



SUS

Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE
DO ESTADO DE GOIÁS

GOVERNO DO
ESTADO DE GOIÁS
Desenvolvimento Sustentável



Agência canadense de
desenvolvimento internacional

Agence du Canada
of the Canadian
Development
Agency

Québec



COLEÇÃO

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

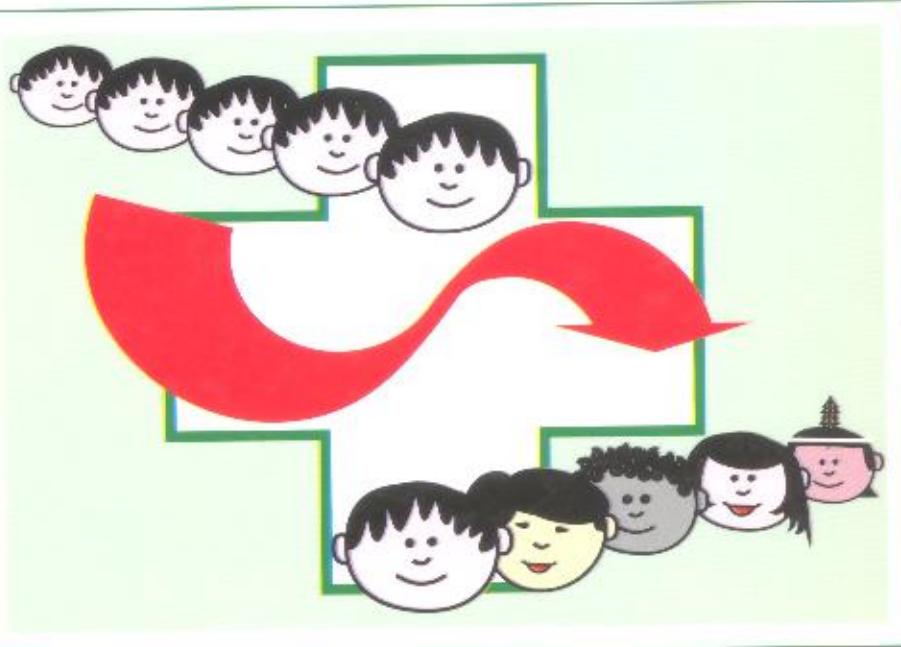
Intercâmbio GOIÁS-QUÉBEC



Projeto de Apoio à Regionalização da Saúde em Goiás

Alocação de Recursos com Equidade

3



67262

Alocação de Recursos com Eqüidade

BIBLIOTECA
PROFI. JOSÉ GUILHERME

Copyright 2007 - 1^a Edição - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES-GO

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção "Regionalização da Saúde - Intercâmbio Goiás-Québec" pode ser acessada, na íntegra, nos endereços eletrônicos: www.goias-quebec.com e www.saude.go.gov.br

Capa e editoração: Emival Calaça

Impressão: Grafrafra - Safra Gráfica e Editora Ltda.

Impresso no Brasil

Alocação de recursos com eqüidade / Dante Garcia de Paula... [et. al.], Olga Maria S. R. Siqueira e Dante Garcia de Paula, organizadores – Goiânia : Governo do Estado de Goiás : Secretaria de Estado da Saúde ; Convênio de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Agence de la Santé et des Services Sociaux de Outaouais Québec-Canadá, 2007.

94 p.; il.; lista de quadros ; lista de figuras – (Projeto de Apoio à Regionalização da Saúde em Goiás)

Inclui referências bibliográficas.

1. Eqüidade 2. Diagnóstico das diferenças I. Título II. Série

Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Planejamento
Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz
74860-270 – Goiânia – GO
Tel.: (62) 3201-3759
Fax: (62) 3201-3757
www.saude.go.gov.br

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
Alcides Rodrigues Filho

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS
Cairo Alberto de Freitas

CHEFIA DE GABINETE
Pedro Afonso Domingues Batista

CHEFIA DE ASSESSORIA DE PROJETOS ESTRATÉGICOS
Solange Luciano Coimbra Miranda

SUPERINTENDÊNCIAS

Superintendência Executiva - SUPEX
Maria Lucia Carnelosso

Superintendência de Administração e Finanças - SAF
Antônio Durval de Oliveira Borges

Superintendência de Planejamento - PLAN
Irani Ribeiro de Moura

Superintendência da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago" - ESAP
Carlos Alberto Lisboa Vieira

Superintendência de Controle e Avaliação Técnica em Saúde - SCATS
Silvio Divino de Melo

Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde - SPAIS
Antônio Wilson Soares

Superintendência de Vigilância Sanitária e Ambiental - SVISA
Ângela Maria de Miranda Cardoso

Superintendência Leide das Neves - SULEIDE
José Ferreira Silva (interino)

**Convênio de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Estado da Saúde e
a Agence de la Santé et des Services Sociaux de Outaouais Québec - Canadá**

Coordenadores
Clidenor Gomes Filho
Normand Trempe

Assistentes
Heiany de Carlo Gondim
Simone André

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS

Irani Ribeiro de Moura

Superintendente de Planejamento

ORGANIZAÇÃO

Dante Garcia de Paula

Gerente de Informação de Serviços e Rede da Assistência

Olga Maria Saab Ribeiro Siqueira

Gerente de Programação e Orçamentação da Assistência

ELABORAÇÃO

Dante Garcia de Paula

Gerente de Informação de Serviços e Rede da Assistência

Olga Maria Saab Ribeiro Siqueira

Gerente de Programação e Orçamentação da Assistência

André Lussier

Expert-conseil – Société Santé en Français – Ottawa (Ontário) – Canadá

Michel Cardinal

Consultor da Agence de Santé et des Services Souciaux de L'Outaouais – Québec – Canadá

Robert Pampalon

Consultor do Institut National de Santé Publique du Québec – Canadá

COLABORADORES DA VERTENTE ALOCAÇÃO DE RECURSOS

Clidenor Gomes Filho

Dante Garcia de Paula

Jorge Alves de Souza

Marilúcia Batista A. Silva

Olga Maria Saab Ribeiro Siqueira

Silvana Cruz Funi

Superintendência de Planejamento

Denis Chénier

Guy Morissette

Louise Charbonneau

Marie-José Chénier

Michel Cardinal

Roch Martel

Agence de Santé et des Services Souciaux de L'Outaouais – Québec – Canadá

André Lussier

Société Santé en Français – Ottawa (Ontário) – Canadá

Robert Pampalon

Institut National de Santé Publique du Québec – Canadá

APRESENTAÇÃO

A cooperação internacional é uma importante estratégia para o desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde. A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SESGO) tem utilizando esta estratégia, com sucesso, através de organismos multilaterais, como a Organização Pan-americana da Saúde, e mais recentemente, com a cooperação canadense.

O papel da cooperação canadense merece um destaque especial, tendo em vista a duração, a amplitude e a profundidade das intervenções que dela se originaram.

A parceria envolveu um amplo leque de organizações canadenses, sobretudo do Quebec. Propiciou aos dirigentes e técnicos da SESGO um intercâmbio amplo e variado de conhecimentos e práticas, muitas delas adaptáveis à realidade goiana.

O impacto das intervenções está ainda por mensurar, mas já é percebido em diferentes setores da SESGO, das regionais de saúde e dos municípios.

Esta coleção de publicações apresenta uma visão panorâmica da contribuição canadense em diferentes áreas. Permite ao leitor conhecer a expertise canadense original além da versão desenvolvida por canadenses e brasileiros, adaptada à nossas necessidades. É também uma oportunidade de difusão para outros estados brasileiros dos resultados da parceria, que poderá ser útil em diferentes regiões brasileiras.

Dr. Cairo Alberto de Freitas
Secretário de Estado da Saúde

PROJETO DE APOIO À REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM GOIÁS

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SESGO construiu em 1998, com a contribuição da Organização Pan-americana da Saúde - OPAS, um diagnóstico do sistema de saúde no Estado. Este estudo se constituiu em um dos documentos de base para o planejamento estratégico dos anos seguintes. Aspecto relevante neste diagnóstico era a extraordinária concentração dos serviços de saúde na Capital. Demonstrou-se que Goiânia, com cerca de 25 por cento da população, dispunha de cerca de 70 por cento dos serviços de média complexidade e da quase totalidade dos de alta complexidade.

Era evidente a necessidade de uma estratégia para descentralização destes serviços.

A Secretaria encontrou parceria importante para isto na Agência de Saúde do Outaouais, na província do Quebec, Canadá. Consultores da Agência e técnicos da SESGO, com suporte da Agência Brasileira de Cooperação - ABC, obtiveram a aprovação pela Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional – ACDI de um “Projeto de Apoio à Regionalização da Saúde em Goiás”, no âmbito da implantação de regiões sanitárias do estado, no contexto do fundo de transferência de tecnologia Canadá-Brasil. O documento submetido à ACDI considerava:

1 - orientações claras no que diz respeito a uma mais importante **participação dos cidadãos e cidadãs** na escolha de prioridades e no melhoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados;

2 - uma **aplicação mais intensa do princípio de eqüidade** inter-regional e intermunicipal nos diversos aspectos da organização de serviços e de alocação de recursos;

3 - a colaboração em parceria entre a SESGO e a Agência regional do Outaouais; e,

4 - a possibilidade da SESGO beneficiar-se da tecnologia desenvolvida no Canadá, no Quebec e mais particularmente na região do Outaouais em matéria de **regionalização dos serviços de saúde**, isto visando desenvolver instrumentos adaptados à realidade goiana.

O projeto tem como objetivo global:

Melhorar a eqüidade no acesso aos serviços de saúde e aumentar a qualidade, através da implantação de uma autêntica rede de serviços de saúde, oferecidos ao nível local (municipal) e regional, visando:

1 - a continuidade dos serviços ao usuário entre os 3 níveis (federal, estadual, municipal) e entre os setores públicos, filantrópicos e privados;

2 - a contribuição significativa dos cidadãos das regiões quanto às escolhas a serem feitas em matéria de saúde e quanto à avaliação dos serviços prestados;

3 - a mobilização dos dirigentes locais, regionais e da SESGO em um contexto de descentralização, ou seja, em um contexto de aproximação dos serviços aos cidadãos e cidadãs.

O resultado final visado é a instauração de um sistema de saúde fortificado nas regiões e municípios, podendo adaptar-se às realidades do meio e que garanta um acesso equitativo e eficaz aos serviços para toda a população.

O projeto integra também metas relativas às dimensões próprias às mulheres levando-se em consideração que:

- As mulheres continuam sendo as que mais utilizam estes serviços de saúde para uso pessoal ou da família. Nesse âmbito, as dimensões de acessibilidade, de qualidade e de eqüidade levam em conta as realidades das mulheres como consumidoras dos serviços;
- As mulheres têm um papel chave no apoio à família ou às comunidades. Por causa disso, deve-se considerar suas opiniões e orientações no momento da determinação de prioridades e no desenvolvimento dos serviços. Elas assumem cada vez mais a liderança na evolução do sistema de saúde.

A contribuição de diversos outros parceiros foi considerada essencial, como por exemplo, a do Ministério da Saúde do Brasil, da OPAS, do Ministério da Saúde e dos serviços sociais do Québec e da ACDI.

Para elaboração do plano de trabalho foi criada a oportunidade para os superintendentes da SESGO conhecerem "in loco" o sistema de saúde do Québec, numa visão panorâmica e depois focada nas respectivas áreas de ação. Foram assim identificadas as áreas de interesse e os respectivos objetos potenciais de transferência. Em seguida desenvolveu-se 8 vertentes do projeto, permeando todas as superintendências, para aplicação inicial em 4 regiões escolhidas como piloto (Pireneus, Nordeste, Entorno Norte e Entorno Sul).

As vertentes do projeto são:

1 – Retrato de Saúde - construção de instrumento de diagnóstico, compreendendo indicadores de determinantes de saúde e de situação de saúde, agrupados por região e desagregados até o nível municipal. Foi trabalhado pela equipe da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, em parceria com consultores do Instituto Nacional de Saúde Pública do Québec.

2 – Ouvidoria - Serviço de Proteção aos Usuários do SUS - SEPRU - implantação de um serviço de análise de queixas e manifestações de usuários, com foco na melhoria de qualidade dos serviços e na intermediação entre o usuário insatisfeito e o serviço ou profissional que o atendeu. Foi trabalhada pela equipe da Superintendência Executiva e da Assessoria de Projetos Estratégicos, em parceria com consultores do Bureau de Protection des Droits des Usagers e da Agência do Outaouais.

3 - Alocação de Recursos com Eqüidade - utilização de ferramentas para medida de necessidades em saúde e para alocação de recursos com indicadores compostos, especialmente desenvolvidos para este fim. Trabalhado pela equipe da Superintendência de Planejamento,

com consultores do Instituto Nacional de Saúde Pública do Québec e da Agência de Saúde e Serviços sociais do Outaouais.

4 – Eqüidade de Gênero – conjunto de atividades para sensibilização, disseminação e aplicação nos serviços de saúde, de conhecimentos sobre as desigualdades de gênero, geracional e de raça/etnia, e suas importantes repercussões sobre a saúde. Utilização de ferramenta de Análise Diferenciada por Gênero (ADG) para aplicação em projetos e serviços de saúde. Trabalhada por equipes da Superintendência de Planejamento e da Escola de Saúde Pública Cândido Santiago, com participação de diferentes segmentos da SESGO, de consultoras da ACDI e da Universidade de Brasília.

5 - Profissionalização da Gestão do SUS na SES-GO - desenvolvimento de recursos humanos com utilização de perfis de competências, aplicação de medidas de necessidades e construção de micro programas de capacitação. Trabalhado pela equipe da Escola de Saúde Pública Cândido Santiago e por consultores do Instituto de Reabilitação Física de Québec e da Universidade Laval.

6 – Planejamento de Recursos Humanos e Sistema de Informação – desenvolvimento de metodologia e de aplicativo de informática para diagnóstico do perfil dos servidores do sistema de saúde e para planejamento de recrutamento e desenvolvimento de pessoal. Desenvolvido pela equipe da Superintendência de Administração e Finanças com consultores da Agência de Saúde e Serviços sociais de Québec.

7 – Avaliação Global e Integrada de Sistemas de Saúde – aplicação aos serviços de urgências das 4 regiões piloto, de metodologia desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde, da Universidade de Montreal, em parceria com a equipe da Superintendência de Controle e Avaliação Técnica em Saúde.

8 – Vigilância de Intoxicações – utilização de metodologia de vigilância em saúde com georreferenciamento, desenvolvida no Québec para a febre do Nilo Ocidental e adaptada em Goiás para as intoxicações por agrotóxicos e depois para outros agravos. Trabalhada pela equipe da Superintendência de Vigilância Sanitária, em parceria com consultores do Instituto Nacional de Saúde Pública do Québec.

Nesta série de publicações são apresentados os aspectos mais relevantes do projeto, com ênfase no objeto de transferência identificado e na sua adaptação às necessidades das regiões de saúde de Goiás.

Alguns resultados já alcançados estão também publicados, bem como repercussões que não eram esperadas, e desafios para o futuro.

Informações mais detalhadas podem ser obtidas diretamente das equipes responsáveis ou no endereço eletrônico do projeto: www.goiás-quebec.com.

Boa leitura.

**Clidenor Gomes Filho
Normand Trempe**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Percentuais Mínimos de Vinculação da Receita Própria em Ações e Serviços de Saúde – Emenda Constitucional nº 29	24
Quadro 2.	Brasil: Despesas do SUS por Nível de Governo, em % do PIB, 2000 a 2003	24
Quadro 3.	Histórico do percentual mínimo e aplicado pelos municípios de acordo com a EC-29, Goiás, 2000 - 2006	25
Quadro 4.	Recursos federais para a saúde por Região – Brasil, 2000.....	32
Quadro 5.	Gastos públicos federais com saúde em 2003.....	32
Quadro 6.	Recursos federais - transferências para o custeio da atenção à saúde no SUS, Goiás, 2000 – 2005	34
Quadro 7.	Evolução anual dos limites financeiros federais (MAC), segundo competência, Goiás, 2003 a 2006	36
Quadro 8.	Distribuição dos recursos federais do SUS, por tipo de transferência, Goiás, 2006.....	36
Quadro 9.	População das quatro regiões, ajustadas pelas necessidades de serviços hospitalares	65
Quadro 10.	Simulação de alocação de recursos do setor hospitalar nas quatro regiões e municípios do estado de Goiás	66
Quadro 11.	Regiões piloto segundo municípios, populações e índices (2005)	82
Quadro 12.	Recursos financeiros (R\$) e população (habitantes), Goiás, 2005	83

BIBLIOTECA
prof. Enio Galvão

Quadro 13. Recursos financeiros (R\$) e população (habitantes), segundo regiões piloto, Goiás - 2005	83
Quadro 15. Valores per capita bruto e ajustado, segundo municípios e regiões piloto, 2005	85
Quadro 16. Recursos da PPI (R\$) e População (habitantes), Goiás – 2005	86
Quadro 17. Simulação de uma proposta para distribuição de recursos segundo metodologia de eqüidade nas regiões piloto, Goiás, 2005	87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição do gasto público com saúde por instância de governo, em valores per capita, Brasil segundo Regiões, 2001	32
Figura 2. Recursos federais despendidos para o custeio da atenção à saúde no SUS - Goiás, por tipo de transferência, 2000 - 2005	34
Figura 3. Transferência de recursos federais para o custeio da atenção à saúde no SUS, Goiás, 2000 a 2005	35
Figura 4. Evolução do limite financeiro da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), Goiás, 2003 a 2006 (recursos federais)	35
Figura 5. Modelo simplificado de demanda de serviços de saúde.....	52
Figura 6. Comparativo entre índices de eqüidade e regiões de saúde – Goiás – 2005 - MAC.....	73
Figura 7. Proporção da população segundo faixas etárias nas regiões piloto, Goiás - 2005	73
Figura 8. Proporção da população segundo faixa etária - Região Pireneus, 2005	74
Figura 9. Índice de custo de internações e alta complexidade ambulatorial, segundo idade e sexo, Goiás - 2005	74
Figura 10. Proporção de mulheres e homens segundo regiões piloto, Goiás, 2005	75
Figura 11. Índice de desenvolvimento humano – IDH, segundo região Pireneus, Goiás, 2000	76

Figura 12. Índice de desenvolvimento humano – IDH, segundo região Entorno Sul, Goiás, 2000	77
Figura 13. Índice de desenvolvimento humano – IDH, segundo região Entorno Norte, Goiás, 2000	78
Figura 14. Índice de desenvolvimento humano – IDH, segundo região Nordeste, Goiás, 2000	78
Figura 15. Mapa do Estado de Goiás, segundo IDH nas regiões piloto	79
Figura 16. Mapa do estado de Goiás, segundo índice global de necessidades nas regiões piloto.....	81

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1	
CONTEXTO E HISTÓRICO BRASILEIRO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS	21
1.1. FINANCIAMENTO FEDERAL DO SUS PARA O ESTADO DE GOIÁS	33
CAPÍTULO 2	
CONTEXTO QUEBEQUENSE	39
2.1 VÍNCULOS COM A REGIONALIZAÇÃO	39
2.2 EVOLUÇÃO DO MODO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS	40
2.3 ESCOLHENDO ÍNDICES DE NECESSIDADES ADEQUADOS ÀS REALIDADES DO PROGRAMA E DO LOCAL	41
CAPÍTULO 3	
OBJETIVOS ALMEJADOS	45
3.1 LEMBRANDO O OBJETIVO GERAL PRÓPRIO DO COMPONENTE EQÜIDADE NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS	45
3.2 RESULTADOS GERAIS E ESPECÍFICOS ALMEJADOS AO FINAL DO PROJETO	45
3.3 PROCESSO DE TRABALHO ESCOLHIDO	45
CAPÍTULO 4	
REVISÃO DA LITERATURA	51
CAPÍTULO 5	
METODOLOGIA	59
5.1. PROPOSTA DE INDICADOR DE NECESSIDADES E DE ROTEIROS DE ALOCAÇÃO EQÜITATIVA DOS RECURSOS HOSPITALARES ENTRE OS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS, BRASIL 5.1.1. Um indicador de necessidades	59
5.1.2. Eqüidade na divisão dos recursos e roteiros de alocação	63
5.1.3. Discussão	64

CAPÍTULO 6	
PRIMEIROS RESULTADOS	71
6.1. ANTECEDENTES	71
6.2. PRIMEIRO RETRATO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE	72
6.2.1. Influência dos indicadores de necessidade na construção do índice global para as regiões piloto	72
6.2.2. O Índice Global de Necessidades (IG) e sua aplicação nas regiões piloto	80
6.2.3. Dimensionamento dos Recursos Necessários	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

INTRODUÇÃO

Dos princípios que norteiam as políticas sociais e de saúde, a eqüidade é um dos que, ultimamente, tem sido objeto de grandes discussões no País. Busca-se soluções para validar formalmente um direito já garantido constitucionalmente, mas que na prática persiste com muitas desigualdades.

Esse princípio, condutor de justiça social, necessita de ações concretas das autoridades, no sentido de que se reconheça na sociedade as reais demandas por ações e serviços de saúde. É preciso reconhecer que não se trata de algo simples, uma vez que as necessidades em saúde se apresentam de maneira complexa em cada localidade. Trata-se de um processo entrelaçado, não apenas à garantia da “ausência de doenças”, mas também, com o desenvolvimento e promoção do estado geral da saúde, considerando seus fatores condicionantes e determinantes.

O estado de Goiás apresenta significativas desigualdades regionais, onde se vê ao mesmo tempo regiões muito ricas, com indicadores socioeconómicos considerados acima da média estadual, e outras muito pobres.

Essa realidade também pode ser observada, especificamente, no setor saúde, não apenas quanto aos indicadores, mas também com relação ao acesso ao serviços.

Dentre todos os aspectos que o tema eqüidade abrange, um em especial está sendo objeto de reflexão, que é a **eqüidade na distribuição dos recursos financeiros** para a saúde.

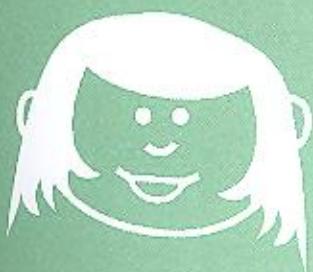
Neste contexto, a vertente “Alocação de Recursos com Eqüidade”, desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, com a cooperação da Agência de Saúde do Otaouais/ Québec-CA, tem por objetivo apresentar um retrato das diferenças encontradas entre as populações do estado de Goiás no que se refere às necessidades de saúde, e propor uma alocação eqüitativa de recursos (federais, estaduais e/ou municipais) a fim de diminuir as discrepâncias identificadas nas regiões e municípios do Estado.

Atualmente, a alocação dos recursos federais destinados a Goiás para atendimento de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar - MAC, tem se dado somente em função do tamanho da população.

A proposta deste trabalho é ajustar as populações dos municípios do Estado, corrigindo a distribuição per capita dos recursos destinados à saúde; levando em conta as diferenças de necessidades encontradas entre as populações; considerando a utilização dos serviços de saúde, dividida por estratos etários e de gênero; além das diferenças socioeconómicas.

É preciso ainda ressaltar que, apesar da garantia da eqüidade ser uma proposta antiga como critério de alocação de recursos, atualmente, no âmbito federal, ela está sendo citada como parâmetro de orientação, o que oferece é uma oportunidade de proposição de políticas inovadoras no âmbito estadual.

Este livro traz uma abordagem sobre princípios e instrumentos que propiciam uma reflexão e forneçam subsídios para a tomada de decisão sobre a distribuição de recursos em saúde de forma eqüitativa entre os municípios/regiones, de forma a consolidar a eqüidade no acesso aos serviços públicos de saúde em função das necessidades diferenciadas da população.



CAPÍTULO I

BIBLIOTECA
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTO ANDRÉ

CONTEXTO E HISTÓRICO BRASILEIRO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS

A partir de 1988, com a nova Constituição Federal que avançou na consagração dos direitos sociais e princípios da organização da política social - os quais garantiram aos cidadãos os direitos individuais à saúde, assistência social e previdência - uma seção inteira referente à saúde foi inserida pela primeira vez nesta carta magna, além de muitos outros artigos inerentes ao assunto, que apontam as diretrizes gerais para a criação e organização de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, estes princípios precisavam ser regulamentados, e isto se deu por meio das Leis 8080 e 8142, ambas promulgadas em 1990, ou seja, dois anos após a Constituição Federal.

A Lei Federal nº 8080, de 19/09/90, regulamenta praticamente todo o sistema de saúde; disposições gerais e preliminares, objetivos e atribuições, princípios e diretrizes, organização, direção e gestão, competências e atribuições, serviços privados de assistência à saúde (funcionamento e participação complementar), recursos humanos, financiamento (dos recursos, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento) e finalmente das disposições transitórias.

