



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

MESTRADO PROFISSIONAL
EM ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

Eqüidade na Alocação de Recursos do Sistema Único de Saúde
entre os Estados Brasileiros: uma Avaliação do Uso de Uma
Cesta de Indicadores de Desigualdade Social

LÚCIA DE PAIVA

ORIENTADORA: CELIA REGINA PIERANTONI

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Gestão de Sistemas de Saúde

2002



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**



**EQÜIDADE NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ENTRE OS ESTADOS BRASILEIROS: UMA VALIAÇÃO DO USO DE UMA CESTA
DE INDICADORES DE DESIGUALDADE SOCIAL**

Lúcia de Paiva

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof. Dr. Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro
2002

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

P149 Paiva, Lúcia de.
Equidade na alocação de recursos do Sistema Único de Saúde entre os estados brasileiros : uma avaliação do uso de uma cesta de indicadores de desigualdade social / Lúcia de Paiva. - 2002. 139f.
Orientadora: Celia R. Pierantoni.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
1. Política de saúde – Brasil – Teses. 2. Saúde – Alocação de recursos – Brasil – Teses. 3. Saúde - Planejamento – Brasil – Teses. 4. Assistência médica - Financiamento – Brasil – Teses. 5. Investimentos na saúde – Teses. I. Pierantoni, Celia R. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.008.1(81)

SUMÁRIO

O presente trabalho de pesquisa pretende, a partir da análise de indicadores de desigualdade social e de saúde de uso corrente, analisar a sua correlação com a alocação de recursos federais destinados ao custeio da assistência à saúde, entre os vários estados brasileiros.

Pressupõe-se que a diminuição das desigualdades seja um objetivo permanente de toda política pública. A comprovação da busca efetiva da redução das desigualdades interregionais ou entre agrupamentos populacionais ou estratos sociais passa, então, a ser um requisito primordial para que se considere uma política pública voltada à equidade.

O objetivo desse trabalho estaria, portanto, na possibilidade de debater a instrumentalização do conceito de equidade como um critério para alocação de recursos no interior do SUS, visando a diminuição das desigualdades inter-regionais seja no nível nacional, entre as unidades federadas, seja no nível estadual entre suas regiões ou municípios ou até mesmo no nível municipal, orientando a alocação de recursos conforme avaliação das desigualdades e riscos dentro de seu próprio território.

Palavras-chave: alocação de recursos, desigualdades em saúde, desigualdades sociais, equidade em saúde, financiamento da assistência à saúde.

ABSTRACT

The present work intends to analyze social inequalities indicators and health for current use indicators, and then analyze its correlation with the allocation of federal resources directed to finance aid to health among the several Brazilian states.

It presupposes that the decrease of inequalities must be a permanent objective of all public policies. The verification of effective search for reduction of inter-regional inequalities, or inequalities among population grouping or social stratum come to be a primordial requisite to think about a public policy concerned with equity. The goal of this work would be, therefore, to debate the possibilities of the concept of equity as a criterion for allocation of resources inside the *SUS*, aiming the fall of inter-regional inequalities whether in the national level, among federated units, or in the state level, among its regions and municipalities or even at the municipal level, directing the allocation of resources according to evaluation of inequalities and risks inside its own territory.

Key-words: Allocation of resources, inequalities in health, social inequalities, equity in health, financing of aid to health.

1 – INTRODUÇÃO

Contextualização

Até o ano de 1989, o sistema público de saúde no Brasil era extremamente centralizado no Governo Federal, fragmentado em duas redes de serviços distintas e desintegradas, tanto no que se referia a decisões e processos operacionais quanto ao seu financiamento, sendo uma subordinada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a outra pertencente ao MS.

A primeira destinava-se a prestação de serviços médicos individuais exclusivamente à população segurada pela Previdência Social e era financiada pelo Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), cuja maior fonte de receita era a contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salários. A rede composta pelo conjunto de serviços vinculados ao MS voltava-se à prestação de serviços ditos de saúde pública, envolvendo a assistência médica gratuita à população não segurada e a intervenção ambiental para controle de doenças endêmicas. Essa rede era financiada principalmente por recursos derivados da arrecadação federal de impostos (Tesouro Nacional) e complementada por serviços manti-

dos e gerenciados por estados e municípios, com quem eram celebrados convênios para programas específicos de saúde pública.

Pela Constituição Federal de 1988, a República Federativa do Brasil tem como objetivos fundamentais a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, a garantia do desenvolvimento nacional, a erradicação da pobreza e marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais e promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas.

No que diz respeito à saúde, o dever do Estado de garantir este direito a todos deve efetivar-se, segundo o Artigo 196 da Constituição Federal, “mediante políticas sociais e econômicas que visem redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Para assegurar esse direito a Carta Constitucional determinou a implantação do Sistema Único de Saúde no país, estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, de acesso universal às ações e serviços de saúde, oferecendo atenção integral sob a égide do princípio da equidade.

O processo de reforma em curso desde então dá início a alterações expressivas não só no aparato institucional, bem como nas condições de atendimento à população e nos mecanismos de financiamento do sistema de saúde. A título de exemplos:

Mudanças institucionais

A incorporação do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - e a fusão de diversos órgãos de atuação no controle de doenças transmissíveis em 1990; a extinção do INAMPS e incorporação de suas atribuições técnico-normativas à SAS – Secretaria de Assistência à Saúde e administrativo-financeiras ao Fundo Nacional de Saúde em 1993; a reestruturação administrativa com a formalização das Secretarias de Políticas de Saúde e a de Gestão de Investimentos, em 1998; a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 1999 e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2000.

A quase totalidade das unidades assistenciais próprias do INAMPS e os recursos humanos que nelas atuavam foram incorporados pelas SES e SMS, e a maior parte das unidades estaduais de baixa e média complexidade foi transferida para os municípios.

Mudanças na assistência

A rede de atenção à saúde pública e privada, apresentou uma expressiva expansão, que parece estar fortemente associado ao processo de descentralização. Em 1980, existiam apenas 2.702 estabelecimentos municipais. Em 1992, esse número já era de 18.662. Em 1999 atinge 30.404 estabelecimentos, 94% dos quais são ambulatoriais e representava cerca de 62% do total de estabelecimentos do país e 92% dos estabelecimentos públicos, segundo dados do IBGE: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária - AMS.

Essa expansão se deu com ritmo diferenciado entre as regiões, sendo maior na região Norte, que apresentava menor disponibilidade até à década dos 80: em 1985 eram apenas 1.722 estabelecimentos na região, em 1999 passam a 4.645.

A maior parte das unidades municipais integrantes da rede pública de serviços de saúde desenvolve as ações relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, incluídas no conjunto das ações de atenção básica.

No sistema público, 62,8% dos procedimentos ambulatoriais produzidos são relacionados à Atenção Básica, sendo que na região Norte, esse percentual é de 72%, segundo dados do DATA-SUS/MS.

A atenção ambulatorial e domiciliar vem sendo incentivada e expandida. A vinculação da população usuária às equipes e/ou unidades de saúde começa a ser instituída, embora seja preponderante apenas na “Saúde da Família”.

A disponibilidade de leitos também sofre alteração. Entre 1990 e 1999 há uma redução de cerca de 10% no número total de leitos existentes no país, refletindo provavelmente as mudanças na lógica que preside a atuação do sistema com o início da reversão do chamado “modelo hospitalocêntrico”. O setor privado permanece como detentor da maior parte dos leitos: 70% dos leitos existentes no país, embora boa parte esteja disponível para o sistema público: 83% dos leitos privados são conveniados com o SUS. A implementação de sistemas de referência e de centrais de internação ou de marcação de consultas e exames especializados se

encontra em curso, embora ainda seja incipiente essa prática localizada em alguns municípios pólos. Assim, em grande parte dos municípios, pode ser observado que a população continua obrigada a buscar confusamente, entre as unidades integrantes da rede pública, os serviços que necessita.

A análise das condições de acesso a recursos tecnológicos de maior complexidade demonstra, com maior clareza, o grande desafio a ser enfrentado pelo sistema público de saúde para assegurar o direito de acesso e à integralidade da atenção, determinado pela Constituição Federal, pois os dados mais recentes, disponibilizados pelo IBGE apontam para uma configuração extremamente concentrada desses recursos nas regiões Sul e Sudeste e pertencem majoritariamente ao setor privado.

Segundo dados do IBGE-MAS 1999, se considerados todos os estabelecimentos que prestam serviços ao sistema público, o total de aparelhos à disposição do SUS alcança 10.582, 66% dos existentes no país. Dos 14 tipos de equipamentos de diagnóstico disponíveis para o SUS, 68,2% encontram-se nas regiões Sul e Sudeste. Para ressonância magnética, tomógrafo, ultrassom doppler, Raio X para densidade óssea, mamógrafos com comando e com estereotaxia, os percentuais do sistema privado são superiores a 90%. Também para os aparelhos de RX - consideradas as três categorias de potência até 100 mA, de 100 a 500mA e mais de 500 mA - existe um total de 15.995 aparelhos no país, sendo que apenas 25,9% estão em estabelecimentos públicos e destes, 39% são de até 100mA. Pela mesma fonte, a distribuição dos mamógrafos, por exemplo, do total de 2.149 existentes no país, 75% se localizam em estabelecimentos das regiões Sudeste e Sul, sendo que 92,6% pertencem a estabelecimentos privados e destes, 41,6 estão disponíveis para o SUS. Apenas 7,4% estão em estabelecimentos públicos.

O mesmo se verifica com os equipamentos por métodos óticos: cerca de 71% estão localizados nas regiões Sul e Sudeste e sendo que 83% pertencem ao sistema privado.

No que se refere à distribuição de equipamentos de hemodiálise entre as regiões do país, a região sudeste concentra mais de 50% dos equipamentos, enquanto a região norte e nordeste, dispõem de aproximadamente 20% destes equipamentos.

Esses dados de distribuição de equipamentos médico hospitalares, do IBGE/MAS 99, apontam para uma constatação preocupante: a extraordinária expansão da rede pública não foi orientada por uma política racional de incorporação tecnológica e aparentemente não guardam quaisquer relações seja com o direito de acesso, com a organização das redes assistenciais regionalizadas e resolutivas.

Parece não guardar relação também com as desigualdades das condições de vida e saúde da população em cada região.

A primeira suposição é de que apesar de se observar uma tendência de redução das desigualdades geográficas em algumas áreas, como acesso à internações, na maioria das dimensões que poderiam ser enfocadas, parece persistir as desigualdades regionais.

As mudanças no financiamento refletem a necessidade de mudanças nos critérios de alocação visando a diminuição das disparidades regionais?

Relembrando que um dos objetivos constitucionais das políticas públicas é o erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, é necessária uma breve análise da resposta implementada pelo poder público para enfrentamento desse desafio.

A evolução dos gastos em saúde

Segundo Piola (2000), a análise de dados do - SIAFI/SIDOR - Sistema de Administração Financeira e Dados Orçamentários, demonstra que o montante do gasto do Ministério da Saúde, apresenta comportamento irregular no período 1993/1999, registrando-se queda em 1996, recuperação em 1997 e nova queda em 1998 e 1999, conforme se observa na Tabela A apresentada adiante. Em valores *per capita* correspondeu, em 1999, a R\$132,92, inferior ao valor desembolsado em 1997, de R\$145,00 *per capita*. Em relação ao PIB, o gasto federal de 1999 correspondeu a 2,06%, uma melhora importante em relação a 1997 (1,14%), mas ainda inferior ao realizado em 1995, quando alcançou 2,31%.

Tabela 1

Gasto em saúde, em valores *per capita* e proporções do PIB – 1993 a 1999

Ano	R\$ milhões constantes	Índices	<i>Per capita R\$ de Dez/99</i>	% PIB
1993	15.385,4	100,0	102,00	2,11
1994	15.598,7	101,4	102,02	2,15
1995	22.298,9	144,9	143,89	2,31
1996	19.350,8	125,8	123,19	1,85
1997	23.233,1	151,0	145,92	1,14
1998	21.169,5	137,6	131,18	1,94
1999	21.791,1	141,6	132,92	2,06

Fonte: Ministério da Saúde - SLAFI/SIDOR

A relevância científica desse estudo estaria na possibilidades de contribuir na análise dos critérios utilizados na distribuição desses recursos entre as várias regiões e estados brasileiros.

Os tetos financeiros de cada estado praticado pelo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – segundo o Relatório de Gestão da SAS/MS – 98/2001, representava, em 1986:

Regiões	Percentual do gasto total	Percentual da população
Norte	2,2	5,4
Nordeste	18,1	28,8
Sudeste	59,2	43,7
Sul	15,1	15,1
Centro Oeste	5,0	6,7
Total	100	100

O entendimento do princípio da igualdade na saúde é explicitado na Constituição Federal de 1988, ao instituir “saúde como direito de todos e dever do estado”, na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao vedar preconceitos e privilégios e em diversas normas infralegais.

A promulgação dessa lei, denominada por muitos, a “Lei Orgânica da Saúde” já indicava a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, envolvendo a unificação institucional na esfera federal e a descentralização do sistema para estados e municípios, e ainda, definia em seu Artigo 35 no capítulo II que trata da gestão financeira dentro do Título V – “Do financiamento”, a combinação dos seguintes critérios para o repasse de recursos federais para as esferas subnacionais: perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população, características da rede de saúde, desempenho técnico e financeiro anterior, percentual de participação dos orçamentos estaduais e municipais, plano de investimentos e ressarcimento por serviços prestados.

No entanto, não só este artigo nunca foi regulamentado, como somente quase três anos depois o INAMPS foi extinto, em julho de 93, pela Lei 8.689. Ao se preservar o INAMPS por tanto tempo, preservouse também a lógica de alocação de recursos financeiros para a assistência, de forma que o SUS nasce, como um sistema universalizado por princípio, no entanto, dentro de um sistema desenvolvido e organizado para atendimento a uma parcela distinta da população, aquela do setor formal da economia.

A situação de desigualdade dos limites financeiros estaduais definidos ainda em função da capacidade instalada e série histórica, perduram ainda em 1994, mesmo após a promulgação da Constituição de 88 e “Lei Orgânica da Saúde”. Em valores *per capita*, os recursos para a assistência com os menores valores estão nas regiões norte com 28,32 e nordeste com 36,9. A região sul, com 68,81, sudeste com 47,86 e centro oeste com 45.

A Norma Operacional Básica, editada já em 1996, avança com a criação do Piso da atenção Básica – PAB – significando um aumento significativo de recursos para a maioria dos municípios e reduzindo as

disparidades na distribuição de recursos entre os estados. Poderia ter contribuído mais para a equidade no financiamento na medida em que instituía a Programação pactuada e Integrada – PPI - como instrumento básico para o equacionamento da destinação dos recursos federais, e que, de qualquer maneira, poderia representar maior transparência e democracia do processo de alocação tanto dos recursos federais como estaduais. No entanto, poucos estados conseguiram consolidar e implantar a PPI nessa época e apenas quatro estados conseguiram instituir e manter atualizada a PPI até o ano de 1999 (Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso e Alagoas). Essa conclusão parte da Secretaria da Assistência à Saúde/ MS que teve como critério, a apresentação dos seguintes produtos da PPI: definição e publicação dos tetos financeiros de todos os municípios, independente da forma de gestão de cada um; a explicitação da parcela deste teto que corresponde ao atendimento da população de outros municípios; a definição de critérios para revisão e alteração de tetos e a existência de parâmetros/critérios para alocação dos recursos entre os municípios aprovados no Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite.

No entanto deve-se estar sempre atento ao que se poderia ser considerado justo um tratamento igual perante todos os estados da federação.

A igualdade expressa por um gasto público - federal, estadual e municipal - *per capita* igual em todos os estados seria uma situação desejável, segundo alguns atores sociais em especial parlamentares dos estados do nordeste. Não só do ponto de vista ético, mas considerando também que as necessidades médias de um agregado populacional com uma certa dimensão, não diferem de uma forma tão significativa. O que é muito diferente entre os estados, é a capacidade de cada um de custear, isoladamente, o sistema de saúde existente em seu território. Partimos do princípio então, que cabe ao governo federal compensar essa desigualdade mediante transferências de recursos *per capita* diferenciados. Um *per capita* federal único seria igualitário, mas não equitativo.

A própria “Lei Orgânica da Saúde” nos artigos 2 e 3, expressa alguns fatores tais como a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e finalmente o acesso aos bens e serviços essenciais, como determinantes e condicionantes das diferentes condições de saúde. A se considerar o disposto na lei, a situação dos fatores que determinam as condições de saúde de determinada população devem ser considerados na avaliação dos recursos necessários para atendimento das demandas em saúde.

Dessa forma, o conceito de equidade, se encontra inserido no arcabouço jurídico institucional do SUS, contemplando o entendimento de se garantir um aporte adequado e diferenciado de serviços a quem apresenta maiores necessidades, sem abrir mão do direito de igualdade de acesso, pois que a igualdade tende a tornar residuais as discriminações positivas e não assegura por si só, o uso equânime dos recursos disponíveis.

Freqüentemente, a ampliação do universo de beneficiários e a melhoria da qualidade dos serviços são vistas por alguns atores como metas mutuamente excludentes, dadas as restrições existentes, por causas variadas, na capacidade de mudança do sistema e na disponibilidade de recursos.

Algumas alternativas de solução para esse problema, geralmente são lembradas, das quais três podem ser destacadas:

- a primeira consiste em uma redução da demanda por tratamentos como resultados de, por exemplo, medidas de medicina preventiva.

- a segunda, na redução dos custos do sistema, mantido a base do mesmo modelo.

a terceira, na ampliação do orçamento, o que, em última instância, é uma transferência do problema de alocação de recursos na saúde, para uma alocação geral de recursos entre as diversas políticas públicas.

Apesar de uma provável diminuição da pressão sobre as decisões alocativas, o problema de como distribuir recursos na forma de bens e serviços de saúde persistiria. Mesmo buscando essas saídas, o dilema se mantém.

Dada à dificuldade de mensuração das desigualdades entre os estados brasileiros para efeito de comparação, a equidade na alocação depende de uma série de variáveis intervenientes que podem desvirtuar seus objetivos.

Dáí a relevância social de se incorporar na prática cotidiana da gestão do SUS, a aplicação de critérios que permitam uma avaliação das condições de vida e saúde, a partir dos quais seja possível adotar instrumentos que permitam detectar as desigualdades entre as regiões e estados brasileiros, contribuindo para

o desenvolvimento de uma ferramenta útil na formulação e implementação de políticas e nas decisões sobre alocação de recursos destinados às ações e serviços de saúde, visando à equidade ou pelo menos a diminuição das iniquidades entre as regiões brasileiras.

Mais recentemente vem tomando corpo, no bojo das diretrizes nacionais para a elaboração da proposta de critérios para programação dos recursos de custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, em especial de média e alta complexidade, a idéia de que se deva fixar minimamente parâmetros assistenciais referenciais que possa balizar a distribuição de recursos entre os municípios, no âmbito de cada estado.

De forma geral, em se tratando da distribuição dos recursos entre os estados e na maioria dos estados ao se distribuir os recursos entre os municípios, o critério se dá a partir de uma base populacional e de parâmetros gerados na maior parte das vezes pela série histórica de produção de serviços. Estabelece-se dessa forma as metas físicas e financeiras, calculadas com base nos custos médios de grupos de procedimentos dos Sistemas de Informações existentes.

Frente à experiência acumulada no sistema de saúde na programação de recursos para a assistência, sua lógica e a aplicabilidade dos parâmetros assistenciais como critério de alocação de recursos, é importante introduzir uma discussão de caráter mais conceitual visando contribuir no seu aperfeiçoamento e desenvolvimento, considerada a sua relevância para a organização do sistema de saúde.

Em cada configuração histórica do sistema de saúde, esses “parâmetros de necessidade assistenciais” foram pensados e cumpriram uma função distinta assim como seu significado na lógica de alocação de recursos e, conseqüentemente, sobre as metodologias a partir da qual são obtidos, na história mais recente do sistema de saúde. Para melhor compreensão do significado dos “parâmetros assistenciais” na alocação de recursos é apresentado, a seguir, uma síntese da análise do consultor do Ministério da Saúde, Dr. Francisco Cardoso Campos, em trabalho não publicado.

Elaborada no bojo das estratégias racionalizadoras do CONASP - Comissão Nacional de Saúde e Previdência Social - em 1981, a concepção e utilização da Portaria nº 3046, que estabelecia parâmetros assistenciais para controle e avaliação da cobertura populacional, trilharam caminhos bastante diversos. Sua diretriz de contenção da oferta de serviços de saúde para a clientela previdenciária foi marcante. Os parâmetros assumiam então o papel de um dispositivo de uniformização e racionalização da oferta e, principalmente, dos gastos com a estrutura do INAMPS. Por se tratar, à época, de uma rede de serviços majoritariamente privados, revestiam-se, portanto, de um instrumento de regulação dos apetites privados de expansão contínua da oferta e da acumulação privada no setor.

A crítica dos técnicos envolvidos em planejamento e programação a essa portaria, à época bastante incisiva, não impediu os que municípios se apropriassem desses mesmos parâmetros para o dimensionamento da sua oferta. Em 83, os instrumentos e critérios utilizados para elaboração da “Programação e Orçamento Integrada – POI - aplicados no período das “Ações Integradas de Saúde” – AIS – que envolvia a programação de recursos federais, estaduais e municipais destinados ao custeio da assistência, incorporaram os parâmetros da Portaria 3046, levando a grande expansão de serviços públicos municipais.

Pode-se especular que a sua incorporação, já num contexto bastante distinto do anterior, se deu pelo crescimento que as taxas de cobertura e concentração de ações significavam para os sistemas municipais de saúde ainda incipientes, em comparação com os níveis bem superiores de utilização de serviços pela clientela fechada do INAMPS (porém bastante baixos se confrontados aos apresentados atualmente).

O SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde – em 1987, não trouxe mudanças dignas de nota neste quadro, limitando-se à não explicitar uma adoção direta dos parâmetros, deixando aos estados uma utilização envergonhada e antecipadamente criticada, das normas da Portaria 3046, na ausência de melhor alternativa. É sempre bom lembrar que mesmo com a extinção do INAMPS, a Portaria 3046 não foi revogada, mantendo sua força normativa sobre as vastas hostes oriundas do INAMPS, naquele momento numa disputa acirrada pelos espaços institucionais de planejamento e programação das secretarias estaduais. Essa orientação sobre alocação de recursos vigorou até 2002.

Após cerca de um ano em consulta pública, foi editada uma nova Portaria – de nº 1.161, publicada em 2002, que na verdade reproduz a mesma lógica e que pretende definir parâmetros de necessidade mas não recomendações para financiamento. O reduzido número de sugestões ou opiniões sobre a proposta de parâmetros referenciais para a assistência pode ser considerado como um indicador das dificuldades por parte dos profissionais da área, na abordagem do tema.

O movimento de reforma do setor saúde brasileiro resultou de profundas revisões nas práticas de pensar e de fazer saúde, culminando com a criação do SUS na Constituinte de 1988, inaugurando-se uma situação mais complexa. Ao repensar o papel do Estado no setor, com vistas à sua democratização e a desarticulação dos interesses particularistas privados que se imiscuíam (e ainda se imiscuem) na máquina pública, procurou-se subverter os princípios e as práticas que sustentavam o modelo anterior.

Na ausência de uma definição central da direção superior do ainda existente INAMPS e MS, os estados passam a elaborar parâmetros diferenciados, segundo as necessidades mais particulares das políticas estaduais, sem uma padronização nacional. A nova ordem conquistada demandava também instrumentais teóricos e práticos inovadores e o privilegiamento das lutas nos campos institucional e jurídico que garantissem os princípios do modelo descentralizado e municipalizado proposto. Neste contexto, o planejamento estratégico, em suas várias vertentes, se mostrou como o arsenal teórico e prático adequado ao municiação dos atores envolvidos. Todas as iniciativas que privilegiassem aspectos quantitativos ou que adotassem parâmetros passaram a serem consideradas, não apenas “démodé”, mas mesmo contrárias ao interesses da mudança. São muitas as críticas expressas pelos maiores expoentes teóricos do movimento à “programação paramétrica” e até à proposição emblemática de um “planejamento sem normas” emanada de atores convencidos do potencial transformador e organizador do planejamento estratégico.

Nesta época o “planejamento normativo” e os parâmetros caem em descrédito na arena setorial, como um viés obsoleto do período autoritário, mania incorrigível da tecnocracia inampiana. A “programação em saúde”, por se basear em aspectos excessivamente normativos, foi relegada a um segundo plano, tendo inclusive restringidos os seus espaços acadêmicos de produção e reprodução teórica. A programação passou a ser considerada uma atividade menor no interior das instituições de saúde, pouco digna de ocupar o tempo e as mentes dos estrategistas da reforma. Esta atitude relegou a teoria e prática da programação e o desenvolvimento de parâmetros assistenciais que sempre as acompanhou, à marginalidade e ao limbo dos paradigmas ultrapassados, recolocada agora como adequada apenas aos aspectos e problemas “bem – estruturados”, onde se justificaria a reprodução de prescrições de um saber já estabelecido e inquestionável.

É bem verdade que feitas as protocolares (e intermináveis) dinâmicas de análise situacional e o desenho das estratégias de intervenção, restava a prática subterrânea da consulta aos desgastados alfarrábios em busca de referenciais normativos para o dimensionamento dos serviços. Em que desbotado documento se poderia então encontrar a salvação para a agrura pragmática de dimensionar oferta de serviços (ou, para não ser politicamente incorreto, calcular “necessidades em saúde”)?

Devido a este hiato em seu desenvolvimento e revisão conceitual do conhecimento em programação neste longo período, que os adequasse aos novos tempos, a aplicação de parâmetros, sempre que se mostra necessária na prática das instituições, não raro, recorre às desatualizadas proposições da Portaria 3046, de 1981, com tímidas tentativas de atualização.

A culpa pela utilização das velhas normas somente era mitigada pela consideração do efervescente momento político marcado pela rápida descentralização do sistema, justificando a utilização marginal e acessória daquelas receitas abduzidas de um passado ainda não tão remoto. A incorporação de movimentos de negociação dos fluxos de referência e contra-referência abrandaria a dureza e a inflexibilidade das mesmas, ocultando a indigência conceitual.

Este atraso conceitual talvez seja o responsável por sempre se atribuir aos parâmetros assistenciais utilizados um caráter prescritivo que eles não devem ter. A prática de fixação de parâmetros e critérios mínimos de distribuição de recursos de custeio, nos momentos de conflito tem se revestido ainda hoje, de um caráter de verdadeiro “tabu”, redundando em uma distribuição de recursos extremamente desigual e não-equânime, que poderia ser considerada irracional se analisada numa visão eivada da intencionalidade distributivista e que considerasse a referida distribuição como um instrumento de redução das desigualdades regionais.

Já em 1993, com a definição dos tetos financeiros de recursos federais para cada estado e rompimento com a prática de cobertura ilimitada das faturas apresentadas pelos prestadores, de internação hospitalar - abre-se um novo período, onde os parâmetros se convertem num mecanismo eficiente de definição menos conflituosa da alocação de recursos entre os municípios, mas passam, então, a serem elaborados através da fórmula conhecida como “conta de chegada”. O limite financeiro definido obriga os estados a

distribuir os recursos com base em blocos de valores obtidos com a ajuda de parâmetros, cuja totalização resultaria no teto global de recursos federais disponibilizados para cada estado. A flexibilidade dos parâmetros se dava em função dos processos políticos envolvidos nas relações inter-governamentais e ainda e de pressões dos prestadores de serviços contratados.

O estabelecimento de compromissos solidários de construção de um sistema mais equânime nas suas dimensões supra-municipais, se justificaria sobremaneira, num momento em que a gestão do sistema se fragiliza tecnicamente, deixando o conflito entre os municípios marcado pelos jogos e demonstrações de força políticas e econômicas, onde sobrevive a lógica da distribuição dos recursos centrada na “necessidade” dos prestadores privados.

Em especial a partir de 1996, com a Norma Operacional Básica nº 1, que orienta o processo de programação dos recursos financeiros do SUS, recoloca a questão metodológica de elaboração de parâmetros referenciais ou critérios de alocação de recursos mais justos, como um dos estrangulamentos que devem ser resolvidos. Alguns estados como Ceará, Mato Grosso, Alagoas e Minas Gerais, avançaram buscando a construção de mecanismos que orientassem os pactos intergestores quanto à distribuição de recursos. As dificuldades, no entanto, mostraram-se imensas.

Um esforço de sistematizar as normas técnicas existentes no próprio Ministério, aproveitando a iniciativa da Secretaria de Estado do Ceará, revelou dificuldades quase insuperáveis: a não correspondência das normas técnicas dos programas com os grupos de procedimentos dos sistemas nacionais de informação ambulatorial e hospitalar, que inevitavelmente constituem a abertura programática da previsão de recursos para a assistência, a insuficiência de estudos sobre custos, gastos e disponibilidade financeira para operacionalização dessas normas; a desintegração entre os diversos programas (muitos ainda com as velhas características dos chamados «programas verticais»), a desarticulação institucional entre diversos órgãos com responsabilidades estanques como as ações de vigilância à saúde, etc.

Além disso, a insuficiência das pesquisas em avaliação de tecnologias incorporadas na prática médica, no país, dificulta uma apropriação imediata das normas geradas por consensos de especialistas, pois são muitas vezes, eivadas de distorções corporativas ou pouco adaptados à realidade assistencial de amplas regiões do território nacional.

A experiência acumulada de programação em saúde permite concluir que a aplicação de parâmetros de cobertura não atende a complexidade do sistema de saúde. Sua aplicação, ao se buscar a diminuição de uma heterogeneidade estrutural, sem a integração com outras políticas como investimento, por exemplo, leva a que vários municípios sejam sub-utilizados em suas possibilidades de aproveitamento ótimo de capacidades instaladas em funcionamento no atendimento a uma região, bem como imobilização de recursos em municípios com reduzidas estruturas assistenciais.

A necessidade de revisão destas práticas é crescente, mormente quando os gestores tanto federais como estaduais ou municipais vêm se debatendo na busca de critérios mais consistentes e pactuados, que possam amenizar os conflitos políticos presentes na arena inter governamental.

A lógica de construção do SUS a partir de um modelo descentralizado, centrado nos sistemas municipais, exige a adoção de enfoques diferenciados aos adotados no passado, quando os níveis federal e estadual ditavam com peso de lei, os sempre frágeis parâmetros de programação como os critérios e padrões de oferta dos municípios.

Alguns atores entendem que os parâmetros assistenciais devem se revestir, no atual estágio de implementação do SUS, de um papel de referências quantitativas que permitam a comparação entre as diversas situações, com vistas a um crescimento mais harmônico entre os municípios e regiões, e um maior equilíbrio e harmonia internos entre os próprios serviços existentes em um mesmo município. Padrões qualitativos também deveriam ser desenvolvidos, no que tange aos modelos técnico - assistenciais e organizacionais, pois diversas situações assistenciais não seriam diretamente comparáveis apenas pelo enfoque quantitativo.

O processo de construção dos parâmetros deve ser revisto, passando a se basear em padrões ou protocolos consensuados de práticas sanitárias, partindo-se de projetos assistenciais específicos como a assistência a populações com perfis de risco e agravos singulares, pensados em um contexto operacional e descentralizado. Destes padrões consensuais se construiriam então parâmetros mais agregados que poderiam se prestar à análise da oferta de serviços em outras regiões. Revertendo o cálculo simplista com

base no tamanho da população geral, a construção das normas e padrões assistenciais deve se basear em variáveis demográficas e epidemiológicas e em modelos que pudessem prever os impactos das ações assistenciais empreendidas.

Os parâmetros devem ser, portanto, flexíveis e utilizados como balizamentos quantitativos frente a variáveis de natureza social e política, por se tratarem de aproximações apenas modelares às necessidades de saúde, que têm determinações complexas e transcendem os limites dos recursos metodológicos e do saber epidemiológico. Devem ainda considerar tanto a especificidade de projetos assistenciais inovadores que justifiquem a adoção de variantes alternativas como a existência de estruturas demográficas e epidemiológicas e demandas sociais singulares (minorias, questões socialmente relevantes, fluxos migratórios, populações flutuantes, etc).

A incorporação de normas e recomendações adotadas em outros países padece das mesmas dificuldades. A transposição automática de normas e protocolos seguidos em outros países mais desenvolvidos esbarra na incapacidade da oferta gerada pela insuficiência de equipamentos especializados ou capacitação da força de trabalho, quando não da mera inviabilidade de seu financiamento.

