

As Regiões de Saúde e os Recursos Financeiros: Santa Catarina, 2008-2011

- Luís Fernando Kranz – Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS);
- Roger dos Santos Rosa – Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Professor do Departamento de Medicina Social da UFRGS;
- Leonardo Chalhoub Serodio Costa Faria – Doutorando em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS);
- Mariana Santiago Siqueira – Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS);
- Ronaldo Bordin – Doutor em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Professor do Departamento de Medicina Social da UFRGS; e,
- Rita de Cássia Nagem – Doutoranda em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

RESUMO

A proposta de articulação interfederativa para a efetivação da regionalização das ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é apresentada na forma do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Em Santa Catarina (SC), os 295 municípios foram divididos em 16 Regiões. O estudo teve como objetivo analisar os Recursos Financeiros das 16 Regiões de Saúde de SC tendo como base os 4 últimos anos anteriores a implantação do COAP – (2008-2011). Estudo transversal retrospectivo do tipo descritivo com abordagem quantitativa. Foi realizado a partir da análise dos dados do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por município agregados nas 16 Regiões de Saúde. A Região de Saúde de Xanxerê é a que aparece com o menor percentual – 76%, e a Região de Saúde de Serra Catarinense o maior – 95%. As transferências Estaduais são menos expressivas e variam de 4% na Região de Serra Catarinense até 23% na de Xanxerê. As Regiões de Saúde de Meio Oeste e de Alto Vale do Rio do Peixe são as que apresentaram maior diferença a favor dos RPAS com 67%. Com percentuais de Recursos Transferidos para a Saúde (RTS) maiores que de Recursos Próprios Aplicados em Saúde (RPAS), as Regiões Alto Vale de Itajaí, Oeste, Serra Catarinense e Carbonífera apresentam 51%, 52%, 54% e 57% respectivamente. A Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense é a que apresenta o maior valor per capita aplicado dos RPAS com R\$ 275,50, enquanto que a Região de Saúde Extremo Sul Catarinense apresenta apenas R\$ 159,92. Os RTS têm maior representatividade per capita na Região de Saúde de Oeste, com R\$ 238,93 e menor na Região de Saúde Extremo Sul Catarinense, com R\$ 97,16. A soma dos RPAS com os RTS tem a Região de Saúde Nordeste como a que mais aplicou por habitante – R\$ 487,37 e a Região de Saúde Extremo Sul Catarinense como a que teve o menor gasto per capita, com R\$ 257,08. A Região de Saúde Nordeste foi a que apresentou o maior percentual de investimento do seu orçamento, com 23,85%, enquanto que a Região Extremo Sul Catarinense o pior – 16,22%. As Regiões de Saúde apresentam características financeiras bastante distintas quando comparadas entre si e variações expressivas no gasto público em saúde per capita. Há forte dependência das transferências financeiras para a saúde advindas da União, mas os RPAS em saúde prevalecem sobre os RTS.

PALAVRAS-CHAVES: Sistema Único de Saúde, Regionalização, Financiamento em Saúde; Descentralização.

INTRODUÇÃO

Classificado como um direito social pela Constituição Federal de 1988 (CF 1988), a Saúde integra o conjunto de direitos que compõe a Seguridade Social. Por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil dispõe de ações e serviços públicos em saúde que visam reduzir o risco de doença e de outros agravos, garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Para isso, mecanismos de financiamento e de organização do sistema de saúde foram estabelecidos nas Seções I e II do Capítulo II que trata da Seguridade Social na Carta Constitucional.

Tais mecanismos buscam assegurar o desenvolvimento de um sistema universal de saúde sustentável dentro de um país de extensão territorial continental. Inserido nesse contexto, como é sabido, o Brasil apresenta enorme diversidade cultural, econômica e social intra e interestadual. Desde sua instituição, em meio a questões políticas e econômicas que permeiam a efetivação do direito à saúde, o SUS segue um intenso processo de transformação e adequação à realidade brasileira.

A CF 1988, também conhecida como a Constituição Cidadã em razão da previsão da extensão dos direitos sociais, declarou como tais em seu art. 6º a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. O que se observou, entretanto, na década de 90, foi o dismantelamento e o recuo por parte do Estado na promoção desses direitos em função da implementação de teses neoliberais, sistematizadas principalmente pelo Consenso de Washington. Ajustes e reformas estruturais foram colocados em prática levando o país a cortar gastos com ações voltadas para a garantia daqueles direitos.

Apesar de estruturado o esquema de financiamento, até hoje a saúde pública é penalizada pela carência de recursos financeiros condizentes aos propósitos de uma política universal e integral de saúde. Financiada de forma direta e indireta por toda a sociedade mediante recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1988), apenas com a edição da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (EC nº 29/2000), a saúde passou a ter recursos vinculados e percentuais mínimos de aplicação. Regulamentada por meio da Lei Complementar nº 141 de 2012 (LC nº 141/2012), contudo, tais ações ainda deixam incertezas quanto ao volume de recursos financeiros destinados para o campo da saúde.