Especificamente com relação ao financiamento, ela estabelece em seu artigo 35 os critérios para a distribuição dos recursos federais à saúde entre estados e municípios:

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

I – perfil demográfico da região;

II – perfil epidemiológico da população coletiva;

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

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

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

VI – previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII – resarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Parágrafo 1º - Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída pelo quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

Já a Lei Federal nº 8142, de 28/12/90 é complementar, de menor tamanho e trata de dois assuntos não contemplados na lei 8080, que são: participação da comunidade com a criação das Conferências de Saúde e dos Conselhos e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Especificamente com relação a essas transferências intergovernamentais, ela estabelece em seu artigo 2º:

Art. 2º - Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I – despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II – investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III – investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV – cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo Único – Os recursos referentes ao inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Esta Lei também definiu em seu Art. 3º, § 1º como único critério a ser seguido, enquanto não se regulamentasse o artigo 35 da Lei nº 8080, o contido no parágrafo primeiro, ou seja, "quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio".

Esta imprecisão de critérios de distribuição definidos na legislação, fez com que diversas proposições técnicas fossem apresentadas, entretanto, muitas dificuldades de aplicação foram encontradas, ditadas até mesmo pelo próprio processo de implementação do SUS, cuja necessidade de dar continuidade aos fluxos financeiros, fez com que os gestores dos três níveis estabelecessem formas negociadas, as quais resultavam em acordos provisórios de definição de critérios de distribuição de recursos, posteriormente concretizadas em instrumentos normativos denominados Normas Operacionais Básicas (NOBs).

As duas primeiras normas operacionais foram a NOB 91 e a NOB 92. A NOB 91 manteve a mesma lógica de financiamento de pagamento por produção de serviços que era adotada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual na época havia sido incorporado pelo Ministério da Saúde.

Este mecanismo de alocação dos recursos para custeio dos serviços ambulatoriais (públicos ou privados) instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), a qual representava um valor per capita que multiplicado pela população de cada estado, gerava um teto denominado de Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA), que classificava em seis faixas de valores com base em critérios de série histórica de produção (OLIVEIRA JR., 2005).

Até então, as normas operacionais não tinham como pilar as negociações prévias entre os atores dos três níveis de governo, e somente a partir da edição da NOB 93 é que se instaura um processo de consultas e incorporação de diversas proposições desses atores. Houve então a necessidade de discussão das regras de descentralização da gestão do sistema e dos seus mecanismos de financiamento, apontando a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS, "entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelo diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo" (BRASIL; 2003).

Neste período o Brasil passou por um processo de transferência gradativa de competências e recursos financeiros do nível federal para o nível estadual e, também, para os municípios. Manteve as modalidades de transferências de recursos denominadas Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA), bem como seus respectivos sistemas informatizados de pagamento, denominados Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS).

A NOB 96 buscou corrigir as distorções que haviam sido detectadas até então. Houve o fortalecimento de mecanismos e instâncias permanentes de negociações e normalizações no âmbito federal, denominada Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e no âmbito estadual denominadas de Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Apesar de dar pouca ênfase à regionalização, introduz inovações na gestão do sistema, estabelecendo instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, cabendo aqui ressaltar a proposta de Programação Pactuada e Integrada (PPI) e a introdução do Piso Assistencial Básico (PAB), que é o montante responsável exclusivamente às ações básicas de saúde, além de uma melhor definição das competências dos três níveis de governo e de outros incentivos financeiros vinculados a ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Segundo Lima (1999), a PPI representou:

Um elemento primordial da NOB-SUS 01/96. Enquanto instrumento negociado entre gestores, traduz as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos orçamentários e financeiros, em todos os níveis de gestão. Expressa a garantia de acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, sempre por intermédio da relação gestor-gestor. O processo de elaboração é ascendente, com base municipal, buscando a integralidade das ações, observando critérios nas CIB e CIT, aprovados nos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde (CES).

Desde a implantação das NOBs, mas principalmente a partir da NOB/93, surgiram várias discussões a cerca da determinação de fontes de financiamentos garantidos para a área da saúde de forma clara e definida. Mas somente após sete anos é que foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC29), que alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição e acrescentou artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, assegurando recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Dentre as principais alterações da EC29 destacam-se a permissão para a União intervir sobre os estados e os municípios que não estiverem aplicando o percentual mínimo exigido constitucionalmente para a saúde (artigos 34 e 35 da Constituição Federal); a autorização e obrigação da vinculação dos recursos que serão aplicados na saúde para as três esferas (artigos 167 e 198 da Constituição Federal); e o novo artigo acrescentado (Art. 77) que define percentuais de aplicação em saúde para estados e municípios, sendo 12% e 15% respectivamente, das suas receitas de impostos e transferências recebidas, deduzindo-se, para o cálculo da base vinculável dos primeiros, as transferências realizadas para os municípios (BRASIL, 2001), além de criar regras, caso estas esferas ainda não tenham atingido esses percentuais, para elevação ao longo de cinco anos, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Percentuais Mínimos de Vinculação da Receita Própria em Ações e Serviços de Saúde – Emenda Constitucional nº 29

ANO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

Fonte: Conass – Progestores, 2003

Ficou também definido o quanto a União deverá aplicar. Estabeleceu que no primeiro ano, o aporte deverá ser de pelo menos 5% a mais em relação ao orçamento do exercício anterior e a partir dos anos seguintes, o valor seria corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Quadro 2 - Brasil: Despesas do SUS por Nível de Governo, em % do PIB, 2000 a 2003

	2000	2001	2002	2003
União	1,85	1,87	1,84	1,75
Estados	0,57	0,69	0,77	0,79
Municípios	0,67	0,77	0,87	0,91
Total	3,09	3,33	3,48	3,45

Fonte: SIOPS - Elaboração DISOC/IPEA

Entretanto, atualmente, ainda falta a regulamentação da EC29 que deve criar mecanismos para a sua operacionalização.

Abaixo, quadro demonstrativo do histórico do percentual mínimo e aplicado pelos municípios do estado de Goiás de acordo com a EC29:

Quadro 3 - Histórico do percentual mínimo e aplicado pelos municípios de acordo com a EC-29, Goiás 2000 - 2006

Município	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	% mínimo	% aplicado												
Abadia de Goiás	7	7,89	9,31	9,05	10,73	14,75	12,16	16,25	15	18,99	15	12,56	15	15,18
Abadiânia	7	9,35	10,48	17,53	11,61	21,37	12,74	15,51	15	15,11	15	15,69	15	17,44
Acreúna	7	6,74	8,6	11,89	10,2	5,8	11,8	12,39	15	17,97	15	15,41	15	16,05
Adelândia	7	2,77	8,6	14,03	10,2	4,12	11,8	10,73	15	15,36	15	18,31	15	19,4
Águas Fria de Goiás	7	34,64	15	13,69	15	8,13	15	15,42	15	17,39	15	15,21	15	19,62
Águas Limpa	7	8,96	10,17	12,77	11,38	15,12	12,58	15,61	15	15,25	15	15,77	15	15,5
Águas Lindas de Goiás	7	11,29	12,03	18,32	12,77	SB	13,52	SB	15	N1	15	15,37	15	23,28
Alecrim	7	9,99	10,99	3,4	11,99	10,41	13	26,98	15	16,33	15	18,63	15	15,52
Aloândia	7	10,12	11,1	18,98	12,07	12,12	13,05	13,39	15	8,59	15	15,99	15	17,62
Altô Horizonte	7	11,28	12,02	16,48	12,77	3,16	13,51	11,58	15	15,5	15	16,18	15	15,48
Alto Paraíso de Goiás	7	8,48	9,78	17,71	11,99	18,91	12,39	16,76	15	31,41	15	15,23	15	21,51
Alvorada do Norte	7	9,55	10,64	7,3	11,75	15,49	12,82	15,56	15	16,67	15	15,11	15	16,46
Amatralina	7	13,88	14,1	13,39	14,53	15,4	14,55	13,12	15	15,11	15	13,99	15	17,82
Americano do Brasil	7	26,04	15	13,84	15	8,26	15	15,57	15	9,89	15	18,8	15	19,04
Americinópolis	7	10,85	11,68	11,39	12,51	12,51	14,34	14,58	15	8,1	15	15,99	15	19,12
Anápolis	7	8,82	10,06	10,48	11,29	12,89	12,53	8,2	15	17,22	15	15,15	15	19,57
Antanópia	7	7,66	9,13	9,28	10,6	10,7	12,06	13,55	15	15,07	15	15,55	15	15,28
Antunes	7	15,44	15	7,15	15	1,7	15	10,09	15	15,06	15	15,67	15	19,28
Aparecida de Goiânia	7	9,74	10,79	8,41	11,84	9,15	12,9	10,31	15	20,41	15	15,05	15	22,97
Aparecida do Rio Doce	7	6,71	8,6	11,14	10,2	11,42	11,8	14,5	15	18,91	15	18,21	15	19,47
Aporeí	7	20,53	15	15,55	15	15,53	15	15,74	15	15,08	15	17,72	15	18,98
Aracuã	7	4,75	8,6	14,35	10,2	14,47	11,8	18,63	15	15,09	15	16,15	15	16,7
Arariquças	7	6,78	8,6	1,24	10,2	7,98	11,8	19,28	15	15,05	15	16,29	15	18,11
Aragoiânia	7	12,31	12,85	13,99	13,39	15,08	13,92	2,28	15	18,54	15	21,6	15	24,53
Araguapaz	7	13,37	13,7	15,82	14,02	23,48	14,35	17,15	15	19,54	15	19,33	15	21,59
Areiópolis	7	10,16	11,13	17,81	12,1	15,98	13,05	16,11	15	19,26	15	17,92	15	20,73
Arari	7	9,43	10,54	13,65	11,56	18,17	12,77	15,36	15	16,34	15	20,4	15	18,61
Aurilândia	7	4,72	8,6	17,44	10,2	4,74	11,8	3,59	15	15,16	15	16,21	15	8,36
Avelinópolis	7	9,89	10,91	14,46	11,93	14,9	12,96	15,03	15	18,28	15	18,36	15	16
Baliza	7	7,62	9,1	6,15	10,57	8,38	12,05	13,56	15	17,01	15	14,18	15	15,96
Barro Alto	7	7,86	9,29	7,62	10,72	19,64	11,14	13,56	15	15,04	15	21,63	15	24,08
Bela Vista de Goiás	7	15,67	15	9,23	15	7,85	15	11,63	15	8,16	15	15,13	15	18,36
Bom Jardim de Goiás	7	8,86	10,09	11,78	11,32	27,18	12,54	17,77	15	22,01	15	19,77	15	19,31
Bom Jesus de Goiás	7	6,52	8,6	0,35	10,2	8,61	11,8	15	15	1,67	15	17,57	15	17,75
Bonfinópolis	7	7,9	9,32	20,2	10,74	21,34	12,16	14,6	15	39,61	15	24,25	15	22,57
Bonópolis	7	8,8	10,04	8,59	11,28	9,19	12,52	12,68	15	8,1	15	15,96	15	15,51
Brazlândia	7	12,39	12,91	9,89	13,43	11,21	13,96	14,22	15	9,13	15	18,4	15	15,59
Brotas	7	2,89	8,6	16,77	10,2	19,09	11,8	16,75	15	20,73	15	19,43	15	20,57
Burn Alegre	7	9,56	10,65	5,42	11,74	19,42	12,82	12,34	15	21,95	15	19,52	15	17,06
Burn de Goiás	7	17,05	15	11,06	15	15,31	15	14,35	15	17,43	15	15,68	15	16,84
Bunyanópolis	7	15,44	15	2,31	15	20,76	15	14,03	15	39,98	15	17,2	15	16,73
Cafezal	7	8,13	9,5	11,35	10,88	17,95	12,25	20,08	15	16,01	15	19,87	15	15,76
Cachoeira Alta	7	5,76	8,6	6,71	10,2	7,49	11,8	12,12	15	13,15	15	15,76	15	15,55
Cachoeira de Goiás	7	4,19	8,6	6,65	10,2	11,9	11,8	15,86	15	15,03	15	15,02	15	81
Cachoeira Dourada	7	5,53	8,6	12,73	10,2	21,31	11,8	20,33	15	15,98	15	25,91	15	19,48
Caco	7	19,46	15	13,22	15	17,7	15	22,44	15	20,56	15	14,7	15	21,8
Caçapava	7	3,04	8,6	2,61	10,2	35,01	11,8	4,15	15	15,25	15	16,44	15	18,05

Município	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	% mínimo	% aplicado												
Caldas Novas	7	11,47	12,18	10,74	12,88	12,12	13,59	16,38	15	18,85	15	17,19	15	15,19
Caldazinha	7	2,32	8,6	9,27	10,2	14,16	11,8	16,06	15	15,55	15	15,89	15	18,31
Campestre de Goiás	7	0,06	8,6	8,95	10,2	10,13	11,8	12,35	15	15,95	15	25,71	15	15,24
Campinácu	7	16,02	15	20,02	15	13,95	15	27,95	15	26,13	15	17,28	15	26,57
Campanorte	7	0,06	8,6	10,36	10,2	17,52	11,8	14,66	15	20,82	15	13,84	15	24,53
Campo Alegre de Goiás	7	13,9	14,12	11,93	14,34	21,28	14,56	12,13	15	16,89	15	16,64	15	21,06
Campo Largo de Goiás	7	NE	8,6	8,92	10,2	7,5	11,8	18,45	15	19,75	15	17,58	15	15,71
Campinas Belas	7	26,02	15	19,23	15	28,91	15	20,04	15	25,27	15	16,39	15	9,47
Campinas Verdes	7	36,56	15	10	15	15,58	15	NI	15	-3,85	15	18,66	15	26,47
Carmo do Rio Verde	7	11,48	12,18	7,78	12,89	12,77	13,59	12,5	15	18,51	15	16,25	15	18,88
Castelândia	7	10,83	11,66	16,52	12,5	15,09	13,33	23,73	15	16,82	15	17,78	15	21,36
Canálin	7	6,99	8,6	6,97	10,2	7,45	11,8	10,06	15	15,37	15	15,04	15	18,36
Camorá	7	21,34	15	21,41	15	22,3	15	14,91	15	16,03	15	18,65	15	15,16
Cavalcante	7	22,79	15	18,6	15	21,3	15	29,42	15	19,35	15	16,29	15	3,55
Ceres	7	8,02	9,42	10,48	10,81	6,7	12,21	10,7	15	5,25	15	21,85	15	16,87
Cezarina	7	17,16	15	14,42	15	18,24	15	15,54	15	16,09	15	17,51	15	15,31
Chapadão do Céu	7	7,27	8,82	7,39	10,36	9,31	11,91	14,21	15	14,31	15	21,27	15	19,7
Cidade Ocidental	7	10,38	11,3	3,61	12,23	19,8	13,15	2,35	15	15,61	15	15,1	15	20,15
Coatzzinho de Goiás	7	19,8	15	15,4	15	15,52	15	12,23	15	20,66	15	15,53	15	15,36
Colinas do Sul	7	21,77	15	19,01	15	15,57	15	18,56	15	23,04	15	18,14	15	18,64
Correjo do Ouro	7	15,56	15	11,25	15	15,48	15	15,88	15	15,52	15	17,49	15	16,84
Corumbá de Goiás	7	5,33	8,6	13,24	10,2	11,25	11,8	15,02	15	17,93	15	20,57	15	16,37
Corumbába	7	18,84	15	27,63	15	10,32	15	23,53	15	27,59	15	28,04	15	25,81
Cristalina	7	8,49	9,79	13,18	11,09	15,86	12,4	22,13	15	16,53	15	17,55	15	24,41
Cristianópolis	7	15,95	15	12,14	15	15,35	15	14,34	15	20,04	15	16,85	15	15,74
Criciú	7	18,97	8,6	10,19	10,2	14,18	11,8	15,66	15	13,75	15	15,90	15	15,62
Cromúnia	7	33,91	15	18,61	15	18,38	15	16,01	15	17,39	15	25,69	15	20,19
Cumari	7	27,84	15	13,64	15	13,47	15	14,72	15	20,27	15	19,01	15	23,02
Damianópolis	7	10,17	11,14	29,49	12,1	32,84	13,07	17,53	15	24,53	15	21,01	15	23,84
Damolândia	7	11,7	12,36	15,9	13,02	13,17	13,68	17,11	15	16,15	15	18,56	15	16,73
Davinópolis	7	7,08	8,6	4,12	10,25	12,17	11,83	13,34	15	15,26	15	15,6	15	17,02
Dianema	7	12,32	12,86	13,16	13,39	13,37	13,93	16,18	15	18,3	15	17,93	15	15,14
Doverlândia	7	13,95	14,16	15,94	14,37	17,43	14,58	17,92	15	9,84	15	18,08	15	23,95
Edévalna	7	8,16	9,53	6,57	10,9	11,67	12,26	14,76	15	15,52	15	15,14	15	16,41
Eldéia	7	4,83	8,6	7,4	10,2	10,2	11,8	11,8	15	15,78	15	15,05	15	16,16
Estrela do Norte	7	8,13	9,5	13,55	10,88	11,52	12,25	19,83	15	21,01	15	19,16	15	20,15
Faina	7	8,87	10,1	16,25	11,32	18,18	12,55	19,64	15	16,31	15	15,15	15	15,03
Fazenda Nova	7	10,26	11,21	16,84	12,16	17,17	13,1	17,15	15	15,3	15	16,16	15	15,4
Fundinópolis	7	6	8,6	10,57	10,2	9,89	11,8	10,32	15	11,82	15	20,47	15	17,86
Florânia de Goiás	7	6,51	8,6	13,1	10,2	1,84	11,8	14,33	15	22,32	15	18,43	15	NI
Fronteira	7	23,26	15	6,93	15	33,49	15	23,33	15	29,01	15	27,54	15	17,64
Foxonoso	7	13,35	13,68	12,39	14,01	15,78	14,34	17,28	15	14,84	15	17,58	15	23,15
Gamelícia de Goiás	7	NE	8,6	9,91	10,2	11,44	11,8	12,95	15	15,95	15	29,47	15	17,32
Divinópolis de Goiás	7	26,57	15	25,12	15	20,15	15	26,7	15	23,01	15	23,87	15	22,12
Goiâniópolis	7	14,61	14,69	20,82	14,77	19,02	14,84	15,67	15	15,94	15	19,22	15	16,2
Goiandira	7	6,75	8,6	9,16	10,2	7,45	11,8	12,62	15	16,28	15	18,57	15	23,08
Goiânia	7	4,96	8,6	12,54	10,2	13,85	11,8	14,97	15	15,17	15	16,19	15	16,35
Guanhã	7	8,81	8,6	8,67	10,2	10,72	11,8	11,41	15	11,72	15	15,44	15	17,01
Guanhá	7	9,96	10,97	9,71	11,98	10,29	12,98	16,15	15	18,37	15	18,63	15	24,64
Goiás	7	20,8	15	33,63	15	15,13	15	15,02	15	15,29	15	16,26	15	21,31
Goiatuba	7	12,62	13,1	14,96	13,57	10,47	14,05	14,79	15	15,19	15	15,37	15	15,62
Gouvelândia	7	10,58	11,46	11,57	12,35	14,81	13,23	16,58	15	18,97	15	20,27	15	18,77
Guapu	7	6,36	8,6	9,75	10,2	22,08	11,8	15,29	15	15,98	15	15,07	15	19,91
Guaraíta	7	9,05	10,22	14,37	11,42	14,79	12,61	16,5	15	14	15	18,65	15	16,9

Município	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	% mínimo	% aplicado												
Guarani de Goiás	7	10,04	11,03	15,05	12,02	1,02	13,02	7,51	15	15,24	15	16,93	15	N1
Guaíras	7	4,1	8,6	6,55	10,2	9,77	11,8	12,49	15	7,55	15	13,86	15	15,41
Helitonópolis	7	12,23	12,78	17,36	13,34	14,94	13,69	18,18	15	15,29	15	19,13	15	16,39
Hidrolândia	7	6,21	8,5	7,03	10,2	16,65	11,8	14,82	15	17,73	15	15,21	15	15,15
Hidrolina	7	10,75	11,6	12,53	12,45	12,75	13,3	18,39	15	17,71	15	16,99	15	17,35
Iaciara	7	16,49	15	17,8	15	11,06	15	15,94	15	17,86	15	16,57	15	16,47
Inaciolândia	7	15,38	15,7	18,82	14,03	15,79	14,35	18,08	15	19,16	15	20,02	15	21,95
Indiará	7	15,8	15	5,93	15	8,99	15	18,74	15	15,68	15	19,23	15	22,77
Inhumas	7	9,01	10,21	11,12	11,41	17,44	12,6	13,45	15	21,78	15	17,99	15	19,61
Ipirama	7	4,44	8,6	3,22	10,2	11,48	11,8	13,55	15	15,27	15	16,74	15	15,05
Ipiranga de Goiás	7	20,1	8,6	10,77	10,2	16,02	11,8	15,5	15	15,36	15	19,39	15	17,06
Ipotá	7	24,3	15	23,34	15	7,8	15	18,16	15	15,16	15	26,12	15	16,6
Isaelândia	7	14,42	14,54	12,79	14,05	13,52	14,77	13,79	15	15,27	15	17,7	15	17,39
Itaberá	7	8,16	9,53	9,98	10,9	14,59	12,26	21,64	15	13,75	15	17,16	15	20,05
Itaguari	7	19,63	15	10,86	15	12,56	15	17,63	15	15,42	15	16,2	15	17,73
Itaguari	7	11,22	11,98	10,08	12,73	16,33	13,49	13,54	15	16,2	15	18,37	15	24,29
Itajá	7	17,83	15	31,2	15	16,71	15	16,93	15	19,44	15	24,01	15	25
Itapaci	7	6,58	8,6	7,2	10,2	10,85	11,8	11,24	15	16,29	15	18,55	15	15,74
Itapirapuã	7	2,71	8,6	8,81	10,2	11,94	11,8	9,97	15	14,31	15	16,4	15	23,26
Itapuranga	7	9,92	10,94	9,46	13,95	17,65	12,97	17,1	15	17,39	15	16,41	15	15,1
Itarumã	7	7,59	9,07	9,56	10,55	11,01	12,94	16,08	15	15,55	15	18,17	15	15,24
Itauçu	7	4,04	8,6	11,2	10,2	16	11,8	12,57	15	18,35	15	19,22	15	15,13
Itumbiara	7	23,36	15	22,88	15	14,87	15	13,4	15	13,55	15	15,03	15	20,95
Ivolândia	7	10,31	11,25	16,78	12,19	12,69	13,12	19,08	15	16,11	15	16,98	15	16,23
Jandala	7	4,81	8,6	10,49	10,2	11,44	11,8	11,97	15	15,13	15	15,16	15	15,62
Jaraguá	7	8,22	9,38	4,98	10,93	12,6	12,29	17,29	15	17,44	15	16,91	15	16,01
Jataí	7	11,77	12,42	13,63	13,06	13,17	13,71	14,01	15	17,87	15	15,33	15	15,73
Jaupaci	7	17,85	15	14,67	15	8,68	15	18,8	15	15,64	15	17,76	15	N1
Jesópolis	7	15,07	15	11,93	15	10,46	15	15,12	15	15,75	15	19,41	15	15,91
Jovilândia	7	17,01	15	7,07	15	10,39	15	N1	15	N1	15	N1	15	N1
Jussara	7	11,9	12,52	7,94	13,14	11,95	15,76	11,73	15	18,39	15	25,36	15	22,53
Lagoa Santa	7	NE	8,6	9,19	10,2	13,65	11,8	8,56	15	N1	15	15,24	15	16,66
Leopoldo de Bulhões	7	8,18	9,54	4,54	10,91	14,65	12,27	11,01	15	16	15	18,86	15	21,2
Luziânia	7	16,56	15	15,21	15	11,51	15	10,77	15	14,03	15	15,16	15	15,43
Mariópolis	7	15,37	15	12,78	15	15,67	15	17,59	15	14,71	15	16,03	15	N1
Mamanguá	7	17,54	15	15,99	15	32,77	15	31,87	15	16,23	15	24,79	15	21,58
Maria Rosa	7	9,74	10,79	9,6	11,84	19,64	12,9	15,6	15	19,31	15	17,2	15	17,56
Marzagão	7	15,95	15	11,4	15	10,8	15	15,13	15	16,18	15	16,48	15	18,28
Matrinchá	7	12,64	13,11	11,66	13,58	20,39	14,05	19,44	15	18,91	15	24,42	15	24,99
Maurilândia	7	8,06	9,45	13,05	10,84	13	12,22	16,23	15	15,34	15	21,09	15	17,96
Mimoso de Goiás	7	11,12	11,9	9,25	12,67	10,25	13,45	14,71	15	N1	15	15,28	15	15,22
Minaçu	7	6,55	8,6	20,74	10,2	19,34	11,8	18,58	15	17,88	15	0,95	15	24,13
Minas Gerais	7	10,4	11,32	5,36	12,24	12,52	13,16	14,98	15	28,43	15	16,11	15	15,49
Moiporá	7	6,04	8,6	7,07	10,2	10,99	11,8	11,85	15	12,33	15	16,87	15	19,71
Monte Alegre de Goiás	7	24,34	15	29,62	15	28,22	15	21	15	19,71	15	13,06	15	15,01
Montes Claros de Goiás	7	8,9	10,12	22,23	11,34	15,55	12,58	16,98	15	16,94	15	22,66	15	17,42
Montividiu	7	7,2	8,76	9,46	10,32	14,23	11,88	15,11	15	17,13	15	15,49	15	15,91
Montividiu do Norte	7	6,68	8,6	6,25	10,2	10,06	11,8	16,59	15	15,24	15	16,25	15	15,48
Morinópolis	7	11,2	11,96	8,82	12,72	14,72	13,68	17,25	15	15,37	15	22,51	15	20,7
Moreno Agudo de Goiás	7	12,35	12,88	11,56	13,41	14,13	13,94	16,7	15	N1	15	18,39	15	18,38
Mossamedes	7	12,25	12,8	23,18	13,35	13,65	13,9	13,52	15	15,25	15	16,32	15	17,15
Mozarlândia	7	8,31	9,65	8,29	10,99	19,2	12,32	14,92	15	12,18	15	20,71	15	21,81
Mundo Novo	7	4,6	8,6	14,63	10,2	20,27	11,8	16,77	15	17,17	15	22,08	15	20,65
Munimópolis	7	19,57	15	13,38	15	13,72	15	20,9	15	15,93	15	19,77	15	18,36