Por iniciativa do Ministério da Saúde não poucos estudos são elaborados por equipe de pesquisadores como, por exemplo, a desenvolvida sob coordenação da Professora Sílvia Porto, da Fundação da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSPTEC - em 2002, que analisa a viabilidade de aplicação de metodologias utilizadas em países como Itália, Espanha, Canadá e em especial da Inglaterra, por ser a metodologia usada por um período de tempo maior. A fórmula utilizada neste último, estima as necessidades de saúde a partir de um modelo de uso de serviços de saúde, que segundo os pesquisadores se mostrou pouco adequado para o caso brasileiro e elaboraram uma proposta alternativa, a partir de indicadores sócio-econômicos e epidemiológicos, que, em síntese “apontam para a existência de iniquidades na alocação efetuada pelo Ministério da Saúde no ano de 1999, e permitiram verificar que a maior iniquidade está relacionada com os repasses de recursos financeiros destinados ao custeio da assistência ambulatorial e hospitalar” entre as regiões brasileiras.

Dessa forma, fica patente a importância do papel do Ministério na construção de critérios de alocação dos recursos federais entre os estados e do papel desempenhado pelos últimos na coordenação do processo de alocação e negociação entre os gestores no seu próprio território também dos recursos estaduais e municipais.

Neste sentido, em 2000 e 2001, a saída encontrada pelo Ministério da Saúde foi a de orientar a alocação de recursos federais entre os municípios, considerando o valor financeiro praticado então como o limite de cada unidade federada, para a assistência.

O documento elaborado pelo Ministério da Saúde para orientar os estados no processo de alocação dos recursos federais entre os municípios “Diretrizes Nacionais para organização e programação da assistência ambulatorial e hospitalar” disponível a a partir de outubro de 2001 no *site* do Ministério da Saúde. As principais diretrizes e objetivos constam de Nota Técnica N° 01.

Algumas poucas alternativas se apresentam à construção dos parâmetros assistenciais. A selecionada, após amplo processo de discussão com representantes do CONASS e CONASEMS, e, em especial, com as equipes de planejamento que coordenariam o processo em cada estado, foi resumidamente, o de extrair, da série histórica da oferta de serviços, referenciais que indicassem fortemente uma diretriz de progressiva equalização da oferta entre as regiões e estados. A operacionalização da proposta se deu através da definição de intervalos variáveis em torno das médias nacionais por grupo de procedimento, numa lógica de política de conjuntura, similar à adotada na gestão macro-econômica: o estabelecimento de “bandas largas”, indicando intervalos de variação “aceitável” da oferta de serviços.

Esta estratégia possibilitaria, em primeiro lugar, induzir o refreamento das ofertas excessivas e a sinalização de possível crescimento para as situações de demanda refreada. Em segundo, conferiria a necessária liberdade para os estados fixarem parâmetros que reflitam prioridades regionais, ao mesmo tempo, que permitiria a composição de um perfil de oferta passível de ser enquadrado nos limites do teto estadual.

A metodologia para o estabelecimento da amplitude da banda seria a da simulação de impacto de diversas medidas de dispersão das concentrações de oferta do conjunto dos estados, selecionando-se desvios padrões, que não necessariamente teriam que ser idênticas para todas as ações assistenciais (grupos de procedimentos) e sem prejuízo da continuidade dos estudos das normas técnicas nacionais e internacionais de necessidade de cobertura de serviços, custo-efetividade, etc.

Enfim, a partir dos dilemas enfrentados na experiência prática dos gestores e técnicos de planejamento e programação do SUS, na definição de critérios de distribuição dos recursos, a questão enfrentada por essa pesquisa poderia ser sintetizada com a seguinte formulação:

Qual a relação existente entre os indicadores de desigualdades sociais e o perfil de distribuição de recursos para o custeio da assistência, se orientado pela equanimidade?

Tentando responder a essa questão, o presente trabalho será desenvolvido seguindo algumas etapas básicas:

1 - Análise da bibliografia mais recente sobre a questão da igualdade e a equidade na alocação de recursos em saúde que permita uma revisão conceitual, buscando a construção do marco teórico e uma definição mais clara do que se entende por “equidade em saúde”.

2- Seleção de um conjunto de indicadores de uso corrente que possam evidenciar de forma simples, mas acurada os padrões de heterogeneidade estrutural entre as regiões brasileiras, visando orientar o processo operacional de alocação de recursos federais do SUS, na perspectiva de redução dessas desigualdades. Para tanto, pretende-se a definição de uma cesta de indicadores que abranjam as seguintes dimensões:

a) condições de Vida e Saúde, utilizando-se indicadores sócio-econômicos epidemiológicos.

b) condições de Acesso ao Sistema de Saúde: de forma geral, será selecionado um grupo de indicadores dos níveis de equidade, que dê conta dos eixos da oferta e utilização dos serviços de saúde.

3 - Padrão de financiamento do sistema. Como referência para esse último será apresentado o perfil atual da distribuição de recursos financeiros destinados ao custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, para desenvolvimento da correlação entre este e os indicadores de vida e saúde e do acesso ações e serviços de saúde.

4 - Ao final serão apresentados sinteticamente os principais achados e conclusões do estudo, abordando o reconhecimento e análise dos dilemas atuais mais comuns na operacionalização da equidade no processo de distribuição/alocação de recursos federais entre os estados, para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar.

OBJETIVOS

A importância da distribuição adequada de recursos cresce na medida em que o sistema de saúde possui uma série de deficiências que limitam os serviços prestados e o público atendido. A escassez de recursos para a saúde restringe a possibilidade de ampla distribuição de bens e serviços públicos e, portanto, exige uma série de decisões alocativas.

Pretende-se nessa monografia, aplicar uma cesta de indicadores sócio-econômicos e de saúde, de uso corrente, para discussão da equidade na distribuição dos recursos financeiros de custeio da assistência, que possa contribuir para uma alocação mais justa dos mesmos, entre os estados brasileiros.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1- Debater em linhas gerais, uma abordagem prática do conceito de equidade em saúde como uma referência para alocação de recursos, visando subsidiar os gestores e conselhos nos processos decisórios.

2- Discutir a relação entre os indicadores de desigualdades sociais e o perfil atual de distribuição dos recursos federais, tomando como referência o padrão de distribuição dos recursos financeiros federais destinados ao custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, entre os estados brasileiros.

2. DEFININDO EQUIDADE, ACESSO E NECESSIDADE EM SAÚDE

Para revisão dos conceitos de igualdade e equidade, são várias as disciplinas e as orientações político-ideológicas que podem ser abordadas para tentar operacionalizar a análise ou a aplicação do princípio.

Em um país como o Brasil, marcado por elevados contingentes de população pauperizada, que impossibilita vasta parcela da população de obter serviços de saúde fora do sistema público (e no sistema público também), a responsabilidade das decisões relativas à alocação de recursos, pelo Ministério da Saúde é extremamente grande. As conseqüências de uma alocação injusta de recursos são, seguramente

mais graves do que em situações em que o acesso aos serviços de saúde não depende primordialmente da oferta pública de serviços.

Dessa forma, um dos principais problemas dos gestores do sistema de saúde é como distribuir esses recursos, se orientados pelo princípio da justiça distributiva. A resposta a essa questão evidentemente depende da referência usada para estabelecer o que vem a ser “justo”.

No debate sobre recursos de saúde, dois paradigmas de justiça freqüentemente estão presentes nas discussões, baseados nos princípios de igualdade e eqüidade.

Que igualdade é desejável?

Que desigualdades são justas?

Que desigualdades são toleráveis?

Para melhor entendimento, é necessário nos deter nos conceitos de igualdade e eqüidade, enquanto fundamentos de políticas públicas.

Alguns autores como I. Berlin, H. Frankfurt, D. Parfit entre outros citados por Célia Lessa Kerstenetzky (1999), afirmam que a igualdade não possui valor intrínseco, requerendo o suporte de outros valores independentes e antecedentes.

Igualdade é um valor ambíguo, na medida em que assume diferentes conotações ao longo do tempo e conjuntura local. No entanto, a ausência de um conceito unânime e universal para igualdade, não significa necessariamente diminuição do seu valor. A diversidade de sentidos da noção de igualdade humana pode, pelo contrário, ser um indicador de sua relevância.

Inicialmente considera-se que igualitarismo é o ponto de vista que refuta como arbitrárias e injustificadas as desigualdades de distribuição de recursos na sociedade, desde que causadas por fatos outros que não as escolhas dos indivíduos dessa sociedade ou seja, “Para um igualitarista puro, as únicas desigualdades justas seriam aquelas resultantes das opções dos indivíduos”. (Temkin, 1993).

Amartya Sen (economista indiano, prêmio Nobel de Economia em 1998) considera a igualdade como condição para qualquer interlocução ética razoável e que toda visão de mundo e de uma perspectiva moral normativa se desenvolve a partir de uma base igualitarista.

No entanto, a interação de um ideal abstrato de igualdade e um desejável ou possível e suas interações com outros ideais, exigem no mínimo alguns esclarecimentos sobre as desigualdades que podem ser consideradas aceitáveis.

A idéia de desigualdade justa parte da presunção de uma igualdade básica entre os seres humanos, mas aceita transigir parcialmente da igualdade em situações de desigualdades quando essas são passíveis de justificação ao se considerar outros valores. A ambigüidade de valor levantada por Isaiah Berlin, ainda segundo Kerstenetzky (1999), a relatividade conotativa da igualdade no tempo e no espaço, fica entendida como a coexistência da igualdade com outros valores.

Portanto, sem abrir mão da idéia básica igualitarista, pode-se considerar outros descontos além da escolha, para uma aproximação do que poderia ser considerado como desigualdade justa. Pode-se considerar, por exemplo, que os indivíduos em geral não se atem à aspiração de igualdade apenas. Outras aspirações podem coexistir com a aspiração por igualdade, como por exemplo, eficiência econômica e liberdade. Até como consequência, outra restrição ao ideal de igualdade adviria da própria diversidade dos seres humanos, o que justificaria amplas desigualdades no mundo social. Dessa forma o igualitarismo poderia ter como limites tanto a existência de outros valores, como a própria postulação da natural diversidade humana.

Segundo Kerstenetzky (1999), nossa sensibilidade moral estaria mais afinada com as necessidades dos excluídos em função de suas necessidades urgentes não satisfeitas, para as quais solicita-se “prioridade”. Postula-se assim um tratamento desigual, onde o alívio do sofrimento dos desfavorecidos prevalece sobre a igualdade. Esta posição pragmática remete à complexidade de um ideal que se conecta com outros no interior de uma teoria moral mais geral.

A partir desses dois sentidos de desigualdades justas – advindas da complexidade moral e da diversidade humana – a autora apresenta versões simplificadas das três tradições de filosofia moral, a contratualista,

a utilitarista e a libertariana, caracterizadas didaticamente, segundo a ênfase dada respectivamente à igualdade, à eficiência e à liberdade, como retificações necessárias ao conceito igualitarista puro.

De um modo geral, pode-se entender que toda teoria moral parte de uma base igualitarista, na medida em que pregam a igualdade em diferentes dimensões: os utilitaristas dão às utilidades individuais pesos iguais, os libertarianos defendem liberdades iguais e os contratualistas pregam a igualdade na distribuição dos recursos básicos.

A posição contratualista de John Rawls, acredita que os arranjos sociais devem se basear em princípios distributivos legitimados, no sentido de que devem estar fundamentados em um raciocínio lógico e aceito por todos os indivíduos com o mesmo conjunto de informações. Essa visão parte do pressuposto de que os arranjos sociais estáveis são aqueles fundados em sólido acordo quanto aos princípios de justiça. Mas reconhece que para a definição desses princípios, há elementos de cooperação e conflito entre diferentes concepções, ou seja, pluralismo de valores/opiniões. Os critérios de arbitragem na escolha de princípios de justiça seriam dados pela racionalidade e o senso de justiça.

A escolha racional e justa levaria à seleção dos dois princípios de justiça rawlsianos: liberdade e igualdade, uma vez isolados as diferenças de estilos de vida e concepções individuais. Para Rawls, a liberdade é inegociável e precede a igualdade, que poderia ser parcialmente negociada, quanto à justa igualdade de oportunidade e à igualdade econômica, para permitir maior eficiência, desde que o ganho seja revertido em favor dos menos favorecidos na sociedade.

Sinteticamente, desigualdades justas para os contratualistas seriam as remanescentes depois que se tenha levado em conta o respeito à diversidade (pluralismo de valores ou fins, devem ser acordados) e a sorte dos desafortunados. Dessa forma, “diversidade e eficiência do excedente são as qualificações impostas sobre a igualdade, estabelecendo o marco distributivo da concepção rawlsiana de justiça”, segundo Kerstenetzky (1999).

Para os utilitaristas, os arranjos sociais devem ser considerados em função da possibilidade de promover a maximização da utilidade social. O utilitarista moderno desenvolve uma visão de utilidade como uma representação das preferências dos indivíduos ou da soma das utilidades individuais, com pesos iguais. Para John Harsanyi (1982), o peso igual atribuído às utilidades individuais nessa soma, representa o respeito igual, pelas diferentes vidas humanas. Dessa forma não se pode negar que o utilitarismo seja uma perspectiva igualitarista.

Mas para compor o agregado “utilidade social” são válidas as utilidades individuais emanadas de processos mentais corretos e expurgados de impulsos anti-sociais. Quem julga? Em que bases? No rastro da autoridade pode-se pensar que nesse caso, os utilitaristas seriam igualitaristas no sentido menos desejável, de pretender o cancelamento das diferenças.

Quanto às desigualdades econômicas, para o utilitarista são consideradas justas as desigualdades que se revelam funcionais à maximização da utilidade social.

O argumento libertário (em favor da liberdade), implica em que as desigualdades na distribuição dos recursos seriam um resultado natural das amplas liberdades usufruídas numa sociedade libertária. Ou de outra forma, são justas as desigualdades que promovessem as liberdades iguais. Dessa forma não se necessita de justificativa para as desigualdades, mas, para a igualdade, pois as diferenças individuais terão livre curso no gozo pleno de seus direitos (de contrato e propriedade), que resultarão com certeza, em desigualdades socioeconômicas.

De mais a mais, o argumento libertário defende que ao serem liberadas as iniciativas individuais, haveria conseqüente incremento da riqueza social (eficiência) diante de incentivos ao trabalho e à poupança, típicos de sociedades desiguais.

O nexos real entre liberdade, desigualdade e riqueza é fundamental para análise da desejabilidade das desigualdades assim como da tese da inevitabilidade das desigualdades.

As desigualdades resultantes da compreensão mínima das liberdades promovem a utilização ótima dos recursos sociais ou o crescimento econômico?

Como se justifica a desigualdade original? E a igualdade de direitos?

Considerando a limitação de qualquer previsão do mundo social, como prever que as desigualdades promoveriam a eficiência?

Em segundo lugar, se for dado alguma primazia à liberdade em relação à eficiência, haveria uma aproximação incômoda para os libertarianos da visão utilitarista. Ou, mais simples, e quando houver conflito entre liberdade e eficiência, quem cede?

Para Friedrich Hayek, o principal defensor dessa visão, segundo Kerstenetzky (1999), a justiça social só é possível às custas da violação das liberdades individuais e portanto, a alocação arbitrária de recursos por parte de um Estado planejador acarretaria efeitos desastrosos para as liberdades individuais, além de afirmar que há oposição entre justiça social e eficiência, na medida em que a valoração não é pensada individualmente mas remunerada através de critérios centralizados.

Pode-se concluir que apesar da desconfiança de Hayek quanto à possibilidade do estado consensualizar o que poderia ser um bem, ele próprio advoga a sua visão de bem para a sociedade: a eficiência.

Em síntese, enquanto a visão contratualista foca a questão da distribuição dos recursos de forma ampla e os utilitaristas focam a utilidade social com agregação dos recursos sociais, os libertarianos defendem a ênfase da liberdade na definição da estrutura básica da sociedade.

Dessa forma pode-se concluir que duas dessas teses dispensam a necessidade de justificação para as desigualdades socioeconômicas, isto é, aceitam essas desigualdades, se e quando preservam as liberdades individuais básicas ou se e quando promovem maior utilidade social e a eficiência. Pode-se objetar, no entanto, as idéias de inevitabilidade, de deseabilidade, da conexão entre desigualdade e eficiência, etc.

Donde se conclui que a tese de Rawls parece mais convincente ao afirmar que a adesão ao contrato social será mais firme quanto mais justo lhes parecer as partes contratantes, ao rejeitar as desigualdades devidas à arbitrariedade, ao demonstrar maior tolerância com as diferenças humanas e ao limitar as desigualdades que possam por em risco o contrato social ao priorizar os menos favorecidos. Os contratualistas aceitam como desigualdades justas apenas aquelas compatíveis com a preservação das liberdades civis e políticas, de uma efetiva igualdade de oportunidades e da melhoria da situação dos mais desfavorecidos.

De forma geral, pode-se concluir que uma concepção igualitarista mais “correta” deve se desenvolver a partir da tese contratualista, mas retificada pelo sentido da liberdade enfatizado pelos libertarianos (as vezes secundarizado pelos contratualistas) e incorporando também a perspectiva da eficiência destacada pelos utilitaristas.

IGUALDADE E EQÜIDADE EM SAÚDE

Todo ser humano é impar, é único. O espaço social é necessariamente um espaço de convivência da pluralidade. Diversidade social ou diferenças sociais são realidades distintas que requerem intervenções também distintas.

Para os juristas, o termo eqüidade seria a própria problemática da realização da justiça.

Mesmo aplicando-se às áreas de conhecimento mais próximas ou mais diretamente relacionadas à saúde pública, são várias as concepções de eqüidade.

Também o termo *eqüidade* padece do mesmo problema que o termo *igualdade*, quanto às diferentes conotações ao longo do tempo e conjuntura local. Nunca antes se deu tanta importância à *eqüidade*, quanto a partir de 90 no debate sobre políticas sociais, independentemente da corrente político-ideológica.

O conceito de eqüidade no início da década de 80 ou mesmo nos anos 70, era concreto, claro e consensual. Para o movimento de reforma sanitária nessa época, eqüidade representava uma reivindicação democrática, em oposição às políticas sociais implementadas durante o regime militar, mesmo que suas raízes fossem anteriores. Eqüidade significava a negação da distinção de tratamento por tipo de clientela: um destinado aos indigentes e prestado pelos programas de saúde segmentados e verticais do Ministério da Saúde, e outro, prestado pelo INAMPS, com serviços dirigidos para os trabalhadores da economia formal, situação considerada e denunciada como inadmissível à condição de cidadania. Segundo Nogueira, “*o princípio da eqüidade aparece aí, expresso numa maneira positiva e plenamente compreensível para todos – como a garantia dada pelo estado de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde*”.

Avalia ainda que foi possível alcançar bons resultados por que nesse período a proposta de eqüidade reunia dois pré-requisitos básicos: a) identificava e opunha-se a uma condição concreta de iniquidade e b)

tinha como base social um amplo movimento de reforma ou mudança em um campo bem definido das relações entre Estado e sociedade.

Finalmente reconhece que a equidade pode sim ser expressa por uma afirmação geral, na forma de um direito, mas que qualquer definição será sempre provisória *“na medida em que está associada a uma condição prévia, que é recusada e modificada mediante o movimento ético-político”*.

“Igualdade é o princípio pelo qual todos os cidadãos podem invocar os mesmos direitos”, (Houais, 1977) e tem base no conceito de cidadania. A desigualdade, ao contrário é sinônimo de injustiça, iniquidade, quando os direitos fundamentais e a dignidade são feridos.

A Constituição Federal de 1988 é igualitária ao definir como objetivos nacionais a erradicação da pobreza, da marginalização e redução das desigualdades regionais, pois que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza.

No entanto, o princípio da equidade reconhece as diferenças individuais, que os indivíduos enfrentam situações diferenciadas e a necessidade de tratamento diferenciado, que visem pelo menos a redução dessas desigualdades. Assim, nem toda desigualdade se configura como uma iniquidade no sentido de uma “desigualdade injusta”.

Desigualdades em saúde são aquelas consideradas desnecessárias e redutíveis, entendendo-se como Rawls, que “o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente” segundo Medeiros (1999).

O critério de Rawls, que caracteriza a “desigualdade justa” inerente à equidade, é conhecido como o “axioma de Maximim”, significando o favorecimento da situação dos mais desfavorecidos e como já visto anteriormente, critica o conceito utilitarista segundo o qual, a justiça de uma alocação se dá em função do somatório das utilidades dos indivíduos envolvidos. Para o utilitarismo, é considerada melhor uma alocação que maximiza as utilidades individuais. Para Rawls, é considerada mais justa a alocação que tenha a capacidade de aumentar o nível de utilidade do indivíduo em piores condições. A soma das utilidades individuais é pois, substituída pela hierarquia de condições dos indivíduos.

De qualquer forma, até pela subjetividade do conceito de utilidade do indivíduo, fica a dificuldade prática de se tomar decisões alocativas distributivas, com base na comparação entre indivíduos, conforme suas utilidades hierarquizadas ou não.

Mas para o utilitarista moderno, em relação às desigualdades econômicas, seu propósito é a de maximizar seus efeitos sobre o todo, sobre o mundo social. Dessa forma, são justas as desigualdades que se mostrem funcionais à maximização da utilidade social ou que se apresente como a melhor perspectiva para todos ou, grosseiramente falando, seria o bem-estar.

Se todos tivessem essa percepção, a visão utilitarista viria de encontro da libertariana, pois seria a escolha de todos.

De qualquer forma, pode-se, como West, em “Introdução à economia da Saúde”, (1979), definir duas formas de equidade: a que supõe “tratamento igual para iguais” e a que supõe “tratamento desigual para desiguais” quando o tratamento igual nem sempre é equitativo. No caso da saúde, a primeira forma fica prejudicada, pois sempre será mais equitativo proporcionar melhores cuidados ao indivíduo mais vulnerável, principalmente se considerarmos, que nunca são encontrados pacientes em situações iguais.

Cabe ainda, lembrar a diferença entre equidade em saúde e equidade no consumo dos serviços de saúde, pois que apresentam determinantes diferentes.

O primeiro admite que os indivíduos têm direito a quantidades iguais de bens e serviços, independente de suas características particulares. O acesso aos serviços públicos de saúde se dá, nesse caso de acordo com as necessidades dos indivíduos e independe de seus recursos para obtenção desses serviços em outra instância. É um caso comum nas regulamentações jurídicas orientadas pelas máximas de igualdade perante a lei.

O segundo reconhece a diferença entre os indivíduos e propõe que a distribuição de bens e serviços seja feita de forma a reduzir as desigualdades entre eles. A equidade no consumo de serviços, nem sempre resulta em equidade na situação de saúde.

De acordo com Marcelo Medeiros (IPEA, 1999), decisões alocativas baseadas no princípio da igualdade fundamentam as estratégias de universalização de políticas, enquanto decisões baseadas na equidade geralmente implicam focalização das políticas sociais.

Em países democráticos, a justiça das decisões exige em primeiro lugar, clareza nas diretrizes que orientam as políticas públicas para se evitar medidas discricionárias. E clareza de diretrizes exige a explicitação dos paradigmas de justiça subjacentes, mesmo reconhecendo que numa política os dois princípios – igualdade e equidade – são utilizados freqüentemente de forma alternada e contraditória.

A universalização garante serviços indiscriminadamente, mas é mais cara e, a depender do regime de contribuição para o sistema, tem efeito menor de redução da estrutura de desigualdade da sociedade. O público alvo dos programas universais geralmente é mais extenso e, em países como o Brasil, onde a utilização dos serviços é grande, isso deve representar uma maior participação no orçamento dos recursos dirigidos para programas sociais.

A focalização pode favorecer aquela classe ou grupo em maior desvantagem, em um primeiro momento, por meio de programas de menor extensão, mais dirigido, portanto, de menor custo total. Além de serem, teoricamente, mais fáceis de administrar.

No entanto, é bom lembrar que alguns exemplos mostram que a adoção de estratégias de focalização dos serviços públicos na população pobre pode implicar perdas para alguns setores da sociedade como, por exemplo, a classe média que reage com a retirada de apoio para essas políticas. Nesse caso, a adoção de estratégias de políticas de focalização pode resultar, no longo prazo, em desvantagem para a população pobre, devido ao seu baixo poder de pressão. Assim, a classe média funciona não como concorrente, mas como aliada.

Segundo Marcelo Medeiros (IPEA, 2000), a separação entre estes princípios não se apresenta na distinção de direitos entre indivíduos, mas na forma como esse direito é atendido, o que resulta em perspectivas diferentes em relação a regras distributivas. E que seja qual for a estratégia, tem implicações diretas na estrutura de desigualdades da sociedade em pauta, nos custos dessa política e na estrutura administrativa para implementá-la e controlá-la, mas a longo prazo, as conseqüências podem ser absolutamente diversas do almejado. Lembra ainda que, a saúde de um indivíduo pode interferir na saúde dos demais e que devido a essas chamadas externalidades, “tanto estratégias de focalização são capazes de produzir impactos universais como estratégias de universalização podem ser a forma mais eficiente de beneficiar grupos populacionais específicos”.

3. METODOLOGIA

3.1 - NA EXPLICITAÇÃO DAS DESIGUALDADES

No Brasil, em que pese grande preocupação dos gestores com critérios de alocação de recursos federais entre estados e municípios, as dificuldades de planejamento, próprias de um país instável economicamente (inclusive das fontes de financiamento da política de saúde), assim como as dificuldades metodológicas de aplicação do Artigo 35 da Constituição Federal de 88 ou a inexistência de um consenso sobre critérios a serem utilizados, redundam em decisões ainda limitadas.

O fato é que de forma geral, a distribuição dos recursos de custeio da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar ainda toma por base, o valor gasto em anos anteriores em função da produção efetuada por cada município, quando não por cada serviço.

Pesquisa desenvolvida pela Fundação da ENSP – Escola Nacional de saúde Pública, sob coordenação da Prof. Silvia Marta Porto, avalia os alcances e limitações de duas diferentes metodologias de alocação geográfica de recursos financeiros, que tem por objetivo o alcance de uma distribuição mais equitativa dos recursos do Ministério da Saúde entre as instâncias estaduais e municipais.

A primeira, formulada a partir de um modelo de demanda utilizado na Inglaterra, que estima, as necessidades “legítimas” de saúde que determinam a utilização de serviços de saúde, neutralizados os efeitos da oferta de serviços. A segunda proposta estima as necessidades de saúde a partir de variáveis epidemiológicas e sócio-econômicas que expressem as condições sanitárias das diferentes populações.

Sinteticamente, avalia que todas as propostas metodológicas para distribuição equitativa de recursos financeiros, segundo áreas geográficas:

a) tomam como ponto de partida as correspondentes bases populacionais.

b) reconhecem a necessidade de considerar as desigualdades existentes entre as estruturas populacionais dimensionadas em função das variáveis sexo e idade. Sabe-se que as necessidades das pessoas mudam segundo sua idade e sexo, pelos diferentes perfis de morbidade.

c) reconhecem a necessidade de considerar as desigualdades entre os custos médios dos tratamentos demandados pelas diferentes faixas populacionais.

d) a realização de cálculos distributivos para cada tipo de serviço de saúde de forma também comum: a média ponderada das distribuições por tipo de serviço, sendo o fator de ponderação a participação do gasto por cada tipo de serviço no ano anterior, sobre o total distribuído nesse mesmo ano.

e) reconhecem que para uma distribuição eqüitativa de recursos é imprescindível incorporar um indicativo de necessidades das populações das distintas áreas geográficas. Os próprios pesquisadores observam, no entanto, que é na forma de definição desse indicativo de necessidade que as propostas se diferenciam e nenhuma delas consegue captar totalmente todos os aspectos e a complexidade das necessidades de saúde das populações.

f) a alocação de recursos deve ser realizada a partir de sucessivos ajustes da base populacional, levando em conta o perfil demográfico, as desigualdades entre os custos e as desigualdades entre as necessidades de saúde.

Além disso, testam a aplicabilidade de algumas experiências internacionais para o caso brasileiro, em especial a metodologia utilizada na Inglaterra por ser a mais antiga, com resultados considerados inadequados para nossa realidade, redundando no aumento da iniquidade.

A partir dessa análise a mesma equipe desenvolveu uma metodologia para seleção de indicadores epidemiológicos como indicativo da necessidade e buscando controlar os reflexos das condições de oferta de serviços, na análise da eqüidade na alocação de recursos da saúde. Os resultados dessa nova metodologia demonstraram que os indicadores que produzem maior impacto redistributivo são os indicadores sócio-econômicos – Taxa de pobreza e Taxa de Analfabetismo e a redistribuição se dá fundamentalmente das regiões Sul e Sudeste em favor das regiões Norte e Nordeste, reconhecidamente com piores condições sanitárias. Quando utilizados os indicadores epidemiológicos como proxy de necessidade – Mortalidade geral padronizada por sexo e idade e Mortalidade infantil, a redistribuição ocorre principalmente entre a região Sudeste em favor da região Nordeste. Portanto, abordagem metodológica mais adequada ao caso brasileiro deve tomar como indicativos de necessidade, as variáveis epidemiológicas e sócio-econômicas.

Nesse trabalho, tomou-se como referência essas observações e buscou-se em especial a simplificação dos indicadores e cálculos envolvidos e a facilidade de acesso dos dados, mesmo reconhecendo as insuficiências das fontes.

Resultou dessas opções, uma cesta de indicadores de uso mais comum na prática cotidiana da gestão de sistemas, que representam as seguintes dimensões:

3.1.1 - INDICADORES DAS NECESSIDADES EM SAÚDE:

Normalmente, as variáveis sócio-econômicas relacionadas ao processo saúde-doença são consideradas aproximações das causas das necessidades em saúde de uma determinada população, como por exemplo, a taxa de desemprego, índice de alfabetização, do nível de pobreza, das condições e do padrão de vida. A finalidade aqui é o de buscar um indicador que implicitamente possa relacionar as condições de saúde com a qualidade de vida.

Apesar das evidentes dificuldades de se estabelecer consensos quanto à composição de marcadores representativos do nível de desenvolvimento social, como a escolha das séries de estatísticas sociais; suas unidades de medida e principalmente nos pesos atribuíveis a cada série estatística na formação de um índice sintético, buscou-se organizar um conjunto menor de variáveis que captasse as necessidades determinadas pelas causas sociais.

Mesmo considerando a possibilidade de existir uma alta correlação entre as próprias variáveis sócio-econômicas, a seleção dos indicadores se deu pelos seguintes critérios, além da sua adequação ao objetivo deste trabalho: clareza, simplicidade de cálculo, facilidade de obtenção, periodicidade anual.

Sempre que possível procurou-se também indicadores com um tempo de disponibilização de mais de 04 anos, que permitisse fundamentar uma análise pelo menos quanto à sua evolução ou tendência.

Buscou-se ainda usar pelo menos um indicador para cada dimensão enfocada, mas para manter um número restrito de variáveis, foram selecionados os mais comumente aceitos na nossa prática cotidiana como representativos das condições de vida da população, abarcando em especial, as condições de saneamento, educação e renda. Foi acrescentado ainda, um indicador dedicado a retratar a situação da criança, por sua essencialidade na descrição das condições de vida da nossa sociedade atualmente. Essa primeira dimensão - das condições de vida - ficou composta, então, dos indicadores básicos de saneamento, educação, criança e renda, seguintes:

1. Taxa de analfabetismo (Percentual da população de 15 e mais anos de idade)
2. Razão de Renda (Número de vezes que a renda agregada dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres)
3. Taxa de pobreza (Percentual da população com renda familiar *per capita* até meio salário mínimo)
4. Taxa de desemprego (Percentual da população de 10 e mais anos de idade desocupada)
5. Trabalho infantil (Percentual da população de 10 a 14 anos de idade ocupada)
6. Percentual da população urbana com coleta de esgoto sanitário
7. Percentual da população urbana com coleta regular de lixo.

3.1.2 – SELEÇÃO DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

Os indicadores epidemiológicos são fundamentais para a análise quantitativa das condições de saúde. Tendo em vista que o perfil de morbi-mortalidade brasileiro obedece a um padrão misto onde pode ser observado doenças relacionadas à pobreza ao lado de doenças relacionadas ao desenvolvimento (Minayo, 1995), tentou-se considerar indicadores que conjugassem ambos os aspectos.

