

O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE (COAP): AS REGIÕES DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL SOB O EIXO DOS RECURSOS FINANCEIROS

Luís Fernando Kranz¹, Roger dos Santos Rosa²

¹ *Universidade Federal do Rio Grande do Sul* - lufekranz@gmail.com

² *Universidade Federal do Rio Grande do Sul* - roger.rosa@bcb.gov.br

RESUMO

O financiamento e a regionalização são pontos críticos para a implantação dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP's). Para operacionalizá-los, os 496 municípios do Rio Grande do Sul (RS) foram divididos em 30 Regiões de Saúde (RDS). Objetiva-se quantificar o volume total de Recursos Transferidos para a Saúde (RTS) e de Recursos Próprios Aplicados em Saúde (RPAS) e estimar o gasto público em saúde por habitante segundo RDS. Os dados municipais do SIOPS e do IBGE foram agregados por RDS para o período 2008-2011. Os RTS atingiram aproximadamente R\$ 1,6 bilhão/ano (86,4% transferidos da União). Os RPAS somaram R\$ 2,1 bilhões/ano (57,8% do total aplicado em saúde). Vale do Gravataí foi a RDS que mais aplicou por habitante/ano (R\$ 427,36) e Fronteira Oeste a que menos aplicou (R\$ 226,33). As RDS apresentam características financeiras bastante distintas quando comparadas entre si e variações expressivas no gasto público em saúde per capita.

PALAVRAS-CHAVE

Sistema Único de Saúde, Regionalização, Financiamento em Saúde; Descentralização; Desenvolvimento Regional

THE ORGANIZATIONAL CONTRACT OF PUBLIC ACTION ON HEALTH (COAP): HEALTH REGIONS IN RIO GRANDE DO SUL THE PERSPECTIVE OF FINANCIAL RESOURCES

ABSTRACT

The funding and regionalization are critical for the implementation of Organizational Contract of Public Action on Health (COAP's). To operationalize them, the 496 municipalities in the Rio Grande do Sul (RS) were divided into 30 health regions (RDS). The objective is to quantify the parcel of resources transferred to Health (RTS) and Own Resources Applied Health (RPAS) and estimate the public health expenditure per capita second RDS. The city data of SIOPS and IBGE were aggregated by RDS for the period 2008-2011. The RTS amounted to approximately R\$ 1.6 billion / year (86.4% transferred from the Union). The RPAS totaled R\$ 2.1 billion / year (57.8% of the applied health). Vale do Gravataí was the RDS more applied per inhabitant / year (R\$ 427.36) and Fronteira Oeste the least applied (R\$ 226.33). The RDS have characteristics financial very different when compared to each other and significant variations in public health expenditure per capita..

KEYWORDS

Unified Health System; Regional Health Planning; Financing Health; Decentralization; Regional Development.

INTRODUÇÃO

Apesar da estruturação do modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) na Carta Constitucional de 1988, a saúde passou a ter recursos vinculados e percentuais mínimos de aplicação apenas com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000. A regulamentação tardia por meio da Lei Complementar nº 141 de 2012, contudo, ainda deixou incertezas quanto ao volume de recursos financeiros destinados para o campo da saúde.

A previsão de um sistema de saúde baseado em uma rede regionalizada é um ponto importante para 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. A regionalização pode ser entendida sob a ótica da maior eficiência a partir da racionalização e da otimização dos recursos físicos, financeiros e humanos dentro de uma estrutura em que economias de escala são alcançadas.

Os esforços para a conformação de uma estrutura regionalizada podem ser identificados desde a implantação do SUS. Um conjunto de instrumentos e normas capazes de efetivar a regionalização da saúde foi lançado pela primeira vez com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) somente em 2001. Adequações à proposta inicial foram apresentadas por meio do Pacto pela Saúde em 2006. Entretanto, da mesma forma que ocorreu com a NOAS, o Pacto não foi capaz de efetivar regionalmente ações e serviços de saúde.

A terceira fase do processo de regionalização da saúde é inaugurada com o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Consiste em um acordo de colaboração entre os entes federativos na organização e na

integração das ações e serviços de saúde em redes de atenção, trazido pelo Decreto nº 7.508/2011. Ele avança no sentido organizativo do SUS e estabelece e define conceitos como os de Região de Saúde (RDS), Mapa da Saúde e Rede de Atenção à Saúde.