Município	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	% mínimo	% aplicado												
Nazário	7	4,89	6,6	12,7	10,2	13,62	11,8	17,15	15	17,15	15	15,47	15	18,27
Nerópolis	7	1,12	8,6	4,31	10,2	13,47	11,8	16,99	15	15,72	15	17,69	15	15,85
Niquelândia	7	8,67	9,94	10,69	11,2	13,4	12,47	10,41	15	Nº	15	18,42	15	22,27
Nova América	7	5,01	8,6	8,38	10,2	12,82	11,8	12,19	15	Nº	15	18,37	15	17,18
Nova Aurora	7	14,69	14,75	13,62	14,81	16,94	14,88	18,41	15	15,82	15	19,3	15	18,09
Nova Crixás	7	11,12	11,9	10,04	12,67	9,76	13,45	11,09	15	15,86	15	15,01	15	16,23
Nova Glória	7	9,12	10,3	9,46	11,47	10,88	12,65	14,17	15	14,03	15	16,13	15	15,75
Nova Iguaçu de Goiás	7	8,03	9,42	6,93	10,82	15,5	12,21	12,47	15	18,03	15	16,02	15	21,52
Nova Roma	7	3,84	8,6	6,83	10,2	1,67	11,8	-1,6	15	11,15	15	16,84	15	18,51
Nova Veneza	7	9,31	10,15	11,74	11,59	9,82	12,32	9,83	15	15,52	15	16,65	15	23,49
Novo Brasil	7	13,88	14,1	15,92	14,33	16,51	14,55	19,68	15	15,63	15	16,45	15	17,34
Novo Gama	7	32,29	15	12,82	15	14,16	15	14,4	15	Nº	15	16,45	15	18,82
Novo Planalto	7	50	8,6	11,58	10,2	12,78	11,8	12,28	15	17,1	15	18,69	15	17,03
Ocara	7	8,44	9,75	19,2	11,06	19,25	12,38	16,19	15	16,9	15	19,2	15	16,05
Ouro Verde de Goiás	7	8,14	8,6	6,5	10,2	1,8	11,8	7,2	15	13,32	15	15,4	15	Nº
Ouricuri	7	13,13	13,5	16,88	13,88	5,83	14,25	13,61	15	22,4	15	23,99	15	26,62
Padre Bernardo	7	14,55	14,64	10,41	14,73	2,88	14,82	20,72	15	-29,34	15	20,43	15	20,81
Palestina de Goiás	7	10,79	11,63	12,49	12,47	15,8	14,32	14,64	15	21,13	15	17,95	15	16,99
Palmeiras de Goiás	7	7,63	9,1	4,95	10,58	8,97	12,05	12,46	15	16,79	15	15,15	15	30,94
Palmeiro	7	22,41	15	17,23	15	17,98	15	19,98	15	Nº	15	24,92	15	24,23
Palminópolis	7	4,98	8,6	17,48	10,2	13,54	11,8	11,82	15	15,8	15	16,8	15	19,28
Panamá	7	0,1	8,6	11,34	10,2	7,98	11,8	Nº	15	13,36	15	15,28	15	15,59
Paranaíba	7	19,32	15	29,03	15	23,54	15	23,27	15	23,53	15	24,57	15	30,32
Paratina	7	6,75	8,6	6,68	10,2	9,52	11,8	12,36	15	17,55	15	15,35	15	16,38
Perolândia	7	11,4	12,12	10,67	12,84	11,55	13,56	15,64	15	15,14	15	17,57	15	16,07
Penguiá de Goiás	7	9,31	10,61	9,58	11,71	12,45	12,8	19,18	15	16,83	15	16,57	15	16,63
Pilar de Goiás	7	15,09	15	11,06	15	15,19	15	16,76	15	15,64	15	15,58	15	16,4
Piracanjuba	7	19,2	15	0,88	15	16,75	15	17,16	15	17,59	15	19,3	15	28,01
Piranhas	7	10,41	11,33	14,69	12,35	19,44	13,16	18,86	15	20,14	15	20,01	15	19,39
Pirenópolis	7	7,27	8,82	8,27	10,35	11,46	11,91	12	15	15,84	15	14,93	15	18,52
Pires do Rio	7	8,79	10,03	11,01	11,27	12,94	12,52	12,92	15	15,57	15	17,75	15	17,55
Planaltina	7	17,42	15	13,42	15	16,02	15	17,16	15	Nº	15	27,8	15	17,77
Pontalina	7	8,11	9,49	12,01	10,87	15,98	12,24	18,6	15	23,74	15	15,69	15	15,17
Pessegueiro	7	9,21	10,37	7,28	11,55	11,65	12,68	17,77	15	Nº	15	17,63	15	17,24
Porecatu	7	9,18	10,34	8,25	11,51	5,27	12,57	12,18	15	6,33	15	15,47	15	15,17
Pontelândia	7	17,56	15	16,78	15	19,37	15	23,17	15	32,41	15	31,16	15	29,35
Prisse	7	6,59	8,6	7,79	10,2	20,94	11,8	14,83	15	15,22	15	18,54	15	16,01
Professor Japil	7	12,62	13,1	12,69	13,57	14,94	14,05	12,42	15	16,62	15	15,01	15	17,78
Quintinópolis	7	8,25	9,61	5,76	10,96	8,93	12,3	9,6	15	Nº	15	16,29	15	20,49
Rialma	7	7,9	9,32	20,34	10,74	15,61	12,16	15,72	15	Nº	15	21,38	15	23,33
Rianápolis	7	2,64	8,6	10,34	10,2	12,31	11,8	15,02	15	16,63	15	17,51	15	19,38
Rio Quente	7	8,77	10,02	14,59	11,26	13,61	12,51	16,03	15	15,09	15	19,49	15	17,07
Rio Verde	7	3,4	8,6	12,77	10,2	9,25	11,8	3,84	15	19,96	15	16,11	15	15,53
Rubiataba	7	-1,54	8,6	0,53	10,2	8,43	11,8	4,35	15	15,34	15	15,95	15	15,09
Sanctidânia	7	12,98	13,39	16,59	13,79	16,15	14,19	16,01	15	15,08	15	16,2	15	20,49
Santa Bárbara de Goiás	7	11,72	12,38	12,73	13,03	16,92	13,69	14,25	15	15,11	15	18,19	15	19,76
Santa Cruz de Minas	7	8,01	9,41	16,18	10,81	14,66	12,2	14,76	15	16,27	15	19,19	15	21
Santa Fé de Goiás	7	12,76	13,21	13,88	13,66	14,08	14,1	17,91	15	23,8	15	20,37	15	15,22
Santa Helena de Goiás	7	10,72	11,58	10,94	12,43	16,45	13,29	15,39	15	16,09	15	16,77	15	18,91
Santa Isabel	7	1,36	8,6	9,46	10,2	15,8	11,8	14,29	15	13,25	15	17,54	15	15,52
Santa Rita do Araguaia	7	3,71	8,6	Nº	10,2	14,94	11,8	Nº	15	21,83	15	15,67	15	25,18
Santa Rita Novo Deserto	7	14,83	14,86	11,37	14,9	24,59	14,93	16,9	15	15,22	15	16,9	15	15,64
Santa Rosa de Goiás	7	18,08	15	15,26	15	15,44	15	16,85	15	18,64	15	16,25	15	24,67
Santa Terezinha de Goiás	7	8,84	10,07	18,92	11,3	12,01	12,54	18,39	15	12,17	15	21,66	15	16,89

Município	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	% mínimo	% aplicado												
Sta. Terezinha de Goiás	7	8,87	8,6	9,3	10,2	13,35	11,8	6,62	15	10,58	15	17,69	15	15,4
Sto. Antônio da Barra	7	9,04	10,33	10,94	11,42	10,92	12,62	9,5	15	15,54	15	18,41	15	15,41
Sto. Antônio de Goiás	7	8,24	9,59	10,41	10,94	17,41	12,3	19,7	15	24,92	15	25,28	15	18,47
Sto. Ant. do Descoberto	7	29,73	15	16,15	15	35,72	15	15,86	15	29,07	15	38,98	15	30,44
São Domingos	7	15,4	15	18,28	15	17,67	15	15,09	15	26,18	15	18,84	15	18,52
São Francisco de Goiás	7	31,95	15	17,63	15	20,98	15	15,83	15	16,25	15	22,67	15	15,51
São João d'Aliança	7	21,63	15	31,4	15	20,92	15	21,55	15	15,26	15	20,76	15	19,45
São João da Paraíba	7	11,69	12,35	11,27	13,01	-6,1	13,58	0,46	15	0,45	15	19,27	15	16,82
São Luís Montes Belos	7	8,51	9,81	9,38	11,11	13,3	12,4	22,13	15	15,05	15	16,19	15	17,94
São Luiz do Norte	7	7,77	9,22	1,32	10,66	16,13	12,11	15,07	15	15,21	15	15,51	15	23,04
São Miguel do Araguaia	7	7,62	9,1	17,42	10,57	30,44	13,05	19,26	15	20,72	15	16,16	15	18,22
S. Miguel Pussa Quatro	7	14,96	14,97	23,82	14,98	20,34	14,98	25,81	15	15,72	15	16,4	15	17,29
São Patrício	7	8,89	10,11	10,05	11,33	12,74	12,56	20,42	15	17,56	15	18,26	15	16,95
São Simão	7	11,09	11,86	20,29	12,65	20,85	13,43	16,85	15	16,93	15	15,28	15	16,14
Senador Canedo	7	7,58	9,05	11,17	10,55	17,85	12,03	17,2	15	20,27	15	21,27	15	15,55
Serranópolis	7	9,97	10,26	11,51	11,44	15,4	12,63	20,54	15	16,97	15	25,94	15	16,41
Silvânia	7	18,57	15	7,9	15	23,71	15	19,2	15	19,61	15	19,85	15	25,7
Simolândia	7	13,23	13,58	11,2	13,94	8,36	14,29	15,24	15	NL	15	19,35	15	24,38
São d'Abadia	7	25,13	15	NL										
Taquari de Goiás	7	0,91	8,6	12,59	10,2	16,82	11,8	16,08	15	15,91	15	16,98	15	19,05
Teresina de Goiás	7	3,93	8,6	3,42	10,2	9,27	11,8	15,19	15	15,2	15	15,23	15	17,7
Terezópolis de Goiás	7	23,18	15	13,07	15	14,47	15	16,26	15	15,38	15	15,56	15	21,75
Três Ranchos	7	31,41	15	23,5	15	15,08	15	28,8	15	27,21	15	27,24	15	23,07
Trindade	7	14,2	14,36	14,08	14,52	0,13	14,68	9,4	15	15,51	15	15,76	15	17,67
Trombas	7	3,27	8,6	11,23	10,2	13,16	11,8	14,58	15	NL	15	16,01	15	16,23
Turvânia	7	4,78	8,6	20,94	10,2	7,46	11,8	8,52	15	21,01	15	17,03	15	17,77
Turvelândia	7	12,85	13,28	14,94	13,71	10,34	11,14	12,49	15	16,61	15	15,72	15	17,55
Ultrapiúna	7	9,55	10,64	14,12	11,73	9,95	12,82	16,41	15	17,66	15	15,04	15	15,63
Urusuçu	7	14,69	14,75	7,58	14,81	26,49	14,88	13,83	15	16,29	15	15,52	15	16,92
Uruana	7	9,43	10,54	10,1	11,66	15,27	12,72	14,15	15	7,31	15	16,01	15	16,35
Urutai	7	7,09	8,67	7,89	10,25	2,35	11,84	10,58	15	NL	15	21,42	15	21,68
Valparaíso de Goiás	7	13,61	13,89	14,3	14,17	17,26	14,44	15,81	15	NL	15	18,77	15	17,83
Varijão	7	7,44	8,95	10,86	10,46	14,95	11,98	3,52	15	9,15	15	15,7	15	16,12
Vianópolis	7	5,66	8,6	6,22	10,2	11,86	11,8	13,09	15	16,5	15	16,71	15	19,26
Vicentinópolis	7	7,36	8,69	11,62	7,42	14,74	11,94	14,09	15	18,17	15	16,53	15	15,85
Vila Boa	7	20,12	15	3,65	15	17,82	15	25,87	15	22,82	15	25,35	15	17,26
Vila Propício	7	4,94	8,6	9,44	10,2	9,47	11,8	16,12	15	13,13	15	15,58	15	17,37

D) Quantidade de Municípios que transmitiram (a+b)

(a) Aplicou o percentual da EC29	241	244	244	239	243	244	237
(b) Não aplicou o percentual da EC29	184	133	169	183	190	236	234
II) Quantidade que não transmitiram (c+d)	57	111	75	56	53	8	3
(c) Municípios que não informaram	1	2	2	7	3	2	9
(d) Quantidade de Munic. sem balanço	0	2	1	6	3	2	9
Qto. de Municípios Existentes (I+II)	242	246	246	246	246	246	246

Fonte: SIOPS

NE - O Município não existe no ano assinalado.

NL - Municípios que não informaram o SIOPS

SB - Município está sem balanço no ano assinalado, com processo judicial aberto.

Obs.: Os municípios sem balanço estão sendo considerados como não transmitidos. Dados referentes ao SIOPS Municipal Anual

Mas, durante a vigência da NOB/96, a PPI ainda não se estabelece como um processo consistente e estruturante, e houve a necessidade de retomada das proposições a cerca da regionalização dos serviços, as quais foram consolidadas na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001).

A NOAS, como reorientadora do processo de descentralização, adota uma estratégia de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde com o objetivo de "promover maior eqüidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde", consubstanciada no Plano Diretor de Regionalização (PDR), onde introduz a organização de módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, e no Plano Diretor de Investimentos (PDI), que deve refletir, no âmbito regional, as necessidades de investimento para o alcance de suficiência na atenção à saúde, segundo as características peculiares a cada região ou macrorregião de saúde.

Neste contexto a Programação Pactuada e Integrada (PPI), é retomada pela NOAS como um processo privilegiado de alocação de recursos, e constitui-se como uma exigência preliminar e obrigatória na qualificação das microrregiões e módulos assistenciais (NOAS-SUS 01/2001, item 10, alínea d), e, também requisito para o município se habilitar à condição de gestão plena do sistema municipal (GPSM), recebendo, assim, os recursos de custeio das ações de saúde via transferência fundo a fundo.

Entretanto os municípios habilitados em GPSM, embora formalmente iguais perante a NOAS do ponto de vista de suas responsabilidades e atribuições, são bastante desiguais quanto às suas condições socioeconômicas e demográficas, às suas capacidades fiscais, à sua trajetória no SUS e às suas disponibilidades de recursos de saúde (incluindo recursos financeiros, capacidade instalada e capacidade de produção de ações e serviços).

Mas apesar da Programação Pactuada e Integrada ser o principal instrumento para alocação de recursos financeiros entre os municípios, ela não garante a eqüidade, uma vez que a metodologia atualmente utilizada resulta uma distribuição per capita, atendendo critérios e parâmetros técnicos, de acordo com portarias do Ministério da Saúde (Portaria MS/GM nº 1.101/2002), sem considerar as diferenças entre as regiões.

Após a programação na PPI, ficam definidos os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar - MAC de todos os municípios, limites esses, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território, bem como da parcela correspondente à programação das referências de outros municípios.

O repasse dos recursos, até o ano de 2006, era definido de acordo com a condição de gestão a qual o município estava habilitado. Ou seja, os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) recebem diretamente seu limite financeiro definido pela PPI, transferido do fundo nacional de saúde para o fundo municipal de saúde, enquanto que os demais municípios ainda não habilitados em GPSM, os valores são transferidos para o fundo estadual de saúde, o qual repassa mediante apresentação da produção de cada município.

Entretanto, a partir de 2006, deu-se a implantação do Pacto pela Saúde (portaria GM/MS nº 399/2006), que não é uma norma operacional, mas um acordo entre as três esferas de gestão do SUS, que articula o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, introduzindo um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, aprofundando a descentralização do SUS para estados e municípios de forma compartilhada. Neste sentido, a portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, que passam a ser organizados e transferidos na forma de cinco blocos de financiamento (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, e, Gestão do SUS), constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

Estes recursos que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos estados e aos municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento. Deixou-se então de existir o critério de condição de gestão (GPSM e GPAB) para os municípios, estabelecendo uma nova lógica da programação e definição de recursos a serem distribuídos pela PPI, considerando a adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde, que passam a receber os valores financeiros correspondente a sua responsabilização.

Fato é o avanço do processo de descentralização da gestão para estados e municípios, apresentando ao longo desses anos, um conjunto de critérios e mecanismos distintos de transferências de recursos do governo federal para os estados e municípios, mesmo com a consciência de que toda essa sistematização já desenvolvida, não garantiu a equidade na distribuição, como descrito no livro SUS: avanços e desafios.

Em 2005 as transferências per capita dos recursos do Ministério da Saúde para os estados brasileiros, mostra uma situação que se aproxima de uma distribuição igualitária. Contudo, uma alocação de recursos igualitária, ainda que tenha as vantagens da aceitabilidade política e da transparência, não significa uma distribuição equitativa porque não se faz segundo as necessidades em saúde diferenciadas das populações. Se toma o IDH como uma Proxy das necessidades em saúde e a cobertura do Sistema de Saúde Suplementar como uma Proxy das necessidades socioeconómicas, a distribuição próxima à igualdade torna-se iniqua. Tomem-se os casos do Rio Grande do Norte e São Paulo. O Rio Grande do Norte receber do Ministério da Saúde, no ano, R\$ 125,91 per capita e São Paulo um valor muito próximo, de R\$ 126,43. Entretanto o Rio Grande do Norte tem um IDH de 0,705 e uma cobertura de planos privados de 10,3% da população; e São Paulo tem um IDH de 0,820 e uma cobertura privada de 37,8% da população. (CONASS, 2006).

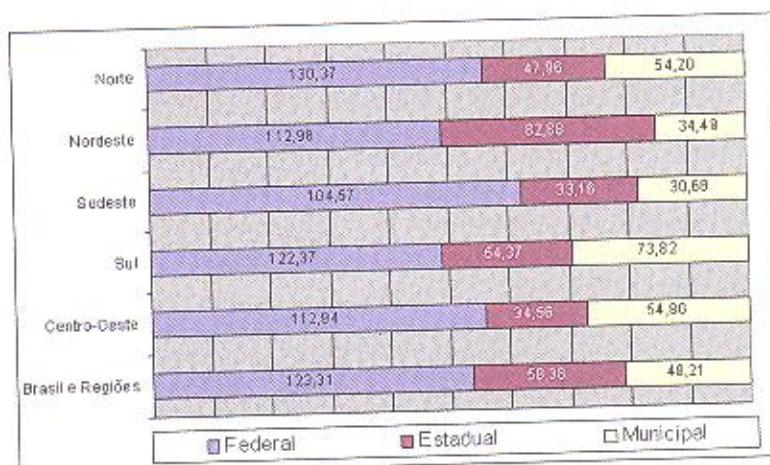
Portanto, este conhecimento das formas de distribuição de recursos federais entre as regiões e estados do País, é requisito fundamental para novas propostas de novos critérios alocativos para os municípios, que possam alcançar uma maior equidade na distribuição com o objetivo de favorecer aqueles com maiores necessidades em saúde.

Quadro 4. Recursos federais para a saúde por Região – Brasil, 2000

REGIÃO	VALOR PER CAPITA R\$	COMPARATIVO COM MÉDIA BR
NORTE	45,17	MENOS 17,53%
NORDESTE	55,95	MENOS 6,75%
SUDESTE	68,70	MAIS 6%
SUL	68,14	MAIS 5,44%
CENTRO-OESTE	59,96	MENOS 2,74 %

Ponte: SIOPS, apud Carvalho, 2005

Figura 1 - Distribuição do gasto público com saúde por instância de governo, em valores per capita, Brasil segundo Regiões, 2001



Ponte: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SR e Fundo Nacional de Saúde - FNS (Gasto Federal).

Quadro 5. Gastos públicos federais com saúde em 2003

GASTOS	2002 - R\$ (Bi)	2003 - R\$ (Bi)
Básico	3,86	4,4
MAC	10,46	11,6
Extra-teto	2,35	2,62
Total	16,68	18,93
Per Capita - Brasil	95,53	107,33
Per Capita - Mato Grosso	PA - 71,19	AP - 78,96
Per Capita - Maior	SP - 106,46	SP - 113,02

Ponte: SIOPS, apud Carvalho, 2005

O CONASS já apresentou por meio do manifesto nº 6, uma proposta referente à redução das desigualdades regionais, assim expressa:

O financiamento do SUS, na perspectiva da eqüidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloque os recursos financeiros entre os estados e entre os municípios de cada estado, a partir de um valor per capita ajustado por estrutura etária, gênero, necessidades de saúde e que leve em consideração a oferta de serviços.

Paralelamente ao processo de redistribuição eqüitativa dos recursos federais de custeio devem ser implementados programas de investimentos, por meio de Planos Diretores de Investimentos (PDI), para equilibrar interregionalmente a oferta dos serviços de saúde, além de uma política de recursos humanos, voltada a fixação de profissionais.

Esse conjunto de ações articuladas deve ter como objetivo a redução das desigualdades regionais.

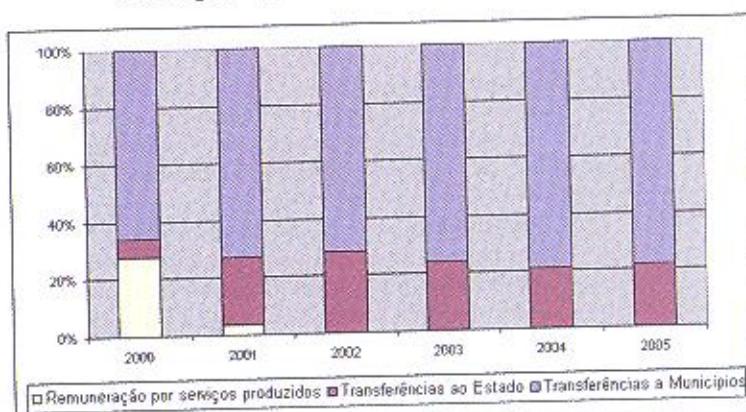
Essa, portanto, é a oportunidade que se vislumbra para a implantação dessa proposta, uma vez que definidos os critérios que identifiquem as diferentes necessidades das populações dos municípios, a metodologia apropriada servirá de referência para a programação dos recursos financeiros, os quais poderão ser feitos no próprio sistema de programação pactuada e integrada – PPI, que hoje deixou de ser um instrumento somente de alocação de recursos federais e abre a oportunidade de programação da parcela dos estados e municípios, possibilitando assim, a visualização da totalidade, nas três esferas, dos recursos que serão destinados ao custeio de ações de atenção à saúde.

