

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo  
Cruz**

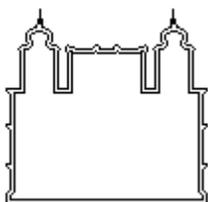


**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP**

***EQÜIDADE NO FINANCIAMENTO DE SAÚDE: Uma  
Avaliação da Alocação de Recursos para Financiamento  
da Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro.***

**Orientadora: Sílvia Porto  
Autora: Elfa Maria Gomes**

**Maio/2004.**



**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo  
Cruz**



**Elfa Maria Gomes**

***EQÜIDADE NO FINANCIAMENTO DE SAÚDE: Uma  
Avaliação da Alocação de Recursos para Financiamento  
da Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro.***

***Orientadora: Sílvia Porto***

*Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS.*

**Maio/2004.**

## **Agradecimentos.**

A todos que de alguma forma colaboraram para a construção deste trabalho, entendendo que por vezes precisamos construir e reconstruir inúmeras vezes.

Reconhecendo que as atribuições no Ministério da Saúde contribuíram para compreender a grande importância de mecanismos institucionalizados que permitem garantir a distribuição eqüitativa dos recursos.

## **Resumo.**

O estudo tem como objetivo a verificação da presença ou não da equidade na distribuição geográfica dos recursos financeiros alocados, em 2001, pelo Ministério da Saúde, para o financiamento da Atenção Básica nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, verificando-se os pontos de concentração geográfica e variações de valores.

Os recursos financeiros utilizados referem-se ao Piso de Atenção Básica (PAB)-fixo e variável, neste último destacando-se os recursos referentes aos Programas de Agente Comunitário da Saúde – PACS e Saúde da Família- PSF.

Elegemos o coeficiente de correlação, para esta verificação, que permite determinar a relação entre duas categorias cujos valores devem ser numéricos, neste caso os valores per capita repassados para as ações de atenção básica – PAB fixo, variável e total, e os padrões comparativos: Índice Composto de Necessidades, Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal.

Para orientar a análise dos resultados adotamos o conceito de equidade, que admite uma distribuição desigual para diferentes necessidades em saúde, estas identificadas a partir das diferenças epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas.

Os resultados encontrados apontam para ausência de equidade na alocação dos recursos, no universo estudado, com concentrações e variações dos valores per capita para algumas regiões de saúde analisadas.

Palavras Chave: Equidade, Descentralização, Atenção Básica.

## **Abstract.**

The objective of study is the verification of the presence or not of justness in the geographical distribution of allocated financial resources, in 2001, by Ministry of Health, for financing of the Basic Attention in municipal districts of the State of Rio de Janeiro, verifying the geographical concentration points and variations of values.

The used financial resources refer to the Baseline of Basic Attention - fixed and variable, in this last one standing out the resources regarding the Programs of Health Community Agent. [PACS] and Family Health - [PSF].

We chose the correlation coefficient, for this verification, that allows to determine the relationship among two categories whose values should be numeric, in this case the per capita values reviewed for the actions of fixed, [PAB - Fixo], variable [PAB – Variável] and total basic attention [PAB – Total], and the comparative patterns: Index of Composed Needs, Index of Human Development – Municipal.

To guide the analysis of the results we adopted the concept of justness that admits an unequal distribution for different needs, these identified starting from the differences in epidemic, demographic and socioeconomic dimensions.

The results point to the absence of justness in resources allocation, in the studied universe, with concentrations and variations of the per capita values for some health areas analyzed.

**Key Words:** Justness, Decentralization, Basic Attention.

## **Lista de Tabelas.**

Tabela 1 - Recursos Financeiros Transferidos Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde - valores totais e percentuais em 2001, Brasil, Região Sudeste e Estados. ....	71
Tabela 2 - Recursos financeiros transferidos, fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde, em 2001. Valores per capita e percentuais. Região Sudeste e seus Estados. ....	72
Tabela 3 - Recursos financeiros transferidos, fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde, em 2001. Valores totais e percentuais de população. Regiões de Saúde Estado do Rio de Janeiro.....	73
Tabela 4 - Recursos financeiros transferidos, fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde, em 2001. População e valores per capita. Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. ....	74
Tabela 5 - Índice de Necessidades e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Fixo, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.....	75
Tabela 6 - Índice de Necessidades e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Variável, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.....	77
Tabela 7 - Índice de Necessidades e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Total, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.....	79
Tabela 8 - Índice de Necessidades e os valores per capita do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.	81
Tabela 9 - Índice de Necessidades e os valores per capita do Programa Saúde da Família, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.....	83
Tabela 10 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Fixo, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001. ....	85

Tabela 11 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Variável, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001. ....	87
Tabela 12 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Total, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001. ....	89
Tabela 13 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e os valores per capita do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.....	91
Tabela 14 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e os valores per capita do Programa Saúde da Família, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001. ....	93
Tabela 15 - Valores per capita do Piso de Atenção Básica - Fixo, Variável, e Total; Programa Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001. ....	95
Tabela 16 – Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, microrregiões, municípios e população adscrita.....	96

## Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Oscilações do percentual do Produto Interno Bruto alocado em saúde. ....	11
Gráfico 2 - Piso de Atenção Básica Fixo: valores per capita e percentual dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, em 2001, e percentual da população, segundo as Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.....	49
Gráfico 3 - Piso de Atenção Básica Variável: valores per capita e percentual dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, em 2001, e percentual da população, segundo as Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.....	50
Gráfico 4 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde: valores per capita e percentual dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, em 2001, e percentual da população, segundo as Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.....	52
Gráfico 5 - Programa Saúde da Família: valores per capita e percentual dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, em 2001, e percentual da população, segundo as Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.....	52
Gráfico 6 - Piso de Atenção Básica Total: valores per capita e percentual dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, em 2001, e percentual da população, segundo as Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.....	54
Gráfico 7 - Regiões de Saúde: valores, per capita, dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde, em 2001, no que se refere ao Piso de Atenção Básica. ....	55
Gráfico 8 - Coeficientes de Correlação entre os Padrões e as Categorias Verificadas (valor per capita). ....	59

## **Lista de Quadros.**

Quadro 1 – Indicadores Básicos – Estado do Rio de Janeiro, Região Sudeste e Brasil. .....	15
Quadro 2 - Evolução do Financiamento PAB – 1997/2002.....	27
Quadro 3 - Cobertura da população pelo Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários da Saúde. (Brasil, Região Sudeste e Estado do Rio de Janeiro). .....	43
Quadro 4 - Recursos aplicados no Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) nos anos de 1997 a 2002. ....	44
Quadro 5 - Valores totais – Brasil e valores percentuais dos recursos financeiros transferidos para Região Sudeste, por tipo de transferência – ano 2001.....	46
Quadro 6 - Valores per capita e totais dos recursos transferidos para Região Sudeste, por tipo de transferência – ano 2001.....	47
Quadro 7 - Maiores e Menores valores per capita do Piso de Atenção Básica e padrões comparativos, para municípios do Rio de Janeiro - 2001.....	56
Quadro 8 - Coeficientes de correlação obtidos entre os padrões comparativos adotados e os valores per capita do PAB-fixo, variável e total, e o per capita do PCS e PSF.....	58

## **SUMÁRIO**

Agradecimentos. ....	i
Resumo. ....	ii
Abstract. ....	iii
Lista de Tabelas. ....	iv
Lista de Gráficos. ....	vi
Lista de Quadros. ....	vii
1. Introdução. ....	1
2. Objetivos e Aspectos Metodológicos. ....	6
2.1. Objetivo Geral. ....	6
2.2. Objetivos Específicos. ....	6
2.3. Aspectos Metodológicos. ....	6
3. Desigualdades: alguns apontamentos. ....	10
4. O Estado do Rio de Janeiro – Uma visão a partir de dados. ....	15
5. Sistema Único de Saúde/Sus – Sob a ótica da Lei. ....	21
6. Justiça Social e Equidade – Como condição necessária (ainda que não suficiente) para o enfrentamento das desigualdades. ....	30
7. Atenção Básica a partir das Normas Operacionais. ....	35
7.1. Programa de Agentes Comunitários da Saúde – PACS. ....	39
7.2. Programa de Saúde da Família – PSF. ....	40
8. Análise e Resultados. ....	45
9. Comentários Finais. ....	61
10. Referências Bibliográficas. ....	63
11. Anexos. ....	70

## **1. Introdução.**

Nas histórias das instituições políticas há momentos de centralização do poder, sucedidos por momentos de descentralização. Desde meados dos anos 70 o processo de descentralização, ocupa espaço cada vez maior no discurso de qualquer programa político-ideológico. (Fiori, 1995).

A descentralização para níveis subnacionais e para o setor privado, a reestruturação da relação público/privado e a restrição da autonomia dos profissionais de saúde foram os eixos para articular as propostas de flexibilização, menos Estado e mais privatização e desregulação, no enfrentamento da crise econômica dos anos 70. Em meados da década, a preocupação com os altos custos da assistência médica já era evidente, envolvendo tanto os governos quanto os demais responsáveis pelos pagamentos dos serviços de saúde. (Almeida, C., mimeo s. d.).

Assim formularam alguns modelos de reforma passando a descentralização ser paradigma na reestruturação dos sistemas de serviços de saúde – que preconizavam entre outros pontos, o re-direcionamento para a prática extra-hospitalar, como atenção ambulatorial, atendimento domiciliar e /ou atenção primária com seus componentes de atenção integral e de intersectorialidade, e de saúde pública-prevenção, numa oportunidade de revalorização destas práticas, o que para Almeida (mimeo s. d.) é o lado positivo dos debates e dos principais resultados.

Em estudo publicado pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS (1987, p. 24) o conceito de descentralização no campo da saúde está necessariamente vinculado à dimensão territorial ou espacial.

A provisão e organização de serviços de saúde de forma descentralizada devem conter atividades mais amplas que as de atenção médica curativa, devem incorporar atividades de caráter preventivo, tais como fomento à nutrição adequada, abastecimento suficiente de água potável, saneamento ambiental básico, assistência materno-infantil, imunizações contra as principais enfermidades e prevenção de enfermidades endêmicas.

O processo de descentralização não deve ser somente orientado por critérios econômicos e administrativos, mas por critérios epidemiológicos, permitindo identificar as necessidades de saúde dos usuários a níveis individuais, familiares e coletivos da comunidade, facilitando a utilização dos recursos locais para alcançar a satisfação de tais necessidades. Devendo o processo de descentralização ser suficientemente flexível para considerar as variáveis epidemiológicas de cada região.

Neste sentido, o processo de descentralização passa a ser um instrumento não só adequado para a conformação de um sistema nacional de saúde que seja eficiente e eficaz, mas também para alcançar o objetivo da equidade social, o que comumente é esquecido nas discussões dos serviços de saúde.

Considera também que a descentralização efetiva dos serviços de saúde supõe um deslocamento do poder político-administrativo e tecnológico, de unidades centrais para unidades periféricas, tanto intermediárias (Estados) quanto locais (municípios).

O processo de descentralização favorece a integralidade da atenção, permitindo que a organização dos serviços se dê a nível local, cujo desenvolvimento exige uma coordenação intersetorial – (educação, economia, habitação, trabalho, transporte, lazer, reconhecidos como determinantes da saúde, contidos na Lei 8080/90.) (Almeida.H., 1996; Lucchese.P., 1996).

Segundo Almeida H.T. (1996, p. 17) a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 “provocou uma verdadeira revolução descentralizadora”. Aprovou alterações na formação federativa com reflexos na capacidade decisória, funções e recursos do governo central para as esferas subnacionais, com destaque para os municípios.

O processo de descentralização, é visto como instrumento de redemocratização do país, numa luta contra o regime autoritário para o alcance da democracia, universalização do acesso da população aos bens sociais, ao resgate da participação social e política no processo decisório. (Almeida.H.T. 1996).

As relações entre as esferas de governo permitem a intervenção do poder central e formas de ação conjunta, de acordo com as características do federalismo cooperativo, buscando manter juntas e solidárias as partes federadas. Segundo Almeida (mimeo s. d.) a adoção do princípio da eqüidade, como um valor comum, é válido nas relações entre indivíduos e regiões, para legitimar a solidariedade à convivência federativa.

O pressuposto da necessidade de entendimentos entre as instâncias de governo para a coordenação das ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, dentro de uma proposta de regionalização e hierarquização dos serviços, reforça a necessidade de um modelo de federalismo cooperativo, haja vista que a garantia de acesso e integralidade subordina-se a estes entendimentos (pactos) frente às desigualdades existentes no território nacional. (Viana.A.L.A. ,2001, p. 304).

Apesar do estabelecido na Constituição de 1988, durante os anos 90, o modelo federativo brasileiro, com baixa autonomia e sem vinculação hierárquica entre a união, Estados e municípios e em face da ausência de mecanismos cooperativos, acabou caracterizando um federalismo predatório, com conflitos nos campos de definição de responsabilidades e relações entre gestores nas diferentes esferas políticas e governamentais. (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Entretanto, quando os mesmos autores analisam a política de saúde nos anos 90, sob a ótica das relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas, enfatizam os avanços do modelo de descentralização, caracterizado como político administrativo, por transferir além dos serviços, responsabilidades e recursos financeiros do poder central a Estados e municípios, com reflexos nas relações entre os diferentes níveis de governo, serviços e instituições, reconhecendo contudo as dificuldades para sua implementação.

Citamos alguns avanços considerados Levcovitz, Lima e Machado, 2001: extensão da cobertura das ações públicas; aporte de recursos para melhoria da infraestrutura; introdução de instâncias de negociação intergestores; existência de

experiências inovadoras (mudança do modelo com clientela adscrita, vínculo, integralidade); mudança na prática de atenção à saúde.

Afirmam os autores que a descentralização para a sua plena efetivação em coerência com os princípios do SUS, carece ainda de “adequado aporte de recursos financeiros, fortalecimento da capacidade gestora e permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos”. (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 272).

A estruturação da rede assistencial de saúde no Brasil, dada no âmbito do Sistema Único de Saúde, no processo de descentralização político-administrativa, tem implícito o objetivo da redução das desigualdades regionais, no que diz respeito à área da saúde, conforme preceito Constitucional.

Sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, são editadas diretrizes e normas que buscam, por meio da definição de responsabilidades entre os três níveis de governo, no que tange às ações de saúde, a implementação de ações estratégicas e dos repasses de recursos financeiros à superação das desigualdades regionais.

Neste sentido, a implementação do Piso de Atenção Básica – PAB fixo e variável, a partir de 1996, voltada para as ações de Atenção Básica, representa um montante de recursos financeiros, tendo como base um valor per capita, cuja alocação se dá da esfera central do governo - Ministério da Saúde, para Estados e municípios, mediante transferências fundo a fundo, permitindo que Estados e municípios organizem os respectivos sistemas, de forma a oferecer a atenção à saúde, à população, de acordo com as características de cada localidade.

É a partir dos valores transferidos – PAB fixo e variável, que, neste trabalho, busca-se verificar a existência ou não da equidade na distribuição geográfica dos recursos financeiros alocados entre os municípios do Estado do Rio de Janeiro, para o financiamento da Atenção Básica.

Este estudo pretende contribuir para a avaliação dos critérios adotados para alocação de recursos financeiros, fundo a fundo (Ministério da Saúde/Municípios),

compensando as desigualdades existentes, no sentido da busca da justiça social, quando do exercício do papel redistributivo.

## **2. Objetivos e Aspectos Metodológicos.**

### **2.1. Objetivo Geral.**

Analisar a presença ou não da eqüidade na distribuição geográfica dos recursos financeiros alocados para o financiamento da Atenção Básica, tomando como unidade geográfica os municípios do Estado do Rio de Janeiro para 2001.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Analisar os valores per capita do Piso de Atenção Básica –fixo.
- Verificar os valores per capita do Piso de Atenção Básica– variável, incluindo-se a análise:
  - valores per capita do Programa Saúde da Família.
  - valores per capita do Programa Agentes Comunitários de Saúde.
- Identificar o total de recursos alocados para Atenção Básica.
- Comparar o financiamento destinado à Atenção Básica com o valor total de recursos alocados.
- Comparar o financiamento destinado ao PAB - fixo, variável e ao PAB total:
  - a) frente ao Índice Composto de Necessidades; e
  - b) com o Índice de Desenvolvimento Humano.

### **2.3. Aspectos Metodológicos.**

Para o desenvolvimento deste estudo que verifica a presença, ou não, de eqüidade na alocação dos recursos financeiros da esfera federal - Ministério da Saúde/MS, para o custeio da Atenção Básica, tomou-se como estudo de caso os 92 municípios do Estado Rio de Janeiro, limitando a análise aos repasses referentes ao ano de 2001. Foram realizadas pesquisas documentais, revisão bibliográfica e

levantamento de dados em fontes secundárias que por serem de domínio público não confrontam com os referenciais básicos da bioética, incorporados na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Utilizamos a pesquisa documental, (leis, portarias e normas), num primeiro momento, identificando instrumentos e diretrizes com o objetivo implícito ou explícito de promoção da equidade, e a compreensão no âmbito do Sistema Único de Saúde, do significado de descentralização, atenção básica e de seus principais programas – Programa de Atenção do Agente Comunitário da Saúde - PACS e o Programa de Saúde da Família - PSF, bem como algumas referências sobre indicativos das desigualdades regionais.