A introdução do COAP trouxe novas regras de definição de territórios de saúde e, recentemente, o Rio Grande do Sul (RS) passou por um processo de reorganização municipal para atendê-las. Conforme a Resolução nº 555/2012 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do RS, os 496 municípios que compõem o estado foram distribuídos em 30 RDS.

Este trabalho se insere nos temas financiamento e regionalização das ações e serviços de saúde no SUS. O financiamento e a regionalização são entendidos como eixos estruturantes e determinantes para a organização do sistema público de saúde, o que justifica esse estudo. O COAP surge como um instrumento novo, porém elaborado com base nas tentativas de regionalização que não se efetivaram. A organização e a integração dos serviços de saúde, somadas ao financiamento insuficiente para investir na transformação de um sistema regional, foram entraves presentes nas experiências anteriores, mas que agora ganham maior atenção.

A partir da definição das RDS realizada no RS em 2012, e com enfoque nos recursos financeiros disponíveis para cada uma, com base o período 2008-2011, o estudo teve como objetivo geral analisar a participação das diferentes esferas governamentais no gasto público em saúde das Regiões de Saúde estabelecidas no Rio Grande do Sul. Como objetivos específicos, tem-se: i – quantificar o volume total de Recursos Transferidos para a

Saúde (RTS) pelas esferas federal e estadual aos municípios; ii – quantificar o volume total de Recursos Próprios Aplicados em Saúde (RPAS) pelos municípios; e iii – estimar o gasto público em saúde por habitante segundo esfera governamental. Vale ressaltar que se trata se uma análise pré-implantação das RDS e que se busca delinear uma linha de base que permita

MÉTODO

Para a consecução do estudo, foi realizado um estudo transversal retrospectivo do tipo descritivo de abordagem quantitativa. Foi também 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/>.

Os dados anuais foram obtidos a partir das bases de dados públicas, on-line, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – www.ibge.gov.br/ –, e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – siops.datasus.gov.br – a relativos a cada um dos 496 municípios do Rio Grande do Sul, agregados posteriormente nas RDS.

A base de dados do IBGE forneceu dados referentes à população e à extensão territorial dos municípios (Tabela 1), enquanto o SIOPS possibilitou o acesso às informações financeiras (Tabelas 2, 3 e 4).

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

futuras comparações acerca do impacto da implantação dos COAP's no Estado.

Ao atender os objetivos propostos, o estudo pretende responder à seguinte pergunta: qual a participação das esferas de governo no gasto público em saúde das RDS estabelecidas no Rio Grande do Sul?

indicadores ao disponibilizar relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais para posterior análise dos mesmos.

Os dados de cada um dos 496 municípios 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 RDS e apresentados na forma de tabelas.

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).

O estudo teve como limitação a apresentação da análise de apenas um dos eixos que compõem o Mapa da Saúde, o dos Recursos Financeiros. Ao todo, o Mapa da Saúde é composto por oito eixos, sendo eles: i – estrutura do sistema de saúde; ii – redes de atenção à saúde; iii – condições socio sanitárias; iv – fluxos de acesso; v – recursos financeiros; vi – gestão do trabalho da educação na saúde; vii – ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e, viii – gestão.

Tal limitação se deu em razão da indisponibilidade de dados e informações para a análise de alguns dos outros eixos. A novidade da proposta de articulação interfederativa traz consigo a escassez de fontes, referências e um instrumento ainda em formação.

RESULTADOS

Na Tabela 1 encontram-se informações relativas às RDS, criadas no RS em 2012, conforme dados disponíveis em 2010.

O número de municípios em cada Região varia de seis (três Regiões) até 40 (uma Região). A maior área territorial em Km² é encontrada na RDS Fronteira Oeste e a menor na Região Vale dos Sinos. Porto Alegre, sede da capital, compõe a Região que apresenta a maior população e densidade demográfica, enquanto que a Região Campos de Cima da Serra tem a menor população e densidade demográfica. O Estado como um todo apresenta área territorial de 268.781,9 Km², população de 10.693.929 habitantes e densidade demográfica de aproximadamente 39,8 hab/Km² (Tabela 1).

Na Tabela 2 encontram-se as transferências de recursos do SUS para os municípios do RS segundo RDS. A RDS do Pampa apresenta o menor percentual de receitas advindas da União (54,6%) enquanto que a Região do Vale do Gravataí o maior (94,5%). As transferências que têm origem no Estado apresentam grande variação entre as RDS, de 3,4% na Região de Vale do Gravataí até 44,1% na do Pampa. As “Outras Receitas do SUS” são as de menor expressão. A Região que apresenta maior dependência dessas transferências é a Verdes Campos com 10,9%, enquanto que a Caminho das Águas tem a menor com 0,7%.

