

**Universidade Federal de Mato Grosso  
Instituto de Saúde Coletiva**

**O financiamento do Sistema Único de Saúde e o  
processo de regionalização no estado de Mato Grosso**

**Alessandra Félix Mendonça**

Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof. Dr. João Henrique G. Scatena

**Cuiabá - MT  
2012**

# **O financiamento do Sistema Único de Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso**

**Alessandra Félix Mendonça**

Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT.

Orientador: Prof. Dr. João Henrique G. Scatena

**Cuiabá - MT  
2012**

*“Mãe, você pode ficar com a gente,  
ou agora você vai ter que estudar?”  
(Aos meus filhos Fabrício e  
Sarah Beatriz por compreenderem  
a minha ausência ao longo  
dessa jornada).*

## **Agradecimentos**

A Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminho nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

Ao meu orientador Prof. Dr João Henrique G. Scatena, por possuir o dom de ensinar e assim fazê-lo com tanta generosidade e simplicidade.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio e confiança.

Aos colegas da SES/MT pelo apoio, o qual foi fundamental para a realização dessa empreitada.

Aos servidores da UFMT, em especial Jurema e Hailton pelo apoio e carinho.

Aos amigos que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando.

Ao meu marido Glauber Paz Miranda, pelo apoio em todos os momentos.

Aos meus filhos Fabricio e Sarah Beatriz por compreenderem minha ausência ao longo dessa caminhada.

## Resumo

O financiamento do Sistema Único de Saúde, que sempre foi um ponto crítico, ganha ainda mais destaque com o impulso que vem sendo dado à regionalização, como uma estratégia de fortalecimento do SUS. O presente estudo objetiva analisar o financiamento do SUS no Estado de Mato Grosso, de 2002 a 2010, diante do cenário da regionalização. Com base em sistemas de informação nacionais (SIOPS, SIA-SUS, SIH-SUS), bem como em documentos e relatórios estaduais, foram analisadas as despesas com saúde efetuadas pelos 141 municípios matogrossenses, organizados em 16 regiões de saúde, evidenciando, além da participação das três esferas de governo no financiamento da saúde, se há diferenças importantes nos gastos com saúde, dadas as particularidades das 16 regiões constituídas. Nos nove anos analisados, deu-se um aumento expressivo das despesas com saúde *per capita*, efetuadas pelos três entes federados. Os gastos per capita sob responsabilidade dos municípios também aumentaram, variando de 76% a 127% entre as regiões; em 2010, no seu conjunto, eles representaram R\$ 437,54. As transferências da União aos municípios, nesse ano, variaram de R\$ 110,66 e R\$ 243,38 entre as regiões e em 11 delas pelo menos 50% desses recursos concentraram-se na atenção básica. Os recursos transferidos do estado aos municípios, embora em montantes bem inferiores aos da União, também se elevaram, priorizando a atenção básica em 12 das 16 regiões. Com recursos estaduais, a assistência hospitalar foi contemplada em regiões e anos específicos, não necessariamente vinculando-se a transferência com a existência de hospitais regionais. A pesquisa evidencia a complexidade do financiamento da saúde e a dificuldade de se analisá-lo face à regionalização. Apesar das limitações do estudo, acredita-se que os resultados esclarecem alguns pontos, fornecem informações úteis aos gestores e demais interessados e levantam inúmeras indagações, abrindo caminho para novas investigações.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde, Financiamento da Saúde, Regionalização, Gastos com saúde.

## **Abstract**

The Health System Funding, which has always been a critical issue becomes even more prominent with the momentum that has been given to the regionalization as a strategy to strengthen the SUS. This study aims to analyze the financing of SUS in the state of Mato Grosso, from 2002 to 2010, in the context of the regionalization of health. Based on national information systems (SIOPS, SIA-SUS, SIH-SUS), as well as state documents and reports, we analyzed the health expenditures made by the 141 municipalities in Mato Grosso, organized into 16 regions of health. It was studied, besides the participation of the three spheres of government in health financing, if there were important differences in health spending given the specificities of those regions. In the nine years analyzed, there was a significant increase in expenditure on health *per capita*, made by the three levels of government. The *per capita* expenditures under the responsibility of municipalities also increased, ranging from 76% to 127% between the regions; in 2010 they accounted for R\$ 437.54. The federal spending ranged from R \$ 110.66 to R \$ 243.38 between the regions, and in 11 of them at least 50% of these resources were focused on primary care. The state resources, besides inferior than the federal, also increased, likewise focused on primary care in 12 regions. With state funds, hospital care was addressed to specific regions and years, not necessarily linked to regional hospitals. The research highlights the complexity of health financing and the difficulty of analyzing it focused on regionalization. Despite the study limitations, it is believed that the results clarify some issues, provide useful information to managers and other stakeholders and raise numerous questions, paving the way for further investigations.

**Keywords:** National Health System, Health Funding, Regionalization, Health care expenditures

## ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
2.1 A regionalização no Brasil	17
2.2 A regionalização no estado de Mato Grosso	24
2.3 Financiamento da saúde no Brasil	30
2.4 Os sistemas de informações	39
3 OBJETIVOS	41
4 MÉTODO	42
5 RESULTADOS	51
5.1 Despesas com saúde sob responsabilidade dos municípios	53
5.2 Despesas com recursos transferidos da União	60
5.3 Despesas com recursos oriundos do estado	78
5.4 Recursos da União transferidos para a SES para assistência hospitalar	94
6 DISCUSSÃO	95
7 CONCLUSÃO	102
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
APENDICE 1	111
APENDICE 2	113

## Lista de Figuras, Quadros, Tabelas e Siglas.

### Figuras

Figura 1 – Fluxo financeiro no SUS	36
Figura 2 – Despesas gerais com saúde (em reais <i>per capita</i> ) segundo origem dos recursos, MT, 2002 a 2010	
Figura 3 - Despesas com saúde com recursos próprios (em R\$ milhões reais de dezembro de 2010), segundo origem do recurso, MT, 2002 a 2010.	52
Figura 3 – Variação percentual das despesas com saúde por ente federado (em valores de dezembro de 2010), de 2002 a 2010	53
Figura 4 - Variação percentual dos gastos totais <i>per capita</i> com saúde, segundo região de saúde, MT, 2002 a 2010.	55
Figura 5 - Variação percentual das despesas em saúde ( <i>per capita</i> ), efetuadas com recursos próprios municipais, segundo microrregião de saúde, MT, 2002 a 2010	56
Figura 6 – Variação percentual das despesas com saúde ( <i>per capita</i> ) efetuadas com recursos próprios municipais e com recursos de transferências do SUS, segundo região de saúde, MT, 2002 e 2010	58
Fig. 7 - Despesas com saúde (em reais <i>per capita</i> ) segundo região De saúde e origem do recurso, MT, 2002 e 2010.	59
Figura 8 – Variação percentual das despesas com assistência hospitalar <i>per capita</i> entre 2002 e 2010, segundo região de saúde, MT .	62
Figura 9 - Variação percentual do gasto médio de internações hospitalares nas regiões de saúde, nos anos de 2002 e 2010	64
Figura 10 – Variação percentual das despesas com assistência ambulatorial, de 2002 a 2010 (per capita/ano).	66
Figura 11– Variação percentual das despesas com atenção básica (em reais <i>per capita</i> ), efetuadas com recursos oriundos da União, de 2002 a 2010, por regiões de MT.	68
Figura 12– Variação percentual das despesas ambulatorial de média complexidade (em reais per capita), de 2002 a 2020, segundo regiões de MT	70
Figura 13– Evolução percentual das despesas ambulatoriais de alta complexidade nas regiões da Baixada Cuiabana, Barra do Garças,	71

Cáceres, Rondonópolis e Sinop nos anos de 2002 e 2010.	
Figura 14- Despesas nos níveis assistenciais de atenção básica, assistência ambulatorial de média e alta complexidade e assistência hospitalar, regiões de Mato Grosso, 2002.	76
Figura 15- Despesas nos níveis assistenciais de atenção básica, Assistência ambulatorial de média e alta complexidade e assistência hospitalar, Mato Grosso, 2010.	77
Figura 16 – Variação percentual das despesas com PSF nas regiões de Mato Grosso, 2002 e 2010.	79
Figura 17 - Variação percentual dos recursos gastos com atenção básica, oriundos do estado.(em reais, <i>per capita</i> ), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.	84
Figura 18- Variação percentual dos recursos gastos com atenção básica, oriundos do estado.(em reais, <i>per capita</i> ), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.	85
Figura 19 – Evolução percentual dos gastos com assistência hospitalar de recursos oriundos do estado. Região, 2002 e 2010.	88
Figura 20 - Evolução percentual das despesas com os níveis assistenciais de atenção básica, hospitalar e ambulatorial realizados com recursos do estado. Região 2002 e 2010.	90
Figura 21 – Despesas nos níveis assistenciais de atenção básica, assistência ambulatorial e assistência hospitalar, regiões de Mato Grosso, 2002.	92
Figura 22- Despesas nos níveis assistenciais de atenção básica, assistência ambulatorial e assistência hospitalar, regiões de Mato Grosso, 2010.	93

## **Quadros**

Quadro 1 - Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Mato Grosso, por município sede, ano de constituição e natureza da unidade – Mato Grosso - 2009	28
Quadro 2 – Base de cálculo para definição de recursos a serem aplicados nas ações de saúde.	33
Quadro 3- Percentual de aplicação de recursos para cada ente federativo, segundo Emenda Constitucional 29/00.	34
	38
Quadro 4 - Distribuição das Regiões de Saúde, segundo população e número	43

de municípios. Mato Grosso, 2010.

Quadro 5 – Inflação anual acumulada (IPCA) e fatores de correção para valores de dezembro de 2010.	49
Quadro 6 - Matriz de coleta, processamento e análise dos dados Financeiros no Estado de Mato Grosso.	52
<b>Tabelas</b>	
Tabela 1. Despesas gerais com saúde (valores absolutos, <i>per capita</i> e percentuais) segundo origem dos recursos, MT, 2002 a 2010	51
Tabela 2 – Despesas totais com saúde (em reais <i>per capita</i> ), informadas pelo conjunto de municípios, segundo região de saúde, MT, 2002 a 2010.	54
Tabela 3 – Despesas com saúde (em R\$ <i>per capita</i> ) efetuadas com recursos próprios municipais, segundo região de saúde, MT, 2002 a 2010	56
Tabela 4 - Despesa <i>per capita</i> com recursos oriundos de transferências do SUS, segundo região de saúde, MT, 2002 a 2010.	57
Tabela 5 – Percentual de recursos próprios investidos em saúde, segundo a EC-29, pelo conjunto de municípios que compõem cada região e pelo estado, 2002 a 2010	60
Tabela 6 – Despesas com Internações Hospitalares do SUS (em milhões de reais), segundo região de saúde Mato Grosso, 2002 a 2010	61
Tabela 7 – Despesas com Internações Hospitalares do SUS (em reais <i>per capita</i> ), segundo região de saúde Mato Grosso, 2002 a 2010.	62
Tabela 8 – Gasto médio por internação hospitalar (em reais), segundo região de saúde, MT, 2002 a 2010.	63
Tabela 9 - Despesas gerais com assistência ambulatorial* (em milhões de reais), segundo as regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.	65
Tabela 10 – Despesas gerais com assistência ambulatorial, segundo regiões de Mato Grosso (R\$/per capita/ano)	66
Tabela 11 – Despesas com Atenção Básica (em reais per capita) efetuadas com recursos oriundos da União, segundo as regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.	67
Tabela 12 – Despesas com assistência ambulatorial de média complexidade (em reais <i>per capita</i> ) segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.	69
Tabela 13 – Despesas ambulatoriais de Alta Complexidade (em reais, <i>per capita</i> ), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.	71
Tabela 14– Despesa com medicamento constante em despesa ambulatorial (em reais <i>per capita</i> ).	72
Tabela 15 – Despesas totais nos níveis assistenciais de atenção básica, assistência ambulatorial de média e alta complexidade e assistência hospitalar (em reais <i>per capita</i> ), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010	73

Tabela 16 – Despesas com o Incentivo Financeiro Estadual ao Programa de Saúde da Família (em reais, <i>per capita</i> ), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010	79
Tabela 17- Despesas com o PASCAR (em reais <i>per capita</i> ), segundo região de Mato Grosso, 2006 a 2010	80
Tabela 18- Despesas com o Incentivo Estadual para saúde bucal (em reais <i>per capita</i> ), segundo região de Mato Grosso, 2005 a 2010.	81
Tabela 19 – Despesas com o incentivo estadual para alcance de metas da atenção básica (em reais <i>per capita</i> ), segundo região de Mato Grosso, 2008 a 2010.	82
Tabela 20 – Convênios entre a SES/MT e os municípios, destinados à Atenção Básica (em reais <i>per capita</i> ), segundo regiões de saúde de Mato Grosso, 2006 a 2010	82
Tabela 21- Totalização das despesas com atenção básica realizadas com recursos estaduais (em reais <i>per capita</i> ), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010	83
Tabela 22- Despesas com consórcios intermunicipais de saúde com recursos do estado (em reais, <i>per capita</i> ), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.	85
Tabela 23 - Despesas com hospitais regionais de Mato Grosso (em reais, <i>per capita</i> ) 2004 a 2010.	86
Tabela 24 -Convênios entre a SES/MT e os municípios, Assistência Hospitalar, (em reais, <i>per capita</i> ), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.	87
Tabela 25- Despesas com assistência hospitalar, realizadas com recursos oriundos do estado (PACIS, Hospitais Regionais e Convênios), em reais, <i>per capita</i> , segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.	87
Tabela 26- Totalização Convênios: assistência ambulatorial, casas de apoio e ambulâncias (em R\$ per capita), Mato Grosso, 2006 a 2010.	89
Tabela 27- Despesas com os níveis assistenciais de atenção básica, hospitalar e ambulatorial realizados com recursos oriundos do estado, em reais, <i>per capita</i> , segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.	89
Figura 3 - Despesas com saúde com recursos próprios (em R\$ milhões reais de dezembro de 2010), segundo origem do recurso, MT, 2002 a 2010.	94

## **Siglas utilizadas**

ADCT – Atos e Disposições Constitucionais Transitórias

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

BACEN – Banco Central do Brasil

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIS – Consórcios Intermunicipais de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

EC – Emenda Constitucional

FES – Fundo Estadual de Saúde

FIPLAN – Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GERES – Gerências Regionais de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social

INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor

IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Agregado

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPMF – Imposto sobre Movimentação Financeira

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PACIS – Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIB – Produto Interno Bruto

PLP – Projeto de Lei e outras Proposições

PLS – Projeto de Lei do Senado

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

RCB – Receita Bruta Corrente

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIOPS – Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, em especial a partir da Constituição Brasileira de 1988, vem existindo uma série de discussões por parte dos profissionais da saúde e dos gestores sobre a reforma do setor saúde, sendo que a mesma deve acontecer por meio da busca de maior racionalidade e eficiência e, ao mesmo tempo, de atenção às reivindicações sociais de universalização da cobertura e do atendimento. O financiamento, nesse caso, é uma variável essencial e intrínseca a esse processo, considerando que a tendência mundial e nacional dos gastos é crescente, e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), sua organização e gestão estão vinculadas à viabilização regular e satisfatória de recursos financeiros. Além disso, a qualidade dos gastos desses recursos, e também a sua aplicação, observando os princípios do SUS, devem ser considerados, para que se possa aproveitá-los ao máximo.

Como um dos setores econômicos, o setor saúde obedece a diversos princípios da economia, dentre eles a necessidade de se fazer escolhas em decorrência da escassez de recursos (HANDERSON, 1999), porém não podemos deixar de mencionar ARROW (1963), que alerta para as particularidades do setor saúde ressaltando que a demanda por tais serviços ocorrem em grande parte em circunstâncias anormais imprevisíveis e ainda que se baseia na relação de confiança entre paciente e profissional.

Essas escolhas objetivam minimizar as desigualdades sociais, processo que na saúde ocorre através do princípio da equidade, reconhecendo que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, buscando eliminar ou reduzir as desigualdades existentes (IPEA, 2001).

Nesse sentido, a regionalização é um dos princípios do SUS que também orienta a qualidade dos gastos públicos, no sentido de garantir a equidade desses gastos, sendo de fundamental importância para a organização hierarquizada das ações e serviços em redes de atenção à saúde na busca pela garantia de acesso universal e da integralidade do cuidado.

Fazendo um breve histórico, esse processo foi alavancado pelas Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB) 93 e 96, NOAS/01 e posteriormente, em 2006, pelo Pacto da Saúde.

A NOB 93 trouxe a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS, "entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo" (MS, 1993).

A NOB 96 visa a "gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão", demonstrando uma ênfase maior com a parte da gestão, no entanto, estabelece instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e para a elaboração da Programação Pactuada Integrada-PPI (MS, 1996).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS 01/2001 estabelece estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde com o objetivo de "promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde" e introduz a concepção dos módulos assistenciais, macrorregiões e regiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização – PDR (MS, 2001).

O Pacto pela Saúde estabeleceu um enfoque diferenciado para a Regionalização, ressaltando seu caráter solidário e cooperativo, trazendo algumas definições, como é o caso das definições de regiões, que auxiliam no processo de regionalização (MS, 2006).

A Regionalização é responsável por estruturar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Especificamente no Estado de Mato Grosso, a regionalização da saúde, em conformidade com o sistema nacional de saúde, iniciou-se em 1995 e, principalmente no período 1995 a 2002, deu-se um redesenho nas estruturas organizacionais, de planejamento e de gestão, tanto no nível central da Secretaria de Estado de Saúde, como, e principalmente, nas instâncias descentralizadas que hoje conformam os 16 Escritórios Regionais de Saúde no estado.

O estado de Mato Grosso priorizou a descentralização da atenção à saúde e da gestão dos recursos em seu "Plano e Políticas de Saúde para o período 1995-1999"

(SES/MT, 2002). Este propunha parceria com os municípios, articulada à cooperação técnica, na implementação de ações nos sistemas municipais de saúde. Ao mesmo tempo em que se antecipava nas ações, contemplava a face da regionalização no estado, anterior às normatizações oriundas do Ministério da Saúde.

A experiência de descentralização adotada em Mato Grosso evidenciou o novo papel da Secretaria Estadual de Saúde (SES/MT) na formulação e condução da política de saúde nos espaços micro e regionais, assumindo a responsabilidade sanitária pelos processos de interesse do conjunto dos atores sociais da região e do estado. Vários autores analisam que o final da década de 1990 foi um marco histórico na reconceituação do papel da esfera estadual no desenvolvimento da regionalização, em função dos limites da municipalização da saúde (KEINERT, ROSA e MENEGUZZO, 2006).

A regionalização é uma importante estratégia para fomentar o reconhecimento, a definição e a dinâmica dos espaços locais, nos quais devem ser desenvolvidas ações sanitárias articuladas regionalmente visando à satisfação das necessidades de saúde e o bem-estar da população pertencente a esses espaços vivos (BELTRAMMI, 2008).

Já para o financiamento da saúde, na Constituição Federal de 1988 foi definida a participação e a responsabilidade dos três entes federativos, sem que ficassem suficientemente claros estes papéis. Esta definição só se deu 12 anos depois, com a Emenda Constitucional nº 29/00, a qual definiu patamares mínimos a serem aplicados em ações de saúde pelos entes federativos, sendo 15% para municípios, 12% para estados e variação nominal do PIB para a União (BRASIL, 2000).

No entanto, sabe-se que a insuficiência de recursos e a irregularidade nos fluxos financeiros sempre estiveram presentes no sistema público de saúde brasileiro, mesmo antes da criação do SUS. Apesar disso, a EC/29 garantiu estabilidade financeira para a saúde e ocasionou aumento da participação de estados e municípios no financiamento, e decréscimo dessa participação por parte da União (SERVO et al., 2011).

Em decorrência do processo de descentralização, observou-se a ampliação de transferências de recursos financeiros do Ministério da Saúde para estados e municípios. Entretanto, as formas de transferências produziram resultados tímidos, considerando que não houve descentralização da gestão da totalidade dos recursos (SERVO et al., 2011).

Ademais, as transferências de recursos financeiros para os municípios, quando oriundas da União, atrelam a ação e “carimbam” o recurso, sem levar em consideração as particularidades das regiões de saúde.

A escolha do objeto de investigação também foi influenciada pelo interesse da pesquisadora em conhecer de forma sistemática os municípios matogrossenses, uma vez que faz parte da equipe de planejamento da saúde, no âmbito estadual, e lida de forma indireta com os mesmos através dos Escritórios Regionais de Saúde.

Assim, dada a importância do tema e a ainda carente produção sobre ele, neste estado, o presente estudo tem como objetivo analisar o financiamento do Sistema Único de saúde, no Estado de Mato Grosso, no período de 2002 a 2010, no contexto do processo de regionalização, considerando ainda as particularidades das 16 regiões de saúde constituídas.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 A descentralização e a regionalização da saúde no Brasil**

De acordo com LUZ (2001), a descentralização das políticas públicas de saúde no Brasil surgiu na década de 50 e foi retomada nos anos 80, envolvendo a participação de diversos atores. A partir da segunda metade da década de 80, os movimentos sociais começaram a cobrar o direito de exercer o controle social na saúde. Nos anos 90, essa dinâmica foi seguida pelos profissionais e burocratas da saúde, que também lutaram pela desconcentração do poder. O Estado, por sua vez, tomou parte nesse processo dando ênfase no nível local e delegando funções aos municípios. No entanto, a transferência de responsabilidades não foi acompanhada pelo repasse e desconcentração dos recursos.

Segundo FLEURY (2003), o desenho da descentralização do setor saúde foi elaborado a partir do reconhecimento da debilidade institucional e política apresentada pelos governos locais. Delineou-se um processo de descentralização progressiva, através do qual o nível central definia certos requisitos, técnicos e políticos, que deveriam ser cumpridos antes que o nível local obtivesse a autonomia de gestão dos recursos relativos ao sistema municipal de saúde. A partir de situações distintas, gestão incipiente e semiplena, surgia a indicação da autonomia em relação aos recursos destinados apenas à atenção básica ou à totalidade de recursos destinados à rede municipal de saúde.

Para ARRETCHE (2000), descentralização significa, genericamente, a institucionalização no plano local de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais.

NORONHA et al. (2008), em estudo sobre o Sistema Único de Saúde, destacam os principais princípios e diretrizes do SUS, dentre eles, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. Sua ênfase dá-se na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

BODSTEIN (2002) analisou a década de 90 como o marco da descentralização da rede de serviços de saúde para os municípios. Ocorreu uma crescente responsabilização dos municípios com a oferta e a gestão direta da maioria dos serviços e um grande envolvimento de novos atores e contextos locais, com o deslocamento do processo decisório. Na descentralização e municipalização surgiram novas variáveis no contexto da gestão como: compromisso, responsabilidade, capacidade política e administrativa.

BARBOSA (1998) menciona que a busca pela descentralização, na agenda da saúde foi bastante condicionada pela falência ou no mínimo esgotamento, do modelo de Estado centralizado e também organizado na perspectiva do bem estar, provedor e passível de resolver ou equilibrar as demandas e necessidades da sociedade.

Para ARAÚJO et al. (2004), com relação ao processo de descentralização da gestão da política de saúde, houve um certo consenso quanto aos avanços ocorridos na década de 90, com evolução para um modelo político administrativo envolvendo não somente a transferência de serviços, mas também de poder, responsabilidade e recursos. As normas operacionais do SUS tiveram papel preponderante neste processo e progressivamente buscaram criar mecanismos de articulação entre os gestores, contudo, com forte poder federal.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 e 01/2002 – demarcaram uma inflexão nas concepções e na formulação da descentralização, resgatando o papel coordenador dos estados e possibilitando a resolução dos conflitos suscitados pela indução de autonomia dos municípios (ALMEIDA et al., 2004).

No entanto, para VIANA (2008) a instituição de um sistema nacional de saúde não é decorrente do simples processo de descentralização, mas sim das mudanças no papel, funções e competências nos diversos entes federados, de forma a ocorrer integração, articulação e regionalização entre os serviços, instituições e níveis de governo, conformando um verdadeiro sistema nacional.

Para a regionalização, a NOAS 01/01 definiu o processo, trazendo o conceito de região de saúde como a base territorial de planejamento da atenção à saúde e que deve considerar as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas (GIL, LICHT e YAMAUCHI, 2006).

Já a NOAS 01/2002 assumiu explicitamente a regionalização como macro estratégia para realizar os objetivos finais estabelecidos constitucionalmente para o SUS (MACHADO, 2009).

Para ARRETCHE (2003), os governos locais tornaram-se essenciais na provisão de serviços de saúde e ocuparam um importante papel no seu financiamento.

No sistema de saúde regionalizado, a disponibilidade de equipamentos sociais mais próximos aos usuários, amplia a racionalidade dos serviços de saúde de maior densidade tecnológica, como a assistência hospitalar (SES/MT, 2002).

DOURADO e ELIAS (2011) afirmam que a regionalização é uma diretriz do SUS que procede da necessidade basilar de integrar seus componentes para garantir a efetivação do direito à saúde no país. Pela natureza federativa do sistema, isso só pode ser realizado mediante arranjos institucionais estabelecidos entre entes federados. Segundo os autores, para que ocorra a consolidação da regionalização de ações e serviços de saúde no Brasil, devem ser considerados os condicionantes derivados do modelo de federalismo e do desenvolvimento das relações intergovernamentais, observando a inserção de figuras regionais como instâncias administrativas não coincidentes com os entes federados.

Lima et al. (2012), mencionam que a descentralização redefine responsabilidades entre os entes governamentais e reforça a importância dos executivos subnacionais na condução da política de saúde, envolvendo a transferência de poder decisório, da gestão de prestadores e de recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal para estados e, principalmente, para os municípios. Já a regionalização na saúde é um processo político, condicionado pelas relações estabelecidas entre diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos) no espaço geográfico que inclui, ainda, o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território.

## **A regionalização e o Pacto pela Saúde**

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais acordado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde.

Instituído mediante a Portaria 399 (MS, 2006a), ele tem o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá mediante adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. As transferências de recursos também foram modificadas, passando a ser divididas em seis blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde (MS, 2010b).

O Pacto pela Saúde de 2006 está dividido em três grandes blocos, que trazem propostas de mudanças. São eles (MS, 2006a):

#### I – Pacto pela Vida

Constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

#### II – Pacto em Defesa do SUS

Envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado, mais do que política de governo; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

#### III – Pacto de Gestão do SUS

Estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Para GUERREIRO e BRANCO (2011) o terceiro componente do Pacto pela Saúde, o Pacto de Gestão, estabelece as responsabilidades de cada ente federado, buscando diminuir as competências concorrentes. Para o alcance deste objetivo, determina como prioridades: a definição da responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, superando o processo de habilitação; e o estabelecimento de diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social,

planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde. Instituem-se as bases para a construção do diálogo entre as esferas de governo, vislumbrando-se, por meio do Pacto pela Saúde, a possibilidade de materialização de acordos voltados à repartição dos recursos e responsabilidades, mas principalmente para o estabelecimento da responsabilização solidária entre os gestores, necessária para assegurar o acesso da população às ações e aos serviços de saúde.

MACHADO (2009) afirma que uma das marcas do Pacto de Gestão é o propósito de promover uma regionalização solidária e cooperativa, buscando uma diversidade operativa que respeita as peculiaridades de cada região.

O Pacto de Gestão estabelece as diretrizes de gestão do SUS, pautadas nas premissas da descentralização, buscando aprofundar este processo (MS, 2010a):

- Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite;
- Regionalização, como diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

O Pacto de Gestão ratifica como principais instrumentos de planejamento da Regionalização: o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI. O PDR expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das microrregiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos. O PDI expressa os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR (MS, 2006 a)

O Pacto pela Saúde traz os seguintes objetivos, face à Regionalização (MS, 2006a):

- Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal;
- Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão locorregional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;
- Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
- Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem o papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses locorregionais possam ser organizadas e expressadas na região;
- Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Além disso, o Pacto também trata especificamente do conceito de região.

### **Regiões de Saúde**

O conceito e as atribuições de região de saúde são dados pelo Pacto de Gestão (MS, 2006a):

Regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território.

A região de saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde, visando assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;

A organização da região de saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecendo o controle social, cabendo aos estados e à União apoiar os municípios para que estes assumam seu conjunto de responsabilidades;

O corte no nível assistencial para delimitação de uma região de saúde estabelece critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade; Quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas no município, se considerará no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário;

O planejamento regional considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso;

Buscando garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, agregando mais de uma região em uma macrorregião;

O ponto de corte da média complexidade que deve estar na região ou na macrorregião deve ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a partir da realidade de cada estado. Em alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.

Ainda sobre as regiões de saúde, o Pacto de Gestão define os seguintes formatos (MS, 2006a):

- Regiões Intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;
- Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;
- Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

O Estado de Mato Grosso segue as determinações do Pacto de Gestão, pois houve alterações na forma de organização das regionais que pré-existiam, sendo dezesseis regiões de saúde constituídas, basicamente intraestaduais, e duas delas também fronteiriças, pois tratam-se de regiões que fazem fronteira com a Bolívia.

### **A Construção do Processo de Regionalização**

A Portaria 399/2006 (MS, 2006a), que divulga o Pacto pela Saúde, menciona as etapas do processo de construção da regionalização, como segue:

- Critérios para a composição da Região de Saúde, expressa no PDR:
- Contigüidade entre os municípios;
- Respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural;
- Existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;
- Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde;
- Considerar a rede de ações e serviços de saúde, onde:
- Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;

- O desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em Atenção Básica e parte da Média Complexidade. O desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso, garante a integralidade da atenção e para isso as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, se necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta-complexidade na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado.

A Portaria 399/GM (MS, 2006a) prevê ainda a Constituição, Organização e Funcionamento do Colegiado de Gestão Regional. Sendo que essa constituição do deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a Região e da representação estadual.

Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da Região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais;

As Regiões Intramunicipais deverão ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões Intergestores.

As Regiões Fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite.

O Pacto pela Saúde vigorou até 27 de junho de 2011, dado que em 28 de junho de 2011 foi editado o Decreto 7.508, o qual regulamenta a Lei 8.080/90 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, seu planejamento, a assistência à saúde e articulação interfederativa (BRASIL, 2011). Em Mato Grosso, somente no início de 2012 começa a se implementar o que preceitua esse Decreto, e os estudos em desenvolvimento, como a presente pesquisa, têm como foco o período que antecede a vigência dessa norma.

## **2.2 A regionalização no Estado de Mato Grosso**

Em Mato Grosso, a partir de 1995, colocou-se como prioridade no plano das políticas e das metas do governo a implementação da descentralização da atenção e da gestão, dos recursos e das ações e serviços de saúde, através de um processo articulado de cooperação técnica e parceria com os municípios. Esta política atendia a orientação

do Plano Estratégico do Governo, que havia definido 15 (quinze) regiões no território estadual, para a implantação de políticas econômicas e sociais. Na diretriz “Regionalização, Descentralização e Novos Modelos Assistenciais”, do documento “Políticas de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários”, publicado em 1995, afirmava-se a necessidade da presença ativa do Governo do Estado no processo de municipalização, através de ações de cooperação técnica e o planejamento e a gestão regionalizados, tendo como referencia os Pólos regionais de saúde definido pelo Plano Estratégico e de Metas do governo (SES, 2002).

Em 1998, à luz do processo de regionalização, a SES-MT foi aprofundando, em parceria com os municípios, a viabilização de espaços microrregionais de saúde, visando fortalecer os instrumentos de gestão de nível regional, como as CIB, Câmaras de compensação de AIH’s, Camaras Regionais da Vigilância Sanitária e sobretudo os Consórcios (SES, 2002)

Ainda que o Estado de Mato Grosso possuísse espaços microrregionais consolidados pela interação econômica, cultural, social, não contava com a necessária articulação política visando a saúde. Era necessário que a Secretaria de Estado de Saúde, frente ao seu novo papel de cooperação técnica com os municípios e de responsável pela condução do Sistema Estadual de Saúde, estruturasse o setor para responder aos desafios colocados ao SUS/MT, ao tempo que procurava viabilizar o espaço político para implantação das ações regionais (SES/MT, 2002).

O Plano Estadual de Saúde para o período de 2000 a 2003 reafirmou as prioridades da política de descentralização e regionalização (SES/MT, 2000). No período de 2000-2002, a SES aprofundou com os parceiros municipais a viabilização de planos microrregionais de saúde, numa tentativa de qualificar os instrumentos de gestão já implantados em nível regional. A Secretaria de Estado de Saúde, habilitada na condição de gestão plena do sistema, assumiu o papel de ordenadora e reguladora destes processos, fomentando a implementação das diretrizes da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), desenvolvendo o Plano Diretor da Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimento (PDI). Nesse período, foram habilitados novos municípios à gestão plena de sistema municipal (SES/MT, 2002).