Reconhecidamente a mortalidade infantil é o indicador mais sensível e mais utilizado para caracterizar a qualidade de vida e as condições de saúde da população. Visando caracterizar melhor a situação de mortalidade entre os menores de um ano, esse indicador foi desdobrado em outros, dada às diferenças das causas básicas observadas em geral, na dependência do período da ocorrência do óbito. Há maior influência dos fatores exógenos, na mortalidade pós-neonatal e de fatores endógenos como a assistência médica ao parto, à atenção pré-natal e ao atendimento ao recém-nascido na Taxa de Mortalidade neonatal precoce (correspondente aos óbitos ocorridos desde o nascimento até o sexto dia de vida) e Taxa de Mortalidade neonatal tardia, (englobando óbitos ocorridos do sétimo até o vigésimo sétimo dia de vida).

Também a mortalidade proporcional por doenças diarreicas em menores de cinco anos, é utilizado por ser considerado um indicador relacionado à pobreza, pelo fato de em geral estar associada à desnutrição, à falta de saneamento e à deficiência de cuidados primários, refletindo bem as condições de vida.

E finalmente, visando inferir sobre todas as estruturas populacionais dos estados federados, foi incluído o indicador de longevidade.

Em síntese, para o desenvolvimento de um índice que sintetizasse o perfil epidemiológico da população de cada estado brasileiro, foram selecionados:

1. Esperança de vida ao nascer
2. Taxa de Mortalidade infantil (Número de óbitos infantis por 1000 nascidos vivos), com análise da Taxa de mortalidade neonatal precoce (Número de óbitos na idade de 0 a 6 dias, por 1000 nascidos vivos, da Taxa de mortalidade neonatal tardia (Número de óbitos na idade de 7 a 27 dias, por 1000 nascidos vivos) e da Taxa de mortalidade pós-neonatal (Número de óbitos na idade de 28 e mais dias, por 1000 nascidos vivos)
3. Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos (Percentual de óbitos informados)

Para essas duas dimensões, preferencialmente, pretende-se a utilização como fonte o IDB/RIPSA - Indicadores e Dados Básicos para a Saúde/Rede Inter-agencial de Informações para a Saúde, que tem

disponibilizado informações consistentes, anualmente, integrando dados do Ministério da Saúde, IBGE e IPEA e com a participação da OPAS/OMS, pela opção de utilizar como critério para seleção dos indicadores, aqueles passíveis de serem construídos a partir das bases de dados nacionais operadas pelo Ministério da Saúde e que sejam de periodicidade anual e de fácil obtenção por parte dos gestores.

3.1.3 - INDICADORES DE ACESSO DA POPULAÇÃO AO SISTEMA DE SAÚDE

Os pressupostos de avaliação dos sistemas e serviços de saúde, em geral, têm apresentado como preocupação central os aspectos referentes à eficácia, eficiência ou efetividade, em conjunto ou separadamente e poucos estudos enfocam a equidade no acesso. Reconhecendo que a avaliação de sistemas de saúde requer tanto enfoques extensivos que envolvem inúmeros atributos e indicadores, como enfoques intensivos que exigem investigação em profundidade, o esforço deve ser, para esse trabalho, o de identificar as dimensões historicamente utilizadas, mesmo correndo o risco de cair no simplismo do “avaliar as mesmas coisas para manter a comparabilidade”.

Partindo dessa premissa e considerando que os objetivos da prestação de serviços, isto é, a própria existência da rede de serviços, da equipe de profissionais e das ações e serviços realizados, são os de promover ou melhorar a saúde das pessoas, é aceitável que a capacidade instalada e disponibilidade de recursos humanos e de sejam considerados como indicadores das condições de acesso ao sistema e da resposta do poder público às demandas de saúde da população.

Enfim, se o primeiro grupo de indicadores – sócio-econômicos e epidemiológicos - pretende focar a análise da chance do indivíduo ficar doente, esse segundo grupo se refere à possibilidade do indivíduo ter acesso ao cuidado quando já está doente, o que reflete a possibilidade de consumo nos diversos estados brasileiros.

Para tal, pretende-se abarcar pelo menos dois blocos de indicadores que, expressem, indiretamente, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Foram utilizados os seguintes indicadores: “Oferta do Número de médicos para cada 1000 habitantes” e de “Leitos hospitalares para cada 1000 habitantes” além da “Cobertura populacional para internações para cada 100 habitantes” e “Cobertura vacinal em menores 1 ano”.

Pelos mesmos critérios já enunciados, para esses indicadores, a fonte preferencial de dados será obtida na base do Sistema de Informação ambulatorial e Hospitalar do Ministério da Saúde e Indicadores e Dados Básicos para a Saúde - IDB/RIPSA -. Especificamente para vacinação, deverão ser utilizados dados do PNI – Programa Nacional de Imunizações. Para informações referentes à distribuição de Recursos Humanos, o PNAD: dados de entrevistas domiciliares realizadas por ocasião dos Censos Demográficos ou das Pesquisas Nacionais de Amostra por Domicílio.

3.1.4 - VALIDAÇÃO

Pelo estopó desse trabalho, optou-se, pela não introdução de métodos qualitativos e subjetivos que contemplassem melhor as dimensões do atributo avaliado. Pretende-se resultados expressos com clareza e precisão, mas reconhecendo que são sempre reflexos das concepções do desejável e do possível, que traduzem ideologias e avaliação da correlação de forças, ou seja, julgamento de valores individuais e/ou sociais.

Enfim, esse estudo não tem a pretensão de neutralizar todos os fatores confundidores, tais como, aqueles que interferem nos indicadores ou no quadro de morbi-mortalidade de uma população.

Qualquer técnica subjetiva que pudesse ser utilizada na validação dos indicadores selecionados foi secundarizado neste estudo, por representar um prejuízo menor no rigor metodológico, considerando o tempo necessário para sua aplicação e o disponível e principalmente, ao se considerar que o fundamental é contribuir na tomada de decisões pelos gestores do sistema, em geral premidos pelo tempo político da administração.

Com o objetivo de validar a composição final dos indicadores e do modelo normativo de necessidade-padrão propostos, deverão ser considerados técnicas de quantificação de risco, através de estudos de fatores de risco - para fundamentar a força das associações, quando necessário - e orientações oriundas de estudos/práticas reconhecidos e bem aceitos, quando houver, para algum dos indicadores propostos.

Eventualmente, podem ser considerados alguns indicadores demográficos para fundamentação de análises dos indicadores epidemiológicos.

3.2 –NA AVALIAÇÃO DO GRAU DE DISPARIDADE ENTRE OS ESTADOS

Nessa sessão deve-se investigar o grau de disparidade interestadual das condições de vida no Brasil. Se se pretende uma diretriz de busca de equidade na alocação de recursos entre os diversos sistemas estaduais de saúde, ela deve ser traduzida pragmaticamente na análise comparativa da situação de cada estado, em relação aos demais.

3.2.1 - TRATAMENTO DOS INDICADORES DAS CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E ACESSIBILIDADE

Tomando como referência a idéia de Indicadores Sociais de Drewnowski (1974) e das proposições feitas no “Relatório sobre o Desenvolvimento Humano da ONU de 1999” – Nota Técnica 02 - o tratamento dos indicadores das condições socioeconômicas, epidemiológicas e de acesso (oferta/utilização), segue três etapas básicas:

Na primeira etapa, são escolhidos os indicadores a serem utilizados e é definido como esses indicadores serão agrupados em blocos. O QUADRO I apresenta a escolha dos indicadores das condições de vida determinantes das condições de saúde, os correspondentes às condições epidemiológicas e os indicadores das condições de acessibilidade, de cada estado.

Para efeito deste trabalho, os Indicadores sócio-econômicos baseiam-se em 07 indicadores representativos das três aspectos: condições sanitárias do meio ambiente, educação e renda e trabalho infantil. Os Indicadores Epidemiológicos e Demográficos baseiam-se em mais 03 indicadores, buscando abarcar um leque maior de dimensões das condições de vida de uma dada população. Os Indicadores de Acesso baseiam-se em dois aspectos quais sejam, os de oferta de serviços e recursos humanos e de cobertura populacional ou utilização de serviços.

Essas três dimensões poderiam, pela Lei nº 8080, constituir-se como critérios na distribuição dos recursos financeiros federais para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar e sua análise será realizada por tipo de assistência: hospitalar e ambulatorial, sendo o último analisado por nível de complexidade: atenção básica, de média e alta complexidade.

A segunda etapa consiste em transformar os diversos indicadores em índices cujos valores variem entre zero e um, de tal forma que valores mais elevados indiquem melhores condições de vida.

Para se obter, a partir de um indicador, um índice com essas características seguiu-se as seguintes etapas:

- escolher o pior e o melhor valor encontrado do indicador no universo analisado. Pode-se utilizar também como o intervalo de variação em que se espera ou que se recomende, que este deva recair para todos os efeitos práticos com a definição do limite máximo como o padrão-ouro e como mínimo, o limite do aceitável determinado teoricamente, mas para vários indicadores prevê-se dificuldade de consenso exigindo outros métodos de validação;

- com base no valor observado para o indicador e nos limites estabelecidos para ele, obter o índice através da fórmula:

$$\text{Índice} = \frac{\text{valor observado para o indicador} - \text{pior valor}}{\text{melhor valor} - \text{pior valor}}$$

Esta expressão garante que o índice sempre permaneça entre zero e um, ao menos enquanto o valor observado pelo indicador permanecer dentro dos limites estabelecidos.

Além disso, quanto mais o valor observado se aproximar do valor delimitado como melhor, mais o índice tenderá para o valor um. Na situação oposta, quando o valor observado se aproximar do pior valor, o índice tenderá para zero (pior situação).

No mesmo QUADRO I incluído ao final dessa seção, serão apresentadas também as escolhas para o pior valor e para o melhor valor (valores fixos para as variáveis) correspondente a cada um dos indicadores utilizados na construção do Índice das condições de vida e saúde. Quando uma dimensão for composta por mais de um indicador, o cálculo da média simples destes, fornece o valor agregado da dimensão em pauta.

Como a terceira e última etapa de construção do índice sintético poderia ser atribuído um peso a cada indicador. Quando são utilizados vários indicadores organizados em blocos, deve-se num primeiro nível, dentro de cada bloco, escolher-se um peso para cada um dos indicadores que compõem o bloco. Com

base nesses pesos obtém-se um índice sintético para cada bloco. Num segundo nível, escolhe-se um peso para cada índice sintético de cada bloco e, com base nesses pesos e nos valores dos índices sintéticos, compõe-se o índice sintético geral.

Nesse estudo, não foi dado peso diferente aos blocos, dada a opção pela simplificação do mesmo com conseqüente redução do número de indicadores selecionados em comparação com o utilizado geralmente, em outros estudos.

3.2.2 - MEDIDAS DA AFERIÇÃO DAS DESIGUALDADES

Três alternativas são relacionadas e serão avaliadas as vantagens e desvantagens de cada uma delas:

a) risco relativo - medidas relativas baseadas na construção de razões de risco, entre cada uma das categorias (indicadores agrupados) e a categoria de referência.

b) risco atribuível ou risco atribuível populacional - medidas relativas e absolutas de diferença de risco entre cada uma das categorias e a categoria de referência.

c) Índice de concentração, distribuição ou dissimilaridade, assemelhados ao Índice de coeficiente de Gini e Curva de Lorenz.

Com base nesses critérios e buscando melhor adequação ao objetivo do estudo, nesse trabalho serão aplicados - seletivamente, aos indicadores das diferentes dimensões de desigualdades, diferentes medidas de aferição. Para tanto, deverá ser definido um valor de referência.

3.2.3 - DEFINIÇÃO DO VALOR DE REFERÊNCIA:

Assim como para a seleção dos indicadores, metodologicamente, para a definição do valor de referência deverá levar em conta a simplicidade de cálculo, facilidade de construção e visualização.

Para o cálculo das medidas de diferença, podem ser utilizados três valores de referência de acordo com os indicadores cruzados:

- valor observado para um estado, que segundo as variáveis, apresente o melhor nível.
- valor nacional, como a média da realidade brasileira.
- menor ou o maior valor observado em cada microrregião, como o indicador das possibilidades existentes em cada uma delas, tomando estas, como estados com risco homogêneo ou condições assemelhadas.

3.2.4 – UNIDADE DE ANÁLISE

Para qualquer dimensão foi definido o enfoque às desigualdades geográficas - unidades da federação - como unidade de análise, devido à sua essencialidade para formulação e implementação de políticas que reorientem a distribuição espacial de ações e serviços de saúde. Outras categorias como gênero, idade, ou cor, etc, não têm a mesma relevância para esse estudo, ou dependem de bases de dados geradas apenas eventualmente.

3.3 – AVALIAÇÃO DO PERFIL DE ALOCAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

O perfil de alocação de recursos financeiros federais é elemento fundamental para a análise comparativa da equidade do sistema, entendendo que a distribuição de recursos federais entre os estados deveria ser condicionado pelo grau de necessidades em saúde e levando-se em conta as limitações das intervenções com aporte de recursos locais, por reconhecer que a disponibilização de recursos financeiros federais, não raro, é essencial na viabilização da oferta de serviços e do seu acesso e utilização por parte da população.

Para se observar o perfil de alocação dos recursos federais serão utilizados os recursos destinados ao custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, que representa quase 60% do total federal e sua análise será realizada por nível de complexidade: atenção básica, de média e alta complexidade.

3.3.1 - NA ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DESTINADOS À ATENÇÃO BÁSICA:

Como o critério de alocação desses recursos é basicamente, fixado em valores *per capita*, não teria muito sentido usar, como análise, a comparação de valores entre estados. Prevê-se então breves considerações

sobre o impacto da implantação do PAB nas deferentes regiões e da proporção do gasto com a atenção básica em relação ao gasto total com a assistência à saúde e deste em relação ao gasto público no Brasil.

3.3.2 - NA ANÁLISE DO PERFIL DE DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE:

- Será realizada uma análise comparativa com a definição dos níveis de consumo/utilização de serviços, construída a partir da observação sobre as séries históricas da produção ambulatorial de média complexidade dos estados, através dos valores pagos com recursos federais, por procedimentos da tabela atual do SIA-SUS, reagrupados numa lógica coerente com o processo de regionalização da assistência, com agregação de procedimentos por nível de complexidade tecnológica e por profissional nuclear necessário à realização da atividade; portanto será considerado o levantamento da produção ambulatorial dos estados na abertura resultante dos elencos de procedimentos re-agrupados - base janeiro a dezembro de 200 e o levantamento dos valores financeiros pagos com recursos federais à produção ambulatorial dos estados, na abertura do novo re-agrupamento - base de janeiro a dezembro de 2001.

3.3.3 - PARA ANÁLISE COMPARATIVA DA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS PARA A ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:

Na avaliação da equidade da alocação de recursos para o custeio da assistência ambulatorial de alto custo, entre regiões de menor abrangência, como entre os municípios de um estado, em geral não são utilizados valores expressos em *per capita* para comparação. Visto as características de sua distribuição no território, por seu custo e complexidade, exigem economia de escala e seus valores, expressos em *per capita*, seriam muito pequenos na maioria dos municípios brasileiros. No entanto, em se tratando de agregados populacionais por unidade federada, tanto a unidade de medida “número de pacientes por 100.000 habitantes” como a distribuição financeira em ‘*per capita*’, refletem bem a possibilidade de acesso da população aos serviços e seu financiamento. Será analisado em especial, os recursos destinados à Terapia Renal Substitutiva.

Da mesma forma, na avaliação da equidade da alocação de recursos para o custeio da assistência hospitalar tanto poderá ser utilizado valores *em per capita* como a cobertura, isto é número de internações por 100 habitantes.

Finalmente, na quarta seção, são analisadas as desigualdades entre os estados quanto às condições de vida e saúde da sua população, ao acesso da população aos serviços de saúde e a correlação destes com o perfil de gasto do sistema de saúde brasileiro.

Para cada indicador será analisada a situação do mesmo no Brasil e de forma comparativa entre os estados. Sempre que necessário e possível sua evolução é observada, entre o início e final da década de 90.

Pretende-se como método geral, integrar a análise estatística e interpretativa, incorporando sempre que disponíveis outras informações contextuais do sistema.

O Quadro II a seguir sintetiza os indicadores selecionados como variáveis a serem analisadas, para cada um deles os extremos observados entre os estados, a média Brasil encontrada e o Índice agregado.

QUADRO I
 CESTA DE INDICADORES PARA EXPLICITAÇÃO DAS DESIGUALDADES

INDICADORES DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE	Índice melhor	Índice pior	Média	Índice
Taxa de analfabetismo	5,68	33,39	36,23	0,71
Razão de Renda	16,26	34,49	42,62	0,46
Taxa de pobreza	9,09	57,39	61,94	0,66
Taxa de desemprego	3,40	18,70	20,40	0,59
Trabalho infantil	4,12	35,80	37,86	0,60
Percentual da população com esgoto	89,32	17,54	62,20	0,58
Percentual da população com coleta de lixo	96,02	32,79	80,80	0,69
Esperança de vida ao nascer	71,60	63,16	98,96	0,64
Mortalidade infantil	15,10	66,10	73,65	0,72
Mortalidade proporcional por diarreia	1,95	17,61	18,59	0,74

INDICADORES DAS CONDIÇÕES DE ACESSO DAS CONDIÇÕES DE OFERTA E UTILIZAÇÃO	Índice Melhor	Índice pior	Média	Índice
Número de médicos/1000 hab.	3,20	0,38	1,98	0,27
Leitos hospitalares /1000 hab.	4,41	1,42	2,90	0,48
Percentual de cobertura para internações	9,59	4,90	9,70	0,66
Cobertura vacinal - DPT - em menores 01 ano.	125,03	55,69	118,21	0,66

PADRÃO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA O CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA			
<i>Gastos per capita por tipo de serviço</i>	Maior	Pior	Média
Atenção Básica	33,28	15,16	21,98
Média complexidade 1 nível de referência M1	11,65	3,36	5,33
Média complexidade 2 nível de referência M2	8,46	2,1	4,83
Média complexidade 3 nível de referência M3	5,15	1,15	2,24
Alta complexidade	12,46	2,21	7,73
Internação Hospitalar	41,07	1,52	28,97

4 - ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS INDICADORES

4.1 - DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE

Indicadores sócio-econômicos

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2000, o Brasil encontrava-se entre os países de médio desenvolvimento humano. (Ver Nota Técnica 02). O valor do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH - para o Brasil é de 0,747, tendo subido de posição em relação a 1998, quando ocupava a 74ª posição, e 1997, quando obteve o posto 79º no “ranking” geral de 174 países estudados.

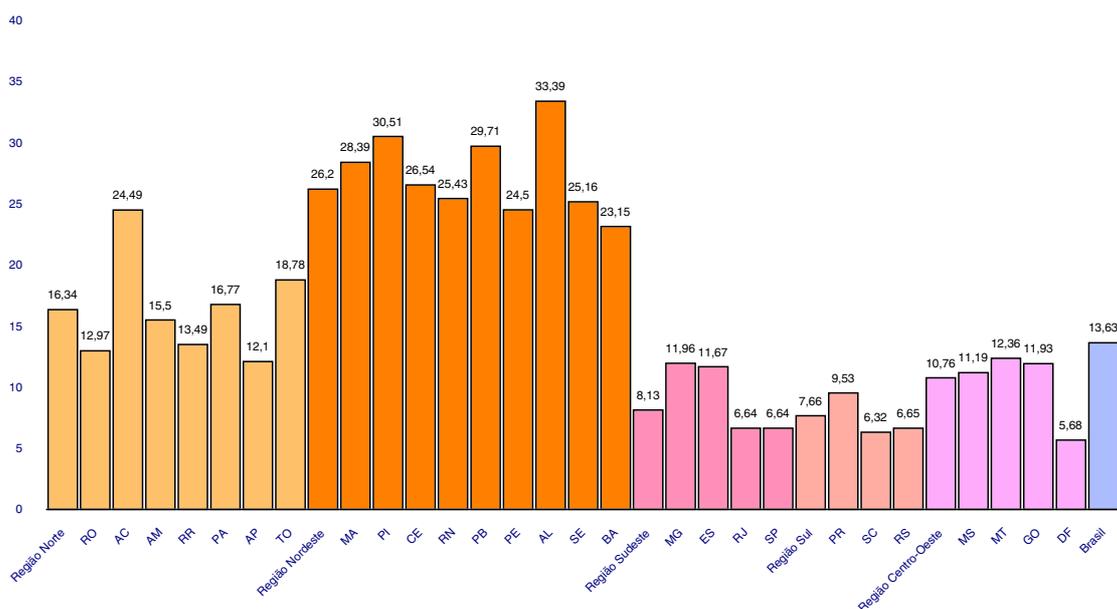
Avalia-se que a mudança de posição deveu-se principalmente à educação, que mais contribuiu para melhorar a performance do IDH, embora possa ser observado também um discreto incremento tanto da renda média dos brasileiros, quanto de sua expectativa de vida, de 66,8 para 67 anos¹², entre 1997 e 1998. A boa performance da educação é atribuída aos reflexos do indicador de alfabetização que aumentou de 84 para 84,5% e no indicador de matrículas combinadas nos três níveis de ensino, que aumentou de 80 para 84%.

No entanto, segundo dados do IBGE, ao se comparar a situação tanto desse indicador como dos demais selecionados para compor esse estudo, entre os estados brasileiros, observa-se persistente desigualdade:

a) **A proporção de pessoas analfabetas** na população residente maior de 15 anos, reduziu-se de 16,86% em 1992 para 13,63% em 2000. No entanto, grandes desigualdades são encontradas na proporção de analfabetos em pode ser observado no Gráfico 01.

Figura 1 - Taxa de Analfabetismo

Percentual da População Analfabeta com 15 anos e mais por UF 2000



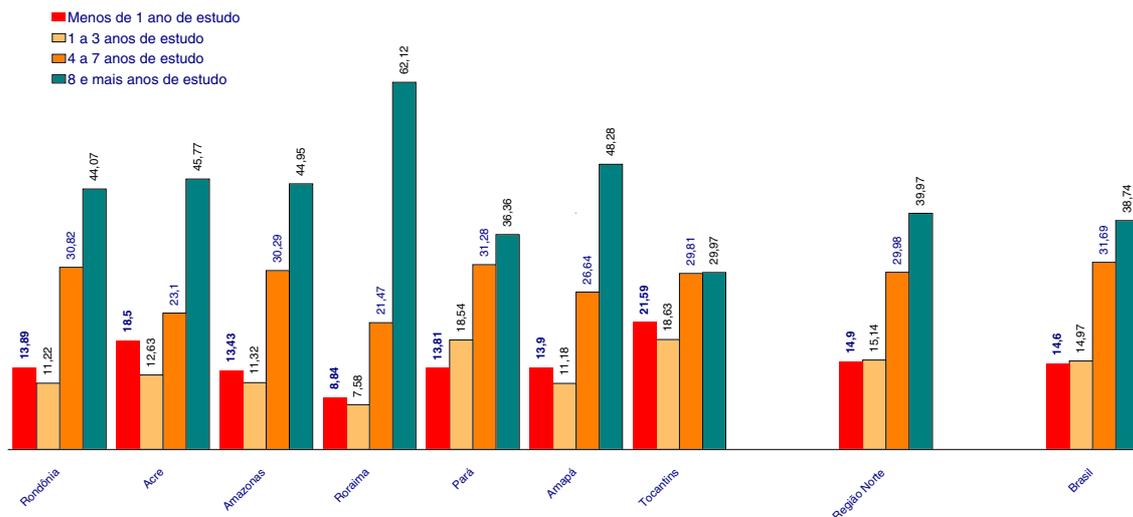
Fonte: IBGE/Censo Demográfico 2000 e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1997 a 1999

A proporção de crianças entre 07 e 14 anos que freqüentaram a escola em 1999 correspondeu a 96% e pode-se observar uma alta taxa em todas as regiões. Mas há grandes diferenças em relação à proporção de jovens que freqüentam o ensino secundário e as universidades: enquanto na região Sul, 52% dos jovens entre 15 e 17 anos, estão cursando o ensino médio e 32% dos que tem entre 18 e 25 anos, freqüentam o ensino superior, no Nordeste esses percentuais são de 20% e 10%, respectivamente.

No que se refere aos anos de escolaridade da população brasileira, quase 30% da nossa população ainda conta com menos de quatro anos de estudo. Na região Sudeste, o número médio de anos de estudo é de 6,2 anos enquanto na região Nordeste é de apenas 4,3 anos.

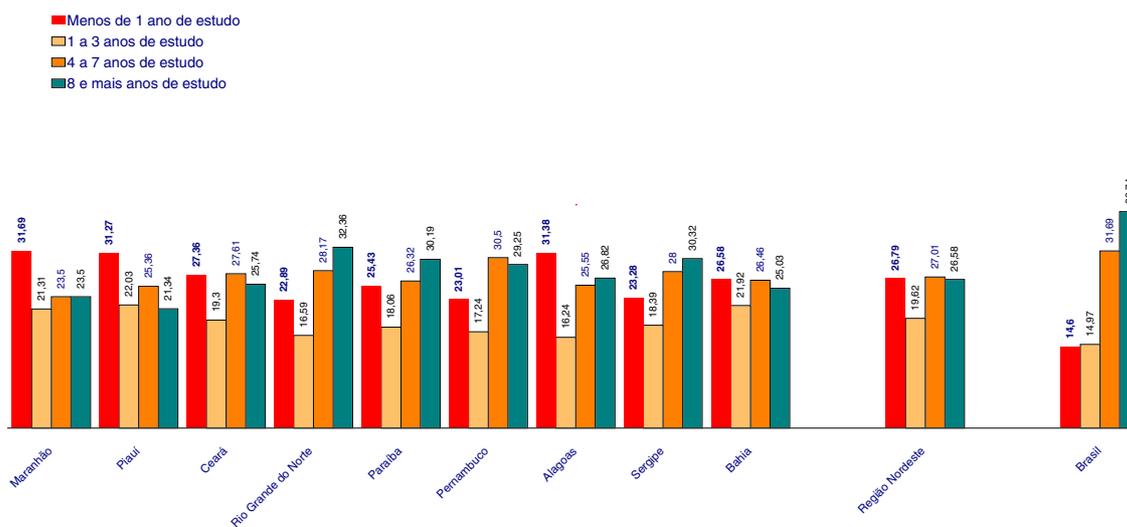
O percentual da população com menos de 1 ano de estudo é alta em todos os estados, mas atinge 26,79% na região Nordeste, onde o Rio Grande do Norte apresentou uma taxa de 32,36%, enquanto a média Brasil é de 14,60%. A melhor situação é observada na região Sul. Ver Gráficos 1 A, B, C, D, e E.

Gráfico 1 - Taxa de Escolaridade
 Percentual da População, Conforme Anos de Estudo, Região Norte - 1999



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

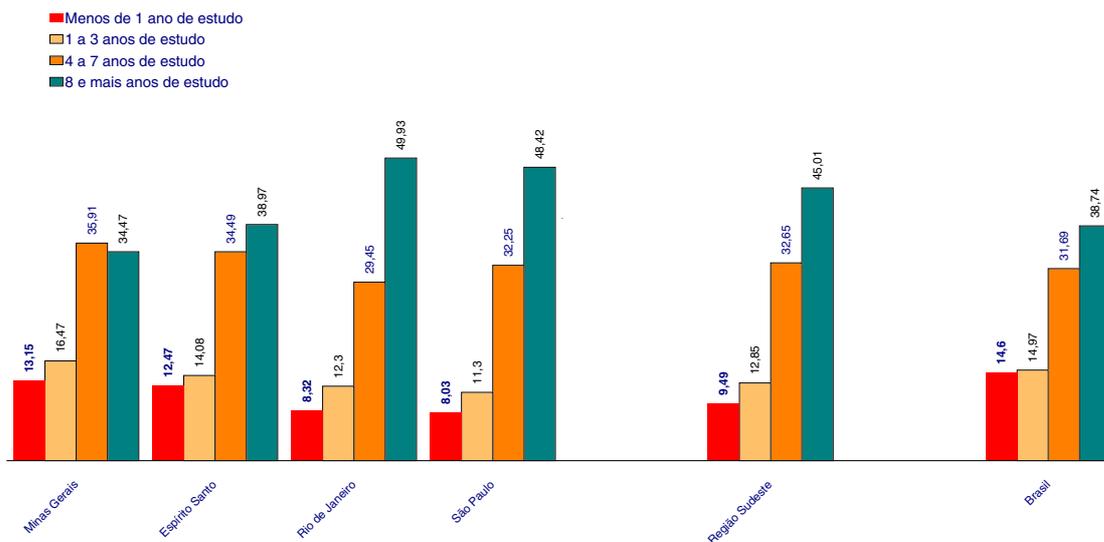
Gráfico 1B - Taxa escolaridade
 Percentual da População, Conforme Anos de Estudo, Região Nordeste - 1999



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

Gráfico 1C - Taxa escolaridade

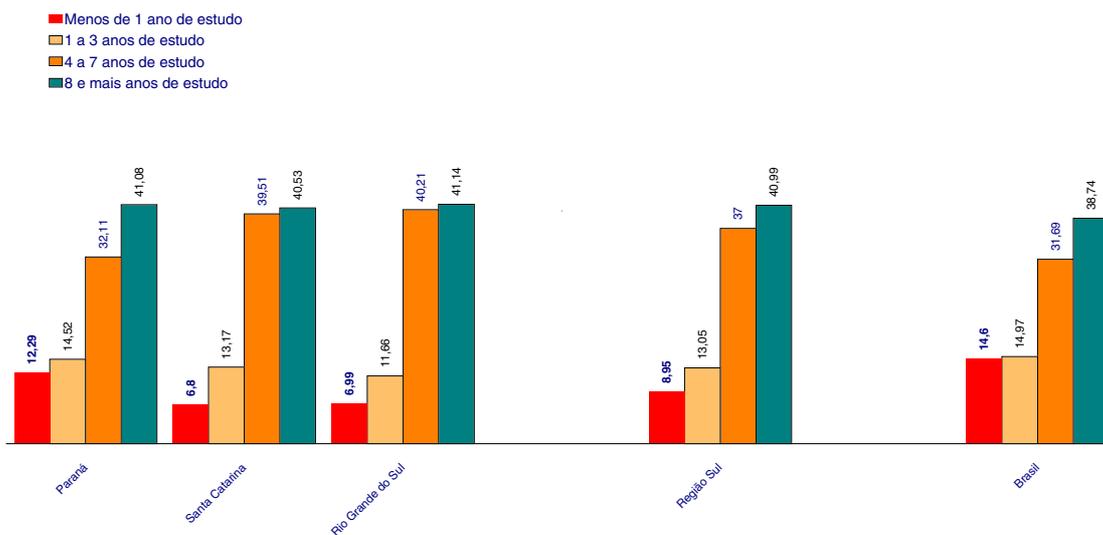
Percentual da População, Conforme Anos de Estudo, Região Sudeste - 1999



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

Gráfico 1D - Taxa escolaridade

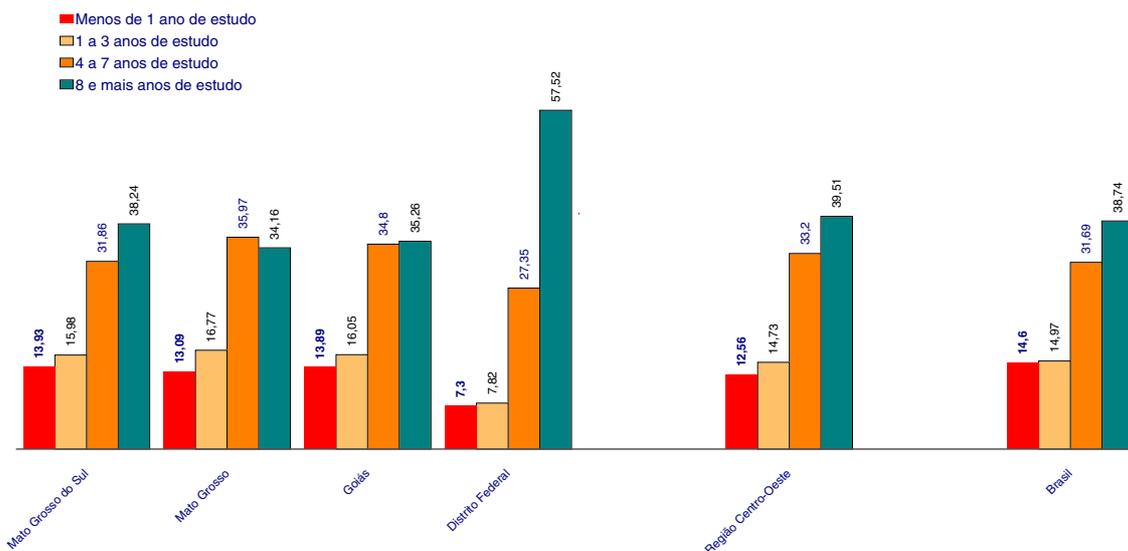
Percentual da População, Conforme Anos de Estudo, Região Sul - 1999



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

Gráfico 1E - Taxa escolaridade

Percentual da População, Conforme Anos de Estudo, Região Centro Oeste - 1999

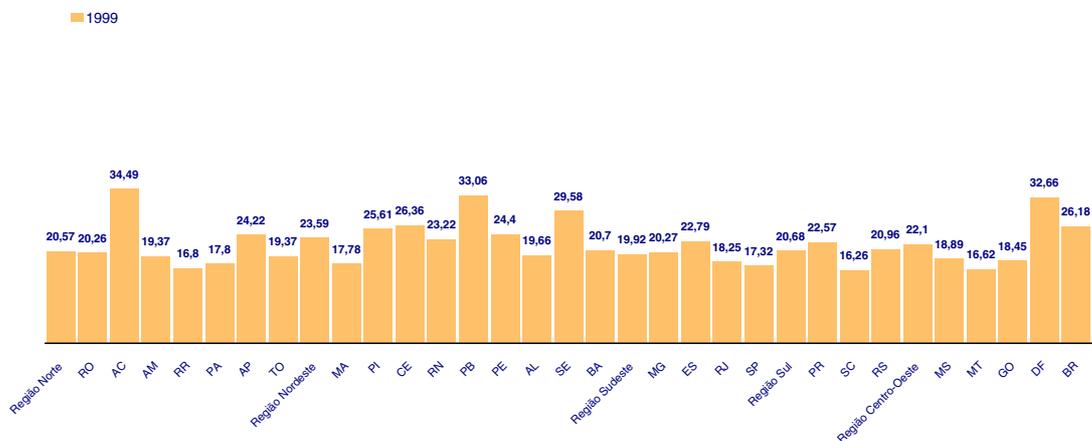


Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

b) O Gráfico 2 demonstra que, em 1999, o número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres é de 34,45 no Acre, e de 16,26 em Santa Catarina. Espera-se que a mesma disparidade na **razão de renda** seja encontrada entre as diferentes regiões de um mesmo estado.