Ao analisar as transferências de recursos do SUS para os municípios de modo global, as transferências da União representam 86,4%, as do Estado 10,6% e as Outras Receitas 3,0%. Desse modo, as transferências federais voltadas para a equalização, ora das receitas disponíveis, ora das necessidades de gastos, ainda se apresentam relevantes na composição dos recursos disponíveis para a saúde (LEITE et al., 2012).

Tabela 1 -Características das Regiões de Saúde, RS, 2010.

Região de Saúde	Nome da Região	Número de Municípios	Área territorial (Km ²)	Densidade demográfica (hab/Km ²)	População Censo 2010	Percentual da População da Região sobre o Total
1	Verdes Campos	21	13.302,6	31,4	416.981	3,9
2	Entre Rios	11	13.231,5	9,4	124.263	1,2
3	Fronteira Oeste	11	41.500,4	11,2	465.038	4,4
4	Belas Praias	12	2.279,4	60,6	138.103	1,3
5	Bons Ventos	11	6.490,4	31,3	203.016	1,9
6	Vale do Paranhana/Costa Serra	8	5.909,7	36,0	212.547	2,0
7	Vale dos Sinos	15	1.337,4	565,1	755.770	7,1
8	Vale do Caí/Metropolitana	18	2.436,1	262,4	717.914	6,7
9	Carbonífera Costa Doce	19	11.095,4	34,6	384.175	3,6
10	Vale do Gravataí*	6	2.896,2	768,3	2.225.237	20,8
11	Sete Povos das Missões	24	15.391,8	18,6	256.248	2,4
12	Portal das Missões	13	8.804,2	17,3	152.070	1,4
13	Diversidade	20	7.264,4	30,7	222.771	2,1
14	Fronteira Noroeste	22	5.768,8	39,3	226.933	2,1
15	Caminho das Águas	40	8.259,4	33,0	272.370	2,6
16	Alto Uruguai Gaúcho	33	6.629,9	34,8	230.814	2,2
17	Planalto	21	5.433,9	54,5	296.031	2,8
18	Araucárias	20	6.599,0	19,4	128.088	1,2
19	Botucarái	14	5.374,5	21,5	115.609	1,1
20	Rota da Produção	19	4.946,5	32,9	162.599	1,5
21	Sul	22	35.015,8	24,1	845.135	7,9
22	Pampa	6	15.194,4	12,0	182.579	1,7
23	Caxias e Hortênsias	6	2.576,1	206,9	532.917	5,0
24	Campos de Cima da Serra	9	10.387,0	9,1	94.963	0,9
25	Vinhedos e Basalto	21	3.476,7	80,3	279.288	2,6
26	Uva Vale	12	2.429,5	69,8	169.633	1,6
27	Jacuí Centro	12	12.065,6	16,6	200.264	1,9
28	Vinte e Oito	13	7.467,0	43,8	327.158	3,1
29	Vales e Montanhas	27	3.586,2	58,0	207.963	1,9
30	Vale da Luz	10	1.332,6	88,1	117.449	1,1
TOTAL	-	496	268.781,9	39,8	10.693.929	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). * Região de Saúde à qual Porto Alegre pertence

Tabela 2 - Recursos Transferidos para a Saúde segundo Regiões de Saúde, RS, 2008-2011(média anual em R\$).

