

Juliano de Carvalho Lima¹
 Elisabeth Barcellos Azoury²
 Luiza Helena de Castro Victal Bastos³
 Marcello de Moura Coutinho⁴
 Nadia do Nascimento Pereira⁵
 Simone Cristina da Costa Ferreira⁶

Recebido em 13/11/01
 Aprovado em 26/04/02

¹ Enfermeiro, especialista em saúde coletiva, mestrando em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
 Rua do Fialho, 15/314
 CEP 20241-160 – Rio de Janeiro – RJ
 e-mail: enfju@bol.com.br

² Assistente social, especialista em planejamento e gestão de recursos humanos em saúde, mestranda em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
 Rua Bolívar, 34/ 903
 CEP 22061-020 – Rio de Janeiro – RJ
 e-mail: bazoury@bol.com.br

³ Psicóloga, especialista em saúde pública, mestranda em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
 Rua Rio Grande do Norte, 2007/302
 CEP 29101-380 – Vila Velha – ES
 e-mail: luizavictal@aol.com

⁴ Sociólogo, mestrando em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
 Rua Marquês de Paraná, 191/1206
 CEP 24030-210 – Rio de Janeiro – RJ
 e-mail: marcellocoutinho@hotmail.com

⁵ Psicóloga, especialista em saúde mental da infância e adolescência, mestranda em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
 Rua Evangelina, 89/304
 CEP 21073-250 – Rio de Janeiro – RJ
 e-mail: nadianascimento@ig.com.br

⁶ Assistente Social, mestranda em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
 Rua Conde Lages, 54/1006
 CEP 20241-080 – Rio de Janeiro – RJ
 E-mail: scriscf@bol.com.br

Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil

Inequalities in the access and use of health care services in Brazil

RESUMO

Neste artigo apresentamos, a partir do banco de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, alguns indicadores das desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil, destacando, principalmente, duas dimensões: a geográfica e a de renda. Ao mesmo tempo, discutimos alguns aspectos da política de saúde que são importantes para a promoção de maior equidade no sistema de saúde brasileiro, tais como financiamento, descentralização e regionalização. Utilizamos o caso do Rio Grande do Sul para refletir sobre alguns destes aspectos, tendo em vista a pertinência das políticas adotadas neste Estado com relação à redução das iniquidades.

DESCRITORES: Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde – Utilização; Equidade.

ABSTRACT

This article seeks to present some inequality indicators gathered in the 1998 National Domiciliary Sampling Research in terms of the access and use of health care services in Brazil. It focuses on two main dimensions: geographical location and income. It also discusses some of the key aspects of health care policy related to the promotion of greater equity in the Brazilian health care system, such as financing, decentralization and regional organization. These aspects are examined through a case study of the state of Rio Grande do Sul, highlighting the pertinence of the policies adopted by this state to the reduction of inequalities.

DESCRIPTORS: Health Services Accessibility; Health Services – Utilization; Equity.

INTRODUÇÃO

A equidade pode ser entendida como o princípio que rege funções distributivas, as quais têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas (PORTO, 1997) e deve ser considerada sob dois aspectos, horizontal e vertical, onde o primeiro está relacionado ao tratamento igual aos que são iguais em seus aspectos relevantes e, o segundo, ao tratamento desigual aos que são desiguais em seus aspectos relevantes (GIOVANELLA *et al.*, 1996).

A busca da equidade tem sido uma finalidade comum aos diferentes programas de políticas sociais, inclusive no setor saúde, que, na Constituição Federal de 1988, consagrou este conceito como um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

O reconhecimento de que a saúde apresenta forte gradiente social, ou seja, de que a saúde de um indivíduo ou de uma coletividade, além dos determinantes biológicos ou individuais, sofre o condicionamento de fatores econômicos, políticos e sociais, e de que as desigualdades nas condições de saúde refletem, predominantemente, as desigualdades entre os grupos da sociedade, contribuiu para uma maior preocupação, por parte de autoridades e administradores políticos, de incorporar a equidade como uma diretriz política para o setor.