Os incentivos implantados em 2001, assim como outros, integram a política de descentralização da saúde, implementada naquele período. De acordo com MARQUES

e MENDES (2003), alguns estados como o Ceará e Mato Grosso, ampliaram a utilização de incentivos para além do PSF, dirigindo-os para a organização dos sistemas municipais e para ações e serviços de média e alta complexidade. Nesses estados, os incentivos estaduais ao PSF integraram uma proposta mais ampla de "eficiência" na alocação de recursos financeiros aos municípios. A finalidade principal desse incentivo financeiro foi estimular, de forma mais rápida, o desenvolvimento do PSF e do PACS, em todo o território do estado.

Os avanços na saúde promovidos pela SES-MT, principalmente no período de 1995-2002, fizeram com que Mato Grosso fosse bem avaliado em pesquisa nacional conduzida em 2009 (ALBUQUERQUE et al., 2011). Os autores identificaram contextos histórico-estrutural e político-institucional favoráveis à regionalização. Além disso, naquele período a pesquisa considerou que a regionalização no estado tinha as seguintes características: institucionalidade avançada, governança coordenada-cooperativa e impactos/ inovações institucionais incrementais.

Buscando alavancar a regionalização e avançar na melhoria da saúde pública, em Mato Grosso há vários anos utilizam-se os convênios como instrumento de gestão.

Estes são acordos ou ajustes que disciplinam a transferência de recursos financeiros de dotações consignadas nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União e têm como partícipe, de um lado, órgão ou entidade da administração pública federal, direta ou indireta, e, de outro lado, órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, ou ainda, entidades privadas sem fins lucrativos, visando à execução de programa de governo, envolvendo a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação<sup>1</sup>.

De acordo com NORONHA et al. (2008), as principais responsabilidades dos gestores estaduais são o planejamento do sistema estadual regionalizado (envolvendo mais de um município) e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios, cabendo nesse caso a utilização dos consórcios intermunicipais de saúde.

Assim, além dos convênios, em Mato Grosso também vêm sendo adotado, os consórcios intermunicipais de saúde como instrumentos de gestão, estes desde a década

---

<sup>1</sup> Extraído do sitio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
[www.convenios.gov.br/portal/FAQLegislacao.html](http://www.convenios.gov.br/portal/FAQLegislacao.html)

de 1990. No entanto, sua criação advém da Constituição de 1937, cujo Artigo 29 dispõe sobre o agrupamento de municípios para administração de serviços públicos. Contudo, foi a partir da década de 1980, com o início do processo de descentralização, que essa forma de associação tomou vulto, especialmente na busca de soluções de problemas comuns para os municípios. A relação de igualdade entre os municípios é a base do consórcio, pois preserva a decisão e a autonomia dos governos locais, não admitindo subordinação hierárquica a um dos parceiros ou à entidade administradora. Cada consórcio tem características próprias, decorrentes das peculiaridades e dificuldades, tanto da região, quanto do município consorciado (MS, 1997b).

O consórcio intermunicipal de saúde é uma iniciativa autônoma de municípios localizados em áreas geográficas contíguas que se associam para gerir e para prover conjuntamente serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica à população das municipalidades participantes (TEIXEIRA et al., 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 1997a), o Consórcio é utilizado como instrumento de estímulo ao planejamento local e regional em saúde possibilitando a viabilização financeira de investimentos e contribuindo para a superação de desafios locais no processo de implementação do sistema. A experiência da prestação de serviços e a implementação de ações de forma consorciada têm configurado condições altamente favoráveis para que o município possa assumir as responsabilidades pela gestão plena do seu sistema de saúde, como proposto na NOB 96.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde constituem uma estratégia de fortalecimento dos princípios do SUS, alavancando de forma clara o processo de regionalização da saúde. Implantados em Mato Grosso e em outras unidades da federação (Paraná e Ceará, dentre outros), eles foram e ainda são uma especial ferramenta para tal processo (MULLER NETO, 2002).

Consistem ainda em uma iniciativa autônoma de municípios circunvizinhos que se associam para gerir e para prover conjuntamente serviços de saúde à população, otimizando e racionalizando o uso de recursos públicos. Existentes no Brasil desde os anos 1980 se estabelecem a partir de uma prerrogativa legal do SUS que os aponta como instrumentos de organização e gestão do sistema. (LIMA e PASTRANA, 2000).

NEVES e RIBEIRO (2006) analisam que os Consórcios favorecem estratégias de descentralização na direção de objetivos gerais do SUS para a regionalização e a hierarquização da oferta de serviços, e em sua grande maioria buscam superar as deficiências na assistência a saúde, principalmente na área de consulta médica de especialidades, exames de média e alta complexidade e diversas terapias. As autoras concluem que os consórcios intermunicipais de saúde mantêm forte vínculo com a estratégia de regionalização da saúde no Brasil, pois atendem a necessidade da construção de modelos regionais de atenção.

Alguns estados passaram a induzir a formação de consórcios com incentivos e financiamento de estruturas regionais voltadas para assistência de média e alta complexidade, ressaltando a fragilidade de políticas locais, com relação ao financiamento. Outros consórcios surgiram por percepção e escolhas políticas de lideranças locais em favor da cooperação regional, para ampliar a oferta de serviços médicos especializados. Por fim, surgiram também consórcios, como os de Mato Grosso, em que a participação do governo estadual favoreceu a sustentabilidade das parcerias locais por mecanismos de indução de uma efetiva política de regionalização (NEVES e RIBEIRO, 2006).

Neste estado, entre 1995 e 2006, foram constituídos 15 Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), cujas características são apresentadas no Quadro 6.

Quadro 1 - Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Mato Grosso, por município sede, ano de constituição e natureza da unidade – Mato Grosso - 2009

CONSÓRCIOS	MUNICÍPIO SEDE	ANO DE CONS TITUIÇÃO	NATUREZA DA UNIDADE
Teles Pires	Sorriso	1995	Estadual
Alto Tapajós	Alta Floresta	1997	Municipal
Baixo Araguaia	Confresa	1997	Municipal
M édio Araguaia	Água Boa	1998	Estadual
Oeste Matogrossense	Cáceres	1998	Estadual
Sul Matogrossense	Rondonópolis	1998	Estadual
M édio Norte	Tangará da Serra	1998	Privada
Norte Matogrossense	Colíder	1999	Estadual
Vale Do Peixoto	Peixoto de Azevedo	1999	Municipal
Garças Araguaia	Barra do Garças	2000	Municipal
Araguaia	São Félix do Araguaia	2002	Municipal
Vale Do Juruena	Juína	2002	Municipal
Vale Do Arinos	Juara	2004	Municipal
Vale Do Guaporé	Pontes e Lacerda	2006	Estadual
Centro Norte	Diamantino	2006	Filantrópico

Fonte: Botti (2010).

Juntamente com os CIS, o estado de Mato Grosso instituiu o PACIS, que é o Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, visando o incentivo financeiro para participantes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Atualmente sua nomenclatura foi alterada para PAICI – Programa de Apoio e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Neste estado, dentro da atenção básica insere-se o Programa de Saúde da Família, que é entendida como uma estratégia prioritária de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade<sup>2</sup>.

Implantou-se também de forma pioneira, no ano de 2001, o Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR). O programa tem por objetivo principal incentivar nos municípios do estado a contínua e ininterrupta ação dos serviços de Agentes Comunitários de Saúde Rural (ACSR) junto às comunidades de assentamentos rurais promovidos pelo INCRA e/ou INTERMAT, com mais de 50 famílias assentadas, visando o aumento do acesso dessa população às ações e serviços de atenção básica.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso repassa, mensalmente, incentivos equivalentes ao valor de um salário mínimo, por Agente Comunitário de Saúde Rural cadastrado, aos municípios que aderem ao Programa e implantam os ACSR em seus assentamentos. Ao todo, existem em Mato Grosso 354 assentamentos rurais distribuídos em 104 municípios participantes do Programa<sup>3</sup>.

Também foi instituído em 2008, pela SES-MT, o Programa de Incentivo ao Alcance de Metas da Atenção Básica, que consta de um incentivo financeiro para os municípios visando que se enquadrem nas normas citadas na Portaria 113/2008/GBSES.

---

<sup>2</sup> Extraído do sitio [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)

<sup>3</sup> Extraído do sitio <http://www.saude.mt.gov.br/atencaprimaria/pagina.php?id=204&idoc=171>

### **2.3 Financiamento da saúde no Brasil**

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, afirma em seu artigo 194, que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Ainda, conforme a Constituição Brasileira, o artigo 195 afirma que “a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. A responsabilidade pelo financiamento do SUS é das três esferas de governo e o artigo 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, esclarece sobre o montante da seguridade social a ser gasto em saúde, até: “que seja aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, até 1989, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde.” (BRASIL, 1988).

Para UGÁ e SANTOS (2006), o Sistema Único de Saúde (SUS) segue os padrões do Welfare State, pois o acesso está definido pela necessidade e não pela capacidade de pagamento. Apesar disso, participação do setor público no gasto nacional em saúde é de apenas 44%, sendo, portanto igual à norte-americana, cujo padrão é definido pelo modelo liberal. De acordo com Souza (2005), o SUS foi criado na Constituição de 1988, mantendo a lógica de financiamento utilizada pelo INAMPS, o qual era responsável pela assistência à saúde da população, mas uma população específica, a do segmento dos trabalhadores formais.

LIMA (2007) analisa que a legislação que instituiu o SUS definiu as bases do modelo de transferência de recursos federais para os governos subnacionais, tendo em vista o financiamento das ações e serviços descentralizados de saúde, estabelecendo que os recursos sejam transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS), aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Municipais (FMS). Tal processo deveria atender a determinados critérios: perfil demográfico e epidemiológico da população, características da rede de serviços de saúde, desempenho no período anterior, níveis de participação da saúde nos orçamentos municipais e estaduais,

previsão de investimentos, ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas de governo, enfatizando a definição de montantes *per capita* (não menos que a metade dos recursos transferidos).

Entretanto, a forma como se dá a dinâmica de recursos entre os entes federados, que envolve a descentralização e a recentralização de receitas, produz resultados insatisfatórios do ponto de vista do financiamento. Além disso, ao longo dos anos 90, predominou a visão da saúde como fonte de despesa, afastando-a da ideia de direito social ou valor humano (LIMA, 2009).

No tocante à Lei 8.080/90 o artigo 35º define as regras para o financiamento:

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

O artigo 35, mencionado acima, denota a busca pela equidade no SUS. Cita-se, para exemplificar, a experiência de mudanças de critérios de financiamento, realizada no Rio Grande do Sul no período de 1999 a 2002, denominada “Municipalização Solidária da Saúde”, em que foram abordados critérios de financiamento relacionados com: tamanho da população, perfil epidemiológico e características da rede de serviços dos municípios gaúchos. No entanto, excetuando-se algumas iniciativas estaduais, pelo menos no que tange ao inciso II do artigo 35, a LOS não tem sido obedecida (SOLLA et al., 2007).

O fortalecimento do processo de municipalização da saúde e a reforma fiscal efetivada pela Constituição Brasileira de 1988 permitiram o crescimento da participação e das responsabilidades dos municípios no financiamento do SUS nos anos 90, em termos absolutos e relativos (SOLLA et al., 2007).

Segundo SOUZA et al. (2005), o financiamento tem sido o grande impulsionador da implantação de programas/atividades no âmbito de estados e municípios. Apesar disso, o modelo de participação do financiamento federal, geralmente com recursos com

destinação pré-definida, ditos "carimbados", força os municípios a uma política vertical, atendendo mais às necessidades de convênios e programas do que à sua realidade epidemiológica.

Conferir estabilidade ao financiamento da saúde tem sido uma das principais preocupações do legislativo e dos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS. Esta preocupação manifestou-se desde a elaboração do texto Constitucional, concretizando-se no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que estabelece que “até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde”. O dispositivo mostrou-se ineficaz e deu-se continuidade ao embate para definir constitucionalmente um piso mínimo, permanente, de recursos públicos a serem aplicados na manutenção dos serviços do Sistema Único de Saúde (PIOLA et al. 1999).

Com o intuito de melhorar a situação financeira do SUS foi criada a CPMF. A origem da CPMF está em seu congênere antecessor, o IPMF – Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira, criado pelo governo de Itamar Franco em 1993. Devido ao princípio jurídico da anualidade, o IPMF teve problemas, vez que começou a ser cobrado no mesmo ano de sua criação. Com o fim do governo Itamar Franco, inicia-se o governo de Fernando Henrique Cardoso, tendo como ministro da saúde Adib Jatene, que iniciou uma luta para reavivar o IPMF, como uma nomenclatura diferente, visando atender exigências legais, surgindo daí a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira).

A CPMF foi uma solução transitória encontrada para suprir as necessidades do financiamento setorial. Até o ano de 1998, a CPMF destinava-se exclusivamente à saúde. No entanto, quando foi aprovada pela segunda vez em 1999, a alíquota de contribuição passou de 0,20% para 0,38%, adicionando 0,18% para a previdência social e mantendo a alíquota de 0,20% para a saúde (REIS et al. 2001). Passando por extinções e posteriores reedições e sofrendo alterações de alíquota, a CPMF vigorou de janeiro de 1997 a dezembro de 2007, quando nova proposta de prorrogação foi rejeitada pelo senado. O impacto do fim desse imposto ainda é objeto de estudo, sobretudo na saúde, por se tratar de algo ainda recente.

A partir de 2001, com a edição da Emenda Constitucional 29 (BRASIL, 2000), o financiamento da saúde passou a ser melhor controlado e planejado. Esta delimitou a participação efetiva do financiamento das ações de saúde, fixando percentuais para cada ente federativo, esclarecendo também que as ações de saúde devem ser financiadas pelos estados, municípios e união, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Base de cálculo para definição de recursos a serem aplicados nas ações e nos serviços de saúde.

<b>Base de Cálculo Estadual</b>	<b>Base de Cálculo Municipal</b>
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte	ITBI
Quota-parte FPE	Quota-parte FPM
Quota-parte IPI - exportação (75%)	Quota-parte IPI - exportação (25%)
Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%)	Quota-parte ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

Fonte: Resolução 322/2003 (CNS).

A EC-29 representou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor de saúde enfrentou a partir da Constituição de 1988 (com o não cumprimento dos 30% do orçamento da seguridade social), bem como uma vitória da sociedade na questão da vinculação orçamentária como forma de diminuir essa instabilidade (CNS, 2003).

As diretrizes sobre a aplicação da EC-29 foram aprovadas no Conselho Nacional de Saúde (CNS) pela *Resolução n.º 322*, de 8 de maio de 2003. Os cálculos nessa resolução representam os percentuais mínimos a serem aplicados pelos Estados e municípios durante a regra de transição, de 2000 a 2004, para permitir os ajustes graduais nos orçamentos. A partir do ano de 2005, prevalecerão os percentuais de 2004 para Estados, Distrito Federal e municípios e a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) para a União (Quadro 1).

Quadro 3 – Percentuais Mínimos e Vinculação orçamentária para o Sistema Único de Saúde, conforme ano e nível de governo, de acordo com a Emenda Constitucional 29.

Ano	Estado	Município
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

Fonte: Res. 322/2003, CNS.

Com relação à União, foi determinado um acréscimo de 5% em 2000 em relação ao valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB (ADCT, artigo 77, I, "b"). A definição dos critérios de vinculação da União após 2005 ficou ao encargo da Lei Complementar (*Constituição Federal*, artigo 198, § 2º, c/c § 3º, IV), (CAMPELLI e CALVO, 2007).

A EC-29, conforme citado acima, define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e também estabelece regras para o período de 2000 a 2004. Apesar de ter sido criada em 2000 a Emenda necessitava de regulamentação de diversos pontos relacionados às ações de saúde, pois seu efetivo cumprimento dependia da regulamentação desses itens.

Em 2003, o deputado Roberto Gouveia apresentou o PLP Nº 01/2003 propondo a regulamentação da EC 29. Esse projeto de lei tinha como espinha dorsal a Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde. Em 20/03/2007, foi apresentado um substitutivo para o PLS 01/2003: o Projeto de Lei do Senado 121/07.

Em 07/12/2011, foi votado e aprovado um substitutivo ao projeto 121/2007, regulamentando a EC/29, com alteração importante do texto original. Em vez dos 10% da receita corrente bruta definidos pela proposta original, pelo substitutivo o governo federal deve aplicar o valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação nominal do produto interno bruto (PIB), ocorrida entre os dois anos anteriores ao que se referir a lei orçamentária.

Para MENDES (2011), a regulamentação da EC 29, nos moldes em que se deu, representou uma derrota para o financiamento da saúde, uma vez que não apresentou nenhum recurso novo para ser aplicado na saúde pública. O autor menciona ainda que o projeto que se encontrava no Senado (PLS/121/2007) tinha o compromisso de inserir

mais recursos para a saúde, baseando a aplicação da União em 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta (RCB), sem inclusão das receitas de capital e das decorrentes de operação de crédito. Aquele projeto original, se aprovado, acrescentaria para o orçamento federal de 2011 do Ministério da Saúde o correspondente a R\$ 32,5 bilhões.

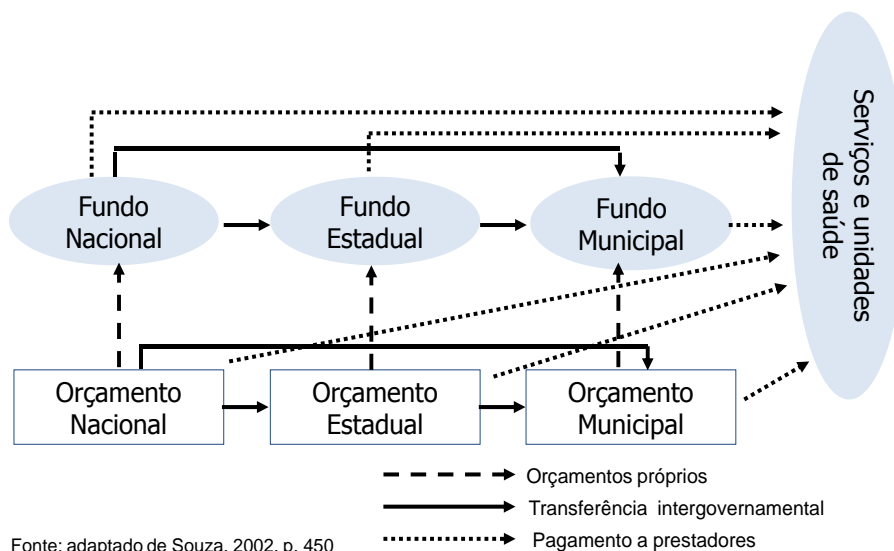
Além disso, segundo estudos publicados pelo CONASS (2011), historicamente a participação percentual da União no financiamento da saúde vem diminuindo, sendo que em 1980 ela era de aproximadamente 75%, em 1990 de 72,7% e no ano 2000 decresceu ainda mais, caindo para 58,6%. Essas diminuições foram compensadas pelo aumento da participação dos estados e sobretudo dos municípios.

Sabe-se que o financiamento da saúde, definido pela Constituição Federal de 1988, é de responsabilidade das três esferas de governo. Entretanto a forma como se dá a dinâmica desse financiamento é complexa, considerando que os recursos financeiros perpassam os três entes federados, muitas vezes não ficando claras as ações contempladas com os recursos. De forma simplificada, a figura 1, traz em linhas gerais, um esquema com a interligada rede que garante os recursos financeiros para o SUS. Os recursos públicos para a saúde originam-se das três unidades federadas constituídas (o DF como o equivalente da esfera estadual), conformam Fundos de Saúde (nacional, distrital, estaduais e municipais), dos quais sai a maior parcela dos recursos aplicados no SUS. Tornando o processo ainda mais complexo, há a possibilidade de alocação de recursos para a saúde tendo como origem o próprio orçamento de cada ente, sem que ele faça parte dos Fundos de Saúde, como é o caso de alguns convênios.

Considerando a trajetória do financiamento do sistema público de saúde e tendo em vista os princípios que sustentam esse sistema e a qualidade que ele deveria ter, pode-se dizer que os recursos públicos destinados à saúde são insuficientes (SERVO et al., 2011).

Comparando-se os gastos do Brasil em relação ao PIB, no ano de 2007 eles representaram 8,4%. Entretanto, destes, apenas 41,6% foram gastos públicos. Esse gasto quando *per capita*, coloca o Brasil classificado abaixo de países como Argentina, Chile e Uruguai (CONASS, 2010).

## Fluxo financeiro no SUS



Não perdendo o foco do objeto de estudo aqui proposto, de investigar o financiamento do SUS contemplando também a regionalização, é importante considerar os diversos esforços que visam a maior equidade na distribuição dos recursos financeiros para estados e municípios promovendo a integralidade e universalidade desse sistema.

Com relação ao Pacto pela Saúde (MS, 2006a) o Financiamento do SUS segue princípios gerais do financiamento, vigentes anteriormente ao Pacto:

- Responsabilidade dos três entes federados de gestão – União, estados e municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;
- Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;
- Repasse fundo a fundo, como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;
- Financiamento de custeio, transferidos em blocos de recursos, provenientes da esfera federal.

## Grupos de financiamento

Parte majoritária das despesas com saúde é efetuada em dois grandes segmentos de assistência, podendo ser classificados como despesas hospitalares e despesas não hospitalares ou ambulatoriais, estas últimas divididas em despesa com atenção básica, e com assistência de média e alta complexidade.

A atenção básica se expressa naqueles contatos iniciais que a população tem ao cuidar de sua saúde. No Brasil, esses cuidados dão-se mediante a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS e PASCAR) e os serviços providos pelas demais unidades básicas de saúde.

No ano de 1978, foi realizada em Alma-Ata, USSR, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, patrocinada pela OMS e UNICEF. Nessa conferência produziu-se uma declaração, na qual foram definidas as necessidades urgentes das populações dos diversos países participantes da mesma, dentre elas, a necessidade de atendimento no nível de atenção primária, entendida como:

Atenção primária significa cuidados essenciais de saúde, baseados em técnicas apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas e ao alcance de todos os membros da comunidade, mediante a plena participação da população a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento. A atenção primária deve fazer parte do sistema de saúde (do qual constitui o núcleo central) e do desenvolvimento global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato da comunidade com o sistema de saúde. Leva os cuidados de saúde ao local onde residem e trabalham as pessoas. A atenção primária é o primeiro elo de um processo contínuo de cuidados à saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978)

No Brasil, tem-se utilizado o termo Atenção Básica, entendido como sinônimo de Atenção Primária. Segundo o Ministério da Saúde, Atenção Básica:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e

continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (MS, 2006b)

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (MS, 2006b).

As despesas ambulatoriais, não de atenção básica, englobam os gastos efetuados com procedimentos realizados sem a necessidade de internação hospitalar (mesmo que ocorra em ambiente hospitalar), podendo se caracterizar como de média complexidade e alta complexidade. As despesas de média complexidade correspondem aos dispêndios com procedimentos como: cirurgias ambulatoriais, procedimentos especializados de profissionais médicos e outros de nível superior, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, instalação de cateter, próteses e órteses e anestesia (MS/SIA/SUS, 2010).

As despesas ambulatoriais de alta complexidade conformam os dispêndios com procedimentos como: hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia (por especificação), quimioterapia, busca de órgãos para transplante, ressonância magnética, medicina nuclear, radiologia intervencionista, tomografia computadorizada, hemoterapia, acompanhamento de pacientes, atenção à saúde, procedimentos específicos para reabilitação (MS/SIA/SUS, 2010c).

A assistência hospitalar caracteriza-se por todos os atendimentos feitos em regime de internação, pelos mais diversos agravos, patologias, cirurgias, investigações clínicas e tratamentos.

## **2.4 Os Sistemas de Informação**

Destacam-se aqui alguns sistemas nacionais de informação (SIOPS, SIH-SUS e SIA-SUS), gerenciados pelo Ministério da Saúde, pelo fato de eles terem sido fonte privilegiada dos dados investigados neste trabalho.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) foi criado em 1999 para mensurar os gastos com saúde e controlar o financiamento das

ações de saúde. TEIXEIRA e TEIXEIRA (2003) analisam que desde a sua implantação, o SIOPS reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos municípios, dos estados e da União, permitindo visualizar, conforme o grau de agregação desejado, o dispêndio e a capacidade de financiamento das ações e serviços públicos de saúde, em nível local, estadual ou federal. Com essa amplitude e versatilidade, constitui-se em banco de dados privilegiado no âmbito das políticas públicas no Brasil. Produzindo informações com regularidade e com qualidade crescente, o sistema conforma-se como uma importante fonte de dados para a realização de estudos por instituições de pesquisa, para o exercício do acompanhamento e fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e avaliação das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para SILVA et al. (2010) os dados gerados pelo SIOPS constituem também insumos para o planejamento e gestão, para a elaboração e implementação dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs) e dos Planos Diretores de Investimentos (PDIs), uma vez que há previsão de aportes, pelo conjunto dos governos, para a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, na busca da melhoria da acessibilidade e da integralidade da atenção à saúde. Mencionam ainda que a Portaria GM/MS nº. 2.047/026 e a Resolução CNS nº. 322/037, que dispõe sobre as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da EC29, de 2000, adotam o SIOPS como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

Sabe-se ainda que a utilização de indicadores de saúde vem sendo bastante discutida no Brasil, principalmente após o processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro. Tais indicadores são produzidos de várias formas e níveis, servindo como um reflexo da situação geral e local. Entretanto, existe muita controvérsia sobre a qualidade destas informações, principalmente no que se refere à fidedignidade dos dados (MOREIRA, 2003).

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) compõe um dos bancos de dados mais rápida e frequentemente atualizado dentro do sistema DATASUS. Como seu objetivo é contábil-financeiro, há uma agilidade na produção de informações, característica não observada nos outros sistemas. Por outro lado, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), apesar de apresentarem dados com potencial

epidemiológico e conter muitas informações, são utilizadas principalmente como fonte geradora de recursos financeiros, subutilizando-se outras informações úteis que elas geram (MS, 2010c).

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) é o sistema que processa toda a informação de produção ambulatorial da Atenção Básica e Especializada do SUS. Este sistema consolida a informação ambulatorial para disseminação posterior pelo DATASUS, além de gerar o valor para pagamento da produção ambulatorial, excetuando-se aquela oriunda da atenção básica (MS, 2010c).

O SIH-SUS e o SIA-SUS fornecem base de dados de utilização quase que esporádica, principalmente ao nível municipal, mas também observado ao nível estadual e federal. Para HAMMANN e LAGUARDIA (2000), a principal razão disto é que o propósito principal destes bancos é contábil-financeiro, não provendo informações epidemiológicas. Mas é exatamente essa natureza contábil-financeira desses sistemas que os qualifica para o presente estudo, apesar de suas limitações.

Os dados consolidados pelo SIA-SUS e o SIH-SUS podem ser utilizados para fornecer informações sobre o financiamento da saúde, tendo em vista os gastos efetuados com a assistência ambulatorial e hospitalar. Isto é possível por meio de pelo menos três tipos de análises: 1) séries temporais de gastos hospitalares *per capita* e por internação; 2) séries temporais de gastos ambulatoriais *per capita* e por tipo de assistência e 3) comparação de ambos os gastos e análise de tendência (SCATENA e TANAKA, 2001).

### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GERAL**

Analisar o financiamento do Sistema Único de Saúde, no Estado de Mato Grosso, no período de 2002 a 2010, com foco nas regiões de saúde contínuas.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar os recursos financeiros públicos aplicados em saúde, segundo volume, origem e região de saúde.

Analisar os gastos públicos com saúde, oriundos de transferências da União, segundo região e tipo de assistência.

Analisar os recursos financeiros e as estratégias, oriundos da esfera estadual, que incentivam o processo de regionalização.

Analisar o conjunto dos gastos públicos com saúde, com vistas a evidenciar padrões diferenciados de financiamento regional.

#### 4. MÉTODO

Segundo MINAYO (2008, p 18), o marco metodológico fundamenta teoricamente o “caminho do pensamento”, seguido pelo investigador, de modo a garantir rigor científico, imprescindível para o desenvolvimento da pesquisa.

Seguindo a afirmação acima, o presente trabalho conforma-se como um estudo descritivo para análise do financiamento da saúde, com vistas ao processo de regionalização.

O estudo em questão faz parte de uma pesquisa mais ampla, coordenada pelo Instituto de Saúde Coletiva/UFMT e intitulada “Análise do processo de regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso”. A referida pesquisa conta com o apoio financeiro do CNPq (Edital Universal N° 014/2010) e está inserida em um projeto de cooperação acadêmica no âmbito da CAPES (PROCAD-NF).

Assim, o estudo centra-se no Estado de Mato Grosso e o financiamento da saúde será apreendido a partir dos gastos com saúde, tendo a regionalização como cenário.

Atualmente, este estado é composto por 141 municípios, com um total de 3.033.992 habitantes (IBGE, 2010), distribuídos em 16 regiões de saúde, estruturadas pela Secretaria de Estado de Saúde/MT (Quadro 3).

Visando facilitar o entendimento do leitor, neste trabalho cada região de saúde foi identificada pelo nome de seu município polo, como já o é na prática dos serviços. Ressalta-se que para as regiões dos municípios polos de Pontes e Lacerda e São Félix do Araguaia, até o momento, oficialmente, ambas seguem a denominação da região das quais foram desmembradas, mas aqui também foram tratadas da mesma forma que as demais.

O estudo tem como foco os recortes regionais existentes no estado e a análise evidencia a distribuição regional dos indicadores investigados.

O estudo cobriu o período de 2002 a 2010. O ano de início foi definido tendo em vista que SIOPS, fonte fundamental de dados desta pesquisa, efetuou uma mudança quanto à despesa realizada com saúde que, antes de 2002, considerava como tal a “despesa empenhada” e após 2002 passou a considerar a “despesa liquidada”.

Despesa empenhada significa, no ciclo orçamentário, aquela que o estado tem a intenção de pagar, porém não houve entrega de mercadoria/serviços, para o mesmo, havendo, portanto, uma reserva orçamentária para o efetivo pagamento do produto/serviço, ainda em trâmite de aquisição. Nesse caso o empenho pode ser estornado.

Quadro 4. Distribuição das Regiões de Saúde, segundo população e número de municípios. Mato Grosso, 2010.

<b>Região de Saúde</b>	<b>Município Polo</b>	<b>População</b>	<b>Nº Municípios</b>
Médio Araguaia	Água Boa	77.401	7
Alto Tapajós	Alta Floresta	106.676	6
Baixada Cuiabana	Cuiabá	911.759	11
Garças Araguaia	Barra do Garças	117.847	10
Oeste Matogrossense	Cáceres	181.056	11
Norte Matogrossense	Colíder	67.964	6
Médio Norte	Diamantino	93.220	7
Vale do Arinos	Juara	51.880	4
Noroeste Matogrossense	Juína	118.718	6
Médio Norte	Tangará da Serra	207.135	11
Teles Pires	Sinop	307.347	14
Vale do Peixoto	Peixoto de Azevedo	95.455	5
Oeste Matogrossense/PL	Pontes e Lacerda	108.772	10
Baixo Araguaia	Porto A. do Norte	74.078	7
Sul Matogrossense	Rondonópolis	452.565	17
Baixo Araguaia/SFA	S. Félix do Araguaia	29.148	6
Mato Grosso		3.033.992	141

Fonte: Censo IBGE, 2010; Secretaria de Estado de Saúde – [www.saude.mt.gov.br](http://www.saude.mt.gov.br)

Já a despesa liquidada é aquela considerada quando já se deu a efetiva entrega do produto/serviço ao estado, já houve a contração da obrigação do estado pagar pelo serviço/produto. Portanto nesse momento, o empenho referente à despesa não pode mais ser estornado.

Para que a despesa seja paga, é preciso a indicação a fonte da qual sairá o recurso para tal despesa, indicando de qual esfera de governo origina-se recurso.

A fonte é a receita, que possui uma classificação, dentre elas a institucional, que tem por finalidade demonstrar os órgãos e unidades orçamentárias que, respondendo pela arrecadação, são detentoras das receitas. O fundamento legal da classificação está na disposição constitucional, que estabelece que o orçamento fiscal e o da seguridade social referem-se aos poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta (SEPLAN, 2010).

A fonte de recurso representa a parcela, ou mesmo, a totalidade de receita que se vincula a determinada despesa. Tem a finalidade de “repartir” a receita, ou seja, é a ligação entre a classificação econômica da receita e a despesa. Nesse sentido, pode-se dizer que um único item de receita pode ter uma, duas ou várias fontes de recursos a ela associada, dependendo do dispositivo constitucional ou legal que rege a distribuição de determinada natureza de receita (SEPLAN, 2010).

Especificamente neste estudo, que trata de verificar o financiamento da saúde e o processo de regionalização, constata-se que a receita realizada, abarca a despesa, que é sua contrapartida.

O Ministério da Saúde (MS, 2006c) buscando também esclarecer algumas terminologias, traz definições de termos usuais na área econômica, voltados para o setor saúde. Dentre eles: *despesa* - montante de recursos gastos, em um determinado período, que não está diretamente relacionado com a atividade fim, pode ser apropriado ou não, no produto ou serviço, sob a forma de custo indireto. Exemplos: salários da administração, telefone e aluguel. Já a *despesa em saúde* - desembolso que se dá em virtude da obtenção de bens ou de serviços de saúde, sendo que o desembolso não implica uma preocupação com o produto ou serviço a ser gerado.

