

A REGIONALIZAÇÃO E O FINANCIAMENTO DO SUS NA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA DO ESTADO DE SÃO PAULO

REGIONALIZATION AND SUS FINANCING IN SANTOS METROPOLITAN HEALTH REGION

Natália Cairo Lara¹, Áquilas Mendes²

RESUMO

Introdução: de acordo com a Constituição de 1988, a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das diretrizes para a organização do sistema. **Objetivos:** debater e discutir o processo de regionalização do SUS com ênfase na Região de Saúde Metropolitana da Baixada Santista à luz da sua capacidade de financiamento e de gasto. **Métodos:** pesquisa apoiada na análise de dados financeiros públicos, tendo como principais fontes para a análise do Estado de São Paulo os dados da Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo (2010 - 2012) e as informações extraídas do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), abrangendo o período entre 2006 e 2012, com especial atenção ao estudo de caso da Região de Saúde Metropolitana da Baixada Santista. **Resultados:** verificou-se que os municípios da região da Baixada Santista possuem disparidades em relação ao tipo de gastos e a sua capacidade de financiamento. **Conclusões:** a região de saúde analisada não constitui região coesa no tocante as suas ações e serviços em virtude de sua frágil capacidade de financiamento e gasto e com ausência de uma articulação madura com a Secretaria do Estado de São Paulo.

Descritores: regionalização; sistema único de saúde; financiamento de assistência à saúde; gastos em saúde.

ABSTRACT

Introduction: the regionalization of the Unified Health System (UHS) is one of the guidelines of this system, according to the Constitution of 1988. **Objectives:** it debates and discusses the process of regionalization of the UHS, with emphasis on Santos Metropolitan Health Region in light of their ability to finance and expenditure. **Methods:** this is a research supported by the analysis of public financial data, the main sources for the analysis of the state of São Paulo, the data from the Finance Department of the State of São Paulo (2010 - 2012) and the information extracted from Information System on Public Health Budget (ISPHB), covering the period from 2006 to 2012, with special attention to the case study of Santos Metropolitan Health Region. **Results:** it was found that municipalities that make up the region of Santos have disparities in the type of expenditure and its financing capacity. **Conclusions:** the health region analyzed is not a cohesive region with respect to its activities and services, because of their fragile capacity of funding and expenditure and the absence of a mature articulation with the Secretary of State of São Paulo. **Key-words:** regional health planning; unified health system; healthcare financing; health expenditures.

o espaço loco-regional, contribuindo para a municipalização dos serviços de saúde. Desse modo, reforçou o papel dos gestores locais como articuladores das políticas de saúde. O processo descentralizador pode apresentar vantagens e desvantagens, a depender do conteúdo e da forma que é seguido, mas, de modo geral, constatam-se resultados positivos quanto às 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.¹

Alguns autores discutem que para a descentralização na saúde desempenhe um papel organizacional é necessário que tenha relação com o processo de regionalização da saúde.^{1,2} Entende-se regionalização como processo de organização das ações e serviços de saúde em uma região, a fim de assegurar a integralidade da atenção, a racionalidade dos gastos efetuados, a otimização dos recursos e a equidade, com vistas à garantia do direito à saúde.¹ Além disso, deve-se compreendê-la como uma ferramenta de gestão na organização do sistema de saúde para proporcionar uma alocação eficiente da assistência ou prestações de cuidados em saúde.

A regionalização abrange os três níveis de atenção da saúde: primária, média e alta complexidade. A regionalização, diretriz da descentralização da saúde, foi aprofundada no Pacto pela Saúde 2006 e intensificada no Decreto Presidencial nº 7508/2011, que criou o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e a política das Redes de Atenção à Saúde.^{3,4}

A intensificação do processo de regionalização acentua embates entre gestores e atores intergovernamentais, que na maioria apresentam conflitos entre as identidades locais, regionais/estaduais e nacional.

Especificamente no Estado de São Paulo, a descentralização da saúde foi marcada pela descentralização da Secretaria de Estado da Saúde. O momento chave foi a “Reforma de Walter Leser” (secretário de Estado da Saúde nos períodos 1964 - 1968 e 1975 - 1979), de 1967, que criou os Escritórios Regionais de Saúde (Ersas).⁵

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.