Vários são os estudos que confirmam empiricamente a relação estreita entre condições de saúde e condições de vida (BARRETO; CARMO, 1994; SZWARCOWALD *et al.*, 1999; DUCHIADE, 1995). Um exemplo é relatado por Szwarcwald *et al.*, (1999, p.15) em seu estudo sobre desigualdade de renda e condições de saúde no Rio de Janeiro: "Os resultados evidenciam correlações significativas dos indicadores de desigualdade de renda com todos os indicadores de saúde,

A BUSCA DA EQUIDADE TEM SIDO UMA FINALIDADE COMUM AOS DIFERENTES PROGRAMAS DE POLÍTICAS SOCIAIS, INCLUSIVE NO SETOR SAÚDE

demonstrando que as piores condições de saúde não podem ser dissociadas das disparidades de renda."

A equidade em saúde refere-se, portanto, às necessidades em saúde que são socialmente determinadas (GIOVANELLA *et al.*, 1996) e a operacionalização deste conceito implica reduzir as desigualdades sociais (produtoras de iniquidades em saúde) através, principalmente, de políticas sociais mais justas e redistributivas. Por outro lado, Tra-

vassos (1997) destaca a importância de se distinguir "equidade em saúde de equidade no uso e na utilização de serviços de saúde", onde este último significaria que para necessidades iguais de saúde, haveriam iguais oportunidades de se acessar e utilizar os serviços de saúde (TRAVASSOS, 1997; GIOVANELLA *et al.*, 1996; PORTO, 1997).

Segundo Giovanella *et al.* (1996, p.17) "a ação isolada dos serviços de saúde não é suficiente para resolver o conjunto das iniquidades em saúde mas certamente pode contribuir para reduzi-las". Além disso, conforme afirma Travassos (1997):

o uso dos serviços de saúde pode impactar positivamente a saúde das populações, prevenindo a ocorrência e, mesmo, erradicando algumas doenças (por exemplo doenças imunopreveníveis); reduzindo a mortalidade por causas específicas e aumentando as taxas de sobrevivência [...] Além disso, os serviços de saúde devem desempenhar um papel relevante no aumento do conforto e na diminuição do sofrimento, em particular da dor, entre os pacientes (TRAVASSOS, 1997. p.326).

Tal consideração implica uma visão ampliada do processo saúde/doença, acrescentando a este binômio um terceiro elemento: a atenção à saúde (MENENDEZ *apud* CAMPOS, 1997) e possibilitaria se pensar em intervenções eficazes mesmo em situação de desigualdade social. Um exemplo disso é a erradicação da poliomielite no Brasil. Afinal, como indaga Campos (1997. p.118), "O

fato de a saúde pública brasileira ter atuado numa linha secundária da cadeia de determinação da incidência de pólio, a imunidade humana, diminuiria o valor dos resultados que alcançamos?"

Assim, considerando como importante o papel dos serviços de saúde na redução das iniquidades em saúde, o presente trabalho apresenta alguns indicadores das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde no Brasil, a partir do banco de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998. Os dados foram organizados de forma a destacar duas dimensões: a geográfica e a de renda. Em seguida discutimos, ainda que brevemente, mecanismos para a implementação de políticas públicas que promovam a equidade nos serviços de saúde. Com relação a estas políticas, buscamos no Estado do Rio Grande do Sul alguns exemplos de ações adotadas que possuem grande potencial para promover a equidade, como a política de financiamento adotada (Municipalização Solidária), e que podem ser implementadas em outros locais do País.

A PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS – SUPLEMENTO SAÚDE

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) é realizada

desde 1967¹ e tem por objetivo produzir informações para o estudo socioeconômico do País.

Investiga diversas características, algumas de caráter permanente, como, por exemplo, educação, trabalho, renda, características gerais da população, e outras de caráter variável, como migração, fecundidade e saúde, de acordo com as necessidades de informação do País (IBGE, 2000). Em 1998, em decorrência de uma parceria entre Ministério da Saúde e IBGE, o tema acesso e utilização de serviços de saúde é acrescentado à PNAD – 1998, em caráter suplementar. Este suplemento traz informações sobre auto-avaliação do estado de saúde, cobertura por plano de saúde, acesso e utilização de serviços, constituindo-se em importante instrumento para a formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde no Brasil.