SILVA (2004b) afirma que os gastos dos serviços de saúde e dos serviços sanitários podem ser suportados por prestadores dos serviços (pessoal, locais, equipamentos, materiais e fornecimento etc.) e usuários (meios de transporte, medicamentos etc.).

As transações financeiras no setor saúde ocorrem através dos fundos de saúde, utilizados para as transferências de recursos, que cobrirão as despesas de saúde das esferas governamentais responsáveis pelas ações de saúde no Brasil. Assim, para fundo de saúde, o Ministério da Saúde (MS, 2005, p30), define:

Fundo ou conta específica que engloba todos os recursos destinados ao setor Saúde – de doações, rendimentos, repasses e transferências – que, obrigatoriamente, só podem ser utilizados em ações e serviços de saúde. Os recursos destinados ao setor Saúde estão no âmbito federal, estadual ou municipal.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é um Fundo especial, organizado de acordo com as diretrizes e os objetivos do SUS, cujos recursos estão previstos na Lei Orçamentária Anual conforme o Plano Plurianual dos Projetos e Ações Governamentais e que são provenientes de fontes nacionais e internacionais, sendo que todos os recursos desse fundo transitam em conta única e em consonância com o preceito constitucional de aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde (MS, 2006b).

O Fundo Estadual de Saúde é uma conta em que são depositados todos os recursos que são repassados ao estado federado pelo Ministério da Saúde para serem utilizados na saúde, além daqueles destinados à saúde pela própria esfera estadual. Já o Fundo Municipal de Saúde é um fundo ou conta em que são depositados todos os recursos que são repassados ao município pelo Ministério da Saúde e pelo estado federado, para serem utilizados na saúde, além daqueles destinados à saúde pelo próprio município.

Os dados aqui apresentados foram deflacionados, com base no Índice de Preço ao Consumidor Amplo – IPCA-E, visando dimensionar o montante de recursos aplicados na saúde, ao longo do período estudado, trazendo à realidade de 2010, a questão do financiamento da saúde.

Os índices de preços são números que agregam e representam os preços de uma determinada cesta de produtos. Sua variação mede a variação média dos preços dos produtos dessa cesta. Podem se referir a preços ao consumidor, preços ao produtor, custos de produção ou preços de exportação e importação. Os índices mais difundidos são os índices de preços ao consumidor, que medem a variação do custo de vida de segmentos da população, a taxa de inflação ou de deflação (BACEN, 2010).

Os índices de preços ao consumidor são definidos de acordo com o consumidor e isso vai depender do objetivo que preside a elaboração de cada IPC. No caso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vinculado ao Ministério do Planejamento, ele produz dois IPCs: o Índice Nacional de Preços ao Consumidor

(INPC) e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). O INPC se destina a medir a variação de preços para famílias, com o chefe assalariado, de renda mais baixa (que são geralmente as famílias mais afetadas pela inflação), procurando cobrir cerca de metade daquelas famílias. Assim, baseia-se atualmente numa amostra de famílias com o rendimento familiar mensal de 1 a 6 salários mínimos (na amostragem definida em 2003). Já o IPCA procura medir o movimento geral de preços no mercado varejista, e assim considera famílias com renda, de qualquer fonte, entre 1 a 40 salários mínimos (excluindo, dessa forma, famílias de rendas muito baixas ou muito altas, cujos hábitos de consumo são em geral menos uniformes). As famílias nessa faixa de renda representam mais de 90% do total de famílias brasileiras.

O IPCA é o índice mais relevante do ponto de vista da política monetária, já que foi escolhido pelo Conselho Monetário Nacional (CMN) como referência para o sistema de metas para a inflação, implantado em junho de 1999.<sup>4</sup>

O IPCA/IBGE mede a variação dos custos dos gastos conforme acima descrito no período do primeiro ao último dia de cada mês de referência e no período compreendido entre o dia oito e doze do mês seguinte o IBGE divulga as variações. Seu início deu-se em Janeiro de 1980 (coleta iniciada no final de 1979).

Neste estudo, utilizou-se o IPCA-E, índice de preços ao consumidor amplo especial, que se constitui no IPCA-15 acumulado.

Os valores foram multiplicados por um fator de deflação anual, originado a partir dos índices de inflação acumulada anualmente, constantes no quadro 5, ano a ano.

Quadro 5 – Inflação anual acumulada (IPCA) e fatores de correção para valores de dezembro de 2010.

ANO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Inflação acumulada	12,53%	9,3%	7,6%	5,69%	3,14%	4,45%	5,9%	4,31%	5,9%
Fator de deflação	1,567	1,433	1,332	1,261	1,222	1,170	1,105	1,059	1,025

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do IBGE (<http://www.portalbrasil.net/ipca.htm>).

#### Fontes de recursos

Para as despesas com ações de saúde no estado de Mato Grosso, existem cinco fontes possíveis, com distintas origens: Fonte 100 (tesouro do estado), 112 (Ministério

<sup>4</sup> Extraído do sitio [www4.bcb.gov.br/pec/gci/port/focus/FAQ02%20%C3%8Dndices%20de%20Pre%C3%A7os.pdf](http://www4.bcb.gov.br/pec/gci/port/focus/FAQ02%20%C3%8Dndices%20de%20Pre%C3%A7os.pdf)

da Saúde) e 134 (estado, especificamente daquela parte do orçamento definido pela EC-29), fonte 240 (receita própria de serviços da instituição) e fonte 309 (convênios entre a União e o estado) (SEPLAN –MT, 2010). Foram tratadas nesse estudo as despesas financiadas pelas fontes 100, 134, 112.

Para caracterizar os recursos financeiros aplicados em saúde, segundo fonte e volume, por região (1º objetivo), foram analisados os seguintes indicadores:

Despesa total com saúde por habitante/ano;

Despesa com recursos próprios municipais por habitante/ano;

Despesa com recursos oriundos de transferências do SUS por habitante/ano;

Percentual de recursos próprios investidos em saúde, segundo a EC-29 (do estado e do conjunto de municípios que compõem cada região)

Para este levantamento, foram utilizados os indicadores e a base de dados do SIOPS.

Tal conjunto de dados permitiu verificar as eventuais diferenças, em volume de recursos e participação dos três entes envolvidos, entre as 16 regiões de saúde do Estado de Mato Grosso.

Numa segunda abordagem, o estudo visou caracterizar, em cada região, como se davam as despesas com saúde por tipo de assistência (2º objetivo): hospitalar e ambulatorial, esta última contemplando a atenção básica e a assistência de média e alta complexidade. Para tal fim, foram analisadas as despesas oriundas de recursos transferidos pela União, única fonte com dados que permite tal análise, e que estão disponíveis no período e na abrangência considerados. Foram analisados os seguintes indicadores:

Despesa com assistência hospitalar por habitante/ano;

Despesa com assistência ambulatorial por habitante/ano;

Despesa com atenção básica por habitante/ano;

Despesa com assistência de média complexidade por habitante/ano;

Despesa de alta complexidade por habitante/ano;

Percentual de despesas com os distintos tipos de assistência, por ano.

Tais informações foram coletadas do sítio do DATASUS, oriundas de fontes distintas: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS (para as despesas

com assistência hospitalar); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS (para as despesas com assistência ambulatorial de média e alta complexidade) e SIOPS (para as informações de despesa com atenção básica). Ressalta-se que a partir de 2001, o SIA-SUS não mais informa os valores gastos com atenção básica, os quais podem ser apreendidos mediante as transferências fundo a fundo, na forma de Piso da Atenção Básica (fixo e variável). Tal dado foi levantado para cada um dos 141 municípios matogrossenses, das planilhas de transferência fundo a fundo, disponíveis no sítio do MS/FNS (<http://www.fns.saude.gov.br/ConsultaFundoafundo.asp>), tendo em vista que esta informação não está disponível de forma consolidada por regiões de saúde.

Finalmente, o estudo buscou identificar e caracterizar os recursos financeiros que incentivam o processo de regionalização (3º objetivo). Neste sentido, foram pesquisadas, nas transferências estaduais para a saúde, aquelas que chegam às instâncias regionais ou ao conjunto de municípios de cada região, especificamente como incentivo à regionalização. Como fonte destes dados elenca-se inicialmente: a Secretaria de Estado de Saúde, a Secretaria de Estado de Planejamento e Secretaria de Estado de Fazenda, apoiando-se principalmente no Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças (FIPLAN).

Ressalta-se que os Consórcios Intermunicipais de Saúde e os repasses financeiros remetidos a eles são considerados no âmbito deste estudo (e nesta etapa específica), como estratégia para a regionalização utilizada pelo Estado de Mato Grosso.

Outra forma de transferência de recurso analisada no estudo foram os convênios. Para esse item, apresentou-se um histórico do ano de 2006 a 2010, uma vez que não há registros dos dados totais do período do estudo, de 2002 a 2010, na Secretaria de Estado de Saúde, por motivo de mudança do sistema informatizado de acompanhamento de execução dos recursos.

Os convênios aqui apresentados estão reunidos conforme nível de assistência para o qual foi destinado o recurso, bem como região de saúde de Mato Grosso.

Foram analisados recursos transferidos para os níveis de assistência de Atenção Básica, Assistência Ambulatorial, Assistência Hospitalar, Convênios com Casas de Apoio e aquisição de automóveis para os municípios que compõem as diversas regiões.

No tocante a convênios com casas de apoio, esses recursos estão relacionados com os tratamentos fora de domicílio (TFD), os quais são direcionados em geral a

entidades filantrópicas que abrigam os pacientes do SUS em tratamento fora das cidades em que residem.

Ainda que muitos dados tenham sido coletados individualmente para cada município, a unidade de análise foi a região de saúde e o conjunto de dados de financiamento foi explorado e analisado mediante comparação entre as 16 regiões.

Foi construída uma matriz preliminar para orientar a análise do conjunto de dados (Quadro 6).

A intenção do estudo também foi explorar o conjunto de informações levantadas para fomentar hipóteses acerca do processo de regionalização no estado. O volume de recursos utilizados e a forma como são aplicados, nas 16 regiões constituídas, podem indicar as particularidades dos serviços de saúde, inclusive se eles conformam redes regionalizadas.

### **Considerações Éticas**

Este trabalho, como já citado anteriormente, faz parte de um projeto maior, já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (Protocolo nº 681/CEP-HUJM/09). Mesmo assim, ressalta-se que o presente recorte envolve o levantamento, processamento e análise de dados secundários relativos a despesas com saúde, a maioria de livre acesso. A consulta a dados institucionais não disponibilizados nos sistemas de informações nacionais (*on line*) foi feita somente após a autorização do gestor responsável.

Quadro 6 – Matriz de coleta, processamento e análise dos dados financeiros no Estado de Mato Grosso

Característica	União	Estado	Municípios	Indicadores
Volume de recursos				Despesa total com saúde por habitante/ano Despesa com recursos próprios estaduais por habitante/ano Despesa com recursos próprios municipais por habitante/ano Atendimento à Emenda Constitucional nº 29
Participação dos entes federados no financiamento da saúde				Percentual de transferência da União para a saúde Percentual de transferência do estado para a saúde Percentual de transferência dos municípios para a saúde
Recursos federais por setores da assistência à saúde				Despesa com assistência hospitalar por habitante/ano; Despesa com assistência ambulatorial por habitante/ano; Despesa com atenção básica por habitante/ano; Despesa com assistência de média e alta complexidade por habitante/ano;
Recursos estaduais para estímulo à regionalização				Repasse financeiro para ações/atividades de saúde regionalizadas Repasse financeiro a Consórcios Intermunicipais de Saúde Repasse financeiro a Hospitais Regionais
Utilização de recursos frente a desigualdades regionais				Busca de estabelecimento de correlação entre indicadores econômicos e indicadores demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e relativos à rede de serviços de saúde.

## 5. RESULTADOS

O financiamento da saúde compete aos três entes federados, de acordo com o Art. 198 da Constituição (BRASIL, 1988), complementada pela Emenda Constitucional 29 (BRASIL, 2000), que estipula os percentuais mínimos que cabem a cada ente federado, para o financiamento das ações de saúde no Brasil.

Inicialmente, apresenta-se um panorama geral das despesas com saúde no Estado de Mato Grosso, considerando os recursos alocados pelos três entes federados que sustentam o financiamento do SUS neste estado.

Nos nove anos analisados, deu-se um aumento expressivo das despesas com saúde, tanto em valores absolutos como *per capita* (Tabela 1). Em 2010 foram gastos com saúde no estado cerca de 2,2 bilhões de reais, o que representou R\$ 739,53 por habitante, nesse ano.

Tabela 1. Despesas gerais com saúde (valores absolutos, *per capita* e percentuais) segundo origem dos recursos, MT, 2002 a 2010

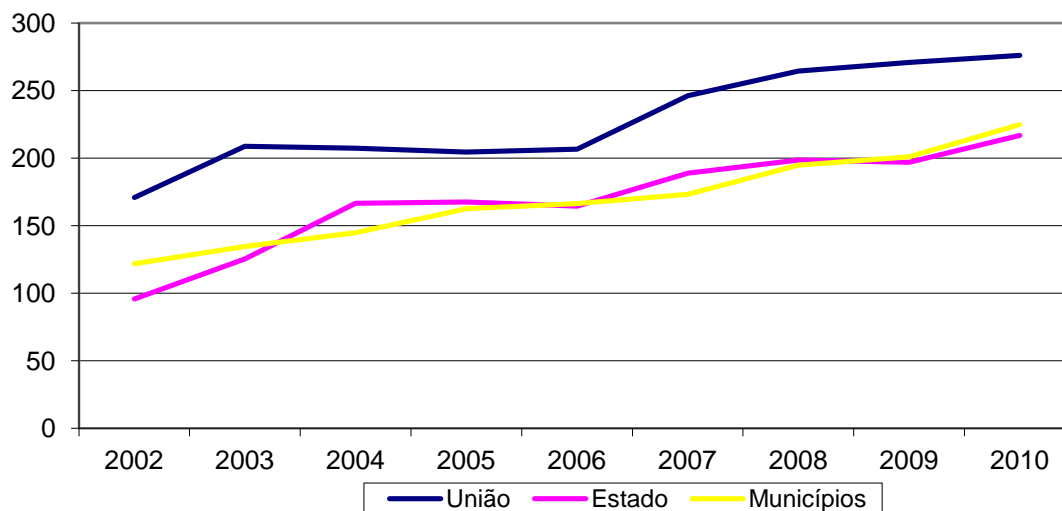
Ente	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Valores absolutos (em milhões de reais)</b>									
União	444,94	557,81	567,12	582,24	592,31	744,16	828,87	877,79	894,57
Estado	249,42	332,21	449,47	469,51	469,66	539,30	587,40	591,46	650,54
Municípios	317,38	356,81	390,56	455,87	475,11	494,20	575,95	603,19	674,75
<b>Total</b>	<b>1011,75</b>	<b>1246,83</b>	<b>1407,16</b>	<b>1507,62</b>	<b>1537,08</b>	<b>1777,66</b>	<b>1992,22</b>	<b>2072,44</b>	<b>2219,86</b>
<b>Despesas per capita</b>									
União	170,82	210,39	210,22	207,70	207,32	260,69	280,24	292,43	298,02
Estado	95,76	125,30	166,61	167,49	164,39	188,92	198,60	197,04	216,72
Municípios	121,85	134,58	144,77	162,62	166,30	173,12	194,73	200,95	224,79
<b>Total</b>	<b>388,43</b>	<b>470,27</b>	<b>521,61</b>	<b>537,81</b>	<b>538,01</b>	<b>622,73</b>	<b>673,56</b>	<b>690,42</b>	<b>739,53</b>
<b>Valores relativos (%)</b>									
União	43,98	44,74	40,30	38,62	38,53	41,86	41,61	42,36	40,30
Estado	24,65	26,64	31,94	31,14	30,56	30,34	29,48	28,54	29,31
Municípios	31,37	28,62	27,76	30,24	30,91	27,80	28,91	29,11	30,40
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, e nas transferências fundo a fundo do MS.

A figura 1 ilustra bem o comportamento das despesas *per capita*, considerando os três entes federados. Enquanto a União se destaca como a principal mantenedora das despesas com saúde, o estado e o conjunto dos 141 municípios matogrossenses, num patamar um pouco abaixo, complementam o financiamento da saúde, com evolução muito parecida. Nos anos de 2002 e 2003 a participação do estado era inferior à do conjunto dos municípios; superando-a ou mantendo-se muito próxima a ela de 2004 a

2010. Com pequenas oscilações, os três entes reproduzem um importante incremento nos gastos com saúde.

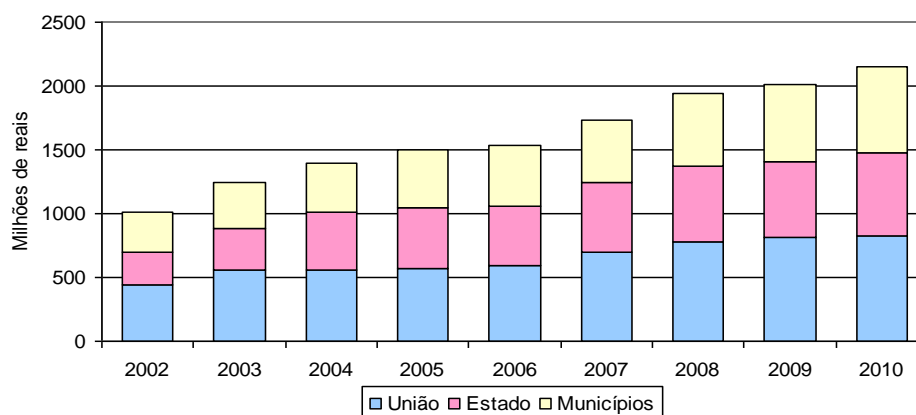
Figura 2 - Despesas gerais com saúde (em Reais *per capita*) segundo origem do recurso. MT, 2002 a 2010



Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, e nas transferências fundo a fundo do MS.

Como informa a tabela 1, a participação da União nas despesas com saúde mantém-se acima (ou próxima) dos 40%. Ao longo dos nove anos, o estado aumentou gradualmente sua participação e ao final do período de estudo ambos, estado e municípios, têm uma contrapartida de cerca de 30%. A figura 2 mostra tanto a elevação dos dispêndios com saúde como as alterações na participação de cada ente federado.

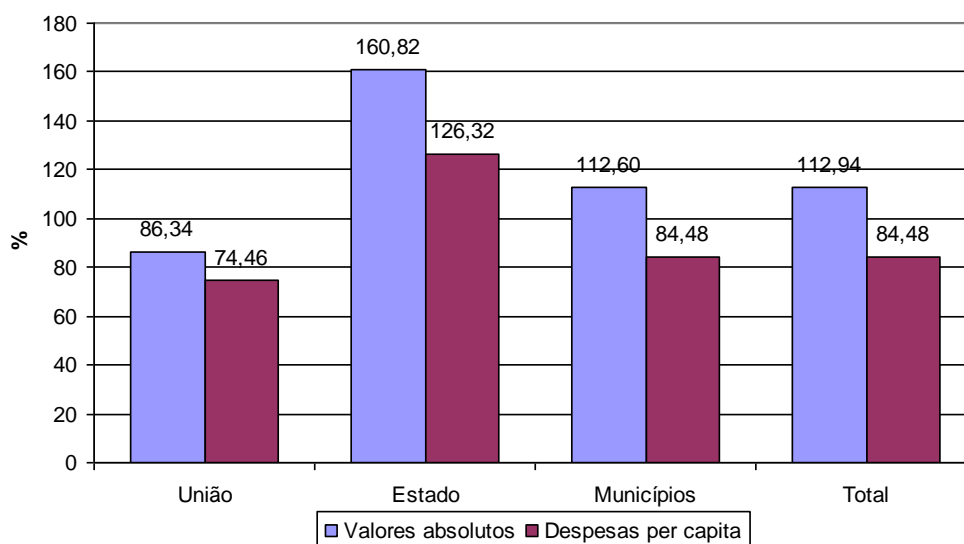
Figura 3 - Despesas com saúde com recursos próprios (em R\$ milhões reais de dezembro de 2010), segundo origem do recurso, MT, 2002 a 2010.



Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, e nas transferências fundo a fundo do MS.

O incremento diferenciado das despesas com saúde, pelos três entes federados é evidenciado pela figura 3. Nos valores absolutos o incremento real (descontada a inflação) foi superior a 100%, destacando-se o incremento da contrapartida estadual (161%). Como a população do estado elevou-se 15% nesse período, o incremento per capita foi um pouco inferior, respeitando a ordem: União (74,5%), municípios (84,5%) e estado (126,3%). Esse maior incremento das despesas do estado deve-se, em parte, ao não cumprimento do que preceituava a EC-29 para os anos iniciais dessa série, como se verá à frente.

Figura 3 – Variação percentual das despesas com saúde por ente federado (em valores de dezembro de 2010, de 2002 a 2010).



Fonte: Elaboração própria com base no SIOPS, e nas transferências fundo a fundo do MS.

### 5.1 Despesas com saúde sob responsabilidade dos municípios

Como mencionado acima, os municípios contribuem com aproximadamente 30% do total gasto com saúde no estado de Mato Grosso, mas são também responsáveis pela aplicação de recursos oriundos da União e do estado. Objetiva-se, nessa seção, conhecer as despesas com saúde efetuadas e informadas pelo conjunto de municípios que compõem cada região de saúde do estado.

A tabela 2 informa as despesas totais com saúde *per capita*, sob responsabilidade do conjunto de municípios de cada região de saúde. Comparando o total destas despesas

com aquele total da tabela 3, observa-se que as despesas informadas pelos municípios são inferiores às aquelas. Pode-se dizer, pelos dados aqui apresentados e que foram informados pelos municípios no SIOPS, que as despesas “sob responsabilidade dos municípios” (Tabela 3) representam cerca de 60% das despesas totais com saúde no estado.

Tabela 2 – Despesas totais com saúde (em reais *per capita*), informadas pelo conjunto de municípios, segundo região de saúde, MT, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	241,43	262,87	290,38	369,06	383,76	390,60	425,73	473,10	510,68
Alta Floresta	187,47	198,39	253,51	254,58	270,30	266,18	328,94	345,72	372,25
Baixada Cuiabana	253,43	251,44	283,22	288,23	309,76	340,80	391,27	432,82	468,05
Barra do Garças	248,88	268,27	349,93	386,85	409,02	419,45	453,39	447,01	480,37
Cáceres	158,03	164,06	182,23	187,60	205,46	219,37	238,99	255,78	277,84
Colider	175,15	149,94	207,13	217,41	248,98	270,74	301,38	317,04	344,55
Diamantino	194,37	232,03	271,59	281,79	293,52	304,56	321,45	377,09	423,75
Juara	207,00	193,33	210,18	214,00	255,68	345,91	409,58	445,81	464,20
Juina	196,69	216,48	259,81	299,03	331,60	285,82	323,37	344,07	385,11
Peixoto de Azevedo	187,11	194,94	222,95	262,92	286,89	280,11	326,24	333,54	353,08
Pontes e Lacerda	173,25	180,56	202,03	214,98	250,57	292,98	351,76	372,51	391,73
Porto A. do Norte	193,65	192,16	251,90	265,87	303,22	377,84	385,85	398,68	403,49
Rondonópolis	216,58	261,66	311,47	345,97	361,28	382,14	430,49	460,25	491,24
S. Felix do Araguaia	285,75	320,46	363,82	442,80	467,19	485,72	556,92	532,30	628,21
Sinop	225,38	256,02	291,61	289,82	317,52	329,72	381,58	369,38	435,17
Tangará da Serra	235,22	249,38	299,11	280,55	299,41	304,34	367,06	397,76	429,74
<b>Mato Grosso</b>	<b>222,23</b>	<b>235,62</b>	<b>274,93</b>	<b>288,79</b>	<b>311,24</b>	<b>330,78</b>	<b>377,14</b>	<b>402,23</b>	<b>437,54</b>

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIOPS.

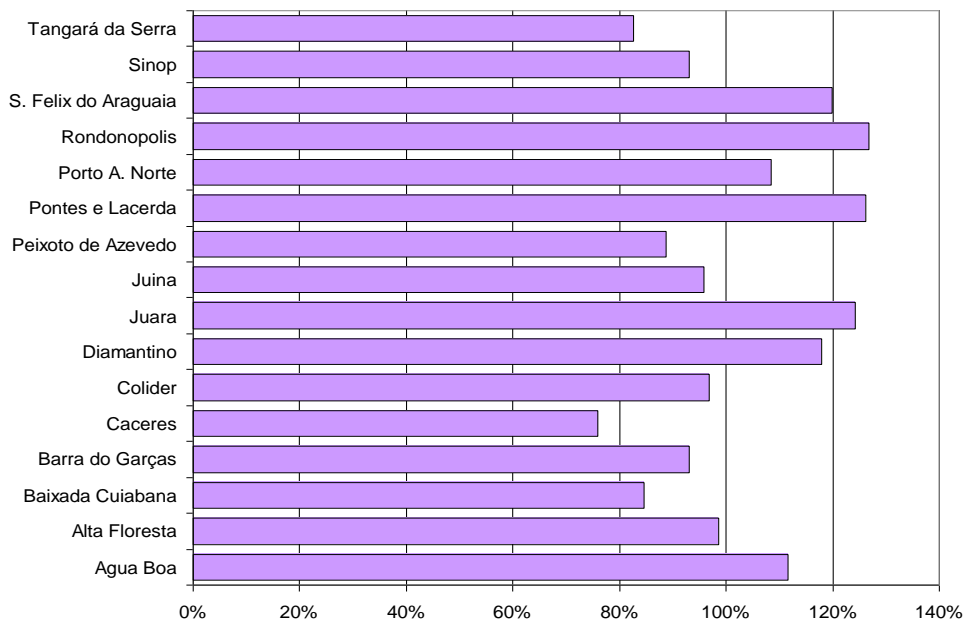
Observa-se que os gastos *per capita* referentes à região de São Félix do Araguaia são os maiores, dentre as 16 regiões, mantendo-se nesta situação ao longo do período estudado. Nos últimos quatro anos da série estudada, destacam-se também as regiões de Água Boa, Barra do Garças e Rondonópolis.

Em contrapartida, a região de Cáceres, historicamente sobressai-se como a de menor despesa com saúde *per capita*, seguida pela de Colider.

No entanto, todas as 16 regiões tiveram importante aumento do gasto *per capita* com saúde de 2002 a 2010, em sua quase totalidade superior a 80% (Figura 4). As regiões que tiveram maior incremento no seu gasto total com saúde foram: Juara, Rondonópolis e Pontes e Lacerda, acima de 120%. A única região que apresentou incremento nos gastos com saúde inferior a 80% foi Cáceres (75,8%). Reitera-se que

tais percentuais refletem aumento real de gastos, vistos que todos os valores informados foram deflacionados.

Figura 4 – Variação percentual dos gastos totais *per capita* com saúde, segundo região de saúde, MT, 2002 a 2010.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIOPS.

Com relação às despesas em saúde efetuadas com recursos próprios municipais, o maior valor foi encontrado na região de São Félix do Araguaia e o menor na de Peixoto de Azevedo (Tabela 3).

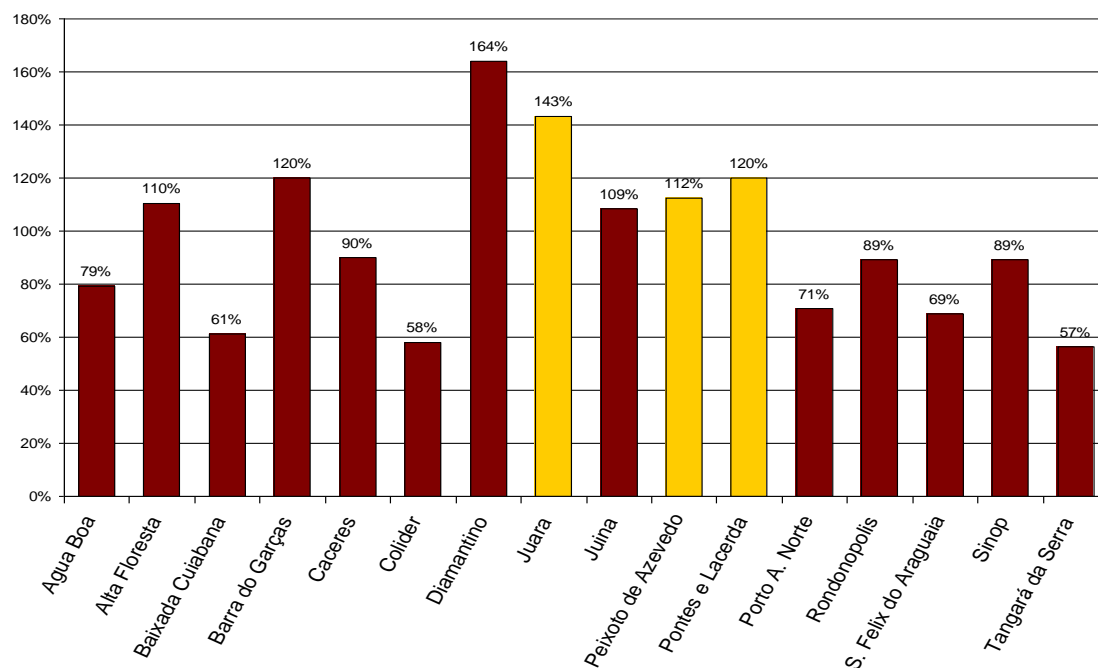
Também se observou elevação das despesas em saúde com recursos próprios em todas as regiões do estado, elevação esta que variou de 57% a 164% (Figura 5). As regiões de Tangará da Serra, Colider e Baixada Cuiabana apresentaram os menores incrementos, enquanto nas regiões de Diamantino e Juara deram-se os maiores incrementos.

Tabela 3 – Despesas com saúde (em R\$ *per capita*) efetuadas com recursos próprios municipais, segundo região de saúde, MT, 2002 a 2010

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	165,55	194,38	189,39	217,74	243,45	236,15	241,01	286,41	296,66
Alta Floresta	80,02	101,46	125,77	120,21	124,81	113,99	144,10	134,56	168,20
Baixada Cuiabana	112,40	116,41	104,78	133,44	137,83	131,94	134,02	153,40	181,40
Barra do Garças	95,53	132,17	165,56	184,78	160,84	179,14	203,45	196,63	210,34
Cáceres	100,13	109,42	117,64	124,29	141,89	134,02	150,07	170,82	190,27
Colider	117,82	99,20	144,71	139,42	158,04	167,04	189,30	186,81	185,96
Diamantino	101,37	149,95	179,84	189,92	177,26	176,13	222,26	239,91	267,58
Juara	89,68	109,52	120,53	124,54	139,60	177,51	193,82	183,65	218,02
Juina	85,42	106,75	114,52	158,08	137,18	142,70	143,18	153,15	178,16
Peixoto de Azevedo	71,16	96,26	106,39	141,87	129,92	124,82	161,68	147,40	151,16
Pontes e Lacerda	112,43	141,44	149,50	154,66	159,66	185,09	238,50	239,07	247,35
Porto A. Norte	122,40	137,00	130,24	124,36	123,31	239,92	222,01	199,96	208,93
Rondonópolis	150,08	149,77	177,77	204,66	206,70	223,66	248,06	264,77	283,66
S. Felix do Araguaia	192,48	194,23	196,18	289,75	232,10	247,05	350,47	255,10	324,83
Sinop	160,13	178,12	202,48	200,38	215,13	226,00	281,71	247,35	303,23
Tangará da Serra	162,30	189,66	213,42	198,66	210,66	210,90	242,32	255,04	254,13
<b>Mato Grosso</b>	<b>121,85</b>	<b>134,57</b>	<b>144,77</b>	<b>162,62</b>	<b>166,29</b>	<b>173,12</b>	<b>194,72</b>	<b>200,95</b>	<b>224,79</b>

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIOPS.

Figura 5 – Variação percentual das despesas em saúde (*per capita*), efetuadas com recursos próprios municipais, segundo região de saúde, MT, 2002 a 2010



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIOPS.

Já com relação às despesas em saúde efetuadas com recursos oriundos de transferências do SUS, destacam-se, pelos valores mais elevados, as regiões de Barra do Garças, Baixada Cuiabana e São Félix do Araguaia, esta última a partir de 2004. Os valores menos elevados aparecem nas regiões de Cáceres, Pontes e Lacerda e Sinop (Tabela 4).

