

**Luiza Regina Dias Noieto**

**Aplicação de Recursos Próprios em Ações e Serviços de Saúde no  
Estado de Tocantins (2006 a 2012)**

**Palmas-TO  
Novembro, 2013**

**Luiza Regina Dias Noleto**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialização em Economia da Saúde - na modalidade de Ensino a Distância.**

**Orientação: Professora Ana Hutz**

**Hospital Samaritano São Paulo  
Universidade de São Paulo - USP  
Ministério da Saúde  
Palmas-TO  
Novembro, 2013**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. O DESAFIO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA - BASES CONCEITUAIS E LEGAIS.....	5
3. O ESTADO DO TOCANTINS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	9
4. ESTUDO DE CASO: O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS.....	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	23
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	25
ANEXO ÚNICO .....	28
Plano Diretor de Regionalização do Estado do Tocantins – PDR 2012 .....	28

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo procura examinar aspectos da aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde no Estado de Tocantins, devido ao crescimento dos gastos<sup>1</sup> na área e as limitações encontradas pelos gestores das políticas, ações e serviços. Trata-se de tema de grande importância para conhecer e entender a realidade do financiamento local, visando a adequada e necessária informação à gestão para uma tomada de decisão segura.

A pesquisa desenvolvida teve por objetivo a verificação da aplicação financeira de Recursos Próprios do Tesouro Estadual na organização de ações e serviços de saúde da Média e Alta Complexidade - MAC no Estado do Tocantins, no período de 2006 a 2012, e em seguida traçou uma comparação entre o gasto SUS federal e o gasto próprio em ações e serviços nesse nível de complexidade sob a gestão estadual, bem como identificou o gasto *per capita* total comparando a despesa total com a despesa Recurso Próprio em Saúde.

Os estudos foram realizados no ano de 2013, na Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, em Palmas, Capital, onde fica a sua Sede. Para tal, utilizou-se um estudo de caso, dando enfoque a investigação profunda e exaustiva do financiamento da saúde no nível de gestão estadual do Sistema Único de Saúde - SUS por se tratar de uma pesquisa de natureza aplicada para gerar conhecimentos dirigidos à solução de problemas específicos.

Os dados foram coletados em sistemas de informações e em pesquisa documental. Os documentos analisados foram identificados na Diretoria de Gestão e Acompanhamento Estratégico. Os relatórios gerenciais da execução orçamentário-financeira da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins foram identificados nos bancos de dados do Sistema de Administração Financeira para Estados e Municípios (SIAFEM) - ferramenta tecnológica de execução orçamentária, financeira e contábil do Fundo Estadual de Saúde. Foram também utilizados os bancos de dados dos sistemas de informações em saúde do SUS.

Obedecendo ao caráter descritivo da pesquisa os dados são apresentados em quadros, tabelas e gráficos, cuja análise inicia-se com uma abordagem em que se contextualiza a saúde do Estado no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS para em seguida analisar o financiamento das ações e serviços de saúde da Média e Alta

---

<sup>1</sup> Gasto é todo dispêndio financeiro para a obtenção de um bem ou serviço, representado por entrega de ativos. O gasto se concretiza quando os serviços ou bens adquiridos são prestados ou passam a ser de propriedade da empresa (COURA, 2009).

Complexidade - MAC, por meio da aplicação de recursos financeiros destinados a Secretaria Estadual de Saúde e alocados no Fundo de Saúde, utilizando-se de uma fundamentação teórica para reforçar alguns pontos conceituais e legais sobre o financiamento da saúde no contexto do SUS.

Por fim, analisou-se comparativamente a aplicação de recursos na saúde pelo Estado e União, demonstrando o financiamento no período supracitado e as recomendações a partir dos resultados obtidos, visando responder a hipótese de que o Estado do Tocantins tem complementado o custeio federal, colocando-o em posição superior ao teto de custeio federal das ações ambulatoriais e hospitalares, apontando um significativo estrangulamento neste custeio.

## 2. O DESAFIO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA - BASES CONCEITUAIS E LEGAIS

O financiamento é um atributo da dimensão econômico-financeira de fundamental importância para a gestão da saúde pública brasileira, o SUS, cuja garantia está inserida no contexto dos direitos básicos e universais de cidadania - direito a saúde, assistência social e previdência - conquistas asseguradas na Constituição Federal de 1988, a qual determina que o financiamento da saúde é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo, devendo ocorrer da seguinte forma:

"(...)

**Art. 198.**

**§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)**

(...)"

Porquanto, o que se busca para o SUS é um financiamento adequado para o funcionamento das estruturas dos serviços de saúde pública, que assegurem o direito à proteção social. Neste contexto, conforme Barbosa (2011) o financiamento

***"Deve ser compreendido tanto no que concerne à dimensão do financiamento adequado (volume de recursos aplicados à saúde e em bases de equidade – recursos em volume suficiente para o funcionamento dos hospitais), quanto às fontes e às origens desses recursos (se públicas ou privadas e para quais itens exatamente), e ainda às modalidades de pagamento aplicáveis aos serviços, considerando-se aqui os incentivos implícitos e as vantagens/riscos potenciais do emprego de cada uma dessas modalidades. Mediante essas definições, esse atributo deve permitir a sustentabilidade (geração de equilíbrio econômico, incluindo demandas de alavancagem ou investimento na organização) do empreendimento, com base nas lógicas de maximização de recursos (eficiência), respeitada a dimensão da qualidade da atenção".***

Além disso, a questão do financiamento é tratada no âmbito do SUS como uma das funções gestoras na saúde ***"por integrar o conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública"*** Machado; Lima e Baptista (2011).

Em trabalho recente, Machado; Lima e Baptista (2011) traçaram as principais atribuições dos gestores do SUS no que diz respeito ao Financiamento, conforme destacadas no Quadro 01.

**Quadro 01: Resumo das atribuições do Gestores do SUS em relação ao financiamento.**

Função Gestora	Nível de Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS		
	Federal	Estadual	Municipal
<b>Financiamento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Busca da equidade na alocação de recursos.</li> <li>2. Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados.</li> <li>3. Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde.</li> <li>4. Papel redistributivo.</li> <li>5. Peso importante dos recursos federais.</li> <li>6. Realização de investimentos para redução de desigualdades.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Busca da equidade na alocação de recursos.</li> <li>2. Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios.</li> <li>3. Definição de prioridades estaduais.</li> <li>4. Garantia de alocação de recursos próprios.</li> <li>5. Realização de investimentos para redução de desigualdades.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais.</li> <li>2. Garantia de aplicação de recursos próprios.</li> <li>3. Realização de investimentos no âmbito municipal.</li> </ol>

Fonte: Machado; Lima e Baptista (2011).

Percebe-se no Quadro 01 que duas atribuições são comuns aos níveis de gestão federal e estadual, a busca da equidade e a definição de critérios claros de alocação de recursos com base em necessidades de saúde, incrementadas pela realização de investimentos para redução de desigualdades, sendo essa atribuição comum aos três níveis. Os estados e municípios devem alocar recursos próprios.