Gráfico 2 - Razão de Renda

Nº de vezes que a rRenda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres segundo Região e UF - 1999



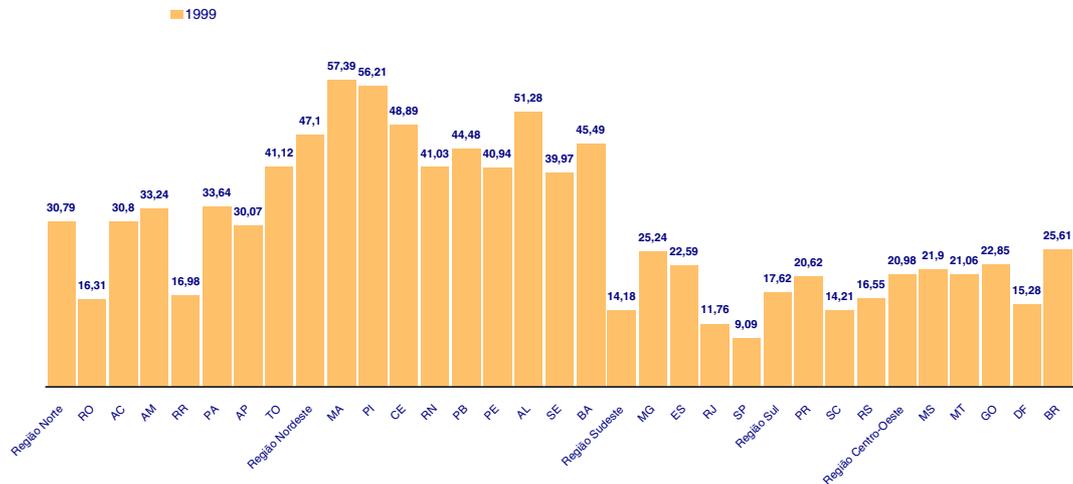
Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

c) no período 1992/1998, houve uma redução na proporção da população pobre de 40,6% para 32,6% e de 19,2% para 13,9% na proporção de indigentes¹ persistindo, no entanto, grandes disparidades entre as regiões: em 98 no Nordeste, 57% da população encontrava-se abaixo da linha de pobreza, sendo que 29% na condição de indigentes. Na região Sudeste, esses percentuais eram de 19% e 6%, respectivamente, segundo dados do IBGE- Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio, 1998. Ainda segundo dados do IBGE, também a distribuição da renda em 1992 significava que os rendimentos dos 50% mais pobres correspondiam a 14% do total de rendimentos, enquanto o 1% mais rico detinha 13,1%. Em 1999, a concentração permanece com a mesma proporção para a média do país.

A **taxa de pobreza**, isto é, o percentual da população com renda familiar *per capita* de até meio salário mínimo no Brasil apresentou em 1999, conforme demonstra o Gráfico 03, uma média de 25,61, no entanto, variou nos extremos, de 57,39 no Maranhão a 9,09 em São Paulo. A região Nordeste apresentou uma taxa

1,83 vezes maior que a média nacional. Três estados – Maranhão, Piauí e Alagoas – têm mais de 50% da população abaixo da linha de pobreza. No outro extremo 04 estados, todos da região sul ou sudeste, apresentam uma taxa abaixo de 15%.

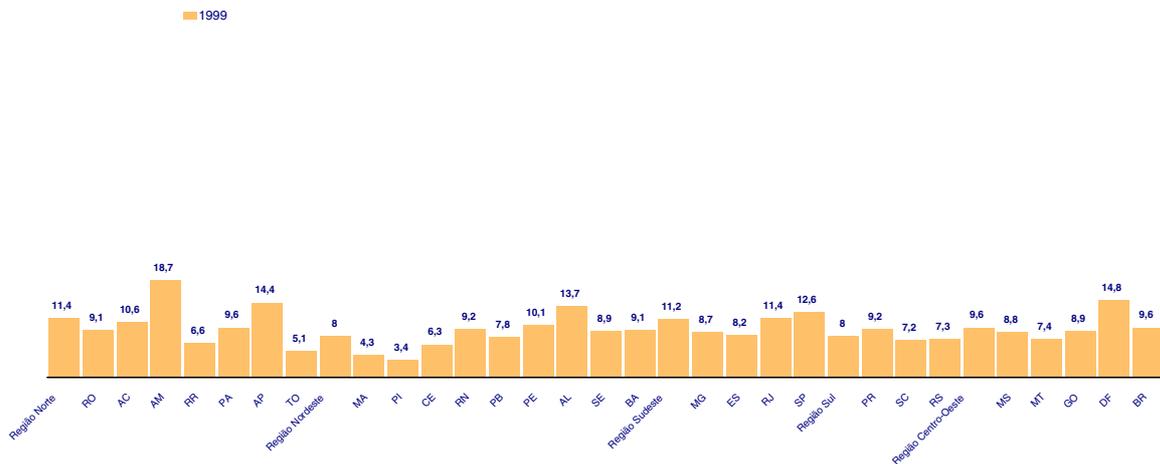
Gráfico 3 - Taxa de pobreza
 Percentual da população com renda familiar per capita até meio salário mínimo, por UF - 1999



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

d) No Gráfico 04, pode ser observado as diferenças regionais da **taxa de desemprego** que em 1999 apresentou uma média Brasil de 9,6% da população de mais de dez anos desocupada, mas atingiu 18,7 no Amazonas enquanto no Piauí a taxa é de 3,4%.

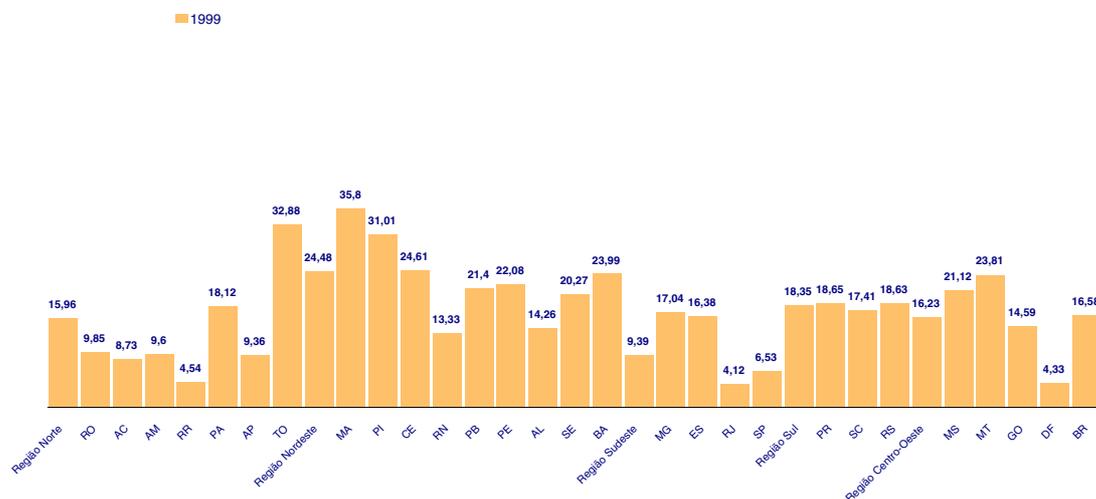
Gráfico 4 - Taxa de desemprego
 Percentual da população de 10 anos e mais desocupada por UF - 1999



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

e) **A taxa de trabalho infantil**, ou seja, o percentual da população de 10 a 14 anos ocupada, em 1999, apresentou uma média para o país de 16,58% mas chegou a 35,8% no Maranhão, enquanto no Rio de Janeiro é de 4,33%. A média da região Nordeste é mais duas vezes e meia maior que a média da região Sudeste. Gráfico 5 - Taxa de trabalho infantil

Percentual da população de 10 a 14 anos ocupada, segundo Região/UF -1999



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

f) A disseminação das noções sobre determinantes da saúde certamente influenciou a expansão dos serviços de **saneamento básico**.

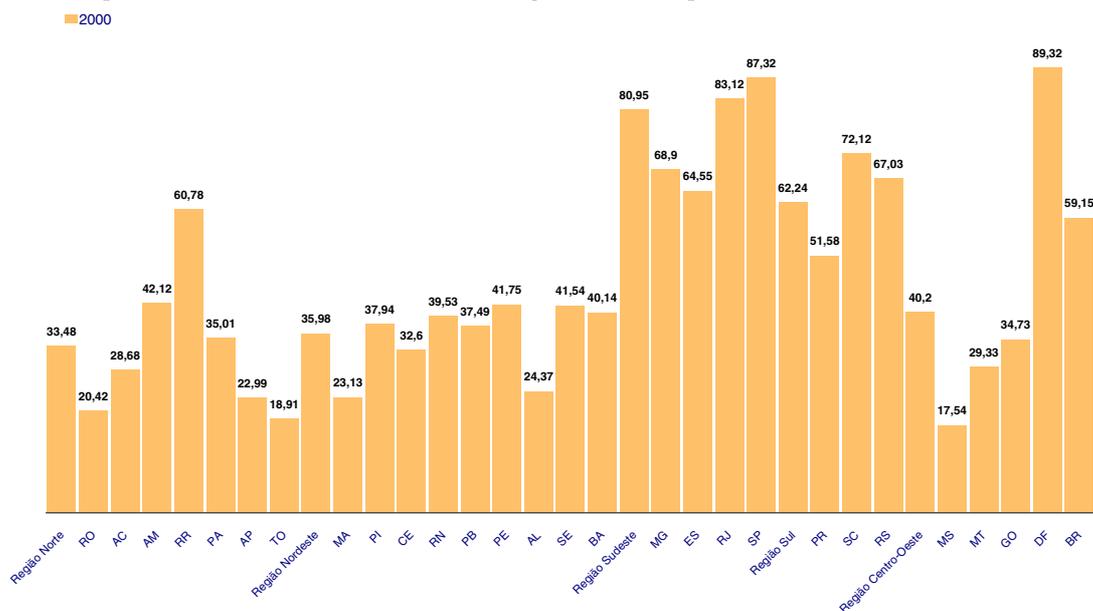
Em 1992, 83% dos domicílios urbanos eram servidos por sistemas de abastecimento de água; em 1999 esse percentual alcançou 89%. Apresenta uma situação mais homogênea entre os estados, de forma que apesar de ser um dos principais determinantes das condições de saúde de uma população, a comparação entre os estados, não tem capacidade para demonstrar as desigualdades, sendo recomendado e válido para contrastar diferenças locais, entre diferentes municípios ou regiões de um mesmo município.

Pelo contrário, a situação relativa às redes de esgotamento sanitário é bastante ruim. Alcançavam 48% dos domicílios em 1992 e foi ampliada para atender 52,5% da população em 1999. Como determinante da situação de saúde é considerado tão importante quanto o acesso à água tratada, no entanto as desigualdades entre as regiões brasileiras são bem mais acentuadas e fica mais claro quando se toma como denominador apenas a população urbana.

Pode-se observar no Gráfico 06 que o Brasil, apresentando uma média de cobertura de **esgoto sanitário** de quase 60% da população urbana, apresenta em no Mato Grosso do Sul a pior situação, com uma taxa de cobertura de apenas 17,54%. Ressalta-se que neste aspecto a situação dos estados da Região Centro Oeste - salvo o DF - é pior que os da Região Norte e Nordeste, apresentando uma cobertura quase três vezes menor que os da região Sudeste. Apenas São Paulo, Rio de Janeiro e DF apresentam uma cobertura maior que 80%. Com exceção de Roraima, todos os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste - dezenove estados - estão abaixo da média nacional.

Gráfico 6

Percentual da População com Cobertura de coleta de esgoto sanitário por UF - 2000

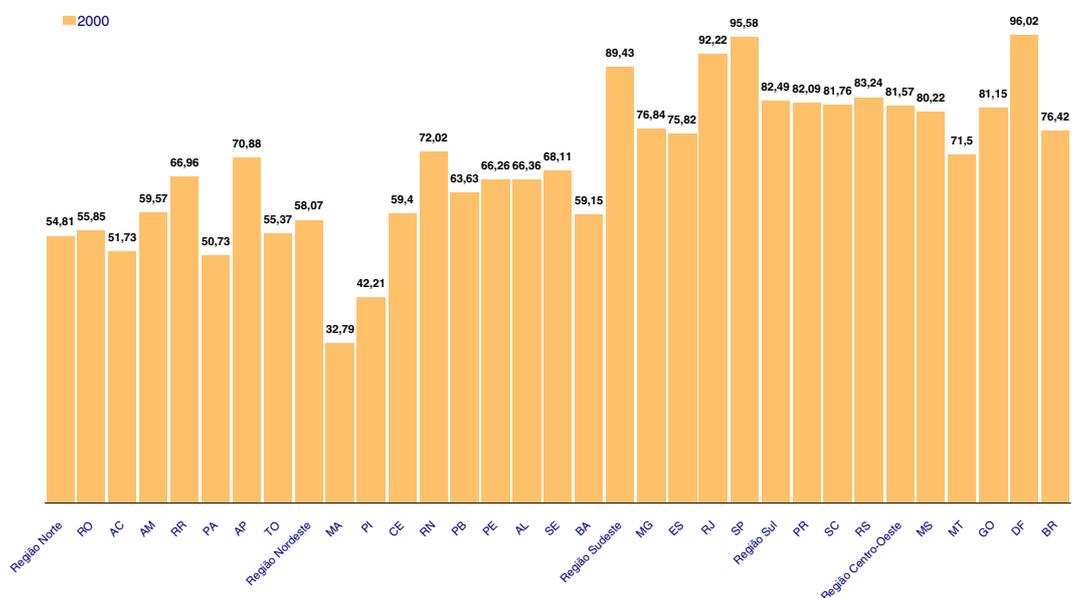


Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD e Censo Demográfico 2000

Situação mais insatisfatória ainda pode ser observada no Gráfico 07, em relação ao percentual da população com cobertura de serviço regular de **coleta de lixo** que passou de 76% dos domicílios em 1992 para 85% em 1999¹. Cobrindo 76,42% da população urbana em 2000, a cobertura varia de 32,79% no Maranhão e 96 no Distrito Federal, seguido por São Paulo. Dezoito estados se encontram abaixo da média nacional.

Gráfico 7

Percentual da População com Cobertura de sistemas de coleta de lixo por UF - 2000



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD e Censo Demográfico 2000

O percentual de domicílios urbanos que dispunham, simultaneamente, de atendimento adequado de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo passou de 53,8% em 1992 para 62,3% em 1999, embora ainda seja de apenas 34% para os domicílios de famílias com renda familiar *per capita* inferior a 1/2 salário mínimo.

Indicadores epidemiológicos e demográficos

A epidemiologia poderia ser o pilar básico de todos os campos de saber para a equidade em saúde. No entanto, nos deparamos com uma série de problemas na incorporação orgânica da lógica epidemiológica nos processos de planejamento e programação a partir das necessidades da população e sua utilização prática para a organização do modelo de atenção e seu financiamento.

A título de contextualização é importante ressaltar que:

a) as cinco principais causas de morte, em 1998, mantêm-se as mesmas observadas desde o início da década dos 90: as doenças do aparelho circulatório (32,4%), as causas externas (14,9%), as neoplasias (14%) as doenças do aparelho respiratório (11,6%) e as doenças infecciosas e parasitárias (6,2%).

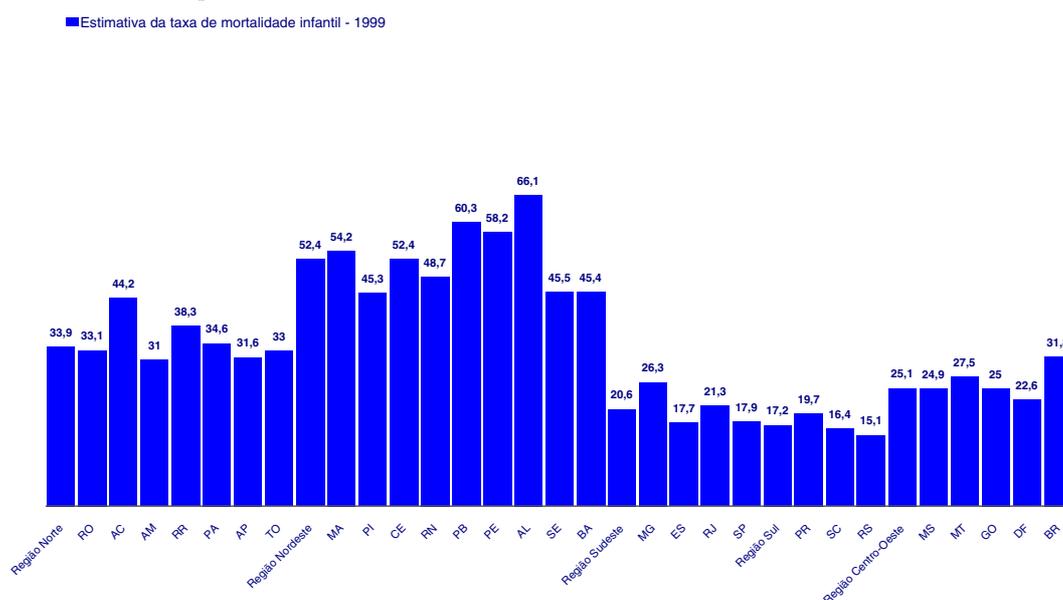
b) as afecções perinatais foram, em 1997, a principal causa de morte de menores de um ano (59,4% dos óbitos), seguidas por doenças infecciosas e parasitárias (10,7%), doenças do aparelho respiratório (8,8%) e causas externas (2,2% dos óbitos). Em menores de 5 anos, a mortalidade específica por IRA foi de 7,1% e por doença diarreica aguda, de 6,8% dos óbitos informados em 1998.

c) as causas externas são responsáveis, anualmente, no país, pela morte de cerca de 120 mil pessoas, mais que todas as doenças infecto-contagiosas. O crescimento da mortalidade por causas externas, nas últimas décadas, é importante e em vários centros urbanos já ultrapassa a mortalidade causada pelo câncer. Dentre as várias causas externas de mortalidade, a que cresce mais intensamente são os homicídios, que na última década supera os acidentes de trânsito, co-locando-se como a primeira causa de mortalidade entre os adolescentes e adultos jovens.

MORTALIDADE INFANTIL

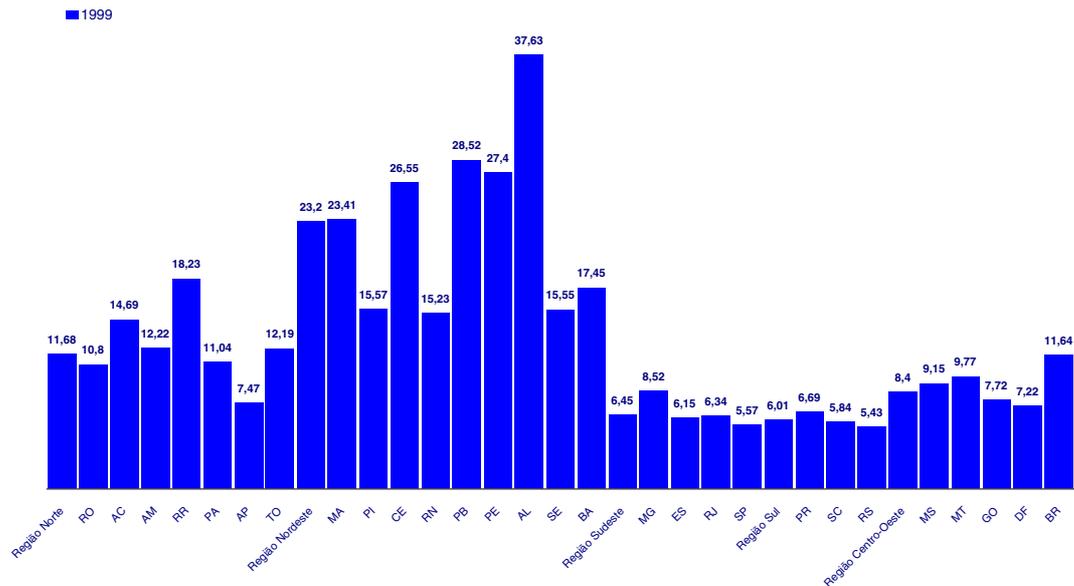
Considerado um dos melhores indicadores de situação de saúde, a Taxa de Mortalidade infantil - Gráfico 8 - é amplamente utilizado em estudos de desigualdades. Nos Gráficos 8A, 8B e 8C, esse indicador foi desdobrado em três componentes conforme o período do primeiro ano de vida a que está associado um perfil de causas básicas de óbitos.

Gráfico 8 - Taxa de mortalidade infantil
Número de óbitos infantis por 1000 nascidos vivos - 1999



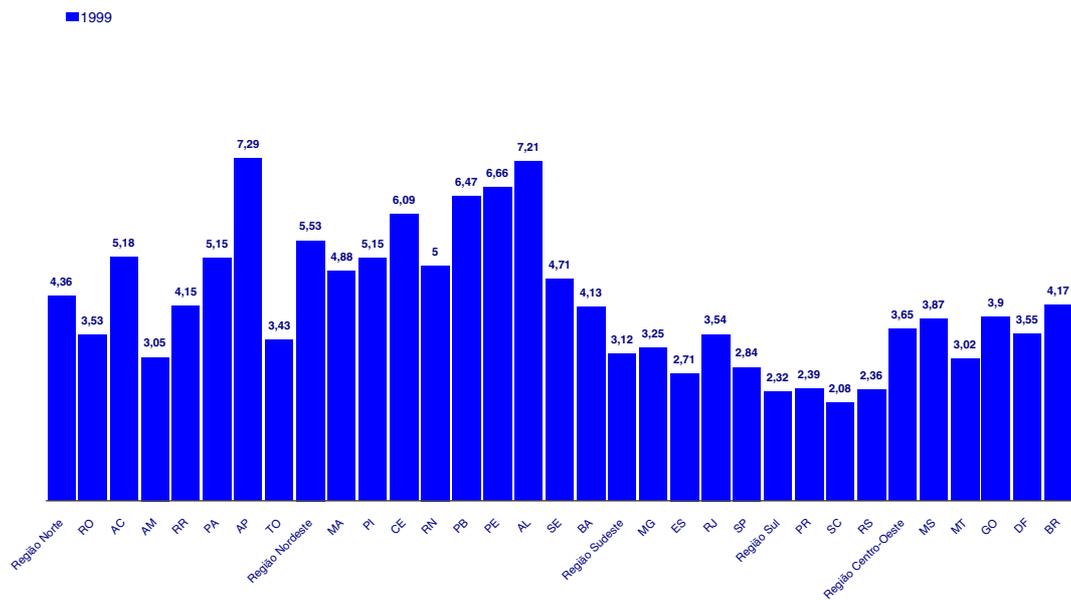
Fontes: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
IBGE/Estimativas demográficas

Gráfico 8A - Taxa de mortalidade pós-neonatal
 Número de óbitos na idade de 28 e + dias/1000 nascidos vivos - 1999



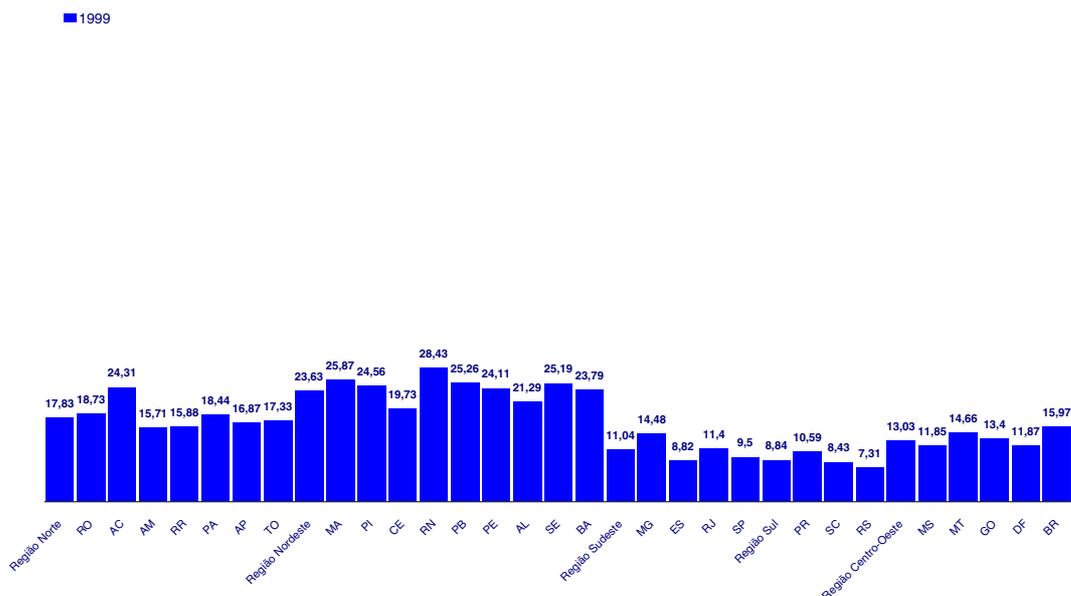
Fontes: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
 MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
 IBGE/Estimativas demográficas

Gráfico 8B - Taxa de mortalidade neonatal tardia
 Número de óbitos na idade de 7a 27 dias/1000 nascidos vivos 1999



Fontes: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
 MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
 IBGE/Estimativas demográficas

Gráfico 8C - Taxa de mortalidade neonatal precoce
Número de óbitos na idade de 0 a 6 dias/1000 nascidos vivos 1999



Fontes: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
IBGE/Estimativas demográficas

Entre 1990 e 1998, a Taxa de Mortalidade Infantil - TMI - no Brasil foi reduzida em 24%. A estimativa da TMI para 1999 variou de 66,1 em Alagoas e 15,1 no Rio Grande do Sul, sendo o valor médio nacional de 31,8 para 1000 nascidos vivos. A região Nordeste é a que apresenta pior situação com uma média de 52,4 óbitos de menores de 01 ano para cada 1000 nascidos vivos e todos os estados dessa região encontram-se acima da média nacional. Para que a região Nordeste apresente uma Taxa próxima da Média nacional seria necessário uma redução na mortalidade infantil de cerca de 50%.

Os decréscimos da TMI têm sido atribuídos, principalmente, à queda da mortalidade no período pós-neonatal e são maiores nos estados onde as taxas eram mais elevadas.

Sendo a Taxa de Mortalidade no período **pós neonatal**, de 28 a 364 dias, em geral mais influenciado pelas condições do meio onde a criança vive, os estados das regiões sul, sudeste e centro-oeste apresentam valores de 6; 6,4 e 8 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto a média dos estados das regiões norte e nordeste é de 11,6 e 23,2 respectivamente. Alagoas alcança a triste marca de 37,63 óbitos por 1000 nascidos vivos, uma taxa quase sete vezes maior que a do melhor estado – Rio Grande do Sul - com 5,43 e mais de três vezes maior que a média nacional.

A Taxa de Mortalidade no período **neonatal tardio** - de 7 a 29 dias - é mais fortemente marcado conseqüências do parto e pela presença de algumas infecções. Também nessa fase Alagoas apresenta uma das maiores taxas (7,21), só perdendo para o Amapá com 7,29 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto Santa Catarina apresenta uma taxa de 02 por mil e a média Brasil é de 4,17, ou seja, a Razão entre os extremos é de 3,5.

A mortalidade infantil **neonatal precoce**, apresenta um padrão mais estável quanto ao decréscimo nessa década, no entanto em relação à situação de cada estado, a diferença entre os extremos apresenta uma razão ainda maior: de 3,88.

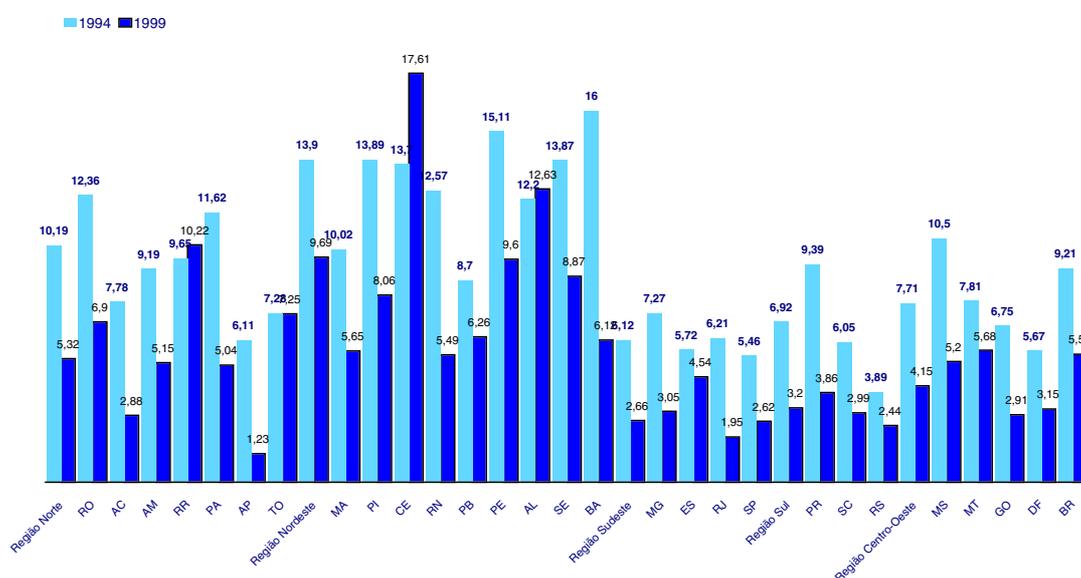
A mortalidade na primeira semana de vida é influenciada em especial pelas condições da atenção à gestação, fundamentalmente, o acompanhamento pré-natal e pelo acesso e qualidade do atendimento ao parto e à criança na hora do nascimento. A razão entre os extremos da taxa de Mortalidade no período neonatal tardio comparada com a razão da mesma taxa em outros períodos, demonstra que as desigualdades são mais fortes justamente no componente mais sensível às condições de nutrição, saneamento básico, escolaridade materna, etc.

Mortalidade por doenças diarreicas em menores de 05 anos

A ocorrência de casos de diarreia em menores de 05 anos está relacionada, em geral, com a incidência de infecções virais, bacterianas e parasitárias, com a frequência da desnutrição e com as condições de saneamento básico de onde vive. É uma medida relativa que aponta para a importância e significado da doença diarreica no total de óbitos infantis. Não é um indicador de risco já que o denominador não é a população exposta, de forma que quando houver aumento do número de óbitos por outras causas, há a redução da proporção de óbitos por doença diarreica, o que não significa que houve redução dos riscos.