No que tange a organização, a CF 1988 previu um sistema regionalizado e hierarquizado organizado de forma descentralizada, de atendimento integral e com a participação da comunidade. Dois anos mais tarde, com a edição da Lei nº 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), as ações e serviços de saúde ganharam disposições sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos seus serviços e dessa forma foi inaugurado o extenso caminho de instruções legais para a conformação do SUS idealizado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986.

Constituído por uma República Federativa com três entes – União, Estados e Municípios –, o Estado Brasileiro, por meio da CF 1988, garante autonomia política e administrativa aos seus entes federados. Nessa conformação e principalmente no campo da saúde, a esfera municipal recebeu grande responsabilidade para com a população brasileira dentro do processo de descentralização dos serviços públicos. A previsão de um sistema de saúde composto por uma rede regionalizada e hierarquizada é talvez o ponto mais importante

no que tange a organização e a efetivação de um sistema público universal capaz de atender os princípios definidos na Lei nº 8.080/90, reduzir desigualdades regionais e promover a equidade social.

No contexto da Reforma Gerencial¹, a busca por maior eficiência é contemplada a partir da racionalização e otimização dos recursos físicos, financeiros e humanos dentro de uma estrutura regionalizada, onde economias de escala são alcançadas. Em um cenário em que mais de 70% dos municípios brasileiros tem menos de 20 mil habitantes (IBGE), a efetivação da regionalização dos serviços de saúde mostra-se necessária. Para isso, a regionalização, mediante a associação na forma de Consórcios Intermunicipais e, por último, por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) são, até o momento, as opções encontradas.

O COAP se configura como um acordo de colaboração entre os entes federativos na organização e na integração das ações e serviços de saúde em redes de atenção, trazido pela regulamentação da Lei 8.080/90. Essa Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011 que avança no sentido organizativo do SUS e insere e define ainda conceitos como: Região de Saúde, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto e Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.

Esse texto teve como tema o financiamento e a regionalização das ações e serviços de saúde para o atendimento e cumprimento às diretrizes e aos princípios que norteiam o SUS. Nesse sentido, a proposta do COAP foi avaliada a partir de aspectos financeiros das Regiões de Saúde definidas pela Resolução nº 457/2012 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado de Santa Catarina (SC), unidade federativa da macrorregião Sul do Brasil.

Entendidos como eixos estruturantes e determinantes para a organização do sistema público de saúde, tal estudo se justifica dada a importância que o financiamento e a regionalização têm para a efetivação das ações e serviços de saúde no Brasil. Nesse momento, a discussão e o aprofundamento das novidades processuais e operativas se tornam necessárias para o apreendimento dos fatos. O COAP surge como um instrumento novo, mas elaborado com base nas tentativas de regionalização que não se efetivaram. O financiamento insuficiente para investir na transformação de um sistema regional e mecanismos eficazes para promover articulações principalmente no âmbito municipal foram entraves presentes nas experiências anteriores, mas que agora ganham maior atenção.

A partir da definição das Regiões de Saúde no Estado de Santa Catarina, o estudo teve como objetivo geral analisar os Recursos Financeiros das 16 Regiões de Saúde de Santa Catarina tendo como base os 4 últimos anos anteriores a implantação do COAP – (2008-2011). Trata-se uma perspectiva histórica, pré-implantação das Regiões de Saúde e o estudo conta ainda com os seguintes objetivos específicos:

- I. Quantificar o volume total de Recursos Transferidos para a Saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios;
- II. Quantificar o volume total de Recursos Próprios Aplicados em Saúde pelos municípios;
- III. Estimar o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental; e
- IV. Verificar o percentual investido em saúde em cada Região de Saúde.

¹ Também chamada de Reforma da Gestão Pública, a Reforma Gerencial teve seu início no Brasil em 1995 e visava a criação de um Estado forte e eficiente a partir de nova mentalidade e de novos instrumentos gerenciais, tais como: criação de agências regulatórias, administração por resultados e controle social.

Ao atender os objetivos propostos, o trabalho pretende responder à seguinte pergunta: quais são as características financeiras do gasto público em saúde das Regiões de Saúde estabelecidas em Santa Catarina?

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o financiamento e a regionalização da saúde em documentos de origem governamental e na base de dados *SciELO* com a utilização dos descritores *Sistema Único de Saúde, Regionalização, Descentralização e Financiamento em Saúde*, selecionados a partir do sítio eletrônico <http://decs.bvs.br/>. Essa fase inicial teve como objetivo realizar uma revisão acerca do que já foi publicado sobre o assunto para a criação do referencial teórico que embasará o estudo.