No entanto, o que se percebe no período pós Constituição de 1988 é uma crise no financiamento da saúde por parte do governo federal, conforme afirmam Machado; Lima e Baptista (2011)

*"...a responsabilidade pelo financiamento da saúde, segundo a legislação, deve ser compartilhada pelas três esferas de governo. A definição legal de um orçamento da seguridade social, as características do sistema tributário e as desigualdades da federação brasileira destacam a importância do financiamento federal na saúde. De fato, o peso do governo federal no financiamento da saúde ainda é importante, embora a participação relativa da esfera federal no gasto público em saúde tenha diminuído ao longo da década de 1990, ao mesmo tempo que houve aumento relativo da participação dos municípios. Observa-se um aumento progressivo das transferências federais diretas para os gestores estaduais e municipais, tendo em vista o custeio das ações e serviços do SUS, que passam a exercer maiores responsabilidades sobre a execução dos recursos de origem federal. Entretanto, grande parte dessas transferências é condicionada ou vinculada a ações e programas específicos, restringindo o poder de decisão dos demais gestores sobre os recursos totais. Os gestores das três esferas de governo são responsáveis pela realização de investimentos que, em geral, não têm sido suficientes para a redução das desigualdades em saúde".*

Neste cenário as novidades no campo do financiamento foi a Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29) que veio para "**assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde**", Brasil (2000) e a sua regulamentação através da Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, com a definição do que são despesas/gastos em saúde que podem ser realizadas com

recursos dos orçamentos da saúde nas três esferas de governo, porém, mantendo-se os percentuais mínimos de recursos orçamentários e financeiros já definidos na EC nº 29, não se assegurando "dinheiro novo" - mantendo-se as mesmas bases tanto para a União quanto para Estados e Municípios. Nos termos da EC nº 29, de 13 de setembro de 2000

**"Os estados deverão destinar recursos para aplicação nas ações e serviços públicos de saúde, montante equivalente a 12% do produto da arrecadação dos impostos. Os municípios deverão destinar 15%. A União do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB", Brasil (2000).**

Na Lei Complementar Nº 141

"(...)

**Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, Brasil (2012).**

"(...)".

O Art. 3º da referida Lei Complementar Nº 141, Brasil (2011 grifo nosso) define o que serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde, destacando-se para o contexto desse estudo em questão os inciso II e X, a seguir

"(...)

**II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;**

**X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;**

"(...)".

A implementação dos repasses dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde deve ocorrer por meio de transferências automáticas aos Estados e Municípios e Distrito Federal, Brasil (1990), e atualmente agregados em blocos de financiamento, Brasil (2007)

**"O Pacto pela Saúde alterou a forma de financiamento do SUS ao eliminar mais de cem modalidades de transferências de recursos e reduzi-las a apenas seis blocos Ferraz (2011)".**

Ainda segundo Ferraz (2011)

**"As base de cálculo que formam cada Bloco e os montantes financeiros destinados para os estados, municípios e Distrito Federal serão compostos por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento. Assim, estados e municípios terão maior autonomia para alocação dos recursos de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos planos de saúde".**



Os Blocos de Financiamento do SUS foram instituídos na Portaria GM/MS Nº 204, de 29 de janeiro de 2007, são eles:

- Bloco da Atenção Básica;
- Bloco da Média e Alta Complexidade;
- Bloco da Vigilância em Saúde;
- Bloco de Assistência Farmacêutica;
- Bloco de Gestão;
- Bloco de Investimentos na rede de serviço de saúde.

***"Além dos repasses "fundo a fundo", estados e municípios também podem se habilitar a receber recursos direcionados a objetivos específicos por meio de convênios, que são transferências de recursos financeiros cuja previsão específica é feita no Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União. São voltados para objetivos específicos relacionados à realização de projetos, atividades, serviços, aquisição de bens ou eventos de interesse recíproco em cooperação entre a União e o solicitante (ou proponente), Faveret e Benevides (2011)".***

***"Também no caso da destinação de recursos ao Fundo de Saúde aprovada a partir de Emenda Parlamentar, isto é, recursos carimbados na sua origem no Orçamento da União pelo Legislativo, é necessário seguir os procedimentos estabelecidos pelo Fundo Nacional de Saúde, tais como o cadastramento da proposta no Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (Siconv)", Faveret e Benevides (2011).***

Contudo, resta o desafio aos gestores da saúde pública em conhecer e saber lidar com a temática do financiamento, tradicionalmente tratada apenas por economistas e contadores, segundo Faveret e Benevides (2011), pois, o tema é fundamental para viabilizar e sustentar as políticas de saúde no âmbito federal, nos estados e nos municípios, sobretudo, para fazer combate aos fatores universalmente reconhecidos como responsáveis pelo incremento do gasto com saúde, os quais avançam de forma muito mais rápida hoje: envelhecimento da população, incorporação de novas tecnologias médicas e judicialização da saúde.

### **3. O ESTADO DO TOCANTINS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A história da Saúde Pública no Tocantins tem seu início junto à criação do Estado e do Sistema Único de Saúde - SUS no ano de 1988, passando a fazer parte da Amazônia Legal e da Região Norte do Brasil, após a separação do Estado de Goiás. A estrutura física de atenção e vigilância herdada pelo Tocantins era composta apenas por 26 unidades de saúde para garantir a execução de ações e serviços de saúde.

O Tocantins surge já com a responsabilidade de estruturar uma saúde pública pautada nos princípios e diretrizes constitucionais de universalização, integralidade da atenção, descentralização, participação social e com o desafio de organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde. Desta forma, assim como em outras políticas públicas, toda uma rede física, de equipamentos, recursos humanos e de serviços de saúde teve que ser construída e implantada e ainda continua em processo de consolidação e estruturação no Estado.

O processo de estruturação do SUS atravessou diversas etapas e desafios nos seus vinte e cinco anos de existência no Estado. As dificuldades encontradas para efetivar o processo de descentralização, principalmente em relação à disponibilidade de recursos, levou o Estado a desencadear, prioritariamente, a partir de meados dos anos 90 o fortalecimento da descentralização da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde com o desafio de implantar as estratégias de Programas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde da Família (SF) e Saúde Bucal (SB), e de institucionalizar a Vigilância em Saúde.

A situação de saúde do Estado aponta problemas de saúde e de gestão com desafios que precisam ser enfrentados. Os indicadores a seguir demonstram a sua situação de saúde e as perspectivas de enfrentamento para os próximos anos relevantes para a gestão, conforme depreende-se da análise documental do Plano Estadual de Saúde do Tocantins 2012-2015.