Região de Saúde	Da União para os Municípios		Do Estado para os Municípios		Outras Receitas do SUS		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
1	21.122.338,66	70,4	5.597.761,95	18,7	3.269.601,18	10,9	29.989.701,78	100,00
2	9.063.689,80	76,4	2.527.685,78	21,3	266.068,26	2,3	11.857.443,83	100,00
3	23.919.118,16	70,1	8.429.512,69	24,7	1.777.775,18	5,2	34.126.406,03	100,00
4	7.963.228,01	66,7	3.010.460,57	25,2	963.778,42	8,1	11.937.467,00	100,00
5	14.290.031,86	66,8	6.258.024,51	29,3	838.958,39	3,9	21.387.014,76	100,00
6	11.277.424,13	79,8	2.599.546,93	18,4	255.841,34	1,8	14.132.812,40	100,00
7	74.656.780,51	88,7	8.370.592,06	10,0	1.125.427,76	1,3	84.152.800,32	100,00
8	94.511.693,73	90,7	7.403.249,29	7,1	2.307.230,13	2,2	104.222.173,15	100,00
9	17.536.522,98	70,9	6.387.877,17	25,8	803.959,53	3,3	24.728.359,68	100,00
10	485.078.894,46	94,5	17.640.573,85	3,4	10.845.815,32	2,1	513.565.283,63	100,00
11	23.724.307,09	76,5	6.224.132,11	20,1	1.047.607,79	3,4	30.996.046,98	100,00
12	9.542.999,94	75,3	2.826.036,48	22,3	305.694,72	2,4	12.674.731,13	100,00
13	21.628.033,75	76,8	5.608.267,00	19,9	915.674,62	3,3	28.151.975,37	100,00
14	38.948.944,54	86,3	5.435.409,00	12,0	767.826,08	1,7	45.152.179,63	100,00
15	29.194.269,22	77,7	8.136.715,46	21,6	243.786,47	0,7	37.574.771,15	100,00
16	17.570.621,77	73,6	5.489.754,52	23,0	820.047,72	3,4	23.880.424,01	100,00
17	21.783.818,59	77,6	3.716.351,82	13,3	2.518.814,57	9,1	28.018.984,97	100,00
18	8.297.356,99	76,9	2.323.633,61	21,5	168.060,87	1,6	10.789.051,47	100,00
19	7.850.680,42	74,3	2.518.599,10	23,8	197.159,15	1,9	10.566.438,66	100,00
20	21.568.410,77	84,9	3.549.250,52	13,7	324.678,93	1,4	25.442.340,22	100,00
21	98.575.503,71	83,3	11.420.637,70	9,7	8.303.934,43	7,0	118.300.075,84	100,00
22	11.221.015,57	54,6	9.073.149,99	44,1	264.153,86	1,3	20.558.319,42	100,00
23	95.231.037,22	93,1	5.085.340,92	5,0	1.885.909,66	1,9	102.202.287,79	100,00
24	6.041.643,07	80,2	1.283.221,82	17,0	208.920,76	2,8	7.533.785,65	100,00
25	18.725.319,83	80,7	2.630.999,25	11,3	1.852.123,14	8,0	23.208.442,22	100,00
26	9.948.429,27	80,3	2.187.673,46	17,6	258.571,21	2,1	12.394.673,93	100,00
27	24.081.564,75	89,3	2.604.486,90	9,6	282.389,02	1,1	26.968.440,67	100,00
28	47.605.402,02	88,5	5.703.846,69	10,5	513.462,46	1,0	53.822.711,17	100,00
29	12.931.367,20	77,5	3.379.959,48	20,3	368.387,52	2,2	16.679.714,20	100,00
30	4.976.925,41	77,5	1.182.521,66	18,4	265.158,38	4,1	6.424.605,44	100,00
TOTAL	1.288.867.373,41	86,4	158.605.272,22	10,6	43.966.816,83	3,0	1.491.439.462,46	100,00

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

Na Tabela 3 pode ser vista a divisão entre recursos próprios aplicados e recursos transferidos para a saúde segundo as RDS. Com a exceção de três Regiões, os RPAS são maiores que os RTS. A Região Vale da Luz é a que apresenta maior diferença a favor dos RPAS com 78,2%. Com percentuais de RTS maiores que de RPTS, as Regiões Fronteira Noroeste, Sul

e Vale do Gravataí apresentam 50,3%, 50,8% e 51,9% respectivamente.

Em termos globais, 57,8% dos recursos aplicados em saúde no RS advém de RPAS, enquanto que os outros 42,2% são de RTS.

Tabela 3 - Recursos Próprios Aplicados e Recursos Transferidos para a Saúde segundo Regiões de Saúde, RS, 2008-2011 (média anual em R\$).