1.1 FINANCIAMENTO FEDERAL DO SUS PARA O ESTADO DE GOIÁS

Até o ano de 2000, a maior parcela dos recursos federais destinados ao estado de Goiás para o custeio da assistência à saúde no SUS era transferida diretamente do Ministério da Saúde aos prestadores de serviços, por meio de remuneração dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados e processados nos Sistemas SIA/SUS e SIH/SUS.

Mesmo com os critérios de habilitação propostos pela NOB 96, em especial a GPSM municipal, que permitia a transferência dos recursos federais fundo a fundo aos entes federados aderidos a este processo, o que se observou na prática foi a continuidade das remunerações diretamente aos prestadores, como já mencionado. Essa situação se desloca até os anos finais da década de 90, quando, a partir de então, com a implantação da NOAS e a consequente habilitação do estado de Goiás em gestão plena do sistema estadual (GPSE), esses recursos passam a ser transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual (parcela referente aos municípios em GPAB) e fundos municipais de saúde (esses correspondentes ao valor do PAB e o valor do teto MAC, condicionado GPSM).

Figura 2 - Recursos federais despendidos para o custeio da atenção à saúde no SUS - Goiás, por tipo de transferência, 2000 - 2005



Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde.

Quadro 6. Recursos federais - transferências para o custeio da atenção à saúde no SUS. Goiás, 2000 – 2005

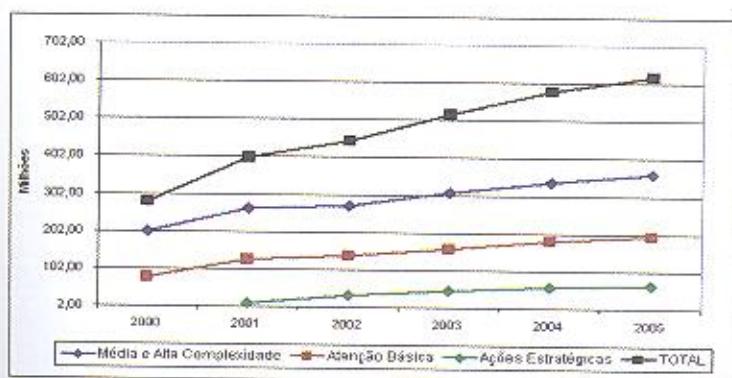
Período	Média e Alta Complexidade	Atenção Básica	Ações Estratégicas	TOTAL
2000	199.901.977,68	79.642.927,07	-	279.544.904,75
2001	262.588.017,88	127.813.664,53	10.113.895,19	400.515.577,60
2002	273.622.552,16	138.306.820,08	33.322.928,53	445.252.300,77
2003	310.291.110,93	158.965.876,85	47.682.172,33	516.939.160,11
2004	338.928.530,63	181.467.329,45	58.313.528,92	578.709.389,00
2005	359.203.131,23	196.239.201,76	64.664.760,99	620.107.093,98
TOTAL	1.744.535.320,51	882.435.819,74	214.097.285,96	2.841.068.426,21

Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde.

Os recursos federais destinados ao estado de Goiás no período de 2000 a 2005, correspondentes aos recursos para o custeio da atenção básica – PAB, da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC, e das ações estratégicas - FAEC passaram de R\$ 279,5 milhões para R\$ 620,1 milhões.

Com exceção do valor FAEC, que foi instituído a partir de 2001, o maior incremento proporcional no período se deu para o custeio das ações básicas, que passou de R\$ 79,6 milhões para R\$ 196,2 milhões (BRASIL, 2005).

Figura 3 - Transferência de recursos federais para o custeio da atenção à saúde no SUS, Goiás, 2000 a 2005

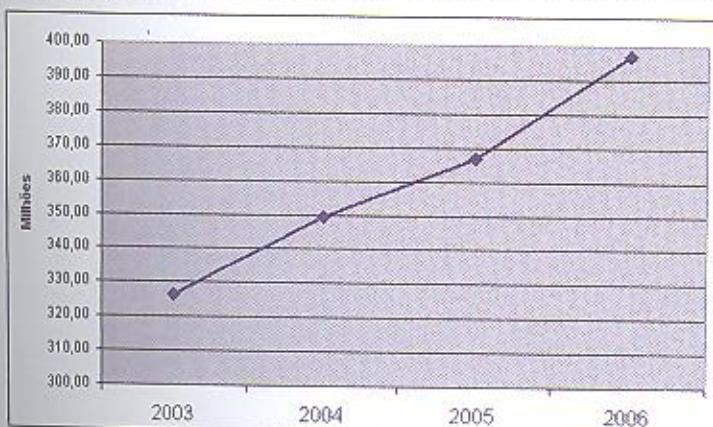


Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde.

O limite de recursos financeiros federais para o custeio do atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, conhecido como teto MAC, com base na competência janeiro de 2003, era de R\$ 293.351.584,92, e em janeiro de 2006, correspondia a R\$ 364.138.348,52, o que representa um incremento percentual de 24,13%, quando comparados estes períodos.

No final do exercício de 2006, o teto MAC em dezembro para Goiás era de R\$ 397.129.762,52, que depois de programados na PPI foram divididos em valores que pertencem à parcela dos municípios em GPSM, transferidos do fundo nacional de saúde para os fundos municipais de saúde; e os que devem ser transferidos para o fundo estadual de saúde (parcela dos municípios em GPAB), os quais ficaram assim distribuídos: R\$ 280.749.866,52 e R\$ 83.979.896,00, respectivamente.

Figura 4 - Evolução do limite financeiro da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), Goiás, 2003 a 2006 (recursos federais)



Fonte: MS/SAS/DERAC/Coordenação de Programação da Assistência.

Quadro 7. Evolução anual dos limites financeiros federais (MAC), segundo competência, Goiás, 2003 a 2006.

COMPETÊNCIA	2003	2004	2005	2006
Janeiro	293.351.584,92	326.402.151,20	349.295.350,45	364.138.348,52
Fevereiro	293.351.584,92	328.659.407,84	349.295.350,45	364.138.348,52
Março	293.351.584,92	328.659.407,84	349.295.350,45	364.138.348,52
Abril	293.351.584,92	328.659.407,84	350.231.411,40	364.138.348,52
Maio	304.270.869,92	344.479.147,28	350.231.411,40	364.729.762,52
Junho	304.270.869,92	346.329.847,80	350.231.411,40	364.729.762,52
Julho	304.270.869,92	349.197.847,80	350.231.411,40	364.729.762,52
Agosto	313.339.420,28	349.197.847,80	354.879.971,40	364.729.762,52
Setembro	321.154.927,88	346.784.380,92	357.761.404,26	364.729.762,52
Outubro	325.071.301,64	347.125.280,76	366.850.008,52	397.129.762,52
Novembro	326.402.151,20	347.125.280,76	366.850.008,52	397.129.762,52
Dezembro	326.402.151,20	349.295.350,45	366.850.008,52	397.129.762,52
Variação (%)	11,27	7,01	5,03	9,06

Fonte: MS/SAS/DERAC/Coordenação de Programação da Assistência.

Quadro 8. Distribuição dos recursos federais do SUS, por tipo de transferência, Goiás, 2006

DESCRÍÇÃO	TOTAL GESTÃO MUNICIPAL	%	TOTAL GESTÃO ESTADUAL	%	TOTAL GERAL ESTADUAL DO DE GOIÁS	%
Transferências Atenção Básica	212.878.964,14	97,35	5.789.260,27	2,65	218.668.224,41	100,00
Transferências MAC	235.410.776,89	67,90	111.285.672,24	32,10	346.696.449,13	100,00
Subtotal	448.289.741,03	79,29	117.074.932,51	20,71	565.364.673,54	100,00
Transferências Ações Estratégicas	55.658.466,33	89,88	6.268.934,75	10,12	61.927.401,08	100,00
TOTAL	503.948.207,36	80,34	123.343.867,26	19,66	627.292.074,62	100,00

Fonte: DATASUS



CAPÍTULO II

CONTEXTO QUEBEQUENSE

2.1 VÍNCULOS COM A REGIONALIZAÇÃO

Uma das características importantes do sistema de saúde quebequense é o seu nível de descentralização de responsabilidades para a esfera regional, em matéria de organização de serviços, alocação de recursos e prestação de contas, bem como para a esfera local, para a oferta de serviços.

A descentralização da organização e da gestão de uma rede de serviços é fruto de longa evolução, nos últimos 35 anos, quando o governo do Québec decidiu dar gradualmente mais responsabilidades, poderes e recursos (financeiros ou outros) às Direções (*Régies*) Regionais (agora Agências de Saúde e de Serviços Sociais, doravante denominadas Agências), que devem prestar contas ao Ministro e à população sobre a sua respectiva região. Aliás, a natureza das relações entre as 3 esferas (ministerial, regional, local) pode ser descrita em torno de três princípios fundamentais:

- **A abordagem por resultados**, ou seja, a adaptação das ações em função das realidades do meio local, mas com o objetivo de encontrar metas de saúde e bem-estar, acessibilidade e qualidade de serviços, acordadas através de pactos;
- **A subsidiariedade**, que visa a tomada de decisão, o mais próximo possível da ação, onde a instância tem condições de melhor avaliar o alcance da ação;
- **A imputabilidade**, que lembra que cada esfera deve prestar conta das suas prioridades e ações, em função das metas

Entre as estratégias básicas para atender esses princípios, a **regionalização na alocação dos recursos financeiros** foi reconhecida como instrumento fundamental para reduzir as inequalities inter-regionais e intra-regionais em matéria de:

- Saude e bem-estar
- Acesso aos serviços
- Distribuição dos recursos.

Portanto, a evolução do processo de distribuição dos recursos está estreitamente vinculada à descentralização das responsabilidades, em direção às regiões. Contudo, as abordagens

e metodologias escolhidas pelo Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais (o Ministério) e pelas Agências, evoluíram muito ao longo desse período, em especial, nos últimos 10 a 15 anos.

2.2 EVOLUÇÃO DO MODO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS

A abordagem de alocação de recursos utilizada no Québec, ao longo dos últimos anos, visa substituir uma abordagem chamada de "paramétrica", que modulava os orçamentos das instituições em função de sua base histórica. O Ministério alocava diretamente os orçamentos das instituições como um todo. Há mais de 10 anos, o processo de alocação das verbas passa por 2 etapas: a 1^a consiste, para o Ministério, em distribuir uma verba orçamentário nacional entre as regiões socioassistenciais, e a 2^a consiste, para as Agências, em distribuir a verba regional entre os prestadores de serviços, principalmente as instituições de saúde.

As grandes mudanças na abordagem de alocação de recursos foram atreladas às grandes tendências instauradas em função de uma ótica de saúde e bem-estar e de um enfoque populacional, que leva em conta necessidades da população e características regionais, bem como de uma gestão da rede por programa. Mais recentemente, novas transformações, na continuidade das orientações adotadas no passado, vêm reforçar a integração dos serviços, com a criação das redes locais de serviços.

Com isso, os modos de alocação de recursos vêm dar suporte à implantação de uma gestão do sistema conforme 9 grandes programas-serviços e 2 programas-apoio. A abordagem gerencial por programa é definida pelo Ministério como:

um conjunto de recursos, coordenado no intuito de alcançar objetivos determinados pelas necessidades da clientela almejada pelo programa em questão. Especifica a organização dos serviços e os recursos para atender as diferentes necessidades da população como um todo, e as necessidades das clientelas diferenciadas, visando a melhoria da saúde e do bem-estar das populações, do acesso e da qualidade dos serviços.¹

A metodologia global anual para a alocação da verba orçamentária às regiões, na sua mais simples expressão, consiste em:

- Definir o marco geral para as despesas em cada programa
- Estabelecer uma despesa esperada por programa, conforme esse marco
- Cotejar essa despesa esperada com a despesa real por região e medir as discrepâncias regionais
- Estabelecer os parâmetros de alocação da verba orçamentária a ser distribuída, no intuito de reduzir as diferenças regionais.²

¹ Trecho de: Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec, 2004. Projeto clínico: marco referencial para as redes locais de serviços de saúde e de serviços sociais.

² Inspirado em Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec., 2006. Novo modo de alocação de recursos 2006-2007.

Obviamente, essa metodologia global pode ser reproduzida num exercício regional entre os territórios de determinada região. No entanto, deve ser adequada, no nível estadual ou regional, em função de diversos parâmetros: a natureza da verba orçamentária a ser distribuída, os tipos de produtores a quem é destinada essa verba, os instrumentos à disposição do Ministério e das Agências para medir as discrepâncias, etc.

Qualquer que seja o método escolhido, deve ter como objetivo reduzir as diferenças entre as regiões, no acesso aos serviços e recursos, haja vista as necessidades da população e os custos diferenciados de produção de serviços nas regiões. A medição das discrepâncias regionais, num enfoque populacional, deve levar em consideração, ao mesmo tempo, os serviços consumidos (expressos em R\$), a população almejada, e um índice comparativo das necessidades, que vem "ponderar" as populações das regiões, em função dessa necessidades diferenciadas. Um dos instrumentos utilizados, tanto no Québec quanto no Outaouais, e que inclui esses componentes, é o **per capita ponderado (PCP)**.

O PCP é a relação entre a despesa para determinado programa, que pode ser ponderada por um índice de custo de produção, e a população regional por programa, ponderada por um índice de necessidades.

A comparação do PCP de uma região com um per capita estadual de referência, para o programa, possibilita avaliar se uma região está com carência ou com superávit de recursos, dada a sua população, tal como ponderada pelo índice de necessidades.

2.3 ESCOLHENDO ÍNDICES DE NECESSIDADES ADEQUADOS ÀS REALIDADES DO PROGRAMA E DO LOCAL

Como frisa Robert Pampalon:

[...] a busca de eqüidade na distribuição de recursos do setor da saúde, entre regiões ou entre municípios, como é o caso no Brasil ou no Québec, passa por um conhecimento profundo das populações envolvidas e, mais especificamente, de suas características demográficas, sociais e sanitárias, na medida em que essa características são determinantes da natureza e do volume de serviços a serem implantados [...] ¹

R. Pampalon foi chamado como pessoa-recurso para este projeto, no componente "eqüidade na alocação de recursos", por conta da sua vasta experiência na pesquisa, na análise e na modelização de indicadores de necessidades das populações e da geografia da saúde no Québec. Seus estudos, no Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais e no Instituto Nacional de Saúde Pública do Québec, geraram numerosas publicações, além do reconhecimento internacional nessa área.

¹ R. Pampalon, 2005. Distribuição eqüitativa dos recursos do setor da saúde entre os municípios do Estado de Goiás, Brasil: reflexões e propostas visando considerar as necessidades da população. Documento de trabalho, 5p.

Tirando os ensinamentos da experiência no Québec, em especial no desenvolvimento de índices de carência, Pampalon nos lembra da importância da estrutura etária, como sendo um dos principais elementos de índices de necessidades:

[...] Das experiências internacionais, na área de alocação de recursos, infere-se certo consenso quanto à oportunidade de se ajustar a população, quer seja regional ou municipal, em função da estrutura etária. De certo, não só determinados programas de saúde almejam explicitamente determinadas faixas etárias na população, os jovens ou os idosos, por exemplo, como ainda, o consumo geral de serviços, e isso foi bastante evidenciado no setor hospitalar [...]!⁴

Resta que, no âmbito de uma abordagem por programa, o indicador de necessidades deve ser elaborado em função dos alvos desse programa. Nesse particular, Pampalon frisa que que:

[...] Qualquer ajuste, quer seja em função da estrutura etária ou qualquer outro parâmetro, deve se fundamentar num processo empírico, cujo objeto será definir com precisão os fatores demográficos, sociais e sanitários que irão modular a busca dos serviços. Esse processo envolve, via de regra, o estudo do consumo de serviços em função das características das clientelas, quer seja da sua idade, sexo, nível de escolaridade ou demais características... Tal processo requer, no entanto, poderosas bases de dados sobre o consumo de serviços [...]!⁵

Desde os primórdios dos trabalhos ministeriais e regionais, no Québec, a escolha dos indicadores de necessidades, para fins de ponderação das populações, foi objeto de vários estudos e análises, por equipes de trabalho, formadas tanto por pesquisadores, profissionais do Ministério e das Agências, como por gestores de serviços. Toda escolha de indicadores decorria de fatores quantitativos e qualitativos. **Além de seu valor métrico e científico, um fator-chave que incide inevitavelmente na escolha dos instrumentos é o nível de consenso que gera nos grupos envolvidos na análise.** A história, nessa área, no Québec e no Outaouais, nos ensina que esse critério é importante quando se quer aplicá-lo concretamente na distribuição de verbas orçamentárias de grande vulto.

O Ministério e as Agências prosseguem, continuamente, as análises sobre os instrumentos de medição das necessidades e os fatores de produção de serviços, no intuito de apurá-los e torná-los mais sólidos. Apesar disso, procura-se manter uma certa continuidade na aplicação da abordagem, ao menos nos últimos 5 anos.

⁴ Pampalon, R. 2005. Op.cit.

⁵ Pampalon, R. 2005. Op.cit.



CAPÍTULO III

OBJETIVOS ALMEJADOS

3.1 LEMBRANDO O OBJETIVO GERAL PRÓPRIO DO COMPONENTE EQUIDADE NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS

• Aumentar a capacidade das quatro regiões piloto e de seus municípios, com vistas a garantir a acessibilidade e a qualidade dos serviços oferecidos às populações alvo, em especial consolidação da equidade entre regiões e entre municípios em termos de acesso aos serviços, em função das necessidades diferenciadas das populações.

3.2 RESULTADOS GERAIS E ESPECÍFICOS ALMEJADOS AO FINAL DO PROJETO

1 - Adaptação dos métodos e dos instrumentos desenvolvidos no Québec e desenvolvimento de um modelo próprio para o estado de Goiás na construção de uma abordagem de alocação de recursos mais equitativa.

2 - Avaliações mais exatas das realidades territoriais, levando em consideração os recursos existentes, os movimentos de clientela, as populações atendidas e as necessidades diferenciadas das populações.

3 - Fornecimento de ferramentas de medição das diferenças interregionais e intermunicipais, em matéria de acesso aos serviços e de distribuição dos recursos financeiros, assim como de instrumentos de alocação de recursos financeiros para os três níveis de serviços em função das necessidades diferenciadas da população.

3.3 PROCESSO DE TRABALHO ESCOLHIDO

Apesar da pertinência dos resultados almejados, tivemos que ajustar o processo de trabalho, em função das novas realidades, surgidas ao longo do período de 2005 a 2007. Esses ajustes acabaram alterando determinados produtos. Foi, sem dúvida, o caso do anúncio do novo Pacto pela Saúde pelo governo brasileiro, e a sua aplicação já em novembro de 2006. Os trabalhos relacionados com essa proposta souberam mobilizar as equipes da SPLAN que, sem isso, teriam realizado as últimas análises e participado das discussões com seus parceiros municipais e regionais, dentro do cronograma previsto pelo plano de trabalho inicial.

Contudo, está certo que a instauração do Pacto pela Saúde terá efeitos proveitosos em curto e médio prazos, no tocante aos trabalhos com as instâncias regionais e municipais, em matéria de redução das discrepâncias regionais constatadas.

Outro fenômeno a influenciar a realização dos trabalhos previstos foi a rotação nas equipes brasileira e quebequense. Foram necessários alguns ajustes, no meio do caminho, para consolidar ambas as equipes.

Objetivo específico	Resultados esperados	Estratégias almejadas
<p>Revisão da literatura brasileira e internacional;</p> <p>Análise crítica das ferramentas utilizadas no Brasil e no Quebec;</p> <p>Preparação de uma matriz de análise comparativa (encontro técnico das equipes brasileiras e quebecenses)</p>	<p>Seleção de critérios para o desenvolvimento de um modelo adaptado à realidade do Estado de Goiás integrando os serviços de baixa, média e alta complexidade (ambulatoriais e hospitalares).</p>	<p>Trocas frequentes de informações entre parceiros Québec/Goiás;</p> <p>Encontros locais para combinar uma abordagem consensual.</p>
<p>Desenvolvimento de ferramentas de diferenciação das necessidades em função de critérios identificados;</p> <p>Aplicação da ferramenta para calcular um per capita ponderado;</p> <p>Simulações da alocação pelo per capita ponderado com uma verba fictícia;</p> <p>Análise das primeiras produções de um relatório de eqüidade e do impacto de uma alocação</p> <p>Validação das possibilidades de utilização para os três níveis de serviços.</p>	<p>Definição de um modelo básico de alocação de recursos que integre os indicadores escolhidos e adaptados à realidade do Estado de Goiás (regiões e municípios) através de instrumento de informática e integrado, na medida do possível, nas programações de saúde.</p>	<p>Estabelecer um quadro de análise a partir de regiões que tenham uma oferta de serviços importante;</p> <p>Priorizar a utilização de indicadores de necessidades que ofereçam a melhor medição das necessidades de saúde.</p>
<p>Produção de um relatório sobre a situação atual das diferenças intermunicipais e objetivos de redução das iniquidades;</p> <p>Encontros com os diretores regionais e os secretários municipais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apropriação dos resultados • Conscientização da necessidade de reduzir as desigualdades • Consenso sobre o potencial do modelo para reduzir as desigualdades <p>Roteiros de utilização do modelo em áreas específicas em 2007-2008,</p>	<p>Relatório geral da eqüidade inter-regional e intermunicipal validado com os parceiros locais e regionais, e consenso sobre a proposta de utilização dos relatórios da eqüidade nas 4 regiões pilotos;</p> <p>Estabelecimento de um consenso em torno das possibilidades de integração dos instrumentos de alocação no SisPPI.</p>	<p>Realização de seminários conjuntos (SES / COSEMS / CRS / CMS / MS) para apresentação e sensibilização quanto à viabilidade da proposta;</p> <p>Envolvimento das lideranças municipais e regionais no processo de sensibilização à proposta;</p> <p>Buscar apoio junto a Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno (Ride) para adesão à proposta;</p> <p>Discussão da proposta com os membros dos Colegiados de Gestão Regional.</p>

Produtos	Etapas de trabalho	Prazo
Seleção dos critérios para o desenvolvimento de um modelo adequado à realidade do Estado de Goiás	<p>Retrato atualizado dos modos de alocação utilizados na SESGO, no MSSS e na região do Oeste; Levantamento, na literatura brasileira, sobre os modos utilizados em outros Estados;</p> <p>Análise crítica dos instrumentos utilizados no Brasil e no Quebec;</p> <p>Encontro técnico das equipes brasileira e canadense para analisar os resultados.</p>	Março - Junho de 2006
Desenvolvimento de um modelo básico através do equacionamento das necessidades diferenciadas conforme os territórios (micro-regiões e municípios) na alocação dos recursos (instrumentos de diferenciação das necessidades e aplicação dos instrumentos para o cálculo de um per capita ponderado)	<p>Definição de parâmetros para a seleção dos instrumentos;</p> <p>Análise da pertinência dos modelos disponíveis;</p> <p>Simulações com os instrumentos propostos;</p> <p>Análise das primeiras produções.</p>	Julho-setembro de 2006
Produção de um primeiro retrato geral das discrepâncias regionais e intra-regionais, pela SIS-GO.	<p>Simulações da aplicação do modelo em todos os municípios, conforme os níveis de serviços e conforme modalidades territoriais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento básico; • Atendimento de média complexidade; • Atendimento de alta complexidade. <p>Comparações intermunicipais sobre o consumo e a produção dos serviços;</p> <p>Atualização do retrato das ferramentas e do processo utilizado no Quebec e análise pela ótica das necessidades brasileiras;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dados financeiros e desempenho dos Centros Hospitalares (CH) • Utilização dos Grupos Relacionados do Diagnóstico (DRG's) e Nível de Intensidade Relativa dos Recursos Utilizados (NIRRUs) 	Setembro-dezembro de 2006
Validação do retrato e das ferramentas pelos parceiros locais, regionais e de outros estados e consenso sobre a proposição de utilização dos retratos para fins de alocação de recursos.	Ajuste das análises em função das últimas discussões	Janeiro-maio de 2007
	<p>Preparação dos encontros com os diretores das regiões escolas a respeito da aplicação potencial dos instrumentos desenvolvidos;</p> <p>Primeiros encontros dos comitês pretendidos e apresentação da metodologia e dos instrumentos</p> <p>Entendimento com parceiros a respeito das análises a serem produzidas, da utilização dos instrumentos e do processo de melhoria dos mesmos.</p> <p>Produção e apresentação de um relatório sobre os trabalhos, os resultados e a sua utilização.</p>	Junho-outubro de 2007



CAPÍTULO IV

REVISÃO DA LITERATURA

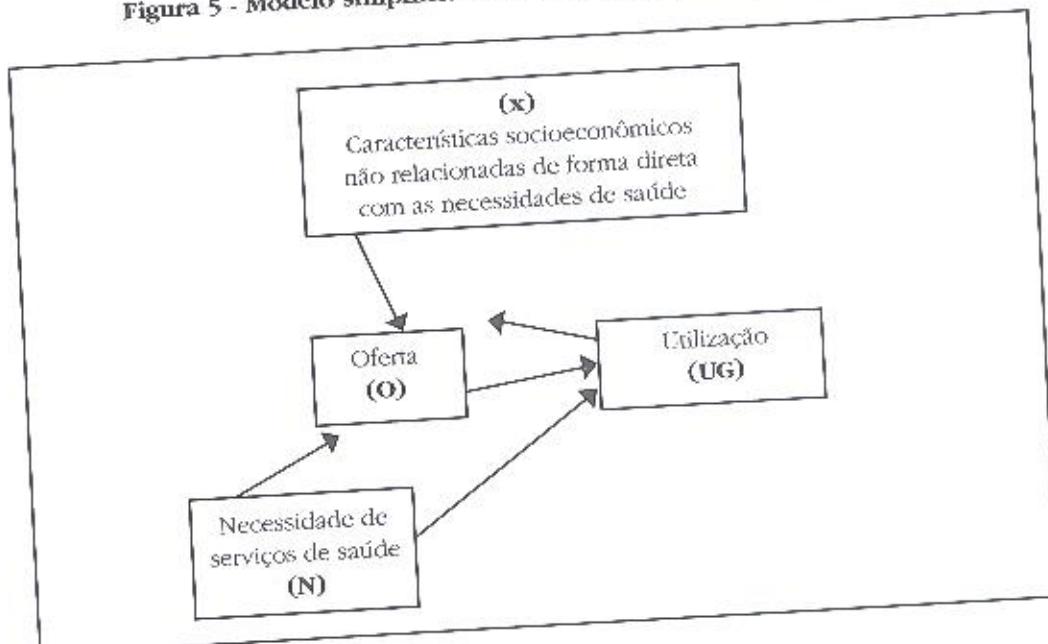
O primeiro passo dado no início desse trabalho, foi explorar na literatura experiências já realizadas na distribuição de recursos inter-regional destinados à saúde, analisando os critérios adotados, cujo objetivo é a busca da eqüidade.