Tabela 4 - Despesa *per capita* com recursos oriundos de transferências do SUS, segundo região de saúde, MT, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	80,75	91,45	128,36	164,27	150,34	173,33	182,13	221,01	234,05
Alta Floresta	107,45	106,03	131,26	142,70	156,49	155,48	190,89	201,16	208,17
Baixada Cuiabana	141,03	146,89	159,15	161,48	162,91	192,58	248,36	253,77	261,79
Barra do Garças	153,34	145,50	179,28	204,34	238,46	220,14	281,00	258,66	279,40
Cáceres	57,89	57,30	63,43	56,27	67,05	82,14	84,97	81,96	100,05
Colider	57,34	55,52	62,43	79,68	93,79	102,59	113,06	144,39	148,64
Diamantino	93,00	91,83	95,89	95,89	118,29	126,82	125,69	146,04	166,57
Juara	117,32	86,17	91,40	81,87	110,94	161,81	208,61	227,33	229,62
Juina	111,27	116,35	131,37	138,16	196,65	149,26	187,39	191,05	208,21
Peixoto de Azevedo	115,96	111,61	116,56	125,96	164,04	156,27	159,57	187,44	200,19
Pontes e Lacerda	60,82	45,84	54,67	63,39	85,84	108,91	145,63	139,10	144,63
Porto A. Norte	71,26	65,98	121,38	144,81	178,92	188,12	208,90	207,51	192,82
Rondonópolis	66,49	114,69	132,98	137,13	147,80	163,70	175,47	191,37	199,52
S. F. Araguaia	93,29	127,39	166,57	164,40	232,70	227,11	254,40	275,28	335,14
Sinop	65,26	87,14	91,08	94,12	110,09	108,78	105,90	120,11	137,17
Tangará da Serra	72,93	67,01	84,18	86,38	106,39	108,91	126,03	136,35	164,98
<b>Mato Grosso</b>	<b>100,38</b>	<b>109,24</b>	<b>123,86</b>	<b>128,90</b>	<b>143,34</b>	<b>155,58</b>	<b>183,92</b>	<b>192,75</b>	<b>205,10</b>

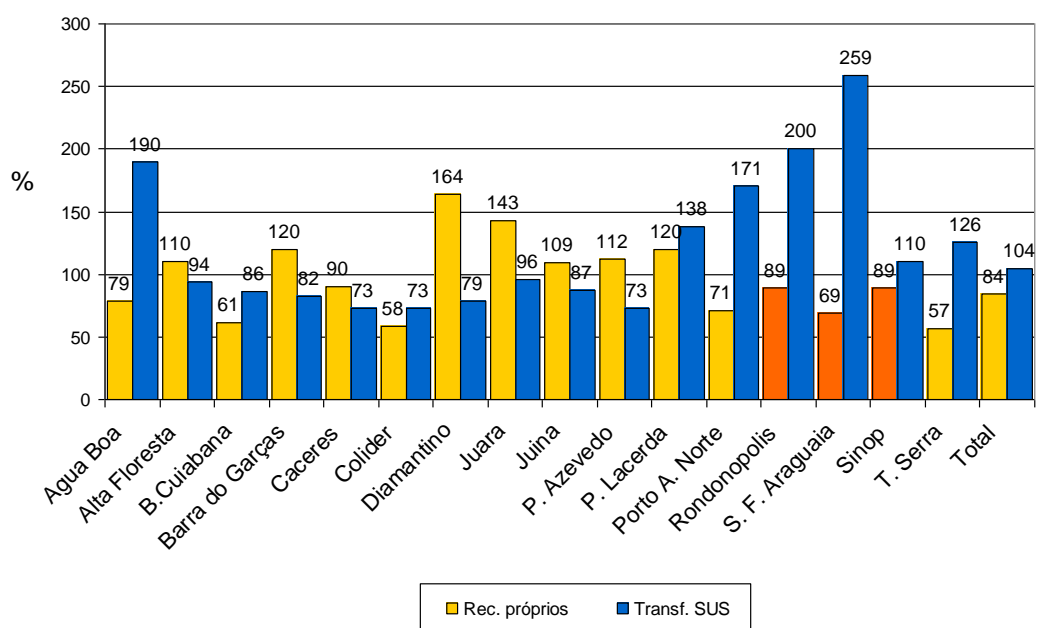
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIOPS

Comparando-se a variação percentual das despesas efetuadas com recursos próprios municipais e das despesas efetuadas com transferências do SUS, constata-se que em 9 das 16 regiões, a elevação das despesas efetuadas com recursos transferidos do SUS foi maior que a elevação das despesas com recursos próprios municipais (Figura 6).

Analisando-se nos dois anos extremos os recursos próprios municipais e os recursos oriundos de transferência do SUS, observa-se uma dinâmica interessante (Figura 7). As despesas com saúde no ano de 2002 tinham valor médio de cerca de R\$ 200,00 e valor máximo aproximado de R\$ 300,00, sendo que em torno de 60% desse total eram provenientes de recursos transferidos do SUS. Em seis regiões as despesas

com saúde eram feitas majoritariamente com recursos transferidos, principalmente da União. Em nove regiões os recursos próprios municipais prevaleciam.

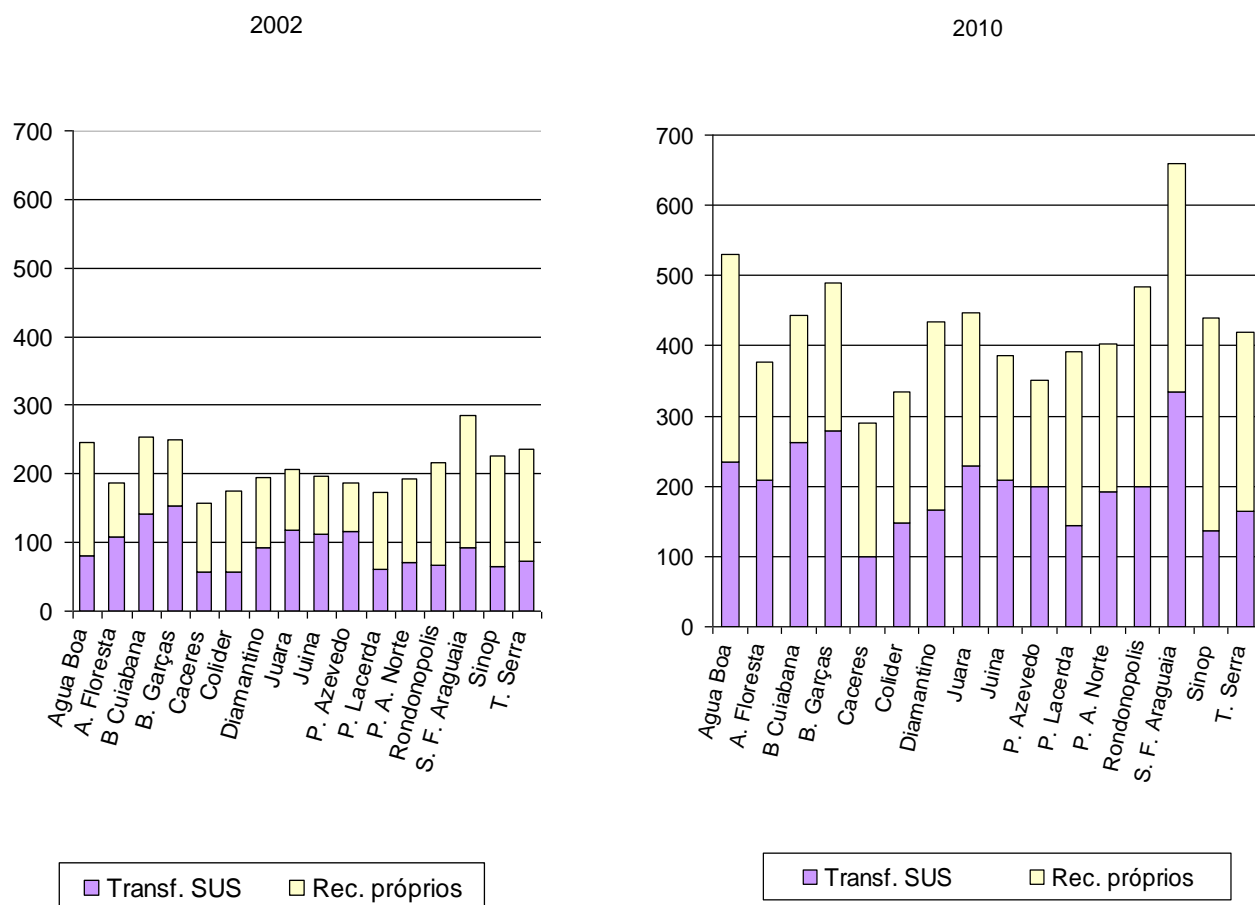
Figura 6 – Variação percentual das despesas com saúde (*per capita*) efetuadas com recursos próprios municipais e com recursos de transferências do SUS, segundo região de saúde, MT, 2002 e 2010



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIOPS.

No ano de 2010, as despesas com saúde praticamente dobraram, com valor médio de cerca de R\$ 400,00 e valor máximo de cerca de R\$ 620,00. Os recursos oriundos de transferências passam a representar cerca de 45% das despesas. Em algumas regiões diminuiu a dependência de recursos oriundos de transferências do SUS (Diamantino, Juara) e em outras tal dependência aumentou (Água Boa e São Félix do Araguaia).

Fig. 7 Despesas com saúde (em reais *per capita*) segundo região de saúde e origem do recurso, MT, 2002 e 2010.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIOPS.

A Emenda Constitucional 29/00 fixou percentuais de recursos a serem aplicados em saúde, tanto para União, como para Estados e Municípios. A tabela 5 apresenta os percentuais de recursos próprios aplicados em saúde no período estudado, tanto pelo conjunto de municípios que formam cada região estudada quanto pelo estado. Em todo o período, observou-se que, agregados em região, os municípios têm cumprido os percentuais mínimos determinados pela EC-29, atendendo o que a Emenda preceituava para cada ano. Em 2002, ainda que algumas regiões não atingissem 15%, na média o conjunto de municípios matogrossenses aplicou 16,5% de recursos próprios em saúde, valor superior ao percentual preconizado para 2004. Já em 2005, os municípios atingiam 20%, percentual que foi sendo mantido, com pequenas oscilações, até 2010.

Quanto à contrapartida do estado, embora com discreta elevação, o percentual aplicado de 2002 a 2009 manteve-se sempre inferior ao mínimo preconizado pela EC-20 (Tabela 5). Somente em 2010 é atingido o percentual de 12,28%, ressaltando-se que mínimo preceituado para os estados, desde 2004, é 12%.

Tabela 5 – Percentual de recursos próprios investidos em saúde, segundo a EC-29, pelo conjunto de municípios que compõem cada região e pelo estado, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	17,6	18,86	17,39	19,36	19,61	19	18,4	22,74	21,27
Alta Floresta	14,47	17,83	19,75	18,82	19,18	16,88	18,25	17,61	21,09
Baixada Cuiabana	20,76	20,66	17,55	21,36	22,54	18,44	17,18	20,27	22,25
Barra do Garças	12,92	17,78	21,02	22,25	19,43	19,55	19,26	19,78	19,94
Cáceres	17,83	18,76	19,55	20,02	21,2	19,01	18,31	21,54	23,24
Colider	18,4	14,75	20,86	19,79	21,57	20,37	19,81	19,82	19,24
Diamantino	12,93	17,46	19,62	20,36	18,46	17,66	20,22	23,4	23,99
Juara	14,45	17,31	18,38	18,53	20,49	19,42	19,64	19,35	21,88
Juina	14,88	17,61	16,48	21,95	19,44	20,68	17,66	20,36	22,69
Peixoto de Azevedo	14,46	18,78	18,35	22,36	19,7	20,38	21,8	21,07	20,92
Pontes e Lacerda	15,07	17,94	17,01	16,98	17,22	17,17	19,3	19,43	19,32
Porto A. Norte	19,72	21,06	19,23	17,39	17,74	27,61	22,6	22,15	21,34
Rondonópolis	17,95	16,27	17,61	19,45	20,33	20,53	20,15	22,25	22,58
S. Felix do Araguaia	18,27	15,41	16,07	21,97	17,69	18,63	23,01	18,07	21,49
Sinop	17,95	18,25	18,97	19,96	20,69	20,51	23,63	22,13	24,66
Tangará da Serra	17,1	19,06	20,56	20,49	22,46	20,66	21,25	23,61	22,11
<b>Municípios (média)</b>	<b>16,55</b>	<b>17,99</b>	<b>18,65</b>	<b>20,07</b>	<b>19,86</b>	<b>19,78</b>	<b>20,03</b>	<b>20,85</b>	<b>21,75</b>
<b>Mato Grosso</b>	<b>7,72</b>	<b>9,09</b>	<b>11,01</b>	<b>11,19</b>	<b>11,07</b>	<b>11,9</b>	<b>11,24</b>	<b>11,66</b>	<b>12,28</b>

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIOPS

## 5.2 Despesas com recursos transferidos da União

Ainda que representem apenas uma parcela do que se gasta com saúde, os recursos oriundos da União são aqueles melhor informados e detalhados, permitindo apreender o tipo de assistência que eles financiam: hospitalar e ambulatorial (ou não hospitalar), esta última passível de desagregação em atenção básica, de média e de alta complexidade.

### 5.2.1 Despesas com Assistência Hospitalar

A tabela 6 apresenta as despesas com internações hospitalares efetuadas com recursos oriundos da União. No estado, a elevação destas despesas, de 2002 a 2010, foi de 14%, com grande variação entre as regiões. Como previsto, os maiores gastos deram-se nas regiões mais populosas (Baixada Cuiabana, Rondonópolis e Sinop).

Tabela 6 – Despesas com Internações Hospitalares do SUS (em milhões de reais), segundo região de saúde Mato Grosso, 2002 a 2010

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	2,22	2,37	2,47	2,60	2,04	2,15	2,04	1,47	1,86
Alta Floresta	4,02	1,81	2,11	2,55	2,32	2,37	2,29	2,53	2,20
B. Cuiabana	59,40	57,79	55,26	52,84	51,76	53,32	54,18	73,95	72,85
B. do Garças	5,23	4,96	4,25	5,14	3,50	3,52	3,07	3,63	2,85
Cáceres	7,18	7,58	8,37	8,53	7,40	7,99	8,70	10,16	8,69
Colíder	1,91	1,98	2,53	2,39	1,89	1,96	2,03	2,17	2,25
Diamantino	3,27	3,18	3,15	3,09	2,27	2,27	2,38	2,23	2,05
Juara	1,92	1,89	1,94	2,00	1,70	1,78	1,84	1,53	1,40
Juína	3,03	3,28	3,32	4,26	3,67	3,55	3,70	3,43	3,25
P. de Azevedo	3,50	3,57	3,36	3,07	2,38	2,47	2,46	2,48	2,05
P. e Lacerda	2,46	2,40	2,43	2,58	2,64	2,64	2,52	2,56	2,16
Porto A. Norte	1,80	2,08	2,13	1,74	1,75	1,44	1,80	2,27	2,18
Rondonópolis	15,07	14,47	14,28	14,11	13,36	14,42	14,63	17,33	18,60
S. F. Araguaia	0,51	0,61	0,64	0,55	0,41	0,51	0,39	0,58	0,51
Sinop	6,36	6,86	8,36	8,43	7,11	7,64	7,58	10,30	11,56
T. da Serra	4,80	5,12	5,82	6,09	5,05	4,92	5,64	6,20	5,56
Mato Grosso	122,66	119,97	120,41	119,99	109,26	112,96	115,25	142,85	140,01

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do DATASUS (SIH/SUS)

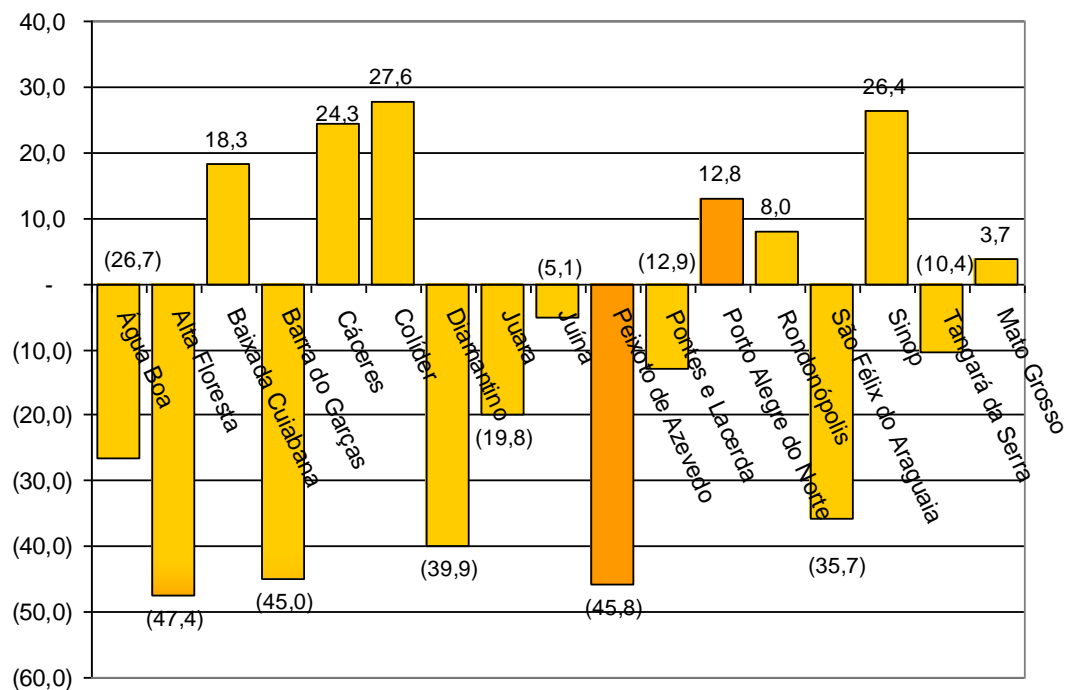
Quando os valores totais são transformados em valores *per capita* (Tabela 7), observa-se que os gastos *per capita* mais altos mantiveram-se naquelas regiões onde os valores totais eram maiores (Baixada Cuiabana, Rondonópolis e Sinop), às quais se incorporam também as regiões de Cáceres e Colíder. Ressalta-se que em quatro dessas cinco regiões existem Hospitais Regionais e na quinta (Baixada Cuiabana) é onde se encontram os maiores hospitais do SUS, de referência para todo o estado. No entanto aquele incremento estadual de 14%, verificado com os valores absolutos, transforma-se num incremento bem menor, de cerca de 4%, quando consideradas as despesas *per capita*. Isto porque, entre 2002 e 2010, com menores ou maiores oscilações, houve redução dessas despesas em dez das dezesseis regiões do estado (Figura 8). Destacaram-se as reduções observadas em Alta Floresta (47,4%), Peixoto de Azevedo (45,8%), Barra do Garças (45,0%), Diamantino (39,9%) e São Félix do Araguaia (37,5%). Já a elevação das despesas com internação hospitalar foi de menor magnitude, variando de 8,0% (Rondonópolis) a 27,6% (Colíder), e deu-se naquelas cinco regiões já mencionadas, às quais se agregou Porto Alegre do Norte.

Tabela 7 – Despesas com Internações Hospitalares do SUS (em reais *per capita*), segundo região de saúde Mato Grosso, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	35,2	36,9	37,7	37,9	29,1	30,1	26,3	18,6	25,8
Alta Floresta	44,7	20,1	23,4	28,3	25,7	26,3	21,8	23,7	23,5
Baixada Cuiabana	71,5	68,4	64,4	59,5	57,2	58,0	60,5	81,8	84,5
Barra do Garças	46,6	43,9	37,4	44,4	30,0	29,8	26,3	31,0	25,6
Cáceres	40,9	43,0	47,4	47,9	41,4	44,6	47,1	54,7	50,8
Colíder	27,4	28,3	35,8	33,4	26,2	27,0	28,0	29,9	35,0
Diamantino	38,7	37,7	37,5	37,0	27,3	27,4	26,1	24,2	23,2
Juara	35,5	33,9	33,8	32,9	27,2	27,5	34,1	28,2	28,5
Juína	30,5	32,3	31,9	38,9	32,7	30,9	27,3	24,6	29,0
Peixoto de Azevedo	41,9	42,9	40,4	37,4	29,1	30,3	24,9	24,8	22,7
Pontes e Lacerda	24,1	23,1	22,9	23,3	23,4	22,9	23,7	23,9	21,0
Porto Alegre do Norte	27,6	30,7	30,2	22,7	21,8	17,4	25,2	31,2	31,1
Rondonópolis	40,2	37,9	36,8	35,0	32,5	34,4	34,3	40,0	43,5
São Félix do Araguaia	28,8	34,3	35,5	30,4	22,2	27,8	17,4	25,4	18,5
Sinop	29,4	30,3	35,4	32,7	26,4	27,2	25,5	33,5	37,2
Tangará da Serra	28,9	30,0	33,1	32,6	26,2	24,8	27,8	29,9	25,9
<b>TOTAL</b>	<b>47,1</b>	<b>45,2</b>	<b>44,6</b>	<b>42,8</b>	<b>38,2</b>	<b>38,8</b>	<b>39,0</b>	<b>47,6</b>	<b>48,8</b>

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do DATASUS (SIH/SUS)

Figura 8 – Variação percentual das despesas com assistência hospitalar *per capita* entre 2002 e 2010, segundo região de saúde, MT .



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do DATASUS (SIH/SUS)

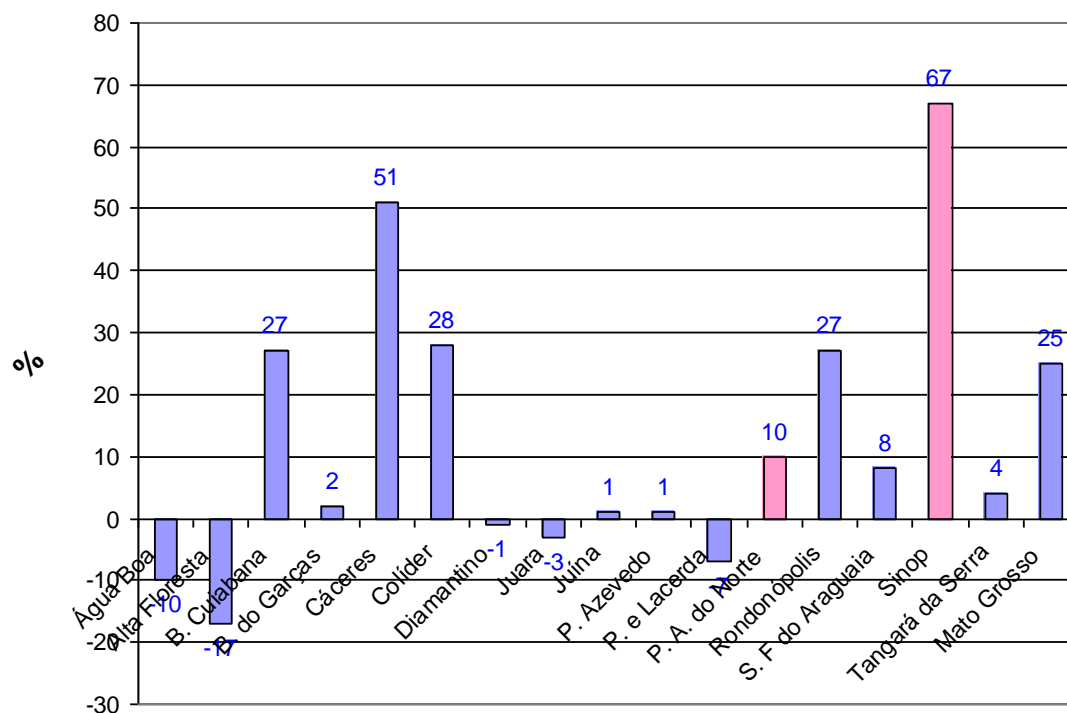
O gasto médio por internação hospitalar, por outro lado, mostra, em alguns aspectos, um comportamento diferente (Tabela 8). Os maiores valores são observados na Baixada Cuiabana e num segundo patamar nas regiões de Cáceres, Sinop e Rondonópolis, reproduzindo o que os indicadores anteriores mostravam. No entanto há uma menor variação nos gastos médios por internação nos nove anos estudados e em apenas cinco regiões (Água Boa, Alta Floresta, Diamantino, Juara e Pontes e Lacerda) deu-se redução nestes gastos, a maior delas de 17% (Alta Floresta), como evidenciado na figura 9.

Tabela 8 – Gasto médio por internação hospitalar (em reais), segundo região de saúde, MT, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	476,42	439,83	467,06	475,91	501,25	510,43	494,93	463,78	427,38
Alta Floresta	570,89	481,00	451,66	431,86	440,05	456,77	482,32	516,66	473,63
Baixada Cuiabana	902,02	861,94	842,54	808,95	809,48	862,05	943,95	1.178,51	1.143,62
Barra do Garças	517,02	537,30	532,96	530,34	492,56	499,31	519,94	567,33	528,22
Cáceres	482,83	496,23	555,14	588,84	585,27	609,78	682,11	807,88	730,61
Colíder	387,80	386,36	442,24	438,65	419,96	440,89	467,07	502,22	498,08
Diamantino	452,40	434,99	466,12	444,70	419,28	445,34	483,64	501,08	447,06
Juara	491,74	463,07	476,22	467,08	444,80	439,04	465,16	497,03	478,08
Juína	447,86	470,15	495,85	623,28	529,80	503,05	542,77	511,49	452,36
P. Alegre do Norte	388,47	412,13	459,54	381,78	384,30	362,47	394,04	429,20	428,72
Peixoto de Azevedo	432,55	438,47	454,26	445,58	437,25	453,68	457,46	495,92	438,05
Pontes e Lacerda	415,54	390,23	426,19	435,92	449,35	450,08	451,14	452,00	384,82
Rondonópolis	539,28	519,68	553,24	536,63	550,61	579,65	608,87	688,79	685,66
São F. do Araguaia	362,27	427,06	435,78	378,58	360,45	417,43	441,50	451,65	390,63
Sinop	430,64	421,61	488,58	490,68	462,53	475,10	497,72	641,96	719,34
Tangará da Serra	448,43	439,02	498,50	487,06	422,14	416,57	450,60	505,37	464,91
Mato Grosso	617,05	597,51	615,55	602,32	599,29	622,87	665,58	797,56	773,48

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do DATASUS (SIH/SUS)

Figura 9 - Variação percentual do gasto médio de internações hospitalares nas regiões de saúde, nos anos de 2002 e 2010.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do DATASUS (SIH/SUS)

### 5.2.2 Despesas com Assistência Ambulatorial

Quanto às despesas gerais efetuadas com assistência ambulatorial, elas são apresentadas na tabela 9. Ressalta-se que, quando estes valores são extraídos do sítio do Fundo Nacional de Saúde, eles incluem também valores gastos com medicamentos. No entanto, neste estudo, as despesas com medicamentos foram tratadas separadamente, devido ao grande volume de recursos e à concentração dessas despesas em apenas uma região.

Historicamente, as maiores despesas com assistência ambulatorial ocorreram nas regiões: Baixada Cuiabana, Rondonópolis, Cáceres e Sinop, respectivamente, as quais concentravam cerca de 80% dos recursos gastos com despesas ambulatoriais nos anos iniciais da série histórica estudada, reduzindo tal percentual para cerca de 60% nos últimos três anos (Tabela 9). Todas as regiões apresentaram elevação das despesas com assistência ambulatorial entre 2002 e 2010, o que redundou num aumento de 105% no estado, variando muito entre as regiões: de 31% (Água Boa) a 164% (Tangará da Serra).

Tabela 9 - Despesas gerais com assistência ambulatorial\* (em milhões de reais), segundo as regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.

<b>Região</b>	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	4,90	5,15	7,69	8,34	8,57	8,83	9,51	7,63	6,42
Alta Floresta	5,72	5,89	5,87	7,55	8,25	8,91	9,49	12,65	12,23
Baixada Cuiabana	99,55	94,48	98,28	103,68	111,71	110,47	119,18	130,00	129,20
Barra do Garças	11,02	11,20	9,16	14,10	19,83	18,66	19,16	18,92	20,79
Cáceres	13,05	13,09	13,07	13,07	15,67	16,86	17,01	18,26	18,61
Colíder	3,86	4,03	4,20	5,02	5,86	6,12	6,81	7,04	7,22
Diamantino	5,67	5,72	5,73	5,84	6,88	7,54	7,31	7,55	8,44
Juara	3,42	3,19	3,32	3,67	4,61	5,48	6,03	6,02	6,26
Juína	6,95	7,38	8,24	9,59	11,87	11,58	11,46	10,79	11,79
P. Alegre do Norte	5,30	5,51	6,28	6,36	8,02	8,98	8,51	9,67	10,06
Peixoto de Azevedo	4,19	4,42	4,88	5,39	7,36	8,26	9,57	9,89	10,10
Pontes e Lacerda	3,87	4,00	4,54	5,52	8,07	8,46	8,70	7,71	9,03
Rondonópolis	24,71	26,66	29,63	33,17	37,53	41,60	43,93	50,26	51,96
S.Félix do Araguaia	2,10	2,75	3,42	3,97	4,56	5,59	5,80	5,31	5,10
Sinop	13,54	15,03	16,32	18,62	23,21	24,98	23,79	26,88	29,30
Tangará da Serra	8,08	8,44	9,21	11,59	14,62	17,70	18,22	18,19	21,31
<b>Mato Grosso</b>	185,02	194,32	214,90	252,61	290,46	305,08	330,58	357,84	379,39

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do DATASUS (SIA/SUS) \* Não incluídas despesas com medicamentos.

A despesa ambulatorial *per capita* no ano de 2010 era superior a R\$ 140,00 em três regiões: Barra do Garças, São Félix do Araguaia e Baixada Cuiabana. No outro extremo, cinco regiões apresentaram valores entre R\$ 84,00 e R\$ 99,00: Água Boa, Diamantino, Pontes e Lacerda, Sinop e Tangará da Serra; as demais oito despenderam entre R\$ 99,32 e R\$ 123,36. (Tabela 10).

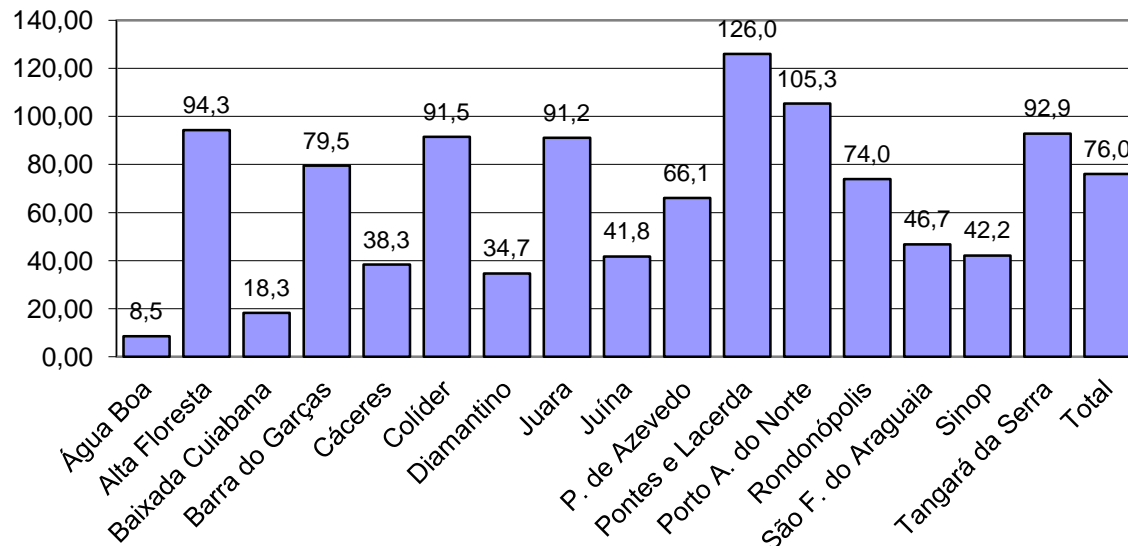
Analisando-se a variação percentual dos gastos ambulatoriais, de 2002 a 2010, os maiores aumentos ocorreram nas regiões de saúde de Pontes e Lacerda e Porto Alegre do Norte, acima de 100% (Figura 10), enquanto as elevações mais discretas deram-se em Água Boa (8,5%) e na Baixada Cuiabana (18,3%).

Tabela 10 – Despesas gerais com assistência ambulatorial (em R\$ per capita/ano), segundo regiões de Mato Grosso

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	77,53	79,90	117,03	121,60	122,44	123,50	122,91	96,55	84,14
Alta Floresta	63,48	65,38	65,14	83,74	91,54	98,75	90,23	118,60	123,36
B. Cuiabana	119,78	111,86	114,54	116,67	123,55	120,13	133,15	143,83	141,71
B. do Garças	98,27	99,07	80,43	121,66	169,64	158,32	164,17	161,27	176,39
Cáceres	74,28	74,31	73,96	73,38	87,67	94,01	92,08	98,36	102,76
Colíder	55,49	57,47	59,61	70,12	81,37	84,34	94,04	96,79	106,29
Diamantino	67,17	67,85	68,16	69,93	82,63	90,85	79,91	82,03	90,49
Juara	63,11	57,17	57,92	60,24	73,61	84,95	111,48	110,68	120,65
Juína	70,06	72,68	79,29	87,63	105,77	100,69	84,64	77,30	99,32
P. A. do Norte	63,43	66,19	75,72	77,29	97,93	110,15	86,25	96,66	105,34
P. Azevedo	41,07	42,50	46,01	48,74	65,31	71,84	89,80	92,21	92,83
P. e Lacerda	59,41	58,86	64,37	71,95	100,89	101,90	121,85	106,13	121,97
Rondonópolis	65,99	69,91	76,35	82,15	91,16	99,15	102,99	116,06	114,82
S. F. Araguaia	119,15	154,94	190,85	218,25	248,36	302,38	258,37	230,95	174,83
Sinop	62,60	66,47	69,15	72,12	86,12	88,99	80,06	87,47	89,00
T. da Serra	48,69	49,37	52,39	62,01	75,91	89,28	90,02	87,83	93,91
Mato Grosso	71,03	73,29	79,66	90,11	101,67	104,83	111,77	119,21	125,05

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do DATASUS (SIA/SUS) \* Não incluídas despesas com medicamentos.