Região de Saúde	Recursos Próprios Aplicados em Saúde		Recursos Transferidos para a Saúde		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
1	64.982.380,27	67,6	31.120.944,83	32,4	96.103.325,10	100,00
2	22.513.692,14	63,3	13.052.110,68	36,7	35.565.802,82	100,00
3	65.267.123,21	62,0	39.985.960,33	38,0	105.253.083,55	100,00
4	31.120.827,21	67,7	14.844.751,55	32,3	45.965.578,76	100,00
5	54.156.698,28	67,9	25.589.730,17	32,1	79.746.428,45	100,00
6	32.297.175,81	61,5	20.205.765,71	38,5	52.502.941,52	100,00
7	136.192.777,35	54,3	114.753.871,93	45,7	250.946.649,27	100,00
8	166.084.602,11	58,3	118.762.514,34	41,7	284.847.116,45	100,00
9	73.391.729,19	74,5	25.077.006,31	25,5	98.468.735,50	100,00
10	457.775.268,65	48,1	493.213.061,88	51,9	950.988.330,53	100,00
11	52.467.407,98	61,5	32.873.306,81	38,5	85.340.714,79	100,00
12	32.604.295,30	66,4	16.509.553,23	33,6	49.113.848,53	100,00
13	58.045.193,75	67,6	27.776.987,24	32,4	85.822.180,99	100,00
14	45.850.482,06	49,7	46.329.930,42	50,3	92.180.412,48	100,00
15	59.350.404,86	62,1	36.226.278,17	37,9	95.576.683,03	100,00
16	61.040.289,90	69,8	26.394.128,31	30,2	87.434.418,20	100,00
17	62.392.970,82	69,8	26.962.620,50	30,2	89.355.591,32	100,00
18	30.516.978,62	66,2	15.572.521,43	33,8	46.089.500,05	100,00
19	21.804.446,11	62,0	13.391.946,36	38,0	35.196.392,46	100,00
20	38.071.858,08	58,5	27.016.923,08	41,5	65.088.781,16	100,00
21	109.088.044,70	49,2	112.615.611,45	50,8	221.703.656,15	100,00
22	27.274.161,54	56,9	20.632.827,87	43,1	47.906.989,42	100,00
23	115.716.505,68	51,9	107.221.482,07	48,1	222.937.987,75	100,00
24	24.504.369,88	72,9	9.104.007,22	27,1	33.608.377,10	100,00
25	72.688.904,03	74,7	24.612.503,25	25,3	97.301.407,27	100,00
26	38.088.597,98	75,2	12.557.013,61	24,8	50.645.611,59	100,00
27	33.166.593,04	54,7	27.479.288,93	45,3	60.645.881,97	100,00
28	64.243.894,81	54,3	53.985.227,20	45,7	118.229.122,01	100,00
29	535.74.389,44	75,5	17.376.433,88	24,5	70.950.823,32	100,00
30	27.540.633,07	78,2	7.697.689,12	21,8	35.238.322,19	100,00
TOTAL	2.131.812.695,83	57,8	1.558.941.997,86	42,2	3.690.754.693,69	100,00

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

Apesar da origem dos dados ser a mesma, os totais apurados nas Tabelas 2 e 3 para os RTS foram diferentes em R\$ 67.502.535,40. As razões para tal discrepância são desconhecidas, mas pode ser oriunda do preenchimento equivocado de algum campo por parte do responsável municipal, já que se realizada a mesma comparação no nível municipal, a diferença dos valores se repete apenas para alguns dos entes federados.

Na Tabela 4 observam-se os gastos públicos em saúde por habitante de acordo com a origem (recursos próprios ou recursos transferidos). O gasto público em saúde por habitante resultante dos RPAS e dos RTS no RS apresenta como média anual da série histórica analisada, R\$ 345,13 per capita dos quais R\$ 199,35 de RPAS e R\$ 145,78 de RTS.

Tabela 4 - Gasto público em saúde por habitante, origem dos recursos, Regiões de Saúde, RS, 2008-2011 (média anual em R\$).

Região de Saúde	Recursos Próprios Aplicados em Saúde por Habitante	Recursos Transferidos para a Saúde por Habitante	Total por Habitante
1	155,84	74,63	230,47
2	181,17	105,03	286,21
3	140,35	85,98	226,33
4	225,35	107,49	332,84
5	266,76	126,05	392,81
6	151,95	95,06	247,02
7	180,20	151,84	332,04
8	231,34	165,43	396,77
9	191,04	65,27	256,31
10	205,72	221,65	427,36
11	183,29	114,84	298,14
12	214,40	108,57	322,97
13	260,56	124,69	385,25
14	202,04	204,16	406,20
15	217,90	133,00	350,91
16	264,46	114,35	378,81
17	210,76	91,08	301,85
18	238,25	121,58	359,83
19	188,61	115,84	304,44
20	234,15	166,16	400,30
21	129,08	133,25	262,33
22	149,38	113,01	262,39
23	217,14	201,20	418,34
24	258,04	95,87	353,91
25	260,27	88,13	348,39
26	224,54	74,02	298,56
27	165,61	137,22	302,83
28	196,37	165,01	361,38
29	257,62	83,56	341,17
30	234,49	65,54	300,03
TOTAL	199,35	145,78	345,13