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. Porém, sabe-se que há uma lacuna que persiste no Estado de São Paulo, à medida que o gestor estadual não tem se apresentado como um coordenador eficiente do processo de regionalização no Estado, desde a criação do SUS.^{5,10}

INTRODUÇÃO

A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) é o eixo para o sistema de saúde funcionar. Este processo desencadeou vários procedimentos organizacionais para o sistema de serviços e saúde, deslocando a sua centralidade para

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 1, p. 37 - 42, 2015

1. Mestre em Economia Política - PUC-SP

2. Professor de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública - USP - e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política e do Depto. de Economia - PUC-SP

Recebido em 25/11/2014. Aceito para publicação em 29/12/2014.

Contato: aquilasn@uol.com.br

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) destaca-se no Estado de São Paulo devido aos embates políticos e à sua história na estrutura econômica para o desenvolvimento do Estado. A região é constituída por nove municípios: Cubatão, Bertioga, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente.

O objetivo do artigo é analisar em que medida a regionalização da política de saúde, particularmente da região da Baixada Santista, dispõe de capacidade de financiamento e gasto (entre 2006 e 2012) para assegurar as ações e serviços de saúde definidos de forma loco-regional. O artigo apresenta duas partes: os indicadores financeiros do Estado de São Paulo, em primeiro lugar e, em segundo, da Região Metropolitana da Baixada Santista.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa apoiada na análise de dados financeiros públicos, tendo como principais fontes a Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP), a Secretaria da Fazenda do Estado⁹ e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com especial atenção ao estudo da Região de Saúde Metropolitana da Baixada Santista (RSMBS). A metodologia adotada para este trabalho baseia-se em dois estudos sobre o financiamento e gasto: Mendes *et al.* (2008)⁶ e Mendes *et al.* (2010).⁷

O conceito de capacidade de financiamento e gasto da saúde utilizado neste artigo diz respeito ao volume de recursos próprios (impostos e transferências constitucionais) que o Estado de São Paulo, por meio da SES e da Região de Saúde Metropolitana da Baixada Santista, dispõe para aplicar na saúde.

De acordo com a Emenda Constitucional nº 29/2000, o gasto SUS estadual compreende toda a despesa com ações e serviços de saúde de acesso universal, envolvendo as atividades da SES/SP, ou seja, administração direta e as transferências realizadas às entidades descentralizadas (Fundações e Autarquias - administração indireta).⁶ Conforme a Lei Federal nº 141/2012, as despesas com aposentadoria, juros, encargos e amortização da dívida não são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde, sendo excluídas da análise.⁸

Utiliza-se o conceito de gasto do SUS realizado pelo Estado, compreendendo os recursos do poder público estadual diretamente aplicado pela SES/SP. Esses recursos abrangem também as transferências federais para o Estado.

Os dados orçamentários-financeiros são referentes às despesas empenhadas, de acordo com o artigo 60 da Lei Federal nº 4.320/64. São analisados os gastos do SUS conforme categoria

econômica, subfunções, unidades orçamentárias e transferências de recursos. A análise da subfunção foi feita por apuração de fontes: tesouro^a, outras fontes (recursos vinculados estaduais e recursos próprios da administração direta), fundo especial de despesa^b e vinculados federais^c. A análise do financiamento e gasto da RMBS é realizada com base na capacidade da receita dos municípios a partir dos recursos obtidos com os impostos. São analisadas as despesas empenhadas em saúde com recursos próprios, por subfunção e transferências SUS para os municípios da região (a fonte é SIOPS^d, entre 2006 a 2012).

RESULTADOS

O gasto e as fontes de recursos da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP)

O item apresenta o gasto da SES/SP segundo a categoria econômica, a fonte de recurso, o elemento de despesa, a despesa por subfunção e as despesas das unidades orçamentárias.

A Tabela 1 detalha os elementos com participação mais significativa no total despendido como gasto do SUS realizado pela SES. Sob o ponto de vista geral, o gasto do SUS realizado pela SES cresceu 5,4% entre 2010 e 2012, sendo R\$ 14,8 bilhões e R\$ 15,6 bilhões, respectivamente. Nota-se que as despesas correntes absorveram 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 1).

Ao analisar as despesas com investimentos (despesas de capital), verifica-se certa estabilização no 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 essas 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 apresentaram 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 despende 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 receita corrente líquida. Em outras palavras, existe uma estabilização nesses gastos e um aumento do setor terceirizado.