De acordo com o censo do IBGE-2010, 57,6% dos municípios do Estado possuem menos de 5.000 habitantes; 91,2% menos de 20.000 habitantes, ou seja 128 dos 139 municípios do Estado. A proporção da população da região Norte equivale a 8,02% da população brasileira. O Tocantins possui 0,67% em relação ao Brasil e 8,41% em relação a Região Norte. O Estado possui uma baixa densidade demográfica de 4,65hab/Km<sup>2</sup>, o que torna a regionalização das ações e serviços de saúde uma premissa.

O Brasil apresenta em sua pirâmide populacional uma base reduzida nas faixas etárias de 0 a 9 anos e de 10 a 19 anos caracterizando uma redução nas taxas de natalidade nos últimos anos semelhantes a países desenvolvidos. Esse comportamento não se observa na Pirâmide populacional da Região Norte que se assemelha em relação a base com uma característica populacional jovem. O Tocantins, apesar de possuir essa mesma característica, já apresenta uma redução na base na população na faixa etária de 0 a 9 anos, que indica uma tendência a atingir a semelhança com a pirâmide populacional brasileira.

Em todas as faixas etárias do Tocantins, a população masculina é maior que a feminina, excetuando-se a faixa etária de 80 anos e mais.

No Tocantins 93,5% da população utilizam exclusivamente o sistema de acesso universal, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (SIB/ANS/MS em dezembro/2012). Esse índice no Brasil, embora mais de 90% da população seja usuária do SUS, é de apenas 28,6%.

As maiores causas de mortalidade no Estado são por Doenças do Aparelho Circulatório, seguido das causas externas (violência, acidentes e traumas) e das neoplasias (câncer). Atualmente no Estado existe um estrangulamento na média complexidade, causada pela redução da oferta de serviços de consultas especializadas, exames de diagnose e cirurgias eletivas, acarretando aumento das urgências e agravamento da situação de saúde do indivíduo. O aumento das doenças cardiovasculares e endócrinas (hipertensão arterial e diabetes), as internações e recuperação por causas externas (acidentes, violência e agressões) e o câncer tem provocado o aumento da demanda.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como principal proposta a organização da assistência à saúde na Atenção Básica e viabiliza o acesso como porta de entrada da Rede Assistencial de Saúde. O Estado do Tocantins de 2008 a 2012 apresentou coberturas populacionais por equipes maiores do que as dos demais Estados da Região Norte quando considerados isolados e as do Brasil - Tabela 01.

O fortalecimento da Atenção Básica no Tocantins possui como desafios a constante necessidade de ampliação de serviços seguida de qualificação, assessoria, acompanhamento, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família, visando não apenas ampliar as equipes, mais dar qualidade as ações e serviços relativos aos ciclos de vida (homem, adolescente, mulher, criança, adulto, idoso) garantindo assistência e promoção da saúde às famílias tocantinenses, reduzindo-se

com isso as internações, principalmente aquelas por condições sensíveis à atenção primária<sup>2</sup>.

**Tabela 01 - Percentual de Cobertura Estratégia Saúde da Família - ESF.**

	2008	2009	2010	2011	2012
Brasil	59,46%	60,54%	64,83%	59,58%	62,15%
Região Norte	73,93%	74,28%	74,42%	65,61%	68,56%
Tocantins	99,90%	98,42%	93,96%	89,99%	82,67%
Pará	70,31%	74,81%	78,47%	64,37%	69,74%
Amazonas	71,06%	63,15%	60,05%	57,77%	56,78%
Rondônia	65,71%	71,17%	66,85%	65,85%	70,38%
Acre	86,28%	91,30%	87,05%	86,38%	85,79%
Roraima	72,72%	72,81%	70,90%	69,14%	68,51%
Amapá	85,79%	68,12%	69,10%	44,67%	64,38%

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2013

Decréscimos que foram registrados nas coberturas das ESF nos anos de 2008 a 2012 podem ser explicados pelo déficit de médicos para Atenção Básica.

No âmbito da Rede de Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade ocorreu um avanço significativo nos vinte e cinco anos de SUS no Estado do Tocantins. Novos serviços foram implantados para que a Alta Complexidade se fortalecesse na oferta de serviços especializados desse nível em duas Regiões - Palmas e Araguaína, por isso, as mais significantes atualmente, onde disponibilizam-se os serviços demonstrados nos Quadros 02 e 03. Atualmente encontram-se, tanto no Hospital Geral de Palmas (HGP), quanto no Hospital Regional de Araguaína, quarenta e duas especialidades médicas, e no Hospital e Maternidade Dona Regina vinte especialidades.

**Quadro 02: Serviços da Alta Complexidade em Palmas–Capital - Tocantins.**

Serviços Ambulatoriais	Serviços Hospitalares
1. Hemoterapia	1. Gestante de Alto Risco
2. Litotripsia	2. Cirurgia Bariátrica
3. Hemodinâmica	3. Cirurgia Plástica Reparadora
4. Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon)	4. Cirurgia Vascular
5. Radiodiagnóstico	5. Neurocirurgia Nível I
6. Terapia Renal Substitutiva (TRS)	6. Ortopedia
7. Tomografia	7. Urgência e Emergência
8. Ressonância Magnética	8. UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal
	9. Cirurgia Cardíaca
	10. Cirurgia Buco-Maxilo Facial

Fonte: Coordenadoria de Avaliação / SESAU.

<sup>2</sup> Trata-se do número de internações hospitalares no SUS por causas presentes na Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (Portaria GM/MS Nº 221/2008).

### Quadro 03: Serviços Ambulatoriais e Hospitalares de Alta Complexidade em Araguaína-Tocantins.

Serviços Ambulatoriais	Serviços Hospitalares
1. Litotripsia	1. Cirurgia Bariátrica
2. Hemoterapia	2. Cirurgia Buco-Maxilo Facial
3. Reabilitação Estético-Funcional das más formações	3. Cirurgia Cardíaca
4. Tratamento da Dor Crônica	4. Cirurgia Oncológica
5. Hemodinâmica	5. Cirurgia Plástica Reparadora
6. Densitometria Óssea	6. Cirurgia Vascular
7. Oncologia – CACON I	7. Gestante de Alto Risco
8. Radiodiagnóstico	8. Neurocirurgia Nível I e II
9. Terapia Renal Substitutiva (TRS)	9. Ortopedia
10. Tomografia Computadorizada	10. Psiquiatria
11. Ressonância Magnética	11. Queimados Nível I
	12. Urgência e Emergência
	13. Urgência e Emergência Tipo III
	14. UTI Adulto, Cardíaca, Pediátrico e Neonatal Tipo II

Fonte: Coordenadoria de Avaliação / SESAU.

A Figura 01 demonstra o Mapa de Serviço Ambulatorial e Hospitalar de Gestão Estadual, caracterizando a Rede Hospitalar de Média e Alta Complexidade, responsável por mais de 85% das internações de toda a população referenciada - população do próprio Estado, Sul do Pará e Sul do Maranhão, segundo dados do Sistema de Informação Ambulatorial e Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIA-SIH/ SUS).