Figura 10 – Variação percentual das despesas per capita com assistência ambulatorial, nas regiões de saúde de MT, de 2002 a 2010.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do DATASUS (SIA/SUS)

### 5.2.2.1 Despesas com Atenção Básica

As despesas *per capita* com Atenção Básica, efetuadas com recursos transferidos da União, distribuem-se conforme a tabela 11. Algumas regiões se destacam, pelos valores mais elevados, ao longo de todo o período (São Félix do Araguaia) ou em anos mais recentes (Água Boa, Barra do Garças e Porto Alegre do Norte). Por outro lado, a Região da Baixada Cuiabana e de Cáceres, nesta ordem, destacam-se negativamente, pelos baixos valores aplicados em Atenção Básica. As despesas totais (em milhões de reais) constam no Apêndice 1(Tabela 1).

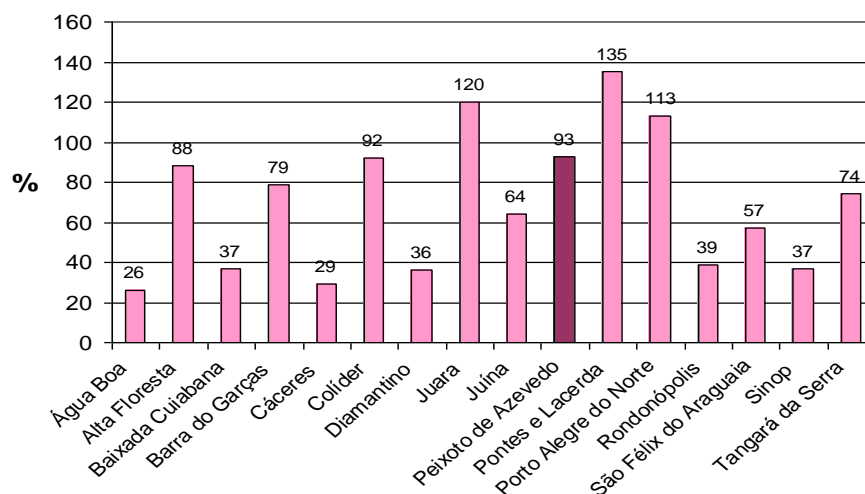
Tabela 11 – Despesas com Atenção Básica (em reais per capita) efetuadas com recursos oriundos da União, segundo as regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	56,43	59,92	101,91	104,94	109,42	111,98	111,87	87,97	71,29
Alta Floresta	45,30	45,72	54,15	65,73	68,99	65,87	59,82	76,02	85,04
Baixada Cuiabana	29,11	29,63	32,83	35,99	37,96	32,76	35,57	35,48	38,27
Barra do Garças	73,36	72,91	65,59	115,50	127,27	129,56	138,42	124,25	131,39
Cáceres	41,89	42,56	44,35	40,73	49,92	51,61	51,92	50,09	54,14
Colíder	42,05	44,79	47,24	57,53	69,00	67,40	75,39	70,79	80,88
Diamantino	54,70	54,66	56,25	56,70	67,41	74,49	69,27	66,93	74,13
Juara	43,73	41,57	44,46	42,97	55,70	64,86	87,99	85,70	96,28
Juína	54,65	52,66	63,67	71,59	88,21	83,87	76,81	73,14	89,51
Peixoto de Azevedo	45,66	50,97	60,95	59,82	78,19	88,54	71,64	78,50	88,32
Pontes e Lacerda	34,14	36,31	39,90	39,96	53,10	60,49	78,59	78,06	80,14
Porto Alegre do Norte	49,30	48,59	57,80	63,37	91,80	94,19	117,93	101,91	105,06
Rondonópolis	45,84	49,01	50,57	51,13	58,70	62,25	63,57	60,73	63,89
São Félix do Araguaia	107,66	130,19	174,17	203,33	237,33	291,93	254,87	225,22	168,51
Sinop	42,77	45,83	49,86	51,04	60,68	61,75	59,63	58,01	58,54
Tangará da Serra	37,61	38,16	41,42	48,21	57,92	70,09	71,79	66,53	65,57
Mato Grosso	41,40	42,76	47,24	52,00	60,11	61,25	63,71	61,26	64,27

**Fonte:** Elaboração própria, a partir de dados extraídos do Ministério da Saúde.

Independentemente da magnitude das despesas com atenção básica, em todas as regiões de saúde deu-se uma elevação das mesmas, entre 2002 e 2010 (Figura 11), que variou de 26,3% (Água Boa) a 135% (Pontes e Lacerda). Na média, em Mato Grosso a elevação foi de 55,2%.

Figura 11– Variação percentual das despesas com atenção básica (em reais *per capita*), efetuadas com recursos oriundos da União, de 2002 a 2010, por regiões de MT.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do MS (SIH/SUS, SIA/SUS e FNS).

#### 5.2.2.2 Despesas com Assistência Ambulatorial de Média Complexidade

Os valores absolutos gastos com assistência ambulatorial de média complexidade concentraram-se naquelas regiões de maior população, com destaque para a Baixada Cuiabana, onde, em 2002, deram-se 60% de todas essas despesas, percentual que se reduziu para cerca de 50% em 2010 (Tabela 2, Apêndice 1). O segundo maior gasto deu-se na região de Rondonópolis, que concentrou 17% das despesas estaduais com assistências de média complexidade.

Quando os valores absolutos são transformados em despesas *per capita*, observa-se que poucas regiões sobressaíram-se com valores acima de R\$ 40,00/ano de despesas com assistência ambulatorial de média complexidade: Baixada Cuiabana, Barra do Garças e Rondonópolis (Tabela 12). Por outro lado, em algumas regiões o dispêndio com tal assistência foi igual ou inferior a R\$ 10,00/ano em pelo menos três anos da série: Água Boa, Juína, Pontes e Lacerda, Porto Alegre do Norte, São Félix do Araguaia e Tangará da Serra.

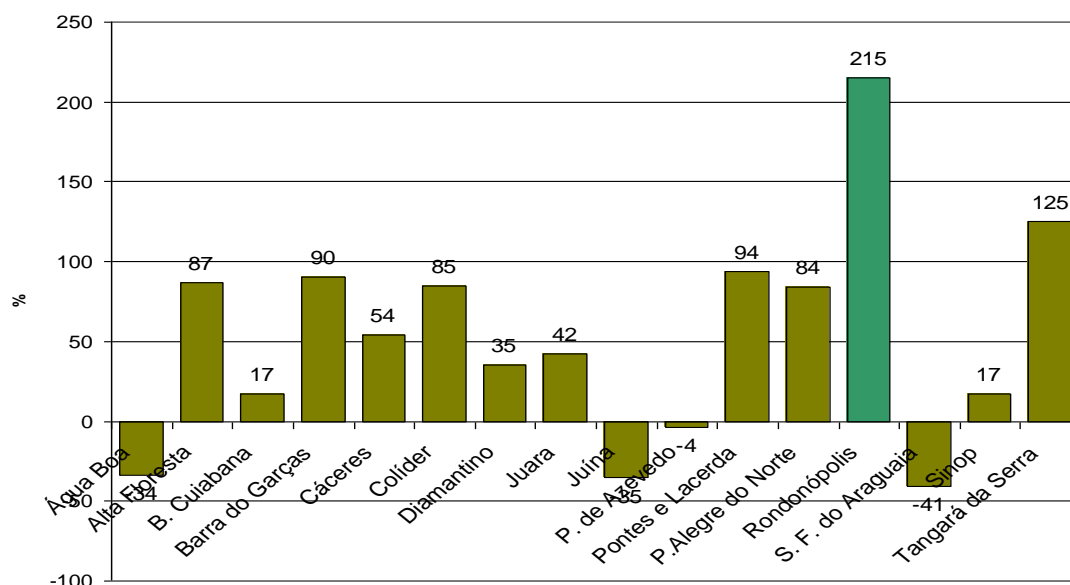
Tabela 12 – Despesas com assistência ambulatorial de média complexidade (em reais *per capita*) segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	20,68	19,55	14,65	16,10	12,24	10,62	10,89	8,46	13,26
Alta Floresta	17,40	18,84	10,50	16,09	19,88	28,52	27,05	35,07	31,81
Baixada Cuiabana	50,18	39,21	36,37	38,91	40,40	40,18	49,01	54,71	57,42
Barra do Garças	23,76	23,39	13,98	5,59	39,99	24,12	25,60	34,82	44,24
Cáceres	18,74	18,20	17,34	17,34	18,51	22,73	23,79	28,54	28,23
Colíder	13,06	12,24	11,98	12,01	11,69	14,65	18,37	24,51	23,67
Diamantino	12,47	13,15	11,84	11,92	11,88	13,86	10,54	14,98	16,44
Juara	17,71	11,76	10,63	13,00	13,67	14,87	22,26	23,95	24,62
Juína	15,12	19,66	15,32	14,55	14,60	14,31	7,66	4,06	9,58
Peixoto de Azevedo	17,74	15,20	14,76	15,67	15,16	15,92	14,13	17,36	16,46
Pontes e Lacerda	6,82	6,09	5,46	6,21	9,30	8,48	10,75	13,69	12,97
Porto Alegre do Norte	9,66	9,97	6,38	7,88	8,16	7,01	3,84	4,17	17,41
Rondonópolis	13,38	13,37	17,69	23,53	22,51	25,57	30,26	45,03	41,17
São Félix do Araguaia	11,49	24,75	16,69	14,92	11,03	10,45	3,43	5,69	6,53
Sinop	19,42	19,96	16,94	17,91	17,85	17,81	14,25	20,47	22,17
Tangará da Serra	9,69	10,07	9,88	11,87	15,50	16,09	17,36	20,27	21,30
Mato Grosso	26,41	22,97	21,12	22,94	25,09	25,42	28,07	33,95	35,47

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do MS/SIA/SUS.

Algumas regiões apresentaram variação percentual negativa do gasto ambulatorial de média complexidade (Água Boa, Juína, Peixoto de Azevedo e São Félix do Araguaia), significando que os valores aplicados em 2010, foram menores que os valores aplicados em 2002 (Figura 12). As regiões que mais tiveram incremento com despesa ambulatorial de média complexidade foram Rondonópolis, Tangará da Serra e Pontes e Lacerda, com percentuais de 215%, 125% e 94%, respectivamente. Na Baixada Cuiabana, embora se tenha observado os maiores valores *per capita* ao longo dos nove anos analisados, o incremento de 2002 a 2010 (17%) foi baixo, em função das despesas elevadas já constatadas em 2002.

Figura 12– Variação percentual das despesas ambulatorial de média complexidade (em reais per capita), de 2002 a 2020, segundo regiões de MT.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do MS/SIA/SUS

### 5.2.2.3 Despesas com Assistência Ambulatorial de Alta Complexidade

As despesas com alta complexidade deram-se em sua maioria nas regiões da Baixada Cuiabana, Cáceres e Rondonópolis, Barra do Garças e Sinop (Tabela 3, Apêndice 1), que juntas concentraram cerca de 81,0% destas despesas no estado, ao longo do período estudado.

Em valores *per capita*, destacam-se as despesas efetuadas na Baixada Cuiabana, cujo comportamento influencia o panorama estadual (Tabela 13). As regiões de Cáceres e Rondonópolis, nesta ordem, são as duas outras que, num patamar bem mais baixo, têm apresentado dispêndios importantes nesse tipo de assistência. Nas demais regiões são praticamente irrisórias as despesas com Assistência de Alta Complexidade

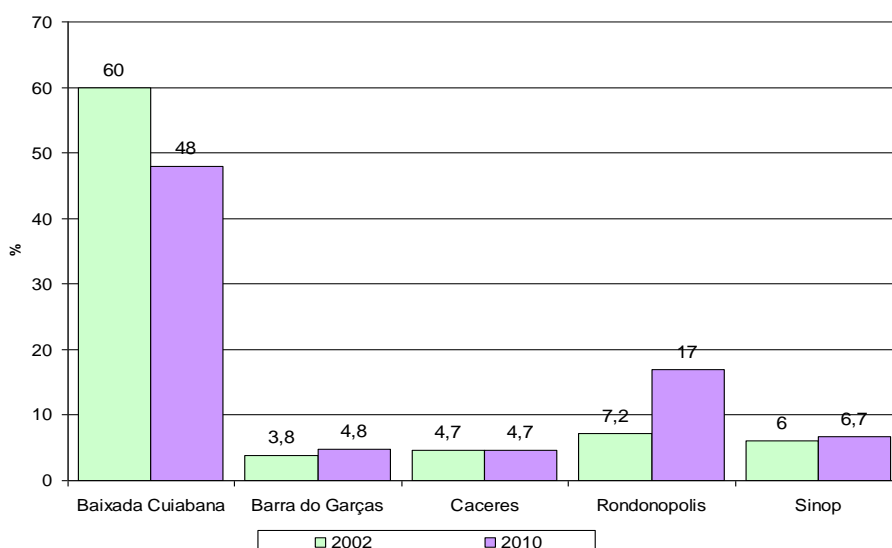
De 2002 para 2010, no entanto, deu-se uma discreta desconcentração das despesas ambulatoriais de alta complexidade. Se em 2002 a Baixada Cuiabana concentrava 60% dessas despesas no estado, em 2010 ela detém 48%. Por outro lado, elevaram-se as participações percentuais de outras regiões, nesse tipo de assistência, salientando-se Rondonópolis e Barra do Garças (Figura 13). As regiões de Cáceres e Sinop praticamente mantêm o mesmo percentual.

Tabela 13 – Despesas ambulatoriais de Alta Complexidade (em reais, *per capita*), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	0,41	0,43	0,47	0,56	0,78	0,89	0,02	0,00	0,00
Alta Floresta	0,78	0,82	0,49	1,92	2,68	4,36	0,00	0,01	0,00
Baixada Cuiabana	55,93	57,79	61,78	69,88	67,53	65,25	62,07	62,44	60,11
Barra do Garças	1,15	2,77	0,86	0,57	2,38	4,64	0,04	2,13	1,95
Cáceres	13,65	13,55	12,26	15,32	19,24	19,67	15,72	18,70	21,30
Colíder	0,38	0,44	0,39	0,59	0,69	2,29	0,00	0,00	0,00
Diamantino	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Juara	1,68	3,84	2,83	4,27	4,24	5,21	0,03	0,00	0,00
Juína	0,29	0,36	0,30	1,50	2,95	2,51	0,02	0,00	0,00
P. Alegre do Norte	0,45	0,31	0,18	0,69	0,94	0,69	0,00	0,00	0,00
P. de Azevedo	0,02	0,02	0,01	1,80	4,58	5,69	0,01	0,00	0,00
Pontes e Lacerda	0,11	0,10	0,65	2,57	2,91	2,88	0,01	0,00	0,00
Rondonópolis	6,77	7,54	8,09	7,49	9,95	11,33	7,30	8,64	10,72
S. F. Araguaia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sinop	0,00	0,04	0,07	1,32	3,34	2,51	18,57	26,58	29,03
Tangará da Serra	1,39	1,13	1,09	1,93	2,49	3,09	0,51	0,63	7,99
Mato Grosso	20,02	20,80	22,07	25,10	25,69	25,56	21,43	22,15	22,51

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do MS/SIA/SUS.

Figura 13– Evolução percentual das despesas ambulatoriais de alta complexidade nas regiões da Baixada Cuiabana, Barra do Garças, Cáceres, Rondonópolis e Sinop nos anos de 2002 e 2010.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do MS/SIA/SUS

#### 5.2.2.4 Despesas com Medicamentos (dispensação ambulatorial)

Observou-se durante o estudo que as despesas com medicamentos são classificadas como despesas ambulatoriais, assim, serão tratadas separadamente, dada a importância dos valores imputados a esse item.

A tabela 14 apresenta as despesas com medicamentos (em reais *per capita*) na única região onde elas ocorreram e o que elas representam, no estado. Na Baixada Cuiabana, apesar da variação observada nos anos estudados, houve uma elevação dessas despesas, com certa regressão no ano de 2010. Quando se considera a população total do estado, tal comportamento se reproduz, só que com redução dos valores per capita a cerca de 1/3 daqueles da Baixada

Tabela 14– Despesa com medicamento constante em despesa ambulatorial (em reais *per capita*). MT, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
B. Cuiabana	15,45	14,77	16,44	28,11	22,33	18,06	23,26	23,53	17,43
Mato Grosso	4,93	4,71	5,23	8,91	7,07	5,71	7,04	7,09	5,24

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIA/SUS e do IBGE

Buscando traçar o panorama geral das despesas *per capita*, com recursos oriundos da União, foram aqui totalizados os gastos com os distintos níveis de assistência: atenção básica, assistência ambulatorial de média e alta complexidade e assistência hospitalar (detalhados anteriormente).

Considerado tal conjunto de despesas, observa-se que, para o Mato Grosso, elas foram crescentes, evoluindo de cerca de R\$ 130,00 a R\$ 170,00 por habitante/ano (Tabela 15). Tal comportamento, no entanto, é bastante variável, nas 16 regiões, destacando-se duas situações polares: a) três regiões com despesas que se mantiveram próximas a R\$ 200,00, atingindo ou superando tais valores ao longo dos nove anos analisados: Baixada Cuiabana, São Félix do Araguaia e Barra do Garças; b) quatro regiões com despesas inferiores a R\$ 100,00, em vários ou todos os anos da série, permanecendo assim, ou elevando-se para valores próximos a R\$ 120,00: Pontes e Lacerda, Sinop e Tangará da Serra. Entre essas duas situações polares, ficam as demais oito regiões, com grande variação de comportamentos. De toda forma, no último biênio, todas as regiões apresentaram despesas (efetuadas especificamente com recursos oriundos da União) acima de R\$110,00 por habitante/ano.

Tabela 15 – Despesas totais nos níveis assistenciais de atenção básica, assistência ambulatorial de média e alta complexidade e assistência hospitalar (em reais *per capita*), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	112,69	116,75	154,71	159,51	151,55	153,55	149,10	115,04	110,66
Alta Floresta	108,13	85,48	88,53	112,06	117,26	125,06	108,67	134,84	141,14
Baixada Cuiabana	206,69	195,05	195,38	204,24	203,13	196,17	208,74	235,89	243,38
Barra do Garças	144,86	142,95	117,78	166,04	199,62	188,17	190,33	192,18	204,29
Cáceres	115,16	117,35	121,34	121,29	129,09	138,57	138,51	152,06	155,16
Colíder	82,89	85,77	95,42	103,55	107,56	111,39	145,19	158,77	179,93
Diamantino	105,85	105,60	105,71	106,93	109,89	118,24	124,44	132,70	143,25
Juara	98,66	91,08	91,74	93,15	100,82	112,48	144,35	137,85	150,01
Juína	100,59	105,02	111,18	126,56	138,49	131,56	111,80	101,79	128,31
Peixoto de Azevedo	105,29	109,09	116,16	114,64	127,01	140,42	110,71	120,68	127,87
Pontes e Lacerda	65,16	65,57	68,88	72,06	88,70	94,77	113,03	115,64	114,41
P.Alegre do Norte	86,97	89,51	94,56	94,63	122,74	119,26	147,00	137,30	154,01
Rondonópolis	106,23	107,86	113,13	117,10	123,61	133,52	135,44	154,43	160,27
S. F. Araguaia	147,98	189,27	226,34	248,61	270,54	330,17	275,71	256,32	193,73
Sinop	91,98	96,80	104,58	104,77	112,52	116,21	99,39	111,99	118,54
Tangará da Serra	77,61	79,32	85,47	94,59	102,13	114,09	117,49	117,36	121,31
Mato Grosso	129,62	128,82	135,13	140,65	142,49	144,34	152,65	165,38	172,44

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIH/SUS, SIA/SUS e FNS

A figura 14 ilustra a composição das despesas, nos diversos níveis assistenciais, para o ano de 2002, em valores *per capita* e percentuais. Com relação à atenção básica, merece destaque a região de São Felix do Araguaia, que gastou R\$ 107,70 por habitante (72,8%) com essa assistência. No extremo oposto ficou a Baixada Cuiabana, com gastos de R\$ 29,00 (14,1%). Com despesas *per capita* em Atenção Básica muito variáveis (de R\$ 34,10 a R\$ 107,70), oito regiões de saúde tiveram mais de 50% dos recursos oriundos da União aplicados nesse nível assistencial: Água Boa, Barra do Garças, Colíder, Diamantino, Juína, Pontes e Lacerda, Porto Alegre e São Félix. Nas demais regiões a variação das despesas *per capita* foi menor (de R\$ 29,10 a R\$ 45,80) e do total das despesas, as efetivadas com AB foram sempre inferior a 50%.

Em relação à assistência ambulatorial de média complexidade, as despesas *per capita* variaram de R\$ 6,80 (Pontes e Lacerda) a R\$ 50,20 (Baixada), com peso percentual variando de 7,8% (São Félix) a 24,3% (Baixada).

Como já mencionado, as despesas com assistência ambulatorial de alta complexidade concentraram-se nas regiões mais populosas, com destaque para a Baixada Cuiabana, que apresentou o maior gasto tanto em valores *per capita* (R\$ 55,90) como em percentuais (27,1%).

Em assistência hospitalar, excluindo a Baixada Cuiabana, onde as despesas *per capita* sobressaíram-se (R\$ 71,50), a variação entre as demais regiões não foi muito grande (R\$ 24,10 a R\$ 47,10), assim como a variação nos pesos percentuais dessa assistência (19,5% a 41,3%).

Os gastos com medicamentos, concentrados na Baixada Cuiabana, foram de R\$15,50 *per capita* e representaram 7,0% das despesas efetuadas naquele ano, com as transferências da União. No estado tal despesa foi de R\$ 4,90 *per capita* e representou 3,8% das despesas efetuadas com o total de recursos transferidos para os municípios.

Já no ano de 2010, no que tange à atenção básica, a região de São Felix do Araguaia continua a ser a que mais investe nessa assistência (R\$ 168,50) e a da Baixada Cuiabana a que menos o faz (R\$ 39,90), embora em ambas tenha ocorrido um aumento real dos gastos *per capita* (Figura 15), em relação a 2002. Mesmo mantendo essa grande variação nos dispêndios, o que mais chama a atenção, nesse último ano, é o fato de ter se elevado para 11 o número de regiões de saúde que tiveram mais de 50% dos recursos oriundos da União aplicados nesse nível assistencial. Apenas Baixada Cuiabana, Cáceres, Colider, Rondonópolis e Sinop não atingiram esse percentual.

Em relação à assistência ambulatorial de média complexidade, as despesas *per capita* variaram de R\$ 6,70 (São Félix do Araguaia) a R\$ 58,90 (Baixada), patamares próximos àqueles de 2002, alterando-se pouco a amplitude da variação do peso percentual dessa assistência, de 3,5% (São Félix) a 26,3% (Rondonópolis). De modo geral, em metade das regiões deu-se redução do peso percentual dessa assistência, em outras poucas o percentual manteve-se (inclusive na Baixada Cuiabana), elevando-se consideravelmente apenas em Alta Floresta, Barra do Garças, Tangará da Serra e Rondonópolis, com destaque para essa última região.

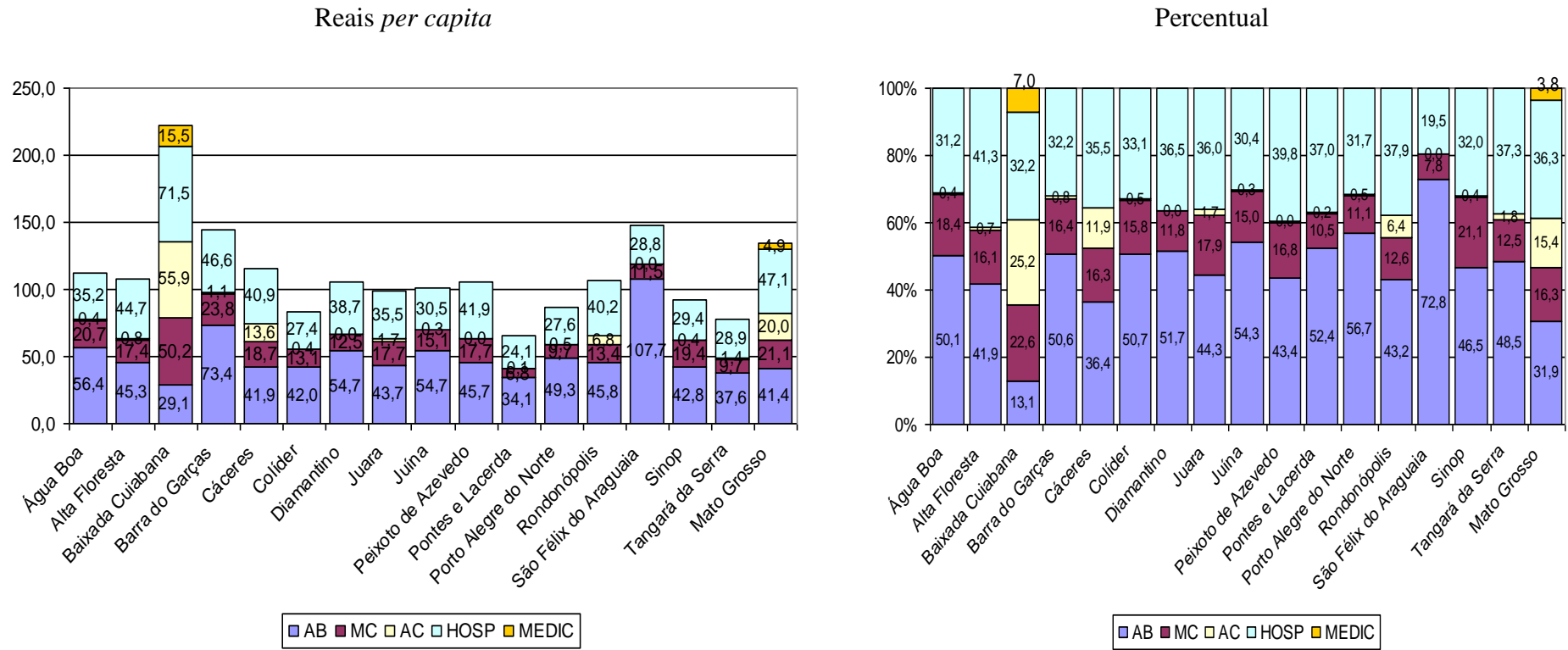
A região da Baixada Cuiabana manteve as maiores despesas com assistência ambulatorial de alta complexidade (R\$ 60,10), mesmo que seu peso percentual tenha caído discretamente (24,2%). No entanto, em outras cinco regiões tais despesas passaram a representar valores *per capita* e/ou percentuais expressivos e superiores aos de 2002: Cáceres, Colider, Diamantino, Rondonópolis e Tangará da Serra.

Em relação à assistência hospitalar, ainda que no estado tenha se observado uma discreta elevação nas despesas *per capita*, deu-se uma queda importante no seu peso proporcional (28,3%). Mesmo que os valores *per capita* tenham variado bastante nas regiões (R\$ 18,5 a R\$ 84,5), o peso percentual dessa assistência só se manteve na

Baixada Cuiabana, reduzindo-se significativamente em todas as outras 15 regiões do estado.

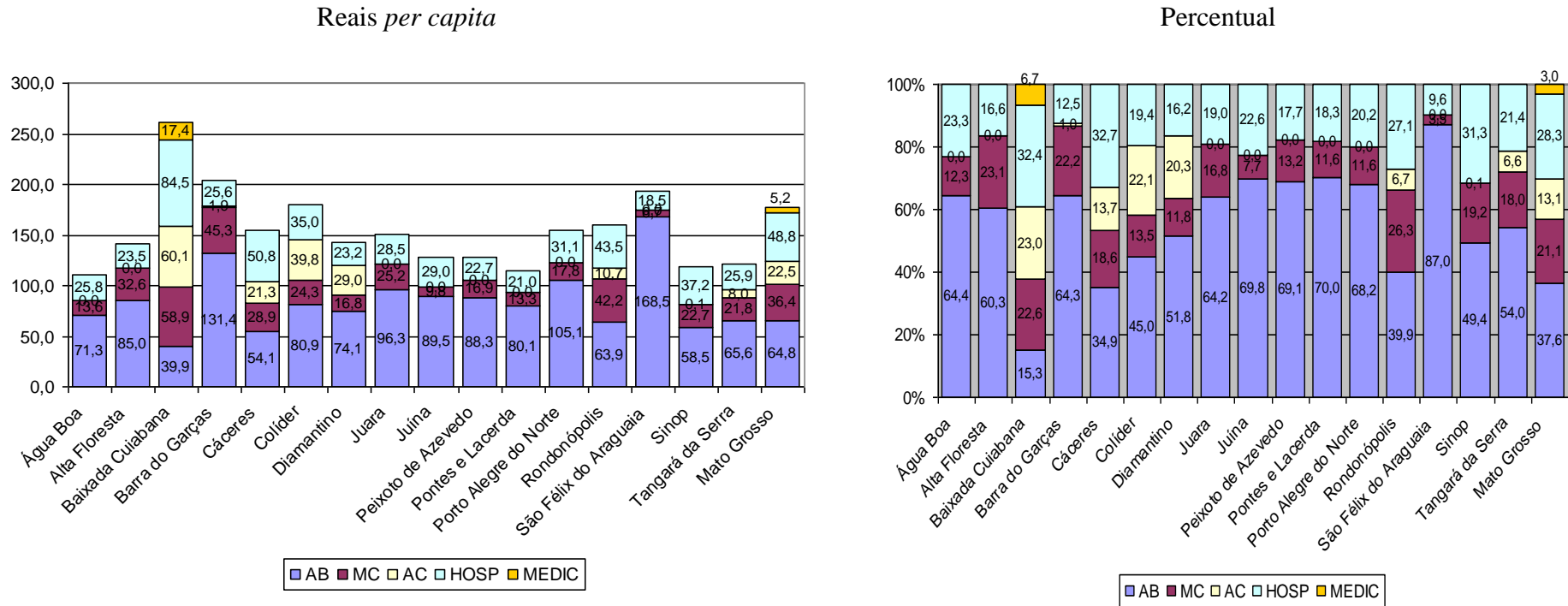
Finalmente os gastos com medicamentos na Baixada Cuiabana foram de R\$ 17,40 *per capita*, o que representou 6,7% do total dessas despesas. Para o estado de Mato Grosso, o gasto *per capita* elevou-se para R\$ 5,2, mas reduziu-se seu peso percentual (3,0%) no total das despesas efetuadas com as transferências da União.

Figura 14- Despesas nos níveis assistenciais de atenção básica, assistência ambulatorial de média e alta complexidade e assistência hospitalar, regiões de Mato Grosso, 2002.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde

Figura 15- Despesas nos níveis assistenciais de atenção básica, assistência ambulatorial de média e alta complexidade e assistência hospitalar, regiões de Mato Grosso, 2010.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde

### 5.3 Despesas com recursos oriundos do estado

A participação do estado no financiamento da saúde dá-se através do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR), Programa de Saúde Bucal no PSF, Programa de incentivo ao alcance de metas da atenção básica, entre outros. Especificamente com foco na regionalização, recursos financeiros do estado também são alocados: no Programa de Apoio e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (PACIS), nos convênios do estado com os municípios de Mato Grosso e ainda na implementação e manutenção dos Hospitais Regionais.

#### 5.3.1 Transferências para Atenção Básica

Compõem os recursos para atenção básica Fundo a Fundo, aqueles referentes ao PSF, PASCAR, Saúde Bucal no PSF e Alcance de Metas.

##### 5.3.1.1 Programa de Saúde da Família

Observou-se que houve uma importante elevação nas transferências do estado para o PSF, para todas as regiões de saúde. Os maiores gastos concentraram-se nas regiões mais populosas, com exceção de Cáceres. No ano de 2002, a região de Rondonópolis apresentou a maior despesa com o programa, e a de Pontes e Lacerda a menor despesa, em torno de duzentos mil reais. Já no ano de 2010, a maior despesa concentrou-se na Baixada Cuiabana, cerca de 6 milhões de reais, seguida pela região de Rondonópolis. Os menores gastos no ano de 2010 deram-se nas regiões de Juara, S. Felix do Araguaia e Cáceres (Tabela 1, apêndice 2).