Observou-se que vários países desenvolvidos, como por exemplo, Bélgica, Austrália, Canadá, Espanha e Itália, já apresentavam essa preocupação em desenvolver metodologias que propiciassem alocações de recursos pautadas nesses critérios.

Viu-se que a primeira proposta surgiu na Inglaterra, em 1975, e apresentou grande relevância para essa vertente, pois, apesar de ter sido a experiência mais prolongada, suscitou inicialmente, grandes discussões quanto à forma distributiva de recursos. Esta foi desenvolvida através de uma fórmula de alocação regional de recursos, conhecida como RAWP (Ressource Allocation Working Party). Esta fórmula, construída em três etapas (i - estrutura demográfica de cada região; ii - correção das diferenças de necessidades, utilizando como *Proxy* a taxa de mortalidade padronizada e; iii - ajuste feito em relação aos custos de provimento dos serviços de saúde), definiu critérios que refletiu as necessidades da população em substituição daqueles que vinham sendo adotados, os quais eram baseados na oferta, na demanda e na utilização histórica.

A principal crítica à proposta original da fórmula RAWP refere-se à utilização da mortalidade como *Proxy* de necessidade, uma vez que a mesma não reflete variações nas morbidades associadas com as condições socioeconômicas. Em 1985 foi feita uma revisão do RAWP, onde procurou promover alterações, que ficaram conhecidas como "fórmula de captação ponderada", mas apesar dessas reformulações, foram mantidas as principais características da anterior. Porém em 1994, Carr-Hill et al. propuseram uma distribuição inter-regional dos recursos financeiros, com base em um modelo de demanda de serviços de saúde onde a utilização desses é empregada como *Proxy* de necessidade.

Figura 5 - Modelo simplificado de demanda de serviços de saúde



Fonte: Carr-Hill et al., 1994

Os principais resultados do estudo de Carr-Hill et al. mostraram que, além das taxas de mortalidade padronizadas, existem outros indicadores relevantes para medir necessidades, como por exemplo, a morbidade auto avaliada, além de fatores socioeconômicos. Atualmente, a fórmula RAWP não é mais aplicada como critério alocativo na Inglaterra.

Também a Itália, a partir de 1980, com a implantação do sistema nacional de saúde, onde se passou para um sistema público universal, unificado e descentralizado em favor dos "Enti locali" (municípios), fez várias tentativas no sentido de elaborar um método de distribuir recursos entre as suas regiões de forma eqüitativa.

Entretanto somente em 1996, estabeleceu-se um novo método, parecido ao inglês, em substituição ao adotado em 1992, cuja forma de capitação era simples, e que a partir de então seria considerado também o tamanho populacional, a estrutura demográfica e medidas de necessidade em saúde (taxas de mortalidades padronizadas para os indivíduos com menos de 75 anos, indicadores epidemiológicos e indicadores específicos de determinadas localidades). A estimativa dos recursos a serem distribuídos do governo central para cada localidade é realizada separadamente para cada tipo de cuidado e depois somada.

Já na Espanha, a reforma sanitária, cujo processo teve seu início no final da década de 70, foi consolidada em 1986, na *Ley General de la Sanidad (LGS)*, a qual em consonância com o estabelecido na Constituição de 1978, que dá direito a todo cidadão à proteção à saúde, foi criado o *Servicio Nacional de Salud (SNS)*, cujo financiamento seria proveniente

de recursos gerais do Estado, da necessidade de integração das diferentes redes assistenciais existentes e da transferência gradual de sua gestão às Comunidades Autónomas (CCAA), tendo como princípios norteadores, a universalidade, a eqüidade (cabe destacar, que este princípio ainda não havia sido reconhecido explicitamente na legislação espanhola), a solidariedade, a participação e o controle comunitário.

A LGS previu um período de dez anos (correções anuais de 10%), para ajustar a diferença observada entre o gasto histórico dos serviços transferidos e o total dos recursos calculados a partir do novo critério per capita adotado, o qual recebeu muitas críticas. E foi baseando-se nas críticas efetuadas e ainda buscando o objetivo maior que era a implementação de política de redistribuição de acordo com os princípios do SNS, em especial no que se refere à eqüidade, que foram elaboradas propostas alternativas mais apropriadas, com base no esquema de Carr-Hill, incorporando como *Proxy* de necessidades, variáveis ao quadro de mortalidade e indicadores relativos à oferta de serviços.

No Canadá, de um modo geral, os recursos federais são alocados segundo critérios per capita para cada uma das províncias, que por sua vez, distribuem os recursos para as autoridades regionais, segundo seus próprios critérios de alocação.

Entretanto, na província do Québec, desenvolveu-se uma experiência inovadora pelo Departamento de Saúde e Serviços Sociais, a partir de 1990, que consistiu em uma abordagem integrada de desenvolvimento de indicadores relacionados às necessidades, validados para o campo da saúde e dos serviços sociais, os quais servem de base para o desenvolvimento de uma alocação regional dos recursos em prol da promoção da eqüidade. Para tanto, buscou-se várias fontes de informação as quais foram compatibilizadas.

Sabe-se que em termos ideais, o conceito de necessidade se refere à distância existente entre o estado atual ou real de saúde e bem estar de um determinado grupo populacional e um estado ótimo de saúde e bem estar definido normativamente. (Machado et al., 2003)

Segundo Pampalon et al. (1996), a determinação da necessidade, foi tomada pela distância entre o nível de saúde da população da região do Québec e a do país como um todo.

A partir da determinação da necessidade da população quebecense, quase todos os serviços de saúde e sociais foram subdivididos em setores, alguns considerados amplos, que correspondem a uma população alvo, como saúde pública, física e mental, e outros bem específicos relacionados a diferentes serviços ou atividades específicas, como portadores de deficiência, alcoolismo e abuso de drogas, onde foram aplicadas as fórmulas resultantes de alocação de recursos proposta de acordo com os índices de necessidades encontrados.

No Brasil, a discussão sobre a eqüidade na alocação de recursos é recente, apesar de a questão estar proposta tanto na Constituição Federal de 1988, como nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS. Mas alguns trabalhos já foram apresentados, onde se busca garantir a efetividade do princípio da eqüidade quando da distribuição de recursos na área da saúde.

BIE
Prof. Edna Galvão

Porto et al (2001) desenvolveu uma fórmula de alocação de recursos federais de saúde, onde são destinados somente os recursos disponíveis para custeio, analisando-se separadamente os serviços hospitalares e ambulatoriais, discriminando os serviços hospitalares de curta permanência, de longa permanência, psiquiátricas, de reabilitação e obstétricos, não se levando em consideração os recursos de investimento.

Inicialmente os autores empregaram a metodologia desenvolvida por Carr-Hill et al (1994) para mensurar a necessidade de cuidados, entretanto, esta não se mostrou eficiente e nem a mais adequada para o Brasil. De acordo com Porto (2001), a aplicação do método inglês, segundo o qual as necessidades são estimadas a partir do uso de serviços de saúde, apresenta sérias limitações:

...[...] os modelos obtidos, ainda que ajustados pela oferta mostraram-se pouco consistentes e inadequados para a finalidade de alocação de recursos. Os efeitos das marcadas desigualdades sociais existentes no uso de serviços de saúde no País não foram suficientemente eliminados, sugerindo os resultados que, além das desigualdades na oferta, existem outras barreiras no acesso aos serviços de saúde no país.

Os autores sugeriram um método alternativo para composição de um fator de necessidade em saúde para o Brasil, o qual consistiu na construção de um indicador composto a partir de variáveis socioeconômicas e epidemiológicas. Este índice de necessidade foi obtido a partir da média ponderada desses fatores.

Também Heimann (2002), desenvolveu outra linha de estudo, a qual propôs a criação de um fator de eqüidade calculado com base em índices chamados de Condições de Vida e Saúde (ICVS) e Respostas do Sistema de Saúde (IRSS). O ICVS é composto pela média aritmética de cinco indicadores: biológico, renda, habitação, educação e oferta dos serviços, os quais também são obtidos a partir da média aritmética das respectivas variáveis que o compõe. Já o IRSS é composto por um conjunto de indicadores que medem os resultados das ações dos serviços e do sistema de saúde. Segundo os autores, as medidas que melhor representam esses resultados são os indicadores de mortalidade por causas evitáveis. A soma do ICVS e IRSS fornece um fator de eqüidade que é utilizado para alocar os recursos financeiros do SUS.

O estado de Minas Gerais, também avançou nesta discussão. Inicialmente, tendo como base a metodologia de Porto et al (2001), foi desenvolvida por Machado et al (2003) uma fórmula de alocação equitativa de recursos para atenção básica entre as microrregiões e municípios de Minas Gerais. Neste sentido, foi construído um indicador de necessidade de cuidados para a saúde, que serviria para alocar recursos provenientes do Piso de Atenção Básica (PAB).

Posteriormente, Minas Gerais também elaborou outra proposta de metodologia de alocação equitativa de recursos, em conjunto com o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) da Universidade Federal de Minas Gerais e Fundação João Pinheiro (FJP).

Segundo Viegas et al. (2004), este método consiste numa distribuição per capita de recursos financeiros para os municípios mineiros, ajustada, inicialmente, segundo as diferenças na utilização de serviços decorrentes da estrutura etária e de sexo e, num segundo momento, considerando as diferenças na necessidade de cuidados com a saúde, mensurada a partir da construção de um índice elaborado para todos os municípios do estado. Trata-se de um indicador composto por um conjunto de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas que permite classificar os municípios segundo uma escala crescente de necessidade em saúde.

Dante desse estudo na literatura a cerca do assunto eqüidade na alocação dos recursos financeiros em saúde, podemos afirmar que a metodologia aplicada na Inglaterra (RAWP) foi um importante instrumento para impulsionar o processo de discussão e dimensionar as necessidades relativas em uma população com desigualdades.

Entretanto, para aplicação no Brasil, onde as desigualdades se apresentam de forma mais significativas que em outros países onde a metodologia já foi implementada, fez-se necessário algumas adaptações, principalmente no que tange a precariedade na obtenção dos dados que se refere à utilização dos serviços de saúde ambulatoriais, uma vez que há deficiências no registro dessas informações.



CAPÍTULO V

METODOLOGIA

5.1 PROPOSTA DE INDICADOR DE NECESSIDADES E DE ROTEIROS DE ALOCAÇÃO EQÜITATIVA DOS RECURSOS HOSPITALARES ENTRE OS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS, BRASIL⁶

Da leitura das seções anteriores, infere-se que a escolha de um indicador de necessidades, para ponderar as populações no cálculo de um **Per capita ponderado** (PCP), se baseia numa análise apurada das estatísticas de consumo de serviços, por idade e sexo, em nível Estadual, no retrato de saúde dos municípios do Estado, que deve ser completado até o final de 2006, bem como no balanço do consumo de serviços, com base no município de residência das pessoas.

À luz do levantamento na literatura brasileira sobre os indicadores de necessidades apresentado anteriormente, a equipe de projeto conseguiu realizar algumas análises, levando-a a propor um indicador de necessidades e testar a sua utilização, a partir de diversas simulações de alocação de recursos financeiros, entre municípios do estado de Goiás. Os resultados do exercício tratavam inicialmente dos recursos hospitalares de média complexidade, não abrangendo a totalidade dos serviços de saúde. Visava exemplificar o processo em geral, as premissas e os instrumentos na base de uma reflexão e de uma tomada de decisão, almejando uma distribuição dos recursos disponíveis, entre os municípios. Foram analisadas variações na escala dos 44 municípios das 4 regiões pilotos de Goiás.

5.1.1. Um indicador de necessidades

A noção de indicador de necessidades remete essencialmente às características sanitárias e sociais da população que podem ter uma influência sobre a demanda de serviços. No caso dos serviços hospitalares, as características que se costuma observar são as estruturas etária e de sexo da população, assim como um índice compósito, que combina dados sobre a saúde e as condições socioeconômicas da população. Tais características são utilizadas na Inglaterra, em muitos outros países, e foram objeto de uma recente proposta no Estado de Minas Gerais, Brasil. Para essas características se tornarem indicadores pertinentes com fins de alocação de recursos, cabe, no entanto, estabelecer seu *equivalente-recursos*, isto é o montante de dinheiro associado às suas variações. Esse *equivalente-recursos* costuma ser estabelecido com base na situação observada no conjunto do país, ou do Estado, que se torna então valor de referência, ou seja, o valor que será aplicado às características das populações municipais ou regionais. Para o estado de Goiás, foi possível estabelecer um *equivalente-recursos* para a estrutura etária da população, mas

⁶Robert Pampalon, Michel Cardinal e André Lassier, junho de 2006.

não para o índice socioeconômico. Para este, far-se-á a hipótese de que seu *equivalente recursos* varia de forma linear, isto é, que uma variação de 10% do índice corresponde a um aumento ou a uma diminuição da mesma ordem em termos de recursos.

No plano formal, introduzir um indicador de necessidades significa ajustar (ou corrigir) a população de cada município para levar em conta sua estrutura etária e suas condições sanitárias e sociais. Fala-se então de **população ajustada pelas necessidades**. São os seguintes os termos do cálculo:

$$\text{PopN}_m = \left[\sum_i \text{pop}_i^m \times \text{IC}_i \right] \times \text{ISE}_m$$

Estrutura etária	condições socioeconômicas
---------------------	------------------------------

PopN = População corrigida pelas Necessidades

m = subscrito de município

pop = População *atual (a mais recente)*

i = subscrito de idade

IC = Índice de custo para Estado de Goiás

ISE = Índice de condições socioeconômicas

Para corrigir a população de cada município em função de sua estrutura etária e de seu *equivalente recursos*, recorreu-se a um índice de custo médio das internações de média complexidade para o conjunto do estado de Goiás. Esse índice corresponde à razão do custo médio de cada faixa etária pelo custo médio total. No exemplo a seguir, o índice passa de 4,28 na faixa de até um ano de idade para 0,24 na faixa 5-14 anos, e sobe de novo até 4,07 na faixa acima de 65 anos. Para obter a população municipal ajustada pela estrutura de idade, soma-se a população de cada faixa etária multiplicada por esse índice. No exemplo a seguir, constata-se que esse ajuste fez passar a população de Abadiânia de 12.284 pessoas (em 2004) para 13.188. Isso significa que esse município, por causa da estrutura etária da sua população, deveria beneficiar-se com cerca de 7% a mais de recursos.

Município	<1a	1-4a	5-14a	15-24a	25-34a	35-44a	45-54a	55-64a	65e+a	Total
TAXA POR REGIÃO	<1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	60 +	TOTAL
PIRENEUS	303,01	27,40	7,59	24,44	34,60	39,80	60,70	87,38	171,20	44,75
NORDESTE	47,48	23,27	4,34	24,01	24,45	15,82	19,20	49,05	84,84	22,77
ENTORNO SUL	14,71	6,09	2,23	6,17	8,10	7,70	10,88	22,22	24,10	7,37
ENTORNO NORTE	42,06	10,72	3,64	23,42	32,74	30,82	29,06	35,78	58,48	22,69
ESTADO DE GOIÁS	166,86	26,27	9,31	24,88	30,58	34,80	54,32	85,34	158,50	38,99
Índice de coût par âge	4,28	0,67	0,24	0,64	0,78	0,89	1,39	2,19	4,07	1,00
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
620010 Abadiânia, população	243	1 053	2 333	2 308	2 134	1 533	1 112	833	735	12 284
População corrigida para estrutura de idade	1040	715	557	1479	1674	1368	1549	1823	2988	13188
										índice = 1,07

Além da estrutura etária, outras características da população podem influenciar a demanda de serviços hospitalares. Para verificar esse fato, efetuamos uma análise dos indicadores produzidos no âmbito do Retrato de saúde. Esses indicadores contemplam os determinantes da saúde, a situação de saúde e certos aspectos da atividade hospitalar. Nesse estudo, quisemos conhecer melhor os grandes padrões de variação desses indicadores na escala dos 44 municípios das 4 regiões piloto. Para tanto, realizamos várias análises de componentes principais (análises fatoriais). A primeira análise envolveu 15 indicadores, a segunda, 8 (só foram considerados indicadores para os quais havia dados disponíveis para os 44 municípios). Essas análises permitiram identificar a presença de três componentes principais: o primeiro relacionado com as condições socioeconômicas, o segundo com a esperança de vida e o último com a atividade hospitalar. Por fim, efetuamos uma última análise fatorial com os três principais indicadores associados com o primeiro componente das análises anteriores, isto é, a proporção de pessoas com menos de 4 anos de escolaridade, a renda média per capita e a proporção de mães adolescentes. Como se constata na tabela abaixo, esses três indicadores estão estreitamente relacionados com o componente (as saturações indicam o nível de correlação entre cada indicador e o componente), enquanto são, sobre tudo, os valores de escolaridade e de renda que

Fator 1: Cond. socioeconômicas	Saturações
1- Proporção de Mães Adolescentes	+ 0,79
2- Proporção da População Com Menos de 4 Anos de Escolaridade	+ 0,91
3- Renda Per Capita	- 0,92

A análise dos componentes principais resulta numa nota fatorial que representa o valor de cada componente em cada município. A nota fatorial do primeiro componente acima foi proposta como índice das condições socioeconômicas de cada um dos 44 municípios das 4 regiões piloto. Foi introduzida no cálculo da população municipal ajustada pelas necessidades, além da estrutura etária, conforme a fórmula algébrica apresentada anteriormente.

Na seqüência, esse índice foi correlacionado com o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) proposto pelas Nações Unidas e calculado ao nível dos Estados e Municípios do Brasil, pelo Ministério da Saúde. Esse índice combina três medições: a expectativa de vida ao nascer, um indicador que traduz simultaneamente a taxa de alfabetização e a taxa de escolaridade baixa, e a renda per capita. Para calcular a esperança de vida ao nascer, o IDH agrupa vários municípios com vistas a produzir estimativas fidedignas. A correlação entre nosso indicador de condições socioeconômicas e o IDH estabeleceu-se em - 0,91 ($p < 0,0001$) para os 44 municípios das 4 regiões pilotos. Conclui-se, portanto que o IDH reflete muito fielmente as variações socioeconômicas entre municípios.

Resolvemos escolher, portanto, o IDH como índice das condições socioeconômicas na fórmula da população ajustada pelas necessidades, primeiro porque reflete muito nitidamente essas condições, mas também porque constitui um índice muito conhecido e utilizado por muitos organismos. Com vistas a dar ao IDH a mesma forma do que àquele que traduz a estrutura etária (quanto mais elevado o índice, maiores as necessidades), utiliza-se a seguinte fórmula para o cálculo do índice de necessidades:

$$\text{O índice de necessidades ligadas ao IDH} = \\ [1 / (\text{IDH municipal} / \text{IDH do Estado de Goiás})].$$

O resultado do ajuste das populações municipais, equacionando a sua estrutura etária e suas condições socioeconômicas, está apresentado no quadro 9. A média do índice é igual a 1,00, o que corresponde ao valor para o estado de Goiás. Quando o índice do município é superior a 1,00, o nível de necessidades da população daquele município é superior àquele do estado, e inversamente. Por exemplo, um índice de 1,08 significa que a população daquele município necessita de 8% mais recursos que o residente médio do Estado.

O exame do quadro mostra importantes variações do nível de necessidades da população, tanto em função de sua estrutura etária quanto de suas condições socioeconômicas. No que tange à **estrutura etária**, os residentes dos municípios da região Pireneus distinguem-se daqueles das outras regiões por um elevado nível de necessidades. Os municípios da região Entorno Sul possuem os índices mais baixos. A situação é bem diferente no que diz respeito às **condições socioeconômicas**. Ao passo que os municípios do Entorno Sul ainda mantém os valores mais baixos, os mais elevados pertencem geralmente aos municípios da região Nordeste. Cabe frisar que a maioria dos índices socioeconômicos fica acima de 1,00 nas 4 regiões consideradas.

Ao final, o índice global das necessidades, que integra os efeitos da estrutura etária e das condições socioeconómicas, mostra variações importantes. As duas regiões Pireneus e Nordeste têm necessidades sensivelmente superiores às do estado, a primeira por causa da sua estrutura de idade, a segunda por causas socioeconómicas. Apenas a região Entorno Sul tem necessidades inferiores à da média do estado, sobre tudo em função da estrutura etária da sua população. Na escala do município, o nível de necessidade varia de 1,20 (Mimoso de Goiás e Cavalcante) para 0,88 (Cidade Ocidental). Dessa forma, o fato de levar em conta as necessidades da população traz variações da ordem de 33% entre os municípios mais e menos necessitados.

5.1.2 Eqüidade na divisão dos recursos e roteiros de alocação

O índice global de necessidades constitui elemento fundamental a ser considerado para se estabelecer a eqüidade na distribuição dos recursos. No entanto, uma fórmula como o PCP equaciona ao mesmo tempo, a soma dos recursos utilizados pela população desses municípios (ou regiões) e o nível geral de necessidades dessa população.

No quadro 10, encontram-se os elementos necessários para efetuar esse cálculo da eqüidade nos serviços hospitalares. A primeira coluna indica, em R\$, a totalidade dos serviços hospitalares de média complexidade consumida pela população residente de cada município, independente do município onde os serviços foram prestados. Dividindo esse valor pela população de cada município (coluna 2), obtém-se **um per capita bruto**, ou seja, o montante que cada residente consumiu, na média (coluna 3). Podem ser observadas discrepâncias significativas. Dividindo os mesmos valores consumidos pela população ajustada pelas necessidades (coluna 4), as diferenças diminuem um pouco, mas permanecem consideráveis. Resumindo, podemos concluir que existem diferenças muito importantes na utilização dos recursos hospitalares entre os municípios (e entre regiões), diferenças essas que não podem ser atribuídas às características demográficas e socioeconómicas das populações envolvidas.

Uma entidade governamental poderia então considerar a opção de equacionar essas discrepâncias nos modos de alocação de recursos. Por exemplo, tal entidade pode considerar a utilização dos orçamentos de desenvolvimento para este fim. Exemplificando essa possibilidade, uma quantia hipotética de desenvolvimento de R\$ 1.000.000,00 seria distribuída entre as 4 regiões pilotos.