AS DESIGUALDADES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Com base no estudo citado, podemos perceber marcantes diferenças nas taxas de utilização de serviços dentro das macrorregiões do Brasil e, também, entre os diferentes grupos de renda, o que caracteriza um quadro de grande desigualdade na possibilidade de se acessar e utilizar os serviços de saúde.

Quando observamos os dados relativos à realização de consultas médicas (tabela 1), percebemos que existe uma considerável diferença entre a região onde maior número de pessoas consultaram (Sudeste – 57,72%) e a região de menor taxa de utilização desse serviço (Nordeste – 49,71%). No que diz respeito ao item renda (tabela 2), há uma associação altamente positiva entre renda mensal familiar e taxa de realização de

TABELA 1 – População residente por realização de consulta médica nos últimos 12 meses, segundo regiões – Brasil – 1998

| REGIÕES | População residente | Pessoas que consultaram | % |
|--------------|---------------------|-------------------------|-------|
| NORTE | 7 592 118 | 3 879 765 | 51,10 |
| NORDESTE | 45 924 812 | 22 829 117 | 49,71 |
| SUDESTE | 69 174 339 | 39 924 567 | 57,72 |
| SUL | 24 223 412 | 13 610 903 | 56,19 |
| CENTRO-OESTE | 11 048 474 | 6 172 900 | 55,87 |
| BRASIL | 157 963 155 | 86 417 252 | 54,71 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Emprego e Rendimentos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

¹ Inicialmente, a PNAD era realizada de forma assistemática, a partir de 1971 passou a ser realizada anualmente.

consultas médicas, sendo que, à medida que a primeira aumenta, o número de consultas médicas realizadas a cada ano também aumenta. Enquanto no grupo de pessoas de menor renda (menos de 1 salário mínimo) a taxa de consultas médicas foi de 49,67%, o grupo de pessoas com renda acima de 20 salários apresentou uma taxa de 67,17%.

Além disso, é marcante a diferença com relação ao tipo de serviço normalmente procurado entre os diferentes grupos de renda. À medida que aumenta a renda familiar, menor é a procura por postos ou centros de saúde ou ambulatórios de hospital e maior é a procura por consultórios particulares. Assim, enquanto aproximadamente 55% da população com renda até 2 salários mínimos procura atendimento em postos e centros de saúde, apenas 5% das pessoas com renda acima de 20 salários procuram serviços com estas características, buscando, predominantemente, consultórios particulares.

Com relação ao atendimento dentário, o quadro é mais grave ainda, apresentando desigualdades tanto em termos regionais quanto com relação à renda familiar (tabelas 3 e 4). No Nordeste mais de 13 milhões de pessoas (29,10% da população) nunca consultaram o dentista. Esta taxa cai para 13,61% na região Sudeste e 13,73% na região Sul. Além disso, mais uma vez fica evidente o efeito do fator renda sobre o

TABELA 2 — População residente por realização de consulta médica nos últimos 12 meses, segundo classes de rendimento mensal familiar — Brasil — 1998

| Rendimento mensal familiar* | População residente* | Pessoas que consultaram | % |
|-----------------------------|----------------------|-------------------------|-------|
| Sem rendimento | 4 370 723 | 2 436 093 | 55,74 |
| Menos de 1 SM | 15 242 118 | 7 570 462 | 49,67 |
| Mais de 1 até 2 SM | 24 984 005 | 12 493 979 | 50,01 |
| Mais de 2 a 3 SM | 20 389 819 | 10 535 317 | 51,67 |
| Mais de 3 até 5 SM | 30 138 777 | 16 106 975 | 53,44 |
| Mais de 5 até 10 SM | 31 492 454 | 17 796 664 | 56,51 |
| Mais de 10 até 20 SM | 16 923 273 | 10 285 230 | 60,78 |
| Mais de 20 SM | 10 135 732 | 6 808 361 | 67,17 |
| Sem declaração | 4 004 625 | 2 209 593 | 55,18 |
| Total | 157 681 526 | 86 242 674 | 54,69 |

Fonte: Ipea, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Emprego e Rendimentos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

* Excluídas as pessoas cuja condição na família era pensionista, empregado doméstico ou parente de empregado doméstico.