Para o alcance dos objetivos, foi realizado um estudo transversal retrospectivo do tipo descritivo com uma abordagem quantitativa. Os dados anuais foram obtidos a partir das bases de dados públicas, on-line, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) relativos aos 295 municípios que atualmente compõe Santa Catarina.

O estudo transversal caracteriza-se como uma metodologia utilizada para obter informações sobre variáveis em diferentes contextos, mas simultaneamente. Ele é realizado quando há limites de tempo ou de recursos, e os dados são coletados em um período de tempo curto. Portanto, estudos transversais são um instantâneo de uma situação em andamento (HULLEY, CUMMINGS e BROWNER, 2008; COLLIS e HUSSEY, 2005). Caracteriza-se como retrospectivo, pois os dados referentes aos recursos financeiros dos municípios que compõem as Regiões de Saúde foram coletados em uma série histórica que compreende os anos de 2008 a 2011.

A pesquisa é também descritiva, uma vez que tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e suas características (GIL, 2002). Tem fundamental importância por ser o primeiro passo da investigação e, assim como o estudo transversal, trata-se de uma “fotografia” da situação.

A coleta de dados relativos à demografia e aos recursos financeiros das Regiões de Saúde foi obtida nas bases de dados do IBGE e do SIOPS. A primeira forneceu dados referentes a população e extensão territorial dos municípios (Tabela 1), enquanto que a segunda possibilitou o acesso aos relatórios financeiros do gasto público em saúde (Tabelas 3, 4, 5 e 6). O DATASUS, por sua vez, forneceu indicadores sobre as condições de saúde das Regiões de Saúde (Tabela 2).

O IBGE dispõe de um vasto banco de dados que fornece uma série de indicadores e informações acerca da população, economia e geociências. Já o SIOPS é um instrumento de acompanhamento dos gastos em saúde efetivados pelas esferas subnacionais e tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde (TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003). Possibilita o cálculo de diversos indicadores ao disponibilizar relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais para posterior análise dos mesmos. O DATASUS é considerado um

sistema de informação em saúde, que fornece dados e indicadores de todo tipo sobre a situação de saúde em municípios e estados.

Os dados foram selecionados a partir do “Demonstrativo da Despesa com Saúde, conforme o Anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO)”, sistematizados, calculados como médias para o período 2008-2011, tabulados e tratados com os recursos disponíveis no Excel®. Os resultados foram agrupados segundo as Regiões de Saúde e apresentados na forma de tabelas conforme detalhamento a seguir.

A Tabela 1 foi organizada de modo que nas linhas situam-se as Regiões de Saúde e, em cinco colunas, o nome das Regiões, a população segundo Censo de 2010, a área total em km², a densidade demográfica – calculada ao dividir a população pela área total – e o número de municípios que as compõem. A Tabela 2 foi igualmente organizada, de modo que nas linhas ficaram as Regiões de Saúde e, em sete colunas, o nome das Regiões e os indicadores – a Taxa de Mortalidade Infantil, o % de cobertura das equipes de atenção básica, o % de cobertura das vacinas Tetra/ Penta, o % de cura da Tuberculose, o % de cura da Hanseníase e o % de partos normais.

Os dados que tratam do primeiro objetivo específico foram obtidos nas linhas “Da União para o Município”, “Do Estado para o Município” e “Outras Receitas do SUS” na tela “Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal”, tabela “Receitas”, coluna “Receitas Realizadas – Jan a Dez (b)” de cada município/ano. O cálculo das “Outras Receitas do SUS” requer que sejam somadas as duas linhas na mesma tabela e coluna: Demais Municípios para Município e Outras receitas do SUS. A Tabela 3 foi organizada de modo que nas linhas estão as Regiões de Saúde e, em oito colunas, os valores médios de 2008 a 2011 em R\$ das Transferências do Estado para o SUS (R\$ e %), das Transferências da União para o SUS (R\$ e %), das Outras Transferências para o SUS (R\$ e %), e o somatório das colunas anteriores (Transferência de Recursos para o SUS) (R\$ e 100%) (ROSA, 2011).

O segundo objetivo específico foi alcançado a partir do cálculo dos Recursos Próprios Aplicados em Saúde (RPAS) obtidos na linha “Total das Despesas Próprias com Ações e Serviços Públicos de Saúde (V)” na tela “Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal”, tabela “Despesas Próprias com Saúde Ações e Serviços Públicos de Saúde”, coluna “Inscritas em Restos a Pagar Não Processados (e)” de cada município/ano. Esse valor foi subtraído dos restos a pagar cancelados no ano em estudo da linha “RP de Despesas Próprias com Ações e Serviços Públicos de Saúde”, na mesma tela, tabela “Controle de Restos a Pagar Vinculados à Saúde Inscritos em Exercícios Anteriores”, coluna “Cancelados em [ano de estudo]” de cada município/ano. Os Recursos Transferidos para a Saúde (RTS) foram obtidos a partir do valor localizado na linha “Despesas com Saúde” na mesma tela, tabela “Despesas Próprias com Saúde Ações e Serviços Públicos de Saúde”, coluna “Liquidadas Jan a Dez (d)” de cada município/ano e subtraídos pelo valor correspondente aos dos recursos próprios (ver item anterior) de cada município/ano (ROSA, 2011). A Tabela 4 contém nas linhas as Regiões de Saúde e, em seis colunas, os valores médios de 2008 a 2010 em R\$ dos RPAS (R\$ e %), dos RTS (R\$ e %), e o somatório de ambas as colunas anteriores (R\$ e 100%) (ROSA, 2011).

