região é em média 30%, também uma cobertura muito baixa. Cubatão foi o município que apresentou melhor porcentagem e evolução da cobertura, entre os demais, foi de 59,50% para 65,26%.

Em relação a diretriz 3 que aborda a implementação da Rede Cegonha que abrange cuidados com as mulheres, mães e as crianças, foram destacados os seguintes indicadores de resultado: razão de exames de colo de útero, razão de exames de mamografias, porcentagem de partos normais, óbitos materno, proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas ao pré-natal e taxa de mortalidade infantil.

Observa-se que a RMBS apresentou baixo desempenho tanto em relação aos exames do colo de útero (a razão foi em média de 0,40) e do exame de mamografia em média a razão de 0,20. Os óbitos maternos apresentaram uma porcentagem significativa em relação ao Estado de São Paulo, apesar de sua queda, a média ficou entre 7% dos casos registrados no estado. A porcentagem de partos normais na região é uma taxa consideravelmente preocupante, pois a porcentagem de partos normais é inferior ao das cesárias. Verifica-se que os cuidados em relação às mulheres e mães não veem alcançado um bom desempenho necessitando de melhoras na região.

A proporção de nascidos vivos e a taxa de mortalidade infantil apresentou um melhor desempenho que os demais indicadores, em média 74% e 16%, respectivamente, em 2012. Ambas as porcentagem registraram uma porcentagem superior ao estado, mas não é uma disparidade significativa.

Analizou-se na diretriz 4 e 5 um indicador de resultado de cada uma. A cobertura de CAPS, referente a diretriz 4, registrou em 2012, a taxa de 1,36 por 100 mil habitantes, a qual é superior ao do Estado de São Paulo com 0,75. O único município que não possui este serviço é Bertioga. A diretriz 5 engloba os cuidados com os idosos e tratou do indicador de taxa de internação por fratura de fêmur. Este taxa apresentou um bom desempenho, pois além do declínio, entre 2008 a 2012, de 17,09 para 9,13 tem representatividade inferior ao do Estado de São Paulo, o qual foi de 21,21 para 21,59.

Por fim, a diretriz 7, a qual possui taxa de novos casos de Aids e óbitos relacionados a dengue. Em relação aos novos casos de Aids a região registrou, entre 2008 a 2011, queda do indicador de 16,06 para 4,54. No entanto, possui taxa superior a do Estado de São Paulo. Os registros de óbitos por dengue ao comparar com o estado verificou uma grande representatividade, entre 2008 e 2010, pois em

2008 os casos de óbitos na região representaram 40% em relação a todos os municípios do estado, e em 2010, foi de aproximadamente 50%.

Pode-se observar que a partir dos indicadores financeiros e de saúde que a Região Metropolitana da Baixada Santista, apesar de ser uma região de saúde com poucos municípios, apresenta disparidades entre elas. Os recursos financeiros e os dispêndios são distintos, assim como as políticas de saúde em que os municípios optam por diferentes acessos aos serviços de saúde. Uma ação de um serviço de um município nem sempre atinge os demais em sua volta.

Considerações finais

A regionalização como apresentado no trabalho é uma diretriz do SUS e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. É por meio dela que são feitos os repasses de recursos da esfera da União para o estado e município, e do estado para o município.

No entanto, é importante observar que esses repasses estão vinculados ao montante de recursos que financiam o SUS. As transferências e os gastos do SUS foram ampliados, mas se relacionam diretamente com o nível de aumento das receitas que estão vinculadas aos impostos. Não foi criado um novo recurso e nem disponibilizado uma parcela maior do PIB da União para despesas em serviços de saúde.

A análise do trabalho foi dividida entre os indicadores financeiros da Região Metropolitana da Baixada Santista e os indicadores de resultado, os quais compõem a transição do Pacto e COAP.

Os municípios apresentaram uma elevação da sua receita disponível com exceção a Cubatão. No total a região obteve um aumento de 23,64% da sua capacidade de receita municipal.

Em relação às transferências do SUS per capita, provenientes em sua grande maioria dos recursos do governo federal e, em menor escala, dos recursos do estado, observa-se que a RMBS obteve um crescimento de R\$94,04 por habitantes, em 2006 e 2012, sendo superior quando comparada ao total dos municípios do Estado e à Capital. Em 2012 foi o ano em que mais se transferiu recursos por habitantes para a RMBS no valor de R\$ 238,47.