### Figura 01 – Mapa de Serviço Ambulatorial e Hospitalar de Gestão Estadual por Complexidade, Tocantins 2012.



Os serviços desses hospitais compreendem a Média e Alta Complexidade, que são os níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS:

***"A Média Complexidade compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia", BRASIL (2009).***

***" A Alta Complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia", BRASIL (2009).***

Além dos serviços hospitalares, os serviços da Hemorrede e do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) também são gerenciados diretamente pela Secretaria de Saúde. A Hemorrede do Tocantins, tem como responsabilidade o abastecimento de hemocomponentes e hemoderivados aos principais hospitais públicos e privados do Estado, além de serviços ambulatoriais. O TFD é o custeio do deslocamento de usuários do SUS para tratamento fora do município de residência (Brasil 2009).

A assistência hospitalar no Estado do Tocantins apresenta um perfil condizente com as diretrizes da Constituição Federal, sendo preferencialmente prestada pelo

setor público e em caráter complementar por instituições filantrópicas, 94,15% dos leitos cadastrados no SUS estão em hospitais públicos e apenas 5,85% dos leitos em instituição privada conveniados ao SUS, conforme demonstrado no Quadro 04.

**Quadro 04: Perfil da Assistência Hospitalar no Estado do Tocantins**

NÍVEL DE COMPLEXIDADE HOSPITALAR	NÍVEL DE GERÊNCIA	QUANTIDADE DE HOSPITAL	ABRANGÊNCIA	QUANTIDADE DE LEITO
Média e Alta Complexidade	Estadual	18	Regional	1.467
Pequeno Porte	Estadual	01	Regional	
Pequeno Porte	Municipal	22	Municipal	179
Baixa Complexidade	Municipal	10	Municipal	365
Média e Alta Complexidade	Privado/Filantrópico	01	Regional	125
<b>TOTAL</b>	-	<b>53</b>	-	<b>2.136</b>

Fonte: CNES/2013 – Atualizado em Novembro de 2013. Supervisão da MAC Hospitalar/DAE/SESAU-TO.

Analisando os Quadros 04 e 05, depreende-se que o Estado do Tocantins é o maior ofertante da assistência hospitalar, portanto, responsável pela manutenção e logística de 1.467 leitos, dos quais 1.310 são leitos de internação geral; 51 leitos de UCI - Unidade de Cuidados Intermediários e 106 leitos de UTI - Unidade de Terapia Intensiva em dezenove Hospitais (dezoito de Média e Alta Complexidade e um de Pequeno Porte). Portanto, 68,68% dos leitos totais cadastrados no Estado são gerenciados pela administração direta da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins.

No Quadro 05 consta a relação dos Hospitais na gestão e gerenciamento do Estado, são dezenove localizados em quinze cidades distintas, dos quais três são unidades que concentram serviços de alta complexidade (Hospital Geral de Palmas e Maternidade Dona Regina, ambos em Palmas-Tocantins e Hospital Regional de Araguaína, na cidade de Araguaína-Tocantins); dezesseis concentram serviços da Média Complexidade e um é Hospital de Pequeno Porte.

**Quadro 05: Total de Leitos de Internação SUS em Hospital Regional Público  
– Gestão Estadual.**

UNIDADE HOSPITALAR	INÍCIO DE FUNCIONAMENTO	PORTE	POPULAÇÃO IBGE 2010	Nº LEITO DE INTERNAÇÃO GERAL
1. Hospital Regional de Arraias	1992	I	10.643	40
2. Hospital Regional de Arapoema	1995	I	6.742	28
3. Hospital de Referência de Araguaçu	1991	I	8.786	29
4. Hospital Regional de Pedro Afonso	1993	I	11.542	32
5. Hospital Regional de Xambioá	Anterior a 1988 (1982)	I	11.484	30
6. Hospital de Doenças Tropicais de Araguaína	1989	II	150.520	54
7. Hospital Regional de Augustinópolis	Anterior a 1988 (1983)	II	15.965	95
8. Hospital Regional de Dianópolis	1993	II	19.110	47
9. Hospital Regional de Guaraí	Anterior a 1988 (1981)	II	23.212	55
10. Hospital Regional de Miracema	1993	II	20.692	69
11. Hospital Infantil de Palmas	2010	II	228.297	32
12. Hospital Regional de Paraíso (1997)	1997	II	44.432	70
13. Hospital Regional de Porto Nacional	Anterior a 1988 (Antigo Hospital OSEGO de Goiás)	II	49.143	76
14. Hospital Materno-Infantil Tia Dedé	2005	II	49.143	50
15. Hospital Regional de Araguaína	Anterior a 1988	III	150.520	203
16. Hospital Regional de Gurupi	1989	III	76.765	94
17. Hospital Geral de Palmas (H.G.P.)	2005	III	228.297	211
18. Hospital Maternidade Dona Regina	1999	III	228.297	75
19. Hospital de Pequeno Porte de Alvorada (HPP)	2006	HPP	8.380	20
<b>TOTAL DE LEITOS</b>				<b>1.310</b>

Fonte: CNES/2013 – Atualizado em Novembro de 2013, Supervisão da MAC Hospitalar/DAE/SESAU-TO.

Depreende-se também que a execução direta de serviços da atenção hospitalar por parte da gestão estadual decorre dos desafios da regionalização no âmbito da saúde pois, para que um município venha a gerenciar uma unidade de saúde localizada em seu território e, que atenda a toda uma região referenciada e pautada no perfil epidemiológico, precisa não apenas estar inserido num processo de pactuação, como também estarem organizado e conquistado avanços significativos na negociação e alocação de recursos físicos e financeiros, para assim viabilizar o atendimento não só dos seus munícipes, mas, de toda a população do âmbito da



região. Esse processo de negociação, o qual consolida a conformidade das regiões de saúde ainda é incipiente devido a falta de investimentos necessários para a sua implementação, bem como de metodologias adequadas de financiamento das ações e serviços de saúde no território, de maneira compartilhada (solidária e cooperativa). Contudo, foi pactuado na CIB-TO (Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Tocantins) que o Estado do Tocantins é o responsável pela gestão e o gerenciamento da atenção e cuidado hospitalar de Média e Alta Complexidade, minimizando com isso as barreiras que dificultam a acessibilidade dos usuários ao sistema de serviços de saúde.

Segundo dados obtidos no documento Colegiado de Gestão Regional, Tocantins (2011), em 2008 a regionalização da saúde no Estado foi estabelecida em um Plano Diretor de Regionalização (PDR) com 15 Regiões e 02 Macrorregiões, após ampla discussão à luz do Pacto pela Saúde<sup>3</sup> e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-TO). A configuração dessas Regiões de Saúde foi estabelecida tendo o ponto de *coorte* no nível assistencial, o qual delimitou que as Regiões de Saúde para serem constituídas e aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB deveriam ter minimamente: 80% de cobertura de Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Ultrasonografia-Obstétrica, Laboratório M1, Raio-X, Pronto Atendimento. As Regiões foram classificadas em suficiência mínima, intermediária e avançada. Essas Regiões de Saúde foram definidas após amplo debate em **Oficinas Regionalizadas do Pacto pela Saúde**, no final de 2007 e início de 2008 - foram realizadas 08 Oficinas de três dias cada com a participação dos gestores e técnicos municipais, gestores e técnicos estadual, técnicos do Ministério da Saúde, e conselheiros do Conselho de Saúde do Estado do Tocantins, onde avaliaram as características socioeconômicas, demográficas e geográficas do Estado, fundamentadas no perfil epidemiológico e de ações e serviços de saúde. Ao final obteve-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR); os Colegiados de Gestão Regional (CGR); e a intensificação da adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde.