No Brasil, embora a mortalidade infantil por doenças infecciosas intestinais tenha sido reduzida, estados como o Ceará e Alagoas, ainda apresentam proporções de óbitos por diarreia superiores a 20%. (Gráfico 9). A situação nacional revela sua gravidade ao ser confrontada com de outros países. No Brasil, a proporção de óbitos infantis por diarreias é pelo menos 05 vezes maior do que a encontrada em outros países da América Latina, com condições sócio-econômicas semelhantes ou inferiores (ENSPETEC 2001).

Gráfico 9 – Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos
Percentual de óbitos informados por UF - 1994 e 1999



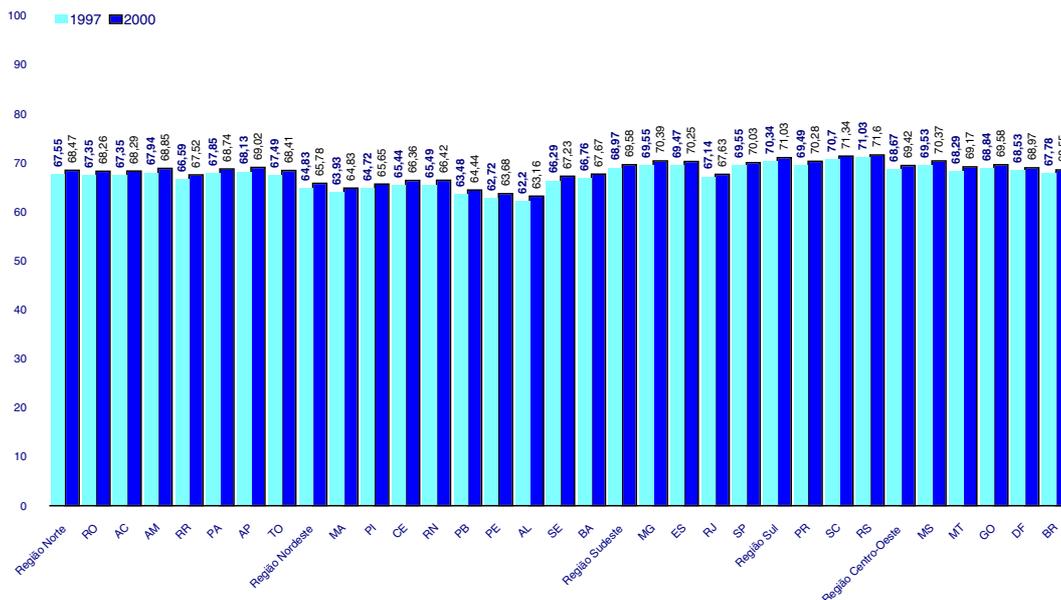
Fonte: Ministério da Saúde/Funasa/CENEPI/ Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

Vale lembrar que a mortalidade proporcional por sintomas e causas mal definidas, em 1998, foi de 14,9%, com variações regionais importantes: no Nordeste alcançava 29,8% enquanto no Sul era de 7,75%.

Finalmente, quanto ao indicador de longevidade, a **esperança de vida ao nascer** era, em 2000, de 68,5 anos, para a média da população, sendo de cerca de 64 anos para os homens e de 72 anos para as mulheres. Na região Sul, a esperança de vida média alcança 71,03 anos e no Nordeste se verifica a menor observada, de 65,78 anos, com uma diferença de 7,87 anos entre os extremos: Alagoas e Rio Grande do Sul. Ver Gráfico 10.

Figura 2

Esperança de vida ao nascer - em números de anos de vida esperados, segundo Região e UF -1997 e 2000



Fonte: IBGE/Censo, contagem populacional e projeções demográficas

4.2 - INDICADORES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

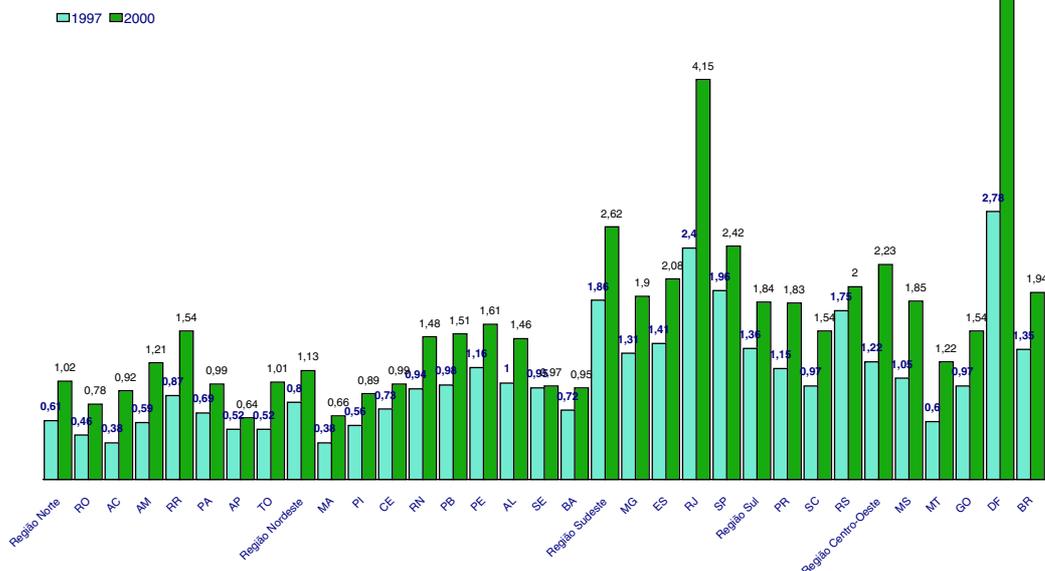
Desigualdades na oferta

Os três indicadores de oferta recursos humanos expressam uma elevação da oferta, entre 90 e 99, de 64% e 30% para enfermeiros e médicos/1000 hab. respectivamente, sendo menos importante a de odontólogos com 6,15%, segundo a PNAD.

Os dados franqueados pela Secretaria de Gestão de Recursos Humanos do Ministério da Saúde apontam discreto aumento na proporção de profissionais de saúde por mil habitantes - médicos, odontólogos e enfermeiros - nas regiões Norte e Nordeste, entre 1997 e 2000, (Gráficos 11, 11^A e 11B) embora esses ainda se mantenham muito inferiores aos índices observados nas regiões Sul e Sudeste, que historicamente, concentraram os recursos de assistência à saúde.

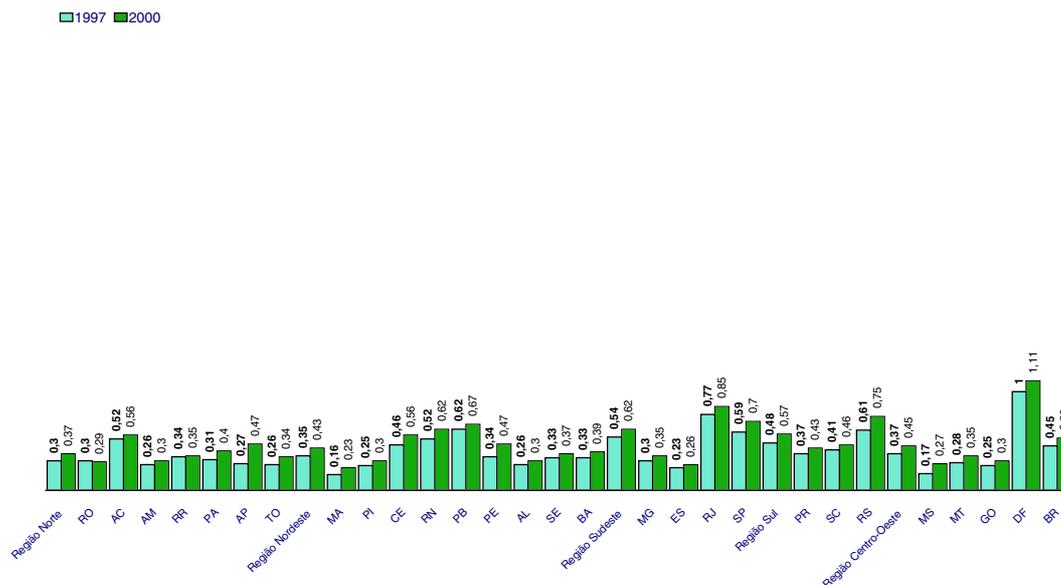
Figura 3

Número de Médicos por mil habitantes por UF 1997 e 2000



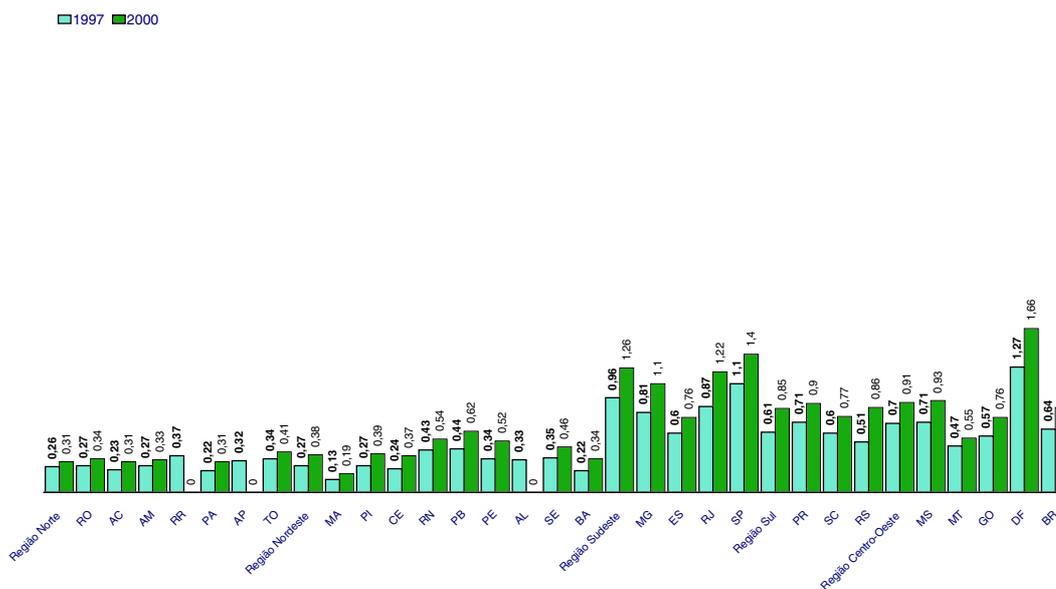
Fonte: Ministério da Saúde - CGRH-SUS/SIRH

Figura 4
Número de Enfermeiros por mil habitantes por UF - 1997 e 2000



Fonte: Ministério da Saúde - CGRH-SUS/SIRH

Gráfico 11B
Número de Odontólogos por mil habitantes por UF - 1997 e 2000



Fonte: Ministério da Saúde - CGRH-SUS/SIRH

No entanto, quanto à distribuição dos profissionais entre as regiões brasileiras, observamos que:

- a oferta de médicos e dentistas por mil habitantes na região sudeste em 2000 é quatro vezes maior que na região norte, seguida a pouca distância pela região nordeste, sendo que as regiões sul e centro-oeste se aproximam da média nacional de 1,94, apresentando 1,84 e 2,23 por mil habitantes, respectivamente.

- Ao longo da década de 90, ocorreram poucas mudanças na distribuição de médicos por mil habitantes em relação a média, com leve recuperação do nordeste, redução na região norte e maior concentração na sudeste. Essa concentração pode estar relacionada às melhores condições de trabalho e condições gerais de vida oferecidas pelos centros urbanos maiores, comparativamente.

Quando consideradas as unidades federadas, em 2000 observa-se que o número de médicos por mil habitantes chega a ser mais de quatorze vezes o disponível em outros estados: no Maranhão é de 0,38 por mil habitantes enquanto no Distrito Federal é de 5,51 e em São Paulo é de 4,15. No entanto, é bom chamar

a atenção para o fato de que a forte alteração na oferta de médicos, em estados como o Rio de Janeiro e DF, que deslocam o índice das regiões sudeste e centro-oeste, deve estar relacionado possivelmente, à implementação de estratégia de saúde da família, mas que pelo menos no caso do DF a partir de 1991 retrocedeu quase que completamente, com a mudança de governo e da política de atenção básica, merecendo análise de outros dados mais recentes. De qualquer maneira na década de 90, o DF tem apresentado um número de médicos por habitantes de 3 a 4 vezes superior ao pior estado, em feral da região norte ou nordeste.

Importante notar que, também em outras regiões há importantes desigualdades entre estados de uma mesma região. Na região Sudeste, o estado do Rio de Janeiro tem o dobro de médicos por habitantes do que o estado do Espírito Santo. Na região Centro-Oeste, As regiões Norte e Nordeste apresentam certa homogeneidade intra-regional quanto a este indicador, sendo que todos os estados dessas regiões apresentaram valores desse indicador abaixo do valor nacional.

Um aspecto que merece destaque é o fato de que o número de médicos por habitantes é de 3,6 vezes o número de enfermeiros por habitantes. Também é importante destacar que, em 1999, dos 665 mil postos de trabalho de profissionais de saúde de nível superior, apenas 32% correspondiam a postos com vínculo para jornada integral.

- a distribuição de enfermeiros é mais equitativa, apenas se destacando a região centro oeste com uma oferta bem acima da média brasileira de 0,53/mil hab. No entanto a média da região centro este é bastante modificada ao se excluir o DF. Este último apresenta um índice quase três vezes maior que qualquer outro estado da mesma região.

Concluindo, é bom ressaltar que o número de profissionais por habitante afeta o uso de serviços ambulatoriais e hospitalares de saúde. A forma como esse indicador atua no uso de serviços pode ser no sentido do aumento da demanda hospitalar ou da sua diminuição, dependendo de fatores locais como, por exemplo, a forma de organização dos serviços, eficiência dos serviços de referência e contra-referência, etc.

O Conselho Federal de Medicina, em 2000, identificou 1200 municípios que não dispunham de médicos residindo na cidade, sendo que 500 nem mesmo registram procedimentos médicos. Para corrigir essa carência, o MS criou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PIT - com o propósito de estimular o serviço voluntário para apoiar e fortalecer o Programa de Saúde da Família. Para a primeira etapa do Programa foram selecionados cerca de 150 municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste com até 50 mil habitantes que apresentam taxas de mortalidade infantil acima de 80 por mil nascidos e considerados prioritários no controle da malária e/ou da hanseníase e/ou da tuberculose.

Estudos da ENSPETEC e FUNASA, (2001), usando análise de regressão linear, calcularam a distribuição do número de médicos por habitantes, segundo a população dos estados ordenados pela taxa de pobreza, observando que 50% dos médicos no Brasil estão concentrados em apenas 30% da população dos estados com menor taxa de pobreza e conclui, como exercício, que de acordo com o índice relativo de dissimilaridade, caberia à região Sudeste redistribuir 15% dos seus médicos dentre as demais regiões do país, o que representaria cerca de 30 mil médicos, para a realocação equânime desses profissionais no país.

Oferta de leitos hospitalares

Razão do número de leitos hospitalares por habitante.

O número de leitos efetivamente disponibilizados para o SUS (público ou privado contratado ou conveniado) por habitante é um dos indicadores mais utilizado para dimensionamento e avaliação da oferta de serviços e possibilidades de acesso da população aos mesmos.

A distribuição regional dos leitos hospitalares apresenta perfil melhor, bastante próximo da distribuição da população. Em 1990, o número de leitos por mil habitantes na Região Norte era de 1,1 e no Nordeste, 2,1, enquanto nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, esse número era superior a 3 leitos por mil habitantes. Com exceção do Amapá, em todas os estados há redução. Chama a atenção o estado de Roraima que apresenta uma queda de mais de 50% entre 1997 e 2000. Essa queda pode estar relacionada à fonte de dados.

Segundo dados do IBGE, em 2000, o valor nacional da razão do número de leitos hospitalares vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) por habitantes, foi de 2,87 leitos para cada 1.000 habitantes, diminuindo em relação 1997 que era de 3,12. Os valores observados nos estados brasileiros são ainda

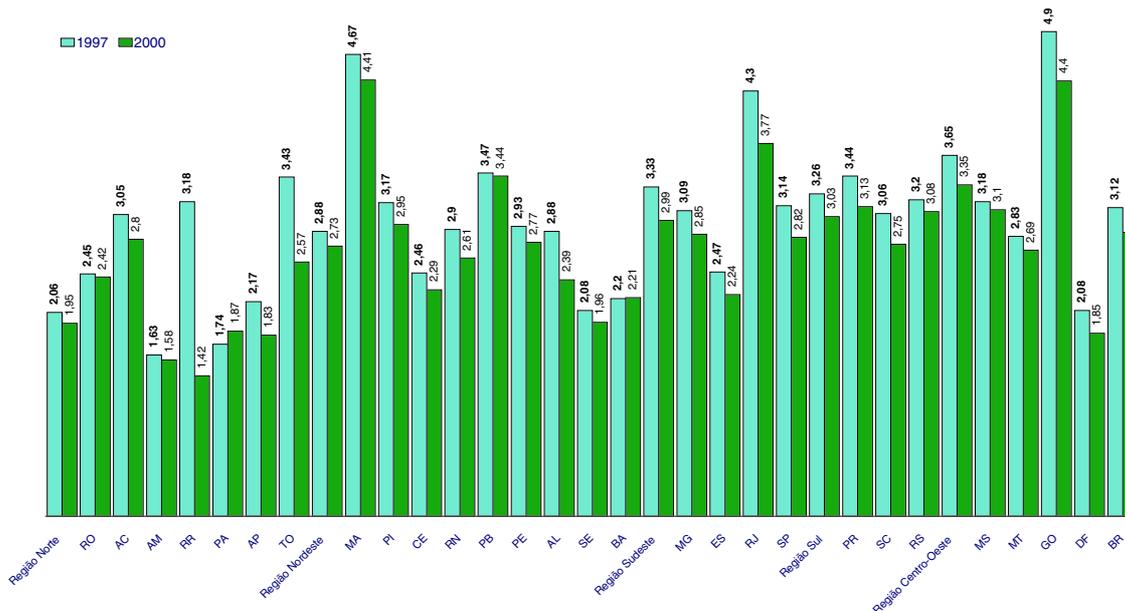
muito discrepantes, apesar de também haver diminuído em relação a 1997. Varia entre 1,42 por 1.000 hab., em Roraima e 1,58 no Amapá a cerca de 4,4 por 1.000 hab., tanto no Maranhão como em Goiás.

Com exceção da região Norte, as medianas das regiões não se distanciam muito da média nacional. A região Centro-Oeste apresenta a maior variação intra-regional. Já a região Sul e Nordeste apresentam maior grau de homogeneidade em relação a este indicador, conforme pode ser observado no Gráfico 12.

Esses indicadores se mostram coerentes com a estratégia de mudança do modelo assistencial de incorporação de tecnologias assistenciais substitutivas à internação e ampliação da atenção básica assim como roda a rede ambulatorial.

Gráfico 12

Número de Leitos Hospitalares (SUS) para mil habitantes por UF - 1997 e 2000



Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Desigualdades na cobertura da atenção à saúde

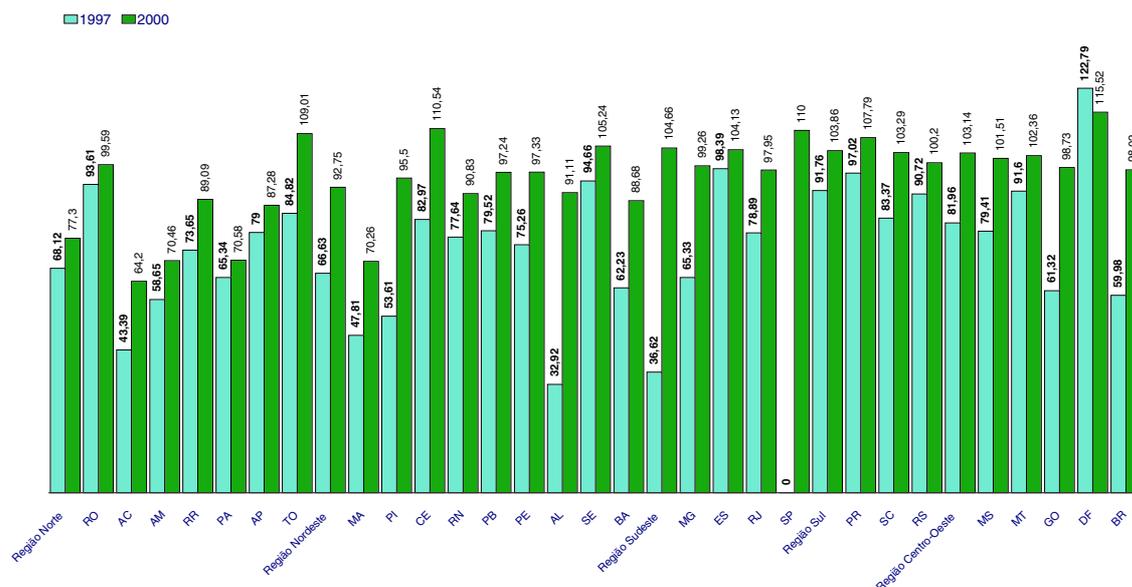
Cobertura da vacina tríplice bacteriana (DTP)

A DTP é responsável pela imunização contra as doenças difteria, tétano e coqueluche. Por ser uma vacina que demanda três doses e um reforço no período etário de 2 a 18 meses, espera-se um certo grau de organização dos serviços para que os mesmos possam garantir a cobertura necessária. Além disso, a vacina DTP foi selecionada neste estudo pelo fato de não incluir em seu cálculo de cobertura a vacinação de campanhas, refletindo melhor a vacinação de rotina e portanto, o acesso a atenção básica de saúde.

De acordo com dados do IBGE, os seguintes estados apresentaram uma média de cobertura vacinal para DTP das crianças menores de um ano, MENOR que 95%: Bahia, Alagoas, Rio Grande do Norte, Maranhão, Amapá, Pará, Amazonas e Acre. Ver Gráfico 13.

Gráfico 13

Cobertura Vacinal - DPT - no Primeiro ano de vida por UF - 1997 e 2000



Fonte: Ministério da Saúde/Funasa/CENEPI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)

Segundo estudos da FUNASA, mais de 70% dos municípios dos estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Tocantins, São Paulo e Sergipe atingiram coberturas vacinais acima de 95% para a DTP e menos de 30% dos municípios dos estados do Pará, Maranhão e Amazonas apresentaram o mesmo índice de cobertura. A região Centro-Oeste mostrou maior homogeneidade interna deste indicador, enquanto na região Norte, foi registrada uma variação de 11% no Pará a 76% em Tocantins quanto ao número de municípios que alcançaram a meta de cobertura vacinal para a DTP. O Maranhão apresentou valor marcadamente baixo desse indicador, em relação aos valores apresentados pelos demais estados da região Nordeste. Igualmente, o Pará foi identificado com valor marcadamente baixo para a distribuição deste indicador no Brasil.

Quanto à cobertura populacional para internações

Nos últimos anos, possivelmente em função do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde e como estratégia para conferir maior resolutividade à rede assistencial local, nota-se menores o crescimento de estabelecimentos hospitalares de pequeno porte. Atualmente, 20% dos hospitais públicos e filantrópicos possuem entre 50 e 100 leitos, 11% entre 100 e 200 leitos, e 7% mais de 200 leitos. O restante, (62%) possui menos de 50 leitos, sendo que 40% menos de 30 leitos.

Estes hospitais oferecem assistência em regime de internação em clínica médica, pediátrica e obstétrica (parto normal) e assistência ambulatorial de referência para o restante da rede ambulatorial básica local nas situações de pequenas urgências e/ou que necessitam observação por mais de 24 h.

Em geral, localizados em municípios pequenos, seus serviços atendem basicamente a população do próprio município, sendo que os atendimentos a municípios vizinhos que não contam com estrutura hospitalar, comumente não ultrapassam 10% do total de seus atendimentos. Poderiam garantir uma cobertura de internação de cerca de 4% da população ou seja, poderiam garantir no próprio território, cerca de 30 a 50 % das necessidades de internação da população local.

Os “Hospitais locais” com até 50 leitos correspondem a quase 60% do total de estabelecimentos hospitalares cadastrados no SUS, sendo que 30% estão localizados em municípios com menos de 10.000 habitantes e 27,8% localizados em municípios de 10.000 a 20.000 hab., totalizando 70,7% em municípios com menos de 30.000 hab. Noventa e cinco por cento são hospitais gerais e 1,6% especializado em uma das clínicas básicas. Quanto à natureza jurídica 34,5% são municipais, 9,3% estaduais e 1,4 % federais.

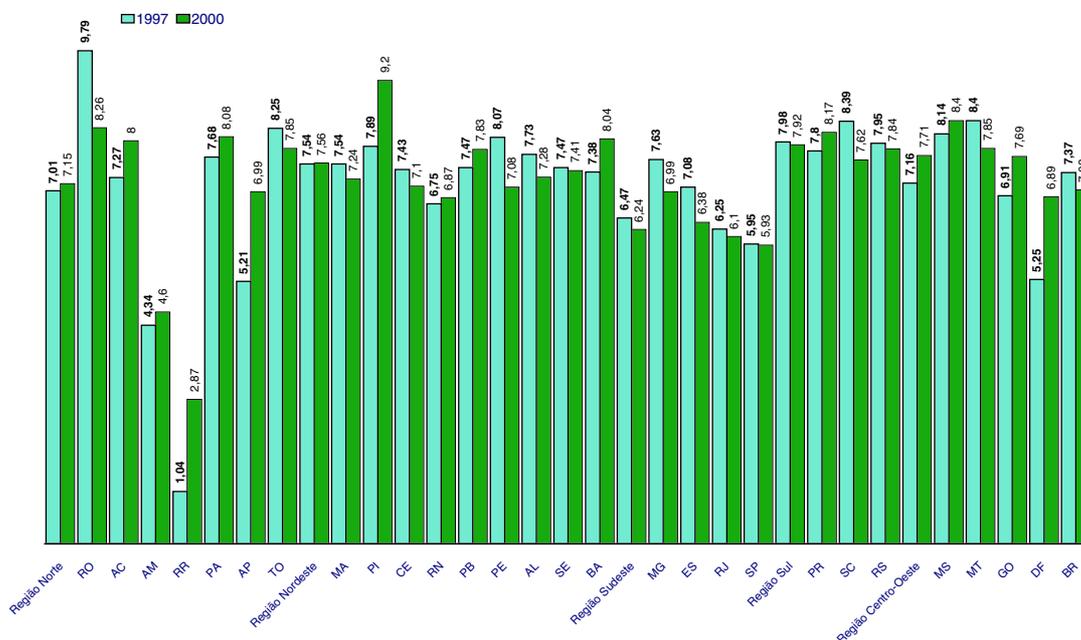
Estudos do DDGA SAS de cruzamento dos procedimentos mais comuns com o número de leitos, verifica que 50% dos partos normais, 14% das cesarianas e 40% das internações por crise asmática são feitas nos hospitais com menos de 50 leitos. Além disto, este grupo de hospitais disponibiliza 18% dos leitos cirúrgicos e realizou 35.305 colpoperineoplastias e 27.382 herniorrafias inguinais em 99.

O parâmetro referencial para cobertura populacional de internações recomendado vem diminuindo ao longo do tempo dos anos. No início da década de 1990 aceitava-se um parâmetro de 10 a 12 internações para cada 100 habitantes no ano, passando para cerca de 9% por volta de 97/98, sendo recomendado a partir de 2001, uma cobertura de 8%. É interessante notar que esse parâmetro tem balizado as programações físicas e financeiras nos estados, de forma bastante consensual e não por força de portaria ministerial. Estima-se que a aceitação desse parâmetro de cobertura se deve à reconhecida mudança na prática clínica com consequentemente na maior resolutividade da atenção ambulatorial

O parâmetro para internações de 8% de cobertura populacional, pode ser considerado como superestimado para locais com sistemas de saúde organizados e harmônicos.

Em regiões com condições sociais precárias aliadas à deficiência crônica da oferta de serviços ambulatoriais e/ou de baixa resolutividade, este nível de oferta sobrecarrega a rede hospitalar com internações que poderiam ser evitadas via prevenção adequada e tratamento ambulatorial eficaz, como pode ser o caso dos estados como Rondônia e Piauí, que apresentam cobertura de 8,2% e 9,2% respectivamente. Ver Gráfico 14.

Gráfico 14
Número de Internações Hospitalares (SUS) por 100 habitantes por UF - 1997 e 2000



Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Chama a atenção dois estados: Roraima, com uma cobertura de 2,8% e São Paulo com 5,25%, O primeiro caso se deve não tanto a problemas de acesso, mas por insuficiências na capacidade de gestão estadual, que segundo análises do DDGA Ministério da Saúde, o estado não tem informado no SIH SUS as internações realizadas em hospitais públicos, prática já realizada pelo restante dos estados desde o início da década de 1990.

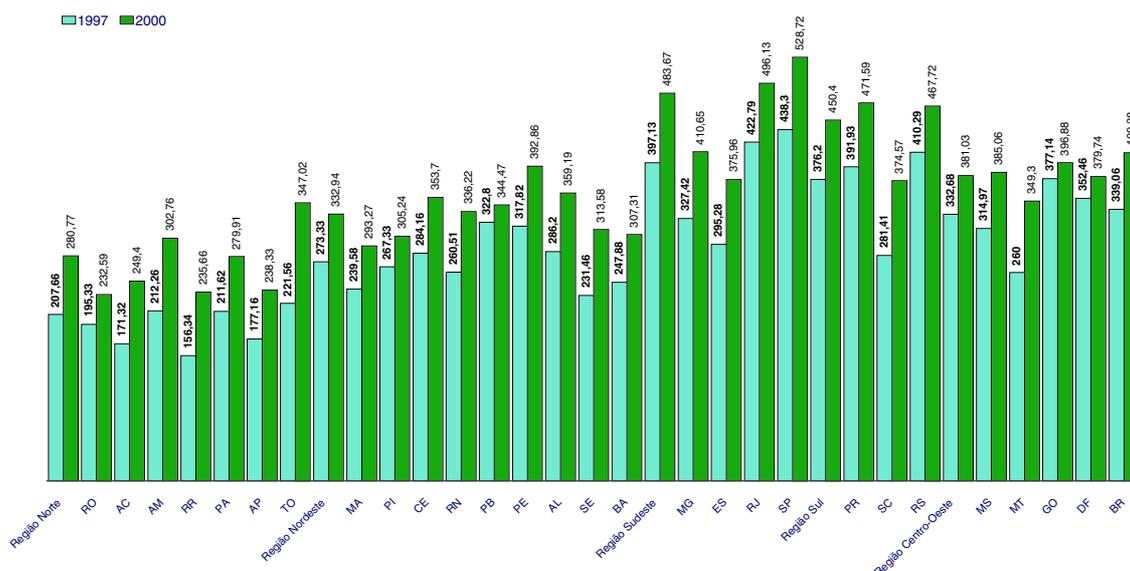
Já o caso de São Paulo estima-se que a baixa cobertura de internações pelo SUS se deva principalmente ao fato de contar com a maior cobertura de planos e seguros privados do país.

Dessa forma, a cobertura populacional para internações encontra-se em 2000 como um dos indicadores com distribuição de maior homogeneidade entre os estados brasileiros, embora as mudanças na oferta necessárias à implementação de um novo modelo assistencial defrontem-se com estruturas já estabelecidas por interesses variados e constitui-se em importante instrumento de inversão do modelo atual.

Excetuando o estado do Amapá, a disparidade entre a maior e a menor cobertura populacional é menor que duas vezes.

Outro critério a ser considerado é o diferencial dos valores médios das internações em cada estado, conforme pode ser observado no Gráfico 14 A e que podem servir para ilustrar as diferenças de complexidade hospitalar entre os estados.

Gráfico 14A
Gasto Médio (SUS) por Internação Hospitalar por UF - 1997 e 2000



Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na Inglaterra, o pressuposto da utilização da oferta de serviços é que a variação na taxa de uso dos serviços de saúde reflete variação nas necessidades de saúde e variação na oferta (ou acesso) de serviços, assumindo que as características demográficas e sócio-econômicas da população influenciam o surgimento da necessidade de saúde, e portanto, produzindo um aumento na demanda por serviços de saúde.

No entanto, a variação na taxa de utilização dos serviços de saúde reflete menos a variação das necessidades de saúde que a variação na oferta de serviços. Portanto, é necessário relativizar do efeito da oferta sobre o uso de serviços de saúde.

A importância desses indicadores é a de que além de permitir uma aproximação do dimensionamento das condições de acesso aos serviços, eles permitem também a mensuração das necessidades de recursos de investimento.