Na análise da despesa total em saúde per capita verificou-se que a RMBS, entre 2006 a 2012, ampliou a sua participação, passando de R\$ 479,84 para R\$ 670,19. Nota-se que tal despesa é superior ao total dos municípios do Estado sem a capital e com o município da capital.

Ao se analisar a evolução das despesas com recursos próprios por habitantes na RMBS, percebeu-se um acréscimo de R\$110,30, no período, o que identifica o aumento da capacidade dos municípios para financiar a saúde. Entre 2006 a 2012, nota-se que as despesas com recursos próprios por habitantes da

RMBS foram superiores ao total dos municípios do Estado, sem a capital e em relação à capital.

No estudo o gasto com saúde realizados com recursos próprios do estado e dos municípios percebeu uma elevação, apesar de os municípios apresentarem disparidades entre eles. Isso ocorreu devido ao papel que a EC-29 ocupa dentro da estrutura do financiamento da saúde. Tanto a esfera estadual quanto a municipal cumprem os critérios da Emenda, pois ambos despendem mais de 12% e 15%, respectivamente, dos seus recursos próprios.

O percentual de aplicação gasto em saúde com recursos próprios da RMBS, entre 2006 a 2012, foi em média 20% - indicador EC 29. Observou que em 2010 foi o ano em que o percentual do gasto com recursos próprios foi o mais elevado da RMBS, 21,11%. De modo geral, quando se analisa o período, verifica-se que o percentual de aplicação do gasto em saúde com recursos próprios apresentou uma tendência de crescimento, porém inferior à evolução do total dos municípios do Estado de São Paulo sem a capital.

Chamou atenção o comportamento da aplicação do gasto em saúde com recursos próprios de Santos (EC-29), a medida que apresentou menores patamares quando comparados aos demais municípios da RMBS, sendo: 16,78%, em 2006 e 18,57%, em 2012. Por sua vez, é importante lembrar que Santos possui maior concentração de hospitais e a melhor estrutura de serviços de saúde na Região.

Observou que Santos é uns dos municípios que apresentou o maior volume de Transferências SUS per capita. De certa forma, pode-se inferir que Santos tem feito um esforço de organizar projetos de ações e serviços de saúde, o que resulta no aumento dos recursos transferidos do Ministério da Saúde, à medida que esses são organizados por meio de incentivos financeiros, o que possibilita um menor percentual de gastos com recursos próprios em relação aos demais municípios.

A maior parte das transferências desses entes federativos está alocada em média e alta complexidade na região, isso se deve ao fato de os municípios serem responsáveis pela Atenção Básica, mas observa-se que não existe um programa de incentivo direcionado para essa área. Como apresentado na estrutura financeira do Estado de São Paulo a União realizou repasse para a subfunção de Atenção Básica, no entanto, esses valores não foram transferidos para a RMBS. Pois, as

transferências dos recursos da União para a região são mais direcionadas para a média e alta complexidade. Cubatão, Guarujá e Santos foram os municípios que obtiveram maior percentual de transferências realizadas pela União, pois esses repasses acompanham a capacidade instalada dos municípios.

Ao analisar a participação das despesas de pessoal no total do gasto em saúde da RMBS verifica-se que foi superior a do total dos municípios do Estado e da capital. Contudo, cabe destacar que todos eles registraram decréscimo dessa participação.

Ao compararmos os gastos com despesa de serviços de terceiro e de pessoal observou que a RMBS indica uma maior participação das despesas de pessoal no total do gasto com saúde, quando relacionada às despesas de serviços de terceiros. Nota-se que essas últimas despesas apresentaram um declínio entre 2006 a 2009, recuperando-se a partir desse último ano até 2012, com o mesmo patamar de 2006 (32,77%).

Destacou-se o município de Bertioga com o registro bastante elevado da despesa com medicamentos, especialmente a partir de 2008 a 2012, ainda que decrescente. Em 2008, a participação dessa despesa no total do gasto com saúde foi de 64,75% e, em 2012, 40,50%. Os demais municípios apresentaram participações dessa despesa com medicamentos bem inferiores, exceto Peruíbe que possuía uma participação dessa despesa no gasto total com saúde acima de 10% em 2006, 2008 e 2009, sendo diminuída a partir de 2010.