Uma primeira opção consiste em dividir esse valor em função da proporção de população de cada município (coluna 6) no conjunto das 4 regiões piloto. Obtemos uma distribuição por per capita bruto (coluna 7). Nessa abordagem, os municípios muito povoados recebem mais que os outros, menos habitados. O mesmo montante pode ser distribuído em função da população ajustada pelas necessidades (coluna 8), para obter um per capita ajustado (coluna 9). As duas abordagens acima trazem um efeito marginal sobre a redução das iniquidades de alocação de recursos. Como os municípios mais povoados costumam ser também os que mais consomem recursos (per capita), não se consegue, com esse tipo de estratégia, modificar o fluxo dos recursos disponíveis.

Outra hipótese consiste em considerar o desvio de PCP conforme as necessidades entre o per capita de cada município e o per capita das 4 regiões como um todo (coluna 10), para depois alocar os novos recursos financeiros apenas aos municípios com déficit de recursos, com relação ao relatório do conjunto das 4 regiões como um todo.

Nessa opção, requerem-se mais de R\$ 8 000 000 para eliminar as discrepâncias entre as regiões (coluna 11). Já que estão disponíveis apenas 12% ($1\ 000\ 000 / 8\ 241\ 345$) do desvio com relação à média, todas as quantias exigidas em cada município (coluna 11) são levadas para 12% (coluna 12), num total de 1 (um) milhão de reais, nas 4 regiões pilotos. Essa opção reduz a discrepância mais rapidamente podendo, porém, acarretar muitos impactos negativos, com municípios sem receber qualquer verba de desenvolvimento.

5.1.3 Discussão

Esse exercício apenas visava dar indicações metodológicas quanto a maneira como conceber novos modos de alocação promovendo a equidade na distribuição dos recursos entre municípios e regiões. Dois elementos aparecem como fundamentais: 1) uma avaliação das necessidades da população; 2) um bom conhecimento dos recursos consumidos pela população, com base no seu local de residência. Colocando em relação esses dois elementos é que se pode tirar conclusões a respeito do estado atual da distribuição dos recursos e das medidas a serem tomadas para corrigir as desigualdades existentes. Cabe também lembrar qualquer retrato da equidade é função da qualidade dos dados disponíveis.

Tais indicações deverão ser adequadas ao contexto da alocação. Se fôssemos estudar, por exemplo, o atendimento ambulatorial, seria preciso rever a avaliação das necessidades (em especial a estrutura de custo por idade) e estabelecer a soma dos recursos utilizados neste setor, com base no local de residência das pessoas. A lógica aqui apresentada permite tanto alocações globais, como alocações muito específicas.

Na medida do possível, os dados de consumo deveriam ser calculados por grupo etário e de sexo, para todos os tipos de consumo de serviços de saúde; um índice global de consumo os somaria, levando em conta substituições sempre presentes entre serviços de saúde.

Quadro 9. População das quatro regiões, ajustadas pelas necessidades de serviços hospitalares.

TABLEAU nº. 1 População de 4 regiões e municípios do estado de Goiás ajustada pelas necessidades em serviços hospitalares

REGIÃO / Município	População	Índice de	População	Índice de	População	Índice	População
	real	necessidades	ajustada	necessidades	ajustada	global	ajustada
	2004	falta etária	pela idade	IDH	IDH	necessidades	idade-IDH
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(8)	(7)
PIRENEUS							
520010 Abadiânia	12 204	1,07	13 188	1,07	13 184	1,15	14 166
520030 Alexânia	21 499	1,04	22 374	1,11	23 870	1,15	24 946
520110 Anápolis	302 822	1,02	309 321	0,98	298 210	1,01	304 810
520485 Campo Limpo de Goiás	5 011	0,98	4 911	1,00	5 011	0,98	4 911
520561 Cocalzinho de Goiás	10 356	0,99	16 202	1,30	18 029	1,08	17 860
520580 Corumbá de Goiás	9 833	1,08	10 471	1,08	10 657	1,15	11 349
520915 Gameleira de Goiás	2 715	1,08	2 946	1,00	2 715	1,08	2 845
620840 Goianápolis	12 063	1,06	11 598	1,13	13 598	1,07	13 051
521205 Jesópolis	2 131	1,09	2 320	1,08	2 244	1,17	2 497
521305 Mimoso de Goiás	2 419	1,06	2 541	1,17	2 927	1,20	2 970
521540 Ouro Verde de Goiás	4 403	1,08	4 681	1,08	4 752	1,14	5 052
521560 Padre Bernardo	23 549	0,99	23 298	1,10	25 921	1,08	25 634
521730 Pirenópolis	21 246	1,06	22 576	1,08	23 122	1,15	24 571
621930 São Francisco de Goiás	6 033	1,07	6 434	1,07	6 448	1,14	6 877
522110 Terezópolis de Goiás	5 732	0,98	5 694	1,10	6 291	1,08	6 249
Total	426 590	1,07	458 525	1,07	467 018	1,10	467 076
NOROESTE							
520060 Alto Paráiso de Goiás	6 988	0,91	6 389	1,05	7 346	0,98	6 718
620480 Campos Belos	17 980	0,95	17 160	1,10	19 707	1,04	18 707
520550 Cavalcante	9 553	0,99	9 471	1,27	12 173	1,20	12 069
520830 Divinópolis de Goiás	5 233	1,00	5 251	1,15	6 010	1,13	8 037
521350 Monte Alegre de Goiás	8 467	1,00	6 444	1,24	8 017	1,19	8 001
521980 São Domingos	9 355	1,03	9 692	1,23	11 505	1,23	11 893
522000 São João d'Alagoa	7 383	1,01	7 451	1,08	7 090	1,08	8 053
522108 Teresina de Goiás	3 078	0,99	3 051	1,15	3 562	1,12	3 523
Total	66 033	0,98	64 889	1,16	76 305	1,14	75 079
ENTORNO SUL							
520026 Águas Lindas de Goiás	140 397	0,86	120 717	1,08	151 950	0,83	130 650
520540 Cida do Oeste	44 936	0,90	40 601	0,98	43 913	0,88	39 831
520620 Cristalina	37 828	0,96	36 390	1,02	38 634	0,98	37 107
521250 Luziânia	108 413	0,92	153 273	1,03	170 815	0,94	157 229
521523 Novo Gama	38 421	0,98	76 366	1,05	90 444	0,92	79 867
521975 Santo Antônio do Descoberto	66 701	0,91	60 785	1,09	73 070	0,99	66 511
522185 Valparaíso de Goiás	110 800	0,89	98 654	0,98	108 152	0,87	96 296
Total	653 078	0,90	598 771	1,04	676 928	0,93	607 381
ENTORNO NORTE							
520917 Água Fria de Goiás	4 667	1,00	4 674	1,12	5 211	1,11	5 219
520980 Alvorada do Norte	7 629	0,89	7 442	1,13	8 605	1,09	8 394
520995 Buritiópolis	3 615	0,96	3 354	1,29	4 546	1,17	4 339
520440 Cabeceiras	6 881	0,98	6 760	1,12	7 683	1,08	7 548
520670 Damião	3 151	1,00	3 150	1,22	3 857	1,18	3 856
520780 Flores de Goiás	8 504	0,92	7 619	1,21	10 276	1,08	9 451
520800 Formosa	86 155	0,95	81 988	1,03	89 142	0,98	84 706
520940 Guaraní de Goiás	4 201	1,01	4 342	1,23	5 291	1,20	5 331
520990 Iaciara	11 596	0,96	11 154	1,10	12 782	1,05	12 206
521270 Mambá	5 202	0,94	4 872	1,20	6 230	1,09	5 843
521460 Nova Roma	3 313	1,06	3 409	1,14	3 786	1,19	3 999
521760 Planaltina	87 304	0,90	78 412	1,07	93 704	0,98	84 160
521830 Posse	28 920	0,94	25 344	1,09	28 381	1,02	27 681
522063 Simolândia	6 480	0,95	6 133	1,18	7 654	1,09	7 244
522070 São José da Academia	2 642	0,97	2 558	1,21	3 198	1,13	3 087
522220 Vila Boa	3 400	0,93	3 218	1,15	3 991	1,05	3 705
Total	271 732	0,94	254 598	1,09	295 335	1,02	278 836

Nota: O índice de necessidades pelo IDH corresponde a 1 / (IDH municipal / IDH do estado de Goiás). Não é conhecido o IDH dos municípios recentemente criados de Gameleira de Goiás e de Campo Limpo de Goiás; valor = 1,00.

Quadro 10 - Simulação de alocação de recursos do setor hospitalar nas quatro regiões e municípios do estado de Goiás

TABLEAU no. 2 Simulação de alocação dos recursos do setor hospitalar em 4 regiões e municípios do estado de Goiás

REGIÃO / Município	Centro hospitalar	População 2004	Porcentagem de uso efetuada pelas necessidades	População por cípita necessidade	Alocação de R\$ 1.000.000						
					População bruta		População investida	Diferença com o que é necessário ajustado			
					R\$	n					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
PIRENEUS											
520010 Acatéia	446.307	12.284	36.25	14.156	31.49	0.008	8.608	0.010	10.061	-3.0782	R\$ 6.833
520320 Alvorada	703.200	21.459	32.71	24.945	28.19	0.015	15.068	0.018	17.731	-7.2934	R\$ 22.046
520110 Areias	17.082.454	302.822	56.41	304.510	56.06	0.212	212.213	0.217	216.511	20.6093	R\$ 17.559
520110 Arcozais											
520445 Campo Limpo de Goiás	28.680	5.011	5.72	4.911	5.84	0.004	3.512	0.003	3.491	-29.6320	R\$ 16.709
520561 Corumbim de Goiás	495.827	18.336	30.31	17.858	27.76	0.011	11.462	0.013	12.894	-7.7704	R\$ 0
520581 Corumbim de Goiás	433.443	9.633	44.08	11.349	38.19	0.007	8.891	0.008	8.068	-2.7798	R\$ 0
520815 Guracá de Goiás	50.014	2.715	11.00	2.946	10.21	0.002	1.523	0.002	2.093	-25.2616	R\$ 9.028
520840 Guracá de Goiás	620.820	12.063	53.12	13.051	49.10	0.008	8.454	0.009	9.276	13.6291	R\$ 0
521205 I Jesuâncio											
521320 Minas do Goiás	93.056	2.419	38.47	2.570	31.33	0.002	1.625	0.002	2.111	-4.1428	R\$ 1.193
521540 Olho Vermelho de Goiás	365.831	23.549	24.03	25.634	22.37	0.017	16.503	0.018	18.220	-12.3994	R\$ 4.177
521560 Peixoto Bernardo	840.961	21.245	39.56	24.51	34.23	0.015	14.868	0.017	17.465	-1.2477	R\$ 0
521730 Pirenópolis											
521990 São Francisco de Goiás	245.966	5.732	46.23	6.249	42.40	0.004	4.517	0.004	4.442	6.9271	R\$ 0
522119 Terezópolis de Goiás	21.625.139	435.028	46.85	454.250	47.71	0.309	305.212	0.322	322.167	-48.7733	R\$ 119.164
Total											
NORDESTE											
520010 Alto Paraiso de Goiás	140.461	6.286	22.11	6.702	20.96	0.005	4.686	0.005	4.763	-14.5941	R\$ 11.613
520160 Campos Belos	610.882	17.980	33.67	18.652	32.75	0.013	12.820	0.013	13.258	-2.7235	R\$ 6.164
520440 Cocalzal	302.239	9.553	31.64	11.510	26.26	0.007	6.838	0.008	8.101	-5.2135	R\$ 12.967
520530 Cavalcante											
520630 Divinópolis de Goiás	167.618	5.233	5.92	5.934	26.25	0.004	3.667	0.004	4.218	-7.2280	R\$ 5.236
521350 Monte Alegre de Goiás	222.883	6.457	34.53	7.698	28.97	0.005	4.525	0.005	5.472	-6.5077	R\$ 6.079
521430 São Domingos	248.390	9.355	36.65	11.482	21.75	0.007	6.588	0.008	6.151	-13.7260	R\$ 19.100
522200 São João da Manta	245.411	7.393	33.20	8.038	30.65	0.005	5.181	0.006	5.693	-4.8272	R\$ 4.680
522108 Terezópolis de Goiás	44.436	3.076	14.45	3.456	12.85	0.002	2.156	0.002	2.459	-22.8280	R\$ 9.498
Total											
ENTORNO SUL											
520225 Águas Lindas de Goiás	4.269.750	140.307	30.41	129.895	32.87	0.096	68.388	0.092	82.327	-2.6020	R\$ 41.011
520249 Colônia Dutra	1.032.221	44.869	22.94	39.607	26.05	0.032	31.527	0.028	26.132	-9.4117	R\$ 45.232
520210 Cristália	948.280	37.638	25.23	37.083	25.95	0.027	26.516	0.026	26.385	-3.9082	R\$ 44.306
521250 Luziânia	6.427.761	166.413	38.63	157.224	45.88	0.117	116.820	0.112	111.752	5.4099	R\$ 0
521523 Novo Gama	1.348.650	86.481	15.60	79.714	16.92	0.081	60.935	0.087	56.659	-19.5542	R\$ 179.464
521675 Santo Antônio do Descoberto	1.849.523	65.761	27.74	65.016	28.02	0.047	46.785	0.047	48.923	-2.4567	R\$ 59.730
522185 Valparaíso de Goiás	1.369.054	110.800	12.36	96.238	14.23	0.076	77.647	0.068	89.404	-2.12475	R\$ 248.117
Total											

(continua...)

TABLEAU no. 2 Simulação de alocação dos recursos do setor hospitalar em 4 regiões e municípios do estado de Goiás (suite)

REGIÃO / Município	Consumo hospitalar	População 2004	Per capita trulio	População ajustada pelas necess.	População bruta	Alocação de R\$ 1.000.000				
						Per capita ajustado	População ajustada	Diferença com o ver. capta. ajustado		
								R\$	R\$	R\$
ENTORNO NORTE										
520017 Águas Fria de Goiás	44.162	4.667	9,46	5.162	8,56	0,003	3.271	0,004	3.689	-26.9178
520160 Alvorada do Norte	554.9154	7.629	46,53	8.286	42,64	0,015	5.346	0,006	5.489	7.3635
520398 Buriti Novo	58.3165	3.1516	19,59	4.115	16,73	0,002	2.463	0,003	2.925	-18.7397
520400 Calcinhaíras	219.305	5.981	31,87	7.466	28,38	0,005	4.822	0,006	5.306	-6.0976
520670 Demônio Novo	100.977	3.151	32,05	3.727	27,05	0,002	2.208	0,003	2.549	-3.3792
520730 Flores de Goiás	242.071	8.532	28,47	9.159	26,40	0,006	5.959	0,007	6.517	-0,0730
520830 Formosa	3.744.590	86.155	43,46	84.611	44,26	0,050	60.376	0,060	60.140	8.7834
520840 Guraci de Goiás	175.552	4.301	26,87	5.147	22,45	0,003	3.014	0,004	3.639	-13.0246
520890 Iaciara	346.611	11.506	23,68	12.189	28,44	0,008	6.126	0,008	7.083	87.0413
5211270 Nambisi	142.924	5.202	27,47	5.691	25,16	0,004	3.645	0,004	4.038	-7.0381
521490 Nova Roma	38.133	3.313	25,60	3.936	22,39	0,002	2.322	0,003	2.758	-10.3170
521760 Pirenópolis	2.183.947	67.304	25,02	83.767	26,07	0,581	61.141	0,060	59.510	-15.0820
521830 Posse	998.653	26.920	37,10	27.487	36,36	0,010	18.865	0,020	19.523	-9.4015
5220580 Simões Filho	211.640	6.480	32,86	7.074	29,92	0,005	4.521	0,005	5.028	-5.5654
522070 Sítio das Almas	28.560	2.648	10,79	2.986	9,54	0,002	1.895	0,002	2.129	-25.0335
522220 Vila Boa	162.443	3.485	46,87	3.641	45,61	0,002	2.429	0,003	2.988	9.1305
Total	9.013.397	271.732	33,32	274.434	32,96	0,190	190.426	0,195	195.053	-2.4839
Totais das 4 regiões	49.937.281	1.428.571	34,97	1.406.302	35,47	1	1.000.000	1	1.000.000	0

Nota: No final do processo de cálculo para o conjunto dos municípios (n=246), as populações ajustadas por município podem ser corrigidas para que sua soma seja igual ao total da população da Goiás. Na tabela, essa correção não foi feita sobre o total das 4 regiões. Tal correção no devem modificar a divisão dos montantes alocados por município.

Alocação de Recursos com Equidade



CAPÍTULO VI

PRIMEIROS RESULTADOS

6.1. ANTECEDENTES

A proposta inicial para utilização dos resultados da vertente Alocação de Recursos com Eqüidade, se concentrou nas quatro regiões piloto definidas no escopo do Projeto de Apoio à Regionalização da Saúde em Goiás - Convênio de Cooperação Técnica Goiás-Québec. Em uma rápida revisão, lembra-se que estas regiões representam uma significativa diversidade em termos de necessidades de saúde: a Nordeste com seus baixos indicadores de desenvolvimento humano e infra-estrutura; a Entorno Norte e Entorno Sul, com suas populações flutuantes, jovens, dividindo a utilização de serviços e recursos com o Distrito Federal e Minas Gerais, e também com pouca infra-estrutura de saúde; finalmente, a região Pireneus, por fazer fronteira com esse bloco, mas, dotada de maior infra-estrutura, tendo Anápolis como polo de referência, além de deter mais acesso e uma população mais idosa.

Assim, tomando como base o indicador global de necessidades, construiu-se um retrato da discrepância das quatro regiões, tendo por referência a situação média de saúde estadual. Munida destas informações, a equipe do projeto definiu algumas estratégias que poderiam ser adotadas para corrigir as desigualdades identificadas. De forma sintética, três foram os caminhos apresentados.

O primeiro trata da aplicação de tal indicador com uma abordagem semelhante à do Otonais/Quêbec, onde, após o ajuste da população de cada município, em cada região, bem como, o levantamento do valor médio real consumido per capita por esta população ajustada, faz-se a correção para a média ajustada estadual com os municípios de per capita abaixo de tal média. Esse critério, no entanto, não procura equilibrar as faltas de alguns municípios com os excessos de outros, mas tão somente, manter os valores daqueles que superaram a média estadual e alocar novos montantes para corrigir os que estão abaixo. Nesses moldes, poderá ocorrer que determinada localidade, mesmo apresentando um indicador que indique menos necessidades que a média estadual, receberá recursos extras por ainda não estar utilizando o valor per capita *médio* de consumo de serviços do Estado.

O segundo caminho parte do pressuposto de que já existe um mecanismo de alocação de recursos no SUS, denominado Programação Pautada e Integrada – PPI. No entanto, esse instrumento aplica parâmetros assistenciais e populacionais tratando todos os municípios e regiões sobre uma mesma base de distribuição, ou seja, de forma linear. Assim, a proposta é verificar o valor médio per capita que já é distribuído pela PPI bem como o valor per capita ajustado estadual de serviços consumidos. Com essas informações, e utilizando o índice global de necessidades, identifica-se o valor médio per capita ajustado de cada município, sendo que,

aqueles que estiverem consumindo abaixo da média estadual sofrerão uma correção para essa média, entretanto apenas utilizando valores entre os intervalos da PPI e consumo médio. Assim, se um determinado município estiver com consumo médio ajustado abaixo do que já lhe é fornecido pela PPI, este receberá uma correção apenas do que falta para completar desta PPI ao consumo médio estadual.

Finalmente, a terceira forma seria utilizar a população real e ajustada pelo índice global de necessidades e verificar qual o valor per capita médio destes dois tipos de populações para o total do Estado, com base, não no valor de consumo de serviços, mas tão somente, no teto financeiro total disponível pelo Ministério da Saúde à Goiás para alocação segundo PPI. Assim, com base nestes per capita, aplica-se tais valores a cada população municipal e, posteriormente, faz-se a diferença entre o valor necessário segundo população real e população ajustada. Aqueles que apresentarem uma necessidade maior, receberão uma complementação.

6.2 PRIMEIRO RETRATO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

Uma vez definida a aplicabilidade do índice global de necessidades em saúde, a próxima etapa seria elaborar um desenho regional contendo representações gráficas e cartográficas que sinalizassem visualmente as diferenças encontradas em cada município.

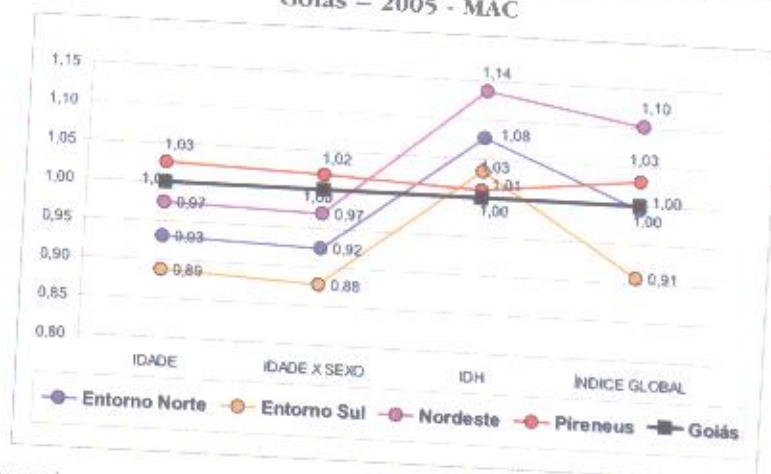
Baseado na composição das regiões piloto, os estudos foram desenvolvidos levando-se em consideração o fornecimento de informações precisas para o processo de negociação e pactuação nos Colegiados de Gestão Regional e Comissão Intergestores Bipartite – CIB. Questões do tipo “*quais municípios possuem mais necessidades?*” ou “*porque o município x, que aparentemente possui população mais desfavorecida, possui menos necessidades que a média do Estado?*”, como também “*por qual motivo o município Y, que está localizado em uma região com maior oferta de serviços, apresenta um indicador de mais necessidades que a média estadual?*”

Essas questões são apenas exemplos de inúmeros questionamentos que certamente surgirão no momento de por em prática tal metodologia, e neste sentido é que se desenvolveu um retrato das necessidades em saúde, segundo índice global de necessidades para as quatro regiões piloto, como se segue.

6.2.1 Influência dos indicadores de necessidade na construção do índice global para as regiões piloto

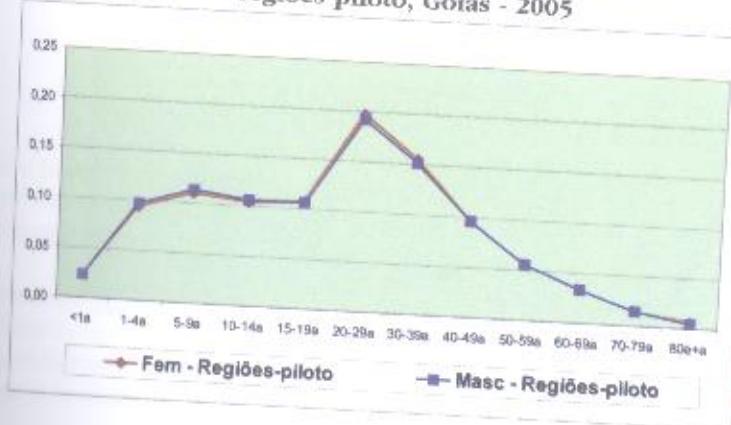
Tal como apresentado nos capítulos anteriores, a definição de um índice global de necessidades depende da escolha de indicadores que retratem com fidelidade a realidade de uma população. Neste sentido, é importante observar, para o conjunto das quatro regiões como se deu esse processo, bem como verificar as influências provocadas por cada uma das variáveis na identificação da equação ideal.

