



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Ugá, Maria Alícia; Piola, Sérgio Francisco; Porto, Sílvia Marta; Magalhães Vianna, Solon
Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 2, 2003, pp. 417-437

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042996008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Decentralization and resource allocation
in the Brazilian National Health System
(Sistema Único de Saúde – SUS)

Maria Alicia Ugá ¹
Sérgio Francisco Piola ²
Sílvia Marta Porto ¹
Solon Magalhães Vianna ²

Abstract *This article deals with the decentralization of the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), particularly referred to the distributive resource allocation process among the three government levels. Therefore, it presents, on one hand, the constitutional and legal framework and normative instruments that guide the decentralization process inside the SUS. On the other hand, it analyses the regionalization of the resource allocation that has been effectively done by the Ministry of Health, including direct expenditures as well as financial transfers to states and municipalities. Finally, general considerations are done.*

Key words *Brazilian Health System, Decentralization, Resource allocation*

Resumo *Este artigo trata da descentralização do SUS, particularmente no que se refere à distribuição e ao processo de alocação de recursos para a saúde, nas três esferas de governo. Assim, apresenta, por um lado, o marco constitucional e legal desse processo e analisa as Normas Operacionais que vêm orientando o processo de descentralização no SUS. Por outro lado, aborda a regionalização da alocação de recursos efetivamente executada pelo Ministério da Saúde, incluindo tanto os gastos diretos como os repasses para estados e municípios. Finalmente, são feitas algumas considerações de ordem geral.*

Palavras-chave *SUS, Descentralização, Alocação de recursos*

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, ENSP, Fiocruz. Av. Leopoldo Bulhões 1480, 7^a andar, Manguinhos, 21041-210, Rio de Janeiro RJ. domingue@ensp.fiocruz.br

² Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas.

Introdução

A questão do financiamento tem sido um dos maiores desafios no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A despeito de a escassez de recursos ser, por sua natureza, um problema permanente, outras questões de solução mais factível carecem de equacionamento. Entre elas tem particular importância a forma de participação federal no financiamento do SUS, dados o caráter descentralizado do sistema e a hegemonia fiscal da União.

Nesse sentido, persiste um contencioso no que se refere à descentralização. Em primeiro lugar pela aparente inapetência do Ministério da Saúde, particularmente nos primeiros anos da década de 1990, em abrir mão de poder. Segundo, porque em um país com a dimensão territorial como a do Brasil, com elevado grau de desigualdades entre regiões e estados e, dentro de um mesmo estado, entre municípios, é, no mínimo, difícil que o processo descentralizador ande com a mesma velocidade em todo o espaço geográfico nacional ou até mesmo que possa ser tratado de maneira uniforme. Além disso, os critérios utilizados para a distribuição dos recursos federais aos estados e aos municípios podem, segundo a maneira em que forem conduzidos, ser insuficientes para diminuir as iniquidades na alocação dos recursos públicos.

Este artigo trata dessas questões. As duas seções seguintes analisam as Normas Operacionais que têm orientado o processo de descentralização. A seção “Distribuição regional dos recursos” aborda a regionalização dos recursos do Ministério da Saúde, incluindo tanto os seus gastos diretos como os repasses para estados e municípios. Uma demonstração da utilização de critérios baseados nas necessidades de saúde é objeto da seção seguinte. Por fim, na última parte são feitas algumas considerações de ordem geral.

Os primeiros passos

O processo de descentralização na área da saúde, ainda que tenha ganhado contornos mais definitivos na Constituição de 1988 e na legislação infraconstitucional subsequente (lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, normas e portarias regulamentadoras), é um movimento que começou a se estruturar já ao longo da década de 1980.

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do início dos anos

90, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência “estadualista” desenhada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), passando a “municipalização” a se constituir o eixo condutor do processo de descentralização do sistema (Ugá, 1997). Assim, os municípios foram assumindo o papel de atores estratégicos do SUS, dada sua competência constitucional para *prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços e atendimento à saúde da população* (Constituição Federal, art., 30, VII).