Para a obtenção de maior equidade inter-regional, a redistribuição de recursos financeiros destinados ao custeio da assistência à saúde, pressupondo que as condições de oferta sejam parcialmente dependentes da disponibilidade desses recursos, deveria ser acompanhada de programas de investimento que tenham por objetivo equilibrar inter regionalmente, a oferta existente.

Aplicando-se ao Brasil, mesmo com o ajuste pela distribuição da oferta de serviços, vários estudos desenvolvidos, como o da pela Fundação da ENSP (2001) e o da FUNASA (2002), indicam que haveria uma relação inversa entre variáveis de necessidades e o uso de serviços de saúde. Assim, nas áreas com piores condições de vida (maior coeficiente de mortalidade infantil e maior porcentagem de analfabetos, por exemplo, observa-se menor volume de uso de serviços de saúde do que nas áreas com melhores condições de vida, produzindo uma distribuição de recursos bastante iníqua, o que sugere que além das desigualdades na oferta existem outras barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Estes estudos demonstram também que a chance de uma pessoa avaliar negativamente o seu estado de saúde, ajustada por idade e sexo, aumenta na medida em que a sua escolaridade e renda diminuem. Portanto, as pessoas com piores condições de vida apresentam piores condições de saúde. Inversamente, a chance de uso de serviços de saúde, ajustado por idade, sexo e auto-avaliação do estado de saúde, diminui na medida em que a escolaridade e a renda decrescem. Em resumo, no Brasil os indivíduos com melhores condições sociais são mais saudáveis e usam mais serviços de saúde.

É bom lembrar que a distribuição da oferta entre os municípios ou mesmo entre as diferentes regiões de cada estado está determinada por variáveis não relacionadas com as necessidades locais reais, mas por políticas alocativas influenciadas por outros parâmetros.

Concluiu-se, assim, que as marcadas desigualdades no uso de serviços de saúde no Brasil não permitem o cálculo de fórmulas de alocação de recursos com base em modelos estatísticos de uso de serviços de

saúde, isto é, o uso de serviços, ajustado pela oferta, como um *proxy* das necessidades de saúde, não deve ser utilizado em contextos onde os sistemas de saúde apresentam grandes desigualdades. Em consequência, a utilização e a oferta se determinam mutuamente.

Portanto, a oferta deveria ser normatizada e suas variáveis, tratadas em função da média relativa observada em nível nacional.

5 – CORRELAÇÃO ENTRE AS DESIGUALDADES REGIONAIS E O PADRÃO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS PARA A ASSISTÊNCIA

Visando a organização do ranking dos estados segundo o Índice Agregado dos Indicadores sócio-econômicos, epidemiológicos e de acesso, em primeiro lugar foi aplicada a fórmula:

$$\text{Índice} = \frac{\text{valor observado para o indicador} - \text{pior valor}}{\text{melhor valor} - \text{pior valor}}$$

Dos Quadros resultantes que se seguem, o primeiro, apresenta o resultado obtido quanto à situação de cada estado para cada indicador e o segundo, apresenta o ranking final para o índice do conjunto dos indicadores – o Índice Agregado - onde os valores mais próximos de zero indicam piores situação em quanto os mais próximos de 1 indicam melhores situação.

O Quadro do Índice Agregado demonstra que os estados em pior situação para todos os indicadores são os da região nordeste e norte, os estados em situação melhor são os da região sudeste e sul, ficando os estados da região centro oeste em situação intermediária, destacando-se a colocação do DF, entre os cinco primeiros, no “ranking” geral.

Tabela 2
Índice Agregado dos Indicadores sócio-econômicos e epidemiológicos por UF

REGIÃO/UF	ÍNDICE AGREGADO DOS INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E DEMOGRÁFICOS														
	Analfabetismo	Renda	Pobreza	Desemprego	Trabalho Infantil	Esgoto Sanitário	Lixo Sanitário	Esperança de Vida	Mortalidade Infantil	Mortalidade por Diarréia	Médicos/1000hab	Leitos/1000hab	Cobertura de Internação	Cobertura DTP	Média Geral
NORTE	0,62	0,76	0,55	0,48	0,62	0,22	0,35	0,63	0,68	0,75	0,08	0,18	0,68	0,26	0,49
RO	0,74	0,78	0,85	0,63	0,81	0,04	0,36	0,60	0,69	0,65	0,03	0,33	0,85	0,69	0,58
AC	0,32	0,00	0,55	0,53	0,85	0,16	0,30	0,61	0,51	0,90	0,06	0,46	0,81	0,00	0,43
AM	0,65	0,83	0,50	0,00	0,82	0,34	0,42	0,67	0,73	0,76	0,12	0,05	0,27	0,12	0,45
RR	0,72	0,97	0,84	0,79	0,99	0,60	0,54	0,52	0,61	0,45	0,18	0,00	0,00	0,48	0,55
PA	0,60	0,92	0,49	0,59	0,55	0,24	0,28	0,66	0,67	0,77	0,07	0,15	0,82	0,12	0,50
AP	0,77	0,56	0,57	0,28	0,83	0,08	0,60	0,69	0,72	1,00	0,00	0,14	0,65	0,45	0,52
TO	0,53	0,83	0,34	0,89	0,07	0,02	0,36	0,62	0,70	0,63	0,08	0,38	0,79	0,87	0,51
NORDESTE	0,26	0,60	0,21	0,70	0,34	0,26	0,40	0,31	0,37	0,48	0,10	0,44	0,74	0,56	0,41
MA	0,18	0,92	0,00	0,94	0,02	0,08	0,00	0,20	0,34	0,73	0,00	1,00	0,69	0,12	0,37
PI	0,10	0,49	0,02	1,00	0,13	0,28	0,15	0,30	0,49	0,58	0,05	0,51	1,00	0,61	0,41
CE	0,25	0,45	0,18	0,81	0,34	0,21	0,42	0,38	0,37	0,00	0,07	0,29	0,67	0,90	0,38
RN	0,29	0,62	0,34	0,62	0,70	0,31	0,62	0,39	0,43	0,74	0,17	0,40	0,63	0,52	0,48
PB	0,13	0,08	0,27	0,71	0,44	0,28	0,49	0,15	0,23	0,69	0,18	0,68	0,78	0,64	0,41
PE	0,32	0,55	0,34	0,56	0,42	0,34	0,53	0,06	0,27	0,49	0,20	0,45	0,67	0,65	0,42
AL	0,00	0,81	0,13	0,33	0,67	0,10	0,53	0,00	0,14	0,30	0,17	0,32	0,70	0,52	0,34
SE	0,30	0,27	0,36	0,64	0,48	0,33	0,56	0,48	0,48	0,53	0,07	0,18	0,72	0,80	0,44
BA	0,37	0,76	0,25	0,63	0,36	0,31	0,42	0,53	0,49	0,70	0,06	0,26	0,82	0,48	0,46
SUDESTE	0,91	0,80	0,89	0,49	0,83	0,88	0,90	0,76	0,91	0,91	0,41	0,53	0,53	0,79	0,75
MG	0,77	0,78	0,67	0,65	0,58	0,72	0,70	0,86	0,81	0,89	0,26	0,48	0,65	0,68	0,68
ES	0,78	0,64	0,72	0,69	0,60	0,65	0,68	0,84	0,96	0,80	0,30	0,27	0,55	0,78	0,66
RJ	0,97	0,89	0,94	0,48	1,00	0,91	0,94	0,53	0,89	0,96	0,72	0,79	0,51	0,66	0,80
SP	0,97	0,94	1,00	0,40	0,92	0,97	0,99	0,81	0,95	0,92	0,37	0,47	0,48	0,89	0,79
SUL	0,93	0,76	0,82	0,70	0,54	0,62	0,79	0,93	0,96	0,88	0,25	0,54	0,80	0,77	0,74
PR	0,86	0,65	0,76	0,62	0,53	0,47	0,78	0,84	0,92	0,84	0,24	0,57	0,84	0,85	0,70
SC	0,98	1,00	0,89	0,75	0,57	0,76	0,77	0,97	0,98	0,89	0,18	0,44	0,75	0,76	0,76
RS	0,96	0,74	0,85	0,75	0,53	0,69	0,80	1,00	1,00	0,93	0,28	0,56	0,79	0,70	0,75
CENTRO-OESTE	0,82	0,68	0,75	0,59	0,61	0,32	0,77	0,74	0,83	0,82	0,33	0,65	0,76	0,76	0,67
MS	0,80	0,86	0,73	0,65	0,45	0,00	0,75	0,85	0,83	0,76	0,25	0,56	0,87	0,73	0,65
MT	0,76	0,98	0,75	0,74	0,36	0,16	0,61	0,71	0,79	0,73	0,12	0,42	0,79	0,74	0,62
GO	0,77	0,88	0,72	0,64	0,66	0,24	0,76	0,76	0,83	0,90	0,18	1,00	0,76	0,67	0,70
DF	1,00	0,10	0,87	0,25	0,99	1,00	1,00	0,69	0,87	0,88	1,00	0,14	0,64	1,00	0,75
BRASIL	0,71	0,46	0,66	0,59	0,60	0,58	0,69	0,64	0,72	0,74	0,27	0,48	0,66	0,66	0,60

Tabela 3
 Ranking do Índice Agregado

REGIÃO/UF	Índice Agregado dos Indicadores sócio-econômicos e epidemiológicos e de acesso
AL	0,34
MA	0,37
CE	0,38
PI	0,41
PB	0,41
PE	0,42
AC	0,43
SE	0,44
AM	0,45
BA	0,46
RN	0,48
PA	0,50
TO	0,51
AP	0,52
RR	0,55
RO	0,58
MT	0,62
MS	0,65
ES	0,66
MG	0,68
GO	0,70
PR	0,70
DF	0,75
RS	0,75
SC	0,76
SP	0,79
RJ	0,80
BRASIL	0,60

A análise da evolução dos indicadores selecionados e sua correlação com a alocação de recursos de custeio demonstra que todas as cinco regiões do país mudaram significativamente para melhor, na de cada de noventa, o que se reflete em mudança no agregado Brasil. Todavia, observa-se que a taxa de mudança foi praticamente uniforme nos contrastes inter-regionais, daí resultando clara conservação das distâncias relativas entre as regiões.

Quanto à escolaridade, relativamente, sim, pode-se afirmar que as coisas permaneceram como antes. e o conceito de inércia social trata de mudanças relativas, não absolutas. O indicador de renda das pessoas revela oscilações no movimento absoluto - crescimento rápido, reduzido e, depois, decréscimo, ficando clara a conservação das distâncias entre as pessoas das duas regiões, dada a uniformidade simétrica da taxa de mudança.

A renda familiar per capita é semelhante à taxa de atividade, descobrindo a absoluta e relativa estabilidade do perfil distributivo de carências.

Para melhor análise da correlação entre as condições apontadas pelo conjunto dos indicadores “representativos” das necessidades de saúde e a resposta do poder público quanto à disponibilização de recursos de custeio da assistência à saúde, tendo como perspectiva a equidade, faz-se necessário algumas considerações iniciais, sobre a evolução do financiamento da política de saúde. Ver Nota Técnica 03.

No entanto, apesar da crescente arrecadação das contribuições sociais, os gastos com saúde em 1993, 1995 e 1998, foram de 2,1%, 3,36% e 1,9% do PIB, respectivamente. A criação da CPMF não gerou receita adicional para o Ministério, como esperado, sendo que o gasto do Ministério da Saúde foi de R\$ 19,4 bilhões em 1997 e de R\$ 17,6 bilhões em 1998" (Piola *et al.*, 1999) ao invés de se ter R\$ 21,4 bilhões em 1997 e R\$ 22,6 bilhões em 1998, se fosse acrescentado a CPMF às fontes de 96.

Além disso, a partir de 1993 a despesa com encargos previdenciários da União passou a onerar cada Ministério, antes em rubrica separada.

O montante e os percentuais investidos pelas três esferas de governo, revelam uma participação da União de 2/3 do investimento setorial no ano de 1995, caindo em 2000, para aproximadamente 58% dos recursos disponíveis para o sistema público, segundo dados da Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde - SIS/MS. Possivelmente, em função da descentralização do sistema, em especial a partir de 1998, houve crescimento da participação dos recursos das esferas sub-nacionais no financiamento do SUS. Ainda assim, a participação de recursos financeiros provenientes das contribuições sociais como são administradas pela União expressa o grande poder de arbítrio do Governo federal na alocação desses recursos.

Para o financiamento da Assistência ambulatorial e hospitalar

Os anos de 1993 e 1994 foram de grandes dificuldades para o SUS, pela total falta de recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde.

A partir de outubro de 1994, os recursos federais deveriam ser alocados aos estados, na forma de Limites ou Tetos Financeiros, conforme diretrizes e parâmetros aprovados no Conselho Nacional de Saúde, em tese com o montante definido em negociação na Comissão Intergestores Tripartite.

No entanto, apenas parcelas de recursos de fato o são, não tendo sido realizado uma revisão geral da alocação de recursos entre os estados, com critérios claros e homogêneos após a Lei Orgânica da Saúde. Em cada estado, o teto estabelecido é, por sua vez, distribuído entre os municípios, em um processo em que são pactuados na Comissão Intergestores Bipartite as diretrizes, objetivos, critérios e parâmetros e submetidos ao respectivo Conselho de Saúde.

Apesar dos significativos incrementos nos valores dos tetos financeiros dos estados para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde realizados pelo Ministério da Saúde, a análise quanto à justiça na alocação desses recursos financeiros nos diferentes estados é sempre procedente, pois que é um objetivo constitucional.

Um ponto constante na argumentação apresentada em busca da ampliação dos tetos financeiros dos estados para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, é que há uma má distribuição dos mesmos entre os diversos estados que beneficiaria aqueles mais ricos em detrimento daqueles mais pobres.

Se há uma concordância de que a descentralização da gestão do sistema e seu financiamento têm revertido em importantes avanços na consolidação do SUS, parece não se ter a mesma compreensão quanto a lógica na alocação de recursos realizada pelo Ministério da Saúde nos tetos financeiros dos estados, para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde.

Ressalte-se que é no entrecruzamento da implantação do SUS com a preservação de estruturas antigas que foi definido a lógica do seu financiamento.

Como visto anteriormente, a assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Sendo assim, quanto mais desenvolvida a economia do estado, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos. Dessa forma, aplicava-se mais recursos nos estados das regiões sul e sudeste e cidades de maior porte.

A primeira alocação de recursos feita pelo Ministério da Saúde, agora gestor federal do SUS, baseou-se, fundamentalmente, na capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados pois agora, a assistência passava a ter um caráter universal.

Isto fica evidente nas Portarias nº 19 e 20, de 08 de janeiro de 1991, do Secretário Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde que à época acumulava a Presidência do INAMPS, que estabeleciam o limite de recursos para a assistência hospitalar, definindo os quantitativos de internações com diferenciações entre os estados que variavam de 5,0 internações para cada 100 habitantes/ano em Roraima, até 12,84 para o

estado do Tocantins, com uma média Brasil de 10,05. Claro que essa distribuição não se baseava nas necessidades de assistência hospitalar das respectivas populações e sim na série histórica de gastos do INAMPS.¹ Nessa Portaria são definidos quantitativos de AIH acima da média nacional, para Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Goiás, Paraíba, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná e Tocantins, ou seja, para os 3 estados da região sul, 3 dos 4 da região sudeste, 3 da região centro-oeste e apenas 1 da região nordeste e 1 da região norte. Além disso, o volume de recursos por estado variava também em função do custo médio da AIH que depende do nível de concentração de recursos assistenciais de maior tecnologia, presentes em maior proporção nos estados mais ricos.

Da mesma forma, foram definidos valores diferenciados de Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) em até 266,66% para os diversos estados, baseados principalmente, na capacidade instalada e série histórica de gasto.

Com menores valores ficaram todos os estados da região norte, três estados da região nordeste (PI, SE e MA) e dois estados da região centro-oeste (MT e MS). Com os maiores valores, os estados do Rio Grande do Sul e o de São Paulo. Como limite financeiro anual em valor em *per capita*, em 1994 a melhor situação ficou com São Paulo R\$ 57,78 e a pior com o Acre e Amapá – R\$25,00 – sendo a média Brasil de R\$45,81 (incluindo a atenção básica).

As alterações realizadas em 1995 nos tetos financeiros dos estados, elevaram o seu valor médio, mas, os maiores *per capita* continuam entre os estados das regiões sul e sudeste e mais o Distrito Federal, sendo que o maior *per capita* (São Paulo) se manteve em 2,25 vezes maior que o menor (Amapá).

Em 06 de novembro de 1996, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, estabelece que os recursos federais, destinados ao custeio das ações e serviços de saúde, devem ser definidos com base na PPI - Programação Pactuada Integrada e ainda, institui o Piso Assistencial Básico (PAB).

Em março de 1998, com a Portaria nº 2.121/GM, é implantado o Piso da Atenção Básica (PAB) e ocorre a subdivisão do teto financeiro global dos estados em Atenção Básica e Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

O PAB de cada município é calculado tendo por base um valor *per capita* e é transferido de forma automática “fundo a fundo”, mudando a sistemática de pagamento por prestação de serviços e passando para uma lógica de transferência de recursos tendo como contrapartida o compromisso do município de assumir a responsabilidade sanitária por este nível de atenção.

A parte variável do PAB é também transferida diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, mas condicionada ao cumprimento de pré-requisitos específicos avaliados pelas Comissões Intergestores Bipartites, para cobertura de ações básicas nas áreas de assistência farmacêutica, carências nutricionais, vigilância sanitária e epidemiológica e as estratégias de reorganização do modelo assistencial (saúde da família e agentes comunitários).

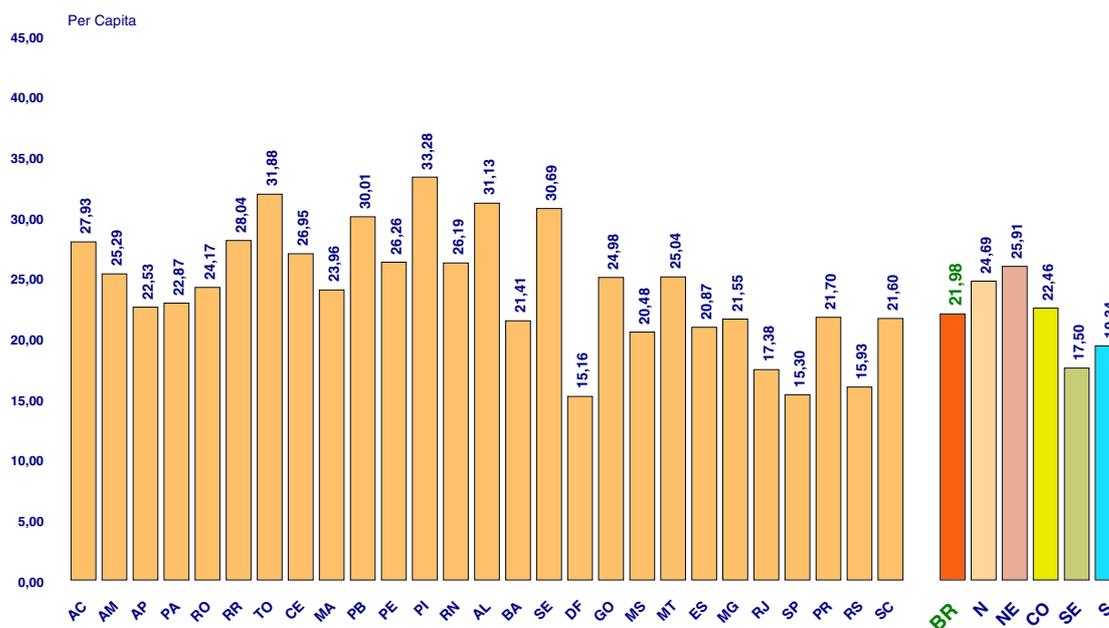
Dessa forma o Ministério da Saúde concretizou o primeiro e significativo passo para a construção de um sistema de saúde que não se reduza a apenas a um componente de assistência médica e para avançar na redução das desigualdades regionais quanto à distribuição dos recursos.

Como impacto da implantação do PAB, pode-se observar que o incremento no *per capita* ocorrido entre o PAB de 1997 e o PAB (fixo mais Variável) 1998, chegou a ser negativo no Estado do Paraná (-1,71%) e abaixo da média para os Estados de Minas Gerais, Mato Grosso, São Paulo, Piauí e Rio de Janeiro. Por outro lado, os maiores percentuais de aumento foram dos Estados da Bahia - 116,71%; do Pará - 109,03% e do Espírito Santo - 106,80% e uma média de 35% no país.

Na distribuição dos tetos financeiros anuais para a atenção básica no ano de 1.998, observa-se que os maiores *per capita* do PAB são os dos estados do Nordeste e os menores valores *per capita* são os de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

A evolução dos valores *per capita* da atenção básica no período de 1997 a 2001 demonstra que os estados que tiveram os maiores percentuais de incremento no período foram o Acre (295,09%), Bahia (219,74%), Pará (209,64%) e Tocantins (205,10%) enquanto os estados do Paraná (29,51%), São Paulo (38,81%) e Minas Gerais (40,59%) tiveram, no mesmo período, os menores incrementos, diminuindo significativamente a iniquidade no financiamento da atenção básica entre os estados, alocando mais recursos onde a necessidade é maior. (Ver gráfico 15).

Figura 5
Recursos Financeiros Federais Per-Capita Atenção Básica por UF e Região 2001(Footnotes)



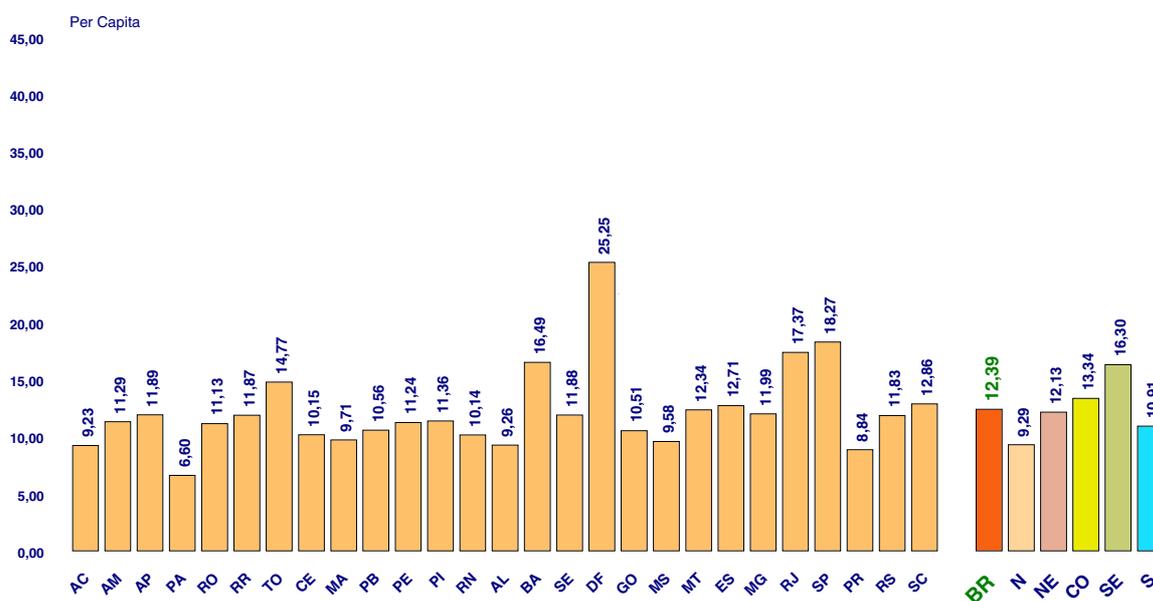
FONTE: Tab Net_DATASUS / IBGE

No entanto, em relação à distribuição de recursos *para a atenção de média complexidade*, a situação não é tão positiva, não tendo evoluído de forma a diminuir as desigualdades, como pode ser observado no Gráfico 16.

O bloco de procedimentos chamados de *Média Complexidade Ambulatorial* – MC – é composto por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, de apoio diagnóstico e terapêutico, com algum grau de economia de escala e, portanto, não disponibilizáveis em todos os municípios do país.

Contrariamente ao que seria esperado, de maior gasto com a assistência nas regiões norte e nordeste, que apresentam indicadores sócio econômicos e epidemiológicos em pior situação, observa-se que essas regiões contam com os menores valores financeiros em *per capita*. Ver Gráfico 16 ^a

Gráfico 16
Recursos Financeiros Federais Per-Capita para Média Complexidade por UF e Região 2001



FONTE: Tab Net_DATASUS / IBGE

Ao se observar os gastos federais com a atenção de média complexidade ambulatorial como um todo, tem-se o DF com um valor per capita de R\$25,25 e o Pará com R\$6,60 como extremos e uma média nacional de R\$9,29, ou seja de cerca de quatro vezes.

O bloco de procedimentos de média complexidade do SIA SUS, assim constituído – é composto por grande quantidade de procedimentos, bastante heterogêneos, de complexidade e custo variados e cuja dispersão territorial da oferta entre os municípios obedece a lógicas distintas, sendo, portanto, de difícil organização e controle.

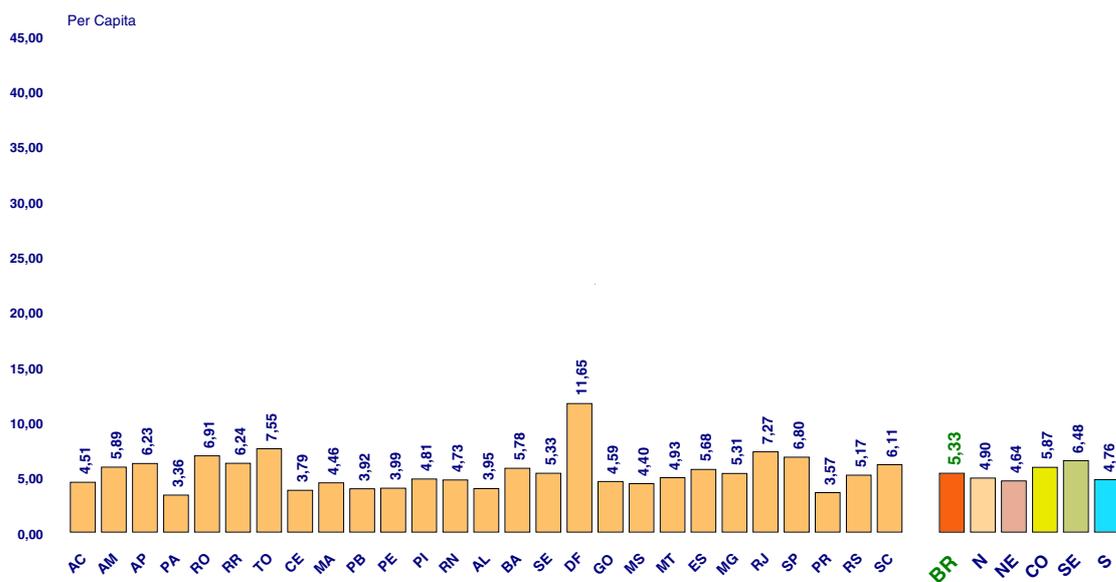
Partindo dessas premissas, buscou-se a reorganização do Bloco de Procedimentos de MC que pudesse subsidiar o desenho de uma rede assistencial crescentemente resolutiva, admitindo a incorporação tecnológica diferenciada e gradativa entre serviços e os diferentes municípios que compõem uma dada microrregião ou região nos estados. Para tanto, os procedimentos de MC foram subdivididos em três grandes elencos de procedimentos, admitindo-se três níveis de complexidade: nível I (EPM-I), nível II (EPM-II) e nível III (EPM-III).

O primeiro – EPM I - é composto por ações do primeiro nível de referência da MC para a atenção básica, de abrangência municipal ou de módulo assistencial dependendo do porte populacional dos municípios. Na verdade considera-se que são procedimentos necessários para que se garanta uma atenção básica resolutiva, pois estão associados, principalmente, a um aumento da resolutividade e da qualidade das ações prioritárias na atenção básica - controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão; controle da diabetes mellitus; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança; ações de saúde da mulher – através da garantia de acesso de toda a população a um grupo de serviços que compreende: laboratório, radiologia simples, ultrassonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia básica e algumas ações de odontologia especializada.

Com relação ao financiamento das ações e serviços do primeiro nível de referência da MC, está previsto, o aporte de recursos federais para alcance da meta de um *per capita* mínimo nacional, de R\$6,00. A média Brasil 2001 encontrava-se em R\$5,33, sendo o maior valor observado no DF, com R\$11,66 e o menor no Pará, com R\$ 3,36. Uma diferença de quase quatro vezes. Chama a atenção a importante distância do DF em relação à média nacional. Excluído o DF, a diferença entre os extremos de quatro vezes cai para duas vezes e meia. Ver Gráfico 16 A

Gráfico 16A

Recursos Financeiros Federais per-capita para o primeiro nível de referência da Média Complexidade - M1 por UF e Região 2001



FONTE: Tab Net_DATALASUS / IBGE

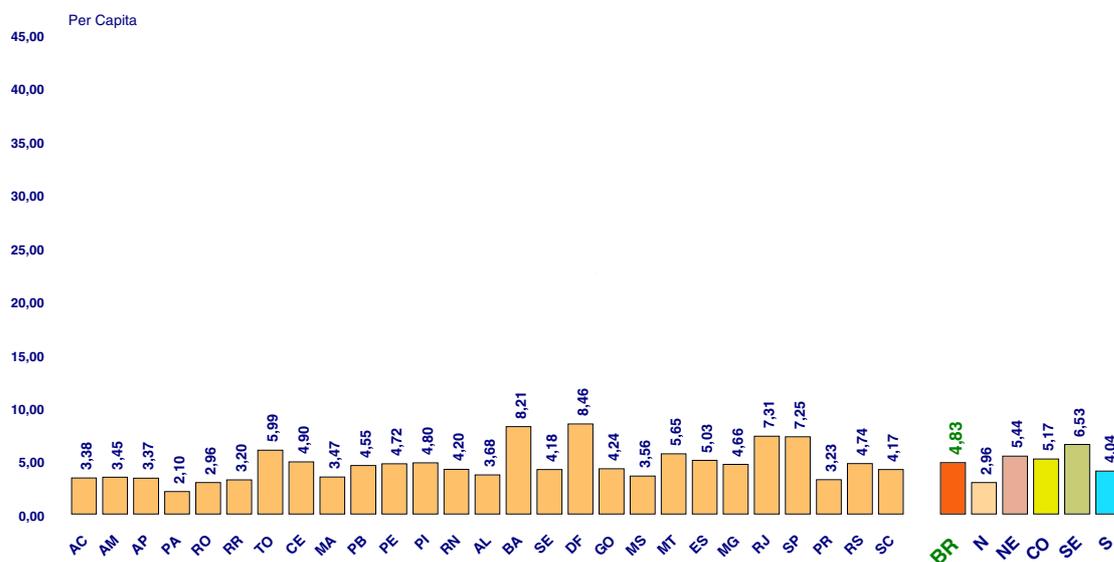
O segundo conjunto de procedimentos da MC ambulatorial – EPM II - é compreendido por ações consideradas de grande relevância e de menor complexidade e custo e que, idealmente, devem ser ofertados com abrangência microrregional.

Para a definição do conjunto de ações e serviços neste nível da atenção, procurou-se estabelecer quais as especialidades que deveriam compor a equipe mínima de profissionais no segundo nível de referência da MC. Esta escolha pautou-se pela discussão sobre as necessidades de organização de uma rede assistencial resolutive, mantendo a coerência em termos da prática clínica com os procedimentos básicos e do primeiro nível de referência.

Em 2001 os valores pagos com recursos federais para custeio dessas ações demonstram que a melhor situação era a do DF com R\$8,46, enquanto a média Brasil era de R\$2,96 e o Pará apresentava o menor valor com R\$ 2,10 per capita. Uma diferença de quatro vezes entre a melhor e a pior situação. Ver Gráfico 16B.