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

A RDS de Bons Ventos é a que apresenta o maior valor monetário per capita resultante dos RPAS com R\$ 266,76, enquanto que a Região Sul apresenta apenas R\$ 129,08. Os RTS tem maior representatividade per capita na Região do Vale do Gravataí (R\$ 221,65) e menor na Região Carbonífera /Costa Doce (R\$ 65,27).

A soma dos RPAS com os RTS resulta no valor total anual aplicado em saúde e permite calcular o valor médio por habitante. A RDS do Vale do Gravataí desponta como a que mais aplicou por habitante (R\$ 427,36) enquanto a Região Fronteira Oeste como a que teve o menor gasto per capita (R\$ 226,33).

DISCUSSÃO

O fim dos repasses financeiros para o Fundo Nacional de Saúde por parte do Ministério da Previdência Social em 1993 gerou enorme dificuldade para o SUS. Nesse contexto, surgiu o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 169/93, que resultou, em parte, na Emenda Constitucional nº 29 de 2000, e a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) (PIOLA et al., 2012).

A vinculação de receitas trazida pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000 visava contribuir para a redução das desigualdades horizontais no gasto municipal em saúde, ainda que o nível deste gasto esteja vinculado à disponibilidade de receita, cuja base permanece bastante desigual (VAZQUEZ, 2011). A Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) buscou orientar a aplicação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000. Contudo, tal Resolução carecia de poder normativo sobre Estados e Municípios.

Após a Emenda, os gastos públicos apresentaram uma tendência crescente nas

aplicações dos recursos em saúde. A despesa por habitante era de R\$ 201,20 em 2000 e aumentou para R\$ 304,18 em 2003 (CAMPELLI e CALVO, 2007) e no RS, para o período de 2008-2011, ficou em R\$ 345,13. A União, entretanto, vem reduzindo sua participação relativa no financiamento da saúde, já que em 2000 era de 59,8% e em 2003 caiu para 48% (CAMPELLI e CALVO, 2007). Apesar da relevância dos recursos federais, o avanço da implementação das políticas de saúde resultou na queda relativa dos recursos da União e na maior participação dos municípios no financiamento (LEITE et al., 2012). No RS, segundo nossos resultados, as transferências de recursos da União para os municípios têm grande representatividade, com 86,4% do total transferido, ainda que 57,8% dos recursos aplicados em saúde sejam próprios dos municípios.

A relevância dos recursos federais, contudo, não favorece uma maior equidade no gasto público em saúde por que não permite a redistribuição de recursos para territórios 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 (LIMA, 2007).

A criação de uma rede regionalizada de ações e serviços de saúde no SUS foi pensada inicialmente com a possibilidade de formação de consórcios intermunicipais e aparece nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 e nas Normas Operacionais Básicas de 1991, 1993 e 1996. Os consórcios intermunicipais não eram novidade, porém sequer apresentavam sustentação legal no ordenamento jurídico brasileiro. Tal embasamento se deu apenas em 2005, com a Lei nº 11.107 regulamentada pelo Decreto nº 6.017/2007.

Uma proposta alternativa aos consórcios intermunicipais para a regionalização foi lançada pela primeira vez em 2001. A organização das ações e serviços de saúde de forma regionalizada foi idealizada sem a necessidade da criação de pessoa jurídica e a partir de instrumentos e pactuações entre os entes federativos. Com esse propósito, foram editadas as NOAS n° 01/2001 e NOAS n° 01/2002 respectivamente.

As NOAS's tinham a organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços como necessária para evitar pulverização de esforços e investimento, e atender os requisitos de eficiência e economias de escala que estão associados ao nível de qualidade dos serviços (BRASIL, 2001). A proposta da hierarquização, por meio da organização de redes articuladas e efetivas de serviços via referências intermunicipais, pretendia garantir aos cidadãos o acesso a todos os níveis de atenção de saúde o mais próximo possível de suas residências (OLIVEIRA 2005).