TABELA 3 — População residente que nunca consultou o dentista, segundo regiões — Brasil — 1998

| REGIÃO | População residente | Pessoas que nunca consultaram | % |
|--------------|---------------------|-------------------------------|-------|
| NORTE | 7 592 118 | 1 613 588 | 21,25 |
| NORDESTE | 45 924 812 | 13 364 074 | 29,10 |
| SUDESTE | 69 174 339 | 9 415 148 | 13,61 |
| SUL | 24 223 412 | 3 326 848 | 13,73 |
| CENTRO-OESTE | 11 048 474 | 1 783 921 | 16,15 |
| BRASIL | 157 963 155 | 29 503 579 | 18,72 |

Fonte: Ipea, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Emprego e Rendimentos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

acesso e utilização dos serviços de saúde (tabela 4). Entre o grupo de menor renda no Brasil e o de maior rendimento, há uma diferença de nove vezes na taxa de utilização deste tipo de serviço.

Outro dado importante com relação ao acesso diz respeito à possibilidade de, numa situação de ne-

cessidade, se chegar até o serviço de saúde e receber o atendimento de que se necessita. A tabela 5 mostra uma taxa elevada de atendimento em todas as regiões. No entanto, evidencia uma certa desigualdade entre as regiões Sul e Sudeste com relação às demais, no mesmo padrão até aqui observado.

TABELA 4 – População residente que nunca consultou o dentista, segundo classes de rendimento mensal familiar – Brasil – 1998

| Classes de rendimento mensal familiar* | População residente* | Pessoas que nunca consultaram | % |
|--|----------------------|-------------------------------|--------------|
| Sem rendimento | 4 370 723 | 1 596 433 | 36,53 |
| Menos de 1 SM | 15 242 118 | 5 561 656 | 36,49 |
| Mais de 1 até 2 SM | 24 984 005 | 7 486 518 | 29,97 |
| Mais de 2 a 3 SM | 20 389 819 | 4 579 627 | 22,46 |
| Mais de 3 até 5 SM | 30 138 777 | 4 999 976 | 16,59 |
| Mais de 5 até 10 SM | 31 492 454 | 3 263 464 | 10,36 |
| Mais de 10 até 20 SM | 16 923 273 | 1 077 027 | 6,36 |
| Mais de 20 SM | 10 135 732 | 413 092 | 4,08 |
| Sem declaração | 4 004 625 | 611 667 | 15,27 |
| Total | 157 681 526 | 29 589 460 | 18,77 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Emprego e Rendimentos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

*Excluídas as pessoas cuja condição na família era pensionista, empregado doméstico ou parente de empregado doméstico.

TABELA 5 – Pessoas que procuraram por serviço de saúde nas duas últimas semanas por situação de atendimento na 1ª ou na última procura, segundo regiões – Brasil – 1998

| REGIÃO | Situação do atendimento | | | | Total | % |
|---------------|-------------------------|--------------|----------------|-------------|-------------------|------------|
| | Atendidas | % | Não atendidas | % | | |
| NORTE | 950 108 | 97,34 | 25.963 | 2,66 | 976.061 | 100 |
| NORDESTE | 4.941.556 | 97,36 | 134.120 | 2,64 | 5.075.676 | 100 |
| SUDESTE | 9.410.988 | 98,31 | 160.073 | 1,67 | 9.573.164 | 100 |
| SUL | 3.326.526 | 98,33 | 56.606 | 1,67 | 3.383.132 | 100 |
| CENTRO-OESTE | 1.471.517 | 97,77 | 33.611 | 2,63 | 1.505.128 | 100 |
| BRASIL | 20.100.225 | 97,99 | 410.200 | 1,99 | 20.541.518 | 100 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Emprego e Rendimentos, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

Os principais motivos apontados pelas pessoas para o não atendimento foram não terem conseguido vaga ou ficha (46,53%) e a ausência do médico (28,61%). Além disso, é importante destacar que cerca de um terço da população brasileira (45.029.031 pessoas) não possui um serviço de saúde de uso

regular, sendo este tipo de comportamento mais freqüente entre os de menor renda (32,83% das pessoas com renda familiar de até 2 salários mínimos não possui um serviço de uso regular), que entre as pessoas com maior renda (20,01% das pessoas com renda maior que 20 salários).