Verificou-se que os municípios que compõe a região da Baixada Santista, possuem disparidades em relação ao tipo de gastos e ao montante. Não constitui ainda uma região coesa com ações e serviços em conjunto. Falta articulação entre os gestores para a construção de uma rede de saúde efetiva. Apesar de a RMBS ser umas das pioneiras na construção da Rede de Atenção à Saúde ela ainda não está formada. O êxito desse processo depende de uma articulação do gestor estadual com os gestores municipais e entre eles. No entanto, como foi verificado na história do Estado de São Paulo essa é uma lacuna que persiste, pois o gestor estadual não se apresentou como um coordenador eficiente do processo de regionalização nas regiões de saúde. A esfera nacional e estadual muitas vezes realizem negociações diretamente apenas com um município quebrando a lógica de regionalização.

Por fim, foram analisados os indicadores de resultados que apresentaram uma deficiência maior na qualidade do desenvolvimento na Rede de Atenção Básica e a Rede Cegonha. São duas esferas que englobam um conjunto importante de indicadores, os quais registram média a baixa a do Estado de São Paulo e com cobertura inferior a 50% da população.

Com a intensificação da regionalização através do COAP essa deficiência de gestão regional se expõe toda a nudez dos problemas, pois antes as regiões de saúde não conseguiam articular-se em menor número agora passam a se constituir em uma esfera maior de municípios, sem a articulação de coordenação técnica de um estado. Para de fato viabilizar esse contrato é necessário não somente mais recursos para a região, mas priorizar o trabalho regional entre elas.

Alguns desafios permanecem. O primeiro refere-se à ampliação da base financeira de sustentação dos SUS. Com a Lei Complementar nº 141/2012 (LC nº 141) houve um avanço em assegurar os recursos da EC-29, mas não trouxe ampliação deles. Os municípios estão chegando ao um limite de sua capacidade de investimentos próprio em saúde. O segundo fator envolve as relações entre o gestor estadual e municipal e entre os municípios que compõe a região de saúde. Com a intensificação da regionalização por intermédio do COAP essa lacuna organizativa revela-se ainda mais ineficiente, pois os municípios passaram a se organizar em um número maior, alavancando a necessidade de um gestor que pense regionalmente. A gestão regional de saúde acaba virando um desafio, pois o federalismo brasileiro não contempla a região, unidade que tem que ser construída, gerida e financiada mediante acordos e negociações.

Este processo político, embora vise à melhoria da prestação de serviço de saúde, e conseqüentemente, das condições de saúde e vida da população, requer maiores concessões de alguns entes e acaba interferindo nas relações de poder. Portanto, ir além de interesses particulares em função de um bem coletivo é um grande desafio.

Nessa perspectiva, a estruturação das redes regionais de atenção à saúde, as quais têm por objetivo favorecer a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos cumprem um papel importante à articulação entre os entes federativos.

No entanto, é necessário que os entes federativos entendam o processo de regionalização como algo intrínseco do movimento de construção da rede, não apenas porque o SUS está constituído assim, mas devido à necessidade da articulação das necessidades dos serviços de saúde dos municípios, pois o Brasil possui grande extensão territorial com várias diversidades que não podem ser tratadas individualmente, mas sim coletivamente com as regiões de saúde.

Referências Bibliográficas

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, Cibele. Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: Maria de Fátima Araújo; Lígia Beira. (Org.). **Tópicos de Economia Paulista para Gestores Públicos**. São Paulo: Fundap, 2007.

AFONSO, J. R. R. Uma visão geral da reforma tributária e o custeio dos gastos sociais. In: FAGNANI, E. (org.). **Reforma tributária, equidade e financiamento social**. Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho, Unicamp, nº 8 janeiro a agosto de 2008.

AFONSO, J. R. R., et al. **Federalismo Fiscal no Brasil: a importância dos governos municipais**. José Roberto Afonso - Portal da Economia. 30 de outubro de 2001. Disponível em: <http://www.joserobertoafonso.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1450:federalismo-fiscal-no-brasil-&catid=36:assuntos-fiscais&Itemid=37>. Acesso em: 27 de maio de 2013.

ALBURQUEQUE, M. V. et al., In: VIANA, A. L. A., LIMA, L. D., **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. 1º edição. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

ARRETCHE, Marta. **Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia**. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 18, n. 2004 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso>.