O planejamento regional foi estimulado na esfera estadual, mas não trouxe avanços significativos para adequação regional dos processos de descentralização em curso, em função da excessiva normatividade técnica e rigidez embutida na proposta de conformação das microrregiões e RDS (VIANA et al., 2010). Entre as dificuldades, estavam a definição do comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e a explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais (BRASIL, 2002).

No sentido de adequar a proposta anterior, a NOAS n° 01/2002 deu autonomia a cada unidade da federação para a definição de sua divisão regional, base necessária para a elaboração do plano diretor da assistência à

saúde. Os Planos Diretores de Regionalização (PDR), contudo, não conseguiram oferecer referenciais seguros para orientar o perfil e a distribuição das unidades prestadoras de serviços de saúde, desde as mais simples Unidades Básicas de Saúde até as unidades hospitalares e laboratoriais mais complexas. Além disso, gerou grande diversidade de situações, uma vez que cada estado adotou o seu próprio critério (GUIMARÃES, 2005).

O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, apresentava três componentes (Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida) e expressava o compromisso entre os gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS com base nos princípios constitucionais. Com o Pacto, novas diretrizes foram preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, e na diversidade econômica, cultural e social do país para a redefinição das RDS. Assim, ele retoma a regionalização como eixo central, reatualiza os instrumentos de planejamento das NOAS's e amplia a visão da regionalização para além da assistência à saúde. O PDR, já previsto na NOAS, adquire caráter mais sistêmico e alcance intersetorial (VIANA et al., 2010). Ao atribuir aos municípios um papel central no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde, visava contribuir para que cada espaço regional pudesse diagnosticar e responder às suas necessidades.

As diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde reafirmaram princípios, consolidaram processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação. Além disso, possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (SCHNEIDER et al.,

2009). Entretanto, o Pacto pela Saúde, que tinha a integração regional como um de seus principais objetivos, não apresentou mudanças substantivas de integração regional decorrentes das pactuações entre gestores. Entre os motivos, estava a desarticulação do planejamento nas RDS em função da não incorporação da agenda da regionalização do Pacto pela Saúde pelas secretarias estaduais de saúde (SILVA, 2011). No Rio Grande do Sul, onde existiam Conselhos Regionais há muitos anos, os conflitos de competência destes com os Conselhos Municipais e o Conselho Estadual dificultaram avanços mais expressivos (SCHNEIDER et al., 2009).

Em 2010, por meio da Portaria nº 4.279/2010, o SUS ganhou novas diretrizes estratégicas para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas RDS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. O documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde, os serviços de saúde “ou pontos da rede” devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos, a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários e o sistema de governança (SILVA, 2011).

Trazido pelo Decreto nº 7.508/2011, o COAP tem como objeto a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma RDS, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Nenhuma novidade até que se atente que o desafio é inovar nos processos e instrumentos

de gestão, superar a fragmentação das políticas de saúde, garantir o acesso com qualidade e fortalecer os vínculos interfederativos ao agregar mais um instrumento (TAMAKI et al., 2012).

Para a definição das RDS, oito eixos estruturantes são analisados como forma de atender ao art. 5º do Decreto nº 7.508/2011 e de demonstrar a situação de saúde de cada uma. O Mapa da Saúde contém a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada. São considerados a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. Além disso, é uma ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, orienta o planejamento integrado dos entes federativos e subsidia o estabelecimento de metas de saúde a serem monitoradas (BRASIL, 2011).

A Lei Complementar nº 141/2012 e o Decreto nº 7.508/2011 fazem parte da trajetória de construção do COAP. A Lei regulamentou a Emenda Constitucional nº 29 de 2000, viabilizou processos necessários para tal proposta como a autorização de remanejamento de parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde entre os Estados e Municípios, definiu quais são as ações e os serviços considerados como gastos em saúde, entre outros (BRASIL, 2012).

O Decreto, por sua vez, regulamentou a Lei nº 8.080/90 e dispôs sobre a organização do SUS e a articulação interfederativa, que visa à integração dos serviços de saúde dos entes federativos e a organização da RAS intra e inter RDS. Essa integração permite horizontalidade nas negociações mediante acordo de colaboração entre os entes federativos que compõem cada Região.