Outro aspecto importante trazido pela PNAD (1998) diz respeito à cobertura por planos de saúde, que também aumenta conforme a renda e apresenta grandes diferenças de região para região. Enquanto no Sudeste a cobertura é de 33,33%, no Nordeste é de 12,40%. Com relação à renda familiar, em nível nacional, a cobertura passa de 3,96% no grupo com rendimento de até 2 salários mínimos para 54,03% no grupo com renda entre 10 e 20 salários e 76,17% no grupo com renda superior a 20 salários. No entanto, é importante destacar o fato de que o atendimento no Brasil é predominantemente realizado pelo SUS, mesmo entre os grupos de maior rendimento. Se 54,03% das pessoas com renda entre 10 e 20 salários mínimos possuem cobertura por plano de saúde, descartando uma pequena parcela que efetua o pagamento por serviços médicos diretamente, resta um contingente considerável de pessoas para serem atendidas pelo sistema público. Este fato relativiza a idéia de que o SUS está voltado exclusivamente para o atendimento de pessoas pobres.

Embora acreditemos que os dados acima sejam suficientes para concluirmos que existem graves desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde, tanto na dimensão regional quanto na dimensão renda, a situação fica ainda mais evidente quando introduzimos um outro elemento: a necessidade de saúde.

A PNAD, assim como vários outros estudos, aponta que "a necessidade em saúde apresenta forte gradiente social e tende a ser desfavorável aos indivíduos em posições sociais menos favorecidas" (IBGE, 2000, p. 22). Através de três categorias (auto-avaliação do estado de saúde, restrição de atividades habituais por motivo de saúde e doença crônica referida) a PNAD buscou levantar algumas informações referentes a necessidades de saúde da população no Brasil no ano de 1998.

Assim, o percentual de pessoas que avaliaram seu próprio estado de saúde como muito bom e bom variou de 72,50% para 90,10%, na medida em que se passou da classe de renda de menos de 1 salário mínimo para a classe de renda superior a 20 salários. Da mesma forma, houve forte correlação entre restrição de atividades por problemas de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista e renda familiar mensal, apresentando uma relação inversamente proporcional, ou seja, quanto menor a renda, maior a taxa de restrição. A proporção de restrição foi de 5,5% na classe de rendimento entre 10 e 20 salários, sendo de 8,2% para as pessoas com renda menor que 1 salário mínimo. Finalmente, com relação à doença crônica referida, também existem diferenças, e também desfavoráveis às classes de menor renda (embora não seja tão acentuada quanto as duas últimas), indo de 33% entre as pessoas

com renda de até 1 salário mínimo para 29,8% entre aqueles com mais de 20 salários (IBGE, 2000).

A introdução deste novo elemento torna a situação ainda mais injusta, uma vez que os grupos que apresentam maiores necessidades de saúde são justamente aqueles que têm maior dificuldade de acessar e utilizar os serviços de saúde. Assim, percebemos que o sistema de oferta de serviços de saúde no Brasil é iníquo, sendo possível afirmar, portan-

OS GRUPOS QUE APRESENTAM
MAIORES NECESSIDADES DE
SAÚDE SÃO JUSTAMENTE AQUELES
QUE TÊM MAIOR DIFICULDADE DE
ACESSAR E UTILIZAR OS
SERVIÇOS DE SAÚDE

to, que as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde, assim como as desigualdades no adoecer e morrer, acompanham ou refletem as desigualdades sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNAD 1998 permitiu verificar importantes problemas de acesso aos serviços de saúde no País (IBGE, 2000): aproximadamente um terço da população brasileira não tem um

serviço de saúde de uso regular; o tipo de serviço usado como forma de entrada ao sistema de saúde (serviço de uso regular) varia principalmente conforme a renda familiar; o acesso a consultas médicas e odontológicas aumenta expressivamente conforme a renda e é maior nas regiões Sudeste e Sul que nas regiões Nordeste e Norte; cerca de um quinto da população brasileira nunca foi ao dentista, sendo que a maior parte destas pessoas possuem renda familiar inferior a 2 salários mínimos e moram nas regiões Norte e Nordeste.