^a 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.⁶

^b “Recursos vinculados à prestação de serviços. Compreende as receitas arrecadadas diretamente pela administração direta (recursos próprios da unidade)” (p.35).⁶

^c “Compreendem 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)” (p.35).⁶

^d As 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.

Tabela 1. Gastos SUS realizado pela SES com ações e serviços de saúde^a, 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
3.390 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.

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

A Tabela 2 apresenta as despesas por subfunção, o que representa um detalhamento da função saúde - maior nível de agregação das despesas. Observa-se que o maior dispêndio de gastos feito pela SES/SP foi a assistência hospitalar e ambulatorial (79,57% em 2012). O Tesouro foi responsável por 71,88% dos recursos alocados nessa área (Tabela 2).

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 0,24%, em 2012, do gasto

total. Observa-se que a política de saúde tem sido mais voltada para a assistência hospitalar e ambulatorial, que abrangem os recursos mais custosos.

Entre as subfunções, destaca-se, ainda, suporte profilático e terapêutico (medicamentos), que corresponde a uma participação do gasto total de 11,09% em 2012.

O recurso do Tesouro teve representatividade nessa subfunção em 67,07%. 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%.

Tabela 2. 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.

Na Tabela 3 é possível compreender como a destinação dos recursos é realizada pelo SES/SP a partir da análise de dados das unidades orçamentárias (U.Os), que incluem as entidades da administração indireta, institucionalmente vinculadas aos órgãos, como autarquias, fundações e empresas estatais dependentes que interferem nas políticas regionais de saúde.

Dentre as U.Os, destaca-se a administração superior da secretaria que em 2012 superou os gastos referentes às demais U.Os, apresentando 52,72% do total dos gastos realizados pela

SES/SP, sendo que 79,9% são oriundos dos recursos estaduais.

O segundo e terceiro maiores dispêndios foram destinados à coordenadoria de regiões de saúde (14,88%) e à coordenadoria de contratação de serviços de saúde (12,80%), responsável pela contratação das organizações sociais de saúde. Cabe destacar que esta última coordenadoria contou com a maior fonte de recurso estadual em 2012, o que torna perceptível a prioridade da SES em destinar recursos para a gestão privada de serviço de saúde.

Tabela 3. Fonte de recurso dos 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.

A capacidade de financiamento e gasto da Região de Saúde Metropolitana da Baixada Santista

O item apresenta a capacidade de financiamento e gasto da RSMBS a partir das transferências de recursos da SES/SP para a Divisão Regional de Saúde (DRS) - forma de organização administrativa da Secretaria do Estado - da Baixada Santista e análise das despesas com recursos próprios em saúde dessa região, evidenciando-as por municípios e a % dos gastos com recursos próprios em saúde desses municípios, segundo a EC 29.

A Tabela 4 apresenta as transferências de recursos da SES/SP (recursos provenientes do Tesouro e da esfera federal) para a RSMBS, segundo as despesas correntes e de capital entre 2010 e 2012.

Dentre os gastos da SES para a RSMBS, despesas correntes respondem pela maior parte. No entanto, observa-se uma diminuição da 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% em 2012.

A Tabela 4 ainda indica que entre 2010 e 2012 a despesa de pessoal e encargos sociais da RSMBS são umas das principais despesas mantidas pelas transferências de recursos da SES. No entanto, percebe-se uma queda na 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 (Tabela 4).

Ao analisar as despesas, segundo a subfunção, verifica-se que em 2012 o maior volume de recursos transferidos para a RSMBS foi para a assistência hospitalar e ambulatorial, tanto dos recursos do Tesouro quanto dos vinculados federais (Tabelas 5).

A evolução das despesas com recursos próprios por habitantes na RSMBS apresentou um acréscimo de R\$110,30 entre 2006 e 2012, identificando o aumento da capacidade dos municípios da região para financiar a saúde. Nesse período, as despesas com recursos próprios por habitantes da RSMBS foram superiores ao total dos municípios do Estado, sem a capital e em relação à capital (Tabela 6).

Em 2012, ao se analisar os municípios da RSMBS, Bertioga apresentou o maior dispêndio por despesas com recursos próprios em saúde por habitantes, o que correspondeu a R\$ 1.115,58, seguido por Cubatão (R\$ 900,90), Santos (R\$ 518,09) e Peruíbe (R\$ 464,07) (Tabela 7).