Com vistas à cooperação financeira da União, a Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080/90, art. 35) estabeleceu que as transferências federais a estados, Distrito Federal e municípios deveriam ser definidas “segundo análise técnica de programas e projetos” (*caput*) sendo 50% do volume desses recursos repassados em base ao tamanho da população (§1º). E a outra metade *a partir da* combinação de critérios como perfis epidemiológico e demográfico, capacidade instalada, desempenho técnico, econômico e financeiro e da previsão do plano quinquenal de investimentos. Posteriormente, a lei n. 8.142/90 estabeleceu que as transferências destinadas à cobertura das ações e serviços de saúde pelos entes subnacionais – excluindo expressamente os recursos destinados a investimentos (art. 2º, II e III) – seriam regulares e automáticas (arts. 2º, IV e 3º, *caput*). Segundo a mesma lei, enquanto o artigo 35 da lei n. 8.080 não fosse regulamentado, prevaleceria o critério populacional, de forma análoga, portanto, ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM), destinando-se à esfera municipal, pelo menos 70% desses recursos (lei. n. 8.142/90, art. 3º, § 1º e § 2º).

A despeito de representarem avanços conceituais importantes no sentido de institucionalizar o processo de descentralização, esses dispositivos legais não vingaram. Esse processo vem sendo regulado por sucessivas Normas Operacionais (Levcovitz *et al.*, 2001). Um ano depois, a Norma Operacional Básica – SUS NOB 01/91 instituiu, com outra lógica, um sistema de alocação de recursos estruturado em quatro fluxos: 1) o destinado ao financiamento das **internações hospitalares**, baseado no **pagamento direto**, por parte do Ministério da Saúde (MS), aos prestadores de serviços, públicos e privados, mediante sistema de pagamento prospectivo por procedimento;

2) o relacionado ao financiamento de **assistência ambulatorial**, calculado em base *per capita* (UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial),

com valores diferenciados entre grupos de estados, multiplicados pelo tamanho da população; 3) o referente aos recursos destinados a **investimentos em equipamentos e ampliação das unidades assistenciais já existentes** (UCR – Unidade de Capacitação da Rede), que variava entre 1% a 5% do teto ambulatorial e era inversamente proporcional ao valor da UCA; e 4) o **fator de estímulo à municipalização**, calculado com base em um valor *per capita* correspondente a 5% do valor da UCA, multiplicado pelo tamanho da população, destinado aos municípios que cumprissem os requisitos estabelecidos pela norma.

Evidentemente, os dois primeiros fluxos foram os determinantes na alocação de recursos entre esferas de governo no âmbito do SUS. No que tange à **assistência hospitalar** estabeleceu-se, para cada Estado, uma quota máxima em **número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)**. O teto quantitativo anual de internações, correspondente a cada unidade da federação, foi calculado com base na população, tomando-se como parâmetro 0,10 AIH/habitante-ano, ou seja número de habitantes X 0,10. Note-se que esse modelo alocativo destinado ao financiamento das internações hospitalares instituiu uma distribuição de recursos determinada meramente pela capacidade instalada e efetivava-se mediante o pagamento direto pelo MS dos serviços prestados por unidades públicas e privadas. Os gestores municipais do SUS só definiam a distribuição das cotas de AIHs entre os diversos hospitais da rede, mas não o tipo de serviço a ser prestado. Dessa forma, estados e municípios recebiam, no que diz respeito ao financiamento da assistência hospitalar, somente os recursos referentes aos serviços prestados por intermédio de suas próprias unidades hospitalares.

As **atividades ambulatoriais** efetuadas por prestadores públicos ou privados, por sua vez, passaram a ser remuneradas de forma similar e a partir do mesmo sistema de informação (SIA/SUS). Entretanto, o total de recursos previsto para cada unidade da federação não poderia superar o teto financeiro definido segundo o número de habitantes e o correspondente valor da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Ou seja: teto financeiro ambulatorial = número de habitantes X valor da UCA. Vale observar que, caso existisse saldo positivo entre o volume de recursos faturados e o correspondente teto financeiro municipal, a diferença deveria ser repassada para a esfera estadual de gestão do SUS.