No que tange a transição do Pacto pela Saúde para o COAP, a partir de 2012 todos os municípios deveriam assumir as diretrizes descritas na Portaria nº 399/2006, as quais seriam revisadas a partir das diretrizes de implantação do Decreto e pactuadas na CIT. No Rio Grande do Sul, contudo, tal transição não foi automática, já que ao longo dos quase 6 anos de existência do Pacto pela Saúde, apenas 156 dos 496 municípios foram signatários de tal Pacto.

Acerca das características financeiras do gasto público em saúde pré-implantação das RDS, foi possível observar que as RDS do RS apresentam peculiaridades bastante distintas quando comparadas entre si. Foram verificadas, variações expressivas no gasto público em saúde per capita, seja no gasto total ou nos advindo dos RPAS e dos RTS. Além disso, há forte dependência das transferências financeiras para a saúde de origem da União, contudo, os RPAS em saúde prevalecem sobre os RTS.

As receitas advindas da União apresentaram grande representatividade entre as RDS, variando de 54,6% até 94,5%. 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 três RDS, 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 do Rio Grande do Sul por habitante resultante dos RPAS e dos RTS, em média, foi de R\$ 345,13, sendo R\$ 199,35 de RPAS e R\$ 145,78 de RTS. Por fim, tem-se a variação expressiva da aplicação por habitante – desde R\$ 226,33, até R\$ 427,36.

A perspectiva histórica dos recursos financeiros disponíveis no RS pré-implantação das RDS fornece um panorama geral dos recursos financeiros disponíveis em cada Região ao se iniciar o processo de construção dos COAP's em que se evidenciam grandes disparidades entre as RDS fortalecendo a necessidade de maior coordenação de esforços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a criação dos COAP's, objetiva-se a organização municipal de forma regionalizada com vistas a unir esforços para o atendimento da saúde dos cidadãos de forma integral, resolutive, com eficiência e o mais próximo de suas residências. Desde a criação do SUS, entretanto, prevaleceu o descumprimento de pactuações entre os gestores, a insuficiência do financiamento e a inexistência de planejamento para a regionalização. Tudo isso aumentou as tensões entre os entes federados para ver de quem é a responsabilidade na saúde.

O sucesso do COAP depende de financiamento suficiente, de instancias deliberativas regionais, estadual e federal que consigam conduzir o processo de regionalização, da organização de Regiões de Saúde com recursos físicos, financeiros e humanos suficientes, da capacidade de promover as referências de maneira eficiente e eficaz e principalmente do cumprimento das responsabilidades assumidas.

Com o trabalho realizado, relativo ao período anterior à implantação do COAP, ficam evidentes as RDS que mais necessitam de recursos financeiros para que se atinja, no mínimo, a igualdade da distribuição. Espera-se que a análise de um período posterior à implantação do COAP apresente, a partir dos recursos financeiros, resultados que permitam visualizar que a proposta esteja cumprindo seus objetivos com um mínimo de sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.

_____. Portaria MS nº 95 de 26 de fevereiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde – SUS nº 01/2001. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>.

_____. Portaria MS nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – SUS nº 01/2002. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 322 de 8 de maio de 2003. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Reso322.doc>>.

_____. Portaria MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf>.

_____. 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. **O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil**. Caderno de Saúde de Pública, 23 (7): 1613-1623, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/12.pdf>>.

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

GUIMARÃES, R.B. **Regiões de saúde e escalas geográficas**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (4): 1017-1025, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/04.pdf>>.

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

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

OLIVEIRA, E.X.G. **A Multiplicidade do Único: Territórios do SUS**. [Tese de Doutorado em Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/evangelinap1_2005.pdf>.

PIOLA, S. F.; SERVO, L. M.; de SÁ, E. B. *et al.* **Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro**. Análise Econômica, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012 Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/viewFile/25261/21530>>.

RIO GRANDE DO SUL. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 555 de 19 de setembro de 2012**. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf>.

SCHNEIDER, A.; PERALTA, J.A.G.; BOTH, V. *et al.* **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** 2ª Edição – Revisada e Atualizada, Passo Fundo IFIBE/CEAP, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf>.

SILVA, S.F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16 (6): 2753–2762, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>.

TAMAKI, M.; TANAKA, O.Y.; FELISBERTO, E. *et al.* **Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (4): 839-849, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a07.pdf>>.

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

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

VIANA, ALD'Á; LIMA, L.D.; FERREIRA, M.P. **Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15 (5): 2317-2316, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf>>.

AUTORES

Luís Fernando Kranz

Mestrando em Administração e Especialista em Saúde Pública 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.