Com relação às desigualdades em nível regional, podemos dizer que refletem, de um modo geral, as diferenças no tamanho e complexidade da rede de serviços. No entanto, existe a necessidade de novos estudos que busquem analisar, de forma mais aprofundada, os determinantes do acesso aos serviços de saúde no Brasil, uma vez que existem outros fatores, além da disponibilidade de serviços de saúde, que interferem no acesso e na utilização dos mesmos, como por exemplo: distância; horário de funcionamento; critérios de ingresso, como fichas, senhas; falta de informação dos usuários; ausência dos profissionais procurados, entre outros.

Quanto às desigualdades no acesso e utilização de serviços relacionadas a renda familiar, podemos afirmar que o conjunto público-privado, ou seja, a capacidade de ofer-

ta de diferentes tipos de serviços e tecnologias de cada mercado de saúde (público, contratado e planos), marca fortemente o padrão de desigualdades, uma vez que o acesso a serviços de saúde, como consultas médicas e odontológicas, é maior entre aqueles que possuem maior renda; estes, por sua vez, buscam atendimento preferencialmente através dos planos privados de assistência médica.

O acesso e a utilização dependem, fundamentalmente, do nível 'macro' do sistema de saúde (HORTALE *et al.*, 2000), assim, questões como financiamento, descentralização e regionalização tornam-se cruciais para se discutir e implementar medidas que promovam maior equidade ao sistema de saúde.

Reduzir as desigualdades quanto ao acesso e utilização de serviços de saúde implica, inexoravelmente, em aumentar os recursos financeiros destinados ao setor. A Emenda Constitucional número 29 de 2000 parece ter dado um sopro de vida para a garantia de recursos ao SUS, principalmente nos níveis estadual e municipal, que estão obrigados a aumentar, gradativamente, o volume de recursos destinados à área da saúde até atingirem 12 e 15 por cento do produto da arrecadação dos impostos, respectivamente, até 2004. No entanto, o comportamento dos gastos fe-

derais deve ser revisto, já que esta esfera de governo não vinculou o volume de recursos a ser destinado à saúde ao total de recursos arrecadados com impostos, mas sim ao valor destinado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto.

No entanto, no que diz respeito à redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, além do volume de recursos, deve-se incluir outro critério para avaliação

REDUZIR AS DESIGUALDADES
QUANTO AO ACESSO E UTILIZAÇÃO
DE SERVIÇOS DE SAÚDE IMPLICA,
INEXORAVELMENTE, EM AUMENTAR
OS RECURSOS FINANCEIROS
DESTINADOS AO SETOR

da política de financiamento: a forma de alocação destes recursos. Neste sentido, o caso do Rio Grande do Sul parece ser um exemplo a ser seguido. A Municipalização Solidária da Saúde² realiza a distribuição de recursos, repassados fundo a fundo para os municípios com base em critérios técnicos, considerando o perfil demográfico da região, no caso, a proporção de população com

mais de 60 anos e menos de 14 anos; o perfil epidemiológico da população (coeficiente de mortalidade infantil); as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde nos municípios, considerando a capacidade instalada inversa, ou seja, aqueles municípios que possuem menor capacidade instalada de serviços recebem maior volume de recursos; o inverso da arrecadação *per capita* municipal; a proporção direta do volume de recursos destinados à área da saúde por cada município, o que inibe a substituição de fontes; o nível de prioridade da saúde, em cada município, no orçamento estadual e municipal (Orçamento Participativo).