Num segundo momento identificamos os principais tipos de transferências, fundo a fundo da esfera federal para os Estados e municípios em 2001, destacando-se entre estes as transferências para a Atenção Básica, bem como o instrumento utilizado para determinação dos valores a serem transferidos - Piso de Atenção Básica – fixo, variável, neste último inserido o Programa de Agente Comunitário de Saúde e o Programa Saúde da Família, considerados estratégicos para reversão do modelo assistencial dominante. A importância dos programas confirma-se tanto pelo aporte de recursos financeiros quanto pela sua abrangência nacional.

A partir da revisão bibliográfica, nos acervos do Ministério da Saúde (biblioteca virtual), BIREME, Universidade de Brasília, além de exploração de todo o material utilizado como referência bibliográfica em sala de aula, adotamos um conceito para equidade, como eixo orientador, que admite uma distribuição desigual para diferentes necessidades. Segundo estudos identificados para uma distribuição eqüitativa de recursos, os critérios prevêem ajustes da base populacional em função de fatores demográficos, epidemiológicos e sócio-econômicos.

Para a aferição da presença de equidade na distribuição de recursos, adotamos dois padrões comparativos, um a partir do estudo “Metodologia de Alocação Eqüitativa de Recursos: O caso do Rio de Janeiro” (Porto S., et alli., 2002), cujas bases

metodológicas reconhecem as implicações da epidemiologia, população e perfil sócio econômico, como indicadores necessários de serem considerados para a alocação de recursos financeiros com vistas ao alcance de uma maior equidade, e o Índice de Desenvolvimento Humano -IDH-M, (disponível no site: [www.undp.org.br](http://www.undp.org.br) ),o qual incorpora três dimensões para medir o grau de desenvolvimento dos municípios, microrregiões, Estados e países: esperança de vida, nível educacional e rendimento real ajustado. O IDH varia entre 0 e 1 e classifica o grau de desenvolvimento humano em baixo ( IDH menor ou igual a 0,5) médio ( IDH maior que 0,5 e menor ou igual a 0,8) e elevado ( IDH maior que 0,8).

A escolha dos padrões de comparação se deu pelo fato de que estes (índices) adotam na sua base metodológica indicadores, sócio-econômicos, demográficos e epidemiológicos, o que vem de encontro ao apregoado na legislação e demonstrado nos estudos, como necessário para o enfrentamento das desigualdades regionais e para o alcance da equidade alocativa.

O levantamento das informações sobre transferências de recursos financeiros federais, fundo a fundo, em 2001, aos municípios selecionados e população considerada, foi realizado em diversos bancos de dados (SIAB/SIOP/SIA/SUS/DATASUS/IBGE/IPEA).

A análise dos resultados foi efetuada a partir do coeficiente de correlação, estabelecido entre os dois padrões comparativos adotados (índices) e os valores per capita dos recursos alocados pelo Ministério da Saúde para o PAB fixo, variável e total, incluindo os valores per capita do PSF e PACS.

Identifica-se a presença do princípio da equidade quando houver uma correlação positiva com o Índice Composto de Necessidade e uma correlação negativa com o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH.

Será aceita a existência de correlação com coeficientes acima de 0,5 positivo ou abaixo de 0,5 negativo.

Cabe esclarecer que na verificação dos recursos repassados aos municípios para o PAB – variável constatamos valores transferidos fundo a fundo em nome do Estado do Rio de Janeiro, no montante de R\$ 11.172.270,40 significando 4,64% do total dos valores transferidos para o PAB total para o conjunto dos municípios. Este montante foi distribuído da seguinte forma: R\$ 2.691.494,94 transferidos como - Taxa de Fiscalização – Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, R\$ 354.161,40 para Vacinação contra a Poliomielite, R\$ 1.876.220,76 para Medicamentos / Saúde Mental e R\$ 6.250.393,30 para Epidemiologia e Controle de Doenças. (Tabela 3).

Os valores transferidos para o fundo estadual de saúde foram desprezados por não ter sido possível verificar em que município e montante foram de fato alocados. Se mantidos representariam uma distorção no coeficiente de correlação, tomando-se como base o valor per capita municipal. Pelos mesmos motivos seriam afetados também os resultados da análise de concentração dos valores per capita, e localização geográfica/regiões e a verificação de variação entre os municípios.

Constatamos também que os recursos financeiros, transferidos pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito ao PAB total para o município de Mesquita, criado em meados do ano pesquisado, passa a ocorrer a partir do mês de agosto.

Considerando que para a obtenção do coeficiente de correlação, trabalhamos com as transferências relativas aos doze meses do ano de 2001, optamos por desprezar os valores transferidos para o Município cujo valor total representa 0,48% sobre o PAB total transferido aos demais municípios do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2001 (Tabela 3). Portanto desenvolvemos o trabalho com os outros 91 municípios do Estado, para uma população de 14.060.813 habitantes.

### **3. Desigualdades: alguns apontamentos.**

Convivemos com Estados e Regiões detentores de alta renda per capita e índices aceitáveis de condição de vida bem como com Estados e Regiões pobres dependentes de transferências do governo central para sua manutenção e oferta de serviços à população. (Brasil, 2003c).

Os dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2003 (BRASIL, 2003e), referentes ao ano de 1999, demonstram que:

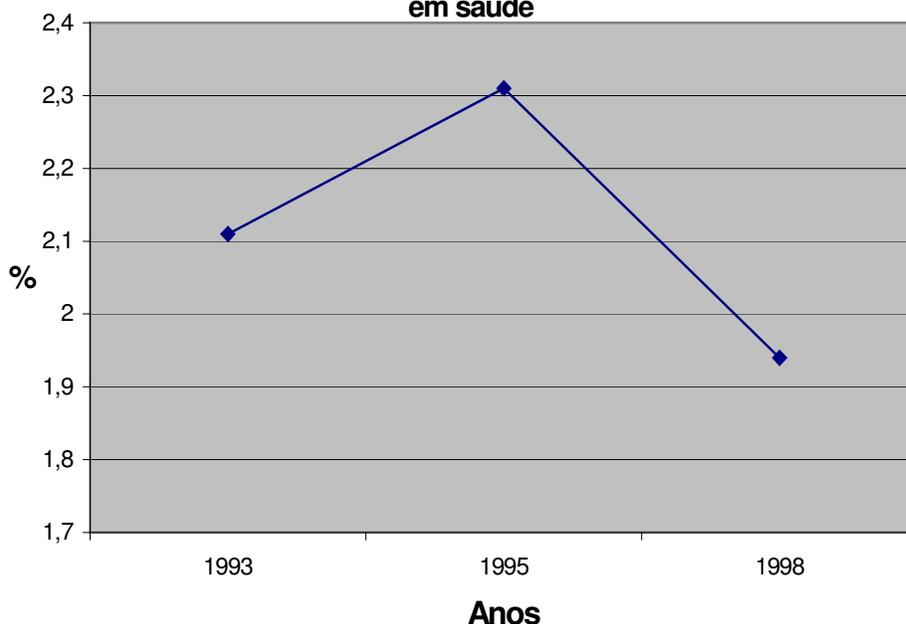
- ✓ 15,86% das famílias mais ricas se apropriam de 56,97% da renda familiar;
- ✓ 27,62% das famílias mais pobres se apropriam de 5,55% da renda familiar
- ✓ 11,12% das famílias vivem com menos de 1 salário mínimo;
- ✓ 5,95% das famílias ganham mais de 20 salários mínimos;
- ✓ 52,78% das famílias que vivem com até 1 salário mínimo se concentram na região nordeste e 25,59% na região sudeste;
- ✓ a região norte figura com apenas 4,20% das famílias que vivem com até 1 salário mínimo. É necessário considerar a ressalva, informada pelo IBGE, de que os dados não incluem as regiões rurais dos Estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Utilizando o IDH como parâmetro, podem ser considerados como detentores de um padrão de desenvolvimento elevado ( $IDH > 0.8$ ) os Estados RS e DF (0,869), MG (0,823), RO (0,820), RR (0,818), SC (0,863), PR (0,847), SP (0,868), RJ (0,844), ES (0,836) e MS (0,848). ([http://www.undp.org.Br/IDH-BR\\_Atlas\\_webpage/textos\\_IDH/sites-91-oo.xls](http://www.undp.org.Br/IDH-BR_Atlas_webpage/textos_IDH/sites-91-oo.xls)).

O Relatório de Desenvolvimento Humano – RDH (2003), aponta a manutenção das desigualdades regionais quando indica um crescimento da pobreza na região Norte de 36% de 1990, para 44% em 2001, e para a região Sul como a única que deverá conseguir reduzir a pobreza em 50% até 2015. Os dados tomam por base a Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílios e pesquisa anual do IBGE. Os autores relatam como razão, a persistência do elevado grau de desigualdade, e não a falta de recursos. Destacam ainda, a situação preocupante do Brasil com o baixo crescimento de acesso da população ao saneamento básico onde em 1990 e 2001, 71% e 76%, respectivamente, da população, viviam em habitações com esgotamento sanitário.

No período de 1993 a 98, os desembolsos financeiros para o setor saúde acompanham as oscilações das fontes de financiamento, gerando uma distribuição percentual não homogênea do Produto Interno Bruto - PIB alocado em saúde.(2.11%em 93, 2.31%- em 95, e 1.94%em 1998). Piolla et. Al. (2001), Luchese (1996).

**Gráfico 1. Oscilações do percentual do Produto Interno Bruto alocado em saúde**



O Anuário Estatístico (Brasil, 2001) registra que a execução orçamentária das despesas do Ministério da Saúde em 1995 e 2001 foi respectivamente, de R\$ 14,9 e R\$ 26,1 bilhões. E que dentre as despesas empenhadas, em 2001, foram transferidos para as regiões 89% dos recursos, sendo o maior percentual para a região sudeste 39%, que abriga 42,25% da população brasileira e os menores percentuais para as regiões centro-oeste e norte, 6% e 7%, onde residem 6,89% e 7,68% da população, respectivamente. A comparação estabelecida entre o percentual dos recursos financeiros transferidos e o percentual da população residente por região permite inferir uma alocação baseada exclusivamente no quantitativo populacional, sem considerar diferenças epidemiológicas, sócio-econômicas, capacidade de serviços existentes.

As desigualdades nas transferências foram comprovadas no estudo desenvolvido por Araújo. C.L, (2003, p. 68), onde verificou a dimensão do problema da iniquidade na distribuição dos recursos federais em 2001, para as diferentes regiões. Constatou que maiores recursos foram transferidos para as regiões sudeste, nordeste e sul. A região norte recebeu, no total dos repasses federais, 6 vezes menos do que a região sudeste.

Também é verificada a desigualdade nos repasses de valores per capita de transferência federal, para as regiões sul e centro-oeste. A região sul obtém o maior valor R\$ 69,75 e as regiões norte e nordeste os menores valores, R\$ 45,98 e R\$ 52,24 respectivamente. Comparando os valores repassados com o IDH, o estudo conclui que as transferências favorecem com valores mais altos as regiões com melhores índices. (Araújo.C.2003).

Quando Araújo. C (2003, p. i) analisa a coerência interna da Norma Operacional da Assistência em Saúde - NOAS 01/2002 em relação ao seu objetivo central de promover a equidade na distribuição de recursos, os resultados encontrados apontam incoerência entre os valores, objetivos e proposição sugerindo ainda, como conclui a autora “o risco de que as novas distribuições de recursos produzam efeitos até contrários ao que seria desejável”. Salienta o estudo que a proposição de um valor per capita – não só para a atenção básica, mas também para o financiamento do primeiro

nível da média complexidade M-1 , traduz um princípio de igualdade na distribuição dos recursos que nega a heterogeneidade do perfil de necessidades de saúde.

O estudo do Instituto de Pesquisa e Estatísticas Aplicadas - IPEA em 2001, quando se refere às desigualdades, revela que “a política alocativa do Ministério da Saúde, de um modo geral, não alcançou ainda a ênfase necessária para tornar o sistema público mais eqüitativo” Araújo. C. (2003. p.69),

Autores como Gerschman.S (2000), Leucovitz (2001), afirmam que somente a alocação financeira eqüitativa aos municípios, per si, não é suficiente para assegurar a eqüidade no acesso ao serviço, visto que a existência de capacitação político administrativa é uma pré-condição para a gestão de programas sociais. Portanto, em um processo de transferência de recursos, a capacidade técnica instalada pode constituir-se em um fator diferenciador das possibilidades de êxito.

Tais aspectos de desigualdade não são exclusividade deste país.

Adam Wagstaff (2002), ao analisar a pobreza e desigualdades no setor saúde, entende que as desigualdades se fazem presentes tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento ainda que com grandes variações. Por exemplo, na América Latina, as desigualdades entre os pobres e os não pobres, com respeito à saúde das crianças, parecem ser maiores que em outras partes do mundo em desenvolvimento, qualquer que seja o indicador sanitário utilizado.

Entende o autor que a pobreza e a má saúde são fenômenos inter-relacionados. Esta associação reflete uma relação de causalidade: a pobreza gera má saúde e a má saúde reforça a pobreza dos pobres.

Expressa a impressão de que as desigualdades sócio-econômicas no campo da saúde parecem estar aumentando, em vez de diminuir, tanto para os países em desenvolvimento como para os países industrializados. (Wagstaff, 2002).

Segundo Evans et al. (2002, p.279), Chen entende que muitos pesquisadores, ao estudar os sistemas de saúde de diferentes países, observam que o acesso à atenção

sanitária em todos os níveis (do primário ao terciário) e as intervenções de saúde pública podem ser mais fáceis para os ricos que para os pobres, segundo a denominada “lei da assistência inversa” (Hart, 1971). Em geral as necessidades de saúde e as prioridades dos pobres diferem das dos ricos. Estes têm maior acesso às medidas preventivas e curativas.

Ainda Evans et. al. (2002, p. 279), comenta que para Guning-Schepers e Stronks (1999) a existência de uma cobertura universal, não garante, na prática, a equidade no acesso ao sistema saúde.

A reforma dos sistemas de saúde constitui um fenômeno mundial, influenciado pela ideologia de mercado, a limitação dos recursos e as recomendações de instituições financeiras internacionais. Isto implicou em que os sistemas de saúde de todo o mundo tenham se alterado em resposta a um conjunto externo de recomendações ideológicas destinadas aos países em geral com escasso ou ausente reconhecimento explícito das necessidades específicas do sistema de assistência sanitária, tal como, a justiça na sua distribuição. (Evans et al, 2002, p.279 – 281).

Segundo Gwatkin (Gwatkin, 2002, p.310), “necessita-se de uma nova onda de reformas do setor saúde orientadas no sentido da equidade, que sejam empreendidas com mais paixão e empenho ainda do que as reformas efetuadas nos anos 90 para aumentar a eficiência”.

Wagstaff (2002, p. 323), vê assim o problema: “sabemos bastante sobre o alcance das desigualdades sanitárias entre os pobres e os não pobres, nos países em desenvolvimento, e temos um razoável conhecimento das desigualdades a respeito dos fatores determinantes da saúde. O mais relevante neste aspecto é a incapacidade da atenção sanitária financiada com recursos públicos chegar aos pobres em quase todos os países em desenvolvimento, problema que merece séria atenção por parte dos governos e dos organismos de ajuda”.

#### 4. O Estado do Rio de Janeiro – Uma visão a partir de dados.

Apresentamos alguns indicadores básicos e outras informações julgadas pertinentes, relacionadas ao setor saúde direta ou indiretamente, referente ao Estado do Rio de Janeiro, Região Sudeste e ao Brasil, no sentido de oferecer elementos auxiliares para uma melhor compreensão das condições de desempenho do espaço geográfico objeto deste trabalho.

O Estado do Rio de Janeiro, localizado na região sudeste, tem uma área de 43.696,054 Km<sup>2</sup> e uma população de 14.232.541 habitantes (IBGE/2001), distribuída em 92 municípios. Destes, 21 municípios têm mais de 100.000 habitantes e representam 85,92% da população. Os restantes dos 47 municípios representam 77,17 % do total dos municípios do Estado e somente 14,08% da população.

O quadro a seguir traz alguns indicadores básicos que permitem comparar o Estado do Rio de Janeiro com a Região Sudeste, na qual está inserido, e com o Brasil, podendo-se observar que na maior parte dos indicadores, o Estado está na média ou melhor.

**Quadro 1 – Indicadores Básicos – Estado do Rio de Janeiro, região sudeste e Brasil**

<b>Indicadores</b>	<b>Estado RJ</b>	<b>Região Sudeste</b>	<b>Brasil</b>
População – 2001	14.558.561	73.470.738	172.385.776
Taxa de crescimento da população (% de incremento médio anual 2000/2001)	1,16	1,46	1, 52
Grau de Urbanização(% da população urbana)2001	96,52	91,46	83,90
Taxa padronizada de natalidade (n.º de nascidos, por 1000 habitantes/ano) 2000.	18,24	18,46	20,69
Taxa padronizada de mortalidade, 2000 (n.º de óbitos por 1.000 habitantes/ano).	6,49	6,24	6,63
Taxa de mortalidade infantil ( n.º de óbitos infantis, por 1.000 nascidos vivos).calculada diretamente do SIM e SINASC. 2000 **	19,7	19,1 (estimada)	28,3 (estimada IBGE)***

<b>Indicadores</b>	<b>Estado RJ</b>	<b>Região Sudeste</b>	<b>Brasil</b>
Taxa de mortalidade materna,(nº. de óbitos por causas maternas, por 100.000 nascidos vivos) 2000****	73,7	45,2	45,8
Esperança de vida aos 60 anos de idade 2000	18	18	18
Taxa de analfabetismo. (% da população de 15 anos e mais de idade)2001	5,63	7,51	12,37
Produto Interno Bruto (PIB) per capita, 2000 (R\$)	9.580,39	8.788,48	6.485,64
Valor per capita PAB-fixo. *	10,05	10,07	10,21
Valor per capita PAB-variável*	7,73	7,58	10,81
Valor per capita PAB-total (fixo+variável)*	17,78	17,65	21,02
Valor per capita PACS*	0,63	0,84	1,75
Valor per capita PSF*	1,75	2,03	3,23
Número de consultas médicas SUS (por habitante) 2001	3,05	2,79	2,44
Número de Internações hospitalares SUS (por 100 habitantes) 2001	5,63	6,03	6,82
Número de Leitos SUS (por 1000 habitantes) 2001	3,45	2,91	2,82
Cobertura de redes de abastecimento de água(% serviço de rede geral) *****	84,92	88,76	76,13
Cobertura de Sistemas de esgotamento sanitário (% serv.esgoto)2001*****.	79,61	81,27	60,66
Cobertura de sistemas de coleta de lixo (% da serv. coleta )*****.	95,09	91,73	81,63

\*Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/matriz.htm#demog>

\*Fonte: [www.saude.gov.br/datasus](http://www.saude.gov.br/datasus) , ano 2001.