ARRETCHE, Marta. **Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?** Dados. Rio de Janeiro: v. 53, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582010000300003&lng=en&nrm=iso>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, DF: Senado Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 27 de maio de 2013.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 20 de abril de 2012.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 20 de abril

de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.023**, de 6 de novembro de 1996. Dispõe sobre a NOB 01/96 – Norma Operacional Básica do SUS. Diário Oficial da União, 6 de novembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS-SUS 01/2001 – Norma Operacional de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, 26 de janeiro de 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a NOAS-SUS 01/2002 – Norma Operacional de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, 27 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 27 de maio de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508** de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 27 de maio de 2013.

ELIAS, P. E; MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. O financiamento e a política de saúde. **Revista USP**. São Paulo: n. 51, p. 16-27, set/nov 2001.

FERREIRA, J. B. B. F. O processo de descentralização e regionalização da saúde no Estado de São Paulo. . In: IBAÑEZ, N.; ELIA. P. E. M.; SEIXAS. P. H. D. (org.). **Política e Gestão em Saúde**. 1º edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2011.

FORTES, F. B. C., et al, **Gasto público com saúde nos municípios de Minas Gerais, 2000-2002**, Divulgação da Saúde: debates XXXVII, 2007.

FORTES, B. C. T. P. **Inovação Institucional do Contexto do Federalismo Brasileiro Pós-1988: a Emenda Constitucional n. 29 de 2000 e os Governos estaduais**. Tese de doutora, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2008.

IANNA, A. et al, **Metrópole e Região: Dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista**. São Paulo, Caderno Saúde Pública, Anais. Rio de Janeiro: 2012.

LANGNBECEKER, A., CASTANHEIRA, E. R. L. Saúde Pública e História: os modelos tecnoassistenciais em São Paulo. In: IBAÑEZ, N.; ELIA, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (org.). **Política e Gestão em Saúde**. 1º edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2011.

LAVRAS, C. C. C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBAÑEZ, N.; ELIA, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (org.). **Política e Gestão em Saúde**. 1º edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2011.

LEVI, M. L.; SCATENA, J. H. G. In: VIANA, A. L. A., LIMA, L. D., Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. 1º edição. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

LIMA, L. D. de. **Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Tese de doutorado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2006.

LIMA, L. D. de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Revista Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro: v.12, n.2 p.511-522, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200027&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15 de Abril de 2013.

LIMA, L. D., VIANA, A. N. A. In: VIANA, A. L. A., LIMA, L. D., Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. 1º edição. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

MARQUES, R. M., MENDES, A. N. **O risco da volta do (des)financiamento do SUS**. São Paulo: Gazeta Mercantil, 01 de outubro de 2002.

MENDES, Áquilas N. **Financiamento, Gastos e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. 2005. Tese de doutoramento, Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2005.

MENDES, A. N. **Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira**. São Paulo: Hucitec Editora, 2012

MENDES, A. N. **O SUS e a Gestão dos Recursos Financeiros**. Cartilha do SUS. São Paulo: 2011.

MENDES, A. N. et al. **Apuração do Gasto SUS Regionalizado no Estado de São Paulo**. Tema em Saúde Coletiva 6. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008

SOUZA, C. **Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização**. Dados, Rio de Janeiro: v. 41, n. 3, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-2581998000300003&script=sci_arttext>. Acessado em: 15 de Abril de 2013.

UGA, M. A. et al . Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro: v.8, n.2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15 de Abril de 2013.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; et al. **Financiamento e gasto da saúde nos municípios paulistas com população superior a 100 mil habitantes (2000-2003)**. São Paulo: Cedec/Consórcio Medicina USP, 2006.

VIANA A. L. A. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: VIANA, A. L. A., LIMA, L. D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. 1º edição. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

Sites

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acessado em 15 de agosto de 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acessado em 20 de agosto de 2013.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/>>. Acessado em 1 de setembro de 2013.

SEAD. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>. Acessado em 20 de agosto de 2013.

Secretaria da Fazenda – Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.fazenda.sp.gov.br/>>. Acessado em 20 de julho de 2013.

Secretaria da Saúde – Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/>>. Acessado em 9 de setembro de 2013.

SIOPS, Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/>>. Acessado em 10 de julho de 2013.

UNICEF, O Fundo das Nações Unidas para a Infância. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/>>. Acessado em 30 de setembro de 2013.