O terceiro objetivo específico, apresentado pela Tabela 5, foi atingido ao dividir os valores da Tabela 4 pelo número de habitantes da Tabela 1. A tabela contém as Regiões de Saúde nas linhas e, em três colunas, os valores médios de 2008 a 2011 em R\$ por habitante de RPAS, de RTS e Total (ROSA, 2011). Por fim, o quarto objetivo específico, apresentado na Tabela 6, foi atingido ao dividir os RPAS da Tabela 4 pela Base de Cálculo. Essa operação

resultou no percentual de investimento em ações e serviços de saúde regulamentado pela LC nº 141/2012.

A análise e interpretação dos dados ocorreram na forma de análise exploratória, quando técnicas são aplicadas a dados como parte de uma análise preliminar – ou até uma análise completa, se não for exigido grande rigor estatístico ou os dados não a justificarem (COLLIS e HUSSEY, 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 295 municípios que compõem o Estado de Santa Catarina foram distribuídos em 16 Regiões de Saúde de modo que o número de municípios em cada Região varia de 11 até 30. A maior área territorial em Km² é encontrada na Região de Saúde da Serra Catarinense e a menor na de Foz do Rio Itajaí. A Região de Saúde Grande Florianópolis é a que apresenta a maior população e a de Foz do Rio Itajaí a maior densidade demográfica. Do outro lado, a Região do Alto Uruguai Catarinense tem a menor população, enquanto que a Região de Saúde de Serra Catarinense a menor densidade demográfica. O Estado apresenta área territorial de 95.346,18 Km², população de 6.383.286 habitantes e densidade demográfica de 66,27 hab/Km² ao considerar os dados globais. A figura abaixo ilustra a localização geográfica do Estado.



Tabela 1 – Regiões de Saúde, Estado de Santa Catarina, Brasil, 2010

Regiões de Saúde	População Censo 2010	Área em Km ²	Densidade demográfica (hab/km ²)	Número de Municípios
Extremo Oeste	224.607	5215,31	49,26	30
Xanxerê	190.660	5942,89	31,81	21
Oeste	325.706	3935,50	81,23	25
Alto Uruguai Catarinense	142.634	3129,24	45,38	15
Meio Oeste	181.521	6872,09	26,17	20
Alto Vale do Rio do Peixe	277.125	7277,62	26,64	20
Foz do Rio Itajaí	579.946	1466,59	347,59	11
Alto Vale do Itajaí	273.479	7389,56	36,09	28
Médio Vale do Itajaí	686.179	4492,90	148,44	14
Grande Florianópolis	1.041.828	6423,36	156,27	22
Laguna	340.078	3292,22	62,13	18
Carbonífera	397.652	2640,56	148,00	12
Extremo Sul Catarinense	183.931	2963,03	61,02	15
Nordeste	894.286	4908,30	176,95	13
Planalto Norte	357.565	10007,28	35,39	13
Serra Catarinense	286.089	14750,11	19,22	18
TOTAL	6.383.286	95.346,18	66,27	295

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Com o objetivo de apresentar um panorama geral da situação de saúde das Regiões, a Tabela 2, por meio de indicadores de saúde, sinaliza onde estão concentrados os melhores e os piores indicadores. A Região de Saúde de Nordeste é a que apresenta menor Taxa de Mortalidade Infantil – 7,06%, enquanto que a Região da Serra Catarinense tem a maior, com 15,99%. Em outro indicador – % de cobertura das equipes de atenção básica –, a Região de Nordeste tem o menor % de cobertura (46,78%) e Xanxerê o maior (98,95%). Laguna foi a Região com o pior percentual de cobertura da vacina Tetra/ Penta, com 90,8% da população, enquanto que a Região da Serra Catarinense figurou com um percentual de 111,77% da população. No que diz respeito ao indicador de % de cura da tuberculose, a Região do Alto Uruguai Catarinense apresentou apenas 11,11% de cura, enquanto Laguna, com 76,74% de cura, é a Região com melhor resultado nesse aspecto. Desempenho melhor, de modo geral, é encontrado no percentual de cura da Hanseníase. As Regiões de Saúde de Nordeste, Xanxerê, Laguna e de Foz do Rio Itajaí foram, respectivamente, aquelas que apresentaram os piores resultados, enquanto que as outras ficaram com 100% de cura ou bastante próximas desse número. Por último, o percentual de partos normais foi mais baixo na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense. Planalto Norte e Serra Catarinense foram as Regiões onde o percentual de partos normais mais se aproximou dos 50%. De modo global, o Estado de Santa Catarina tem maiores percentuais de cobertura de vacina Tetra/ Penta e de cura da Hanseníase – 98,47% e 91,04% respectivamente.