Além disso, os recursos transferidos não possuem 'carimbo', ou seja, não há predefinição por parte do Estado quanto à utilização dos recursos (como ocorre com os recursos federais que são transferidos já com destino definido – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família, Assistência Farmacêutica etc.), sendo exigidos somente a aprovação de um Plano de Aplicação trimestral pelo Conselho Municipal de Saúde e a prestação de contas da utilização dos recursos em audiência pública, também trimestralmente. Esta forma de alocação de recursos, sumariamente descrita, nos parece bem mais eficiente na redu-

² Denominação dada à forma de alocação dos recursos do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Decreto Estadual nº 39.582, de 10 de junho de 1999.

ção das desigualdades do que os R\$ 10,00 habitante/ano (ou R\$ 16,00 no caso de municípios maiores) do Piso de Atenção Básica mais 'incentivos', do Ministério da Saúde.

O exemplo do Rio Grande do Sul representa um avanço, também, no que diz respeito à descentralização, pois ao adotar esta política de alocação de recursos, descentraliza não apenas ações e serviços de saúde, mas também recursos financeiros e poder, além de permeabilizar o sistema ao controle social. Destacamos este aspecto porque "não há dúvida de que se o sistema de saúde é descentralizado, vai permitir maior acesso ao sistema" (HORTALE *et al.*, 2000, p.58), podendo contribuir para a redução das desigualdades.

No entanto, não há descentralização eficiente sem a organização e articulação dos espaços regionais, pois sem isso, há uma tendência clara ao desperdício nos gastos públicos e à produção de iniquidades, decorrentes da expansão da atenção médica nos municípios sem nenhuma articulação regional, da fragmentação de equipamentos sanitários, da perda de escala resultante da autarquização municipal e das diferenças de capacidade instalada entre os municípios. Destacamos este ponto porque conforme apontaram os dados da PNAD, existem grandes diferenças também no interior de cada região e até mesmo no interior de cada estado e município. Por isso,

não basta diminuir as diferenças macrorregionais para diminuir as iniquidades no acesso e na utilização dos serviços de saúde; deve-se atentar também para a equidade dentro dos estados e microrregiões (MENDES, 1998).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001, em que pesem as críticas e o caráter incerto de sua implementação, parece ser um importante esforço no sentido de garantir maior acesso, principalmente à atenção básica, mas também aos demais níveis de complexidade, deixando a cargo dos estados a organização e articulação dos serviços de saúde no nível supramunicipal. Este processo, dependendo de como for conduzido, poderá contribuir para a redução das desigualdades no acesso, diminuindo as barreiras locais de oferta de serviços através da pactuação entre os municípios dos fluxos de referência e contra-referência, conduzida e avaliada pelos estados.

Enfim, concluímos este trabalho ressaltando que mesmo após treze anos de criação do SUS, a equidade continua sendo um desafio para o sistema. Por isso, há de se atentar para a necessidade de se resgatar a solidariedade como um valor fundamental para a adoção de políticas públicas mais justas, adotando novos padrões e critérios, que vão além da eficácia e eficiência dos serviços de saúde. Para que esse processo

tenha êxito faz-se necessária a ampliação da agenda de debates no que concerne à equidade, de forma a abarcar todos os seus fatores determinantes: biológicos, sociais, políticos e organizacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRETO, Maurício Lima; CARMO, Eduardo Hage. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 3, n.2, p. 7-23, jul./dez. 1994.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Departamento de Emprego e Rendimento. *Acesso e utilização de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e Democracia: A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 113-124.
- DUCHIADE, Milena Piraccini. População brasileira: um retrato em construção. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Os muitos Brasís: saúde e população na década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 14-56.
- GIOVANELLA, Lígia *et al.* Equidade em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. Londrina, n.49/50, p. 13-22, dez.1995/mar.1996.

HORTALE, Virgina Alonso; PEDROSA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.57-66, set./dez. 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In.: MENDES, Eugênio Vilaça. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998, p. 17-55.

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

SZWARCWALD, Célia Landmann *et al*. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.15 n.1, p.15-28, jan./mar. 1999.

TRAVASSOS, Claudia. Eqüidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 324-331, 1997.