---

<sup>3</sup> O Pacto pela Saúde 2006 - Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS (Portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006) contemplou uma pactuação firmada entre os gestores do SUS. Nele constaram as diretrizes para a consolidação do SUS e responsabilidades sanitárias da Gestão em nível municipal, estadual e federal. O Tocantins foi o primeiro Estado a aderir ao Pacto - significando, o comprometimento em gerir as ações e os serviços de saúde prestados em seu território, inclusive nos aspectos ainda não assumidos pelos municípios. O Termo de Compromisso de Gestão Estadual foi assinado e homologado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 27/07/2006 e publicado pela Portaria GM/MS 2.194, em 14/09/2006.

Assim em 2008 foram constituídas quinze Regiões de Saúde e duas Macrorregiões - Palmas e Araguaína, mudando a configuração até então vigente de 20 sedes de módulo e 6 sede de microrregiões.

Atualmente o Decreto Federal Nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, que **"regulamenta a Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, estabelecendo a necessidade de que ocorra de forma regionalizada e hierarquizada"**, delimita como Região de Saúde **"o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde"**, Brasil (2011).

O referido Decreto foi o indutor da revisão do Plano Diretor de Regionalização em 2012. Após ampla discussão foi pactuado na CIB de 29 de agosto de 2012, a composição de 8 Regiões de Saúde (Augustinópolis, Araguaína, Guaraí, Palmas, Porto Nacional, Paraíso, Gurupi e Dianópolis), respeitando os critérios nele adotados e a Resolução Tripartite (CIT) Nº. 004/2012. O Quadro 06 demonstra as atuais Regiões de Saúde do Estado do Tocantins, população de abrangência e percentual populacional total. No Anexo Único consta o Mapa da Regionalização da Saúde 2012.

**Quadro 06 – Composição Atual das Regiões de Saúde, Tocantins**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO DE ABRANGÊNCIA	%
1. Augustinópolis	24	191.094	13,81
2. Araguaína	17	262.650	18,99%
3. Guaraí	23	146.205	10,57
4. Palmas	14	301.576	21,80
5. Porto Nacional	12	102.313	7,40
6. Paraíso	16	115.685	8,36
7. Gurupi	18	171.546	12,40
8. Dianópolis	15	92.376	6,68
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>1.383.445</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SESAU/TO - PDR 2012

#### 4. ESTUDO DE CASO: O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS

De acordo com as informações obtidas na análise documental, a Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins reconhecendo a sua responsabilidade sanitária está organizando sua Rede de Atenção à Saúde, a qual passa pela reorganização dos serviços da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, por isso, a atual gestão já expandiu serviços assistenciais de alta complexidade em áreas estratégicas da através das Redes Temáticas da Urgência e Cegonha, conforme Quadro 07.

##### Quadro 07 – Leitos Hospitalares Implantados sem Financiamento de Custeio Federal, 2012.

Unidade de Saúde	Novos Serviços implantados e em funcionamento sem custeio da União	Valor Necessário de Incremento no Teto MAC (R\$)	
		Mês	Ano
Hospital e Maternidade Dona Regina	08 Leitos de UTI - Neonatal	365.000,00	4.380.000,00
Hospital Infantil de Palmas	10 Leitos de Unidade Semi-Intensiva	243.333,33	2.920.000,00
Hospital Regional de Araguaína	20 Leitos de UTI Adulto tipo II	730.000,00	8.760.000,00
	08 leitos de Clínica Cirúrgica	63.117,50	757.410,00
Hospital Geral de Palmas	08 leitos de UTI- Adulto tipo II	292.000,00	3.504.000,00
	10 leitos de Unidade Semi-Intensiva	243.333,33	2.920.000,00
	40 Leitos de observação	315.587,50	3.787.050,00
	Ampliação de Serviços diversos de Exames, Consultas, Imaginologia e Diagnose Ambulatorial e de Urgência e Emergência.	813.619,00	9.763.310,00
<b>TOTAL</b>		<b>3.065.990,66</b>	<b>36.791.770,00</b>

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins – 2012.

Analisando os dados de valores financeiros destinados à Média e Alta Complexidade (MAC), Tocantins, nos anos de 2006 a 2012, disponíveis na Tabela 02, nota-se que nos últimos sete anos, aplicou-se uma média anual de R\$ 116 milhões de recursos próprios nesses níveis de complexidade. Esse montante representa 80% em relação ao total da média aplicada pela União anualmente que foi de R\$143 milhões. Quando se incluem os Recursos Humanos essa média anual do Estado sobe para R\$346 milhões, passando então a representar 238% em relação ao total aplicado pela União. Na análise documental dos relatórios de execução orçamentário-financeira identificou-se que 61% dos profissionais remunerados pela Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins estão comprometidos com a produção dos serviços da Média e Alta Complexidade.

Ainda na Tabela 02, tomando como base o ano de 2006 verifica-se uma tendência de crescimento dos totais aplicados na MAC tanto pela União quanto pelos Recursos Próprios do Tesouro do Estado do Tocantins. Nos valores relativos da

União, nota-se que apenas os anos de 2011 e 2012 decrescem em relação a 2010 e no caso do Estado decresce no ano de 2009 em relação ao ano de 2008.

Em média a atenção da MAC compromete 68% do total executado de recursos próprios no período analisado.