\*\*calculada diretamente dos sistemas SIM e SINASC, para os Estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90%.

\*\*\* média das taxas estaduais, obtidas por método direto ou indireto.

\*\*\*\* calculada diretamente para Estados com cobertura do SIM (óbitos femininos de 10 a 49 anos de idade) igual ou superior a 90%.

\*\*\*\*\* IBGE/Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - PNAD/ Censo Demográfico 2000

Do ponto de vista administrativo, o Estado do Rio de Janeiro, está organizado em 09 Regionais de Saúde<sup>1</sup>, (Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana) que constituem instâncias de referência junto às microrregiões/municípios.

O Estado está habilitado na Gestão Plena do Sistema Estadual, desde agosto de 2002 (Portaria/GM/MS nº 1438), de acordo com o preconizado na Norma Operacional de Assistência à Saúde/2002, tendo aprovado na ocasião o Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos e a Programação Pactuada e Integrada. Até esta data, cabia ao Estado a gestão sobre os prEstadores de serviços cujo montante de recursos financeiros eram pagos mediante a apresentação do faturamento, levando muitas vezes mais de 60 dias para o seu recebimento.

Entretanto, em 2001, 76% dos municípios estavam habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica/GPAB– Norma Operacional Básica - NOB/96, cabendo a estes o repasse automático fundo a fundo dos valores referentes à atenção básica e 23,91% dos municípios encontravam-se habilitados, também pela NOB/96, na Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM, que além dos recursos referentes às ações de atenção básica, recebiam transferências financeiras fundo a fundo referentes à média e alta complexidade quando houvesse.

Registre-se que atualmente somente 03 municípios estão habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com a NOAS/2002.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização, são 22 microrregiões que compõem às nove regiões de saúde, organizadas por módulos assistenciais oferecendo serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade que atendem a população, com referência e contra-referência, além dos serviços previstos para municípios adscritos e sede de módulo. (Tabela-16).

---

<sup>1</sup> As regiões de saúde e a composição das suas microrregiões estão disponíveis no site [http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Plano\\_diretor.shtml](http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Plano_diretor.shtml)

Em trabalhos desenvolvidos sobre os municípios do Estado, podemos considerar alguns resultados publicados por Gerschmann. S (2001), referentes aos municípios de Angra dos Reis, Duque de Caxias, Niterói, Resende e Volta Redonda, que abrigam uma população de 1.682.501 habitantes (12% da população do Estado), quando investigados sobre inovações gerenciais, considerando o processo de descentralização da política de saúde.

Há que se considerar que estes municípios foram selecionados para o estudo, por apresentarem um bom desempenho no SUS quanto ao modelo de gestão.

Os resultados foram obtidos mediante entrevistas com os gestores do 1º escalão das Secretarias Municipais de Saúde selecionadas. Entre os temas abordados está a implantação e avaliação de programas e as relações da Secretaria Municipal de Saúde-SMS com o Sistema Único de Saúde-SUS.

Destacamos alguns resultados apresentados no mencionado estudo, por considerá-los como ilustradores da operacionalização do SUS no Estado.

As Prefeituras Municipais definem os recursos orçamentários para a saúde, incluindo a folha de pagamento de pessoal, investimentos e Recursos Humanos, e os deposita no Fundo Municipal de Saúde, sem, contudo, interferir na gestão dos gastos.

Nas Secretarias Municipais de Saúde- SMS, estão centralizadas, a implementação orçamentária, a formulação de políticas e as ações dos recursos materiais e a política gerencial.

Para 75% dos gestores é fundamental o planejamento como metodologia de gestão municipal, entretanto somente 43.8% dos entrevistados consideram o processo de planejamento organizado, envolvendo desde o 1º escalão da SMS até o nível operacional das ações de saúde.

Para 87,5% dos entrevistados os instrumentos utilizados para efetivar o planejamento são os dados epidemiológicos, sócio-econômicos, demográficos e

administrativos, mas somente 31,3% dos gestores utilizam-se dos dados constantes nos Sistemas de Informações produzidos pelo SUS.

Para 81,3% dos gestores, o Ministério da Saúde passa informações para as Secretarias Municipais de Saúde, e para 31,3% as informações repassadas se referem à avaliação dos serviços e cobertura. Para 6,35% as informações repassadas pelo Ministério da Saúde se referem à epidemiologia, vacinação, controle e avaliação, portaria e todas as informações do DATASUS.

As informações transmitidas da Secretaria Estadual de Saúde- SES , para as Secretarias Municipais de Saúde, acontecem para 50% dos gestores, 12,5% recebem informações sobre evasão e outro igual tanto, sobre estatística de saúde e produção de serviços.

Dentre os gestores 68,8% consideram-se apoiados tecnicamente pela SES por meio de treinamento dos serviços, Entretanto outro tanto semelhante não se considera apoiado tecnicamente pelo Ministério da Saúde.

Quanto aos programas estimulados pelo Ministério da Saúde, 43,8% dos gestores não se manifestam a respeito dos programas de Atenção Básica, 46,2% têm manifestação do tipo - previne doenças, promove saúde, tem carência de recursos, fortalece a base, é uma função do poder público, tem poder de resolutividade, está em discussão na Secretaria.

Quanto ao Programa de Saúde da Família-PSF, os gestores têm o seguinte posicionamento: 18,8% não se manifestam e mesmo percentual diz que está sendo implementado com características de acordo com o município. Outros 18,8% afirmam que ainda não implementaram completamente, e o restante dos gestores consideram como objetivo do Programa, a alteração do modelo assistencial e que este está causando impacto. De forma semelhante se posicionam quando perguntados sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS.

Numa ordem de importância, segundo a adesão aos programas, pelos municípios estudados, o PSF é o Programa privilegiado, seguido do Programa da Saúde da Mulher (PAISM), Saúde Materno Infantil (PSMI) e Pré-Natal (PPN), tendo como critério de prioridade para 56,3% dos gestores os incentivos financeiros do Ministério da Saúde e pelos dados epidemiológicos/sócio-econômicos necessários para a implementação dos Programas, 25% referem-se à intenção de reverter o modelo assistencial, melhorar o acesso à saúde de caráter preventivo e de educação à saúde. Outros 25% manifestam a importância na definição dos Programas, a partir dos encaminhamentos pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Para 75% dos gestores, 80% da população é coberta pelos programas. 18% dizem que os programas são direcionados para toda a população.

Quanto aos recursos alocados aos programas 75% dos gestores informam que são permanentes e para 81,3% são originários do SUS.

Os critérios adotados pelas Secretarias Municipais para alocação dos recursos, são: dados epidemiológicos e decisão do colegiado de gestão, de acordo com o Conselho Municipal de Saúde ou da Secretaria de Orçamento participativo, onde existir.

Para 100% dos entrevistados os programas tiveram sucesso, 37,5% apontam como evidência possibilitar o controle de situação de risco para a saúde pública.

As dificuldades para 56,3% estão na disponibilidade dos recursos financeiros e em pessoal habilitado. Para 25% os empecilhos na implantação dos programas são de ordem burocrática do serviço público, 18,8% referem-se a dificuldades para a compra de material, aprovação de projetos, e pagamentos. Finalmente, 12,55% atribuem as dificuldades ao controle. Mesmo percentual atribui as dificuldades à lentidão de como se dá a mudança cultural da comunidade.

Embora para 100% dos gestores os programas sejam valorizados institucionalmente, para 31,3% dos gestores a valorização institucional é evidenciada pela autonomia, apoio financeiro e pelo poder de decisão dado aos mesmos.

Para o mesmo percentual (31,3%) os programas são considerados como prioridade da política de saúde e 43,5% dos gestores os considera como prioridade do governo municipal.

O estudo aponta, na sua conclusão, que, para alguns dos municípios selecionados, a incorporação dos programas e experiências, é formulada exclusivamente pelo nível federal/estadual, como forma de injetar recursos externos, principalmente do nível federal. Outros municípios avançam no processo de descentralização e implementação do SUS, indo além das iniciativas federal/estadual, injetando recursos próprios municipais na implementação da política de saúde.

Os dados acima permitem verificar que, no âmbito dos municípios no Estado do Rio de Janeiro, além dos critérios adotados pela Secretaria Municipal de Saúde para a locação de recursos, para uma grande maioria dos gestores entrevistados, o planejamento é fundamental e os instrumentos utilizados são os dados epidemiológicos, sócio-econômicos, demográficos e administrativos, disponibilizados tanto pela Secretaria Estadual de Saúde como pelo Ministério da Saúde, entretanto quando investigados um baixo percentual utilizam-se destes dados.

## **5. Sistema Único de Saúde/Sus – Sob a ótica da Lei.**

O Sistema Único de Saúde é constituído pela Lei 8080/90 e os princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência e a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988, estão apresentados no seu art 7º.

Ao mesmo tempo em que o enfoque de combate às desigualdades existentes entre as regiões está colocado no art 3º, no início do texto da Constituição Federal 1988, cuja preocupação é reduzir esta desigualdade a partir do Governo Central:

- I – construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II – garantir o desenvolvimento nacional;

III – erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV – promover o bem estar de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, e quaisquer outras formas de discriminação.

Ações pelo Governo Central em setores específicos como saúde, educação, transporte, energia e segurança pública, têm sido realizadas, na tentativa de diminuir as diferenças regionais.

Um dos instrumentos utilizados pelo governo central para a redução das desigualdades entre as regiões são as transferências constitucionais aos Estados e municípios, que ao fortalecer as finanças públicas desses entes, possibilita o fornecimento de serviços públicos e a construção de infra-estrutura, que de outra forma não seriam efetivadas, diante a precariedade de recursos próprios. (BRASIL, 2003c).

Além das transferências constitucionais (fundo de participação dos Estados e dos municípios) destacam-se transferências para o Sistema Único de Saúde - SUS.

A decisão sobre a alocação dos recursos nacionais, de forma a compensar as desigualdades sociais e regionais atendendo a um preceito constitucional, cabe ao nível central segundo a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO.

O financiamento do setor saúde é tema central na implementação das políticas de saúde, principalmente no que diz respeito à equidade, e um dos aspectos que merece destaque é a alocação geográfica dos recursos financeiros.

O Ministério da Saúde é o responsável pela maior parte do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que a participação dos municípios venha crescendo ao longo dos últimos 10 anos, e exista a perspectiva de que parte dos recursos dos Estados no financiamento do sistema aumente significativamente, como consequência da aprovação da Emenda Constitucional-29. (Souza, 2002).

Para Mendes (2002), uma redução na participação do governo federal no financiamento da saúde pública, do final da década de 80 para 1996, de 77,7% para 53,7% respectivamente, não representou uma retração no volume de recursos a valores constantes.

No que se refere à distribuição geográfica dos recursos financeiros do SUS, foram explicitados, na Lei Orgânica da Saúde, os seguintes critérios (Art.35):

- perfil demográfico;
- perfil epidemiológico;
- características qualitativas e quantitativas da rede de saúde;
- desempenho técnico, econômico e financeiro;
- nível de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- previsão do plano quinquenal de investimentos;
- ressarcimento do atendimento a serviços prEstados a outras esferas de governo.

No parágrafo primeiro do mesmo artigo acrescenta-se que metade dos recursos, destinados a Estados e municípios, será distribuída em base populacional, independentemente de qualquer procedimento prévio.

Entretanto, a regulamentação da citada lei se dá somente em 1994, pelo Decreto 1232 (30.08.94), que condicionou as transferências à existência de fundo de saúde, além de determinar que a distribuição dos recursos seja feita segundo a estimativa populacional fornecida pelo IBGE, até que o Ministério da Saúde defina as diretrizes a serem observadas de acordo com os critérios previstos no art 35 da citada lei, num prazo de 180 dias.

Campos (2001), ao citar Vianna et al (1990), registra que estes autores encontraram dificuldades em traduzir os critérios de alocação de recursos apresentados na legislação para parâmetros concretos e índices de ponderação definidos, sendo sempre vulneráveis a questionamentos.

As tentativas de propostas técnicas, com base nos critérios do artº 35 da Lei 8080/90 com dados de 89, para as macrorregiões brasileiras verificam que, em conjunto, eles aproximavam-se do tamanho populacional relativo, o que significa distribuição bastante igualitária, mas não necessariamente eqüitativa. Para Mendes (1996), citado por Campos (2001), talvez, esse perfil mais igualitário de distribuição obtido pelas simulações de Vianna, fosse motivo para justificar resistências à aplicação dos critérios contidos na legislação.

Outras propostas de critérios para alocação de recursos foram elaboradas – (Oliveira Junior, 1992), (Castro et al, s/d), (Porto et alli, 2001) (Heimann.et al. 2001) levando a concluir que transferências diretas de recursos do nível federal aos Estados e municípios com base exclusivamente no estoque de habitantes, não seriam eqüitativas, já que desconsiderariam as desigualdades existentes entre as necessidades populacionais das diferentes regiões. Portanto deixando de atender a um preceito constitucional - o de combate às desigualdades existentes entre as regiões ( art. 3º da CF. 1988).

O Decreto 4.726, de 09 de junho de 2003, que aprova a estrutura e atribuições do Ministério da Saúde, no artigo 13, inciso I, define como competência da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS: participar da formulação e implementação da política de assistência à saúde, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde/SAS, como órgão formulador da política nacional de saúde, adota como instrumentos orientadores dessa política, normas, portarias, resoluções, dentre estas, destacamos a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/2002 e regulamentação complementar como o instrumento legal, vigente, que vem ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelecer o processo de

regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde.

A NOAS/2002, p. 24, estabelece como eixo orientador, para o processo de avaliação do desempenho do sistema de gestão, a promoção da equidade no acesso e na alocação de recursos financeiros.

Para o alcance desses objetivos o Ministério da Saúde vem priorizando programas e ações voltadas para a atenção básica. As transferências para este nível de atenção passaram a absorver 21.35% dos recursos em 1999, refletindo a implantação da Norma Operacional Básica/96. (Marques. & Mendes. 2000). Em 2000 as transferências para a atenção básica absorveram 24,59% dos recursos e em 2001 foram alocados para este nível de atenção 37.65% dos recursos. (Reis. et al.,2003).

A Atenção Básica é promovida e financiada pelo Piso da Atenção Básica - PAB - fixo e variável, neste último integram-se o Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A implantação do PAB e a separação dos recursos para o financiamento da Atenção Básica, média e alta complexidade ambulatorial têm início com a Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde nr. 2121/98.

As transferências dos recursos financeiros para a Atenção Básica são realizadas através de repasses automáticos, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos dos municípios e/ou Estados de acordo com a condição de habilitação no nível de gestão determinado na NOAS/2002.

Até 31/12/2001 99% dos municípios brasileiros estavam habilitados em uma das duas condições da NOB/96, Gestão Plena do Sistema Municipal, Gestão Plena da Atenção Básica. Do Estado do Rio de Janeiro, 100% dos municípios estavam habilitados a receber os recursos financeiros mediante transferências fundo a fundo por estarem habilitados em uma das duas condições de Gestão.

Enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base um valor per capita que oscilou, para os municípios, em 2001, entre R\$ 10,00 (dez reais) e R\$18,00

(dezoito reais) habitante ano, o valor PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo MS, tais como Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, Programa Saúde da Família-PSF, Programa de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas tais como Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

A Portaria GM/MS 1884 de 18 de dezembro de 1997, fixa o valor per capita nacional para o cálculo da parte fixa do Piso de Atenção Básica- PAB, em R\$10 habitante/ano, determinando no seu artigo 1º, que para efeito de cálculo do montante de recursos a ser repassado será considerada a população estimada para o ano de 1997, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de acordo com a Resolução 30, de 26 de agosto de 1997.

Entretanto no artigo 3º da mesma portaria, fica garantido aos municípios habilitados conforme a NOB/SUS/96, a manutenção do valor gasto com a assistência básica que ultrapasse o valor fixado, até que seja definido o valor máximo para a parte fixa do PAB. O valor máximo é então fixado, em R\$ 18,00 habitante/ano pela Portaria/GM/MS 84, de 06 de fevereiro de 1997.