A forma de definição dos valores da UCA foi altamente regressiva, tendo em vista que os estados com melhores condições socioeconômicas e sanitárias ficaram com valores *per capita* da UCA superiores aos demais. Ainda que se reconheça a existência de relações entre custo do ato médico, grau de complexidade, qualidade dos serviços e desenvolvimento socioeconômico regional, assim como diferenças regionais na utilização dos serviços, esse sistema de alocação de recursos, longe de diminuir as diferenças, no mínimo, contribuiu para sua consolidação (Porto & Ugá, 1992) e já desconsiderava qualquer tipo de critério tendente a compensar ou diminuir as desigualdades existentes (Médici, 1991; Rezende, 1992).

A Norma Operacional Básica SUS 01/91 representou, também, um movimento de recentralização do sistema de saúde, tendo em vista que, como apontado em Ugá (1991):

- a) não implementou o caráter automático das transferências intergovernamentais, na medida que, em vez de transferências globais para estados e municípios, como era esperado, o financiamento da atenção médica se efetivava mediante pagamento direto, por parte do MS aos prestadores de serviços de saúde;
- b) reduziu a atenção à saúde à mera prestação de ações médico-assistenciais, desconsiderando a importância das ações de alcance coletivo; e
- c) passou a tratar as esferas infranacionais de governo como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais como se atuassem por *delegação* ministerial e não em consonância com a diretriz constitucional da descentralização.

Assim, a política implementada no governo Collor, através da NOB 01/91, distorceu um dos princípios fundamentais do SUS, ferindo o processo de descentralização que vinha sendo desenvolvido até então.

Avanços a partir de 1993: NOB 01/93 e NOB-SUS 01/96

Embora os problemas mencionados acima ainda não estejam totalmente superados, sucessivas políticas implementadas a partir de 1993 deram largos passos no sentido de sua superação. A Norma Operacional do Ministério da Saúde NOB 01/93 caminhou em direção ao resgate do processo de descentralização do sistema ao estabelecer três níveis de autonomia de gestão das esferas infranacionais: “incipiente”, “par-

cial” e “semi-plena”. Neste último, as secretarias estaduais e municipais de saúde, atendido o cumprimento de alguns pré-requisitos, passaram a receber um volume global de recursos para cobertura assistencial e a dispor sobre a sua aplicação.

Outra grande inovação introduzida pela NOB/93, além da transferência de valores globais para o atendimento ambulatorial e hospitalar aos municípios em condição de gestão mais avançada (semi-plena), foi o estabelecimento de **tetos financeiros para cobertura hospitalar**. Expressar em valores financeiros os tetos destinados à assistência hospitalar possibilitou, por um lado, efetuar transferências diretas, fundo a fundo, e, por outro, adotar maior transparência na distribuição de recursos. Assim, sem alterar a quota máxima em **número** de AIHs de cada Estado, introduziu-se um **teto financeiro** que não existia na NOB 01/91. Esse teto foi calculado como o produto encontrado entre o número de AIHs e o valor médio histórico da AIHs na unidade federada. Cabe destacar, entretanto, que essa forma de definição dos tetos financeiros perpetuou as distribuições de recursos até então vigentes. No que tange aos recursos destinados à cobertura dos serviços ambulatoriais, a modalidade de alocação incorporada a partir de 1991 não foi alterada.