**Figura 6 - Comparativo entre índices de eqüidade e regiões de saúde
Goiás – 2005 - MAC**



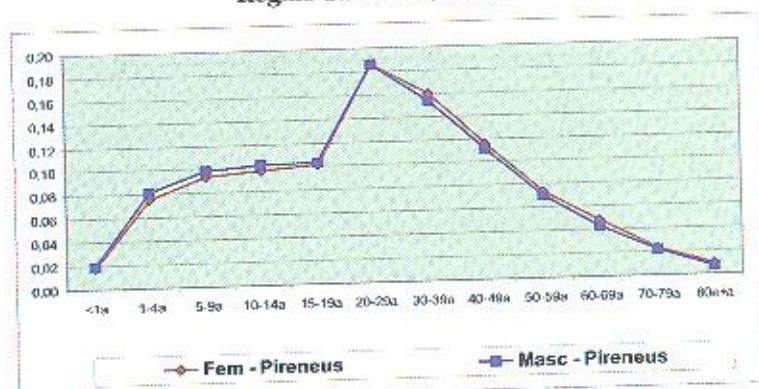
A figura acima apresenta os resultados em termos de índice de necessidades, segundo o tipo de indicador. É bastante visível as nuances em cada situação, como por exemplo, no caso do indicador de *sexo e idade* em que, tomando por base a média de Goiás (1,00), a região Entorno Sul é a que apresenta a menor necessidade (0,88) e a Pireneus a maior necessidade (1,02), ou seja, em termos percentuais esta última região necessita de 2,0% a mais de recursos em comparação ao Estado e a primeira tem 12,0% a menos desta necessidade. Em uma análise superficial, poder-se-ia dizer que, por ser uma região mais desenvolvida economicamente, com mais serviços de saúde disponíveis, bem como provida de um polo de referência, a Região Pireneus deveria indicar menos necessidades, entretanto, nesta primeira análise a lógica utilizada seria tão somente avaliar qual é a influência em termos de estrutura de idade e sexo na utilização de serviços de saúde, independente de outras variáveis. Nesse sentido, pode-se observar na próxima figura que as regiões em questão possuem concentração de população jovem, com pico nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos.

Figura 7 - Proporção da população segundo faixas etárias nas regiões piloto, Goiás - 2005



Entretanto, observando o gráfico apenas da Região Pireneus, é possível notar que, ainda que haja a mesma tendência das regiões piloto nas faixas etárias, aquelas concentradas acima dos 40 anos se apresentam um pouco superior à média das demais regiões.

**Figura 8 - Proporção da população segundo faixa etária
Região Pireneus, 2005**



Por este motivo, o indicador de idade e sexo desta Região será influenciado positivamente por esta tendência frente à comprovação de que nas idades extremas, o custo dos serviços é mais elevado, indicando que haverá mais necessidades nas localidades com concentração nestas faixas etárias.

Ainda, é preciso considerar a proporção entre homens e mulheres em cada faixa etária nestas regiões, pois, em termos de custo médio em Goiás, o estudo demonstra que neste Estado há uma prevalência de gastos para o sexo masculino. Observando o Gráfico "Índice de custo segundo idade e sexo", pode-se observar que para as faixas etárias "até 4 anos" e "50 anos acima" os homens custaram mais que as mulheres.

**Figura 9 - Índice de custo de internações e alta complexidade ambulatorial,
segundo idade e sexo, Goiás - 2005**



Esse índice médio é o que será utilizado para ajuste da população, sendo que, aqueles municípios ou regiões que deterem mais população nas referidas faixas etárias e principalmente, com pessoas do sexo masculino, serão mais favorecidas com o indicador. Observando então, o retrato das regiões piloto, pode-se dizer que existem diferenças entre elas em termos de idade e sexo, o que resultará em ajustes diferenciados, aumentando o indicador para uns e reduzindo o indicador para outros. É importante ressaltar que este índice tem a capacidade de identificar apenas o custo nas faixas etárias, definindo aquelas em que será necessário um maior dispêndio de recursos, o que não significa "necessidades em termos de quantidade de procedimentos", pois, é possível que ocorra um grande volume de atendimento nas faixas etárias mais jovens (por ser um tipo de serviço de saúde de demanda característica destas idades) cujo preço unitário do procedimento seja baixo e que vai refletir em um montante de recursos também menor. Da mesma forma, pode ser que se realize uma quantidade baixa de procedimentos nas idades acima dos 60 anos, mas que, por ter um custo unitário alto, o montante final de recursos necessários será maior.

A figura a seguir permite visualizar a proporção de homens e mulheres em cada uma das regiões piloto.

Figura 10 - Proporção de mulheres e homens segundo regiões piloto, Goiás, 2005



Até o momento, apresentou-se apenas o índice de idade e sexo, entretanto, este ensaio tem a pretensão de explicar o índice global de necessidades que foi construído para se fazer equidade na alocação de recursos nas regiões piloto.

Considerando, então, que o índice definido anteriormente tem o peso de identificar quais populações carecem de mais recursos conforme sua estrutura de idade e sexo, a próxima etapa seria definir as necessidades em termos sociais e econômicos. Para isso, e conforme a metodologia já apresentada, constrói-se o "índice IDH", uma vez que este consegue medir em

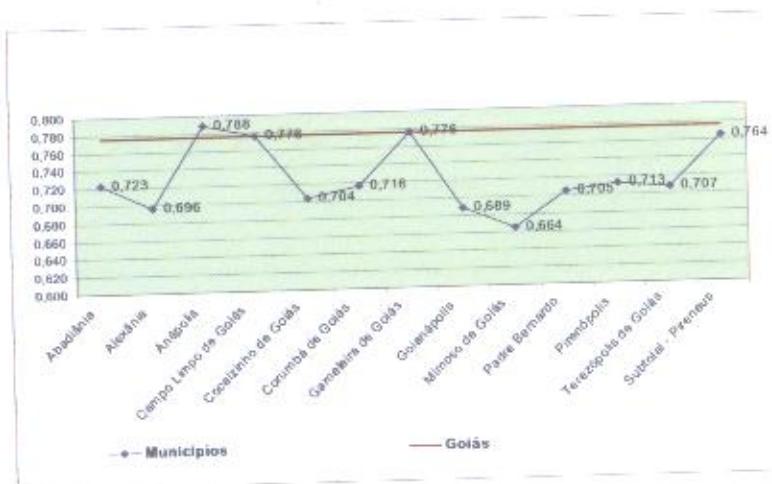
um único número as variáveis longevidade, educação e renda – indicadores capazes de refletir o desenvolvimento de uma comunidade.

Então, retornando ao gráfico apresentado no início destas análises, verifica-se que as quatro regiões piloto estão com o *índice IDH* sinalizando para uma maior necessidade que a média Estadual (índice 1,00 – tendo como IDH 0,776), sendo que apenas a região Pireneus aproximou-se dessa média. Pode-se inferir que essa tendência acontece em virtude desta região possuir mais infra-estrutura, investimentos e desenvolvimento industrial que as demais, além de ter Anápolis como cidade-polo, sendo que ali está instalado um importante distrito agroindustrial do País, o DAIA (Distrito Agroindustrial de Anápolis). Também, em termos de saúde, este polo possui uma significativa oferta de serviços, na média e alta complexidade, oferecendo maior facilidade de acesso aos municípios menores de sua região.

Para melhor entender o *índice IDH*, apresenta-se no gráfico a seguir, apenas os valores do índice de desenvolvimento humano (número utilizado para construção do *índice IDH* deste estudo) de todos os municípios da região Pireneus.

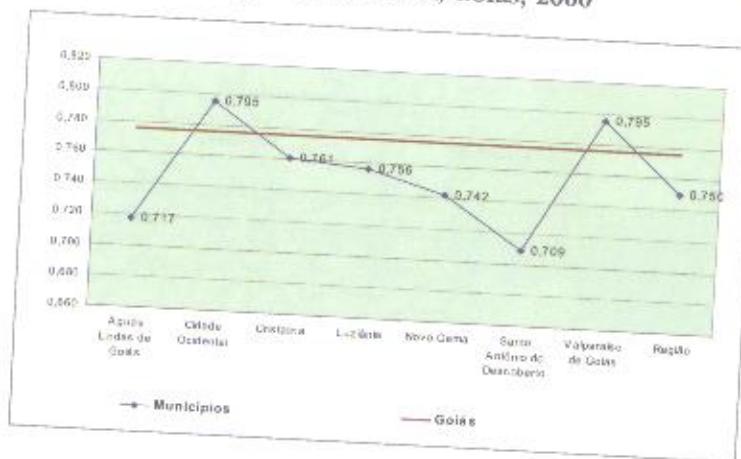
Nota-se que o valor da região é bem próximo da média estadual (linha vermelha). Anápolis está com valor acima da média estadual (0,788); Alexânia (0,696) e Mimoso (0,664) se apresentam como os municípios de menor desenvolvimento desta região. É importante ressaltar que para Campo Limpo de Goiás e Gameleira foi adotado o IDH da média estadual, uma vez que ainda não está disponível, para eles, este indicador por serem municípios novos. Ao final, com base nestes valores, é que se chegou ao *índice IDH* de 1,01 para esta região, ou seja, em termos de indicador social e econômico, a Pireneus possui 1% a mais de necessidades que a média estadual.

Figura 11 - Índice de desenvolvimento humano – IDH, segundo região Pireneus, Goiás, 2000



Ainda segundo este indicador, a região Entorno Sul teve um valor próximo da Pireneus, ou seja, possui 3% a mais de necessidades que a média estadual. Observando apenas o IDH municipal, tem-se Cidade Ocidental (0,795) e Valparaiso de Goiás (0,795) com valores acima do Estado, sendo que dos demais municípios, nenhum está abaixo de 0,700. Um fator importante para análise é que esta região está inserida à conurbação do Distrito Federal, sendo que a maioria de seus municípios possui uma relação social e econômica direta com Brasília. Assim, suas populações utilizam esta cidade em termos de emprego, consumo e uso de serviços. Talvez por esta influência é que o IDH da região está acima da região Pireneus.

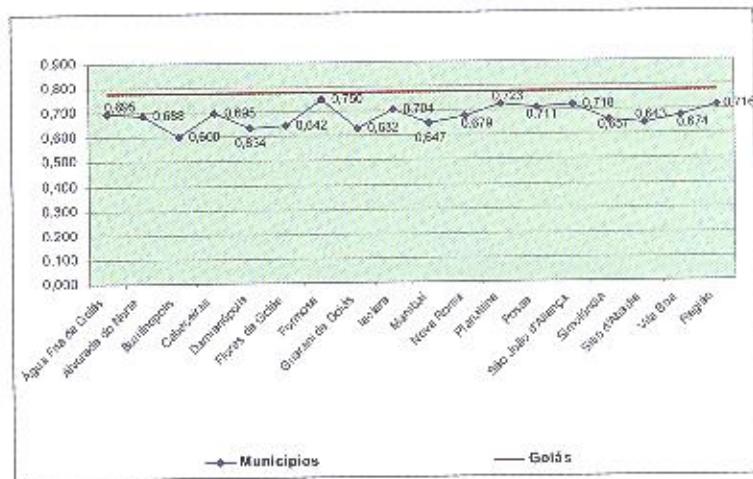
Figura 12 - Índice de desenvolvimento humano – IDH, segundo região Entorno Sul, Goiás, 2000



As duas regiões ainda não comentadas são as que, em termos deste indicador, mais possuem necessidades. No gráfico de indicadores, nota-se que a região Entorno Norte possui 8% a mais de necessidades que a média estadual e a região Nordeste 14%.

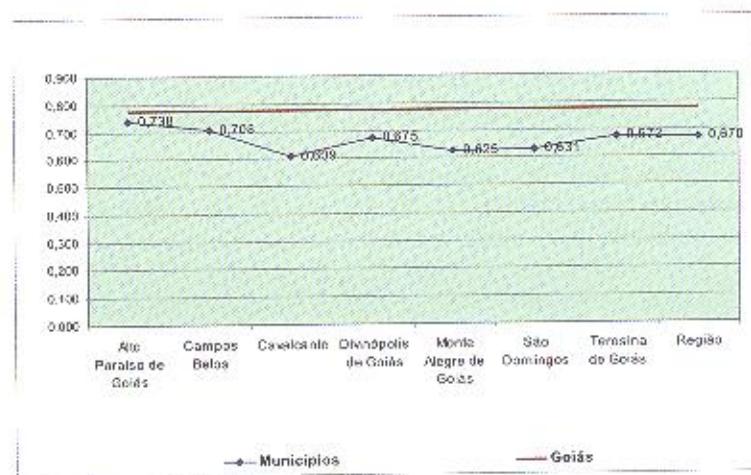
A primeira está com seu IDH distribuído entre os municípios segundo gráfico a seguir. Observa-se que a grande maioria dos municípios está abaixo de 0,700 e entre os maiores, nenhum se iguala à média estadual. Isso é um indicativo de que naquela região há certa uniformidade em termos de dificuldade de acesso ao emprego, renda, educação e infra-estrutura, se comparado às duas regiões anteriores.

Figura 13 - Índice de desenvolvimento humano – IDH, segundo região Entorno Norte, Goiás, 2000



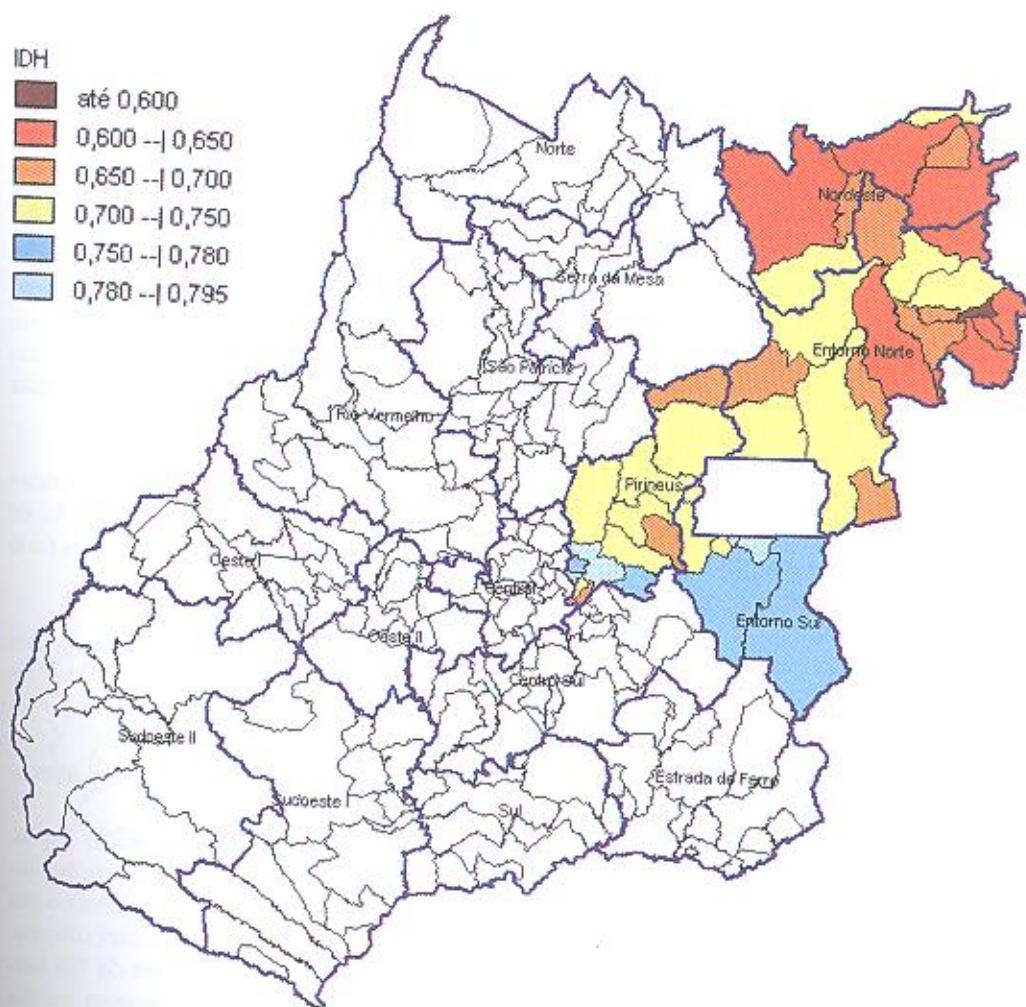
A região Nordeste, entretanto, é a que mais apresenta necessidades sociais e econômicas, como bem pode ser visto no gráfico de seus municípios. Além disso, é a região que possui o menor IDH médio deste estudo.

Figura 14 - Índice de desenvolvimento humano – IDH, segundo região Nordeste, Goiás, 2000



O mapa a seguir apresenta o comportamento do IDH nos municípios das regiões piloto. Lembra-se que este índice possui a seguinte escala: até 0,499 (baixo desenvolvimento humano); de 0,500 até 0,799 (médio desenvolvimento humano) e 0,800 até 1,000 (alto desenvolvimento humano).

Figura 15 - Mapa do Estado de Goiás, segundo IDH nas regiões piloto



Finalmente, com a definição de dois índices, um apresentando o custo médio em cada faixa etária e sexo e o outro o desenvolvimento humano daquelas regiões, desenvolveu-se um índice global (IG) de necessidades para cada município/região tendo como número a fusão dos dois índices anteriores.

Assim, através do IG, é que se propõe uma nova alocação de recursos para as regiões, considerando que existem diferenças significativas entre os municípios, sinalizando que alguns necessitam de mais recursos que outros pelos motivos expostos até o momento.

Retomando o já mencionado gráfico de índices de necessidades, observa-se então, o seguinte:

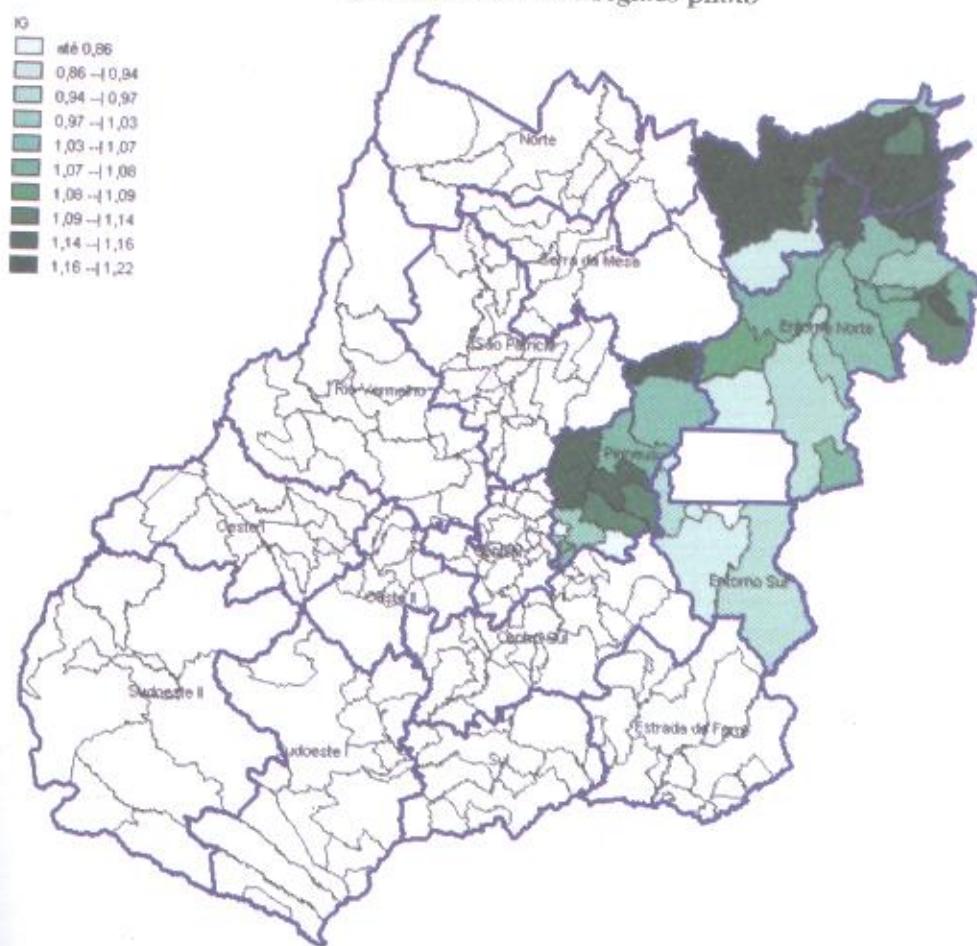
- A região Entorno Norte tinha, segundo idade, um índice de 0,93. Ao se incluir a variável sexo, este índice foi para 0,92. Com a variável IDH o índice foi de 1,08. Fazendo a fusão de todas as variáveis, seu índice global de necessidades ficou em 1,00. Entretanto em função do valor da região ser igual à média do estado, não significa que não haverá ajuste de recursos para os municípios, pois, ainda que a região esteja nessas condições, alguns municípios, em particular, estão com grandes necessidades se comparado a esta média.
- A região Entorno Sul tinha, segundo idade, um índice de 0,89. Ao se incluir a variável sexo, este índice foi para 0,88. Com a variável IDH o índice foi de 1,03. Fazendo a fusão de todas as variáveis, seu índice global de necessidades ficou em 0,91. Isso indica que esta região possui 9% a menos de necessidades de recursos que a média estadual.
- A região Nordeste tinha, segundo idade, um índice de 0,97. Ao se incluir a variável sexo, este índice manteve-se no mesmo valor. Com a variável IDH o índice foi de 1,14. Fazendo a fusão de todas as variáveis, seu índice global de necessidades ficou em 1,10. Trata-se da região com a maior necessidade de recursos neste estudo.
- A região Pirenópolis tinha, segundo idade, um índice de 1,03. Ao se incluir a variável sexo, este índice foi para 1,02. Com a variável IDH o índice foi de 1,01. Fazendo a fusão de todas as variáveis, seu índice global de necessidades ficou em 1,03.

6.2.2 O Índice Global de Necessidades (IG) e sua aplicação nas regiões piloto

Uma vez construído o IG, sua aplicabilidade prática poderá se dar de várias formas, segundo estratégias e vontades dos gestores de saúde. Entretanto, para se tomar a melhor decisão, a equipe técnica deverá concentrar esforços no sentido de verificar criticamente o que representa o retrato identificado das desigualdades e por qual vertente se alcançará concretamente os resultados esperados. Uma vez considerado os princípios e diretrizes do SUS bem como seu arcabouço legal-normativo é de se esperar que a responsabilidade nesta escolha deverá ser compartilhada entre tais gestores.

O mapa a seguir apresenta o IG encontrado em cada município.

Figura 16 - Mapa do estado de Goiás, segundo índice global de necessidades nas regiões piloto



As áreas escuras deste mapa representam localidades com maior necessidade de recursos, sendo visível que a concentração de municípios nesta condição está nas regiões Nordeste e Pireneus. A lógica seria estabelecer uma forma de, com base neste índice, proceder a uma alocação equitativa dos recursos disponíveis, compensando os mais necessitados.

A primeira etapa a ser cumprida neste processo, segundo metodologia apresentada¹, é ajustar a população de acordo com o IG, ou seja, multiplicar a população real de cada município por este índice. Esta nova população é que será o elemento capaz de propiciar uma nova distribuição de recursos, vez que ela está ponderada segundo idade, sexo e IDH. Os quadros apresentados abaixo demonstram os deralhes deste processo.

Quadro 11. Regiões piloto segundo municípios, populações e índices (2005)

Município	Pop. Real	Índice Idade e Sexo	Índice IDH	Índice Global	Pop. Ajustada (IG)
Alto Paraíso de Goiás	7.426	0,895	1,049	0,939	6.972
Campos Belos	18.488	0,944	1,088	1,027	18.992
Cavalcante	9.773	0,984	1,215	1,196	11.689
Divinópolis de Goiás	5.267	1,004	1,130	1,135	5.978
Monte Alegre de Goiás	6.216	0,991	1,195	1,183	7.356
São Domingos	9.201	1,026	1,187	1,218	11.204
Teresina de Goiás	3.345	0,987	1,134	1,120	3.746
Subtotal - Nordeste	59.716	0,970	1,136	1,102	65.822
Abadiânia	12.734	1,070	1,068	1,143	14.561
Alexânia	22.288	1,038	1,103	1,145	25.513
Anápolis	313.415	1,020	0,985	1,004	314.651
Campo Limpo de Goiás	5.188	0,964	0,711	0,686	3.557
Cocalzinho de Goiás	17.297	0,985	1,093	1,076	18.619
Corumbá de Goiás	9.918	1,070	1,077	1,153	11.431
Gameleira de Goiás	2.781	1,089	0,711	0,774	2.154
Goianápolis	12.826	0,950	1,112	1,057	13.556
Mimoso de Goiás	2.205	1,050	1,144	1,202	2.649
Padre Bernardo	24.653	0,978	1,091	1,067	26.313
Pirenópolis	21.245	1,068	1,081	1,155	24.533
Terezópolis de Goiás	6.087	0,994	1,089	1,083	6.590
Subtotal - Pireneus	450.637	1,019	1,010	1,030	464.144
Águia Fria de Goiás	4.778	0,987	1,104	1,090	5.210
Alvorada do Norte	7.664	0,967	1,113	1,076	8.249
Buritinópolis	3.590	0,947	1,227	1,161	4.169
Cabeceiras	6.942	0,977	1,104	1,079	7.490
Damianópolis	3.071	1,009	1,183	1,194	3.666
Flores de Goiás	9.046	0,902	1,173	1,058	9.570
Formosa	90.247	0,940	1,034	0,972	87.718
Guarani de Goiás	4.090	1,002	1,186	1,188	4.860
Iaciara	11.758	0,949	1,093	1,037	12.196
Mambal	5.398	0,929	1,166	1,083	5.847
Nova Roma	3.090	1,049	1,125	1,180	3.645
Planaltina	94.718	0,876	1,068	0,936	88.655
Posse	27.592	0,932	1,084	1,010	27.869
São João d'Aliança	7.750	1,006	1,075	1,081	8.375
Simolândia	6.623	0,938	1,153	1,082	7.164
Sítio d'Abadia	2.640	0,954	1,171	1,118	2.951
Vila Boa	3.569	0,908	1,131	1,028	3.668
Subtotal - Entorno Norte	292.566	0,924	1,077	0,995	291.205
Águas Lindas de Goiás	159.293	0,832	1,076	0,895	142.531
Cidade Ocidental	47.499	0,884	0,976	0,862	40.952
Cristalina	39.865	0,950	1,019	0,969	38.611
Luziânia	180.229	0,903	1,026	0,926	166.873
Novo Gama	93.080	0,863	1,044	0,901	83.820
Santo Antônio do Descoberto	74.870	0,891	1,086	0,968	72.468
Valparaíso de Goiás	119.496	0,872	0,976	0,851	101.703
Subtotal - Entorno Sul	714.332	0,877	1,034	0,906	647.288

Tomando como exemplo a região Nordeste, tem-se a seguinte análise. Sua população real (2005) era de 59.716 habitantes e o IG encontrado foi de 1,102. Pode-se dizer que, com base na média do Estado de Goiás, esta região possui 10,2% a mais de necessidades de recursos e para tanto, sua população será ajustada com este percentual, passando ao número de 65.822 habitantes.