Tabela 2 – Indicadores das Regiões de Saúde – Estado de Santa Catarina, Brasil, 2013

Regiões de Saúde	Taxa de Mortalidade Infantil	% Cob. equipes atenção básica	% Cob. Tetra/ Penta	% Cura Tuberculose	% Cura Hanseníase	% Partos Normais
Alto Uruguai Catarinense	9,33	87,86	90,96	11,11	100	30,46
Alto Vale do Itajaí	12,99	91,79	103,24	64,91	100	47,12
Alto Vale do Rio do Peixe	13,14	57,59	97,18	56,76	100	40,46
Carbonífera	14,28	88,93	98,38	70,59	100	34,85
Extremo Oeste	8,37	97,86	98,84	38,67	100	32,8
Extremo Sul Catarinense	8,22	86,88	100	40	100	46,19
Foz do Rio Itajaí	12,36	79,13	100,04	38,1	86,67	41,59
Grande Florianópolis	8,75	86,44	96,18	63,04	94,44	43,82
Laguna	10,4	91,75	90,8	76,74	83,33	33,09
Meio Oeste	14,05	93,87	94,35	55,17	100	35,39
Médio Vale do Itajaí	11,06	79,77	98,07	50	100	34,48
Nordeste	7,06	46,78	101,46	60	75,68	44,56
Oeste	10,89	93,5	99,6	67,86	90,63	35,66
Planalto Norte	8,93	75,09	95,4	54,84	100	47,94
Serra Catarinense	15,99	71,82	111,77	44,06	100	47,84
Xanxerê	13,77	98,95	91,5	46,15	83,33	32,82
TOTAL	10,61	79,04	98,47	51,04	91,04	40,56

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

As tabelas acima são importantes, pois apresentam características demográficas e de saúde das Regiões de Saúde de SC. Tais características demonstram aspectos gerais de cada Região, potencialidades, fragilidades e necessidades a serem exploradas, corrigidas e atendidas.

A apresentação dos resultados pertinentes ao primeiro objetivo está disposta na Tabela 3 – Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde para os municípios, Regiões de Saúde, SC, 2008-2011 (média anual em R\$). As receitas advindas da União apresentam grande representatividade. A Região de Saúde de Xanxerê é a que aparece com o menor percentual – 76%, e a Região de Serra Catarinense o maior – 95%. As transferências que tem origem no Estado apresentam grande variação entre as Regiões de Saúde. Ela varia de 4% na Região de Serra Catarinense até 23% na de Xanxerê. As “Outras Receitas do SUS” são as de menor expressão. A Região que apresenta maior dependência dessas transferências é a Meio Oeste com 8%, enquanto que a Região Extremo Sul Catarinense tem a menor – praticamente 0%.

Ao analisar as transferências de recursos do SUS para os municípios de modo global, as transferências da União representam 88%, o Estado 10% e as Outras Receitas 2%. Desse modo, as transferências federais voltadas para a equalização, ora das receitas disponíveis, ora das necessidades de gastos, ainda apresentam-se relevantes na composição dos recursos disponíveis para a saúde (LEITE, LIMA e VASCONCELOS, 2012).

Lima (2007), entretanto, discorda no que tange a equidade da distribuição e diz que a relevância dos recursos federais não favorece uma maior equidade no gasto público em saúde por que não permitem a redistribuição de recursos para estados e municípios com maiores dificuldades orçamentárias. Isso não acontece, pois sua forte associação com a oferta e a produção impede ampliar as receitas disponíveis em estados e municípios com menor capacidade de arrecadação.