A NOB 01/93 tentou resgatar paulatinamente o processo de descentralização do SUS, introduzindo estímulos para que estados e municípios fossem adquirindo autonomia na gestão da rede assistencial no seu âmbito de governo. Contudo, em janeiro de 1997, último mês em que vigorou a NOB/96, apenas 144 municípios estavam classificados na categoria de maior autonomia de gestão, para os quais eram efetuados repasses “fundo a fundo”. Um entendimento básico então pactuado pela NOB 01/93 foi o de que a descentralização deveria ser um processo lento e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas, e que as instâncias locais de governo, paulatinamente, se habilitariam institucional e tecnicamente a adquirirem maior grau de autonomia de gestão.

A criação, nesse período, das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites foi, sem dúvida, outro grande avanço no sentido da construção de um espaço de concentração das políticas setoriais entre as três esferas de governo, constituindo-se, também, em mecanismo de democratização do processo decisório. Foi nesse espaço de pactuação que foi sendo construída,

num demorado mas democrático processo, a Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS 01/96, aprovada por portaria publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

Esse novo instrumento veio consolidar e aprofundar os avanços no sentido da descentralização do sistema iniciados pela NOB/93. Com a NOB 01/96 as modalidades de gestão de estados e municípios foram reduzidas a duas: **gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema**, para os municípios; e **gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema**, para os estados. Além, obviamente da situação de “não-habilitado”, já existente e aplicável àquelas unidades da federação que não cumprirem os requisitos mínimos de habilitação. A gestão plena do sistema, para além de possibilitar a estados e municípios a governança sobre a prestação de serviços médico-assistenciais, conferiu-lhes autonomia para gerir o sistema de saúde como um todo, na sua esfera de governo, isto é, todas as ações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ademais, ela não só representou um ganho na qualidade do processo de descentralização, como, por igual, possibilitou a adoção de modelos de proteção da saúde mais holísticos e menos voltados para apenas a questão da assistência médica. Se a NOB/93 estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da *gestão* das ações e serviços de saúde, a NOB/96 buscou disciplinar o processo de *organização do cuidado à saúde*, com o objetivo de induzir um *novo modelo de atenção* no país.

A base para conformação desse novo modelo sustentar-se-ia nos seguintes pressupostos:

- a) atuação centrada na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, em uma perspectiva intersetorial, baseada na ética do coletivo;
- b) integralidade da atenção, incorporando o modelo epidemiológico ao modelo clínico dominante;
- c) ênfase na relação das equipes de saúde com a comunidade, em especial com as famílias; e
- d) utilização de novas tecnologias e processos de informação, educação e comunicação social.

Ainda, a NOB/96 anunciava um salto de qualidade na gestão do sistema a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e dos campos de atenção à saúde, estruturando a ação setorial a partir da *interação* de ações voltadas para o indivíduo e para a coletividade, para o atendimento às demandas pessoais e às exi-

gências ambientais, articulando a promoção, proteção e recuperação, através de um diálogo intra-setorial e intersetorial permanente.

O mecanismo essencial para a estruturação do novo modelo consistiu no processo de programação pactuada e integrada entre as três esferas de governo das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças. Esse processo, nomeado desde então como Programação Pactuada Integrada (PPI), visava assegurar a explicitação do pacto entre os gestores; as relações intermunicipais, traduzindo as responsabilidades de cada município na garantia de acesso da população aos serviços de saúde; a reorganização das ações e serviços na lógica do novo modelo de atenção; e a reorganização da gestão do sistema, direcionando a alocação de recursos.

A PPI, segundo a norma, deveria ser elaborada a partir de processo ascendente, de base municipal, configurando as responsabilidades do Estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, com critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores.

Por uma série de questões, a PPI não se estabeleceu como processo consistente e estruturante do modelo de atenção na vigência da NOB/96, tendo sido retomada no conjunto de proposições recentes para a regionalização dos serviços consolidadas na norma que regula atualmente o processo de descentralização – a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001 –, que tem no alcance da integralidade e equidade e no cuidado à saúde seus principais objetivos.