Sabe-se que Goiás teve um consumo de recursos federais (2005) para pagamento de serviços hospitalares e ambulatoriais de alta complexidade no montante de R\$ 241.831.667,90. Esse valor, dividido pela população real do estado (5.619.919 habitantes), resulta em um valor per capita de R\$ 43,03. Da mesma forma, se este montante for dividido pela população ajustada do Estado (5.628.422 habitantes) alcança um valor per capita de R\$ 42,97, conforme quadro.

Quadro 12 - Recursos financeiros (R\$) e População (habitantes), Goiás – 2005

População Real – habitantes	5.619.919
Consumo MAC (menos SIA-AC) – R\$	241.831.667,90
Per capita bruto – R\$	43,03
População Ajustada (IG) – habitantes	5.628.422
Per capita ajustado – R\$	42,97

Voltando ao exemplo da região Nordeste e aplicando esta lógica, seu consumo de recursos federais para o mesmo fim foi de R\$ 1.781.399,34, gerando um per capita bruto de R\$ 29,83 e um per capita ajustado de R\$ 27,06 (ver quadro abaixo). Nota-se que, com o aumento da população conforme ajuste do IG a distribuição do mesmo montante consumido reduz, logicamente, o valor per capita ajustado.

A partir deste ponto é que se inicia o processo de alocação eqüitativa, vez que se verifica a distância entre o per capita ajustado da região com o do Estado. Se a lógica deste instrumento é aproximar todos que estão abaixo à média de Goiás, então, no caso da região Nordeste há uma necessidade de se corrigir, em R\$ 15,90 o per capita ajustado, fazendo com que ela saia dos R\$ 27,06 e se iguale aos R\$ 42,97 do Estado.

Quadro 13 - Recursos financeiros (R\$) e População (habitantes), segundo regiões piloto, Goiás – 2005

Descrição	Nordeste	Pireneus	Entorno Norte	Entorno Sul
População Real	59.716	450.637	292.566	714.332
Consumo MAC (menos SIA-AC)	1.781.399,34	23.400.795,85	8.700.100,38	17.031.107,16
Per capita bruto	29,83	51,93	29,74	23,84
População Ajustada (IG)	65.822	466.489	291.205	647.288
Per capita ajustado	27,06	50,16	29,88	26,31
Diferença de Per capita ajustado (Região x Estado)	-15,90	7,20	-13,09	-16,65

Outro exemplo de boa comparação ao caso anterior seria a região Entorno Sul. Sua população real é de 714.332 habitantes, que, ajustada pelo IG de 0,902 reduziu para 647.288. Os per capita bruto e ajustado são R\$ 23,84 e R\$ 26,31, respectivamente. Logicamente que houve um aumento neste último valor em função da redução da população. Fosse analisar puramente até esse ponto, poder-se-ia dizer que esta Região não teria necessidades de recursos, já que seu IG aponta para aproximadamente 10% a menos de necessidades, entretanto, considerando o processo de eqüidade bem como o acesso aos serviços de saúde e, adotando o mesmo critério de aproximar todos à média do Estado, esta região, ainda que tenha um IG menor que o do Estado, é a que possui a maior diferença de per capita ajustado (R\$ 16,65) e por este motivo, seria a que mais receberia correção de recursos.

Já a região Pireneus possui um comportamento inverso à Entorno Sul. Seu IG (1,03) aponta para uma correção de 3% da população e ela passa de 450.637 habitantes para 466.489 habitantes. É de se esperar uma correção de recursos para esta localidade, entretanto, mesmo após esta correção, os valores per capita bruto e ajustado, respectivamente de R\$ 51,93 e R\$ 50,16 estão acima da média Estadual, e por este motivo, caso fosse distribuir recursos esta região não necessitaria de correção.

É importante ressaltar que, apesar dos exemplos acima, a lógica de alocação eqüitativa tem uma capilaridade municipal. Nesse sentido fica interessante observar os detalhes de alguns municípios, que em algumas vezes possuem diferenças significativas dentro de uma mesma região. Pode-se fazer um exercício tomando os dados do quadro a seguir, para os municípios de Novo Gama e Luizânia (região Entorno Sul). Se houve aumento entre seus per capita bruto e ajustado – de R\$ 34,27 para R\$ 37,01 e R\$ 14,69 para R\$ 16,32; respectivamente – significa que seus IG ajustaram para menos suas populações. Entretanto, na correção dos per capita ajustados para a média estadual, Luziânia necessitará R\$ 5,95 a mais e Novo Gama R\$ 26,64, ou seja, o quíntuplo do município em comparação.

Esse processo acontecerá também entre os municípios de Anápolis (per capita ajustado de R\$ 60,22) e Padre Bernardo (R\$ 21,51); Vila Boa (R\$ 43,91) e Água Fria de Goiás (R\$ 7,97); Campos Belos (R\$ 33,38) e Teresina de Goiás (R\$ 11,73).

Quadro 14. Valores per capita bruto e ajustado, segundo municípios e regiões piloto

Município	Per Capita Bruto	Per Capita Ajustado
Água Fria de Goiás	8,69	7,97
Alvorada do Norte	45,62	42,39
Buritinópolis	18,03	15,52
Cabeceiras	29,50	27,34
Damianópolis	34,48	28,88
Flores de Goiás	26,47	25,02
Formosa	35,75	36,78
Guarani de Goiás	28,14	23,69
Iaciara	28,99	27,95
Mambai	27,18	25,09
Nova Roma	29,89	25,34
Planaltina	22,27	23,79
Posse	36,80	36,44
São João d'Aliança	32,06	29,67
Simolândia	31,58	29,20
Sítio d'Abadia	11,26	10,07
Vila Boa	45,13	43,91
Subtotal - Entorno Norte	29,74	29,88
Águas Lindas de Goiás	26,78	29,93
Cidade Ocidental	21,66	25,12
Cristalina	24,60	25,40
Luziânia	34,27	37,01
Novo Gama	14,69	16,32
Santo Antônio do Descoberto	24,73	25,54
Valparaíso de Goiás	11,38	13,37
Subtotal - Entorno Sul	23,84	26,31
Alto Paraíso de Goiás	19,17	20,41
Campos Belos	34,29	33,38
Cavalcante	31,05	25,96
Divinópolis de Goiás	31,80	28,01
Monte Alegre de Goiás	38,15	32,24
São Domingos	27,52	22,60
Teresina de Goiás	13,14	11,73
Subtotal - Nordeste	29,83	27,06
Abadiânia	36,09	31,56
Alexânia	32,47	28,36
Anápolis	60,46	60,22
Campo Largo de Goiás	4,69	4,87
Cocalzinho de Goiás	28,47	26,45
Corumbá de Goiás	41,06	35,62
Gameleira de Goiás	10,83	9,95
Goiânia	39,88	37,74
Mimoso de Goiás	42,43	35,31
Padre Bernardo	22,96	21,51
Pirenópolis	41,87	36,26
Terezópolis de Goiás	41,69	38,50
Subtotal - Pireneus	51,93	50,16

Assim, pode-se inferir que este instrumento atua em duas vertentes principais, a primeira corrigindo a população segundo as necessidades identificadas e a segunda, corrigindo os recursos segundo o acesso e consumo real de serviços.

6.2.3 Dimensionamento dos Recursos Necessários

Uma vez definido o processo de ajuste da população e feito todas as análises a respeito de qual seria a melhor forma de intervenção, resta dimensionar os recursos que serão necessários. Para tanto, é preciso entender, para este caso, como Goiás já vem alocando seus recursos em suas regiões.

Inicialmente, é preciso ressaltar que já se adotou um instrumento de alocação de recursos, chamado Programação Pautada e Integrada da Assistência – PPI em Goiás. Esse método foi implantado a partir da NOAS 02/02, sendo uma exigência para habilitação aos seus novos critérios de gestão da Saúde. Nesse sentido, como já exposto anteriormente, a PPI aloca recursos de maneira linear, gerando um valor per capita igual para todos os municípios.

Quadro 15. Recursos da PPI (R\$) e População (habitantes), Goiás – 2005

População Real – habitantes	5.619.919
População Ajustada (IG) – habitantes	5.628.422
Teto MAC (menos SIA-AC) – PPI – R\$	227.455.912,45
Per Capita Real PPI – R\$	40,47
Per Capita Ajustado PPI – R\$	40,41

Observando o quadro acima, de acordo com os recursos federais disponíveis para macroalocação em hospitalizações e atendimentos ambulatoriais de alta complexidade (R\$ 227.455.912,45), e dividindo esse montante pela população real e ajustada, tem-se os valores per capita de R\$ 40,47 e R\$ 40,41, respectivamente. Pode-se então afirmar que todos os municípios recebem essa disponibilidade de recursos.

A lógica então adotada pela gestão de Goiás como forma de corrigir as discrepâncias é simplesmente aplicar esses dois valores per capita às populações reais e ajustadas de cada município e verificar as diferenças, sendo que aqueles que estiverem com déficit receberão a reposição. O quadro a seguir apresenta esses resultados.

Quadro 16 - Simulação de uma proposta para distribuição de recursos segundo metodologia de eqüidade nas regiões piloto, Goiás, 2005

Município	Pop. Real	Pop. Ajustada	Distrib. Per Capita Real	Distrib. Per Cap. Ajustado	Diferença	Proposta
Águia Fria de Goiás	4.778	5.210	193.380,79	210.561,57	17.180,78	17.180,78
Alvorada do Norte	7.664	8.249	310.186,34	333.366,95	23.180,61	23.180,61
Buritinhópolis	3.590	4.169	145.298,66	168.471,53	23.172,86	23.172,86
Cabeceiras	6.942	7.490	280.964,72	302.668,32	21.703,61	21.703,61
Damartürópolis	3.071	3.666	124.293,09	148.141,62	23.851,53	23.851,53
Flores de Goiás	9.046	9.570	366.120,26	386.748,85	20.628,60	20.628,60
Fonseca	90.247	87.718	3.652.581,78	3.544.857,57	-107.724,21	0,00
Guarani de Goiás	4.090	4.860	165.535,25	196.397,44	30.862,19	30.862,19
Jaciara	11.758	12.196	475.883,48	492.846,31	16.962,83	16.962,83
Mamboré	5.398	5.847	218.174,15	236.300,66	17.826,51	17.826,51
Nova Rúma	3.090	3.645	125.062,08	147.296,76	22.234,67	22.234,67
Piancó	94.718	88.655	3.833.537,30	3.582.735,58	-250.801,72	0,00
Poço	27.592	27.869	1.116.735,59	1.126.257,61	9.522,03	9.522,03
São João d'Aliança	7.750	8.375	313.667,03	338.464,93	24.797,89	24.797,89
Simolândia	6.023	7.164	108.053,78	289.506,36	21.452,58	21.452,58
Sítio d'Abadia	2.640	2.951	106.849,16	119.251,65	12.402,49	12.402,49
Vila Boa	3.569	3.668	144.448,73	148.243,68	3.794,95	3.794,95
Subtotal - Entorno Norte	292.566	291.205	11.841.072,17	11.768.169,14	-72.903,03	289.574,13
Aguas Lindas de Goiás	159.293	142.531	6.447.091,97	5.759.981,89	-687.110,08	0,00
Cidade Ocidental	47.499	40.952	1.922.434,89	1.651.958,83	-267.476,07	0,00
Cristalina	39.865	38.611	1.613.462,75	1.560.336,82	-53.125,93	0,00
Luziânia	180.229	166.873	7.294.138,17	6.743.660,87	-550.777,30	0,00
Novo Gama	93.080	83.820	3.767.242,26	3.387.322,85	-379.919,41	0,00
Stº Antônio Descoberto	74.870	72.468	3.030.225,91	2.928.580,25	-101.645,66	0,00
Valparaíso de Goiás	119.496	101.703	4.836.381,40	4.110.006,18	-726.375,22	0,00
Subtotal - Entorno Sul	714.332	617.288	28.911.277,34	26.158.206,48	-2.753.070,86	0,00
Ah Pánuço de Goiás	7.426	6.972	300.553,73	281.756,61	-18.797,11	0,00
Campinos Belos	18.488	18.992	748.267,89	767.495,37	19.227,48	19.227,48
Cavalcante	9.773	11.689	395.544,25	472.363,71	76.819,46	76.819,46
Divinópolis de Goiás	5.267	5.978	213.172,16	241.600,86	28.428,70	28.428,70
Monte Alegre de Goiás	6.216	7.356	251.581,20	297.278,83	45.697,63	45.697,63
São Domingos	9.201	11.204	372.393,60	452.772,69	80.379,09	80.379,09
Teresina de Goiás	3.345	3.746	135.382,74	151.372,17	15.989,43	15.989,43
Subtotal - Nordeste	59.716	65.822	2.416.895,56	2.660.000,70	243.105,14	266.541,80
Abedulária	12.734	14.561	515.385,29	588.442,35	73.057,06	73.057,06
Alexânia	22.288	25.513	902.065,92	1.031.019,52	128.953,60	128.953,60
Anápolis	313.415	314.651	12.684.897,20	12.715.681,90	30.784,69	30.784,69
Campo Limpo de Goiás	5.188	5.001	209.974,78	202.097,09	-7.877,70	0,00
Cocalzinho de Goiás	17.297	18.619	700.064,35	752.417,99	52.353,65	52.353,65
Corumbá de Goiás	9.918	11.431	401.412,66	461.951,71	60.538,86	60.538,86
Ganheira de Goiás	2.781	3.027	112.555,87	122.345,54	9.789,67	9.789,67
Goiânia	12.826	13.556	519.108,82	547.811,99	28.703,17	28.703,17
Mimoso de Goiás	2.205	2.649	89.243,33	107.020,67	17.827,34	17.827,34
Padre Bernardo	24.653	26.313	997.784,95	1.063.351,18	65.566,23	65.566,23
Pirenópolis	21.245	24.533	859.852,40	991.436,02	131.583,62	131.583,62
Terezópolis de Goiás	6.087	6.590	246.360,16	266.323,28	19.963,12	19.963,12
Subtotal - Pireneus	450.637	456.499	18.238.705,93	18.851.752,39	613.046,45	619.121,01
TOTAL					1.175.236,93	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Conass (2007), estudos diversos já mostraram que os investimentos do Ministério da Saúde em infra-estrutura da rede de saúde, na atenção básica e no controle de endemias e saneamento foram os que mais tenderam à eqüidade, entretanto, um processo de alocação eqüitativa dos recursos não deve somente contemplar o custeio, mas é essencial que este venha acompanhado de estratégias de investimento. Com a proposta do Plano Diretor de Investimento do Estado de Goiás, é possível que se objetive o equilíbrio regional da oferta dos serviços de saúde, de forma gradual e permanente, preferencialmente com recursos estaduais, o que reduziria as necessidades políticas à sua implementação.

Sabe-se que identificar necessidades e conduzir processos exitosos de eqüidade não é tarefa fácil. O SUS, ao longo de sua implementação, vem enfrentando significativas dificuldades no enfrentamento destes nós críticos, entretanto, sua solidificação como sistema público e universal dependerá de iniciativas capazes de confluir para o que bem diz o Pacto em Defesa do SUS: fortalecer políticas de estado e não apenas políticas de governo.

Nesse sentido, o estudo apresentado neste livro tem o papel de agente condutor deste processo, sendo, não apenas um mero conjunto de equações matemáticas, mas se tornando um instrumento estratégico de tomada de decisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de et al. *A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil*. Revista Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 8 (1/2), 2000.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS – O Financiamento da Saúde, volume 3*, Brasília: CONASS, 2007
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Informações para a Gestão Estadual do SUS – Goiás*. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* – Promulgada em 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080/90. Lei Orgânica da Saúde – 1990. In: *Manual do Gestor SUS*. Rio de Janeiro: Lidor
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8142/90. In: *Manual do Gestor SUS*. Rio de Janeiro: Lidor
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/1996 – Portaria MS nº 2.203, 05 de novembro de 1996. In: Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica SUS 01/1993* – Portaria MS nº 545, 20 de maio de 1993. In: *Manual do gestor SUS*. Rio de Janeiro: Lidor.

BIBLIOTECA
Prof. Dr. Luiz Galvão

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de. Gestão intergovernamental e financiamento do sistema único de saúde: apontamentos para os gestores municipais. In: Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. *O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1988 – 2001*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública da universidade de São Paulo: São Paulo, 2002.

MACHADO, Edite Novais da Mata. *Alocação equitativa de recursos para atenção básica: uma proposta para redistribuição de recursos entre microrregiões e municípios de Minas Gerais*. 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Metodologia de alocação equitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais*. Belo Horizonte: SES/MG, 2004.

PAMPALON, Robert. *Distribuição equitativa dos recursos do setor saúde entre os municípios do Estado de Goiás*. Goiânia: SES-GO, 2005.

PORTO, Silvia Marta. *Eqüidade na distribuição geográfica de recursos em saúde: uma contribuição para o caso brasileiro*, 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

UGÁ, Maria Alícia et al. *Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Rio de Janeiro, 2002.

VIANA, Ana Luiza D'Avila et al. *Política de saúde e eqüidade*. São Paulo em Perspectiva, 2003.

Endereço eletrônico das equipes brasileiras e canadenses

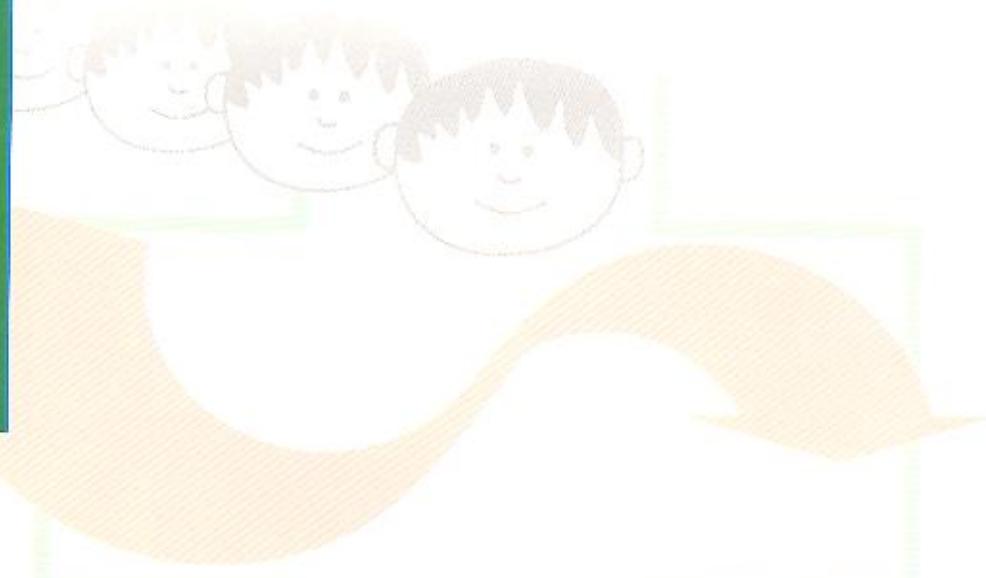
Ana Lea Guimarães	laofiel@hotmail.com
Ana Valéria dos Santos Barroso	avalerialbarroso@yahoo.com.br
André Lussier	a.lussier@forumsante.ca
Andrée Quenneville	andree.quenneville@ssss.gouv.qc.ca
Caterine Dossis Perillo	caterineperillo@gmail.com
Clidenor Gomes Filho	clidenor@saude.go.gov.br
Dante Garcia de Paula	dante@saude.go.gov.br
Denis Belanger	denis.belanger@ssss.gouv.qc.ca
Eduardo Rydan Manoel	sgpa@saude.gov.br
Fausto Jaime	scals.gr@saude.go.gov.br
Gelcio Sisterolli de Carvalho	gelcio@ucg.com.br
Ginette Noël	ginettenoel@sympatico.ca
Giovanete Maria Gabriel	netejo@ig.com.br
Gislaine Cordeiro Evangelista	gislaine.cordeiro@hotmail.com
Grace Machado	gr_machado@hotmail.com
Gustavo Alexandre Torres de Moura	gustavoatm@gmail.com
Heainy De Carlo Gondim	heainy@hotmail.com.br
Helen de Lima	helen-paixao@uol.com.br
Hung Nguyen	hgnguyen@hotmail.com
Jacira M. Rocha	jaciramarocha@hotmail.com
Jorge Alves de Souza	jorge@saude.go.gov.br
Jorge Camargo	simavisa@visa.goiás.gov.br
Kênia Barbosa Rocha	keniarocha@cultura.com.br
Lirce Lamounier	lircelamounier@gmail.com
Lourdes Maria Bandeira	lmbandeira@yahoo.com.br
Luis Ernesto Rosa Pinto	luiscrnesto@saude.go.gov.br
Maria Cecília Barbosa de Castro	esap.ca@saude.go.gov.br
Marie Déquier	marie_aves@brturbo.com.br
Marilúcia Batista A. Silva	marilucia@saude.go.gov.br
Maristella Vieira dos Santos Sasse	maristellasassc@hotmail.com
Mauro Crescente Alves	maurocrescente@hotmail.com
Nivia Chaves Ribeiro	niviachaves@brturbo.com.br
Normand Trempe	normand_tempe@ssss.gouv.qc.ca
Olga Maria Saab Ribeiro Siqueira	olgasaab@saude.go.gov.br
Petronor de Carvalho Fonseca	sint@saude.go.gov.br
Rita Helena Meluzzi	gip@visa.goiás.gov.br
Robélia Ponde Amorim de Almeida	rpaacarvalho@gmail.com
Robert Choinière	robert.choiniere@inspq.qc.ca
Robert Pampalon	robert.pampalon@inspq.qc.ca
Rogéria Cassiano	rgeass@hotmail.com
Sandra Ferreira de S. Hamú	sandra@saude.go.gov.br
Serge Thériault	sergatheriault@aol.com
Silvana Cruz Fuimi	silvana@saude.go.gov.br
Sylvéria de Vasconcelos Milhomem	sylveriamilhomem@hotmail.com
Simone André	simone_andre@ssss.gouv.qc.ca
Valéria Luciano Coimbra Araújo	valcoimbra@gmail.com
Vera Lúcia de Almeida	veralucia.almeida@gmail.com
Wisley Donizetti Velasco	wisley_99@yahoo.com

COLLEÇÃO
REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE
Intercâmbio GOIÁS-QUÉBEC



Livros da Coleção:

- 1 Retrato de Saúde
- 2 Ouvidoria - Serviço de Proteção aos Usuários do SUS - SEPRU
- 3 **Alocação de Recursos com Equidade**
- 4 Equidade de Gênero
- 5 Profissionalização da Gestão do SUS na SES-GO
- 6 Planejamento de Recursos Humanos e Sistema de Informação
- 7 Avaliação Global e Integrada de Sistemas de Saúde
- 8 Vigilância de Intoxicações



SUS

Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE
DO ESTADO DE GOIÁS



**GOVERNO DO
ESTADO DE GOIÁS**
Desenvolvimento Social, Família e Direitos Humanos



Agência canadense de
desenvolvimento internacional



Agence du développement
international du Québec