Cabe registrar que em 2001 através da NOAS SUS 01/2002 são acrescentados novos procedimentos ao conjunto da atenção básica à saúde (cirurgias ambulatoriais especializadas, ações especializadas em odontologia, diagnose-eletrocardiograma, atendimento médico de urgência com observação até 8 horas, entre outros). Em 2003 a Portaria GM/MS 398, de 04 de abril, estabelece o valor de R\$ 12,00 habitante/ano como Piso de Atenção Básica – Ampliado, não sofrendo alteração de valor os municípios que já recebem para o PAB-fixo valores superiores ao fixado pela Portaria. E, a Portaria GM/MS 392/93 determina que os valores do Piso de Atenção Básica - fixo e variável a serem repassados, tomem como base de cálculo o quantitativo populacional contido na Resolução n.º 04, de 30 de agosto de 2002, do IBGE, que estima a população para Estados e municípios.

O quadro a seguir, relativo aos recursos transferidos para a atenção básica – Piso de Atenção Básica - PAB – no período 1997 a 2002, evidencia o aumento das transferências para as regiões menos afluentes, tanto per capita, quanto proporcionalmente.

**Quadro 2 - Evolução do Financiamento PAB – 1997/2002**

<b>Brasil e Grandes Regiões</b>	<b>1997 (R\$) (per capita)</b>	<b>2002 (R\$) (per capita)</b>	<b>Evolução (%)</b>
Brasil	9,84	21,02	113,62
Norte	7,41	24,68	233,06
Nordeste	10,24	25,91	153,03
Sudeste	10,09	17,49	73,34
Sul	9,70	19,34	99,38
Centro-Oeste	9,59	22,46	134,20

Fonte: Brasil, 2003. TCU – Ata 22

Estes recursos visam atender a um elenco de procedimentos, propostos pela Comissão Intergestores Tripartite - CITE homologados no Conselho Nacional de Saúde e publicados através de portaria ministerial.

Assim, os critérios de distribuição de recursos que eram historicamente centrados no pagamento por procedimentos- Produção de Serviços- são gradativamente substituídos por sistemas que buscam a equalização das transferências. (Souza, 2002, p.20)

Araújo (2003), mostra que existe certa falta de equidade na distribuição dos recursos no PAB, destinados à Atenção Básica. Os estudos desenvolvidos a nível nacional têm permitido demonstrar que o PAB-variável tem apresentado uma distribuição mais eqüitativa, enquanto o PAB-fixo tem uma distribuição não eqüitativa.

Pellegrini Filho, A. (2002, p. 409) chama a atenção dentre os estudos internacionais desenvolvidos sobre a equidade, nos últimos anos, para a constatação de que atingindo determinado crescimento econômico de um país, um crescimento adicional não agrega muito em termos de melhoria das condições de saúde, o fator mais importante passa a ser a maneira como se distribui os recursos. Neste sentido a

PT GM/MS nº 1684/2003, evidencia o esforço do Ministério da Saúde em aproveitar a experiência de outros países (Grã-Bretanha e Irlanda do Norte) a partir de Convênio de Cooperação Técnica, visando a implementação do Projeto “*Economia de Saúde: Fortalecendo Sistemas de Saúde para reduzir desigualdades*” (Brasil, 2003d).

Estudos em outros países já apontam a importância da adequada alocação dos recursos financeiros para a superação das iniquidades.

Experiências na alocação de recursos financeiros, que foram realizadas na Inglaterra, Espanha e Itália, objetivando o alcance de maior equidade, têm sido analisadas e consideradas nas propostas alternativas para o caso brasileiro, em estudo desenvolvido no âmbito do Projeto REFORSUS/Ministério da Saúde, por Porto et alli (2001), incorporando na metodologia as diferenças sanitárias existentes, efetuando correções a partir do perfil demográfico, epidemiológico e sócio- econômico.

O estudo baseia-se nas seguintes experiências:

Inglaterra - em especial o Método RAWP (Resource Allocation Working Party) tendo como objetivo uma proposta para distribuição inter-regional dos recursos financeiros que favorecesse o alcance de uma “igualdade de oportunidades de acesso para necessidades iguais” Bloor & Maynard(1995), citados pela autora;

Espanha – (Carmona et al 1992) citados no estudo, transferências repassadas segundo populações protegidas (população total – sistemas especiais ex. forças armadas), foram criticadas por não contemplar as diferentes necessidades regionais e propostas alternativas foram apresentadas, que incorporam como proxy de necessidades, variações referentes ao quadro de mortalidade e indicadores relativos à oferta de serviços;

Itália - experiências de repasses baseados no gasto histórico (1982/84) – tetos financeiros regionais que levavam em conta as desigualdades existentes nas

estruturas etárias e por outros custos relativos dos diferentes serviços para diferentes populações /1985.

Das propostas metodológicas analisadas no referido estudo, o ponto de partida é a correspondente base populacional, e realizam-se ajustes que consideram o fato de que as necessidades de saúde das populações mudam segundo sua composição demográfica. Destaca ainda que “o ponto fundamental é o reconhecimento de que uma distribuição eqüitativa de recursos deve necessariamente incorporar um proxy de necessidades, que permita dimensionar desigualdades relativas entre as condições sanitárias e sócio-econômicas das populações das distintas áreas geográficas” (Porto et.alli. 2001. p.97)

Este estudo propõe a construção de um indicador composto para estimar as necessidades de saúde a partir de um conjunto de variáveis epidemiológicas e sócio-econômicas.

Esse indicador composto é obtido através de um procedimento de análise estatística multivariada (análise de componentes principais), que consiste em representar um espaço multivariado original em número reduzido de fatores, os “componentes principais”. Os novos fatores formados por combinações lineares das variáveis originais, não são correlacionados entre si (ortogonais), e são estimados matematicamente, no sentido de maximizar a variância total.

Para compor o índice de necessidade (ICN) é utilizada a média ponderada dos dois componentes principais da necessidade, utilizando-se como ponderação o percentual total da variação explicada em cada fator.

Como Porto et al (2002) explica:

No caso do Estado do Rio de Janeiro foram obtidos dois novos fatores. No fator 1, cargas grandes e positivas foram encontradas para todos os indicadores sócio-econômicos. Já no fator 2, cargas grandes e positivas foram encontradas para o coeficiente de mortalidade de 1 a 64 anos, o coeficiente de mortalidade de mais 65 anos e a taxa de mortalidade por Doenças Infecto Parasitárias - DIP.

	Componentes	
	1	2
coef. mortalidade infantil	-9,477E-02	-6,319E-02
coef. mortalidade 1-64 anos	-,120	,776
coef. Mortalidade maior de 65 anos	-8,241E-02	,693
taxa mortalidade por DIP	-,210	,643
taxa mortalidade por neoplasias	-,207	,370
taxa mortalidade por cardiovascular	4,798E-02	,258
percentual de mães adolescentes	,196	6,092E-02
percentual de analfabetos	,841	-,297
percentual de domicílios s/ esgoto	,671	2,717E-02
percentual de domicílios s/ água encanada	,719	-2,760E-02
percentual de domicílios s/coleta de lixo	,882	-,211

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 12 iterations

Como o primeiro fator explicou 33,2% da variância e segundo 14,4 o índice composto de necessidade foi:

$$\mathbf{ICN = 0,332 \times \text{Factor 1} + 0,144 \times \text{Factor 2}}$$

Para obtenção de um índice que variasse entre 1 e 2, utilizou-se a seguinte transformação linear:

$$\frac{fc - fc(\min)}{fc(\max) - fc(\min)} + 1$$

O Índice assim obtido foi considerado o “índice composto de necessidades (ICN)” para os municípios do Estado do Rio de Janeiro (Tabelas 5 a 9).

## **6. Justiça Social e Eqüidade – Como condição necessária (ainda que não suficiente) para o enfrentamento das desigualdades.**

A recessão econômica e o aumento de desemprego, enfrentados por muitos países, agravados por medidas de limitação dos recursos para os sistemas de saúde e a introdução de reformas sanitárias de orientação mercantilista, fenômenos que geram pobreza e deterioram as condições de saúde de população, têm refletido na dificuldade de implementar sistemas de saúde mais eqüitativos, situação que vem-se agravando desde o começo dos anos 80. Whitehead, et. al. (OPAS, 2002, p. 347)

Registra ainda a autora, que “a melhor forma de considerar a eqüidade no campo da saúde não é como um objetivo social em si mesmo isolado, mas como algo inerente à busca mais ampla de justiça social”. Whitehead, et. al. (OPAS, 2002, p.20)

Coincidindo com esse pensamento Evans. et al (OPAS, 2002, p.30) descrevem que as valorações de eqüidade em saúde, hão de ter em conta considerações mais amplas de justiça social e de bem social, portanto os critérios sobre a eqüidade se entrelaçam com os de justiça social e imparcialidade.

Colocam os autores que Whitehead (1992), ao trabalhar com os conceitos de desigualdade social e iniquidade em saúde, aponta que as desigualdades evitáveis e injustas constituem faltas de eqüidade em saúde. Considera ainda que as desigualdades em saúde refletem as diferenças de saúde entre grupos, independente de valoração se são justas ou não, enquanto as iniquidades se referem ao conjunto de desigualdades que se consideram injustas, implicando também numa valoração se são evitáveis ou não.

Para Brian Barry (1990), citado por Evans. et al (OPAS, 2002, p.29) “a eqüidade é um princípio comparativo, um critério sobre a situação que a pessoa ou grupo de pessoas ocupam em relação com os demais”. Destaca o autor duas alternativas para definir o que é eqüitativo: a) Utilizar as normas existentes de distribuição, que definem os critérios segundo os quais as pessoas devem ser consideradas como iguais ou não

iguais e analisar se estes critérios se aplicam de maneira constante ou não. b) Desenvolver normas onde estas são inexistentes .

Sen (2002) abordando especificamente a valoração da equidade em saúde aponta para a necessidade de contemplar e superar o marco da assistência sanitária, incluindo outras formas de melhorar o resultado final – ex.: educação, trabalho, habitação, tendo em vista que outras políticas relacionadas com a situação econômica e social podem influenciar também o Estado de saúde de uma população.

Para o autor, a justiça e equidade na assistência sanitária devem estar associadas aos resultados finais/reais de saúde, e alcançadas por meio das capacidades e das liberdades de que desfrutam os indivíduos que participam no alcance dos resultados concretos, usando os referidos processos. Considera que a equidade na provisão da assistência sanitária deve integrar-se com outras formas de melhorar a saúde em particular, a qualidade de vida e as liberdades substantivas em geral. (OPAS, 2002. Cap.6. p.78). Destaca como injustiça a falta de oportunidade do indivíduo alcançar uma boa saúde devido a acordos sociais e não como uma decisão pessoal, o que adquire uma repercussão negativa na justiça social. (Sen 2001, p. 302).

Contudo Peter et al. (2002) assinalam que, quando a ênfase da concepção de equidade em saúde se situa nas causas sociais mais amplas, que englobam as desigualdades sanitárias, a busca de soluções deverá ampliar o conjunto das políticas sociais, o que implica em contrapor os objetivos de saúde com outros do campo da justiça social - ex. fortalecer os grupos marginalizados. (OPAS, 2002, p.33),

Ainda para o mesmo autor, a premissa fundamental é que as desigualdades sociais na saúde são injustas, porque se devem a uma divisão de trabalho na sociedade onde coloca determinados grupos de pessoas em desvantagem não só econômica, social e política, se não também no que se refere à possibilidade de conservar a saúde.

Entretanto Hsiao et al. (OPAS, 2002, Cap.18, p. 283/86) destaca que a assistência sanitária adequada é uma necessidade fundamental para o bem estar, e o

financiamento desta assistência determina a sua disponibilidade, distribuição, tipo e acessibilidade para a população, “permitindo deduzir claramente que tem um efeito importante na equidade em saúde”.

No trabalho realizado por Porto (1997) baseado nas contribuições da teoria de justiça social desenvolvida por Rawls (1985), Sen (1992) e nas contribuições trazidas por Fleurbaey (1995), autores do pensamento contemporâneo centrados na valorização da noção de igualdade como objetivo final, a autora registra que é possível assegurar a efetiva igualdade de oportunidades na consecução do bem-estar, garantindo a liberdade de escolha e compensando as desigualdades entre as correspondentes capacidades básicas (como proposto por Sen), determinadas por fatores biológicos, epidemiológicos e sócio-econômicos, e equacionando a disponibilidade de oferta existente. Sintetiza que: “equidade deverá ser entendida como o princípio que rege funções distributivas, as quais têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas ou evitáveis. Resultados eqüitativos, todavia, pressupõe redistribuição desigualitária de recursos, produto de ajustes efetuados em função dos fatores biológicos, sociais e político-organizacionais determinantes das desigualdades existentes”. Afirma que as tendências preponderantes reconhecem como um dos pilares principais do conceito de equidade a distribuição de recursos através de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades que resultam de fatores que estão fora do controle individual.

Para Whitehead, Dahlgren e Gilson (2002, p. 346) um princípio chave da equidade é a alocação de recursos segundo as necessidades e independentemente da capacidade de pagamento, a partir de mecanismos mais eqüitativos para a distribuição dos recursos, considerando também a carga de enfermidades da população e suas características sócio-econômicas. Isto requer considerar indicadores sociais e econômicos.

Especificamente em relação à alocação de recursos em saúde, Artells (1983) e Mooney (1983) consideram que é possível, a partir da bibliografia existente, diferenciar três formas distintas de definir operacionalmente equidade:

- a) *igualdade de despesa per capita*: que parte do pressuposto de que a distribuição é eqüitativa quando efetuada em função do tamanho populacional.
- b) *igualdade de recursos per capita*: que incorpora à distribuição, realizada em base populacional, correções em função das diferenças de preço observadas em cada região.
- c) *igualdade de recursos para necessidades iguais*: que estabelece que, para obter distribuições eqüitativas, devem ser levadas em conta as diferentes necessidades sanitárias existentes, efetuando correções com base tanto no perfil demográfico quanto no epidemiológico.

Em recente estudo Araújo. C.L, (2003), aponta para a relevância que os problemas de desigualdade em saúde vêm assumindo no Brasil, não só no âmbito acadêmico, mas também no discurso político e no compromisso expresso na legislação – Constituição Federal 1988, Lei 8.080/90, Normas Operacionais de Assistência à Saúde 2001/2002.

Registra o estudo, o consenso sobre a necessidade de intervenção do Estado no combate das desigualdades consideradas evitáveis e injustas, sendo a distribuição equânime dos recursos financeiros a condição necessária embora não suficiente para o enfrentamento das desigualdades.

O citado estudo analisa a distribuição de transferência de recursos federais de acordo com o preconizado pela NOAS/SUS/2001, por região em confronto com o desempenho de indicadores de saúde adotados e aponta para uma situação de favorecimento de regiões (sul-sudeste e centro-oeste) com melhor perfil epidemiológico e melhor oferta de serviços em detrimento de outras com indicação de maiores necessidades na área da saúde.

Reconhece ainda que a distribuição dos recursos não leva em consideração as diferentes necessidades de saúde da população, de forma a favorecer regiões com condições sanitárias e sócio econômicas mais precárias.

Observa também que os critérios distributivos adotados não são compatíveis com o conceito de equidade – igualdade de recursos para necessidades iguais – como estabelecido na legislação brasileira.

Assim, em função dos trabalhos analisados e dos compromissos assumidos na legislação brasileira, o conceito de equidade na alocação de recursos adotados neste trabalho será “Igualdade de Recursos para Necessidades Iguais”.

## **7. Atenção Básica a partir das Normas Operacionais**

Como mencionado anteriormente, a Atenção Básica é promovida e financiada pelo Piso de Atenção Básica – PAB – fixo e variável, este último comportando o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários, cujas diretrizes são definidas e atualizadas por meio das Normas Operacionais Básicas (1996) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde NOAS (2001 e 2002).

As Normas Operacionais Básicas – NOBs, de 1991/93/96, editadas pelo Ministério da Saúde, assim como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS, 2001/02, trazem no seu conteúdo diretrizes e instrumentos com objetivo de organizar o SUS de acordo com os seus princípios, ao mesmo tempo em que reforçam o poder de regulação do poder nacional e contribuem para as relações entre as esferas de governo Levcovitz et al. (2001, p.273).

As críticas efetuadas por Goulart F.A. de A. (2001, p. 292) à implementação das NOBs, expressas na forma “um certo jeito NOB de fazer o SUS, esculpindo-o a golpes de portarias”, “formalismo legal”, “utopia isonomista – tratar a realidade por mais variada que ela seja, dentro dos limites de uma norma única” e carecidas de adequações às nossas desigualdades ou assimetrias, entre municípios/Estados, entre os recursos disponíveis, a infra-estrutura urbana, as desigualdades de contingente e densidade

populacional, capacidade e tradição administrativa, as diferentes culturas institucionais. As NOBs e NOAS, não só modelam formas de gestão como de repasse dos recursos, mas, caracterizam-se como dispositivos legais visando não só a regulação e o controle como também induzir e estimular o processo de descentralização da atenção à saúde do país. (Bodstein.R. 2001, p.314/317).

A Norma Operacional Básica nº 01/1993 – portaria 545, de 20 de maio de 1993, estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, tendo como meta efetivar a gestão plena do SUS, com implantação de uma direção única, sobre as ações e serviços em cada esfera do governo, estruturados em uma rede regionalizada e hierarquizada com referência e contra referência no sistema. (Brasil, 1993).

Para tanto seria repassado aos fundos de saúde municipais e estaduais o recurso financeiro do Ministério da Saúde, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, sob condições definidas de responsabilidade, incentivos financeiros e requisitos diferenciados de gestão estadual (gestão parcial e gestão semiplena), e para os municípios (gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena).