Pode-se afirmar que a principal estratégia utilizada no âmbito da formulação da NOB/96 para a indução do novo modelo de atenção – e, ao que parece, razoavelmente bem-sucedida em sua implementação –, relaciona-se à estrutura de financiamento adotada para o custeio das ações e serviços de atenção básica de saúde sob gestão municipal, através do Piso de Atenção Básica (PAB), criado pela NOB e regulamentado conforme as portarias GM n. 1.882, de 18/12/97 e GM n. 2.091, de 26 de fevereiro de 1998.

As principais inovações efetivamente implementadas corresponderam:

a) à criação de um valor *per capita* nacional para o custeio de procedimentos de atenção básica correspondentes aos procedimentos de assistência básica realizados até então no âmbito

da *assistência médica ambulatorial* do sistema (SIA/SUS), isto é, a parte fixa do PAB; e

b) à criação de incentivos financeiros para o desenvolvimento de ações no campo mais abrangente da *atenção básica*, quais sejam: implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, aquisição de medicamentos básicos, ações de nutrição e alimentação a grupos populacionais vulneráveis, ações básicas de fiscalização e controle sanitário de produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, e, ações básicas de diagnóstico, investigação e controle epidemiológico e ambiental de situações de risco e/ou dano para a saúde individual e coletiva, isto é, a parte variável do PAB.

As inovações relacionadas à média e alta complexidade ambulatorial, medicamentos e insumos excepcionais (Fração de Assistencial Especializada – FAE, Procedimentos de Alto Custo/Complexidade – APAC), embora tenham representado importante instrumento para o registro do atendimento e racionalização do gasto em saúde, não modificaram substantivamente a estrutura de financiamento, na medida em que reproduziram a estrutura tradicional de remuneração por serviços produzidos, exceto para os municípios em gestão plena de sistema que recebiam direta e automaticamente (“fundo a fundo”), nos limites do teto financeiro da assistência para eles estabelecido, os recursos para este campo de provisão do sistema.

Contudo, outras importantes inovações previstas na NOB/96, as quais, sem dúvida, acarretariam modificações qualitativas tanto no modelo de gestão do sistema como no modelo de cuidado à saúde, sequer foram operacionalizadas. É o caso do Índice de Valorização de Resultados (IVR) e do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (Ivisa).

Ademais, esse primeiro momento do processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro (período das Normas 01/93 e 01/96) caracterizou-se por um forte viés municipalizante, em que o papel das secretarias estaduais de Saúde foi apenas residual. Além disso, intensificou-se o conflito horizontal entre as municipalidades com o cerceamento de demandas de assistência advindas de municípios vizinhos, instaurando uma tendência de fragmentação do sistema, com comprometimento da solidariedade e do compartilhamento das responsabilidades de gestão (MS/SAS, 2002). Sob a égide da NOB 01/96 (até o início do ano 2000) mais de 4.950 municípios se habilitaram à Gestão Plena da Atenção Básica e 564 municípios à

Gestão Plena de seus sistemas. No tocante às secretarias estaduais de Saúde, os números são menos significativos: apenas cinco estavam habilitadas à Gestão Plena do sistema estadual (Alagoas, Distrito Federal, Santa Catarina, Pará e Ceará) e cinco à Gestão Avançada do sistema estadual (São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraíba).

A operacionalização da NOB 01/96 introduziu, também, uma excessiva compartimentalização na distribuição de recursos para as esferas infranacionais, que, de certa forma, compromete a autonomia alocativa municipal.

Existem atualmente quatro grandes fluxos de recursos que, por sua vez, estão subdivididos em vários tipos de repasses financeiros. Por outro lado, dentre esses, alguns correspondem a transferências globais de recursos calculadas em base a um valor *per capita*, outros constituem-se em incentivos à implementação de programas específicos e outros referem-se ao pagamento por serviços médico-assistenciais prestados pelas unidades pertencentes às esferas infranacionais de governo. Assim, os grandes fluxos de transferências intergovernamentais conformados ao longo da implementação da NOB/96 são:

- 1) o **Piso de Atenção Básica**, compreendendo a) uma **parte fixa**, calculada com base em um valor *per capita* multiplicado pelo tamanho da população; e b) uma **parte variável**, destinada ao estímulo financeiro à implementação dos programas: PACS (Programa de Agentes Comunitários) e PSF (Programa de Saúde da Família), PCCN (Programa de Combate às Carências Nutricionais), Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
- 2) os recursos destinados a **procedimentos ambulatoriais de alto e médio custo/complexidade**, que incluem a) a FAE (Fração Assistencial Especializada), destinada ao financiamento de procedimentos de média complexidade, medicamentos e insumos especiais e órteses e próteses ambulatoriais; b) a APAC, relativa ao financiamento de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (pagamentos prospectivos por procedimento); e c) o FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação), destinado a compensar os municípios pela realização de procedimentos de alta e média complexidade para pessoas não residentes; este Fundo também envolve os recursos para a municipalização das unidades da Funasa, para o financiamento de medicamentos excepcionais e para a assistência à população indígena;

- 3) os recursos destinados a **Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária** (distribuídos segundo valores *per capita*, conjugadamente a incentivos proporcionais ao volume de arrecadação de taxas de fiscalização);
- 4) os recursos transferidos sob a forma de pagamentos prospectivos por procedimento (via AIH – Autorizações para Internação Hospitalar) combinados com fatores de compensação a unidades que atuam com custos hospitalares diferenciados: a) FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa), destinado a hospitais de ensino e pesquisa; e b) o IVHE (Índice de Valorização Hospitalar de Emergência).

Esse sistema continua em vigor, mesmo após a aprovação da última norma operacional, a NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde) aprovada pela portaria GM n. 95 de 26/1/2001. Essa Norma não altera o sistema de alocação de recursos a estados e municípios, tratando fundamentalmente da estruturação do processo de regionalização e hierarquização do sistema de saúde e, portanto, da distribuição regional da assistência de alta e média complexidade. Nesse sentido, não é objeto de análise neste artigo.

Distribuição regional dos recursos: situação em 1999

Considerações gerais

Identificar os resultados da política alocativa do Ministério da Saúde e, a partir daí, (re)definir critérios para os repasses federais para estados e municípios, na busca de maior equidade, exige respostas consistentes a diversas indagações, entre as quais destacam-se as seguintes:

- 1) Que recursos devem ser considerados como sendo destinados às “ações e serviços públicos de saúde”, para usar a expressão adotada na Emenda Constitucional (EC) n. 29 que estabelece patamares mínimos de gasto para os três níveis de governo?

- 2) Qual a parcela dos recursos federais a ser considerada para efeito de distribuição para estados e municípios?

- 3) Que critérios vêm sendo utilizados para o repasse de recursos federais e quais têm sido os resultados práticos dessa política?

A primeira indagação acima explicitada, de natureza conceitual, decorre da ambigüidade da expressão “ações e serviços públicos de saúde”.

de” que não significa, necessariamente, “ações e serviços do SUS”, nem se confunde com o orçamento do Ministério da Saúde (MS).

Os estudos sobre o gasto público, em sua maioria, levam em conta apenas o que se encontra nos orçamentos do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde, por exemplo, na sua prática de monitoramento mensal do gasto federal com saúde, foca seu olhar apenas sobre os recursos do MS. Essa opção, que possivelmente se reproduz – com as respectivas peculiaridades – nas demais esferas de governo, significa, no âmbito federal, excluir da despesa com saúde, itens como:

- 1) o gasto do MEC no custeio dos hospitais universitários e de ensino e do programa de saúde escolar, despesas que, por suas características, podem ser consideradas dispêndios com ações e serviços públicos de saúde;
- 2) os recursos transferidos diretamente pelo Ministério da Fazenda ao Governo do Distrito Federal (GDF) para o custeio da folha de pagamento de funcionários da Secretaria de Saúde; e
- 3) o gasto do Ministério do Trabalho com higiene e segurança do trabalhador.