**Tabela 02 – Valores Destinados à Média e Alta Complexidade (MAC), Tocantins, 2006 a 2012**

Ano	Manutenção dos Serviços da MAC (Outras Despesas Correntes e Investimentos)				Pessoal e Encargos ***	Total Geral Aplicado pelo Estado do Tocantins em Ações da MAC		Total Geral do Orçamento Recursos Tesouro Executado pelo Estado do Tocantins	% de Recursos do Tesouro Aplicado em Ações da MAC
	Total Aplicado pela União Repasse Financeiro Fundo a Fundo (R\$) *	Total Aplicado pelo Estado do Tocantins/Recursos Tesouro - Valor Empenhado, Liquidado e não Liquidado (R\$) **	Soma	% Aplicado pelo Estado do Tocantins em Relação a União		R\$	%		
2006	98.818.659,97	49.886.044,38	148.704.704,35	50%	128.558.078,79	178.444.123,17	181%	275.029.058,01	65%
2007	115.073.713,87	86.822.199,32	201.895.913,19	75%	143.511.863,44	230.334.062,76	200%	342.458.632,04	67%
2008	127.079.428,41	111.857.183,57	238.936.611,98	88%	160.379.591,56	272.236.775,13	214%	405.814.986,80	67%
2009	166.834.163,44	89.403.538,03	256.237.701,47	54%	197.315.050,51	286.718.588,54	172%	426.358.873,24	67%
2010	186.219.421,39	127.526.447,50	313.745.868,89	68%	242.297.265,18	369.823.712,68	199%	544.393.176,73	68%
2011	152.316.058,35	151.378.411,35	303.694.469,70	99%	328.452.517,52	479.830.928,87	315%	729.584.460,62	66%
2012	155.792.959,37	197.237.550,49	353.030.509,86	127%	408.813.461,69	606.051.012,18	389%	787.276.222,44	77%
<b>MÉDIA</b>	<b>143.162.057,83</b>	<b>116.301.624,95</b>	<b>259.463.682,78</b>	<b>80%</b>	<b>229.903.975,53</b>	<b>346.205.600,48</b>	<b>238%</b>	<b>501.559.344,27</b>	<b>68%</b>
<b>Mediana</b>	<b>155.792.959,37</b>	<b>127.526.447,50</b>	<b>303.694.469,70</b>	<b>81%</b>	<b>242.297.265,18</b>	<b>369.823.712,68</b>	<b>214%</b>	<b>485.376.024,99</b>	<b>67%</b>

FONTE: \* www.fns.saude.gov.br - FNS/MS

\*\* Dados obtidos no SIAFEM Tocantins, Relatório de Empenhos e Pagamentos (Relpdug) - 2006-2012.

\*\*\* Foi aplicado o percentual de 61% sobre o Total da Folha de Pagamento do Total da Folha de Salários da Secretaria de Saúde destina-se ao Pessoal da Média e Alta Complexidade e 39% aos demais setores

Na Tabela 03 quando feita a mesma análise comparativa da aplicação de recursos entre a União e Estado, exclusivamente na manutenção dos dezenove hospitais gerenciados pela Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, onde se concentra a maior parte da demanda hospitalar, identifica-se que o valor médio do procedimento SUS realizado é de R\$178,84, dos quais 78% em média são financiados com Recursos Próprios do Tesouro Estadual e 22% pela União.

**Tabela 03 - Manutenção da Rede Hospitalar Própria - Valor Unitário do Procedimento SUS, Ano: 2006 a 2012**

ANO	EXECUTADO / EMPENHADO (R\$)			Total Aplicado na área Hospitalar (R\$) (a)	Produção Apresentada SIA e SIH (Quant. Física) (b)	Valor Total Unit. do Procedimento (R\$) (c = a/b)	Valor Unit. do Procedimento para o Tesouro (R\$)	Valor Unit. do Procedimento para a MAC (R\$) (c = a/b)	% do Proced. Pago pelo Tesouro	% do Proced. Pago pela União
	Recurso do Tesouro Estadual	Pessoal - Recurso Tesouro** (R\$)	Recurso Fundo a Fundo - MAC							
2006	19.870.464,14	128.558.078,79	60.892.118,78	209.320.661,71	1.555.984	134,53	95,39	39,13	71%	29%
2007	66.920.624,81	143.511.863,44	53.354.358,01	263.786.846,26	1.692.245	155,88	124,35	31,53	80%	20%
2008	77.241.246,19	160.379.591,56	73.709.250,34	311.330.088,09	1.936.512	160,77	122,71	38,06	76%	24%
2009	64.116.966,27	197.315.050,51	97.937.218,79	359.369.235,57	1.940.372	185,21	134,73	50,47	73%	27%
2010	100.290.063,62	242.297.265,18	88.906.457,53	431.493.786,33	2.401.055	179,71	142,68	37,03	79%	21%
2011	69.060.939,34	328.452.517,52	77.353.770,93	474.867.227,79	2.834.822	167,51	140,23	27,29	84%	16%
2012	161.173.805,95	408.813.461,69	104.161.736,27	674.149.003,91	2.513.056	268,26	226,81	41,45	85%	15%

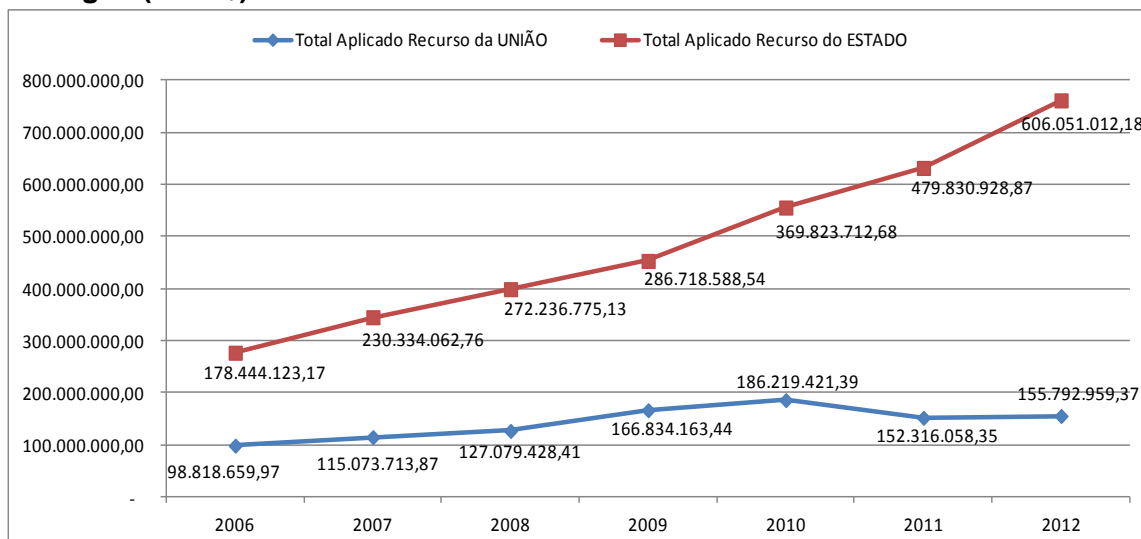
FONTE: RELORC - SIAFEM 2006-2012

Dados da produção: Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos - Brasil - 2008; SIA - Valor Apresentado por Ano Cobrança segundo UPS Cod Hosp Ref

\*\*NOTA: Para dimensionar o valor destinado a Pessoal e Encargos da área hospitalar foi aplicado o percentual de 61% sobre o Total da Folha de Pagamento

O Gráfico 01 demonstra que no Estado do Tocantins, a evolução da aplicação de recursos financeiros nas ações e serviços de saúde da Média e Alta Complexidade de Recurso do Tesouro Estadual é duas vezes maior em relação à aplicação do nível federal, evidenciando um subfinanciamento da União, sobretudo, se considerado que o Estado integra a Amazônia Legal e enfrenta desafios que oneram muito o custeio das ações de saúde ambulatorial e hospitalar tais como, dificuldade de acessibilidade geográfica - as Regiões de Saúde apresentam pontos extremos de distância acima de 200Km, baixa densidade populacional, e alto custo para interiorizações e permanência de profissionais especializados.