A variação percentual dessas despesas, de 2002 para 2010, revelou aumento médio de 174%, o qual se reproduziu, em diferentes magnitudes, em todas as regiões. As regiões que apresentaram maior crescimento foram Pontes e Lacerda e Peixoto de Azevedo, com percentuais de 626,9% e 569,2% respectivamente. Já as com menor incremento nos gastos com PSF foram Diamantino e Barra do Garças com 20,8% e 43,1%, respectivamente (Figura 1, apêndice 2).

Em valores *per capita*, nos últimos anos sobressaíram-se as regiões de Porto Alegre do Norte, São Félix do Araguaia e Juína, para as quais, os valores repassados pelo estado ultrapassam os R\$ 25,00 por habitante/ano (Tabela 16). No outro extremo,

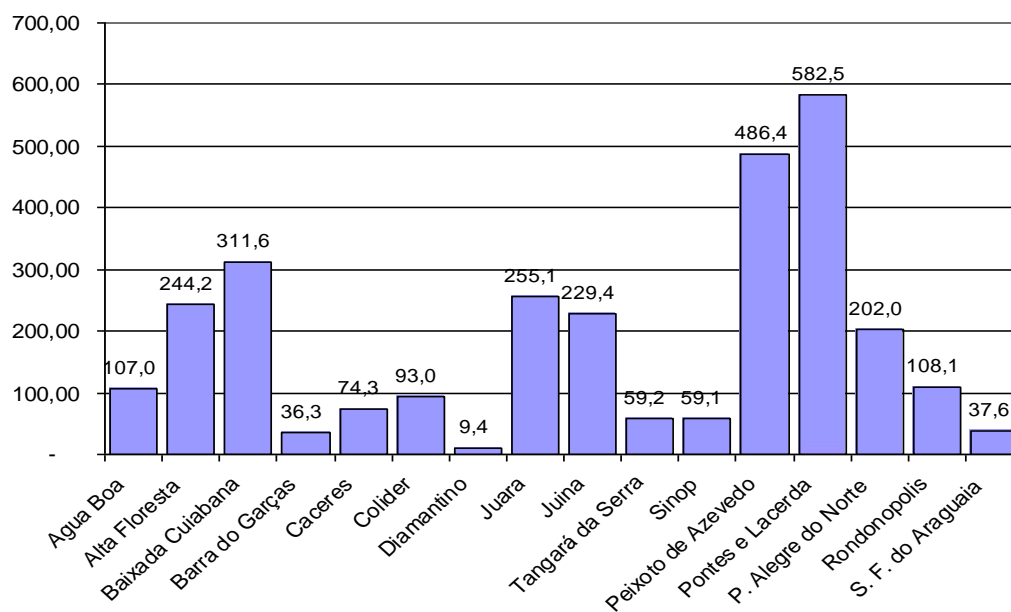
Baixada Cuiabana e Cáceres foram as regiões contempladas com transferências inferiores a R\$ 10,00 por habitante/ano.

Tabela 16 – Despesas com o Incentivo Financeiro Estadual ao Programa de Saúde da Família (em reais, *per capita*), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Agua Boa	6,61	11,27	6,88	14,30	13,57	4,30	12,88	11,70	13,68
Alta Floresta	4,67	13,30	7,07	18,12	17,57	17,18	13,31	14,87	16,08
Baixada Cuiabana	1,57	3,35	1,79	3,68	3,85	3,77	3,27	5,87	6,44
Barra do Garças	12,13	18,62	11,33	18,17	10,54	15,44	16,36	16,12	16,53
Caceres	4,30	12,77	5,00	8,56	9,06	8,83	8,27	7,89	7,50
Colider	6,75	-	6,11	35,53	-	9,76	7,91	9,64	13,03
Diamantino	11,00	14,65	9,10	14,78	16,06	15,01	13,57	13,59	12,03
Juara	4,17	5,21	2,87	4,77	5,62	9,41	14,12	14,59	14,79
Juina	7,90	16,68	10,53	23,22	21,95	26,17	23,34	22,44	26,03
Tangará da Serra	5,39	10,20	6,81	12,24	13,52	7,65	11,63	10,90	8,59
Sinop	7,33	16,05	8,52	16,73	16,46	11,88	9,53	12,01	11,66
Peixoto de Azevedo	2,74	12,64	9,08	15,45	20,63	16,12	12,57	15,24	16,08
Pontes e Lacerda	1,99	-	4,81	7,88	13,11	12,30	13,44	16,49	13,57
P. Alegre do Norte	9,24	31,20	12,83	41,76	41,09	25,02	31,18	28,00	27,89
Rondonópolis	6,05	13,52	7,93	14,93	14,62	14,94	14,32	13,17	12,59
S. F. do Araguaia	19,63	-	28,94	-	327,80	48,56	37,77	30,97	27,01
Mato Grosso	4,91	9,82	6,02	12,16	13,49	10,94	10,66	11,57	11,55

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT.

Figura 16 – Variação percentual das despesas com PSF nas regiões de Mato Grosso, 2002 e 2010.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

Os maiores incrementos entre 2002 e 2010 (Figura 16) deram-se em Pontes e Lacerda e Peixoto de Azevedo (582,5% e 486,4%, respectivamente), enquanto os menores ocorreram em Diamantino e Barra do Garças (9,4% e 36,6%, respectivamente).

### 5.3.1.2 – Programa de Apoio a Saúde Comunitária de Assentados Rurais

Para o PASCAR, os dados disponíveis cobriam apenas o período de 2006 a 2010. Observou-se que ao longo desses cinco anos, algumas regiões não foram contempladas, em anos específicos (Tabela 3, Figura 2, apêndice 2). Houve incremento nos gastos com esse programa em todas as regiões, o maior registrado em Cáceres (159,7%). Apesar do incremento, os valores recebidos por esta região são pequenos se comparados com as demais regiões do estado.

Tais recursos, quando transformados em valores *per capita*, revelam repasses de valores inferiores a R\$ 1,00 ou R\$ 2,00 reais para a maioria das regiões (Tabela 17). Nesse cenário, destacam-se os elevados valores repassados à região de Porto Alegre do Norte, e ainda que em patamar mais baixo, à de Peixoto de Azevedo.

Tabela 17- Despesas com o PASCAR (em reais *per capita*), segundo região de Mato Grosso, 2006 a 2010.

Região	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	2,42	2,76	2,63	2,99	3,46
Alta Floresta	2,22	2,54	2,46	2,66	3,16
Baixada Cuiabana	0,22	0,22	0,26	0,27	0,32
Barra do Garças	0,83	0,00	0,90	0,96	0,96
Cáceres	0,23	0,27	0,48	0,54	0,59
Colíder	0,00	1,03	1,14	1,22	1,38
Diamantino	2,22	2,31	2,23	2,44	2,42
Juara	1,23	0,00	1,83	1,96	2,18
Juina	3,75	3,39	3,21	3,39	5,02
Tangará da Serra	1,00	0,00	1,11	1,18	1,38
Sinop	0,86	1,16	1,34	1,49	1,56
Peixoto de Azevedo	4,82	1,03	6,32	7,81	8,30
Pontes e Lacerda	0,42	0,41	0,45	0,46	0,46
P. A. do Norte	26,00	22,25	20,33	24,68	21,74
Rondonópolis	0,70	0,67	0,72	0,79	0,78
S. F. Araguaia	0,00	0,59	0,60	0,66	0,58
Mato Grosso	0,98	0,84	1,15	1,29	1,41

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

### 5.3.1.3 – Programa de Saúde Bucal nas equipes de PASF

O Programa de Saúde Bucal no PSF iniciou-se, como já mencionado, em 2005, abrangendo todas as regiões de saúde do estado. De 2005 a 2010 houve aumento dos valores aplicados no programa em 13 delas, sendo o maior na região de Juara e o menor na de Porto Alegre do Norte (tabela 18). As regiões com decréscimo nos gastos com saúde bucal foram Rondonópolis (58,5%), Diamantino e São Felix do Araguaia, ambas com 10,4%.

Tabela 18- Despesas com o Incentivo Estadual para saúde bucal (em reais *per capita*), segundo região de Mato Grosso, 2005 a 2010.

Região	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Var. %
Água Boa	2,03	1,64	2,62	2,57	1,80	3,26	60,5
Alta Floresta	2,68	1,30	2,54	1,90	2,52	5,57	107,5
B. Cuiabana	0,26	0,16	0,31	0,35	0,37	0,66	154,4
B. Garças	2,43	1,26	1,82	2,60	1,43	5,40	121,8
Cáceres	1,12	1,32	1,84	1,23	1,19	1,70	52,0
Colider	0,99	0,67	0,78	0,64	0,62	2,30	132,9
Diamantino	5,52	4,36	3,87	2,74	2,78	4,95	-10,4
Juara	0,92	1,30	4,21	4,63	4,87	5,50	499,7
Juina	1,13	1,25	1,40	1,41	1,86	2,40	112,3
P. Azevedo	1,81	1,51	2,76	3,08	3,65	4,15	129,2
P. Lacerda	1,39	1,33	2,69	2,50	2,50	3,94	182,1
P. A. Norte	1,95	1,57	2,16	1,19	1,13	2,19	12,5
Rondonópolis	3,06	2,78	3,37	3,15	2,84	0,35	-58,5
S. F. Araguaia	6,26	4,52	5,86	6,03	3,31	5,61	-10,4
Sinop	3,22	2,65	3,48	3,34	3,12	3,85	19,4
T. da Serra	1,67	0,87	1,97	2,56	2,06	2,61	55,9
Total	1,63	1,37	1,98	1,91	1,80	2,21	35,5

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

### 5.3.1.4 – Programa de Alcance de Metas da Atenção Básica

Os dados referentes ao alcance de metas estão disponíveis a partir do ano de 2008, quando da criação do programa.

A tabela 19 informa que tais valores, ainda que tenham tido uma importante elevação, são baixos para a grande maioria das regiões. Em todo o período, destaca-se a região de São Félix do Araguaia e além dela, a de Colider, especificamente em 2010.

Tabela 19 – Despesas com o incentivo estadual para alcance de metas da atenção básica (em reais *per capita*), segundo região de Mato Grosso, 2008 a 2010.

Região	2008	2009	2010	Var. %
Água Boa	0,69	0,96	3,87	465,1
Alta Floresta	1,26	1,79	3,35	165,8
Baixada Cuiabana	0,15	0,21	0,59	296,2
Barra do Garças	0,57	0,81	3,29	478,9
Cáceres	1,58	2,26	1,63	3,3
Colider	1,10	1,57	7,87	617,0
Diamantino	0,44	0,62	2,18	400,5
Juara	1,72	3,16	3,91	127,9
Juina	0,29	0,41	1,09	270,3
Peixoto de Azevedo	0,67	0,95	2,90	331,7
Pontes e Lacerda	1,24	1,78	1,53	22,7
Porto A. do Norte	-	-	2,49	-
Rondonópolis	0,75	1,06	0,82	9,3
S. F. Araguaia	5,31	7,47	13,29	150,3
Sinop	0,54	0,74	1,29	140,7
Tangará da Serra	0,33	0,46	1,95	496,1
Mato Grosso	0,61	0,87	1,70	181,4

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

### 5.3.1.5 – Recursos para atenção básica oriundos de convênios

Embora em Mato Grosso seja utilizada essa modalidade de administração há vários anos, só foram disponibilizados para a pesquisa os dados referentes ao período de 2006 a 2010. Apresentam-se na tabela 20, os recursos de convênio para atenção básica.

Tabela 20 – Convênios entre a SES/MT e os municípios, destinados à Atenção Básica (em reais *per capita*), segundo regiões de Mato Grosso, 2006 a 2010.

Região	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	-	-	-	0,24	0,25
Alta Floresta	-	-	-	0,18	-
Baixada Cuiabana	-	0,08	-	0,17	0,15
Barra do Garças	-	-	-	0,80	-
Cáceres	0,53	-	-	0,41	-
Colider	-	-	-	0,52	-
Diamantino	-	-	-	0,50	-
Juara	-	-	-	-	-
Juina	-	-	-	0,41	-
Tangará da Serra	-	-	-	0,19	-
Sinop	0,83	0,62	1,25	0,18	-
Peixoto de Azevedo	-	-	-	0,52	-
Pontes e Lacerda	0,08	0,85	0,78	0,04	0,13
P. A. do Norte	-	-	-	3,29	-
Rondonópolis	-	-	-	0,06	-
S. F. Araguaia	-	-	-	0,30	-
Mato Grosso	0,08	0,17	0,16	0,25	0,07

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

Observa-se que, com exceção do ano de 2009, a maioria das regiões não foi contemplada com recursos de convênios. Os valores aplicados, quando o foram, são muito pequenos.

Buscando traçar o panorama geral das despesas com atenção básica, com recursos oriundos do estado, foram totalizados os recursos descritos anteriormente referentes ao PSF, PASCAR, Alcance de metas, Saúde Bucal no PSF e Convênios.

Observa-se que os valores foram crescentes em todas as regiões de saúde (Tabela 21). Para o ano de 2002 os valores variaram de R\$ 1,60 (Baixada Cuiabana) a R\$ 19,60 (Tangará da Serra). Já no ano de 2010, o menor valor foi de R\$ 8,20 (Baixada Cuiabana) e o maior valor foi de R\$ 68,5 (São Félix do Araguaia). Aliás, esta última foi a região mais beneficiada com recursos estaduais para a atenção básica, no período de estudo.

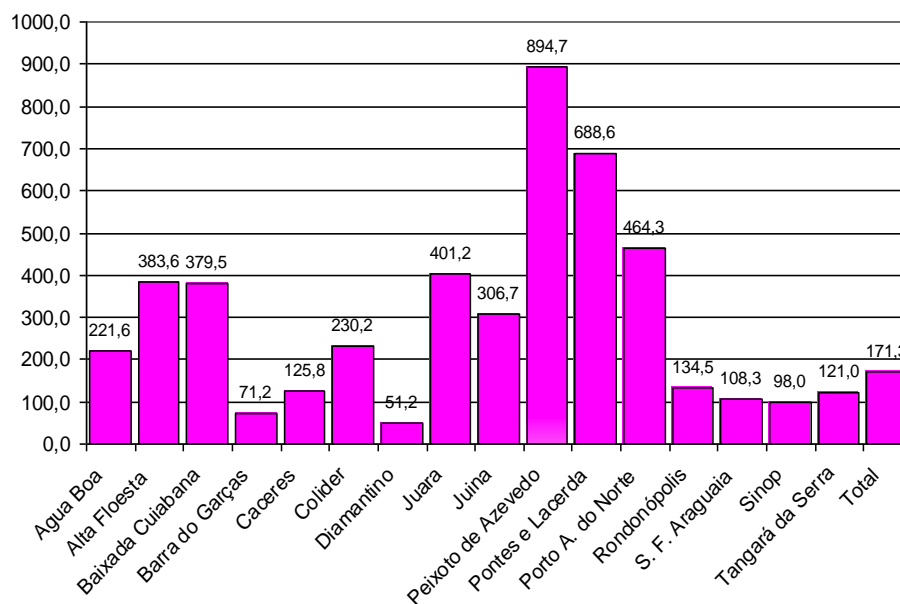
Tabela 21- Totalização das despesas com atenção básica realizadas com recursos estaduais (em reais *per capita*), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	6,6	11,3	6,9	16,3	17,6	19,7	18,8	17,7	24,5
Alta Floresta	4,7	13,3	7,1	20,8	21,1	22,3	18,9	22,0	28,2
Baixada Cuiabana	1,6	3,4	1,8	3,9	4,2	4,4	4,0	6,9	8,2
Barra do Garças	12,1	18,6	11,3	20,6	12,6	17,3	20,4	20,1	26,2
Cáceres	4,3	12,8	5,0	9,7	11,1	10,9	11,5	12,3	11,4
Colider	6,8	-	6,1	36,5	0,7	11,6	10,8	13,6	24,6
Diamantino	11,0	14,7	9,1	20,3	22,6	21,2	19,0	19,9	21,6
Juara	4,2	5,2	2,9	5,7	8,1	13,6	22,3	24,6	26,4
Juina	7,9	16,7	10,5	23,2	25,7	29,6	26,8	26,6	32,1
Peixoto de Azevedo	2,7	12,6	9,1	15,4	25,5	17,2	19,6	24,5	27,3
Pontes e Lacerda	2,0	-	4,8	7,9	13,6	13,6	15,9	18,8	15,7
Porto A. do Norte	9,2	31,2	12,8	41,8	67,1	47,3	51,5	56,0	52,1
Rondonópolis	6,0	13,5	7,9	14,9	15,3	15,6	15,8	15,1	14,2
S. F. Araguaia	19,6	-	28,9	-	327,8	49,2	43,7	39,4	40,9
Sinop	7,3	16,1	8,5	16,7	18,2	13,7	12,7	14,4	14,5
Tangará da Serra	5,4	10,2	6,8	12,2	14,5	7,6	13,1	12,7	11,9
Total	4,9	9,8	6,0	12,2	13,6	11,1	11,4	12,7	13,3

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

A figura 17 ilustra a variação dos gastos estaduais para atenção básica, entre 2002 e 2010. No estado o aumento foi de cerca de 170%, mas observa-se uma elevação acima de 500% dos gastos em duas regiões de saúde - Peixoto de Azevedo e Pontes e Lacerda -, chegando a um incremento de aproximadamente 900% na primeira. Em cinco regiões de saúde tal elevação variou entre 300% e 465%. Num último patamar ficaram as nove regiões com menor incremento de gasto com atenção básica, de 50% e 210%.

Figura 17 - Variação percentual dos recursos gastos com atenção básica, oriundos do estado.(em reais, *per capita*), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

### 5.3.2 Assistência Hospitalar

Compõem os recursos para assistência hospitalar, oriundos do estado de Mato Grosso, aqueles referentes ao PACIS, às transferências para os Hospitais Regionais e aos Convênios.

#### 5.3.2.1 Programa de apoio e implementação aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (PACIS)

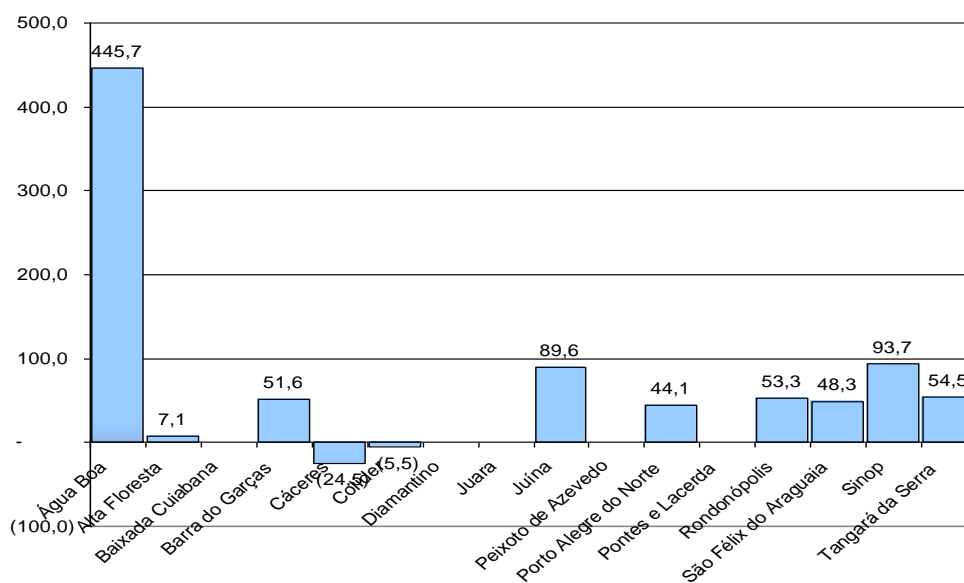
Em despesas *per capita*, destacam-se as regiões de Juara e São Felix do Araguaia, com os valores mais elevados e as de Diamantino e Peixoto de Azevedo com os menores valores (Tabela 22). Embora o maior incremento tenha sido o da região de Água Boa, ele só ocorreu em função do seu pequeno valor inicial. Na maioria das regiões onde foi possível o cálculo desse incremento, ele ficou próximo ou aquém da média do estado, de cerca de 80% (Figura 18).

Tabela 22– Despesas com consórcios intermunicipais de saúde com recursos do estado (em reais, *per capita*), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	1,0	10,2	11,7	4,2	6,7	6,3	6,0	5,6	5,6
Alta Floresta	3,7	4,0	5,0	3,5	5,1	4,9	4,0	3,8	3,9
Barra do Garças	2,3	2,1	3,2	3,9	5,7	4,8	3,8	3,6	3,5
Cáceres	4,0	4,3	1,8	4,9	0,4	3,5	3,2	3,0	3,0
Colíder	3,4	4,7	7,3	1,4	1,5	1,5	3,3	3,1	3,3
Diamantino	-	-	-	-	3,1	3,0	1,7	1,6	1,5
Juara	-	-	15,1	7,3	8,1	3,3	8,5	8,1	8,2
Juína	1,9	3,4	-	4,1	4,5	,2	3,4	3,2	3,6
P. de Azevedo	-	-	-	2,6	2,5	3,8	1,7	1,6	1,7
P.A. do Norte	2,9	3,1	3,5	2,5	3,6	3,3	4,6	4,4	4,2
Pontes e Lacerda	-	-	-	-	3,3	3,1	3,2	3,0	2,9
Rondonópolis	1,5	1,3	2,8	2,2	2,1	2,8	2,6	2,4	2,2
S. F. do Araguaia	4,6	9,9	21,1	8,1	12,8	12,1	9,4	8,8	6,8
Sinop	1,9	3,3	5,0	3,1	3,5	4,9	4,4	4,1	3,7
Tangará da Serra	1,4	2,0	2,0	1,7	3,1	2,9	2,7	2,5	2,2
Mato Grosso	1,2	1,8	2,4	2,0	2,3	2,5	2,4	2,3	2,2

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT; \* A região da Baixada Cuiabana não possui CIS.

Figura 18- Variação percentual PACIS, (*per capita*), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

### 5.3.2.2 Hospitais Regionais

Para os Hospitais Regionais, foram disponibilizados os dados a partir do ano de 2004.

Observa-se ao longo da série que as despesas nos Hospitais Regionais foram aumentando ano a ano em todas as unidades existentes. O hospital com a maior despesa

no ano de 2004 foi o Regional de Colider e o menor foi o Regional de Rondonópolis, ordem que praticamente se mantém durante todo o período analisado (Tabela 23).

Tabela 23 - Despesas com hospitais regionais de Mato Grosso (em reais, *per capita*) 2004 a 2010.

Hospital	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Var. %
Hospital Reg. Cáceres	15,71	13,74	23,16	19,07	40,89	41,04	33,45	112,89
Hospital Reg. Colider	31,50	25,08	31,55	34,93	67,16	86,59	95,55	203,30
Hospital Reg. Rondonópolis	6,27	9,33	15,53	10,14	18,56	19,25	18,18	190,05
Hospital Reg. Sorriso	9,30	11,53	13,72	12,58	26,09	27,79	24,47	163,19
Mato Grosso	3,57	3,92	5,78	4,72	9,50	10,26	9,50	166,37

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

Em termos percentuais o incremento ocorrido entre os anos de 2004 e 2010 foi de cerca de 200% para HR de Colider e 110% para o HR de Cáceres.

### 5.3.2.3 Convênios para Assistência Hospitalar

Para os convênios, apresenta-se um histórico do ano de 2006 a 2010, uma vez que não há registros dos dados totais do período do estudo (de 2002 a 2010), na Secretaria de Estado de Saúde, por motivo de mudança do sistema informatizado de acompanhamento de execução dos recursos.

A tabela 24 apresenta os valores referentes a convênios entre a SES/MT e os municípios, visando atender a Assistência Hospitalar. Entre os itens contemplados nos convênios, estão: manutenção de leitos de UTI, ampliação das instalações hospitalares e aquisição de aparelhos para realização de exames.

Na maioria das regiões, em 2007 ocorreram as maiores transferências com convênios para assistência hospitalar, em relação aos demais anos. Segundo a SES-MT (2007), tais convênios visavam garantir a integralidade do atendimento aos pacientes do SUS. Chamam a atenção os valores repassados a Cáceres (2007) e a Porto Alegre do Norte (2006).

Tabela 24 - Convênios entre a SES/MT e os municípios, Assistência Hospitalar, (em reais, *per capita*), segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.

Região	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	-	-	0,80	-	-
Alta Floresta	-	9,97	5,99	-	-
Baixada Cuiabana	1,44	17,93	2,54	7,32	0,88
Barra do Garças	6,13	4,86	4,05	-	-
Cáceres	-	249,29	3,27	0,39	-
Colider	-	45,30	42,91	-	-
Diamantino	-	0,96	0,83	5,44	57,89
Juara	-	9,30	10,49	-	-
Juina	-	4,63	3,72	-	-
Peixoto de Azevedo	-	1,60	1,77	-	-
P. e Lacerda	19,27	4,58	8,12	3,64	-
P. A. do Norte	127,02	7,20	-	19,14	-
Rondonópolis	1,33	-	-	-	-
S. F. Araguaia	-	3,90	-	0,58	-
Sinop	6,33	0,87	16,84	-	-
Tangará da Serra	-	-	2,55	-	-
Mato Grosso	4,68	37,73	4,71	3,11	2,04

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

Os recursos oriundos do estado, para assistência hospitalar, transferidos nas três modalidades descritas acima, foram consolidados e apresentados na tabela 25.

Tabela 25- Despesas com assistência hospitalar, realizadas com recursos oriundos do estado (PACIS, Hospitais Regionais e Convênios), em reais, *per capita*, segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	1,03	10,21	11,67	4,19	6,70	6,28	6,79	5,63	5,65
Alta Floresta	3,65	4,01	5,00	3,52	5,13	14,88	9,96	3,76	3,91
Baixada Cuiabana	-	-	-	-	1,44	17,93	2,54	7,32	0,88
Barra do Garças	2,30	2,09	3,24	3,92	11,85	9,68	7,85	3,63	3,49
Cáceres	3,98	4,27	17,53	18,66	0,36	252,75	6,44	3,42	36,45
Colider	3,45	4,70	38,78	26,46	1,53	46,75	46,21	3,15	98,81
Diamantino	-	-	-	-	3,11	3,95	2,49	7,03	59,41
Juara	-	-	15,08	7,33	8,12	12,64	19,00	8,11	8,23
Juina	1,90	3,39	-	4,08	4,53	8,87	7,12	3,16	3,60
Peixoto de Azevedo	-	-	-	2,59	2,53	5,41	3,51	1,65	1,67
Pontes e Lacerda	2,89	3,10	3,45	2,46	22,84	7,87	12,77	8,02	4,16
Porto A. do Norte	-	-	-	-	130,35	10,32	3,18	22,17	2,89
Rondonópolis	1,46	1,31	9,04	2,17	3,40	2,76	2,56	2,42	2,24
S. F. Araguaia	4,55	9,92	21,05	8,10	12,78	16,04	9,44	9,43	6,75
Sinop	1,90	3,33	14,32	14,64	9,79	5,80	21,24	4,07	28,15
Tangará da Serra	1,44	2,01	1,98	1,74	3,12	2,90	5,24	2,52	2,22
Total	1,25	1,76	5,98	5,87	6,97	40,28	7,15	12,57	11,71

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

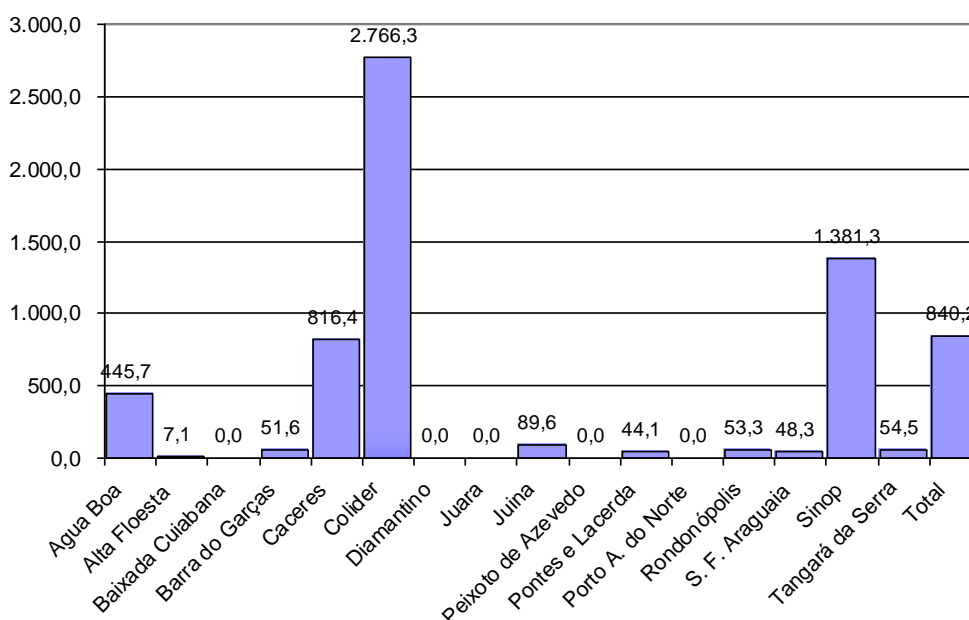
As regiões que possuem Hospitais Regionais, excetuando-se Rondonópolis, apresentaram os maiores valores *per capita*, em praticamente todos os anos da série,

sendo elas: Cáceres, Colider e Sinop. As regiões de Juara e São Felix do Araguaia também apresentaram valores importantes, nos anos de 2004 a 2010.

Para o restante das regiões de saúde que receberam recursos estaduais, no ano de 2002, os valores *per capita* variaram de R\$ 1,03 a R\$ 4,55 cabendo o menor e o maior valor para Água Boa e São Felix do Araguaia, respectivamente. No ano de 2010, os valores variaram de R\$ 1,67 (Peixoto de Azevedo) a R\$ 59,41 (Diamantino). A Baixada Cuiabana, onde se situam a capital e o segundo maior município de MT, referências para assistência hospitalar no estado, não recebeu recursos nos anos de 2002 a 2005 nessas modalidades investigadas no estudo, e a partir de 2006, recebeu valores pequenos, quando comparados aos de outras regiões de saúde,

A variação percentual revelou incremento variando entre 7% e 2.766% para as regiões de Alta Floresta e Colider, respectivamente. Para algumas regiões, não foi possível calcular a evolução percentual entre 2002 e 2010. Três das quatro regiões que contam com hospital regional apresentaram os maiores incrementos com destaque para Colider (Figura 19).

Figura 19 – Evolução percentual dos gastos com assistência hospitalar de recursos oriundos do estado. Regiões de Mato Grosso, 2002 e 2010.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

### 5.3.2 Convênios específicos: assistência ambulatorial, casas de apoio e ambulâncias.

Foram considerados neste item os recursos de convênios específicos para: assistência ambulatorial, casas de apoio e aquisição de ambulâncias. Considerando que

nem todas as regiões foram contempladas, assim como nem todos os anos da série, e ainda que os valores *per capita* são pequenos, tais despesas foram calculadas em relação à população total do estado de Mato Grosso (Tabela 26).

Tabela 26- Recursos de convênios específicos: assistência ambulatorial, casas de apoio e ambulâncias (em R\$ *per capita*), Mato Grosso, 2006 a 2010

Item	2006	2007	2008	2009	2010
Ass. Ambulatorial	0,81	0,18	0,12	0,18	1,91
Casas de Apoio	0,02	0,27	00	0,17	0,23
Ambulâncias	-	-	-	0,15	1,94
Total	0,83	0,45	0,12	0,50	4,08

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

Também para se ter uma visualização da participação global do estado, foram consolidados os recursos transferidos por ele aos municípios para assistência hospitalar, assistência ambulatorial e atenção básica (Tabela 27).