Tabela 3 – Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde para os municípios, Regiões de Saúde, Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2011(média anual em R\$)

Regiões de Saúde	Da União para o Município		Do Estado para o Município		Outras Receitas do SUS		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Extremo Oeste	21.449.735,54	0,86	3.132.473,17	0,13	408.350,60	0,02	24.990.559,30	100,00
Xanxerê	17.978.052,10	0,76	5.357.761,07	0,23	203.188,44	0,01	23.539.001,60	100,00
Oeste	69.220.094,69	0,88	6.640.955,25	0,08	2.710.072,72	0,03	78.571.122,66	100,00
Alto Uruguai Catarinense	22.511.557,29	0,88	2.699.026,16	0,11	289.526,67	0,01	25.500.110,12	100,00
Meio Oeste	15.094.227,14	0,80	2.260.581,07	0,12	1.566.821,17	0,08	18.921.629,38	100,00
Alto Vale do Rio do Peixe	13.858.941,73	0,80	3.088.703,31	0,18	319.767,74	0,02	17.267.412,78	100,00
Foz do Rio Itajaí	85.616.709,80	0,86	12.567.864,47	0,13	1.160.674,38	0,01	99.345.248,64	100,00
Alto Vale do Itajaí	44.470.748,59	0,92	3.218.679,94	0,07	445.681,50	0,01	48.135.110,02	100,00
Médio Vale do Itajaí	115.497.236,03	0,86	17.386.787,44	0,13	2.124.404,57	0,02	135.008.428,04	100,00
Grande Florianópolis	89.781.098,81	0,89	9.298.370,24	0,09	1.312.110,37	0,01	100.391.579,42	100,00
Laguna	21.393.914,63	0,91	1.825.247,02	0,08	177.202,05	0,01	23.396.363,71	100,00
Carbonífera	75.120.634,59	0,87	10.964.683,19	0,13	586.562,00	0,01	86.671.879,77	100,00
Extremo Sul Catarinense	12.981.540,66	0,91	1.283.982,01	0,09	61.156,35	0,00	14.326.679,01	100,00
Nordeste	169.413.821,95	0,91	13.097.369,06	0,07	2.995.348,45	0,02	185.506.539,45	100,00
Planalto Norte	36.599.541,17	0,87	4.996.793,03	0,12	656.058,89	0,02	42.252.393,08	100,00
Serra Catarinense	49.806.587,51	0,95	2.153.771,71	0,04	490.251,17	0,01	52.450.610,39	100,00
TOTAL	860.794.442,20	0,88	99.973.048,11	0,10	15.507.177,04	0,02	976.274.667,35	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do SIOPS.

Os segundo objetivo específico é contemplado com a apresentação da Tabela 4 – Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde, municípios das Regiões de Saúde, SC, 2008-2011 (média anual em R\$). Com a exceção de quatro Regiões de Saúde, os RPAS são maiores que os RTS. As Regiões de Saúde Meio Oeste e Alto Vale do Rio do Peixe são as que apresentam maior diferença a favor dos RPAS com 67%. Com percentuais de RTS maiores que de RPTS, as Regiões Alto Vale de Itajaí, Oeste, Serra Catarinense e Carbonífera apresentam 51%, 52%, 54% e 57% respectivamente. Em termos globais, 55% dos recursos aplicados em saúde em SC advêm de RPAS, enquanto que os outros 45% são de RTS.

Tabela 4 – Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde, municípios das Regiões de Saúde, Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2011 (média anual em R\$)

Regiões de Saúde	Recursos Próprios Aplicados em Saúde		Recursos Transferidos para a Saúde		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Extremo Oeste	50.531.939,37	0,64	28.315.793,58	0,36	78.847.732,95	100,00
Xanxerê	44.897.872,34	0,63	26.315.680,46	0,37	71.213.552,80	100,00
Oeste	70.464.678,93	0,48	76.377.369,54	0,52	146.842.048,46	100,00
Alto Uruguai Catarinense	39.118.602,19	0,60	26.253.454,80	0,40	65.372.056,99	100,00
Meio Oeste	45.266.352,16	0,67	22.429.383,37	0,33	67.695.735,52	100,00
Alto Vale do Rio do Peixe	42.869.290,53	0,67	21.265.713,17	0,33	64.135.003,70	100,00
Foz do Rio Itajaí	109.661.175,36	0,50	108.973.452,78	0,50	218.634.628,14	100,00
Alto Vale do Itajaí	53.124.880,63	0,49	55.330.364,25	0,51	108.455.244,87	100,00
Médio Vale do Itajaí	132.947.215,94	0,51	129.214.524,76	0,49	262.161.740,69	100,00
Grande Florianópolis	190.654.412,71	0,63	113.372.011,47	0,37	304.026.424,17	100,00
Laguna	33.551.325,20	0,56	26.061.818,15	0,44	59.613.143,35	100,00
Carbonífera	70.286.489,19	0,43	91.468.513,43	0,57	161.755.002,61	100,00
Extremo Sul Catarinense	28.915.570,19	0,62	17.567.022,11	0,38	46.482.592,30	100,00
Nordeste	232.547.857,11	0,55	190.750.809,13	0,45	423.298.666,23	100,00

Planalto Norte	68.896.822,52	0,60	45.324.581,18	0,40	114.221.403,70	100,00
Serra Catarinense	46.811.404,78	0,46	55.479.794,40	0,54	102.291.199,18	100,00
TOTAL	1.260.545.889,12	0,55	1.034.500.286,54	0,45	2.295.046.175,66	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do SIOPS.