As ações básicas de saúde passam a ser incorporadas à rede municipal, imediata ou progressivamente, de acordo com a capacidade de gestão do município para absorção das responsabilidades gerenciais e políticas, que vão desde assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas até a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação dos serviços públicos e privados existentes no município (planejamento, contratação, controle, pagamento), exceto as unidades de referência e contra referência sob gestão estadual.

Os repasses financeiros têm como referência de pagamento a Unidade de Cobertura Assistencial-UCA, multiplicada pela população, cabendo ao Ministério da Saúde a definição do seu valor, tomando como base, para grupos de Estados, as características da rede, população, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior.

A NOB/96 avança com a criação do Piso de Atenção Básica – PAB, significando um aumento de recursos para a maioria dos municípios, e com a instituição da Programação Pactuada e Integrada – PPI, esta tem como objetivo a atenção integral quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios. Envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo tanto um instrumento básico para a reorganização do modelo de atenção como um instrumento para a alocação dos recursos federais e estaduais aos municípios permitindo, também, maior transparência na alocação destes recursos, tendo como base distributiva a pactuação entre os gestores. (Brasil, 1996).

Em 2001, a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS, após debates com a participação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde- CONASS, avança no processo de descentralização, baseada em três grupos de estratégia articulados: responsabilização e organização da assistência – tendo como instrumentos o Plano Diretor de Regionalização -PDR e o Plano Diretor de Investimentos -PDI, e o fortalecimento da capacidade de gestão – sendo o instrumento orientador a Programação Pactuada e Integrada – PPI. Esta Norma Operacional fortalece a integração dos sistemas municipais de saúde, sob a coordenação e mediação dos gestores estaduais. (Lucchese, P., 1996).

Destaca o estudo da OPAS (1987), que os níveis de atenção constituem combinações funcionais de serviços, dos quais os de menor complexidade - o primeiro nível- envolve as ações mais elementares ou básicas do sistema, o que não vale dizer atenção primária, equívoco comum, pois não cabe como sinônimo e não se esgota no nível primário. A atenção primária é uma concepção e uma diretriz ampla e inclusiva em que se prioriza o nível primário, mas compreende outros níveis também.

Este mesmo estudo, citando Ucierto et al (1983), registra que a expressão “níveis de atenção” indica uma forma escalonada ou estratificada de organização e prestação dos serviços de saúde, sistematizando a oferta dos diversos serviços e buscando

estabelecer um equilíbrio entre quantidade, variedade e qualidade da atenção disponível à população. É uma forma de racionalizar e tornar mais eficiente o uso dos recursos. (OPAS, 1987, p.37/38).

Esta estratificação se obtém mediante um processo de análise e categorização dos problemas de saúde e a alocação priorizada de recursos, orientada a combinar programas de atenção individual e tecnológico de maneira que estes possam ser distribuídos e partilhados com equidade por toda a população.

Para Lucchese (1996), as Ações Integradas de Saúde – AIS 83/86 e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS -87, já incorporavam um esforço para o planejamento integrado das ações de saúde entre os três níveis de governo, com reforço para a efetiva descentralização do processo decisório para o nível local, inclusive quanto à aplicação dos recursos financeiros, buscando uma aplicação mais equânime, mesmo que na prática restringissem-se às ações da assistência ambulatorial e hospitalar.

Para a autora, foi somente com a implantação do SUS que a reforma abrangeu o conjunto das ações e serviços de saúde, que passaram a ter como atribuição desenvolver ações que promovam a promoção, proteção e recuperação da saúde, como o estabelecido na Lei. 8.080/90.

Em 1998 a Portaria/GM/MS n.º 3925, define a Atenção Básica como “o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. E frisa ainda que “a ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente”. (Brasil. 2002c. p.50).

Para Almeida, H., (1996) no âmbito da reforma das políticas sociais, em especial a da saúde, a criação do SUS promove a racionalização dos serviços de saúde por meio de: integração das redes (federal, estaduais e municipais), municipalização do atendimento primário, definição de fontes de financiamento, estabelecimento de

funções para as instâncias de governo, e criação de mecanismos automáticos de transferência de recursos para o interior da rede pública e para o setor privado. O processo de descentralização realoca, também, a capacidade decisória, recursos e funções para os municípios.

O processo de reorganização da atenção básica de saúde busca a transformação do modelo de atenção prevalente, focado na assistência médico hospitalar, tomando como estratégia de estruturação os Programas Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família.

### **7.1. Programa de Agentes Comunitários da Saúde – PACS.**

Fundamentado em experiência bem sucedida – experiência do Ceará, em 1991, o Ministério da Saúde propõe o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Este programa, inicialmente implantado no Nordeste e Norte, em 1992 foi implementado por meio de convênio entre a FUNASA/MS e as secretarias Estaduais de Saúde nas demais regiões do Brasil. Previa repasses de recursos para o custeio do programa e pagamento, sob forma de bolsa, no valor de 01 salário mínimo para os agentes comunitários. (Brasil, 2002f).

Para Viana e Dal Poz, citados em Brasil MS (2002d, p.14), o programa foi “formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)”.

As ações de saúde locais cabem ao agente comunitário de saúde e recomenda-se que este acompanhe de 200 a 250 famílias, abrangendo de 440 a 750 pessoas. (Brasil, 2002f)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 2001 estava implantado em 86% dos municípios brasileiros, sendo que 94% na região norte e 95% no nordeste. (Brasil, 2001).

## **7.2. Programa de Saúde da Família – PSF .**

O PSF, da mesma forma que o PACS, foi baseado em experiências bem sucedidas – a experiência, médico de família, foi desenvolvida em 1992 no município de Niterói/RJ, com estrutura semelhante à medicina de família implantada em Cuba.

Em 1993, o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família - PSF, a ser implementado sob a forma de convênio, definido em 1994, entre o MS e os Estados e Municípios e vinculado à FUNASA.

Dentre as condições para assinatura do convênio era exigido que estivesse em funcionamento o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde.

O programa teve como objetivo o atendimento da população das localidades delimitadas no mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Estatística Aplicada - IPEA, sendo estendido, posteriormente, aos municípios inseridos no Programa da Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil.

Desta forma a Atenção à Saúde da Família passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como estratégia estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde, capaz de converter o modelo assistencial baseado na demanda espontânea, curativa, centrado no hospital e de alto custo, para um modelo que incorpora os princípios do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, desenvolvendo-se a partir da equipe da saúde da família ESF, com definição de área de abrangência e clientela cadastrada.

A Equipe de Saúde da Família - ESF, multi-profissional (um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários sendo em 2001 também incorporados os profissionais de saúde bucal), tem dentre as atividades junto às famílias cadastradas, identificar os problemas de saúde e situação de riscos

existentes na comunidade, elaborar plano ou programa de enfrentamento com ação educativa e intersetoriais. É recomendado que cada ESF assista de 600 a 1000 famílias o que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes. (Brasil, 2002d).

Algumas dificuldades na implementação do PSF são reconhecidas em avaliações realizadas, tais como:

- ✓ Dificuldade de substituir o modelo tradicional de atenção à saúde – conversão do modelo;
- ✓ Oferta e fluxos consolidados no modelo hospitalar;
- ✓ Dificuldade para inserção e desenvolvimento de Recursos Humanos;
- ✓ Deficiente monitoramento do processo e resultados;
- ✓ Baixa integração aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde;
- ✓ Causas de morbi-mortalidade não contempladas nas ações. Ex. violência.

Escorel (s.d.) aponta como insuficiente, embora uma estratégia positiva e necessária, a priorização da atenção básica para intervir nos processos de exclusão social sob a responsabilidade do setor de saúde, a partir da conversão do modelo apontando como dificuldades: a focalização, paralelismo, desintegração e a necessidade de flexibilização de forma a permitir vincular os serviços às reais necessidades da comunidade (não a reprodução de ações mesmo que para os municípios, definidas a partir do nível central).

Nas metrópoles e grandes cidades estas dificuldades são agravadas pelos baixos níveis de repasse de recursos financeiros baseados no percentual da cobertura populacional, não favorecendo a expansão do programa, induzida pelo MS em 2000,

que objetiva a ampliação do programa em municípios com população acima de 100.000 habitantes, tornando a desejada conversão do modelo mais difícil.

Até dezembro de 2001, somente 15% da população dos municípios com mais de 100 mil habitantes – correspondendo a cerca de 13 milhões de pessoas- estavam vinculados às equipes de saúde da família. (Brasil, 2002f ).

Segundo Viana e Dal Poz, citados em Brasil, 2002d, em 1996 o PSF era remunerado pela Tabela de Procedimentos do SIA SUS, e uma consulta do PSF era remunerada com o dobro do valor pago no âmbito do SUS. (Brasil, 2002d ).

Em 1999, o Ministério da Saúde passa a remunerar melhor os municípios, com uma maior cobertura do programa. É o incentivo por cobertura populacional.

A mudança na lógica do incentivo (novembro/1999), passou a ser um fator importante para a evolução do Programa, estimulando o surgimento de novas equipes e ampliando o atendimento à população. (Brasil, 2000).

O Programa de Saúde da Família, em 2001, estava implantado em 66% dos municípios brasileiros, sendo 71% do nordeste e 81% no centro-oeste, com cobertura estimada em 25% da população, representando a possibilidade de acompanhamento para cerca de 45 milhões de pessoas, sendo a região nordeste com a maior cobertura 30%, e a menor na região sudeste 17%.(Brasil, 2001).

A avaliação de acompanhamento da aplicação dos recursos do PAB realizada pelo Ministério da Saúde e coordenada pelo Departamento de Atenção Básica se dá por meio do instrumento jurídico-normativo, instituído pela Portaria GM/MS N. º 3925 de 13 de novembro de 1998, que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica, onde estabelece o elenco mínimo de indicadores a serem adotados pelos municípios e Estados, consubstanciado no Pacto dos Indicadores da Atenção Básica que subsidiam, os novos repasses financeiros, além de orientar no planejamento do Sistema e Serviços de Saúde. Os indicadores são revistos a cada ano, com a participação de técnicos dos três níveis do poder executivo.

A análise dos dados tem como base o banco de dados SISPACTO (metas e resultados obtidos no ano de 2001) [www.saude.gov.br/pacto](http://www.saude.gov.br/pacto) e dados do caderno de informações de saúde modelo Atenção Básica. Os resultados finais da análise estão agrupados em 03 categorias, relacionadas ao percentual de metas pactuadas pelos municípios/Estado.

- ✓ Valores iguais ou superiores a 100%;
- ✓ Valores acima de 70% ou mais;
- ✓ Valores abaixo de 70%.

O trabalho desenvolvido por Medina (2002, p.12), indica que “o percentual de metas alcançadas pelos Estados não chega a 80%, registrando uma melhora no desempenho de todos os Estados e regiões, entretanto mantidas as desigualdades regionais”.

Com base nas informações do SISPACTO é verificado que a cobertura da população pelo PSF ano 2001 em 07 Estados alcançou a meta, em 11 Estados chegaram a 70% ou mais, e o Distrito Federal e mais 07 Estados, entre estes o do Rio de Janeiro, tiveram seus valores abaixo de 70% da meta pactuada. (Medina, 2002, p.17).

**Quadro 3 - Cobertura da população pelo Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários da Saúde. (Brasil, Região Sudeste e Estado do Rio de Janeiro).**

Ano 2001	Brasil	Região Sudeste	Rio de Janeiro
PACS	52,0	26,5	23,5
PSF	27,1	18,1	18,1
N.º Equipes de Saúde da Família.	13.559	3.818	747
N.º Agentes Comunitários de Saúde.	155.847	33.605	5.817

Fonte: [http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SIAB\\_2001.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SIAB_2001.pdf).

Outro instrumento que permite acompanhar e analisar a execução de ações da Atenção Básica é o Sistema de Informações de Atenção Básica, além de gerar informações para o processo de gestão local, e de cadastrar as equipes do PSF e PACS, é a base para o repasse dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde para os Municípios. (Brasil, 2002e).

Complementando as informações, o quadro a seguir apresenta valores de 7 anos (1997 a 2002) relativos aos recursos do Ministério da Saúde aplicados nos Programas de Saúde da Família/PSF e de Agentes Comunitários de Saúde/PACS, bem como a representação percentual destes montantes no total dos recursos relativos à Atenção Básica.

**Quadro 4 - Recursos aplicados no PACS e PSF nos anos de 1997 a 2002**

<b>ANOS</b>	<b>R\$ MILHÕES NOMINAIS</b>	<b>% DA ATENÇÃO BÁSICA</b>
1997	161,40	7,20
1998	225,60	8,60
1999	223,90	10,20
2000	655,50	18,50
2001	968,50	23,00
2002	1.300,00	25,20

Fonte: Relatório de Gestão Secretaria de Políticas de Saúde/MS 2000-2002.

## **8. Análise e Resultados.**

Para uma melhor compreensão e organização desta etapa do estudo, num primeiro momento abordaremos os resultados obtidos sobre os valores totais e per capita, alocados, pelo Ministério da Saúde, na Região Sudeste e seus Estados, no que diz respeito à Atenção Básica, relacionando-os em alguns momentos com os montantes totais - Brasil, transferidos aos Estados e municípios, (Tabelas 1 e 2) seguida da análise mais detalhada dos repasses financeiros ao Estado do Rio de Janeiro e suas Regiões de Saúde, apontando pontos de concentração dos valores per capita e localização geográfica. (Tabelas 3 e 4).

Num segundo momento, trataremos dos resultados obtidos no processo de correlação entre os valores per capita do PAB – fixo, variável e total, incluindo os valores per capita referentes ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e ao Programa Saúde da Família – PSF, com os dois padrões de comparação adotados: Índice Composto de Necessidades, e o Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal (IDH-M). (Tabelas 5 a 14).

Dos recursos orçamentários do Ministério da Saúde em 2001, (R\$ 26 bilhões) quase 35% são transferidos, fundo a fundo, para os Estados e municípios (R\$ 9 bilhões). Estes recursos têm como objetivo subsidiar as ações de três grandes grupos de oferta de serviços: 1- Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta complexidade, 2- Atenção Básica, e 3- Ações estratégicas. (Brasil, 2001).

Dos recursos transferidos fundo a fundo, 40,88% foram repassados para a Região Sudeste (R\$ 3 bilhões). Deste montante, 44,39% foi para assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, 35,47% para atenção básica e 33,51% para ações estratégicas. (Tabela 1).

Do montante total dos recursos do Ministério da Saúde transferidos fundo a fundo (R\$ 9 bilhões), aos Estados e municípios, foram repassados 17,66% para São Paulo, 11,10% Rio de Janeiro, 11,03 % Minas Gerais e 1,09% para Espírito Santo. (Tabela 1).

A composição destes recursos, bem como a população por Estado estão representados, percentualmente, no quadro a seguir.

**Quadro 5 - Valores totais – Brasil e valores percentuais dos recursos financeiros transferidos, fundo a fundo, para Região Sudeste, por tipo de transferência – ano 2001.**

<b>Tipo de Transferência</b>	<b>Brasil</b>	<b>Reg. Sudeste</b>	<b>ES</b>	<b>MG</b>	<b>SP</b>	<b>RJ</b>
	Valor	%	%	%	%	%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade	5.865.457.055,17	44,39	0,66	11,16	18,87	13,69
<b>Atenção Básica - Total</b>	<b>3.624.084.463,69</b>	<b>35,47</b>	<b>1,82</b>	<b>10,78</b>	<b>15,89</b>	<b>6,98</b>
<b>PAB Fixo</b>	<b>1.759.759.555,12</b>	<b>41,67</b>	<b>1,73</b>	<b>11,16</b>	<b>20,65</b>	<b>8,13</b>
PACS	302.070.887,94	20,24	2,00	9,10	6,18	2,96
PSF	555.950.955,69	26,46	2,12	11,71	8,14	4,48
Ações Estratégicas	135.113.574,09	33,51	0,42	11,55	12,28	9,25
<b>Total Geral</b>	<b>9.624.655.092,95</b>	<b>40,88</b>	<b>1,09</b>	<b>11,03</b>	<b>17,66</b>	<b>11,10</b>
<b>População em 2001</b>	<b>172.385.776</b>	<b>42,25</b>	<b>1,75</b>	<b>10,84</b>	<b>21,4</b>	<b>8,26</b>
<b>IDH</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,836</b>	<b>0,823</b>	<b>0,868</b>	<b>0,844</b>

Fonte: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=347](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=347);  
IDH: <http://www.undp.org.br/default1.asp?par=1>

Verificando-se especificamente a Atenção Básica há uma proximidade entre os valores transferidos e população residente, com diferença mais significativa nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, para os quais se verifica um repasse de recursos inferior à população.

Estas diferenças de valores, quando confrontadas com o Índice de Desenvolvimento Humano -IDH dos Estados, indicam uma aparente coerência, já que aos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro correspondem os maiores IDH's da região.

O Estado do Rio de Janeiro recebe 6,98%, do **montante nacional** relativo à Atenção Básica. Destes recursos, 8,13% correspondem ao Piso de Atenção Básica Fixo – PAB – fixo (R\$ 142.993.364,02) e 5,90% às demais transferências

(R\$110.052.118,00) o que significou para o Estado, em recursos transferidos pelo Ministério da Saúde fundo a fundo, em 2001, um valor global de R\$ 253.045.482,00. (Tabela 1).