Tabela 27- Despesas com os níveis assistenciais de atenção básica, hospitalar e ambulatorial realizados com recursos oriundos do estado, em reais, *per capita*, segundo regiões de Mato Grosso, 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	7,64	21,48	18,55	18,49	22,69	23,34	22,99	21,52	26,90
Alta Floresta	8,33	17,31	12,07	21,65	24,92	34,60	26,99	23,25	26,50
B. Cuiabana	1,57	3,35	1,79	3,68	5,51	22,01	6,22	13,84	8,39
B. Garças	14,44	20,72	14,57	22,09	23,22	25,12	25,67	22,32	24,27
Cáceres	8,28	17,04	22,53	27,23	10,18	261,84	16,77	14,51	46,17
Colider	10,20	4,70	44,89	61,99	1,53	57,54	56,35	16,10	121,10
Diamantino	11,00	14,65	9,10	14,78	21,39	21,27	18,72	24,18	76,04
Juara	4,17	5,21	17,95	12,10	14,97	22,05	36,67	27,81	29,11
Juina	9,80	20,07	10,53	27,29	30,23	38,43	33,97	29,81	35,73
P. Azevedo	2,74	12,64	9,08	18,04	27,98	22,56	23,07	26,17	28,95
P. Lacerda	4,87	3,10	8,26	10,35	36,45	21,43	28,68	26,79	19,84
P. A. Norte	9,24	31,20	12,83	41,76	197,44	57,60	54,69	78,15	55,01
Rondonópolis	7,51	14,83	16,97	17,10	18,73	18,36	18,35	17,50	16,42
S. F. Araguaia	24,18	9,92	49,99	8,10	340,58	65,19	53,12	48,82	47,63
Sinop	9,23	19,38	22,83	31,37	27,94	19,46	33,90	18,49	42,66
T. da Serra	6,83	12,20	8,79	13,97	17,64	10,55	18,31	15,24	14,14
Mato Grosso	6,16	11,58	12,00	18,04	21,34	51,57	18,70	25,44	26,94

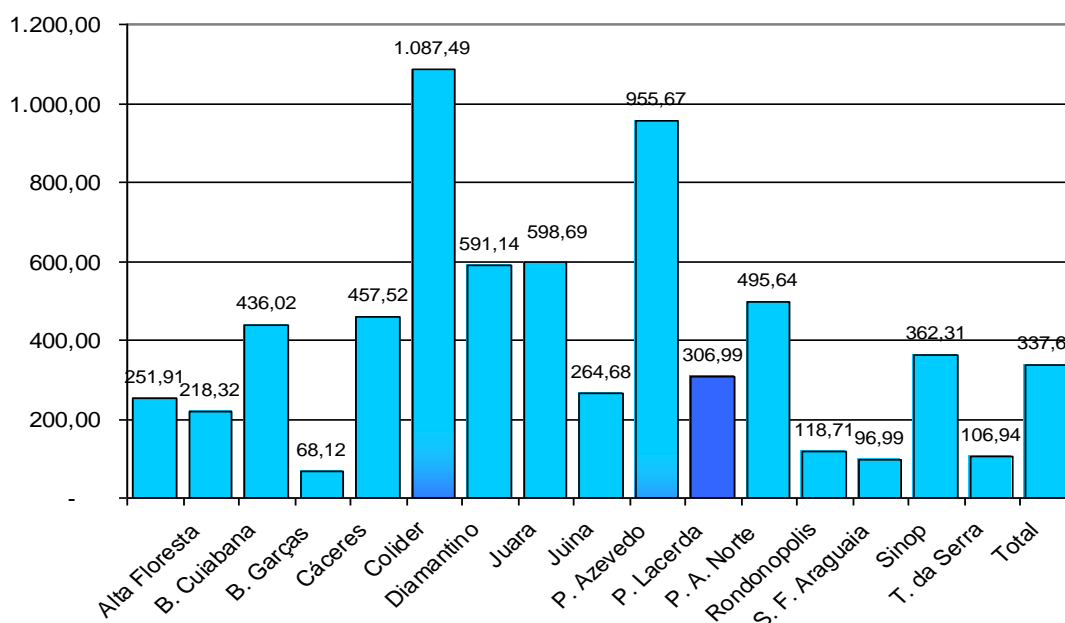
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

Observa-se que todas as regiões tiveram incremento dos gastos em saúde efetuados com recursos do estado, quando observados os anos extremos da série. Entretanto, a região de São Felix do Araguaia merece especial destaque, uma vez que apresentou valores altos em vários anos, e principalmente em 2006 (R\$ 340,58), quando comparados com as outras regiões. Por outro lado, destacam-se negativamente os baixos

valores observados na Baixada Cuiabana, na maioria dos anos dos. Nessa região, o valor mais elevado (R\$ 22,01) deveu-se à transferência de recursos de convênios, que só foram expressivos para ela em único ano (2007), conforme visto acima.

A variação percentual entre o ano de 2002 e 2010 mostra incremento em todas as regiões (Figura 20), sobressaindo-se Colider e Peixoto de Azevedo, enquanto o menor aumento deu-se em Barra do Garças.

Figura 20 - Evolução percentual das despesas com atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial realizados com recursos do estado. Regiões de Mato Grosso, 2002 e 2010.



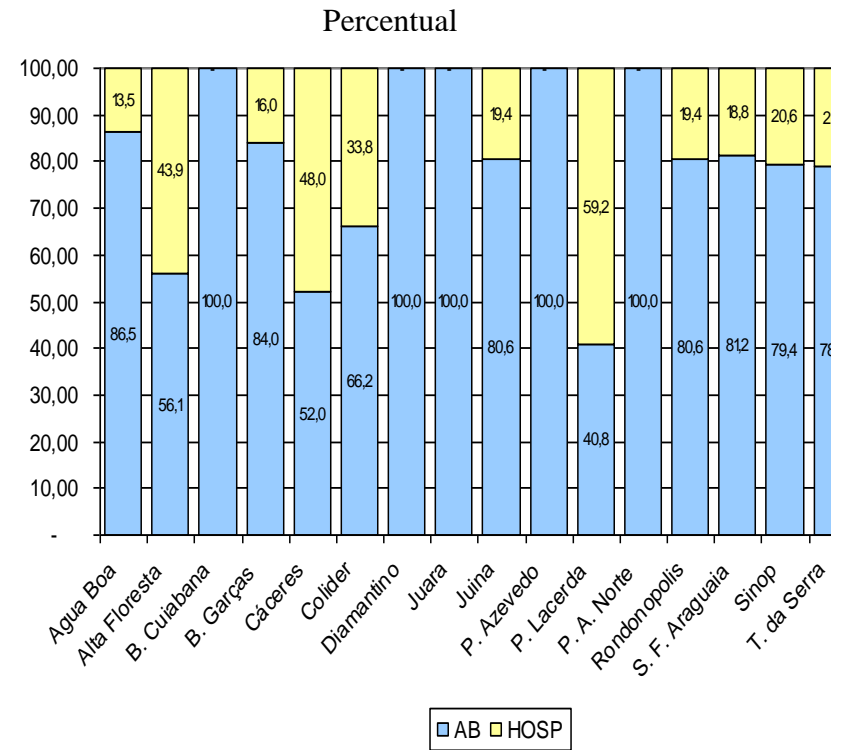
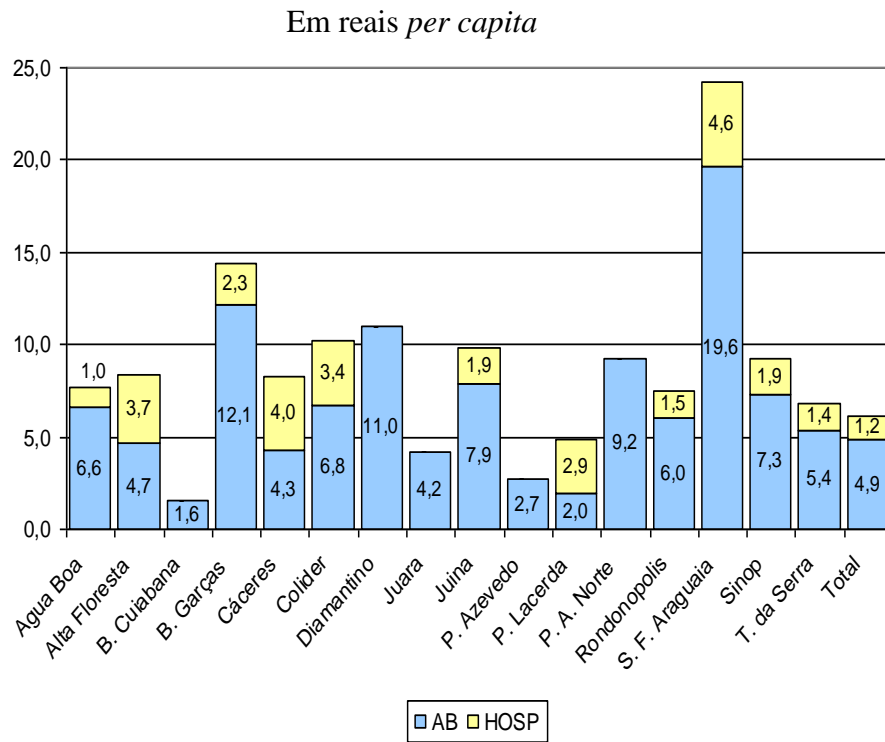
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

A totalização dos recursos oriundos do estado, para os diversos níveis de assistência à saúde, evidencia seu direcionamento e tendência (Figura 21). No ano de 2002, grande parte desses recursos priorizou a atenção básica, sendo que em algumas regiões ela representou sua totalidade (Baixada Cuiabana, Diamantino, Juara, Peixoto de Azevedo e Porto Alegre do Norte). Em outras oito regiões esses gastos representaram entre 60% a 86% dos recursos e apenas em três regiões (Pontes e Lacerda, Cáceres e Alta Floresta), os recursos para atenção básica representaram percentuais mais baixos, em torno de 50%. Nestas, destacaram-se as despesas com assistência hospitalar.

Já em 2010 (Figura 22), o panorama muda bastante, salientando primeiramente a elevação das transferências de recursos do estado para a saúde, que saíram do patamar de R\$ 6,00 para R\$ 25,00. Além disso, as transferências para assistência hospitalar

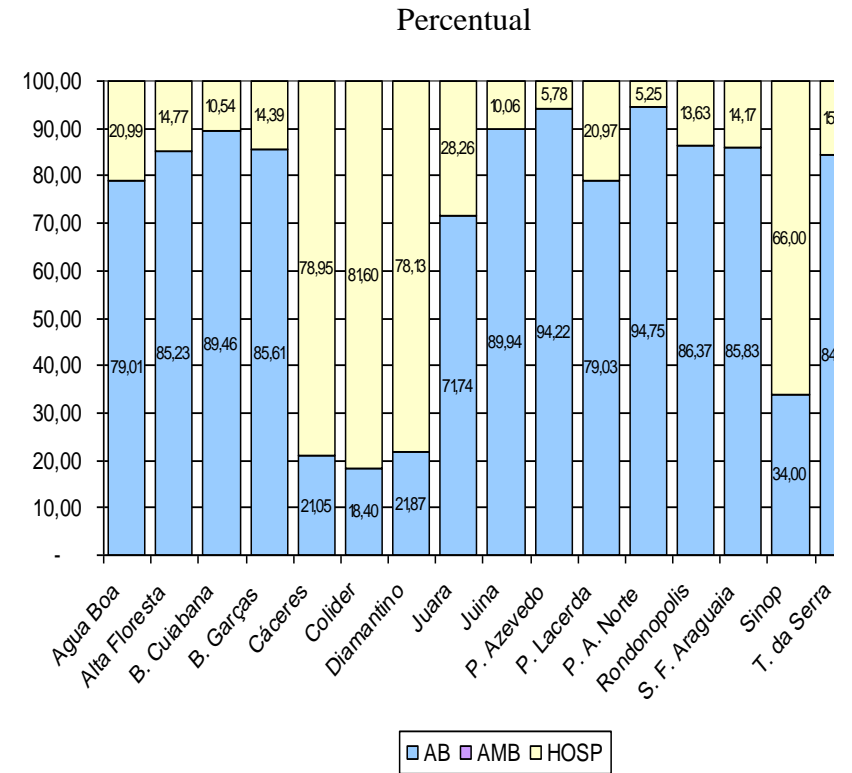
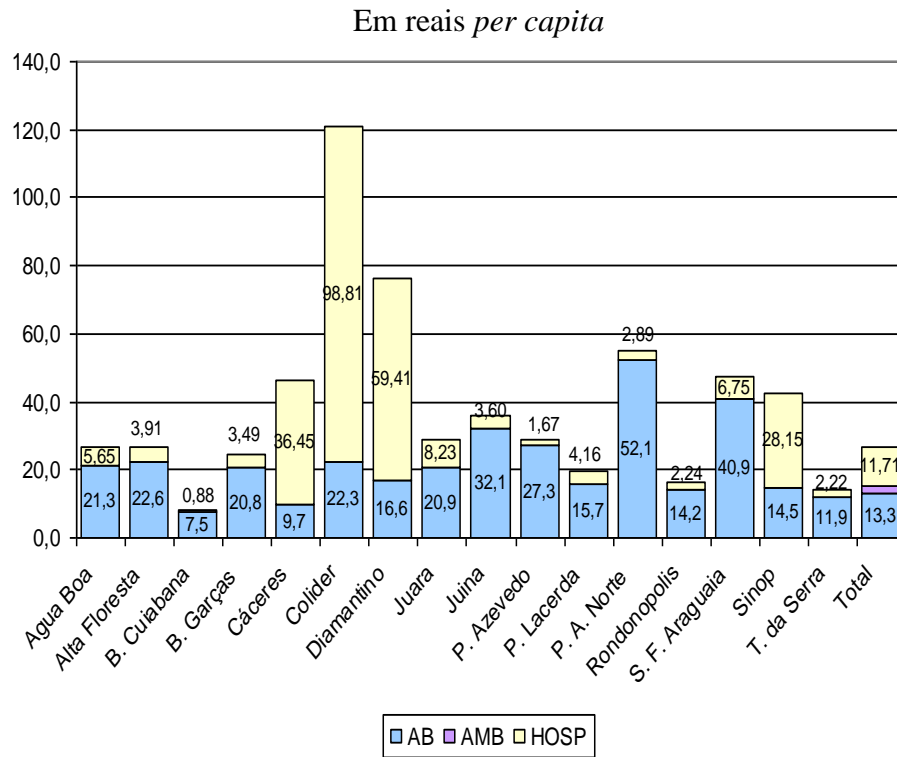
aparecem em praticamente todas as regiões, com exceção da Baixada Cuiabana que continua só recebendo recursos para atenção básica, em valores per capita pequenos. As regiões de Cáceres, Colider, Diamantino e Sinop são as que apresentam percentuais mais elevados de recursos direcionados para assistência hospitalar, variando entre 66% e 81%. Para doze das dezesseis regiões, os recursos continuam a privilegiar a atenção básica, com percentuais variando entre 79% e 89%.

Figura 21 - Despesas nos níveis assistenciais de atenção básica, assistência ambulatorial e assistência hospitalar, regiões de Mato Grosso, 2002.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES-MT

Figura 22- Despesas nos níveis assistenciais de atenção básica, assistência ambulatorial e assistência hospitalar, regiões de Mato Grosso, 2010.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

#### 5.4 Recursos da União transferidos para a SES para assistência hospitalar

Além de todos os recursos apresentados no item 5.3, oriundos do estado, identificaram-se, na SES-MT, recursos da União (fonte 112) destinados à assistência hospitalar, via Consórcios Intermunicipais de Saúde. Segundo a SES-MT, tais recursos destinam-se às equipes hospitalares, visando sua produtividade (Tabela 28).

Tabela 28 - Despesas dos Hospitais Regionais (em reais *per capita*) custeadas com recursos da União transferidos pelo estado, Regiões de MT, 2004 a 2010.

Região	2004	2005	2007	2008	2009	2010
Cáceres		4,37	14,51	15,41	16,42	9,94
Colider		4,61	11,24	16,44	17,12	66,92
Rondonópolis	3,45		4,45	3,22	3,90	4,24
Sinop		6,41	7,70	6,64	7,77	10,30
Água Boa						46,22
Total	0,50	0,99	2,56	2,50	2,79	5,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

Para os anos disponíveis da série, observa-se que apenas nas regiões de Colider e Sinop há uma tendência de elevação dessas despesas. Rondonópolis detém as menores transferências enquanto Cáceres, que apresentava valores próximos ao de Colider, entre 2007 e 2009, teve queda importante em 2010. Chamam a atenção os valores transferidos em 2010 para a região de Água Boa, que não conta com hospital regional.

## 6. DISCUSSÃO

Computando os recursos oriundos da União, do estado e dos municípios, as despesas per capita com saúde em Mato Grosso evoluíram de R\$ 388,43 (2002) para R\$ 739,53 (2010). Neste mesmo período, no Brasil, as despesas com saúde cresceram de R\$ 433,00 para R\$ 717,00 (SERVO et al., 2011). Se no Brasil o incremento dessas despesas foi de 65,6%, em Mato Grosso, embora no ano inicial as despesas fossem inferiores à média brasileira, em 2008 elas ultrapassaram-na (90,4%).

Tanto no Brasil, como em Mato Grosso, os gastos públicos com saúde têm aumentado, demonstrando que este estado segue não só a tendência nacional, mas também mundial (CONASS, 2011). Mas para um sistema que se pretende universal e integral, há que se lembrar que a participação pública representa 44% dos gastos totais com saúde no Brasil (UGÁ, 2006). Na hipótese desse percentual reproduzir-se também em Mato Grosso, as despesas totais com saúde seriam estimadas em R\$ 1.680,75 *per capita*/ano, considerando-se a participação pública (R\$ 739,53) e os gastos familiares (R\$ 941,22). Mas provavelmente as despesas totais com saúde em Mato Grosso são inferiores àquele valor. Isso porque enquanto a Pesquisa de Orçamento Familiar (IBGE, 2010b) informa que o gasto das famílias no Brasil com saúde, em 2008, ocupava 7,2% de seu orçamento, em Mato Grosso esse percentual era de 5,4%. Menciona-se nesse caso, embora não seja objeto do estudo aqui proposto, a injustiça tributária que ocorre, considerando que em famílias com menor renda, cerca de 80% desse gasto dá-se com medicamentos.

No Brasil, a proporção do gasto federal com saúde em relação ao PIB, de 1995 a 2009, variou de 1,79% a 1,85% (DATASUS, 2010). Nesse período, aumentou a participação de estados e municípios no financiamento da saúde e o gasto total com saúde em relação ao PIB ficou em torno de 3,4%, em 2010, percentual que está longe de ser o ideal se comparado com países como Inglaterra (9,8%) no mesmo ano (OECD, 2012), que possui um modelo de saúde universal.

Ressalta-se que embora os dados apontem para o aumento das despesas públicas totais com saúde, parte desse aumento pode ter sido decorrente da elevação dos custos de procedimentos, medicamentos, tecnologias e recursos utilizados em saúde.

Em relação à participação no financiamento da saúde pelos três entes federados, a situação matogrossense revela uma tendência de redução da participação percentual da

União, em detrimento de certa estabilidade da participação municipal e discreta elevação da estadual. Dados de 2010, do Brasil (SERVO et al., 2011) e do Rio de Janeiro (UGÁ et al., 2010) informam as seguintes participações percentuais de União, estado(s) e municípios: 44,7%, 26,7% e 28,6% (Brasil) e 35,9%, 27,8 e 36,3% (RJ). Nesse ano, tais participações, em Mato Grosso, foram de 41,6%, 29,5% e 28,9%. Comparando as três situações, em Mato Grosso a participação da União ficou intermediária entre a do país e a do Rio de Janeiro; a participação estadual destacou-se em MT e a participação dos municípios foi semelhante à da União, mas bem menor que a dos municípios fluminenses.

Ainda que os percentuais relativos à participação exclusivamente estadual no financiamento saúde tenham se destacado, sua representação, em valores *per capita* não acompanhou o padrão da região centro-oeste. Nessa região, entre 2002 e 2008 as despesas evoluíram de R\$ 113,00 para R\$ 239,00 (LEVI e SCATENA, 2011), enquanto em Mato Grosso a evolução foi de R\$ 95,80 para R\$ 198,60. Tal padrão de despesas aproxima este estado daqueles da região sudeste. Mesmo que os elevados valores observados na região centro-oeste possam estar influenciados pelas despesas do DF, a participação relativamente baixa do estado de Mato Grosso provavelmente está relacionada ao descumprimento, por parte deste estado, do que preceitua a EC-29, só alcançado em 2010. Isto também explicaria aquela maior participação percentual, citada acima.

Quando comparadas as despesas com saúde efetuadas pelo estado de Mato Grosso, em relação ao PIB estadual, verificou-se que entre o período de 2002 e 2006 o percentual do PIB gasto com essas despesas aumentou, variando de 0,76% a 1,09%. Entretanto, no ano de 2007, esse percentual cai para 1,08% chegando a 0,97% em 2009, embora o PIB estadual tenha se apresentado numa crescente em todo o período.

Ao se considerar as despesas efetuadas com recursos próprios dos municípios, observou-se que, entre 2002 e 2008, em Mato Grosso tais despesas elevaram-se de R\$ 121,9 para R\$ 194,73. Segundo LEVI e SCATENA (2011), nesse mesmo período, no conjunto de municípios do centro-oeste, as despesas municipais evoluíram de R\$ 84,00 para R\$ 149,00, valores inferiores àqueles encontrados neste estado. O padrão matogrossense encontra-se próximo àquele referido por esses autores para o conjunto dos municípios da região sul: R\$ 113,00 e R\$ 188,00. Também nesse caso, o cumprimento da EC-29 pelos municípios poderia explicar tal comportamento, pois

desde 2002 o conjunto de municípios de MT tem ultrapassado os 15% previstos pela emenda para 2004. De 2008 a 2010 tal percentual ultrapassou os 20%.

Em Mato Grosso, cerca de 60% de todas as despesas com saúde, tem ficado sob responsabilidade dos municípios. Há, no entanto, grande desigualdade entre as regiões de saúde, na conformação desses recursos, entre próprios e oriundos de transferências do SUS. No conjunto dos municípios do estado, no ano de 2010, 52,0% das despesas sob a responsabilidade dos municípios foram fomentadas por recursos próprios. Mas em algumas regiões tais percentuais são bem maiores: Sinop (68,8%), Cáceres (65,5), Diamantino (61,6%) e Tangará da Serra (60,6%). Os percentuais mais elevados podem significar maior base orçamentária (e riqueza) municipal, o que poderia se aplicar às regiões de Sinop, Tangará da Serra e Diamantino, que têm PIB elevados (IBGE, 2009). Por outro lado podem significar baixa contrapartida de União e estado. Nas demais regiões os percentuais situam-se abaixo da média do estado. Neste caso, as transferências intergovernamentais do SUS têm papel ainda mais decisivo na disponibilidade de recursos para a saúde (VIANA et al., 2006).

Os gastos com recursos próprios dos municípios caminham em consonância com a Emenda Constitucional 29, contribuindo de forma decisiva para o aumento dos gastos com saúde dos municípios (CAMPELLI e CALVO, 2007). Os percentuais relativos à EC-29, para o conjunto dos municípios matogrossenses, agregados em regiões, frequentemente excedeu os 21%. Como lembram SCATENA et al. (2009) a base orçamentária municipal de onde se originam os recursos que tais entes investem em saúde não tem acompanhado a elevação das despesas com saúde. Segundo aqueles autores:

Ao ter de alocar, em ações e serviços de saúde, percentuais cada vez mais elevados de suas receitas, os municípios podem comprometer outros setores, ou mesmo fomentar conflitos internos entre os vários atores da administração municipal. Isso pode gerar obstáculos à governabilidade municipal, com conseqüências negativas inclusive ao próprio setor saúde, que, por sua natureza, tem interfaces múltiplas com os demais setores (SCATENA et al, 2009, p 2442).

E a dificuldade dos municípios que conformam uma região em manter ou elevar sua contrapartida financeira para a saúde certamente pode causar dificuldades à sustentabilidade financeira do setor saúde dessa região.

Como já mencionado, o estado de Mato Grosso não cumpriu os percentuais definidos pela EC/29 até o ano de 2009. No caso específico, eles variaram de 7,7% (2002) a 11,7% (2009), atingindo 12,3% apenas em 2010. Com esse panorama, recai

sobre os municípios a responsabilidade pela compensação dessa deficiência, caracterizando uma maior responsabilidade dos mesmos na participação do financiamento da saúde, como afirmam RIBEIRO et al. (2007).

Quanto ao fato de o conjunto das despesas sob responsabilidade dos municípios matogrossenses representar 60% das despesas totais com saúde, pode-se pensar em algumas hipóteses: a) problemas de alimentação do SIOPS pelos municípios, que podem estar deixando de informar determinadas transferências; b) pequeno número de municípios em gestão plena do sistema no estado (nove, segundo a SES-MT), limitando sua autonomia de gestão da totalidade dos recursos do SUS; c) não transferência de parte dos recursos estaduais que deveriam ser repassados aos municípios.

A assistência à saúde pode ser estruturada em três níveis de atenção: atenção básica, assistência ambulatorial e assistência hospitalar (KAJIURA, 2011). A participação da União para esses níveis assistenciais dá-se através de transferências, que vêm aumentando, em decorrência do processo de descentralização (SERVO et al., 2011). Em Mato Grosso de 2002 a 2010 esse aumento foi da ordem de 33%.

O panorama nacional dos gastos da União traz a atenção básica como a segunda colocada no ranking de gastos no ano de 2009 (SERVO et al., 2011). Em Mato Grosso, da mesma forma, do total de recursos transferidos da União, no ano de 2002, a atenção básica ocupava o segundo posto, representando 31,9% das transferências. Mas tal situação não se reproduzia na maioria das regiões, principalmente as menores, onde as despesas com atenção básica prevaleciam. Já em 2010 o cenário era diferente e tanto no estado como na maioria das regiões prevaleceram as despesas com atenção básica. A região de São Felix do Araguaia merece destaque, apresentado o maior valor *per capita* (R\$ 169,00) e o maior percentual (87%) de transferências da União alocado na atenção básica.

No Brasil, o gasto dominante da União foi para assistência hospitalar e ambulatorial (aplicação direta e transferências). Em 2009 esses gastos representaram 46,4% do valor aplicado em ações e serviços de saúde (SERVO et al., 2011). Em Mato Grosso, somados aqueles dois níveis de assistência, eles representavam 68,0% em 2002, reduzindo-se para 62,5%, em 2010, redução esta ocorrida principalmente na assistência hospitalar, tendência que acompanhou todas as regiões de saúde, à semelhança do que se deu no país. Ressalta-se que esses percentuais do estado são muito influenciados pelas quatro regiões mais populosas (Baixada, Cáceres, Rondonópolis e Sinop) e não se

reproduzem em 11 das 16 regiões, nas quais as despesas com atenção básica representam mais que 50% dos recursos transferidos pela União.

A região da Baixada Cuiabana deteve o maior percentual de transferências, tanto para assistência hospitalar quanto ambulatorial, em 2002 e 2010 (86% e 83,6%). Isto se explica principalmente pelo fato de Cuiabá fazer parte da região e de este município ter características particulares: ser referência para o atendimento de média e alta complexidade, ter a maior e mais complexa rede ambulatorial e hospitalar do estado e estar em gestão plena do sistema municipal há mais de 10 anos. E também, porque o financiamento da saúde é motivado pela capacidade instalada, considerando que a rede de alta complexidade em grande parte se concentra nessa região, mantendo a lógica da oferta dos serviços de saúde e não à necessidade ou a demanda por tais serviços (IUNES, 2002). Nas demais regiões em que se concentrou essa assistência houve queda nas transferências para a assistência hospitalar e aumento para a assistência ambulatorial. Para CARVALHO (2007), esse aumento se atribui: a mudanças de políticas implementadas, à evolução de tecnologias e processo de trabalho, à substituição de hospitalização pela atenção ambulatorial e ainda à priorização e cobertura da atenção básica.

No Brasil, as transferências da União para medicamentos tiveram aumento entre 2002 e 2009, representando 7,2% e 9,0% das despesas com saúde (SERVO et al., 2011). Em Mato Grosso, as despesas com medicamentos só foram registradas na Baixada Cuiabana. Seus valores totais foram crescentes durante a série, acompanhando a tendência nacional, embora representando percentuais menores no mesmo período (3,6% e 4,1%). VIEIRA (2009) menciona que o aumento significativo dos gastos do MS corre em paralelo ao aumento dos gastos com medicamentos no mundo, em especial na última década.

Ainda se verificou que os gastos com despesa ambulatorial de média complexidade se concentraram nas regiões mais populosas, com um grande peso para Baixada Cuiabana no ano inicial da série. No entanto, no período analisado deu-se uma elevação dos gastos com assistência ambulatorial na região de Rondonópolis, com percentuais acima das demais. Acredita-se que esse aumento caracteriza certo deslocamento do atendimento com assistência ambulatorial voltado para essa região. Apesar disso, segundo CARVALHO (2007), questiona-se o aumento dessas despesas, já que muitas vezes isso se deve à ausência de caracterização clara da atenção de média

complexidade, definida pelos gestores como “tudo que não está incluído na atenção básica e na alta complexidade”.

A assistência ambulatorial de Alta Complexidade também se concentra nas regiões mais populosas, onde se deu um aumento dessas despesas nos nove anos de estudo. Se no início do período destacava-se a Baixada Cuiabana no atendimento a essa assistência, tal região ainda predomina nessa assistência, mas ela também se espalhou para outras regiões, como Cáceres, Colider, Diamantino e Rondonópolis.

Um achado interessante corrobora aquela hipótese de existência de problemas relacionados à alimentação do SIOPS pelos municípios. No período de 2002 a 2004 os dados informados pelo conjunto dos municípios matogrossenses ao SIOPS, sobre as transferências do SUS, eram inferiores àqueles informados pelo MS, relativos apenas às transferências federais, sem considerar as eventuais transferências estaduais. Permite-se afirmar, portanto, que havia problemas de subinformação ao SIOPS até aquele ano, podendo-se supor que parte das transferências federais podem ter sido registradas (se o foram), como “despesas próprias municipais”. A partir de 2005, segundo os dados levantados, tal problema parece ter sido resolvido.

As transferências de recursos do estado também ocorreram para os mesmos níveis de assistência: atenção básica, ambulatorial e hospitalar. Comparando os dados do estado com a União, esta elevou seus gastos com atenção básica, direcionando para ela 14,5% do total dos recursos transferidos em 2009, dos quais 8,9% foram para o PSF/PACS (SERVO et al., 2011). No âmbito de MT, também ocorreu incremento dos recursos estaduais transferidos aos municípios para a atenção básica, ente 2002 e 2009 (159,2%), as quais, em 2010 representaram 49,4% do total transferido. O PSF foi o programa que teve maior incremento (135,6% entre 2002 e 2009) e também o maior volume de recursos.

Os outros incentivos para atenção básica observados no estado (PASCAR, Saúde Bucal, Alcance de Metas e Convênios) apresentaram valores mais baixos, porém crescentes ao longo do estudo. O PASCAR destaca-se como um programa que alavanca a regionalização, priorizando incentivos financeiros para os municípios considerados mais pobres no estado, a maioria localizada na região de Porto Alegre do Norte, sendo que os mesmos receberam os maiores valores de repasses na série estudada. Tal programa apresentou como estratégia inicial, o repasse do dobro de recursos financeiros, visando diminuir as desigualdades regionais.

Em relação à assistência hospitalar, excetuando-se anos e regiões específicas, o volume de recursos transferidos pelo estado, que era inexpressivo no início dos anos 2000, eleva-se até 2010, priorizando algumas regiões, sem que se tenha conseguido definir padrões ou critérios de repasse desses recursos. Não é possível afirmar que as regiões sede de hospitais regionais foram priorizadas porque Rondonópolis não foi contemplado em todos os anos, assim como Cáceres, Colider e Sinop em vários anos da série. Há um volume expressivo de recursos de convênio transferidos para Cáceres em 2007 (equivalente a R\$ 272,55 *per capita*), que não o foram para o Hospital Regional, assim como outros grandes valores para regiões que não têm hospitais regionais: R\$ 130,35 (Porto Alegre do Norte, 2006) e R\$ 59,41 (Diamantino, 2010). Salienta-se que os recursos transferidos pelo estado para a região de Cáceres em 2007 foram 24,3% superiores aos das despesas totais com saúde sob responsabilidade dos municípios da região no mesmo ano.

Especificamente para a Baixada Cuiabana acredita-se que os baixos valores transferidos devem-se principalmente ao fato de a capital, que possui a maior rede de assistência hospitalar da região e do estado, estar sob gestão plena do sistema de saúde, embora isto não possa ser considerado entrave para a efetivação de convênios entre estado e municípios.

Quando somadas, as despesas oriundas de transferências do estado para os diversos níveis de assistência - básica, ambulatorial e hospitalar - revelam uma importante elevação de 2002 a 2010, mas os valores transferidos (*per capita*) são muito inferiores aos da União (R\$ 25,00 vs R\$ 170,00, em 2010). Em 2010, na maioria das regiões, a atenção básica é priorizada, mas em quatro delas é a assistência hospitalar, em volume de recursos e percentual: Cáceres, Colider, Diamantino e Sinop.

Comparando-se as despesas com saúde *per capita* efetuadas com recursos próprios do estado e informadas ao SIOPS, com aquelas disponibilizadas pela SES e levantadas por esta pesquisa, observa-se que as transferências estaduais (para municípios, consórcios e hospitais) representaram parcela muito pequena daquelas despesas. Ainda que o percentual transferido tivesse aumentado, ele evoluiu de 6% para 12%.

Quanto às particularidades das regiões, em especial das fronteiriças (Cáceres e Pontes e Lacerda), neste estudo não se observou nenhum recurso que as considerassem. Sabe-se, no entanto, que a busca de atendimento por populações de outros países é uma realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira, com pressão crescente à

proporção que os sistemas municipais de saúde se organizam. Este fato traz dificuldades para a gestão do SUS com repercussões sobre o financiamento das ações e serviços de saúde, uma vez que parte dos repasses federais é alocada na modalidade *per capita*, não sendo contabilizada a população itinerante (GIOVANELLA et al. 2007).