Gráfico16 B

Recursos Financeiros Federais Per-Capita Para o Segundo Nível de Referência da Média Complexidade - M2 Por UF e Região 2001



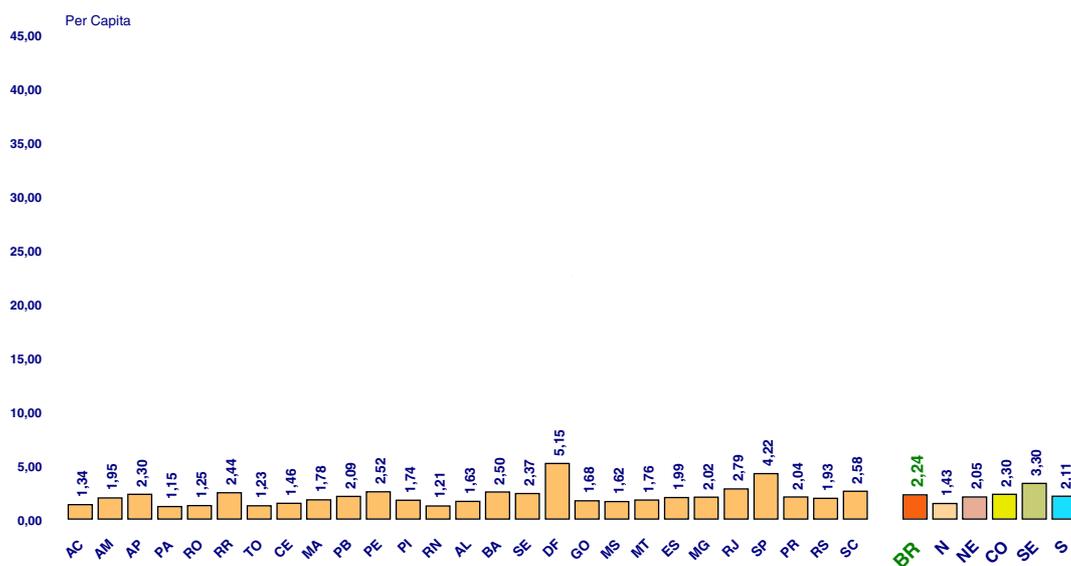
FONTE: Tab Net_DATASUS / IBGE

O terceiro – EPM III – é composto pelos procedimentos de MC de maior complexidade e custo em relação ao M1 e M2, cuja oferta, na maioria dos estados só é observado em nível regional, entendidos, portanto, como o terceiro nível de referência da Média Complexidade.

A diferença de gastos em 2001 com a assistência deste nível de complexidade entre os estados é menor: de R\$5,15 no DF e R\$1,15 no Pará, ou seja, uma distância de cinco vezes. Gráfico 16 C.

Gráfico 16 C

Recursos Financeiros Federais Per-Capita Para o Terceiro Nível de Referência da Média Complexidade - M3 por UF e Região 2001



FONTE: Tab Net_DATASUS / IBGE

A Bahia chama atenção quanto aos gastos com atenção média complexidade II e III, possivelmente devido a falhas das ações de controle e avaliação do apoio diagnóstico de patologia clínica.

Sobre a distribuição de recursos para a atenção de alta complexidade:

O bloco de procedimentos chamados de Alta Complexidade/Custo foi composto levando-se em consideração critérios como alto custo individual de cada procedimento e alto custo em função do tempo de tratamento. Portanto, compõem um bloco com características especiais, de maior densidade tecnológica e/ou custo, que em geral são ofertados em municípios-pólo de regiões ou em um pólo estadual, além de alguns serviços que são considerados de referência nacional. Inclui a Terapia Renal Substitutiva; Assistência Oncológica Ambulatorial; Exames de hemodinâmica, Tomografia Computadorizada, Patologia Clínica (controle de drogas e histocompatibilidade), Radiodiagnóstico (neuro radiologia e angiografia), busca de doador, coleta e transporte de órgãos para Transplantes, Ressonância magnética, Medicina Nuclear, Radiologia intervencionista e Medicamentos de uso Excepcional.

O perfil, abaixo, mostra algumas características da assistência de alta complexidade no Brasil, com base nos dados disponíveis na SAS e no site do DATASUS.

1 - O valor pago, em 1999, para a produção ambulatorial de alta complexidade consumiu, aproximadamente, 32 % de todo o bolo do gasto ambulatorial total.

2 - Ambos os tipos de procedimentos de alta complexidade hospitalar e ambulatorial consumiram, em 1999, 26% de todo o gasto efetuado pelo recurso federal.

3 - Analisando separadamente a contribuição de cada grupo de procedimento na alta complexidade ambulatorial nota-se que TRS e Quimioterapia consumiram, aproximadamente, 52% de todo o gasto ambulatorial de alta complexidade, em 1999.

4 - O período 1995-1999 mostrou um incremento no gasto nacional com TRS, da ordem, de 60%. Alguns estados como PA, RO, PA, MT e TO apresentaram crescimentos acima de 100% e outros com crescimento de mais de 80% (RN, BA, SE, AM).

5 - A evolução dos gastos com quimioterapia no Brasil foi de 68% entre 1995-2000.

6 - Vários estados não contam com serviços de alta complexidade. Por exemplo:

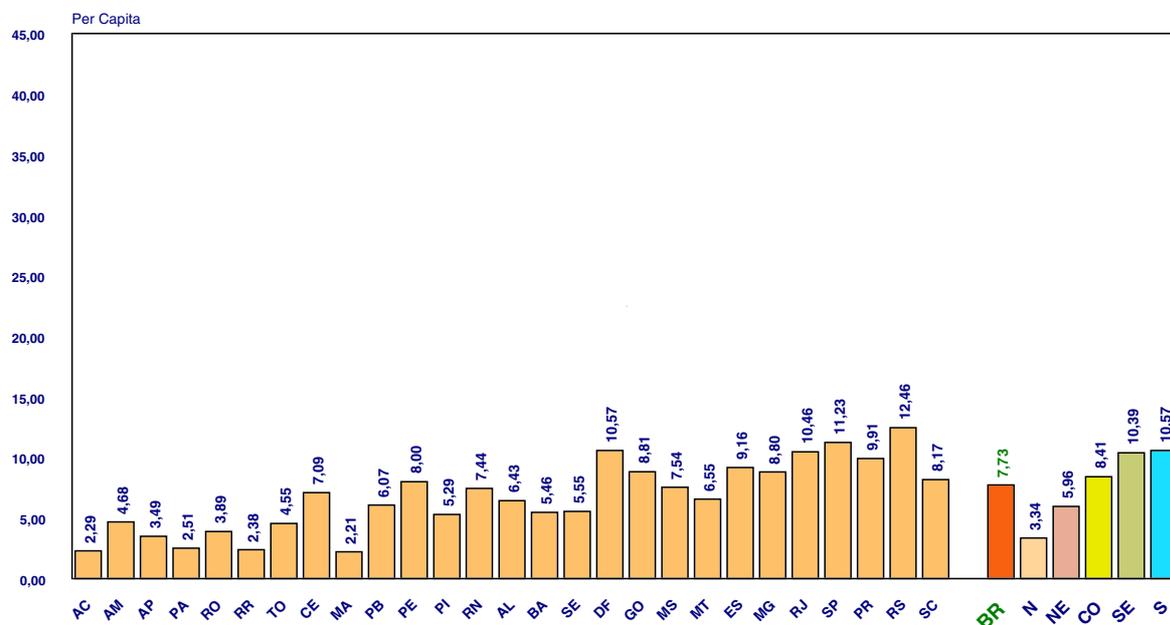
Acre e Amapá não realizam Cirurgia Cardíaca, o Acre não realiza Cirurgia Oncológica, Acre, Alagoas e Amapá não fazem Neurocirurgia, Roraima não dispõe de serviço de Terapia Renal Substitutiva, Acre, Amapá, Roraima e Tocantins não contam com Radioterapia nem realizam exames de Hemodinâmica e de Medicina Nuclear.

Em 2001 observa-se que o gasto *per capita* com a atenção ambulatorial de alta complexidade excluindo-se os procedimentos considerados estratégicos e que são pagos pelo FAEC com limites flexíveis, apre-

senta uma média nacional de R\$7,73, com as regiões sul e sudeste com um gasto médio de R\$10,57 e R\$10,39 respectivamente enquanto a região norte apresenta uma média de R\$3,34, a região nordeste com R\$5,96 e a centro-oeste apresenta um gasto de R\$8,41. Uma diferença entre os extremos de cerca de três vezes entre as médias regionais. A diferença entre o gasto mais baixo (Maranhão com R\$2,21) e o mais alto (São Paulo, com R\$ 12,46), conforme pode ser observado no Gráfico 17..

Gráfico 17

recursos financeiros federais per-capita para atenção em alta complexidade, por UF e região, 2001 (não inclui os procedimentos estratégicos)



FONTE: Tab Net_D AtlasUS / IBGE

Considerando que para a realização da assistência de alta complexidade requer investimentos, tanto em instalações físicas e equipamentos, quanto na capacitação de recursos humanos, conclui-se que os investimentos viabilizados ao longo do tempo se deram em função do mercado e não como resultado da necessidade da população, observando-se que a grande maioria dos serviços de alta complexidade é privada. A extrema desigualdade observada na distribuição dos mesmos no território nacional reproduz as grandes diferenças existentes entre os estados nos seus aspectos econômicos, sociais e demográficos.

De qualquer forma, as patologias que demandam a realização desses procedimentos de alta complexidade têm, normalmente, uma baixa frequência, exigindo também uma base populacional que possa gerar uma demanda que justifique a implantação e manutenção desses serviços. Assim, não é esperado que todos os serviços de alta complexidade sejam hoje realizados em todos os estados. Pelo fato de não se enquadrar nessa condição é que foi definido como marcador do acesso e distribuição de recursos federais para a atenção de alta complexidade, os gastos com TRS - Terapia Renal Substitutiva.

No ano de 2000, aproximadamente 53 mil pessoas receberam TRS pelo SUS, representando uma taxa de 32 pessoas por 100.000 habitantes, segundo dados de produção do Ministério da Saúde trabalhados pelo consultor. Dr. Rômulo Paes. da FUNASA.

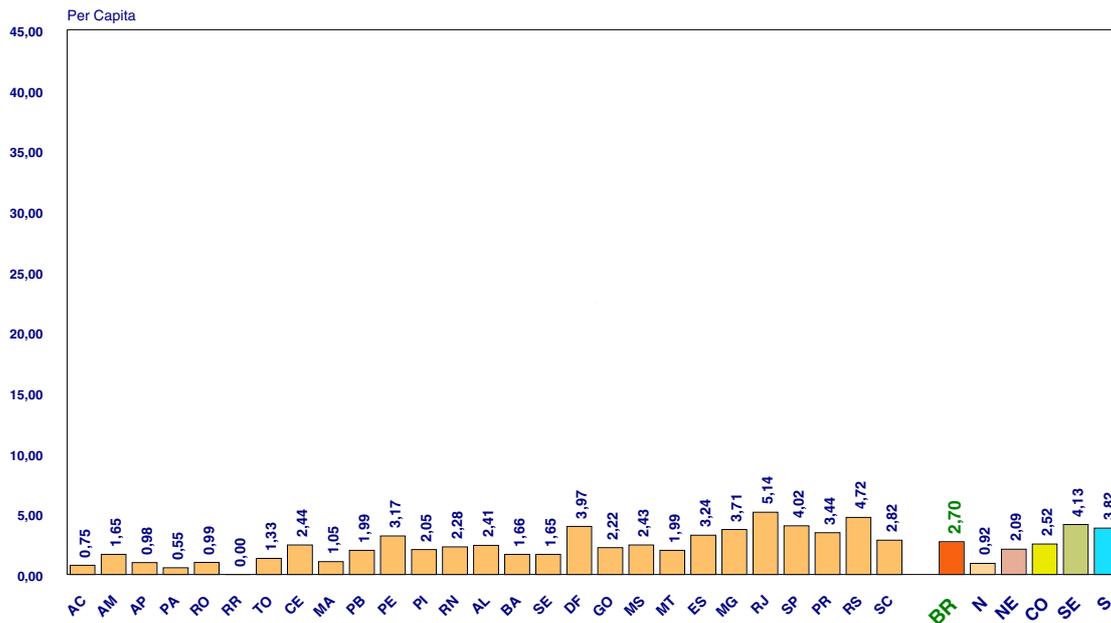
Quanto aos diferenciais entre os estados nota-se que as taxas de todos os estados das regiões Sul e Sudeste estão próximas ou acima do valor nacional, conforme gráfico abaixo. Os valores observados para Rio Grande do Sul e o Rio de Janeiro estão acima do previsto, enquanto que Minas Gerais e São Paulo apresentam valores próximos ao esperado para este indicador. Os estados de Santa Catarina, Paraná e Espírito Santo encontram-se abaixo do valor esperado.

As demais regiões do Brasil apresentam valores muito abaixo do esperado para esse indicador. Principalmente na região Norte, observou-se uma taxa de apenas 9 pessoas por 100.000 habitantes realizando TRS.

A razão de taxas de pacientes atendidos para TRS, entre as regiões Sudeste e Norte, indica que 5 vezes mais pacientes foram atendidos na região Sudeste do que na Norte. A Região Nordeste apresenta o maior déficit referente ao número de pacientes atendidos em relação aos esperados.

Gráfico 17. A

recursos financeiros federais per-capita para TRS, por UF e região, 2001



FONTE: Tab Net_DATASUS / IBGE

Quanto à assistência hospitalar

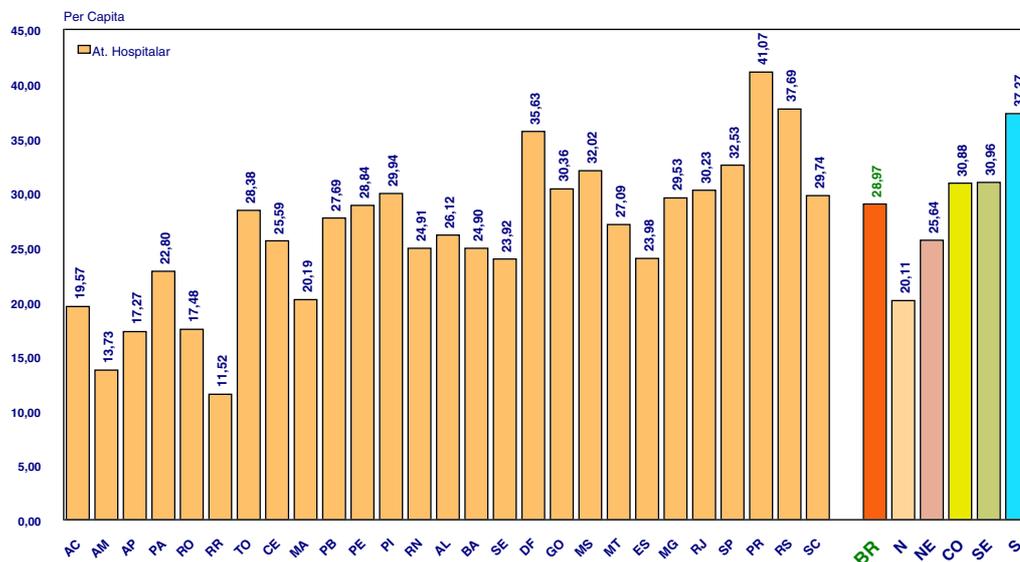
A evolução dos gastos com internação hospitalar, por UF, no período entre 1.995 e 2.001, demonstra que houve redução de 8,2% na sua freqüência. Ressalta-se que a redução no número de internações não ocorreu em todas as regiões. Enquanto na região sudeste ocorreu uma redução de 12,7%, na região norte ocorreu um crescimento de 8,9% e na região centro-oeste um crescimento de 5,8%.

No entanto, houve um aumento de 37,7% na despesa e que houve aumento em todos os estados. Para um entendimento mais adequado desta questão é necessário ter em conta os avanços da medicina que ocorreram nesse período que possibilitaram a realização, a nível ambulatorial, de inúmeros procedimentos que antes requeriam a internação plena do paciente.

Com crescimento mais destacado acima da média nacional temos: Roraima com 331,8%, Amapá com 232,8%, Tocantins com 97,8%, Pará e Sergipe com 85,5%, Acre com 80%, Distrito Federal com 72,3%, Amazonas com 67,4%, Mato Grosso do Sul com 54,8% e Bahia com 53,5% e uma média nacional de 27,5%

Gráfico 18

Recursos Financeiros Federais per-capita para Assistência Hospitalar por UF e Região, 2001



FONTE: Tab Net_DATASUS / IBGE

Quanto ao Sistema Hospitalar de Alta Complexidade (SIPAC'S) o grupo de procedimentos da Cardiologia (marca-passos, valvoplastia, etc.) contribui com mais de 37% do gasto total, seguido pelo grupo de procedimentos neurocirúrgicos com 25%. Estes percentuais, somados aos dos procedimentos de Oncologia e Transplantes com, respectivamente, 9,5% e 8%, totalizam quase 80% do SIPAC'S.

No entanto, apesar do incremento de 52% no gasto nacional total com o procedimento, entre 1995 e 1999 não foram realizados procedimentos em Cardiologia, em 1999, em RO, AC, AP, e TO.

Em Neurocirurgia, em 1999, apenas 7 estados (RO, AC, RR, AP, RN, PB, AL), não realizaram procedimentos, contrastando com o período 1995-1998 quando apenas 5 estados realizavam procedimentos neurocirúrgicos nessa especialidade. Entre 1995 e 1999 houve um incremento de 6.050% no gasto nacional total com o procedimento, mas observa-se também uma variação importante no gasto per capita entre os estados: 0,1 (MT) a 1,77 (RS) no ano de 1999, com o per capita médio nacional em 1999 de 0,76.

Em Oncologia, entre 1995 e 1999, houve um incremento de quase 90% no gasto nacional total com o procedimento, mas chama a atenção a variação importante no gasto per capita entre os estados de Tocantins, com R\$0,04 e o Rio Grande do Sul, com R\$1,24, e a situação do Acre e Roraima, que não realizaram esse procedimento, em 1999.

Quanto à distribuição do total dos recursos federais para a assistência em valores *per capita*, pode-se observar que as regiões sudeste e sul ainda recebem a maior proporção dos recursos, mas que as diferenças entre as regiões diminuíram de modo significativo. Enquanto em 1994, o menor valor *per capita* que era da região norte correspondia a 64,7% do *per capita* nacional, em 2.001 passou a corresponder a 85,8%. Enquanto isso, o valor *per capita* da região nordeste passou de 80,5% do *per capita* nacional em 1.994 para 96% em 2.001.

Por outro lado, o valor *per capita* da região sudeste que em 1.994 correspondia a 115% do *per capita* nacional, em 2.001 passou a corresponder a 104,2%. Enquanto que o valor *per capita* da região sul que correspondia a 110,1% do *per capita* nacional, em 2.001 passou a 103,8%, conforme Tabela a seguir .

Comparativo entre os Limites Financeiros Anuais e respectivos valores *pr Capita* por Região, 1994 - 2001

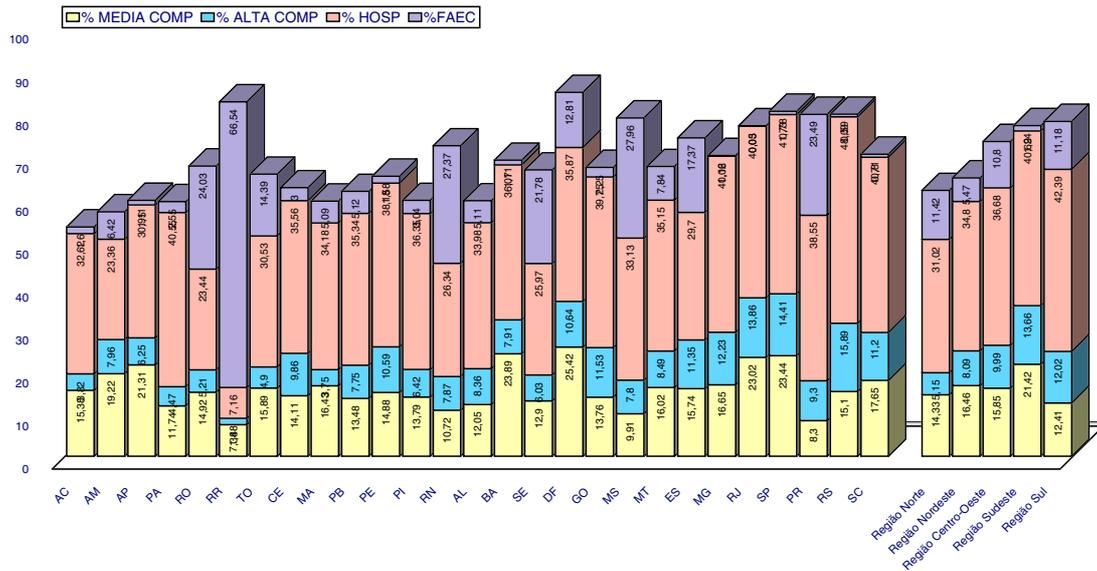
Regiões	1994			2001		
	Teto financeiro anual	Valor per capita	Per capita região X Per capita Brasil	Teto financeiro anual	Valor per capita	Per capita região X Per capita Brasil
Centro-Oeste	453.936.828	45,19	98,6%	926.906.870	79,39	97,3%
Nordeste	1.643.094.672	36,87	80,5%	3.700.355.525	78,31	96,0%
Norte	305.974.656	29,66	64,7%	886.593.125	69,99	85,8%
Sudeste	3.477.358.344	52,89	115,5%	6.091.272.389	85,00	104,2%
Sul	1.162.357.956	50,42	110,1%	2.120.075.641	84,69	103,8%
Brasil	7.042.722.456	45,81	100,0%	13.725.203.550	81,56	100,0%

Assim, em termos relativos houve uma melhoria geral importante. embora se mantenha a disparidade regional.

A distribuição do total dos recursos federais para a assistência por nível de complexidade por estado, em 2.001, é apresentada no Gráfico 19.

GRÁFICO 19

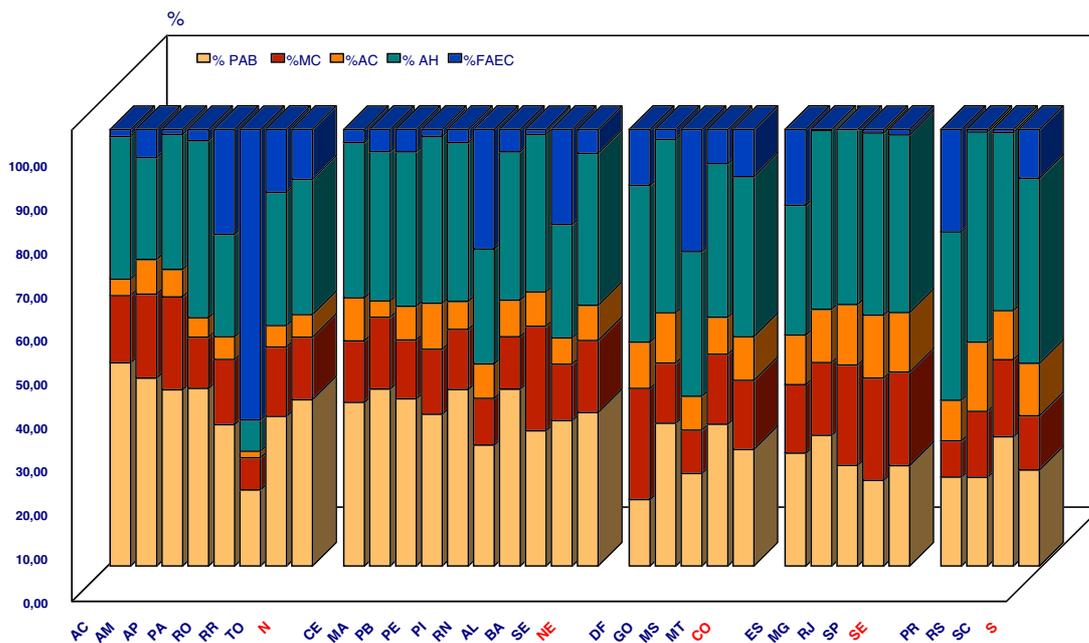
Recursos Financeiros Federais repassados para Assistência, por Nível de Complexidade - 2001



FONTE: Tab Net_DATASUS / IBGE

GRÁFICO 19 A

Total dos recursos financeiros federais per-capita para assistência ambulatorial e hospitalar - 2001



FONTE: Tab Net_DATASUS / IBGE

Enfim, o Índice Agregado entendido como uma síntese de alguns indicadores sócio-econômicos e epidemiológicos, reporta um retrato distributivo praticamente inalterado nos últimos dez anos e demonstra a magnitude da inércia social, no Brasil.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:

1 - Lembrando que a alocação dos recursos, neste estudo, está limitado à resposta do Ministério da Saúde, para a assistência ambulatorial e hospitalar, quando abordado o gasto público, é importante deixar claro a convicção de que na verdade, as desigualdades em **saúde exigem ações que vão além da**

atenção médica, dentre elas as de prevenção e promoção da saúde. Os problemas de saúde produzidos pelo acesso inadequado aos serviços se constituem indubitavelmente em campo de ação das políticas de equidade em saúde, mas não as esgota.

2 - Embora não tenha se pretendido realizar uma exaustiva análise estatística da contribuição dos diversos indicadores selecionados para compor o Índice Agregado, procedeu-se a um tratamento estatístico sumário com vistas a verificar o grau de consistência do modelo.

A regressão múltipla dos diversos índices em relação ao Gasto Total mostrou uma significativa consistência do modelo, demonstrado por um Índice de Determinação (R^2) de 0,897. Na explicação do modelo, os índices de “pobreza”, “esgoto”, “lixo”, “mortalidade infantil”, “mortalidade por diarreia”, “médicos por mil habitantes”, “leitos por mil habitantes”, “cobertura de internações”, e “cobertura por vacina tríplice”, guardam relação positiva, sendo que são mais “fortes” na explicação do modelo os coeficientes “lixo” (15,47), “mortalidade infantil” (21,69), “médicos por mil habitantes” (12,41), “cobertura de internações” (10,31), e “cobertura por vacina tríplice” (14,05). Esses coeficientes dos diversos índices, aqui analisados como variáveis de uma curva de regressão múltipla, referem-se à inclinação das curvas para cada item, num espaço multidimensional.

Ao contrário, alguns indicadores demonstraram coeficientes negativos, isto é, variam de forma inversa ao crescimento do gasto total. São eles o analfabetismo (-28,83), renda (-0,49), desemprego (-6,75), trabalho infantil (-14,73) e esperança de vida (- 6,06).

Depreende-se, dessa análise, que esses últimos indicadores com coeficientes negativos indicam uma distribuição não equitativa dos recursos do gasto total com assistência, se tomarmos como pressuposto que esses mesmos recursos deveriam ser maiores em estados com piores condições de vida, expressas nos referidos indicadores.

No caso dos indicadores com coeficientes positivos e de maior expressão, com exceção da “mortalidade infantil”, corresponderiam a situações com melhores situações sócio-econômicas e estruturas assistenciais, contanto com maiores facilidades na produção de serviços.

Os dados obtidos realizando-se a regressão múltipla estão expressos nas tabelas abaixo:

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Model		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	53,656	11,774		4,557	,001
	ANALFA	-28,831	17,259	-,962	-1,670	,121
	RENDA	-,498	5,417	-,015	-,092	,928
	POBREZA	6,485	14,472	,206	,448	,662
	DESEMP	-6,447	8,615	-,151	-,748	,469
	TRABINF	-14,735	10,194	-,429	-1,445	,174
	ESGOTO	6,751	5,977	,218	1,129	,281
	LIXO	15,473	13,533	,407	1,143	,275
	ESPERVID	-6,068	16,063	-,175	-,378	,712
	MORTINFL	21,699	21,781	,583	,996	,339
	MORTDIAR	1,283	9,368	,030	,137	,893
	MÉDMIL	12,419	10,293	,287	1,207	,251
	LEITOS /MIL	2,198	5,808	,059	,378	,712
	COBINTER	10,319	7,588	,220	1,360	,199
	COBDTP	14,053	9,983	,391	1,408	,185

a Dependent Variable: PCTOTAL

Coefficients

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
Model		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	53,656	11,774		4,557	,001
	ANALFA	-28,831	17,259	-,962	-1,670	,121
	RENDA	-,498	5,417	-,015	-,092	,928
	POBREZA	6,485	14,472	,206	,448	,662
	DESEMP	-6,447	8,615	-,151	-,748	,469
	TRABINF	-14,735	10,194	-,429	-1,445	,174
	ESGOTO	6,751	5,977	,218	1,129	,281
	LIXO	15,473	13,533	,407	1,143	,275
	ESPERVID	-6,068	16,063	-,175	-,378	,712
	MORTINFL	21,699	21,781	,583	,996	,339
	MORTDIAR	1,283	9,368	,030	,137	,893
	MÉDMIL	12,419	10,293	,287	1,207	,251
	LEITOS/ MIL	2,198	5,808	,059	,378	,712
	COBINTER	10,319	7,588	,220	1,360	,199
	COBDTP	14,053	9,983	,391	1,408	,185

a Dependent Variable: PCTOTAL

3 - Mesmo se tratando de um trabalho relevante pelo produto em si mesmo - uma análise sistemática, mas acessível, apesar dos limites da metodologia utilizada, estima-se que a institucionalização de processos que tenham a perspectiva semelhante será bastante mais difícil. Pois é na operacionalização, que está o desafio. E sabemos, que para além do campo das probabilidades e correlação entre eventos vitais e suas prováveis causas (próprio do núcleo da epidemiologia), em geral, os conceitos das ciências sociais emprestados pela epidemiologia, não estão ainda bem estabelecidos no quadro teórico da ciência-mãe - como o caso da determinação social da doença - causando problemas práticos na sua inserção como balizadoras dos critérios de alocação de recursos em saúde. A equidade é o fim. A democracia é o meio.

A institucionalização de processos de avaliação como subsídio ao planejamento de políticas capazes de diminuir as desigualdades entre as regiões brasileiras exige a **formação de consenso teórico, técnico e político** entre os atores sociais envolvidos no processo de planejamento e programação da alocação de recursos para a assistência.

4 - Para assegurar que a avaliação da equidade seja incorporada como critério de alocação e instrumento de gestão, é importante que se busque uma **metodologia simples** que permita, a extensão de sua lógica em análises internas aos estados, medindo a variabilidade - equidade - das condições de vida e saúde e da oferta/acesso entre os seus municípios e regiões, dessa forma auxiliando as definições de padrões de alocação coerentes com os processos de regionalização em curso na maioria dos sistemas estaduais e facilita a implementação de diretrizes de equidade inter e intrarregionais.

5 - Independentemente do tipo de proposta metodológica adotada, é necessário a realização **de ajustes adicionais**, isto é, uma vez obtidos os valores *per capita*s para cada estado, estes devem ser ajustados por outros critérios que não foram incluídos na fórmula distributiva, tais como:

a) a existência de serviços de alta complexidade que atuam como referência nacional e portanto, sua demanda não esta determinada exclusivamente pela população da área geográfica na qual estão localizados, mas também por indivíduos de outras regiões. Seria necessário que se estabelecesse critérios consensuais para definição de quais serviços seriam considerados de referência nacional e não incluir na base distributiva os recursos a serem destinados aos mencionados serviços. Ou ajustar os resultados distributivos em função dos fluxos de demanda existentes entre distintas áreas geográficas. No caso dos serviços hospitalares e alguns ambulatoriais de alto custo, dispõe-se de um sistema de informações o SIH/SUS e o SIPAC, no qual estão registradas as informações referentes à procedência do paciente. Espera-se que o Cartão Nacional de Saúde possa resolver as lacunas de outros serviços que ainda não contam com o registro da procedência.

b) o número efetivo de população potencialmente demandante do SUS ajustada à base populacional, considerando o número de pessoas com cobertura privada de seguro saúde, pois que esse contingente populacional não se distribui igualmente entre as diferentes estados. Segundo o IBGE, a região Sul conta com 25,84% da população coberta com planos de saúde, onde São Paulo conta com 33,12% e Minas Gerais com 14,65%, enquanto que na região norte, o Acre tem apenas 1,61% e Tocantins tem 1,93% da população coberta com planos e seguros privados de saúde.

Certamente, distribuir recursos em função do critério ‘população protegida’ como implementado na Espanha, em vista da concentração das populações beneficiárias dos mencionados seguros nos estados das regiões mais favorecidas, permitiria uma alocação mais equitativa, em especial diante de um quadro de recursos escassos. Cabe destacar que a exclusão da população protegida por seguros privados de saúde, não significa abrir mão do caráter universal do sistema e estaria limitada ao cálculo distributivo, garantindo o atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS) para toda a população, sendo que os gastos efetuados pelo SUS com serviços prestados a beneficiários de sistemas privados deveriam ser resarcidos financeiramente pela correspondente empresa seguradora.

c) As desigualdades regionais nos custos operacionais dos serviços de saúde é de difícil implementação, pela insuficiência de informações como salários médios regionais dos profissionais de saúde (tanto estaduais como municipais) ou custos de manutenção dos serviços de saúde. Nas experiências internacionais, na ausência de informações específicas de serviços de saúde, são utilizados valores que refletem as desigualdades nos fatores econômicos globais das diferentes regiões.