Passando a analisar a **Região Sudeste**, no quadro a seguir indicamos os valores percentuais dos recursos financeiros e valores per capita, por tipo de transferência, em relação ao montante destinado a esta região e seus Estados.

**Quadro 6 - Valores per capita e totais dos recursos transferidos para Região Sudeste, por tipo de transferência – ano 2001.**

Tipo de Transferência	Reg. Sudeste Valor [R\$]	ES		MG		SP		RJ	
		% valor	per capita	% valor	per capita	% valor	per capita	% valor	per capita
Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade	2.603.738.137,55	1,49	12,87	25,15	35,04	42,51	30,01	30,84	56,43
Atenção Básica - Total	1.285.419.733,22	5,12	21,78	30,39	20,90	44,80	15,61	19,69	17,78
PAB Fixo	733.224.965,66	4,15	10,07	26,78	10,50	49,57	9,85	19,50	10,05
PACS	61.150.311,36	9,88	2,00	44,97	1,47	30,54	0,51	14,60	0,63
PSF	147.089.692,75	8,03	3,90	44,28	3,48	30,76	1,23	16,93	1,75
Ações Estratégicas	45.273.985,27	1,26	0,19	34,48	0,84	36,66	0,45	27,60	0,88
<b>Total Geral</b>	<b>3.934.431.856,00</b>	<b>2,68</b>	<b>34,83</b>	<b>26,97</b>	<b>56,78</b>	<b>43,19</b>	<b>46,07</b>	<b>27,16</b>	<b>75,09</b>
População em 2001	72.834.207	4.15	-	25.66	-	50.65	-	19.54	-

Fonte: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=347](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=347)

Dos valores do montante dos recursos, no que se refere à Atenção Básica, destinados para os Estados da Região, São Paulo fica com o maior percentual (44,80%) e Espírito Santo com o menor percentual (5,12%). Numa posição contrária estão estes mesmos Estados, quando verificamos o valor per capita: o Estado do São Paulo com o menor valor (R\$15,61) e o maior valor para o Estado do Espírito Santo (R\$ 21,78). (Tabela 2). Estas variações poderão refletir uma alocação eqüitativa, com base no pressuposto de que uma alocação desigual dos recursos poderá favorecer uma situação mais eqüitativa, desde que, a alocação financeira tenha como objetivo o atendimento às necessidades de saúde.

Entretanto para a confirmação de uma redistribuição mais eqüitativa, para esta situação, se faz necessário verificar as diferenças interestaduais, cuja assimetria justificaria a discriminação positiva para as áreas mais necessitadas, o que não está contemplado na proposta do atual estudo.

Especificamente para o Estado do Rio de Janeiro, considerando os três grupos de ações, 30,84% dos recursos são designados para a assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, 19,69% para a Atenção Básica e 27% para ações estratégicas. Em valores per capita significa atribuir R\$ 56,43, R\$17,78 e R\$0,88 respectivamente aos mesmos grupos. (Tabela 2).

O valor per capita alocado para a assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, é significativamente superior aos valores per capita dos demais grupos de ações (atenção básica e ações estratégicas). Por quanto tempo será necessário alocar R\$ 17,78 per capita de forma a possibilitar a reversão do modelo hospitalocêntrico, a partir da promoção e proteção à saúde, previstas nas ações voltadas à atenção básica ?

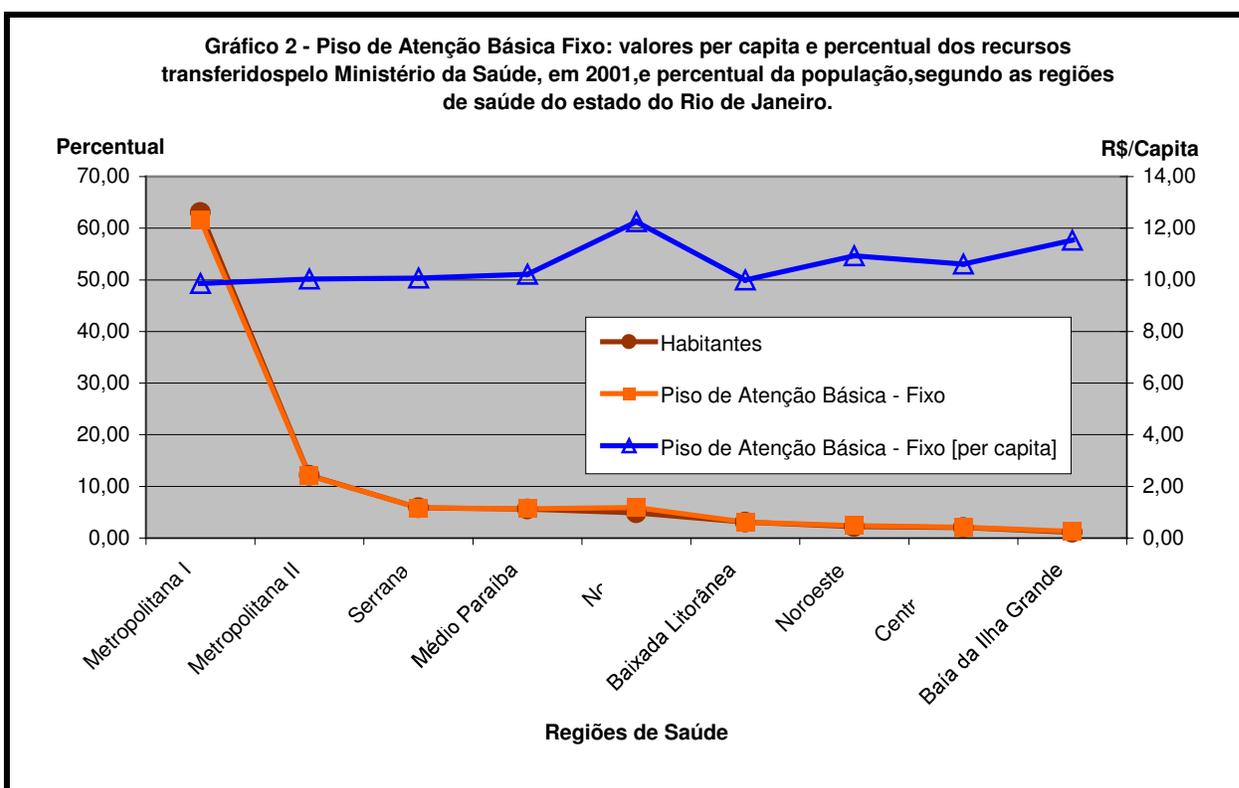
Do montante dos recursos financeiros alocados na Região Sudeste, no que se refere ao PAB –fixo, o Estado de São Paulo recebe o maior percentual (49,57%) e o Estado do Espírito Santo o menor percentual (4,15%) enquanto para o Estado do RJ cabe 19,50%. Em valores per capita para o PAB-fixo verificamos que o maior valor, R\$ 10,50, corresponde ao Estado de Minas Gerais e o menor valor R\$ 9,85 ao Estado de São Paulo, ficando para o Estado do Rio de Janeiro o valor de R\$ 10,05 (Tabela 2) – o que significa um não atendimento, com exceção ao Estado de Minas Gerais, aos valores mínimos estipulados pelo Ministério da Saúde em norma interna, para o Piso de Atenção Básica – fixo de R\$ 10,50, para o ano pesquisado.

Desenvolvemos a análise para cada uma das categorias selecionadas (PAB Fixo, PAB Variável, PACS, PSF, PAB Total), a partir das regiões de saúde, o montante de recursos financeiros alocados, considerando o percentual da população do Estado residente em cada região e os valores per capita correspondentes.

Para o PAB Fixo, o maior percentual dos recursos financeiros (61,60%) está alocado na Região de Saúde Metropolitana I, que também abriga o maior percentual da população do Estado (63,05%). (Tabela 3).

No outro extremo, está a Região de Saúde Baía da Ilha Grande com 1,11% e 1,27% para população e PAB-fixo, respectivamente. (Tabela 3).

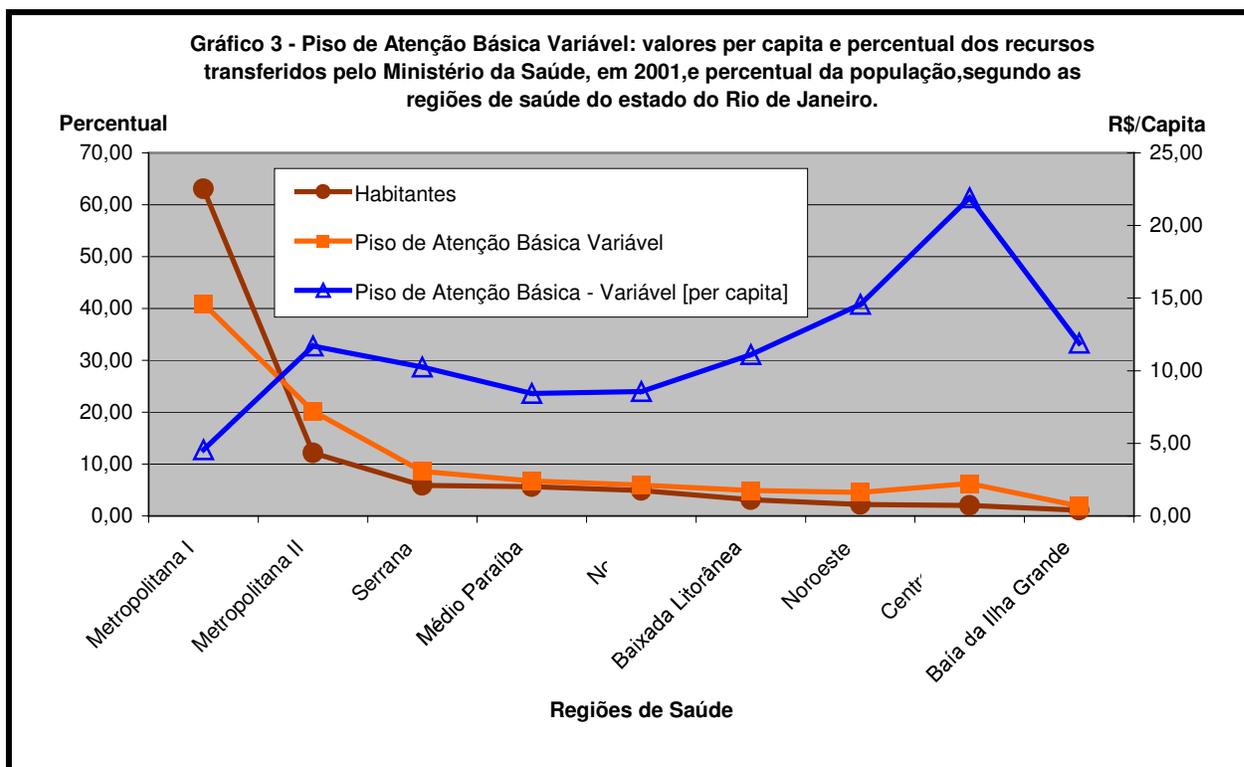
A explicação para esta correspondência (PAB - Fixo x População), que se verifica também para as demais regiões de saúde (Gráfico 2), pode estar no critério adotado para a alocação deste recurso: a base populacional.



Entretanto quando verificados os valores per capita, o maior valor para o PAB-fixo R\$ 12,25 está na região Norte, seguida da região Baía de Ilha Grande com R\$ 11,54 e o menor valor R\$ 9,86 para a região Metropolitana I, cujos percentuais da população em relação ao Estado são de 4,90%, 1,11% e 63,05% respectivamente. (Tabela 4). A diferença entre os valores per capita contribui para a concentração diferenciada na

alocação de recursos entre as regiões de saúde, não significando, necessariamente, uma alocação eqüitativa.

Para o PAB - variável, quando verificamos o percentual de recursos alocados e o percentual de população residente, constatamos que a correspondência não se mantém. Há um decréscimo ou acréscimo no percentual deste piso em relação ao percentual da população residente. Exemplificando, destacamos o caso da Região Metropolitana I que abriga 63,05% da população do Estado e concentra 40,91% do PAB-variável. Já na Região Metropolitana II, o percentual do PAB-variável representa 20,18% e a população que corresponde a 12,12% dos habitantes do Estado. (Tabela 3).



O percentual do PAB-variável mantém-se superior ao percentual da população para as demais regiões (Gráfico 3). A posição da Região Metropolitana I pode ser justificada pela dificuldade encontrada para implementação dos Programas de Agente Comunitário e Saúde da Família nas grandes metrópoles, cujos incentivos financeiros

compõem este piso. Esta baixa adesão pode advir das dificuldades encontradas para implementação dos Programas PACS e PSF em grandes centros urbanos, conforme colocado por Escorel, já que a Região Metropolitana I abriga 63,05% da população estadual.

Verificados os valores per capita para o PAB-variável o maior valor, R\$ 21, 92, corresponde a Região Centro Sul que abriga uma população de 2,01% e o menor valor, R\$ 4,56, corresponde a Região Metropolitana I que abriga 63,05% da população Estadual. Há uma relação de quase 5, entre o maior e o menor valor. (Tabela 4). Para a Região Metropolitana I. Mantém-se a justificativa de baixa adesão ao PACS e PSF.

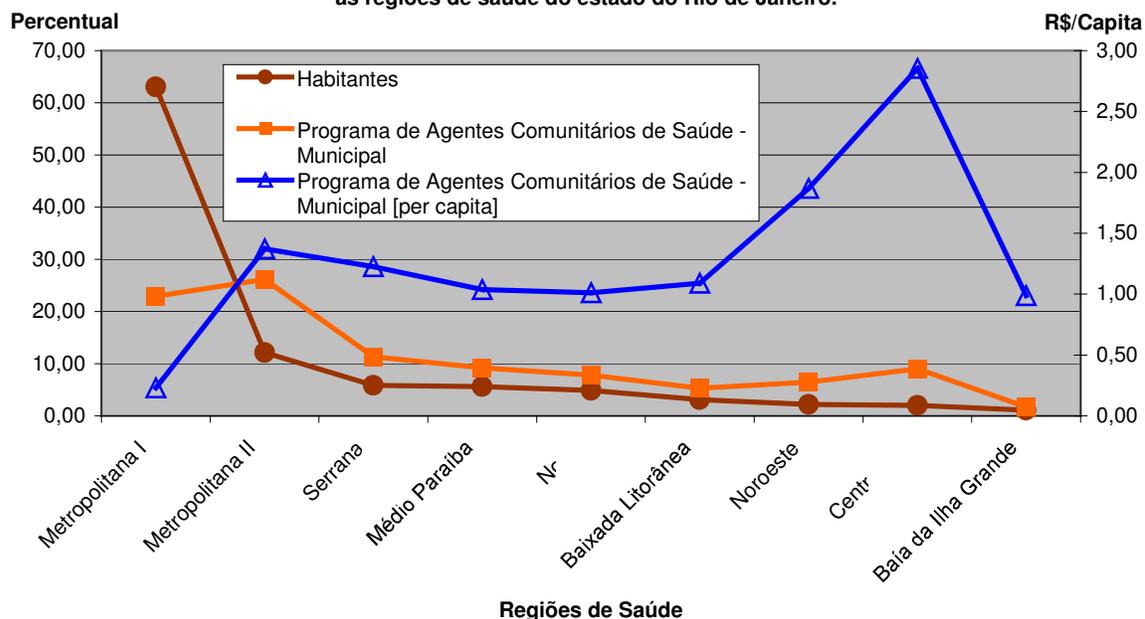
Quando nos atemos aos recursos estaduais alocados aos principais Programas que compõem o Piso de Atenção Básica – variável, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde -PACS e Saúde da Família –PSF, observando a relação entre o percentual do recurso aplicado e o percentual da população que reside nas regiões, verificamos que a variação é significativa. (Gráficos 4 e 5).

A região Metropolitana I com 63,05% da população do Estado recebe 22,04% do montante estadual do PACS e 12,42% do PSF. (Tabela 3).

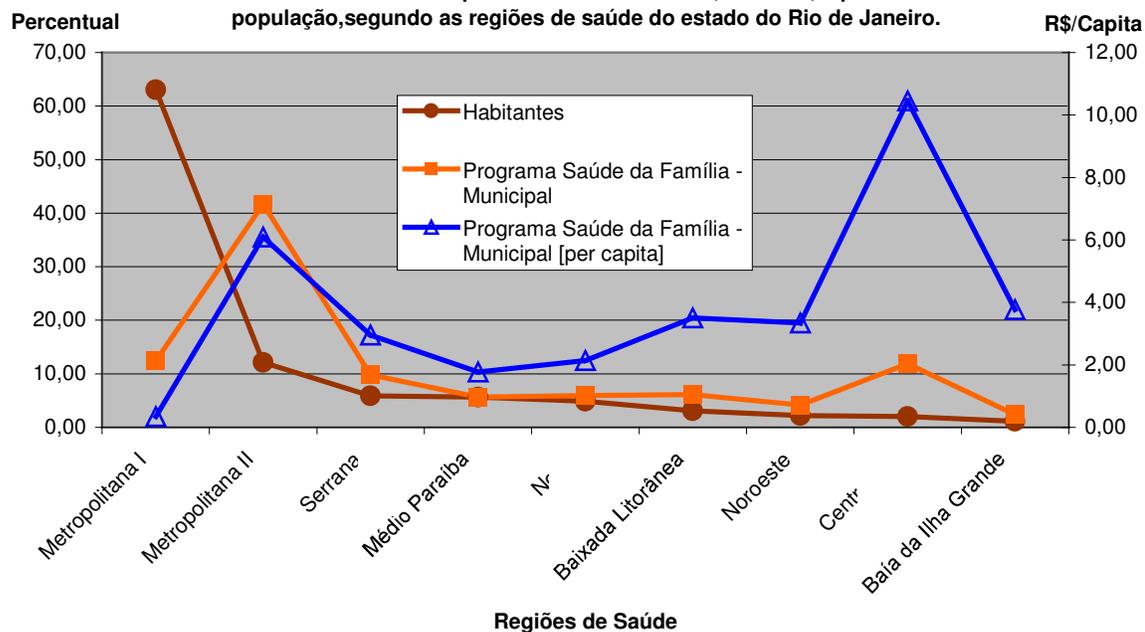
A região Metropolitana II, com 12,12% da população do Estado, recebe 20,18% do PACS e 41,49% do PSF. (Tabela 3).