O terceiro objetivo específico está atendido com a organização da Tabela 5 – Gasto público em saúde por habitante segundo esfera de governo, municípios das Regiões de Saúde, SC, 2008-2011 (média anual em R\$). O gasto público em saúde por habitante resultante dos RPAS e dos RTS são expressos a seguir, de modo que em SC, como média anual da série histórica analisada, são aplicados R\$ 381,82 per capita – R\$ 209,71 de RPAS e R\$ 172,11 de RTS.

Tabela 5 – Gasto público em saúde por habitante segundo esfera de governo, municípios das Regiões de Saúde, Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2011 (média anual em R\$)

Regiões de Saúde	Recursos Próprios Aplicados em Saúde por Habitante	Recursos Transferidos para a Saúde por Habitante	Total por Habitante
Extremo Oeste	196,69	110,21	306,90
Xanxerê	237,49	139,20	376,68
Oeste	220,43	238,93	459,37
Alto Uruguai Catarinense	275,50	184,90	460,40
Meio Oeste	251,73	124,73	376,46
Alto Vale do Rio do Peixe	221,09	109,67	330,76
Foz do Rio Itajaí	215,12	213,77	428,89
Alto Vale do Itajaí	199,22	207,49	406,71
Médio Vale do Itajaí	199,34	193,74	393,08
Grande Florianópolis	189,94	112,95	302,88
Laguna	164,02	127,40	291,42
Carbonífera	179,86	234,06	413,92
Extremo Sul Catarinense	159,92	97,16	257,08
Nordeste	267,75	219,62	487,37
Planalto Norte	194,51	127,96	322,48
Serra Catarinense	165,13	195,71	360,83
TOTAL	209,71	172,11	381,82

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do SIOPS.

A Região de Saúde Alto Uruguai Catarinense é a que apresenta o maior valor em R\$ resultante dos RPAS com R\$ 275,50, enquanto que a Extremo Sul Catarinense apresenta apenas R\$ 159,92. Os RTS tem maior representatividade per capita na Região de Saúde Oeste, com R\$ 238,93 e menor na Região de Saúde Extremo Sul Catarinense, com R\$ 97,16.

A soma dos RPAS com os RTS resulta no valor total anual aplicado em saúde por habitante em termos médios. A Região de Saúde Nordeste desponta como a que mais aplicou por habitante – R\$ 487,37 e a Região Extremo Sul Catarinense como a que teve o menor gasto per capita, com R\$ 257,08.

O último objetivo específico é contemplado com a Tabela 6. Ao analisar o conjunto de municípios que compõe cada Região, em nenhum caso, como média para a série histórica, o percentual de investimento ficou abaixo do mínimo exigido – 15%. Individualmente, contudo, alguns municípios tiveram investimentos em saúde inferiores ao mínimo exigido. A Região de Saúde Nordeste foi a que apresentou o maior percentual de investimento do seu orçamento, com 23,85%, enquanto que a Região Extremo Sul Catarinense o pior – 16,22%. O Estado, ao

considerar o resultado conjunto dos municípios, apresenta média de 18,86% do seu orçamento em investimento em saúde.

Tabela 6 – Recursos próprios aplicados em saúde em relação à base de cálculo, municípios das Regiões de Saúde, Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2011 (média anual em R\$)

Regiões de Saúde	Recursos Próprios Aplicados em Saúde	Base de Cálculo	(%)
Extremo Oeste	50.531.939,37	293.733.311,60	17,20
Xanxerê	44.897.872,34	257.842.679,24	17,41
Oeste	70.464.678,93	384.318.974,72	18,33
Alto Uruguai Catarinense	39.118.602,19	221.430.786,38	17,67
Meio Oeste	45.266.352,16	267.165.662,07	16,94
Alto Vale do Rio do Peixe	42.869.290,53	247.035.705,30	17,35
Foz do Rio Itajaí	109.661.175,36	635.537.486,34	17,25
Alto Vale do Itajaí	53.124.880,63	309.485.449,39	17,17
Médio Vale do Itajaí	132.947.215,94	702.229.183,65	18,93
Grande Florianópolis	190.654.412,71	1.050.967.859,71	18,14
Laguna	33.551.325,20	193.121.197,01	17,37
Carbonífera	70.286.489,19	359.182.381,21	19,57
Extremo Sul Catarinense	28.915.570,19	178.248.515,05	16,22
Nordeste	232.547.857,11	975.165.707,04	23,85
Planalto Norte	68.896.822,52	325.677.866,00	21,15
Serra Catarinense	46.811.404,78	284.121.458,35	16,48
TOTAL	1.260.545.889,12	6.685.264.223,03	18,86

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do SIOPS.