Entre 2006 e 2012, Mongaguá apresentou taxa de crescimento de 101,95% do gasto *per capita* em saúde com recursos próprios. Cubatão teve taxa decrescente de - 6,12%. Sabe-se que Cubatão apresenta uma taxa declinante na arrecadação dos impostos e transferências constitucionais de - 3,95% e, mesmo com o aumento de 30,78% das transferências SUS, não foi suficiente para manter os gastos SUS no município.¹⁰

O percentual de aplicação do gasto em saúde com recursos próprios dos municípios da RMBS entre 2006 e 2012 foi em média 20,4%, sendo que a Emenda Constitucional 29/2000 determina, no mínimo, 15% das receitas de impostos compreendidas as transferências constitucionais; 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 da RSMBS apresentou uma tendência de crescimento, porém, inferior à evolução do total dos municípios do Estado de São Paulo sem a capital (Tabela 8).

Tabela 4. Transferência de recursos da SES/SP para DRS da Baixada Santista, segundo categoria econômica - 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
3.390 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.

Tabela 5. 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.

Tabela 6. 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

Tabela 7. 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

Tabela 8. Porcentagem 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

DISCUSSÃO

O gasto com saúde realizado com recursos próprios do Estado e municípios na RSMBS experimentou uma elevação, apesar dos municípios apresentarem disparidades. Isso ocorreu devido ao papel que a EC-29 ocupa na 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 impostos, compreendidas as transferências constitucionais.

O percentual de aplicação do gasto em saúde com recursos próprios da RSMBS entre 2006 e 2012 foi em média 20%, indicador EC 29; 2010 foi o ano em que o percentual do gasto com recursos próprios foi o mais elevado da RSMBS, 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).

A maior parte das transferências desses entes federativos está alocada em média e alta complexidade na região, dado que os municípios são responsáveis pela atenção básica, mas observa-se que não existe um programa de incentivo direcionado à área.

Como apresentado na estrutura financeira do Estado de São Paulo, a União realizou repasse para a subfunção de atenção básica, no entanto, os valores não foram transferidos para a RSMBS porque as transferências dos recursos da União para a região são mais direcionadas para a média e alta complexidade.

Ao se analisar os gastos conforme a categoria econômica, 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 declínio entre 2006 e 2009, recuperando-se a partir desse último ano até 2012, com o mesmo patamar de 2006 (32,77%).

CONCLUSÃO

Verificou-se que os municípios que compõem a região de saúde da Região Metropolitana da Baixada Santista possuem disparidades em relação ao tipo de gastos. A região ainda não é coesa em relação aos gastos com ações e serviços. Apesar da RSMBS ser uma das pioneiras na discussão sobre a construção das redes de atenção à saúde, ficou demonstrado que ela não possui condição homogênea na capacidade de gasto e financiamento. O êxito do processo depende de articulação do gestor estadual com os municipais e entre eles. No entanto,

como foi indicado na história da descentralização da saúde no 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.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira JBBF. O processo de descentralização e regionalização da saúde no Estado de São Paulo. In: Ibañez N, Elia PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e Gestão em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2011.
2. Lavras C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Ibañez N, Elia PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e Gestão em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [Internet]. 2006 [acesso em 07 jan. 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.
4. Brasil. 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 07 nov. 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.
5. Marsigli RMG. Comentário: Curso de Saúde Pública em um semestre. Rev Saúde Pública. 2006;40(5):778-9.
6. Mendes, Aquilas et al. Apuração do Gasto SUS Regionalizado no Estado de São Paulo. Tema em Saúde Coletiva 6. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.
7. Mendes A, Kayano J, Heimann LS, Junqueira V, Castro IEN, Ferreira MRJ, et al. Financiamento e Gasto do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de São Paulo 2002 - 2008. São Paulo: FUNDAP; 2010. (Caderno nº 01, Série I Eixos Temáticos Financiamento e Gasto em Saúde).
8. Brasil. 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 [Internet]. 2012 [acesso em: 27 maio 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.
9. Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo; 2013 [acesso em 20 jul. 2013]. Disponível em: <http://www.fazenda.sp.gov.br/>.
10. Lara NC. Financiamento, gasto e regionalização: uma análise da Região de Saúde Metropolitana da Baixada Santista (2006 a 2012) [dissertação]. São Paulo: PUC-SP; 2013.