**Gráfico 01 - Evolução da aplicação de Recursos na Organização da MAC/Tocantins - União e Estado, 2006 a 2012, com pagamento de pessoal e encargos (em R\$).**



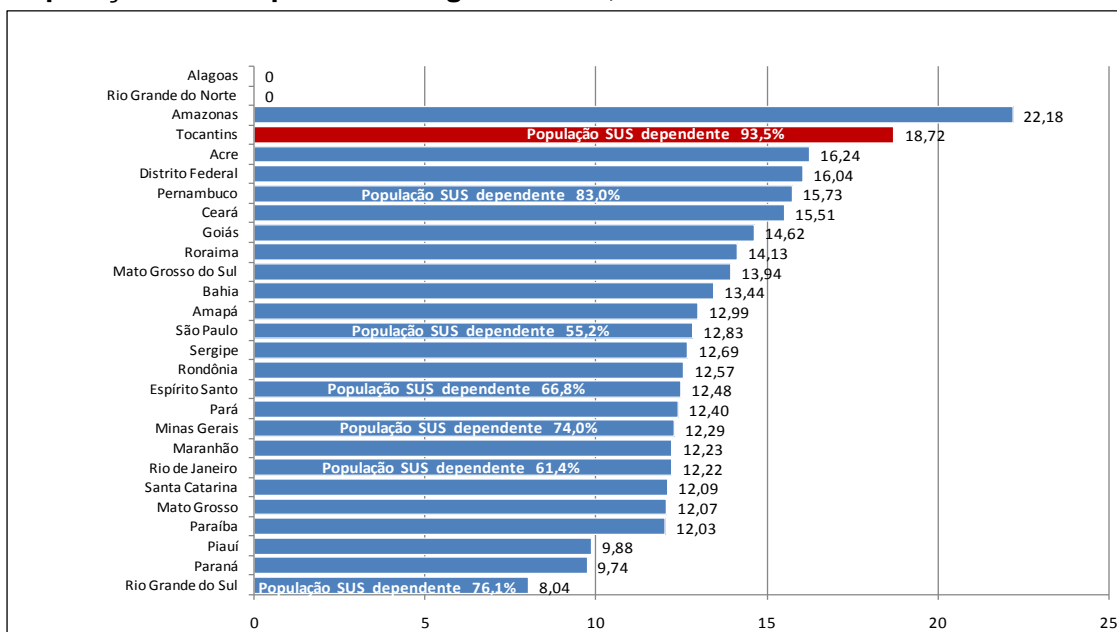
FONTE: FNS/MS e SIAFEM Tocantins, Relatório de Empenhos e Pagamentos (Relpdug) 2006-2012

NOTA: Foi aplicado o percentual de 61% sobre o Total da Folha de Pagamento, o qual destina-se ao Pessoal da Média e Alta Complexidade.

O Estado do Tocantins é o segundo no *ranking* de aplicação de recursos próprios em Saúde com 18,72% informado no SIOPS (Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde), conforme Gráfico 02<sup>4</sup> onde consta uma comparação do gasto próprio em saúde com os demais estados da federação.

<sup>4</sup> Foram utilizados os dados SIOPS 2011 e não de 2012 por que na ocasião da realização da pesquisa nem todos os Estados haviam alimentado o SIOPS 2012.

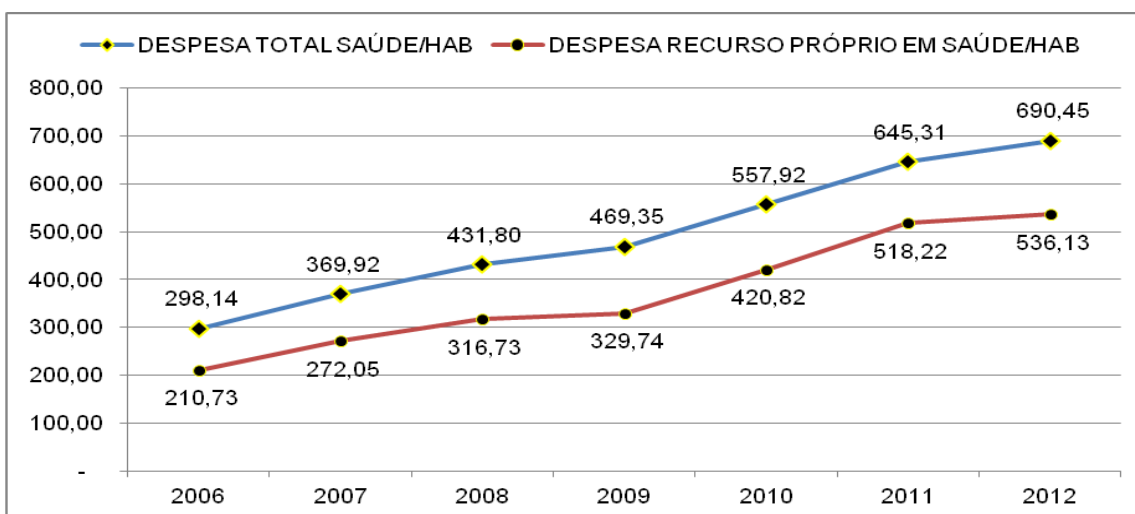
**Gráfico 02 – Percentual de Aplicação de Recursos Próprios em Saúde e População SUS Dependente Segundo UF's, 2011.**



Fonte: SIOPS - Tocantins 2002-2011, dados de 27/08/2012  
ANS - Assistência Médica - Março de 2012

O Gráfico 03 apresenta a evolução da despesa total com saúde em relação à despesa Recurso Próprio nos anos de 2006 a 2012, informados no SIOPS atendendo criteriosamente a metodologia que considera como gastos apenas aqueles definidos na Lei Complementar 141/2011. Nota-se contudo, a tendência de elevação da despesa total em saúde/ano, sendo nitidamente maior a participação dos Recursos Próprios do Tesouro Estadual, correspondendo a uma média de 74% do total da despesa em saúde/ano.

**Gráfico 03 - Comparativo entre Despesa Total e Despesa Recurso Próprio em Saúde/hab/ano (valores em R\$) Tocantins, Ano: 2002 a 2012 (em R\$)**



Fonte: SIOPS - Tocantins 2006-2012, dados de 19/06/2013.