Podem ser consideradas como limitações desse estudo: a) a utilização de dados secundários originários do SIOPS, que principalmente no início de sua implementação tinha problemas de alimentação; b) a utilização de dados secundários originários do SIH-SUS e SIA-SUS, por mudanças efetuadas nesses sistemas, durante o período, ou pela qualidade ou completude da informação provida por eles; c) a qualidade e/ou completude das informações repassadas pela SES-MT, acerca das transferências efetuadas para o SUS; d) a dificuldade e limitação de se analisar as regiões de saúde a partir de dados municipais; e) os dados aqui analisados apresentam-se como a média a região de saúde, no entanto, no conjunto dos municípios de cada região podem existir disparidades, que não ficam explícitas quando se obtém a média para cada indicador, podendo mascarar a situação real da região de saúde; f) o estudo lida com a dificuldade de identificar despesas regionalizadas efetuadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde, que não são apresentadas pelo SIOPS, necessitando de relatórios específicos para obtenção desses dados, no caso do Estado e utilização de outros sistemas no caso de União. Apesar disso, acredita-se que o produto emanado do estudo tanto atende os objetivos propostos como oferece informações importantes e fomenta novas investigações.

## 7. CONCLUSÃO

Ao final do estudo foram possíveis alguns apontamentos com relação ao financiamento da saúde e a relação entre os entes federados.

Os gastos municipais com saúde, quando informados pelos municípios, divergem das informações transmitidas pelos outros entes, sinalizando a existência de problemas de informação acerca do SIOPS e de alimentação desse sistema pelos distintos entes federados.

As transferências da União concentraram-se na atenção básica em grande parte das regiões. Para estas, o volume de recursos representou mais da metade dos recursos transferidos. Despesas com assistência hospitalar e ambulatorial foram observadas em todas as regiões, com exceção da ambulatorial de alta complexidade, presentes nas regiões que são referência para tal assistência: Baixada Cuiabana, Cáceres, Colider, Diamantino e Rondonópolis em menor percentual. O panorama atual é diferente daquele do período 1994-1998, em que as transferências da União para os municípios privilegiaram a assistência ambulatorial e hospitalar, em detrimento da atenção básica (SCATENA e TANAKA, 2001), demonstrando uma inversão no modelo assistencial.

Para os recursos do estado transferidos para os municípios, a concentração de recursos na atenção básica é ainda maior, em comparação aos oriundos da União, abrangendo um número maior de regiões. No entanto, o volume desses recursos foi bem inferior ao da transferido pela União.

As transferências do estado para a assistência hospitalar aparecem também em todas as regiões, com concentração de recursos em Cáceres, Colider, Diamantino e Sinop. Ressalta-se que não foi possível definir critério de transferência de recursos para assistência hospitalar, vez que a região de Rondonópolis foi uma das que menos recebeu tais recursos, apesar de sediar hospital regional e também ser referência na assistência, atendendo a segunda maior concentração populacional do estado.

Merecem especial atenção os recursos do estado transferidos por convênios, que como visto, em algumas situações foram maiores que o total das despesas com saúde gerenciadas na própria região que os recebera. Além disso, os critérios utilizados para essas transferências não ficaram claros durante o estudo, mesmo quando da análise dos documentos que as fomentaram.

As transferências do estado para a assistência ambulatorial, passíveis de análise, representaram um volume bem menor e ocorreram em anos específicos, sendo todas via convênios.

Observou-se que o fato de Mato Grosso possuir quatro hospitais regionais, distribuídos em quatro regiões, não foi fator determinante para o direcionamento de recursos estaduais para assistência ambulatorial e hospitalar.

A conformação das 16 regiões de saúde ocorreu no âmbito político e da política de saúde da SES/MT, mas os recursos são repassados especificamente para os municípios que constituem essas regiões. Além dos recursos transferidos ao PACIS, não foi identificado pela pesquisa, entre os anos de 2002 e 2010, nenhum outro recurso que alavancasse o processo de regionalização.

Os recursos transferidos da União para as regiões, com exceção daqueles destinados aos Consórcios Intermunicipais de Saúde e à manutenção dos CGR<sup>5</sup>, também o são para os municípios, não se identificando “transferências regionais”.

Os dados financeiros do estado, obtidos através do SIOPS, não informam os valores aplicados por municípios, aparecendo como gastos totais. Além disso, no bojo desse montante não é possível distinguir as fontes dos recursos.

No correr do estudo, surgiram alguns questionamentos acerca dos recursos financeiros intergovernamentais, principalmente relativos às transferências aos municípios que não estão habilitados à Gestão Plena do Sistema. Tampouco ficaram claros os critérios adotados para efetivação de convênios entre estado e municípios.

Com relação à matriz de análise, observou-se quanto ao volume de recursos entre os entes federados, que não há muita clareza acerca das transferências estaduais, bem como qual parcela expressiva do financiamento advém da União, o que compromete a governabilidade considerando que a transferência de recursos dá- de forma “carimbada” (SOUZA et al., 2003).

Os dados sobre as transferências financeiras deixam claro que tanto a União quanto o estado privilegiaram a atenção básica, direcionando maior volume de recursos para essa assistência. Entretanto, para a esfera municipal não foi possível identificar o modelo assistencial priorizado, analisando apenas os dados extraídos do SIOPS.

O estudo permitiu identificar apenas alguns recursos oriundos da esfera estadual, com potencial de fomentar a regionalização: os recursos direcionados aos Consórcios

---

<sup>5</sup> Segundo a Secretária Executiva da CIB-MT, cada CGR constituído recebe R\$ 20.000 ao ano para sua manutenção.

Intermunicipais de Saúde. Nos recursos de convênios, levantados no presente estudo, também não foram evidenciadas tais características.

Não foram identificadas quaisquer características, no conjunto de dados levantados, das três unidades federadas, que indicassem preocupação ou enfoque voltados especificamente para enfrentamento de desigualdades regionais.

Em face dos dados apresentados e das lacunas apontadas, entende-se que a pesquisa ressalta a importância da realização de novos estudos sobre a mesma temática; e que não só analisem os gastos, mas identifiquem os padrões destes atrelados às necessidades de saúde da população, diante da realidade de sua região.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque MV, Mello GA, Iozzi FL. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: Viana ALA e Lima LD, organizadores. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 117-172.

Almeida CCT, Aihara IM e Barros E. Políticas e Gestão em Saúde. In: Márcia Garcia Virginia Alonso Hortale (organizadoras) Escola de Governo em Saúde , Série Trabalhos de Alunos. Rio de Janeiro; 2004; 128 p.

Araújo AL, Machado HOP, Carvalho EF. Autonomia municipal, descentralização, governabilidade e financiamento do SUS: uma análise de municípios em gestão plena do sistema no Estado de PE. In: Freese E, organizador. Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE; 2004. p. 297-327.

Arretche M. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização – Rio de Janeiro: Revan, São Paulo: FAPESP, 2000.

Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciência e Saúde Coletiva. 2003; 8(2):331-45.

Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review. 1963; 53(5); p: 941-973.

Banco Central do Brasil. Diretoria de Política Econômica Gerência-Executiva de Relacionamento com Investidores. Extraído do sitio <http://www4.bcb.gov.br/pec/gci/port/focus/FAQ02%20%C3%8Dndices%20de%20Pre%20%C3%A7os.pdf>, em 29/12/2011.

Barbosa PR. A gestão da saúde no brasil. Novas responsabilidades e novas praticas in: AHP, Carvalho RRP, Behreus PE, Silva NM. Os Médicos e a saúde no Brasil. Conselho Federal de Medicina, Brasília. 1998; p: 51-68.

Beltrammi DGM. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. Revista de Administração em Saúde. 2008; 10(41): 149-163.

Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciencia e Saúde Coletiva. 2002; 7(3):401-412.

Botti CS. Avaliação do processo de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Teles Pires (dissertação). Brasília. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2010.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasilia, DF: Senado Federal, 1988.

Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990(a). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990(b). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasil. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003. Trata das diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretário de Saúde, 2005. Extraído do sitio [conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2005/ec29.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/ec29.htm), em 17/02/2011.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde. Brasília 2011.
- Campelli MGR, Calvo MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional nº29 no Brasil. *Cad. Saúde Publica*. 2007; 23(7): 1613-1623.
- Carvalho DMT. Financiamento da Assistência Medico-hospitalar no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(4): 879-892.
- Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45(1): 204-211.
- Fleury S. Políticas Sociais e democratização do poder local. In S. C. Vergara & V. L. A. Correa (Orgs.). *Propostas para uma gestão pública municipal*. Rio de Janeiro: FGV. 2003.
- Giovanella L , Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC e Damacena GN. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2007; 23(2):5251-5266.
- Gil AC, Licht RHG, Yamauchi NI. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. *Hygeia, Rev. Bras. de Geografia Médica e da Saúde*. 2006; 2(3):35-46.
- Guerreiro JV, Branco MAF. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(3): 1689-1698.
- Handerson JW. *Health Economics and Policy*. South Western College Publishing. 1999. P: 18-20.
- Índices De Preços - Definições Conceituais, Cálculo Do Ipc, Índices De Preços Brasileiros, Deflação, Indexação. Extraído do sitio <http://vsites.unb.br/face/eco/inteco/textosnet/2parte/indices%20de%20precos.pdf> em 29/12/2011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Índice Nacional De Preços Ao Consumidor Amplo – IPCA. Extraído do sitio <http://www.portalbrasil.net/ipca.htm>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Produto Interno Bruto dos Municipios Brasileiros de 2005 a 2009 de. Extraído do sitio em 20/05/2012. [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?id\\_pesquisa=46](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=46)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo demográfico 2010(a).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009 – Despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro; 2010(b).
- Iunes RF. Demanda e Demanda em Saúde. In: Piola SF e Vianna SM. *Economia da Saúde: Conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. IPEA. Brasília; 1995; p:99-121.
- Kajiura AP. A oferta de serviços de média e alta complexidade e os sistemas de informação no Sistema Único de Saúde. In: Melamed C e Piola SF. *Políticas Publicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA: 2011; 187-210.

- Keinert TMM, Rosa TEC, Meneguzzo M. Inovação e cooperação intergovernamental: microregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde. São Paulo, Annablume, 2006.
- Levi ML, Scatena JHG. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: Viana ALd'Á, Lima LD. (Orgs.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011; p. 81-113.
- Lima APG, Pastrana R. Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde do estado de Minas Gerais. Relatório de pesquisa – Ministério da Saúde/Organização Pan Americana da Saúde, 2000.
- Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12(2), 511-522.
- Lima LD. Federalismo Fiscal e Financiamento Descentralizado do Sus: Balanço de Uma Década Expandida. *Trab. Educ. Saúde*; 2009; 6(3): 573-597.
- Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV e Viana ALÁ. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(7); p: 1903-1914.
- Luz MD. Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual.. In: Pinheiro R e Mattos RA (org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC - ABRASCO, 2001. p. 17-37.
- Machado JA. Pacto de Gestão na Saúde – Até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? *Rev. Bras. Ciências Sociais* 2009; 24 (71):105-120.
- Machado RR Costa E, Erdmann AL, Albuquerque GL e Ortiga AMB. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*, 2009; 11(1): 181-187.
- Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência e saúde coletiva*. 2003;8(2):403-415.
- Mendes EV. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. 2002. Extraído do sitio [www.saude.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc](http://www.saude.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc) em em 15/04/2011.
- Mendes A. Aquilas Mendes comenta regulamentação da EC/29 pelo Senado. Extraído do sitio [blogsauade.com.br](http://blogsauade.com.br) em 17/02/2012.
- Minayo, M. C. de S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde. 11. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- Ministério da Saúde. Portaria 545 de 05 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília.
- Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96, de 06 de novembro de 1996 – Brasília.
- Ministério da Saúde. Os Consórcios Intermunicipais e a Gestão Municipal em Saúde no Brasil. Ações e Metas Prioritárias.1997a, pag 29.
- Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde On-line. O consórcio e a gestão municipal em saúde. 1997b. Extraído do sitio [www.datasus.gov.br/cns/APOIO/consorciosaude.htm](http://www.datasus.gov.br/cns/APOIO/consorciosaude.htm)
- Manual de Orientação, Normas e Rotinas de Acompanhamento da Execução Físico-Financeira de Convênios e Contratos. Brasília – DF 2003.

- Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à saúde: NOAS-SUS 01/01 - Portaria MS/GM nº95, de 26 de janeiro de 2001 - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Ministério da Saúde. Glossário Temático Economia da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2005. Extraído do sitio [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0025\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0025_M.pdf), em 19/10/2010.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 (a). Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
- Ministério da Saúde. Portaria 648 de 28 de março de 2006 (b). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.
- Ministério da Saúde. Sec. de Ciência, Tec. Insumos Estratégicos. Dep. de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos Manual Técnico de Custos – Conceitos e metodologia. 2006 (c), p. 13-14.
- Ministério da Saúde. Portal da Saúde. [www.portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area](http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area), acessado em 05/12/2010 (a).
- Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (b). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Ministério da Saúde. Manual técnico operacional SIA/SUS Sistema de Informações Ambulatoriais Aplicativos auxiliares e de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético; 2010 (c).
- Moreira GV. SIH/SUS Como fonte para a produção de Indicadores de morbidade para a gestão dos Serviços de saúde - Internações por meningites em geral e sífilis congênita como preditoras da ocorrência na população – [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Instituto de Medicina Social. 2003.
- Muller Neto JS. Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da integridade da atenção. Secretaria de Estado de Saúde. Cuiabá. 2002; p:14-15.
- Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de Saúde: estudo de caso exitoso. Cad. Saúde Pública, 2006; 22(10):2207-2217.
- Noronha JC, Lima LD e Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC e Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz; 2008. p 435-472.
- Nunes A, Santos JRS, Barata RB e Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento. Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília; 2001.
- Organization Economic Cooperation Development. *OECD Health Data 2012* How Does the United Kingdom Compare. Extraído do sitio [www.oecd.org/unitedkingdom/BriefingNoteUNITEDKINGDOM2012.pdf](http://www.oecd.org/unitedkingdom/BriefingNoteUNITEDKINGDOM2012.pdf), em 11/09/2012.
- Piola SF, Ribeiro JAC, Reis COO. Financiamento da saúde: o que mudou com a CPMF? Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES)/Encontro Nacional de Economia da Saúde, 1999.
- Reis COO, Ribeiro JAC, Piola SF. Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O Caso do Ministério da Saúde. Min. do Plan., Orçamento e Gestão, IPEA. 2001.

Extraído do sítio [www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_2001/TD\\_802.doc](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/TD_802.doc), acessado em 22/03/2011.

Ribeiro JA, Piola SF, Servo LM. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. *Divulg Saúde Debate* 2007; 37:21-43.

Scatena JHG, Tanaka OY. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. *Informe Epidemiológico do Sus*. 2001; 10(1): 19-30.

Scatena JHG, Viana ALd'Á, Tanaka OY. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios matogrossenses. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25(11):2433-2445

Secretaria de Estado de Planejamento de Mato Grosso. Manual Técnico Orçamentário 2010. Cuiabá; SEPLAN, 2010.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Plano Estadual de Saúde 2000-2003, Cuiaba: SES, 2000.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Portaria nº 087 de 18 de junho de 2008. Institui normas para gestão financeira dos consórcios intermunicipais de saúde de Mato Grosso e dá outras providências.

Servo LMS, Piola SF, Paiva AB, Ribeiro JA. Financiamento e gasto público de saúde: Histórico e tendências In: Melamed C e Piola SF (org). *Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA: 2011; 85-108.

Silva MGC. Saúde e Desenvolvimento Econômico. *Rev. Sustentação*. 2004a; 5(14): 42-49.

Silva MGC. Introdução à Economia da Saúde. Fortaleza. UECE/Expressão, 2004b.

O Estado de São Paulo, 2007. A CPMF, da origem ao fim. Disponível em [www.estadao.com.br/especiais/a-cpmf-da-origem-ao-fim](http://www.estadao.com.br/especiais/a-cpmf-da-origem-ao-fim), acessado em 09/10/2010.

Silva KSB, Bezerra AFB, Sousa IMCS e colaborador. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pub*. 2010; 26(2): 373-382.

Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2007; 7(4): 495-502.

Souza C. Estado da arte da área de políticas públicas: Conceitos e principais topologias. XXVII Encontro anual da associação nacional e pós-graduação em pesquisa e ciências sociais. Caxambu. 2003.

Sousa IMC, Silva ASS, Canto A. Financiamento no SUS: a Emenda Constitucional 29 e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde em Pernambuco. Recife: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

Souza RR. O sistema público de saúde brasileiro. In: Negri B e Viana ALd'Á org. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo; 2002; Sobravime/Cealag. P. 411-432.

Teixeira L, MacDowell MC e Bugarin M. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma análise à luz da teoria dos jogos. IPEA; Brasília; 2002.

Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Sioaps. *Ciência e saúde Coletiva*. 2003; 8(2): 379-391.

Ugá MA, Santos IS. Uma análise da Progressividade do financiamento do Sistema Único de saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(8): 1597-1609.

Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva* vol.8 no.2 Rio de Janeiro 2003; 417-437.

Ugá MA, Porto SM, Santos IS e Viacava F. A gestão do SUS no âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2010; Editora Fiocruz; P: 147-168.

Viana ALD, Lima LD, Oliveira RD. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(3):493-507.

Viana ALA, Ibañes N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV e Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo; 2008; 22(01); p. 92-106.

Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos. *Tendências dos programas de 2002 a 2007*. 2009; 43(4): 674-681.

## APENDICE 1

Tabela 1 - Despesas com atenção básica (em milhões de reais), efetuadas com recursos oriundos da União, regiões de saúde, Mato Grosso, 2002 a 2010.

Regional de Saúde	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	3,56	3,86	6,69	7,20	7,66	8,01	8,66	6,96	5,44
Alta Floresta	4,08	4,12	4,88	5,92	6,22	5,94	6,29	8,11	8,43
Baixada Cuiabana	24,20	25,03	28,17	31,99	34,32	30,13	31,84	32,07	34,90
Barra do Garças	8,23	8,24	7,47	13,38	14,88	15,27	16,16	14,58	15,48
Cáceres	7,36	7,50	7,84	7,25	8,92	9,26	9,59	9,30	9,80
Colíder	2,93	3,14	3,33	4,11	4,97	4,89	5,46	5,15	5,50
Diamantino	4,62	4,60	4,73	4,73	5,61	6,19	6,33	6,16	6,91
Juara	2,37	2,32	2,55	2,62	3,49	4,18	4,76	4,66	5,00
Juína	5,42	5,35	6,62	7,84	9,90	9,65	10,40	10,20	10,63
Peixoto de Azevedo	3,82	4,25	5,06	4,92	6,40	7,22	7,07	7,86	8,43
Pontes e Lacerda	3,49	3,78	4,23	4,42	5,99	6,96	8,37	8,38	8,72
Porto Alegre do Norte	3,21	3,30	4,08	4,87	7,34	7,82	8,42	7,40	7,78
Rondonópolis	17,16	18,69	19,63	20,64	24,17	26,12	27,11	26,30	28,91
São Félix do Araguaia	1,90	2,31	3,12	3,70	4,36	5,40	5,73	5,18	4,91
Sinop	9,25	10,37	11,76	13,18	16,35	17,34	17,72	17,83	19,27
Tangará da Serra	6,24	6,52	7,28	9,01	11,16	13,90	14,53	13,78	14,88

Fonte: Ministério da Saúde

Tabela 2 - Despesa ambulatorial de média complexidade (em milhões reais), efetuadas com recursos oriundos da União, região de saúde, Mato Grosso, 2002 a 2010.

Regional de Saúde	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	1,31	1,26	0,96	1,10	0,86	0,76	0,84	0,67	1,01
Alta Floresta	1,57	1,70	0,95	1,45	1,79	2,57	2,85	3,74	3,15
Baixada Cuiabana	41,70	33,12	31,21	34,58	36,53	36,95	43,87	49,45	52,36
Barra do Garças	2,67	2,64	1,59	0,65	4,67	2,84	2,99	4,08	5,21
Caceres	3,29	3,21	3,07	3,09	3,31	4,08	4,40	5,30	5,11
Colíder	0,91	0,86	0,85	0,86	0,84	1,06	1,33	1,78	1,61
Diamantino	1,05	1,11	1,00	1,00	0,99	1,15	0,96	1,38	1,53
Juara	0,96	0,66	0,61	0,79	0,86	0,96	1,20	1,30	1,28
Juína	1,50	2,00	1,59	1,59	1,64	1,65	1,04	0,57	1,14
Peixoto de Azevedo	1,48	1,27	1,22	1,29	1,24	1,30	1,39	1,74	1,57
Pontes e Lacerda	0,70	0,63	0,58	0,69	1,05	0,97	1,15	1,47	1,41
P. Alegre do Norte	0,63	0,68	0,45	0,61	0,65	0,58	0,27	0,30	1,29
Rondonópolis	5,01	5,10	6,87	9,50	9,27	10,73	12,91	19,50	18,63
S. Félix do Araguaia	0,20	0,44	0,30	0,27	0,20	0,19	0,08	0,13	0,19
Sinop	4,20	4,51	4,00	4,62	4,81	5,00	4,23	6,29	7,30
Tangará da Serra	1,61	1,72	1,74	2,22	2,99	3,19	3,51	4,20	4,83
Total Mato Grosso	68,78	60,89	56,97	64,30	71,70	73,98	83,02	101,90	107,63

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Tabela 3 – Despesa ambulatorial de alta complexidade (em milhões reais), efetuadas com recursos oriundos da União, região de saúde, Mato Grosso, 2002 a 2010.

<b>Microrregio</b>	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
B. Cuiabana	41,70	33,12	31,21	34,58	36,53	36,95	43,87	49,45	53,66
Cáceres	3,29	3,21	3,07	3,09	3,31	4,08	4,40	5,30	5,24
Água Boa	1,31	1,26	0,96	1,10	0,86	0,76	0,84	0,67	1,04
Alta Floresta	1,57	1,70	0,95	1,45	1,79	2,57	2,85	3,74	3,23
Tangará da Serra	1,61	1,72	1,74	2,22	2,99	3,19	3,51	4,20	4,95
P. A. do Norte	0,63	0,68	0,45	0,61	0,65	0,58	0,27	0,30	1,32
Rondonópolis	5,01	5,10	6,87	9,50	9,27	10,73	12,91	19,50	19,10
Barra do Garças	2,67	2,64	1,59	0,65	4,67	2,84	2,99	4,08	5,34
Juína	1,50	2,00	1,59	1,59	1,64	1,65	1,04	0,57	1,17
Juara	0,96	0,66	0,61	0,79	0,86	0,96	1,20	1,30	1,31
P. de Azevedo	1,48	1,27	1,22	1,29	1,24	1,30	1,39	1,74	1,61
Pontes e Lacerda	0,70	0,63	0,58	0,69	1,05	0,97	1,15	1,47	1,45
Diamantino	1,05	1,11	1,00	1,00	0,99	1,15	0,96	1,38	1,57
Sinop	4,20	4,51	4,00	4,62	4,81	5,00	4,23	6,29	7,48
Colíder	0,91	0,86	0,85	0,86	0,84	1,06	1,33	1,78	1,65
S. F. do Araguaia	0,20	0,44	0,30	0,27	0,20	0,19	0,08	0,13	0,20
<b>Mato Grosso</b>	<b>68,78</b>	<b>60,89</b>	<b>56,97</b>	<b>64,30</b>	<b>71,70</b>	<b>73,98</b>	<b>83,02</b>	<b>101,90</b>	<b>110,32</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

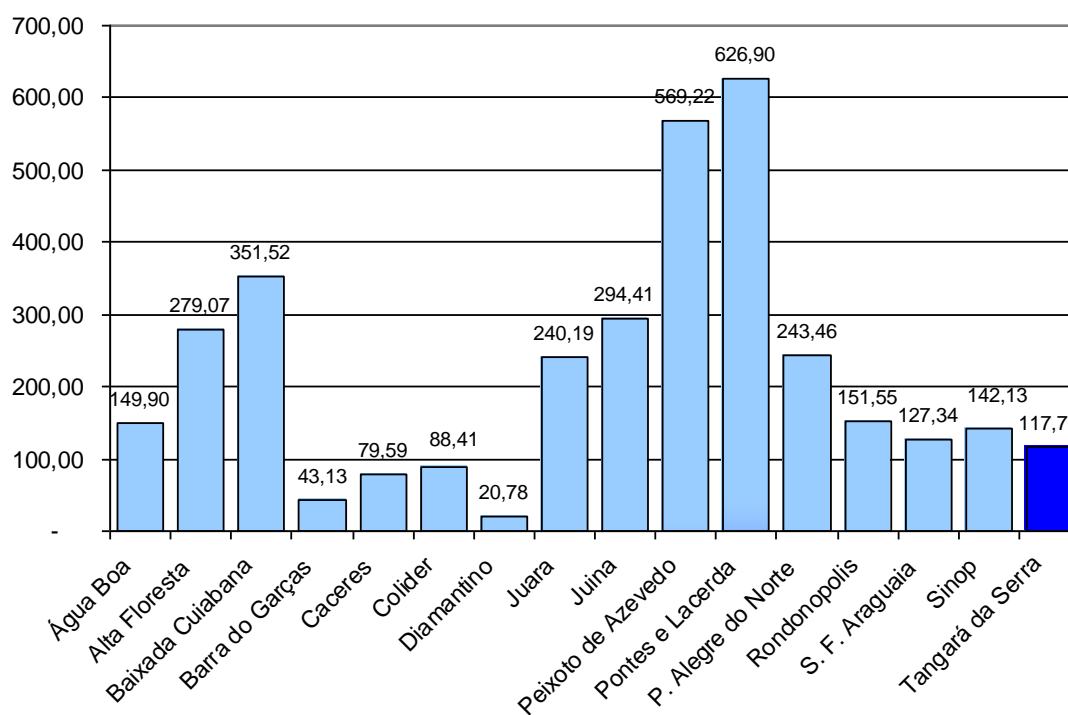
## APENDICE 2

Tabela 1 - Incentivos financeiros estaduais para o Programa de Saúde da Família (em milhões de reais), 2002 a 2010.

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	0,42	0,73	0,45	0,98	0,95	1,02	1,00	0,93	1,04
Alta Floresta	0,42	1,20	0,64	1,63	1,58	1,55	1,40	1,59	1,59
Baixada Cuiabana	1,30	2,83	1,54	3,27	3,48	3,47	2,93	5,31	5,87
Barra do Garças	1,36	2,11	1,29	2,11	1,23	1,82	1,91	1,89	1,95
Cáceres	0,76	2,25	0,88	1,52	1,62	1,58	1,53	1,46	1,36
Colider	0,47	0,00	0,43	2,54	0,00	0,71	0,57	0,70	0,89
Diamantino	0,93	1,23	0,76	1,23	1,34	1,25	1,24	1,25	1,12
Juara	0,23	0,29	0,16	0,29	0,35	0,61	0,76	0,79	0,77
Juina	0,78	1,69	1,10	2,54	2,46	3,01	3,16	3,13	3,09
Tangará da Serra	0,89	1,74	1,20	2,29	2,60	1,52	2,35	2,26	1,95
Sinop	1,58	3,63	2,01	4,32	4,43	3,34	2,83	3,69	3,84
P. de Azevedo	0,23	1,05	0,75	1,27	1,69	1,31	1,24	1,53	1,54
Pontes e Lacerda	0,20	0,00	0,51	0,87	1,48	1,42	1,43	1,77	1,48
P. A. do Norte	0,60	2,12	0,91	3,21	3,29	2,08	2,23	2,03	2,07
Rondonópolis	2,26	5,15	3,08	6,03	6,02	6,27	6,11	5,70	5,70
S. F. Araguaia	0,35	0,00	0,52	0,00	6,02	0,90	0,85	0,71	0,79
Mato Grosso	12,79	26,03	16,23	34,10	38,55	31,84	31,54	34,74	35,03

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

Figura 1- Evolução percentual da despesa total com PSF nas regiões de Mato Grosso, 2002 e 2010.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da SES/MT

Tabela 2 – Despesas com consórcios intermunicipais de saúde com recursos do estado (em milhares de reais, 2002 a 2010).

Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	41,7	458,7	575,5	228,0	384,0	384,0	420,0	420,0	420,0
Alta Floresta	210,0	252,0	338,4	252,0	378,6	378,6	378,6	378,6	378,6
Baixada Cuiabana	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Barra do Garças	165,0	165,0	276,8	360,0	546,8	486,0	401,7	401,7	401,7
Caceres	446,0	524,7	241,3	696,3	53,2	530,2	530,2	530,2	530,2
Colider	153,2	229,8	385,0	78,2	90,0	90,0	216,1	216,1	216,1
Diamantino	0,0	0,0	0,0	0,0	211,8	211,8	137,5	137,5	137,5
Juara	0,0	0,0	648,6	354,0	416,4	184,2	416,4	416,4	416,4
Juina	120,0	240,0	0,0	354,0	416,4	416,4	416,4	416,4	416,4
P. de Azevedo	0,0	0,0	0,0	169,3	169,3	265,3	155,8	155,8	155,8
P. A. do Norte	120,0	147,0	182,9	150,0	233,2	233,2	300,6	300,6	300,6
Pontes e Lacerda	0,0	0,0	0,0	0,0	306,7	306,7	306,7	306,7	306,7
Rondonópolis	348,8	348,8	809,2	696,3	698,7	988,1	988,1	988,1	988,1
S. F. do Araguaia	51,3	123,0	282,9	117,0	192,0	192,0	192,0	192,0	192,0
Sinop	262,4	524,9	889,0	638,5	762,2	1182,5	1182,5	1182,5	1182,5
Tangará da Serra	152,5	239,1	261,4	257,3	492,0	492,3	492,3	492,3	492,3
Mato Grosso	2070,9	3253,0	4890,9	4350,9	5351,2	6341,1	6534,8	6534,8	6534,8

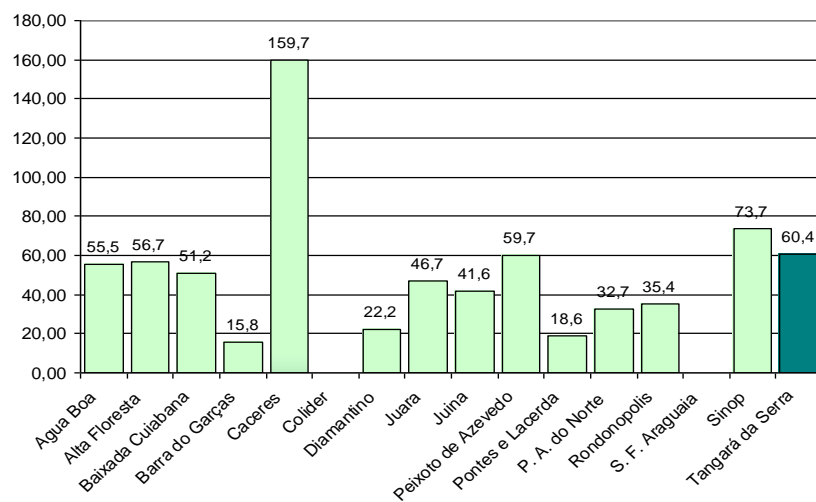
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

Tabela 3 – Incentivos do PASCAR de 2006 a 2010, para as 16 regiões de saúde.

Região	2006	2007	2008	2009	2010
Água Boa	169.385,04	197.395,89	203.561,42	236.388,19	263.466,00
Alta Floresta	200.182,32	229.406,03	258.578,02	283.665,83	313.650,00
Baixada Cuiabana	195.049,44	202.730,91	231.069,72	248.207,60	294.831,00
Barra do Garças	97.524,72	0,0	104.531,54	112.284,39	112.914,00
Cáceres	41.063,04	48.015,22	88.026,56	100.464,98	106.641,00
Colider	0,0	74.690,34	82.524,90	88.645,57	94.095,00
Diamantino	184.783,68	192.060,87	203.561,42	224.568,78	225.828,00
Juara	76.993,20	0,0	99.029,88	106.374,69	112.914,00
Juina	420.896,16	389.456,76	434.631,14	472.776,39	595.935,00
Peixoto de Azevedo	384.966,00	85.372,08	451.136,12	567.331,66	614.754,00
Pontes e Lacerda	174.517,92	170.720,77	192.558,10	200.929,96	207.009,00
P. A. do Norte	477.357,85	411.732,82	456.637,78	567.331,66	633.573,00
Rondonópolis	189.916,56	186.725,84	214.564,74	242.297,90	257.193,00
S. F. Araguaia	0,0	117.370,53	121.036,52	135.923,21	31.733,00
Sinop	97.524,72	133.375,60	143.043,16	159.562,03	69.371,00
Tangará da Serra	82.126,08	0,0	110.033,20	118.194,10	131.733,00
Mato Grosso	2.792.286,75	2.439.053,66	3.394.524,23	3.864.946,96	4.265.640,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT

**Figura 2 – Variação percentual de recursos destinados ao PASCAR (2006 e 2010)**



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SES/MT