A identificação do comportamento do gasto federal com saúde pode ser realizada de duas maneiras: assumindo o gasto do Ministério da Saúde como *proxy* ou se valendo da metodologia Ipea, que incorpora no gasto federal todas as despesas com saúde realizadas por outros órgãos da administração federal, desde que sejam com serviços de saúde de acesso universal e gratuito. A opção pela primeira, neste estudo, tem como motivo básico o fato de o valor dos gastos realizados pelo MS, excluídos as despesas com

inativos e pensionistas e amortização da dívida, ser o que está sendo considerado pelo Governo Federal para definição do montante mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde, com vistas ao cumprimento do estabelecido na Emenda Constitucional n. 29.

A tabela 1 mostra as diferenças na aplicação das duas metodologias, bem como os resultados obtidos quando se inclui, ou não, no gasto do Ministério da Saúde, os dispêndios com inativos e pensionistas e com amortização da dívida.

Evolução e características do gasto do Ministério da Saúde

A evolução na última década do gasto federal com saúde, considerando-se somente as disponibilidades líquidas do MS (excluídas as despesas com inativos e pensionistas e serviços da dívida), apresenta quatro características importantes. A primeira diz respeito à mudança do patamar do gasto *per capita* a partir de 1995, seguida de oscilações nesse indicador a partir de 1996 (Tabela 2). A variação entre o gasto *per capita* mais baixo (1994) e o mais alto (1997) foi de 33%. As flutuações na aplicação de recursos nos anos anteriores a 1997 parecem ter sido decisivas para catalisar o movimento político suprapartidário, que gerou a Emenda Constitucional n. 29.

A segunda peculiaridade é a notável mudança – em uma perspectiva de maior prazo – no perfil das prioridades da política alocativa federal. Antes da criação do Sistema Único de Saúde, a maior parte dos recursos assistenciais era destinada ao atendimento hospitalar em

Tabela 1

Brasil: Gasto federal com saúde, segundo distintas óticas de apuração, 1995-2000
Em milhões correntes

Ano	MS(1)	MS(2)	Ipea(3)	% (1/3)	%(2/3)
1995	14,892	12,211	13,976	6.55	-12.63
1996	14,377	12,407	13,279	8.27	-6.57
1997	18,804	15,464	17,107	9.92	-9.60
1998	19,324	15,245	16,367	18.07	-6.86
1999	20,334	18,349	18,017	12.86	1.84
2000	22,699	20,351	–	–	–

Fonte: MS/SE/ Subsecretaria de Planejamento e Orçamento e Ipea/Diretoria de Estudos Sociais

1) Gasto total do MS, sem exclusões

2) Gasto do MS, excluído inativos e pensionistas e dívida

3) Excluídos inativos e pensionistas, dívida, saneamento, alimentação e nutrição e incluídos Hospitais Universitários e repasses da União

Tabela 2

Brasil: gasto total e líquido (total e *per capita*) do MS 1993 – 2000
Em R\$ de dezembro de 2000

Ano	Gasto total (em milhões)	Líquido ¹	
		Valor (em milhões)	Per capita (R\$1,00)
1993	16,893.28	15,576.21	102.77
1994	17,127.48	15,365.65	99.95
1995	24,484.35	20,116.29	129.10
1996	21,247.31	18,331.28	116.71
1997	25,510.11	21,216.88	132.91
1998	23,244.26	20,195.71	124.83
1999	23,926.78	21,556.12	131.48
2000	23,616.44	21,339.72	128.47

Fonte: Ipea/Disoc, com base nos dados mensais dos sistemas Siafi/Sidor

¹ Desconsiderando despesas com: inativos e pensionistas; amortização, juros e encargos dívida

detrimento da assistência ambulatorial. Atualmente, apenas 43% da despesa do MS com assistência médica (R\$10,905 milhões) são destinados às hospitalizações. Embora o atual modelo assistencial continue sendo apontado como *hospitalocêntrico*, a reversão, já alcançada, é expressiva. Cabe ainda destacar que pelo menos 37% dos recursos ambulatoriais são aplicados em atenção básica de saúde, ou seja, em ações reconhecidamente mais custo-efetivas.