No Quadro 09 encontram-se os dados do déficit financeiro da União para com o Estado do Tocantins referente ao atendimento aos usuários do SUS dos Estados do Pará e Maranhão, conforme Portaria GM/MS N° 3.213/1998, cuja soma perfaz R\$4.087.678,75/ ano. A desatualização dos recursos financeiros do remanejamento de teto desses Estados data de 1998 - na ocasião era de R\$700.000,00/ano e atualmente esse custo está em R\$4.787.678,71/ano, apresentando portanto, um déficit anual em relação ao Estado do Para de R\$2.293.928,39 e do Maranhão de R\$1.793.750,32. A população de abrangência desses Estados é de 1.792.533 habitantes para a qual no período de junho de 2011 a maio de 2012 foram realizados 31.144 atendimentos ambulatoriais e hospitalares, segundo dados TABWIN SIA-SIH/ SUS<sup>5</sup>.

**Quadro 09 – Atendimentos feitos pelo Tocantins aos usuários do Estados do Maranhão e Pará – Valores em R\$**

<b>Estado</b>	<b>Custo Internação Hospitalar (SIH/SUS)</b>	<b>Custo Atendimento Ambulatorial (SIASUS)</b>	<b>TOTAL</b>
Pará	2.126.655,86	777.272,58	2.903.928,39
Maranhão	903.850,19	979.900,13	1.883.750,32
<b>TOTAL</b>	<b>3.030.506,05</b>	<b>1.757.172,66</b>	<b>4.787.678,71</b>
<b>Total ano repassado anualmente pela União</b>			<b>700.000,00</b>
<b>Déficit/ mês (R\$)</b>			<b>340.639,89</b>
<b>Déficit/ano</b>			<b>4.087.678,71</b>

Fonte: TABWIN- SIH/SIA/SUS Dezembro de 2010 a novembro de 2011

<sup>5</sup> Dados do TABWIN SIA-SIH/ SUS estão disponíveis na Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, no setor de Controle e Avaliação.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada possibilitou a verificação da aplicação de recursos financeiros do Tesouro do Estado do Tocantins nas ações e serviços de saúde no nível assistencial da média e alta complexidade, identificando-se que o mesmo serve à organização e funcionamento (manutenção) de 68,68% dos leitos hospitalares do Estado, 85% das internações com a alocação de 61% da remuneração de profissionais da saúde e comprometendo 68% do total geral do orçamento de recursos próprios executado no período.

Na comparação da aplicação de recursos financeiros da União em relação aos recursos próprios em saúde no Estado do Tocantins, na Secretaria de Saúde do Estado, órgão gestor da saúde na esfera estadual, identificou-se que o Estado aplicou na execução das ações de saúde no nível da Média e Alta Complexidade no período analisado de 2006 a 2012, uma média de 238% em relação ao total aplicado pela União, comprovando-se que tem complementado o custeio federal e com isso, firmando-se no compromisso da atenção à saúde através do cofinanciamento das ações desses níveis de complexidade ao assegurar-lhes uma média anual de 68% dos Recursos Próprios do Tesouro Estadual.

A análise do gasto *per capita* total, comparando-se a despesa total e a despesa Recurso Próprio, permitiu verificar que a participação do Estado do Tocantins no financiamento da saúde cresceu consideravelmente a cada ano desde o período analisado, visto que 74% do total da despesa em saúde/ano ocorreu com recursos do Tesouro Estadual, corroborando com o que diz Lima e Baptista (2011) ao identificar a diminuição do comportamento do gasto federal nos gastos com ações e serviços de saúde. Essa participação significativa do gasto estadual pode gerar uma desresponsabilização para a gestão municipal, devido a execução direta de ações e serviços por parte do Estado, comprometendo suas competências específicas relativas ao financiamento e a gestão da saúde ao assumir os serviços de saúde da média complexidade.

O estudo aponta uma dependência dos municípios em relação ao Estado na Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, denotando uma descentralização lenta e desafiadora do SUS no Estado tendo em vista o gerenciamento de 68,68% dos leitos SUS.

Por fim, recomenda-se o encaminhamento do estudo ao Ministério da Saúde (gestor federal do SUS) com vistas à solicitação de aporte financeiro que possa



melhorar o financiamento da atenção a saúde no Estado, minimizando com isso o estrangulamento no custeio da manutenção dos serviços da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar aqui explicitados.

## 6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARBOSA, P. R. Gestão em saúde: uma abordagem introdutória. In: Qualificação de gestores do SUS. 2. Ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. Pág. 347-356.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm).

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional 29 (EC 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. Com isto, introduz mecanismos de financiamento ao assegurar a vinculação de recursos mínimos às ações e serviços de saúde dando passos significantes no incremento do gasto com saúde.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012: Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 16.01.2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. : il color + 1 CD-ROM – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.213/1998. Remanejamento dos recursos financeiros para o custeio da assistência, estabelecidos na Portaria GM/MS nº 2.971/98, entre os Estados do Amapá, Maranhão, Tocantins, Pará e Piauí.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições. Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008. disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.

COURA. B. et. al. Gestão de custos em saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009, 160 p.

ESTADO DO TOCANTINS. Apresentação da Diretoria de Gestão e Acompanhamento Estratégico da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins sobre a Contratualização no Estado do Tocantins. Situação do Estado e estado da arte para assinatura do COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde , 2013. 129 diap.: color: 25,4 x 19,05 cm.

ESTADO DO TOCANTINS. Gabinete do Secretário. Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015. Palmas, 2012. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Secretário. Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015. Palmas, 2012. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Atenção e promoção a Saúde. Projeto da Rede de Atenção à Urgência. Palmas, 2012. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Atenção e promoção a Saúde. Projeto da Rede de Atenção Psicossocial. Palmas, 2012. Mimeografado.

ESTADO DO TOCANTINS. Diretoria de Atenção e promoção a Saúde. Projeto da Rede Cegonha. Palmas, 2012. Mimeografado.

ESTADO DO TOCANTINS. Diretoria de Gestão Estratégica e Descentralização da Saúde. Colegiados de Gestão Regional do Tocantins 2007-2010. Palmas, 2011. Mimeografado.

FAVERET, A. C. de S.C. e BENEVIDES, R.P. de Sá. Gestão orçamentária e financeira no Sistema Único de Saúde. In: Qualificação de gestores do SUS. 2. Ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. 381-398.

FERRAZ, M. F. Gestão orçamentária e financeira. In: Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011. 479-499.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GERHARDT, T. E. e SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. Coord. Universidade Aberta do Brasil - UAB/UFRG e Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa. Tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v35. p20-28. mai/jun - 1995.

GONDIM, R, et al. Organização da atenção. In: Qualificação de gestores do SUS. 2. Ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. 93-120

LIMA, L. D. De, BAPTISTA, T. W. de F. e MACHADO, C. V. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: Qualificação de gestores do SUS. 2. Ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. Pág. 47-72.

SANTOS, A. R. e CASTRO, D. T. Metodologia científica no Curso de Pós-Graduação Lato Sensu MBA em Gerenciamento de Projetos Governamentais - Módulo V. Palmas: UNITINS - Universidade do Estado do Tocantins, Mimeografado, 2013.

TRIVIÑOS, A. N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo, Atlas, 1987.

## ANEXO ÚNICO

### Plano Diretor de Regionalização do Estado do Tocantins – PDR 2012