6 - Dado que no Brasil, o financiamento da saúde é de responsabilidade das três instâncias de governo, (União, estados e municípios), para melhor avaliar o efeito da distribuição geográfica equitativa dos recursos financeiros federais, é necessário realizar simulações que incorporem os recursos destinados ao setor saúde pelas instâncias regionais e locais.

7 - Parte da escassez relativa de estudos sobre desigualdades em saúde e alocação de recursos, desproporcional à importância do tema, parece estar na dificuldade de obtenção e análise de dados específicos. A integração dos sistemas de informações que sejam confiáveis, acessíveis e abrangentes contribuiria em muito para o desenvolvimento do processo de planejamento, definição de prioridades e avaliação das políticas públicas.

8 - A elaboração e viabilização de uma proposta de alocação equitativa exige estudos complementares da capacidade de gestão de cada estado e estratégias de superação dos possíveis problemas gerenciais e de gestão.

9 - De acordo com outros estudos como o da ENSPETEC já citado, a diferenciação no impacto dos indicadores utilizados como proxy de necessidade, entre as diferentes regiões do país, apontam que faz-se necessário um maior aprofundamento na análise dos indicadores e determinantes das condições de vida e de saúde.

10 - Em estudos futuros que utilizem indicadores demográficos e epidemiológicos recomenda-se caracterizar melhor a diversidade do perfil espacial de morbi-mortalidade entre os indivíduos por faixa etária e sexo.

CONCLUSÕES:

Assumindo a concepção de que “equidade em saúde se refere a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas socialmente injustas”, para ser equitativo o Ministério da Saúde deveria, a princípio, alocar mais recursos nos estados mais pobres.

1 - Um modelo igualitário funcionaria se o sistema contasse com estruturas assistenciais e capacidades instaladas projetadas racionalmente para atender às necessidades das populações de cada região de forma organizada. Sabe-se, sobejamente, que esta situação ideal não existe no território brasileiro como um todo. O padrão realmente existente caracteriza-se pela desigualdade e heterogeneidade estrutural, que condicionam o fluxo real de pacientes no interior do sistema.

O desenvolvimento histórico dos serviços de saúde se deu, ao contrário de um suposto modelo ideal, de forma completamente heterogênea, ao sabor de lógicas as mais diferenciadas, desde o modelo caritativo-autônomo das Santas Casas de Misericórdia do início a meados do século passado, passando pelo modelo asilar estatizado (hospitais de tuberculose e hanseníase), pelo modelo previdenciário privatista (do estado novo à ditadura militar) com os hospitais dos IAPs e do INPS, bem como do modelo sanitarista da antiga Fundação SESP.

Soma-se a estas lógicas, a localização não regulada pelo Estado dos hospitais privados da década de 80, que integraram a rede do antigo INAMPS localizados para atender interesses de mercado, no modelo privatista então dominante.

Mesmo no presente, a iniciativa reguladora do estado, quanto à localização e dimensionamento de serviços públicos e privados, com critérios racionais de distribuição dos equipamentos sanitários é extre-

mamente tímida, gerando um quadro de enorme heterogeneidade, com profundas desigualdades nas possibilidades de acesso da população entre as várias regiões.

As diferenças entre as regiões são fruto de acumulações históricas e verificadas não apenas no setor saúde, mas em todas as dimensões e somente reversíveis com amplas políticas de estado, envolvendo investimentos setoriais e políticas econômicas que redirecionem os eixos tradicionais do desenvolvimento.

Se apenas com recursos de custeio se buscasse o remanejamento de recursos através de critérios e parâmetros restritivos em regiões já distanciados historicamente dos demais, nos patamares de concentração tecnológica e assistencial para permitir a oferta de serviços nas regiões menos desenvolvidas pela sua baixa capacidade instalada, significaria a curto prazo, restrições agudas de recursos nos primeiros e recursos imobilizados nos últimos. Portanto, tais disparidades não podem ser aplainadas com estratégias como a “cama de Procusto” da mitologia.

Nos casos de estados ou municípios com grande capacidade instalada, situados em regiões-pólo, esta situação seria ainda mais pronunciada, pois outro complicador seria a insipiência de pesquisas qualitativas e quantitativas, que dessem conta da grande complexidade dos fluxos necessários de encaminhamentos dentro de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, por se tratarem de dezenas de tipos de serviços especializados, localizados muitas vezes em municípios distintos na dependência do tipo de assistência buscada.

2 - A prática cotidiana de gestão do SUS e diversas experiências internacionais apontam que a redistribuição necessária para o alcance de uma maior equidade deve ser realizada preferencialmente, a partir de novos recursos setoriais, já que redistribuições radicais a partir dos recursos atuais, podem comprometer o funcionamento dos serviços de saúde no estados que passariam a contar com um volume inferior de recursos, e ao mesmo tempo, provocar desperdício nas instâncias locais que não tem capacidade operacional para absorver os novos recursos.

A ausência de fontes estáveis de financiamento na esfera federal produziu, ao longo primeira metade da década dos 90, uma significativa degradação da qualidade dos serviços, tanto de unidades públicas como privadas contratadas, provocada pelos baixos valores de remuneração e que só começou a ser revertida a partir de 1995/96. Desde então, recursos nacionais e de empréstimos internacionais vêm sendo disponibilizados para investimentos em infra-estrutura, reequipamento e capacitação de recursos humanos. A vinculação de recursos, determinada pela EC 29/2000 deverá significar a regularização dos fluxos financeiros para o setor, podendo se esperar importante impacto sobre a capacidade de planejar a médio e longo prazos. - Também está sendo implementado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, com o objetivo de conhecer o gasto público e monitorar o cumprimento da EC29/00, que vincula recursos para o setor.

3 - Finalmente para viabilizar uma distribuição equitativa de recursos financeiros entre os estados é imprescindível o equacionamento da oferta de serviços de saúde. Em todos os países, os recursos destinados a equilibrar a oferta de serviços tem sido tratados em separado da alocação efetuada para custeio da capacidade instalada, e isso é feito sempre por fora das fórmulas distributivas e a partir de planejamentos estratégicos focalizando as áreas de maior carência de oferta de serviços de saúde.

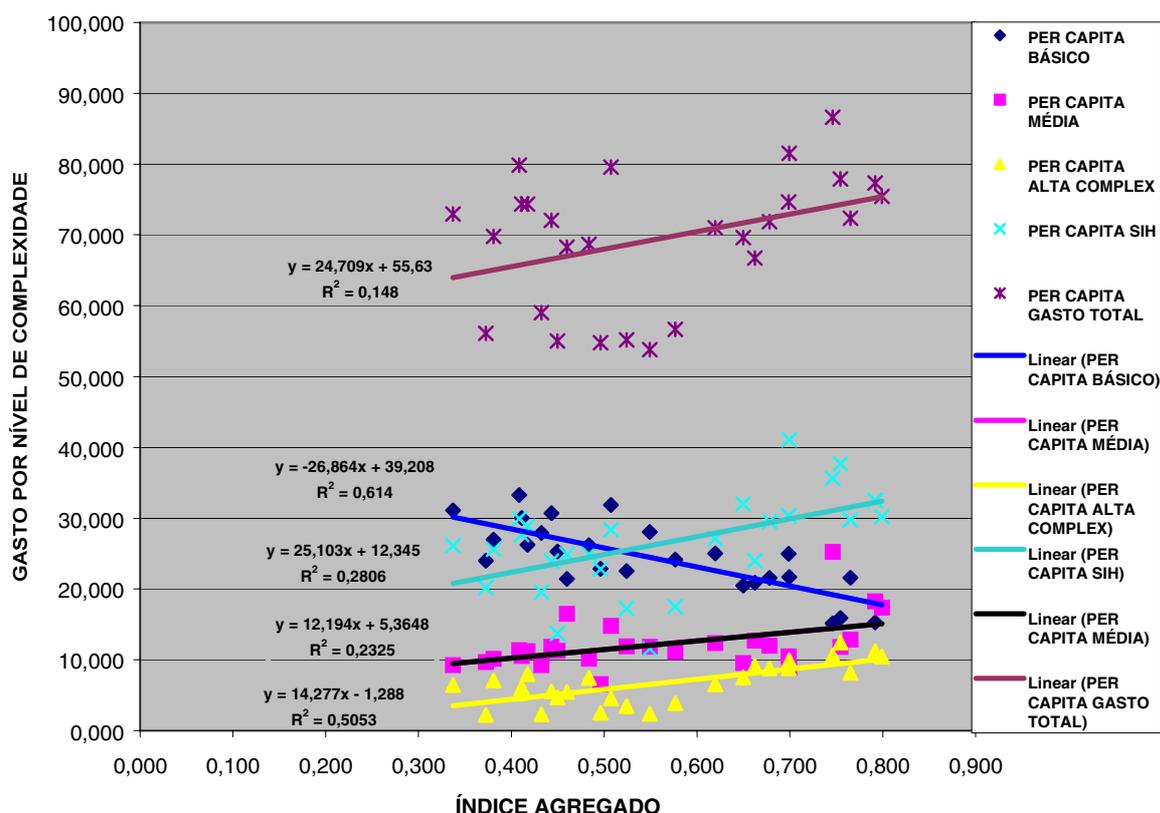
Perspectivas

Segundo estudos sobre as experiências internacionais em alocação de recursos, pode-se dizer que as formas distributivas foram orientadas, de acordo com as classificações realizadas por Artell (1983) e Mooney (1983), pela *igualdade de recursos para necessidades iguais* na Inglaterra e, em parte dos recursos financeiros, em determinados períodos na Itália, ou a simples *igualdade de despesa per capita*, na Espanha e, parcialmente na Itália. Em alguns casos, na prática, as distribuições foram determinadas pelos *gastos historicamente observados* ou pelas *despesas efetivamente realizadas* (Espanha e Itália) .

Em relação à aplicabilidade de cada experiência ao caso brasileiro, a mesma pesquisa assinala, por um lado, que a igualdade de despesa *per capita* – que apresenta a vantagem da simplificação de seu cálculo dado o nível de desigualdades regionais existentes – não seria apropriada para a consecução de uma alocação inter-regional mais equitativa.

No entanto, dado o nível de desigualdades existentes entre os estados brasileiros, pode-se admitir que nos últimos anos ocorreram mudanças de monta tanto no volume de recursos como nos critérios de transferências de recursos aos estados e municípios. A redução da discrepância pode ser vista como tendente à equidade:

RELAÇÃO ENTRE O ÍNDICE AGREGADO E O GASTO POR NÍVEL DE COMPLEXIDADE



O gasto com a atenção básica é o único que apresenta um comportamento diverso dos demais. Mostra um crescimento numa relação inversa ao crescimento do Índice Agregado, situação desejável, do ponto de vista da equidade. Isto é, quanto piores as condições de vida e saúde, maiores, relativamente, são os recursos financeiros. Há que se observar que o ajuste das curvas aos scores obtidos para os estados é relativamente precário, sendo coincidentemente, o melhor ajuste verificado no gasto com atenção básica (Índice de Determinação igual a 0,614, bastante superior aos demais).

A criação do Piso da atenção Básica – PAB – significou o aumento de recursos para a maioria dos municípios. Somando-se as transferências do PAB aos pagamentos totais da União, a diferença entre os estados do Brasil caiu de uma relação entre os extremos de 2,75 em 1997 para 1,86 em 2000, em valores *per capita*, segundo estudo realizado pelo Núcleo de Investigação em serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde da SES SP, sob coordenação da pesquisadora Luísa Sterman Heimann.

Outras medidas implementadas pelo Ministério da Saúde, podem também impactar positivamente na redução das desigualdades como, por exemplo, o estímulo à produção de medicamentos genéricos e o controle dos reajustes abusivos de preços e a regulamentação e fiscalização dos planos de saúde com a implementação do ressarcimento ao SUS por atendimentos prestados aos segurados, que em tese poderiam ser redirecionados para regiões mais carentes.

Outros exemplos podem ser citados, como a criação da Lista Nacional de Transplantes, e mais recentemente, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/2002 – que se implantada, significará a implantação de um *per capita* nacional mínimo para o financiamento de procedimentos assistenciais de média complexidade, considerados como fundamentais para garantir o primeiro nível de referência para a Atenção Básica e somado aos recursos da ampliação do PAB (o PAB Ampliado), significará a ampliação do conceito e do financiamento da atenção básica.

Houve avanços importantes, desde o início da implementação da RS, também, na ampliação da accountability do sistema público, e na legitimação e valorização social do SUS.

A disponibilização de informações pela Internet, associada à ação dos Conselhos de Saúde, tem ampliado a democratização de informações e reduzido significativamente a ocorrência de fraudes no sistema,

repercutindo na opinião pública. Há crescente importância da questão saúde na agenda dos partidos políticos. A vinculação constitucional de receitas para as ações e serviços públicos de saúde é um reflexo desse movimento e assegura sustentabilidade financeira ao sistema.

No entanto, André Urani, economista, professor da UFRJ e presidente do Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade, chama a atenção para uma dívida que o próximo governo precisa resgatar. Não aquela corrigida pelo dólar disparado e sim a dívida social, que mantém mais de 50 milhões de brasileiros abaixo da linha de pobreza. “Crescer, por si só, não adianta. É preciso colocar o combate à desigualdade como prioridade. Não se pode relegar a segundo plano a questão da desigualdade. Ela é brutal. Um caminho interessante seria combinar crescimento econômico com a redução da desigualdade, como fez o México, onde a renda é 18% maior do que a brasileira e a desigualdade, 11% menor.

Segundo ele, o Brasil não gasta pouco com políticas sociais. Gasta muito. Imagine que, se você fosse capaz de ter uma política de focalização perfeita, bastaria você transferir 2,5% do Produto Interno Bruto para tirar da linha de pobreza as pessoas de renda familiar mais baixa. Você gasta quase 10 vezes isso no Brasil, algo como 24% do PIB.

O que aloca os recursos para os mais ricos, em detrimento do miserável, são mecanismos legais que têm que ser quebrados. Isto significa enfrentar interesses dos mais organizados da sociedade em nome daqueles interesses que não são organizados”.

Mas conclui: “Para tudo no mundo, é preciso ter ciência, consciência e paciência. Não é verdade que todo problema complicado tem uma solução simples. Por maior que seja a prioridade, é preciso ter a clareza de que os resultados levam tempo.”

Pode-se perguntar porque os pobres e miseráveis não se organizam e lutam para modificar as condições em que vivem. Uma resposta pode ser dada novamente pelo cientista político Wanderley dos Santos: “A razão é simples: organizar a ação coletiva envolve custos e, quanto menor a renda, maior o impacto desses custos no orçamento familiar. Além disso, organizar a ação coletiva é uma coisa, obter sucesso com ela depende do adversário.

Quando os que têm, perdem uma ação coletiva, fica tudo por isso mesmo, a vida continua como antes, promovendo-se a consagração do *status quo*. Quando não se tem, mas vive-se em país em que a democracia é, de fato, o estado da natureza civilizado, também não ocorre nada além do dissabor da derrota. Mas quando não se tem, e vive-se em países como o Brasil, ou a ação coletiva é bem sucedida ou seu fracasso implica em custos elevadíssimos.

Antes de aderir a ações organizadas, qualquer brasileiro racional reflete sobre o quanto a iniciativa poderá custar-lhe, caso fracasse. O cálculo do custo da ação popular coletiva é mais sofisticado e inclui número de incógnitas muito superior ao cálculo realizado em outros países e por aqueles que possuem algo. Ao hesitar envolver-se em manifestações, os miseráveis brasileiros ativam exímia capacidade de ponderar probabilidades, avaliar possíveis cursos de ação do adversário e dar um balanço em suas reservas de resistência.

Em uma palavra, usar a razão para calcular o custo da ação coletiva não é tarefa para inocentes. Há que mobilizar a humanidade, sem perder a coragem. Ambas escapam ao horizonte das atuais elites”.

ANEXO I – NOTAS TÉCNICAS

NT 01 – “Objetivos e Diretrizes Nacionais para os estados no processo de alocação entre os municípios, dos recursos federais destinados à assistência em 2001”

... pretende-se através da PPI alcançar os seguintes objetivos gerais:

01 - A reversão da lógica de alocação de recursos centrada nos interesses dos prestadores, pela lógica das necessidades de saúde da população. Esse ponto reflete um princípio básico, senão o principal objetivo: equidade no acesso da população aos recursos disponíveis. A definição de limites financeiros para o conjunto dos municípios do estado deve se basear em critérios claros, superando a lógica de meras projeções sobre séries históricas de produção.

02 – O avanço na consolidação do papel das secretarias estaduais de saúde na condução da política estadual de saúde; regulação geral do sistema estadual de saúde; macro alocação de recursos; no apoio e assessoria técnica aos municípios para o desempenho de suas funções; na promoção da integração

política e operacional entre os gestores municipais, visando à organização de sistemas funcionais e resolutivos em cada região; no desenvolvimento do modelo de gestão e de novos mecanismos gerenciais, de avaliação e controle dos serviços e ações de saúde.

03 - O estabelecimento de processos e métodos democráticos e que assegurem a condução única do sistema de saúde em cada território. Para tanto, é fundamental que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação sejam discutidos com a efetiva participação dos gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores.

04 - A operacionalização das estratégias de regionalização da atenção à saúde mediante a adequação dos parâmetros, critérios e instrumentos para pactuação e distribuição dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências. O modelo de gestão e as responsabilidades de cada nível de governo sobre as diversas unidades assistenciais devem guardar coerência com as condições de habilitação.

05 - A organização e/ou aperfeiçoamento, por todos os municípios, de núcleos próprios de Controle e Avaliação, que transcendam o controle e aferição do atendimento à demanda espontânea ou à revisão de faturas, mas que permitam o acompanhamento e subsidiem com dados objetivos as futuras revisões das metas pactuadas, através da revisão da dinâmica e fluxo das ações de controle e avaliação.

06 - Definição dos limites financeiros globais para a assistência, de todos os municípios do estado, independente do tipo de habilitação e da forma de repasse dos recursos. Esse limite deve ser composto por uma parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território, acrescido da parcela de recursos correspondente à programação das referências provenientes de outros municípios. Ressalte-se que deve ser deduzida a estimativa de necessidade de encaminhamento da população do município em pauta para outros municípios de maior complexidade, pactuada em reuniões entre os gestores.

DIRETRIZES DA PPI:

01 - O processo de programação, como um instrumento de organização do sistema de saúde e que visa a melhoria do acesso e da resolutividade da atenção nos seus diversos níveis, deve viabilizar, no âmbito da assistência, a operacionalização das diretrizes e prioridades expressas nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

A análise da situação epidemiológica, social e econômica de determinada região é importante para nortear, tanto as ações de custeio quanto à definição de necessidade de investimentos, na organização da rede assistencial. O diagnóstico dos principais problemas de saúde da população deve orientar a definição das prioridades em cada estado e conseqüente distribuição dos recursos dos três níveis de governo. Sua síntese deve ainda estar contida na Agenda de Saúde para 2001 e Quadro de Metas Estaduais para 2002, consolidando o pacto das metas propostas pelos municípios e refletindo as especificidades, problemas e prioridades estaduais e locais.

02 - A programação 2001 em cada unidade federada deve ser coordenada pelo gestor estadual, sendo que o nível de detalhamento da programação pode ser diferente nos âmbitos estadual e municipal. Deve ser realizada em estreita articulação com os gestores municipais em todas as suas etapas, em respeito ao princípio do comando único do sistema de saúde em cada esfera de governo.

03 - A programação deve envolver a alocação de recursos federais, estaduais e municipais, explicitando na PPI, a participação dos três níveis de governo no co-financiamento da assistência.

NT 02 – IDH ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Índice utilizado pela ONU desde o início da década de 90 e que trouxe uma inovação ao introduzir em sua concepção, além da variável econômica (renda), tradicionalmente utilizada nas comparações do grau de desenvolvimento relativo entre países, variáveis que visam captar outros aspectos das condições de vida da população. Ainda que tenham ocorrido algumas alterações em sua metodologia de cálculo, o IDH tem mantido a sua concepção básica ao longo dos anos, sendo composto de três índices, aos quais são atribuídos pesos iguais: longevidade, educação e renda. Todos os indicadores são transformados em um índice - o IDH - varia entre 0 e 1, sendo que quanto maior o índice, maior o desenvolvimento humano da região. Com base no valor obtido para o IDH, a ONU classifica os países segundo três níveis de desenvolvimento humano:

países com baixo desenvolvimento humano: IDH até 0,5;

países com médio desenvolvimento humano: IDH entre 0,5 e 0,8 e

países com alto desenvolvimento humano: IDH acima de 0,8.

NT 03 - A evolução das fontes de financiamento do Ministério da Saúde demonstra que ao longo da década de 1990 houve a substituição de fontes tributárias por receitas de contribuição.

Os dados demonstram também mudanças na participação de cada contribuição ano a ano.

Participação das Fontes de Financiamento 1993/1998, em %

Fontes	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Recursos Ordinários	8,9	1,0	3,1	0,2	1,0	10,8
Títulos Resp. Tesouro Nacional	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5
Operações Crédito Internas – Moeda	2,6	0,0	7,6	8,2	0,0	0,0
Operações Crédito Externas – Moeda	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1
Recursos Diretamente Arrecadados	1,0	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6
Contribuição Social Lucro PJ	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8,0
Contrib. Social p/Financiamento Seg. Social	25,1	34,0	49,1	42,5	25,9	26,0
Contrib. Empregados e Trab. p/ Seguridade Social	31,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribuições sobre a Prov. S/Mov. Financeira	0,0	0,0	0,0	0,0	27,8	37,0
FINSOCIAL Recuperação de Depósitos Judiciais	0,0	7,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Estabilização Fiscal	0,0	36,8	11,9	17,7	19,5	13,3
Demais Fontes	4,4	2,8	1,9	3,9	0,8	0,9
Total Contribuições Sociais	67,4	54,5	69,2	63,3	73,0	71,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SLAFI.

Gasto Per capita com Internações Hospitalares									
Unidade da Federação	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Varição
Acre	13,15	13,16	12,65	13,00	19,74	20,07	19,57	18,68	42,1%
Alagoas	20,22	23,79	22,90	22,14	23,19	25,54	26,12	27,24	34,8%
Amapá	8,34	8,02	8,27	9,06	12,04	16,07	17,27	15,33	83,9%
Amazonas	9,43	9,87	9,46	10,86	13,25	13,76	13,73	14,98	58,8%
Bahia	16,77	19,34	18,84	20,44	23,46	24,85	24,90	25,78	53,8%
Ceará	20,42	21,61	21,50	22,38	25,53	25,11	25,59	26,71	30,8%
Distrito Federal	23,92	25,50	27,80	28,99	32,72	32,21	36,20	29,81	24,6%
Espírito Santo	19,31	20,60	21,12	22,66	24,20	23,69	23,98	26,05	34,9%
Goiás	25,45	26,14	25,47	25,71	27,26	28,58	30,12	31,97	25,6%
Maranhão	19,49	18,99	18,23	18,43	20,06	20,11	20,20	20,69	6,1%
Mato Grosso	20,58	22,95	21,99	22,97	24,43	27,39	27,09	28,61	39,0%
Mato Grosso do Sul	21,79	25,79	25,95	28,21	31,31	31,72	32,02	34,29	57,4%
Minas Gerais	22,87	25,56	25,84	26,11	28,44	28,36	29,53	29,95	30,9%
Pará	13,95	17,06	16,80	17,45	20,48	22,37	22,80	23,33	67,2%
Paraíba	24,55	26,90	24,11	23,72	25,32	26,71	27,69	27,13	10,5%
Paraná	29,92	32,69	32,85	34,16	38,51	38,61	41,07	42,76	42,9%
Pernambuco	21,40	24,86	25,36	25,34	27,98	27,31	28,84	28,22	31,9%
Piauí	21,53	23,04	22,99	24,17	28,29	30,25	29,94	30,56	41,9%
Rio de Janeiro	25,50	28,03	28,38	27,75	30,21	30,30	30,23	29,90	17,3%
Rio Grande do Norte	17,23	18,51	18,10	20,19	21,85	23,50	24,91	25,17	46,1%
Rio Grande do Sul	30,30	33,66	33,59	34,22	38,90	36,69	37,69	38,25	26,3%
Rondônia	15,08	18,45	19,10	18,05	19,45	18,87	17,48	17,32	14,9%
Roraima	3,20	6,89	1,65	10,91	12,86	6,60	11,52	10,99	243,8%
Santa Catarina	20,73	23,24	23,53	23,53	27,47	28,06	29,74	30,69	48,0%
São Paulo	26,16	28,28	27,82	28,20	33,26	31,79	32,53	33,69	28,8%
Sergipe	14,99	17,55	17,84	18,58	21,54	23,91	23,92	24,11	60,9%
Tocantins	16,62	18,86	18,88	20,97	25,21	28,03	28,38	28,41	70,9%
Brasil	22,86	25,18	25,00	25,54	28,87	28,78	29,56	30,21	32,2%

Gasto anual em per capita com Assistência Ambulatorial por UF									
Unid.Federação	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Varição
Acre	10,12	13,28	12,02	11,85	18,40	21,15	21,36	21,52	174,17%
Alagoas	13,99	17,38	18,84	22,44	23,48	17,30	21,98	23,88	83,45%
Amapá	12,30	15,42	13,75	13,84	22,26	19,77	16,52	20,98	170,09%
Amazonas	18,13	17,51	16,84	18,76	21,88	19,92	20,73	22,65	59,47%
Bahia	12,68	14,80	15,65	17,46	21,70	23,03	25,76	27,43	127,90%
Ceará	21,09	21,91	24,21	23,58	26,96	21,87	23,98	23,19	25,34%
Distrito Federal	26,64	25,81	23,08	26,98	25,98	37,57	46,04	46,09	113,65%
Espírito Santo	14,10	14,97	17,56	20,58	25,61	26,42	29,67	27,45	123,71%
Goiás	19,69	19,64	19,72	22,62	25,84	21,12	24,73	27,07	66,25%
Maranhão	17,47	17,67	17,87	17,51	20,79	14,70	15,66	17,71	12,47%
Mato Grosso	17,10	20,06	20,86	23,96	29,64	24,11	25,48	29,10	91,54%
Mato Grosso do Sul	17,42	18,23	19,74	22,03	24,26	19,79	23,44	26,97	73,28%
Minas Gerais	22,89	24,30	26,02	27,85	31,70	25,78	27,48	29,57	43,60%
Pará	8,72	9,62	12,10	11,79	13,39	9,99	12,41	14,29	94,22%
Paraíba	17,49	18,35	18,68	20,04	23,87	19,08	21,39	22,94	37,19%
Paraná	26,41	24,93	23,66	25,33	28,92	22,88	25,39	27,83	18,54%
Pernambuco	19,90	22,20	22,42	24,15	27,79	23,58	24,67	25,96	41,70%
Piauí	20,08	20,31	20,80	21,15	26,17	20,35	22,00	24,61	30,36%
Rio de Janeiro	24,82	25,09	25,01	28,67	33,29	32,78	34,79	35,22	57,14%
Rio Grande do Norte	17,00	18,57	20,54	21,60	28,63	21,83	24,76	26,93	75,08%
Rio Grande do Sul	19,16	19,48	20,28	23,27	27,86	28,10	31,16	33,26	88,62%
Rondônia	12,38	14,24	16,77	17,71	20,62	15,18	20,62	24,88	114,77%
Roraima	22,13	21,19	27,30	17,34	18,26	15,97	18,13	23,16	38,47%
Santa Catarina	21,11	21,26	21,47	25,06	29,68	26,79	28,19	30,58	65,61%
São Paulo	28,31	26,50	29,62	33,19	37,27	36,32	39,67	42,21	68,91%
Sergipe	15,22	18,63	19,85	20,82	27,51	23,59	22,58	24,37	84,08%
Tocantins	16,64	16,59	17,33	19,85	25,55	19,45	23,48	25,72	85,27%
Brasil	21,30	21,62	22,87	25,13	29,06	26,44	28,96	30,79	62,0%

EVOLUÇÃO DO GASTO PER-CAPITA PARA A ASSISTÊNCIA POR UF 1995 A 2002													
AC	AL	AP	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MT	MS	MG	PA
195%	101%	212%	89%	155%	41%	126%	141%	79%	16%	111%	102%	59%	128%
PB	PR	PE	PI	RJ	RN	RS	RO	RR	SC	SP	SE	TO	BR
42%	40%	58%	51%	66%	98%	102%	122%	160%	90%	83%	115%	121%	78%

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- NOGUEIRA, Roberto Passos - A impotência da equidade – in *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*, Org. COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAJER, Débora - Editora Universidade de Brasília, Brasília, 2000.
- ALMEIDA, Célia - Saúde e equidade nas reformas contemporâneas – in *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*, Org. COSTA, Ana Maria Editora Universidade de Brasília, Brasília, 2000.
- PIOLA, Sérgio Francisco - *Financiamento das políticas sociais* - Revista do Serviço Público, Ano 51- Número 3, 2000.
- MEDEIROS, Marcelo - *Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde* - Textos para discussão, divulgado pelo IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Brasília, 2000. -
- KLIKSBERG, Bernardo - *Pobreza: uma questão inadiável* - Fundação Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 1994.
- DODGE, R.E.F. - *A equidade, a universalidade e a cidadania em saúde, vistas sobre o prisma da justiça* - Bioética, Vol 5 , 1997
- GARRAFA, V. - *A ética na alocação de recursos em saúde* - Revista Bioética - Vol 5 número 1 - 1997.
- GIOVANELLA, L. *Equidade em saúde no Brasil* - Saúde em Debate, 49/50 dez. 1995 março 1996.
- KADT, Emanuel - *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor saúde* - São Paulo, HUCITEC, 1993.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO/MG E IPEA - *Condições de vida, nos municípios de Minas Gerais* - Belo Horizonte, 1996.
- DEVER, G.E.A. - *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde* - Ed. PROHASA - São Paulo, SP - 1988.
- AKERMAN, Marco – *Determinação de prioridades na alocação de recursos para a assistência à saúde: um desafio contemporâneo para o setor saúde*. Revista de Administração pública, Rio de Janeiro, 29, abril/junho, 1995.
- PORTO, Sílvia, - Fundação ENSPTEC em 2002
- HOUAIS, – *Enciclopédia e Dicionário Ilustrada* - Editora Delta, Rio de Janeiro 1977.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- HUBNER, Maria M. – *Guia para elaboração de monografias e projetos de dissertação de mestrado e Doutorado* – Ed. Pioneira Thomson, São Paulo, 1998.
- ECO, Humberto – *Como se faz uma tese* – Ed. Perspectiva, São Paulo 1977.
- ROSA, Adriane - *Planejamento na área da saúde: o poder em discussão* - Revista Saúde em Debate - Rio de Janeiro, CEBES Número 54, 2000.
- SOARES, José F; SIQUEIRA, Arminda L. - *Introdução à estatística médica* - Belo Horizonte, Departamento de Estatística UFMG, 1999.
- NUNES, André; SANTOS, James R. S.; BARATA, Rita B.; VIANA, Sólton M. - *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil* - IPEA, OMS/OPAS - Brasília, 2001
- DONABEDIAN, Avedis - *Vinte anos de investigação em torno da qualidade da atenção médica*, 1964-1984 - In Salud Publica de México, 1988.
- SILVER, Lynn - *Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde* - In The Health Plan Tomo III Parte 2 - Quebec, 1970
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean L.; PINEAUT, Raynalt - *L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts e méthodes* - (Traduzido pelo IMIP de Pernambuco), 1992.

ALMEIDA, C.M.; 1995. As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição – Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ.

REFERÊNCIAS NORMATIVAS E LEGISLATIVAS

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Lei Orgânica da Saúde n 8080, Brasília, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Lei n 8.142, Brasília, 1990.

BRASIL. Emenda Constitucional n° 29 altera artigos da Constituição Federal para assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde de 13 de setembro de 2000.

BRASIL, Ministério da Previdência e assistência Social, Portaria 3046 de 20 de julho de 1982.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde – Portaria n° 545 de 20 de maio de 1993 - que institui a Norma Operacional Básica 01/93 - Brasília, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde - Portaria n° 2.203 de 06 de novembro de 1996 –a Norma Operacional Básica 01/96 - Brasília, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde - Portaria n° 373 de 27 de fevereiro de 2002 que institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 - Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde - Portaria n° 1.020 de 31 de maio de 2002 que define as “Diretrizes para organização e programação das assistência ambulatorial e hospitalar” - PPI - Brasília, 2001.