A Região Centro-Sul, com 2,01% da população recebe 9,05% do PACS e 11,88% do PSF. (Tabela 3).

**Gráfico 4 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde: valores per capita e percentual dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, em 2001, e percentual da população,segundo as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro.**



**Gráfico 5 - Programa Saúde da Família: valores per capita e percentual dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, em 2001, e percentual da população,segundo as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro.**



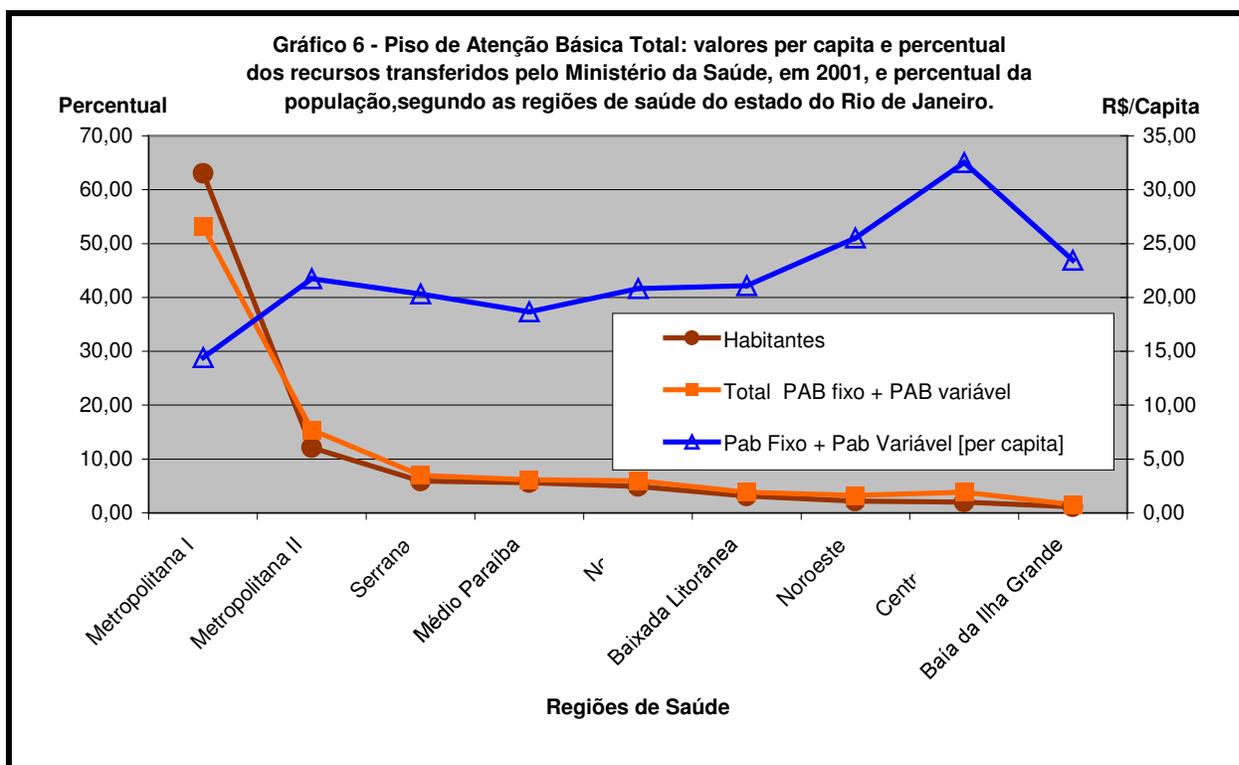
Quando examinados os valores per capita do PACS, verifica-se que os valores oscilam entre R\$ 2,85 para a região de Saúde Centro-Sul e R\$ 0,23 para a Região Metropolitana I. Há uma relação de 12, entre o maior e o menor valor. (Tabela 4).

Para o PSF os valores variam de R\$ 10,46 a R\$ 0,35, mantendo-se as mesmas regiões, Centro-Sul com maior valor e região Metropolitana I com o menor valor. Há uma relação de quase 30, entre o menor e o maior valor.

Estes casos refletem uma maior adesão a estes programas por parte dos municípios que compõem as regiões com menor percentual populacional. o que reforça a justificativa para as dificuldades de implantação pelos maiores centros urbanos, como visto anteriormente para o caso da região Metropolitana I e refletindo na dificuldade de reversão do modelo assistencial.

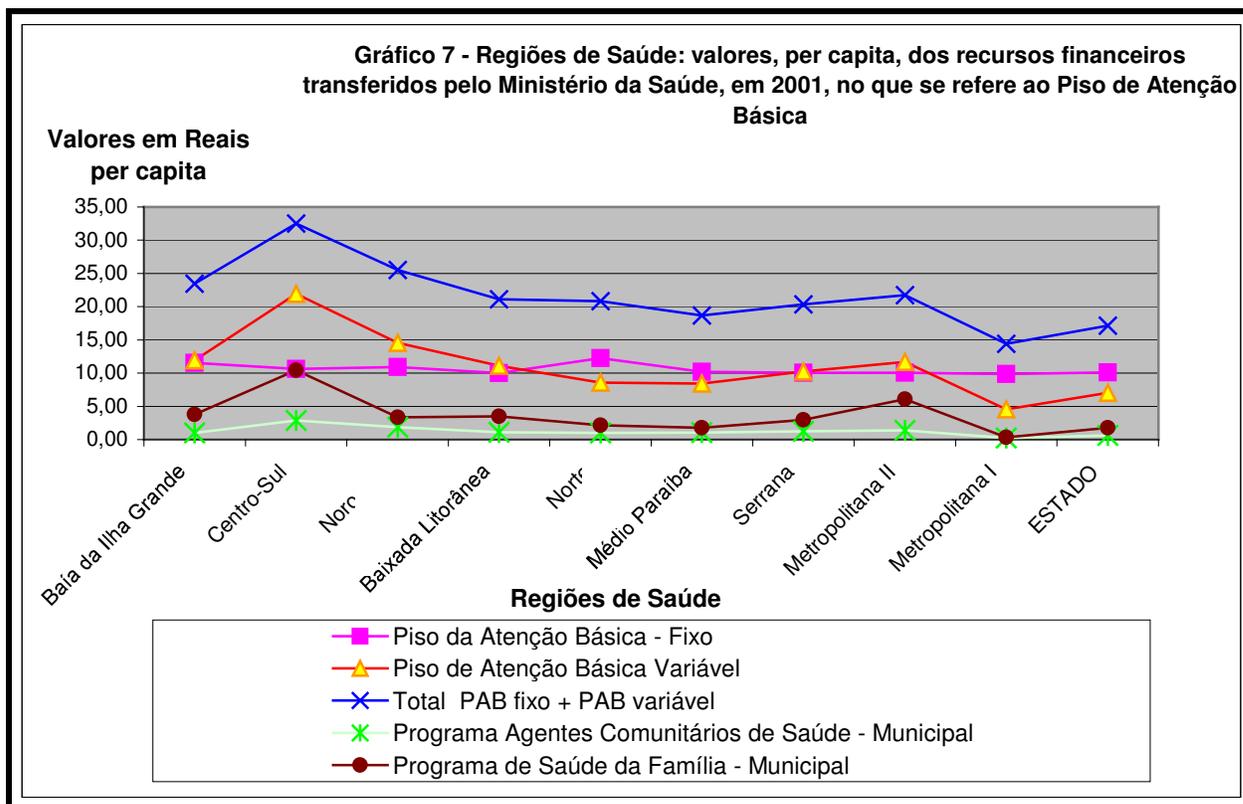
Observando os percentuais das regiões de saúde, referentes ao PAB Total (Gráfico 6), constatamos uma aderência com o percentual da população do Estado residente em cada região, comportamento já verificado quando da análise do PAB Fixo (Gráfico 2).

A aderência observada confirma o peso que as diferenças de concentração geográfica da população tem sobre a distribuição percentual dos recursos transferidos: seria necessário alocar maiores recursos per capita para as regiões com baixa população para que a distribuição percentual apresentasse diferenças relevantes.



No que se refere aos valores per capita, observa-se que a regra geral é privilegiar as regiões com menor população com valores per capita maiores, refletindo o comportamento dos valores per capita do PACS e PSF.

As indicações a partir dos dados relativos às Regiões de Saúde, até aqui analisados: a distribuição geográfica dos montantes dos recursos para atenção básica que acompanha a distribuição geográfica da população; os valores per capita de PAB Total que apresentam uma relação 1 para 2,26 entre o menor e o maior valor, indicando concentração nas regiões Centro-Sul e Metropolitana II, apontam para uma alocação pouco equitativa dos recursos, posto que uma distribuição equitativa pressupõe considerar as diferentes necessidades de saúde de cada população, o que ensejaria alocações mais intensamente diferenciadas.



Observando o conjunto dos recursos per capita para a Atenção Básica, a partir das categorias selecionadas, alocados internamente no Estado do Rio de Janeiro para as suas (9) Regiões de Saúde (Tabela 3), verificamos que ocorre uma concentração na Região Centro-Sul e uma redução na Região Metropolitana I e uma relativa semelhança nas demais regiões.

Focalizando a atenção no nível dos municípios, a partir do valor de PAB Total per capita, evidencia-se que este valor varia de R\$ 13,43 per capita ao ano a R\$ 44,08 per capita ao ano, em 2001. Estes valores correspondem aos municípios Nova Iguaçu e Porto Real, respectivamente. (Tabela 15).

Analisando-se estes dois municípios em relação aos padrões comparativos adotados (Tabelas 5, 10), verificamos que:

Nova Iguaçu apresenta os valores de 0,762 para IDH-M (há 45 municípios com IDH-M menor e 45 municípios com IDH-M maior que este no Estado do Rio de Janeiro), 1,450 para o Índice Composto de Necessidades (há 39 municípios com índice menor e 51 municípios com índice maior).

Dependendo do padrão (IDH-M e Índice Composto de Necessidades) adotado, esperava-se que o município Niterói (o de maior IDH-M), ou o município Volta Redonda (o de menor Índice Composto de Necessidades) recebessem a menor alocação per capita do PAB Total.

Porto Real apresenta os valores de 0,743 para IDH-M (há 33 municípios com IDH-M menores e 57 municípios com IDH-M maiores que este no Estado do Rio de Janeiro), 1,190 para o Índice Composto de Necessidades (há 8 municípios com índice menor e 82 municípios com índice maior). Portanto, utilizando-se os padrões comparativos, não se justifica que o município Porto Real receba o maior valor per capita.

Dependendo do padrão (IDH-M e Índice Composto de Necessidades) adotado, esperava-se que o município Varre-Sai (o de menor IDH-M), ou o município Saquarema (o de maior Índice Composto de Necessidades) recebessem a maior alocação per capita do PAB Total.

O quadro a seguir ilustra e complementa os aspectos comentados.

**Quadro 7 - Maiores e Menores valores per capita do Piso de Atenção Básica e padrões comparativos, para municípios do Rio de Janeiro - 2001.**

Município	Valor per capita					IDH-M	Índice Necessidades
	PAB Fixo	PAB variável	PAB Total	PACS	PSF		
Porto Real		44,88	55,5	5,35	23,33	0,743	1,190
Bom Jesus do Itabapoana	17,03					0,746	1,410
Rio de Janeiro		4,09		0,09	0,09	0,842	1,170
Nova Iguaçu	8,52		13,43			0,762	1,450

Legenda 

maior
menor

Os casos citados apontam para a falta de equidade na alocação de recursos financeiros nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

No segundo momento, analisamos as correlações entre os valores per capita alocados para o Piso de Atenção Básica – PAB – fixo e variável, neste último com destaque para os valores per capita dos Programas Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família (PACS e PSF) e os dois padrões comparativos adotados.

#### 1 - Índice Composto de Necessidades de Saúde -ICN

O Índice Composto de Necessidades de Saúde – permite estimar as necessidades de saúde, de uma população considerando variáveis epidemiológicas, demográficas e sócio-econômicas.

Na comparação, entre o ICN e os valores per capita das categorias selecionadas, o coeficiente de correlação obtido atende à expectativa de uma correlação positiva, partindo-se do pressuposto de que quanto maior o índice de necessidades de saúde de uma população, esta requer maior aporte de recursos. Entretanto o coeficiente de correlação não atingiu o limite de aceitação estabelecido ( $> 0,50$ ), o que não permite afirmar que os recursos são alocados de forma equitativa.(Tabelas 5 a 9).

#### 2 - Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal. IDH-M

O Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal, representa o grau de desenvolvimento humano, no âmbito municipal, considerando para seu cálculo a esperança de vida, nível educacional e o rendimento real ajustado, classificando-o em baixo, médio e elevado, cujas variações se dão entre 0 e 1, de forma que quanto maior seu índice, em melhores condições está o município verificado.

O coeficiente obtido da correlação deste padrão com os valores per capita do PAB – fixo, variável, total e per capita do PSF e PACS, atende à expectativa de uma correlação inversa, no entanto não atingido o padrão de mínimo de  $- 0.5$ , o que reflete

uma tendência para a alocação eqüitativa, porém ainda não suficiente. (Tabelas 10 a 14).

**Quadro 8 - Coeficientes de correlação obtidos entre os padrões comparativos adotados e os valores per capita do PAB - fixo, variável e total, e o per capita do PCS e PSF.**

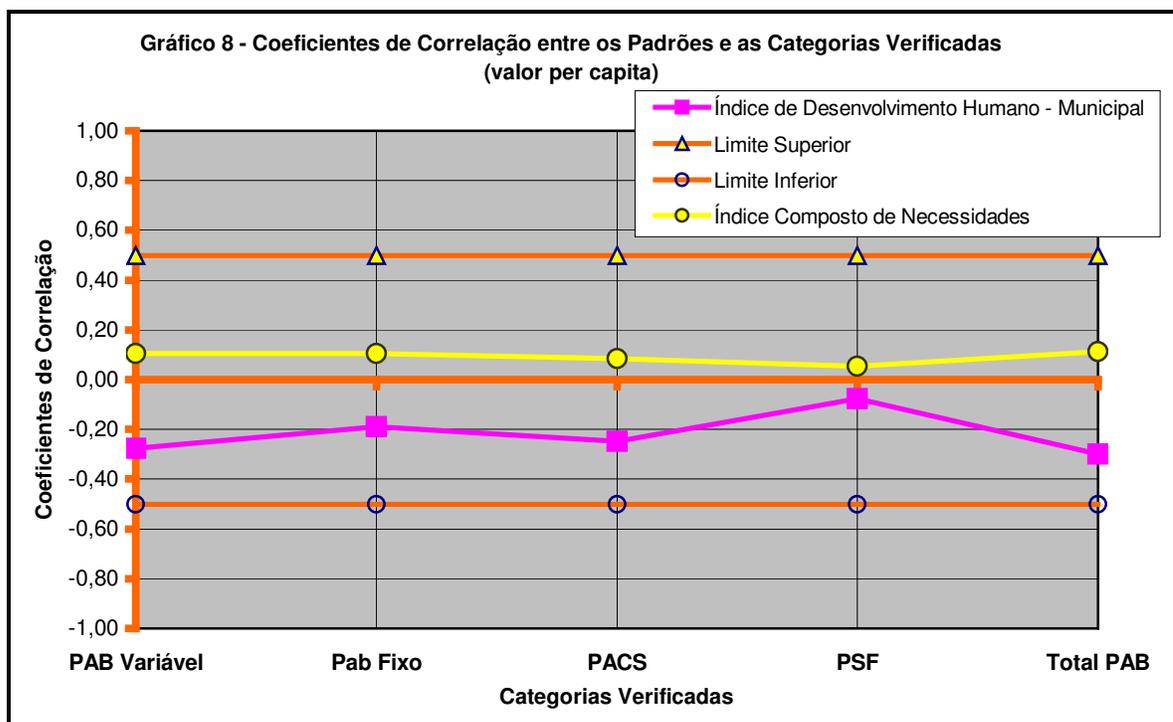
Padrões Comparativos	Categorias verificadas				
	PAB Variável	Pab Fixo	PACS	PSF	Total PAB
Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal	-0,28	-0,19	-0,25	-0,08	-0,30
Índice Composto de Necessidades	0,11	0,11	0,09	0,05	0,11

Diante de tais resultados não podemos confirmar, a partir dos padrões adotados para verificação, a presença de eqüidade, na alocação dos recursos financeiros aos municípios selecionados.

Neste caso, não atendem aos preceitos da Constituição Federal / 88 de reduzir as desigualdades, a Norma Operacional de Assistência à Saúde/01, que prevê a promoção da eqüidade no acesso e na alocação de recursos financeiros.