Os Recursos Financeiros das 16 Regiões de Saúde estão dispostos e detalhados nas tabelas anteriores como médias para o período – 2008-2011. Com a descrição de cada objetivo específico fica possível visualizar quais são as características financeiras do gasto público em saúde de cada uma delas e ter uma ideia das suas necessidades no campo do financiamento das ações e serviços de saúde.

Campo este que teve a vinculação de receitas nas três esferas proposta pela EC nº 29/2000 e regulamentada pela LC nº 141/2012. Tal proposta visa que os Municípios, os Estados e a União apliquem um percentual mínimo das suas receitas definido constitucionalmente com o objetivo de contribuir para a redução das desigualdades horizontais no gasto municipal e estadual em saúde. Campelli e Calvo (2007) mostram que após a EC nº 29/2000, os gastos públicos apresentaram uma tendência crescente nas aplicações dos recursos em saúde. A despesa por habitante, que era de R\$ 201,20 em 2000, aumentou para R\$ 304,18 em 2003. Os autores observam que a União, entretanto, vem reduzindo sua participação relativa no financiamento da saúde, já que em 2000 sua participação era de 59,8% e em 2003 caiu para 48%. No mesmo sentido, Leite et. al (2012) afirmam que, apesar da relevância dos recursos federais, o avanço da implementação das políticas de saúde resultou na queda relativa dos recursos da União e maior participação dos municípios no financiamento. Nesse estudo, a participação das transferências para a saúde sobre o total aplicado no âmbito estadual ficou em 45%.

Nesse cenário, a LC nº 141/2012 e o Decreto nº 7.508/2011 fazem parte da trajetória de construção do COAP. Juntamente com a necessidade de recursos financeiros para a efetivação da regionalização das ações e serviços de saúde, a proposta do COAP requer instrumentos legais que, entre outros, viabilizem ações como a autorização de remanejamento de

parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde entre os Estados e os Municípios e definam quais são as ações e os serviços considerados como gastos em saúde, os quais foram trazidos pela LC nº 141/2012 e pelo Decreto nº 7.508/2012.

CONCLUSÕES

A partir da visualização das características financeiras do gasto público, foi possível observar que as Regiões de Saúde apresentam peculiaridades bastante distintas quando comparadas entre si. O objetivo geral do estudo de analisar os Recursos Financeiros das 16 Regiões de Saúde de Santa Catarina, tendo como base os 4 últimos anos (2008-2011), foi alcançado a partir dos quatro objetivos específicos – quantificar o volume total de recursos transferidos para a saúde pelas esferas federal e estadual aos municípios, quantificar o volume total de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde pelos municípios, estimar o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental e verificar o percentual investido em saúde em cada Região de Saúde.

As receitas advindas da União apresentaram grande representatividade entre as Regiões de Saúde, variando de 76% até 95%. Foram verificadas também, variações expressivas no gasto público em saúde per capita, seja no gasto total ou nos advindos dos RPAS e dos RTS. Com a exceção de quatro Regiões de Saúde, os RPAS são maiores que os RTS. Assim, ficou constatado que é forte a dependência das transferências financeiras para a saúde de origem da União, contudo, os RPAS em saúde, na maior parte dos casos, prevalecem sobre os RTS, como se pode ver que o gasto público em saúde de Santa Catarina por habitante resultante dos RPAS e dos RTS, em média, foi de R\$ 381,82, sendo R\$ 209,71 de RPAS e R\$ 172,11 de RTS. Por fim, a Região de Saúde Nordeste foi a que apresentou o maior percentual de investimento do seu orçamento, com 23,85%, enquanto que a Região Extremo Sul Catarinense o menor – 16,22. O Estado, ao considerar o resultado conjunto dos municípios, apresenta uma média de 18,86% do seu orçamento em investimento em saúde.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

_____. [Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000](#). Brasília, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm

CAMPELLI, M. G. R; CALVO, M. C. M. (2007). O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. Caderno de Saúde de Publica, 23 (7): 1613-1623. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/12.pdf>

COLLIS, J.; HUSSEY, R. H. (2005). Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.

GIL, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S. (2008). Uma Abordagem Epidemiológica. 3 ed. Porto Alegre: Artmed.

LEITE, V. R; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. (2012). Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 17 (7): 1849-1856. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/24.pdf>

LIMA, L. D. (2007). Conexões entre o federalismo fiscal e o Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Ciência & Saúde Coletiva, 12 (2): 511-522. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a27v12n2.pdf>

ROSA, R. S. (2011) Roteiro para Elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Porto Alegre. 13 p. (Texto Digitado).

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 457, de 8 de novembro de 2012. Florianópolis, 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sc_16012013.pdf

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. (2003). Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 379-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a05v08n2.pdf>

VAZQUEZ, D. A. (2011). Efeitos da Regulação Federal sobre o Financiamento da Saúde. Caderno de Saúde Pública, 27 (6): 1201-1212. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/17.pdf>