Apesar dos coeficientes de correlação obtidos entre os padrões comparativos e as categorias verificadas atenderem às expectativas quanto a serem positivos ou negativos, estes não atendem aos limites de valor (coeficiente de correlação: > +0,50 ou < - 0,50) para confirmação da presença de eqüidade na alocação de recursos.

Os resultados estão apresentados no gráfico a seguir.



A promoção da equidade através da alocação de recursos financeiros determinando valores per capita (PAB-fixo), unicamente pela base populacional, acaba por desconhecer as diferenças locais nas suas especificidades epidemiológicas, demográficas e características sócio-econômicas, levando a perpetuar as desigualdades.

Por outro lado, quando os recursos são transferidos por meio de incentivos financeiros embutidos em programas específicos (PAB-variável), podem desconhecer as diferenças de capacidades político-administrativas instaladas, impossibilitando por vezes a adesão a tais programas e por conseqüência o recebimento dos incentivos financeiros ou levando a não obtenção dos resultados pretendidos.

O estudo bibliográfico realizado aponta para a existência e a necessidade de superação das desigualdades inter e intra-regionais, a partir de um consenso sobre o conceito de equidade no sentido da intervenção do Estado para combater as desigualdades consideradas injustas e evitáveis. Neste sentido a alocação eqüitativa dos recursos financeiros é condição necessária embora não suficiente, para a

superação destas desigualdades e requer critérios distributivos, para além da considerada base populacional, que reconheçam as diferenças epidemiológicas, demográficas e sócio-econômicas.

Os resultados encontrados apontam para a necessidade de utilização de mecanismos que considerem as diferenças acima mencionadas, passando a ser condição necessária para a obtenção da equidade distributiva implícita na legislação brasileira, no que se refere ao setor saúde. Em especial, apontam para a necessidade de adotar critérios de alocação eqüitativa de recursos financeiros para a Atenção Básica.

## 9. Comentários Finais.

A criação e construção do Sistema Único de Saúde expressam a reforma sanitária brasileira quando se caracteriza por uma defesa de princípios que privilegiam o direito universal e igualitário, do indivíduo e coletividade, às ações e aos serviços de saúde no que se refere à promoção, proteção e à recuperação.

A reorganização do Sistema de Saúde tem a descentralização como princípio estruturador e norteador para eficiência, eficácia e para o alcance da equidade social.

A bibliografia consultada (incluindo-se a legislação brasileira) registra enfaticamente a necessidade de superação das desigualdades, como meio para obtenção de justiça social, e menciona como mecanismo a alocação eqüitativa de recursos financeiros. Para tanto sugere a adoção de processos que possam orientar o aprimoramento de critérios que garantam a eqüidade distributiva.

Estudos foram desenvolvidos na busca de mecanismos que permitissem uma alocação financeira que considere as diferenças epidemiológicas, demográficas e sócio-econômicas existentes entre as diferentes populações, apontadas como necessárias para uma distribuição mais eqüitativa.

O presente estudo buscou verificar a presença ou não do princípio da eqüidade nos recursos financeiros distribuídos no ano de 2001, aos municípios do Estado do Rio de Janeiro, no que diz respeito à atenção básica, a partir da adoção do conceito de eqüidade que admite uma distribuição desigual para os mais necessitados, e tomou como padrão comparativo estudos que ajustam a base populacional pelos indicadores acima mencionados.

Os resultados encontrados no universo pesquisado, confrontam com as determinações constantes na legislação estudada, apontando para uma alocação financeira pouco eqüitativa e para uma concentração de maiores valores per capita, para regiões consideradas em melhores condições, em detrimento das regiões mais necessitadas.

Entretanto, estes resultados não permitem que generalizemos a falta de equidade na alocação dos recursos, pelo Ministério da Saúde, aos Estados e municípios. Outros estudos poderiam ser desenvolvidos tendo como base o repasse de recursos para outras ações (média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, por exemplo) ou mesmo os recursos financeiros para as ações inerentes à Atenção Básica, tomando-se outros Estados para estudo, mas utilizando-se do coeficiente de correlação entre os recursos transferidos e os padrões adotados no presente estudo, numa proposta de validação do processo visando a alocação equitativa de recursos financeiros ao sistema saúde.

A internalização deste processo no Ministério da Saúde, como rotina para estudos de impacto e viabilidade de alocação de recursos em projetos e programas, permitirá além da operacionalização do princípio da equidade, através da distribuição equitativa dos recursos, disseminar esta prática entre os demais níveis de governo.

Mais do que se adotar um procedimento equitativo de alocação de recursos, parece ser preciso cultivar a equidade como um dos valores centrais, para a construção de uma sociedade inserida no conceito de justiça social.

Reconhecemos a complexidade no processo de repasse de recursos financeiros, considerando as diversidades regionais e os obstáculos advindos dos diferentes interesses e diversidade dos atores envolvidos.

Reconhecemos também as limitações deste estudo, ainda assim esperamos que o esforço possa contribuir para o aperfeiçoamento das nossas práticas rotineiras, adotadas para alocação de recursos, permitindo promover a equidade distributiva.

## 10. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Célia. Novos Modelos de Atenção à Saúde – Bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, Nilson do Rosário e RIBEIRO, José Mendes. (Org.). Política de Saúde e Inovação Institucional – uma agenda para os anos 90. Fundação Osvaldo Cruz / ENSP. Rio de Janeiro. (mimeo s.d.). p. 89 – 98. Texto apresentado para as discussões preparatórias da X Conferência Nacional de Saúde.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo e Políticas Sociais. In: AFFONSO, Rui e Silva; BARROS, Pedro Luiz. (Org.:). Federalismo no Brasil: Descentralização e Políticas Sociais. São Paulo: FUNDAP. 1996. p. 13 – 40.

ARAÚJO, C.L. Promoção da Eqüidade: Limites e Possibilidades da Norma Operacional da Assistência à Saúde. Bahia: Universidade Federal da Bahia. 2003. Dissertação de Mestrado.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização. Rio de Janeiro: REVAN; São Paulo: FAPESP. 2000.

BODSTEIN, R. Desafio na Implementação do SUS nos Anos 90. In: LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. (Org.:). Política de Saúde nos Anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva, 6(2): 314-317. 2001.

BRASIL. Lei N. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <<http://wwwt.senado.gov.br/legbras/default-a.htm>>. Acesso em: 07 de fevereiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS N.543, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica Sistema Único de Saúde. Arquivo do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS N.2.203, de 06 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 06 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Informe Saúde. Ano IV.n. 76 . Setembro 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm> > Acesso em: 18 de novembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão: Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à saúde no Brasil 1998-2002. Brasília, DF. 2002a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em: 07 de fevereiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília, DF. 2002b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em: 07 de fevereiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão: SAS. Quadriênio 1998 – 2001. Série C. Projetos e Relatórios, 1ª. Edição. Brasília, DF. 2002c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em: 07 de fevereiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. ESCOREL, Sarah et al. (Coord.). Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos. Síntese dos principais resultados. Série C: Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF. 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: O Desafio de construir e implementar políticas de saúde – relatório de gestão 2000 – 2002. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília. DF. 2002e. Disponível em: <http://www.dtr2001.saude.gov.br/sps/download/relatoriodegestaosps.pdf> . Acessado em 10 de outubro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Informa, Ano 2.n.º 9, jan/2002. 2002f.

BRASIL. Decreto N. 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. 2003a. Disponível em <<http://wwwt.senado.gov.br/legbras/default-a.htm>>. Acesso em: 07 de fevereiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS 347, de 27 de março de 2003. Aprova a Convocatória Pública N 01. 2003b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em: 07 de fevereiro de 2004.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Ata n. 22 de 12 de junho de 2003. Relatório sobre a apreciação das contas do Presidente da República relativas ao exercício de 2002. Diário Oficial da União n.136. p.227. 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.684, de 28 de agosto de 2003. Designa Coordenação Técnica e atribuições do Projeto “Economia da Saúde: Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades”. Diário Oficial da União, n.168. p.22. 2003. 2003d.

BRASIL. IBGE. Estatísticas do Século XX. Tabela 2.20. Rio de Janeiro: IBGE. 2003e. CD ROM.

CAMPOS, F. C. Gestão Intergovernamental e Financiamento do Sistema Único de Saúde: Apontamentos para os Gestores Municipais. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Política de Recursos Humanos. Textos básicos, p. 79 - 110. 2001.

ESCOREL, S. Desafios para Consolidação do SUS: Tendências e Perspectivas. [2002].

EVANS, T. et PETER, F. Dimensiones éticas de la equidad en salud. In: EVANS, T. et al. (Ed.). Desafio a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y técnica N. 585. Cap. 3. p. 29 - 35. Washington, DC.: OPS. 2002.

EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIYA, A.; WIRTH, M. Disparidades Inaceptables en el Campo de la Salud. In EVANS, T. et al. (Ed.). Desafio a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y técnica N. 585. Cap. 1. p. 1 – 11. Washington, DC.: OPS. 2002.

FIORI, J. L.. O Federalismo frente ao desafio da globalização. Rio de Janeiro: UERJ / IMS. Série: Estudos em Saúde Coletiva n.115. 1995.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. Revista Ciência e Saúde Coletiva. vol.6. n.º 2. ABRASCO. 2001.

GERSCHMAN, S. Descentralização da Política de Saúde no final dos anos 90. Rio de Janeiro, FGV. vol. 34. n.04. julho / agosto. 2002.

GWATKIN, Davidson R. La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol 11, n 5/6, mayo – junio, 2002. p. 310 – 315. Número Especial sobre Factores Determinantes de la Inequidad en Salud.

HEIMANN, S. H. et al. Quantos Brasis? Eqüidade para alocação de recursos no Sistema Único de Saúde: Fator Médio de Alocação de Recursos Financeiros. São Paulo: NISIS, Ministério da Saúde. IDRC, RISS, Polis. 2002. CD.ROM.

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano. Disponível no site: [http://www.undp.org.Br/IDH-BR Atlas\\_webpage/textos\\_IDH/sites-91-oo.xls](http://www.undp.org.Br/IDH-BR Atlas_webpage/textos_IDH/sites-91-oo.xls). Acessado em outubro de 2003.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Desafio da Implementação do Sistema Único de Saúde nos Anos 90. In: LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. (Org.). Política de Saúde nos Anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva, 6(2): 269 - 291. 2001.

LUCHESE, P. T. R. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A implementação do Sistema Único de Saúde - Retrospectiva 1990/1995. Planejamento e Políticas Públicas, n 14, dezembro de 1996.

MARQUES, R. M. et MENDES, A O Gasto e Financiamento da Atenção à Saúde no Brasil. Texto de apoio aos participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. 2000.

MARQUES, R. M. et MENDES, A.. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. *Cad. Saúde Pública*. [online]. vol.18 supl. [citado 07 Abril 2003], p.163-171. 2002. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000700016&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700016&Ing=pt&nrm=iso). ISSN 0102-311X.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. Descentralizacion de Servicios de Salud: El Estado y los Servicios de Salud. Série: Desarrollo de Servicios de Salud. N. 17. Buenos Aires. 1987.

PELEGRINI FILHO, A. Ineqüidades de acceso a la información e ineqüidades en salud. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.11. n. 5 / 6. May / June. p.409. Washington, D.C. 2002. Número Especial sobre Factores Determinantes de la Inequidad en Salud.

PIOLA, S. F. e BIASOTO JUNIOR, G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI. Barjas, e DI GIOVANNI, Geraldo. (Org.) Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. p. 219 – 232. 2001.

PORTO, S. Justiça Social, Eqüidade e Necessidade em Saúde. In: PIOLA, S. F. et VIANNA, S. M. (Org.). Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. Brasília: Ed. IPEA. p.123 -139. 1995.

PORTO, S. M. Eqüidade e Distribuição Geográfica de Recursos Financeiros – Tese de Doutorado. Rio de Janeiro - Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ. 1997.

PORTO, S. M. et al. Metodologia de Alocação Eqüitativa de Recursos. Relatório do Projeto REFORSUS. Capítulo 3. p. 97 – 163. 2001.

PORTO, S. M.; ALBUQUERQUE, C.; ABREU, J. O. S.; PASTRANA, R. Metodologia de Alocação Eqüitativa de Recursos: O Caso do Rio de Janeiro. Projeto de Economia da Saúde Cooperação Brasil / Reino Unido. mimeo. 2002.

REIS, J. G. et ALVES, N. B. Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas. mimeo. 2003.

SEN, A. Por qué la Equidad en Salud ? Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.11. n. 5 / 6. May / June. p. 302 - 309. Washington, D.C. 2001.

SOUSA, R. El Sistema público de Salud Brasileño. In: Seminario Internacional sobre Tendencias y Desafíos de los Sistemas de Salud en las Américas. São Paulo, 11 a 14 de Agosto. 2002.

VIANA, A. L. A. Descentralização: uma política (ainda) em debate. In: LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. (Org.). Política de Saúde nos Anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva, 6(2): 302 – 305. 2001.

WAGSTAFF, Adam. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol 11, n 5/6, mayo – junio, 2002. p. 316 – 326. Número Especial sobre Factores Determinantes de la Inequidad en Salud.

WHITEHEAD, Margaret; DAHLGREN, G.; GILSON, L. Construcción de una respuesta política a la falta de equidad en la salud: una perspectiva mundial. In EVANS, T. et al. (Ed.). Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y técnica N. 585. Cap. 21. p. 335 – 351. Washington, D.C.: OPS. 2002.

## **11. Anexos.**

**Tabela 1** - Recursos Financeiros Transferidos Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde  
- valores totais e percentuais em 2001, Brasil, Região Sudeste e Estados.

**Tabela 2** - Recursos financeiros transferidos, fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde, em 2001. Valores per capita e percentuais. Região Sudeste e seus Estados.

**Tabela 3** - Recursos financeiros transferidos, fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde, em 2001. Valores totais e percentuais de população. Regiões de Saúde Estado do Rio de Janeiro.

**Tabela 4** - Recursos financeiros transferidos, fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde, em 2001. População e valores per capita. Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

**Tabela 5** - Índice de Necessidades e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Fixo, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.



**Tabela 6** - Índice de Necessidades e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Variável, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.



**Tabela 7** - Índice de Necessidades e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Total, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.



**Tabela 8** - Índice de Necessidades e os valores per capita do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.



**Tabela 9** - Índice de Necessidades e os valores per capita do Programa Saúde da Família, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.



**Tabela 10** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Fixo, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.



**Tabela 11** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Variável, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.



**Tabela 12** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e os valores per capita do Piso de Atenção Básica Total, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.



**Tabela 13** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e os valores per capita do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.



**Tabela 14** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e os valores per capita do Programa Saúde da Família, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.



**Tabela 15** - Valores per capita do Piso de Atenção Básica - Fixo, Variável, e Total; Programa Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, segundo municípios do Estado do Rio de Janeiro, ano 2001.

**Tabela 16** – Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, microrregiões, municípios e população adscrita.

Tabela 1 -

<b>Dados</b>	<b>Recursos Financeiros Transferidos Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde - valores totais e percentuais</b>
<b>Área geográfica</b>	<b>Brasil, Região Sudeste e seus Estados</b>
<b>Período</b>	<b>2001</b>

Tipo de Transferência	Espírito Santo		Minas Gerais		São Paulo		Rio de Janeiro		Região Sudeste		Brasil	
	A	B = A / K	C	D = C / K	E	F = E / K	G	H = G / K	I	J = I / K	K	L = K / K
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade	38.901.796,73	0,66	654.848.234,72	11,16	1.106.866.385,42	18,87	803.121.720,68	13,69	2.603.738.137,55	44,39	5.865.457.055,17	100,00
Atenção Básica - Total	65.843.327,46	1,82	390.698.470,66	10,78	575.832.453,08	15,89	253.045.482,00	6,98	1.285.419.733,22	35,47	3.624.084.463,69	100,00
PAB Fixo	30.444.363,00	1,73	196.329.706,84	11,16	363.457.531,80	20,65	142.993.364,02	8,13	733.224.965,66	41,67	1.759.759.555,12	100,00
PACS- M	6.043.937,58	2,00	27.499.371,11	9,10	18.678.321,45	6,18	8.928.681,22	2,96	61.150.311,36	20,24	302.070.887,94	100,00
PACS-E	0,00	0,00	3.849,93	0,27	305.061,12	21,35	5.866,56	0,41	314.777,61	22,04	1.428.526,62	100,00
PSF-M	11.807.189,75	2,12	65.126.522,00	11,71	45.252.120,00	8,14	24.903.861,00	4,48	147.089.692,75	26,46	555.950.955,69	100,00
PSF-E	0,00	0,00	42.720,00	1,70	983.810,00	39,07	1.026.530,00	40,77	1.026.530,00	40,77	2.517.989,00	100,00
Ações Estratégicas	570.867,87	0,42	15.608.825,46	11,55	16.596.432,82	12,28	12.497.859,12	9,25	45.273.985,27	33,51	135.113.574,09	100,00
Total Geral	105.315.992,06	1,09	1.061.155.530,84	11,03	1.699.295.271,32	17,66	1.068.665.061,82	11,10	3.934.431.856,04	40,88	9.624.655.092,95	100,00
População em 2001	3.023.619	1,75	18.689.658	10,84	36.888.679	21	14.232.251	8	72.834.207	42	172.385.776	

Fontes:

Recursos Financeiros: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=347](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=347)População: [www.datasus.gov.br/cgi/abcgi.exe?ibge/popprj.def](http://www.datasus.gov.br/cgi/abcgi.exe?ibge/popprj.def)