Um terceiro aspecto, tão importante quanto polêmico, se refere ao que se poderia chamar de *fatiamento* dos repasses do MS para estados e municípios. Ao contrário do que era esperado por muitos formadores de opinião adeptos de um processo mais ortodoxo de descentralização, a cooperação financeira da União para estados e municípios de que trata a Constituição (C. F., art. 30, VII) não se expressa em transferências globais de livre uso pela esfera recipiente. Na verdade, tem prosperado, particularmente a partir da NOB/96, uma enorme variedade de modalidades alocativas, cada uma com critérios próprios.

Mas é a quarta característica – a persistência de iniquidades espaciais na alocação dos recursos financeiros – a que está mais estreitamente ligada ao escopo central deste trabalho.

A segunda questão, mencionada no início deste capítulo, diz respeito à identificação dos recursos federais para saúde passíveis de regionalização. Afinal, nem todo gasto do Ministério da Saúde é regionalizável, levando à exclusão de recursos que atendem a um dos seguintes requisitos:

1) por não serem considerados gastos em saúde;

2) porque, mesmo sendo, literalmente, gastos com saúde, não devem ser enquadrados como despesa com *ações e serviços públicos de saúde* no sentido em que essa expressão supostamente assume na EC n. 29 (ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito);

3) pela impossibilidade de localização espacial da despesa; e,

4) pela característica nacional da ação ou serviço.

No primeiro motivo estaria enquadrado o pagamento de inativos e pensionistas e amortização e serviço da dívida. A despesa com aposentadorias e pensões, mesmo sendo realizada pelo Ministério da Saúde, não é, conceitualmente, gasto com saúde, já havendo algum consenso entre diversos atores envolvidos no debate sobre a regulamentação da EC 29 em torno da exclusão desse item da conta da saúde, e até mesmo dos encargos da dívida, para efeito da fixação do patamar mínimo de recursos a ser aplicado nas três esferas de governo.

No segundo motivo de exclusão como valor regionalizável – gasto com saúde *não* SUS – se enquadra a despesa com assistência médica a servidores. Mesmo que essa despesa seja, literalmente, um gasto com serviço de saúde, tais serviços não atendem ao princípio do acesso universal, igualitário e gratuito.

O terceiro motivo – impossibilidade ou dificuldade de localização espacial da despesa – se aplica a outros gastos excluídos de regionalização como os pagamentos decorrentes de sentenças judiciais.

Por fim, alguns itens devem ser desconsiderados por se referirem a ações federais típicas

como, por exemplo, o pagamento de contribuições decorrentes da participação do Brasil em organismos internacionais ou por se enquadrarem como ações e serviços de natureza coletiva e alcance nacional como os de responsabilidade da Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o gasto com processamento de dados.

A partir dessas restrições os valores regionalizados utilizados neste trabalho alcançam o valor de R\$16.370,9 milhões, ou seja, o equivalente a 80,5% do gasto total (bruto) do MS em 1999 (R\$ 20.334 milhões), ou 89,2% do gasto líquido (R\$18.349,5 milhões).

Fontes de informação

O Sistema de Acompanhamento Financeiro (Siafi) e o Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor) do governo federal foram as fontes básicas para identificação dos gastos federais com saúde, uma vez que englobam tanto os dispêndios realizados pela administração direta como pela indireta.

A partir dessa base pode-se identificar os gastos diretos com pessoal, outras despesas correntes, investimentos e outras despesas de capital, além das transferências voluntárias para níveis subnacionais de governo e para instituições privadas.

Contudo, a regionalização dos dispêndios federais com saúde com base no Siafi/Sidor não é completa, uma vez que boa parte dos projetos/atividades no campo da saúde não apresenta a destinação geográfica inequívoca. Sendo assim, se fez necessário recorrer a outras fontes de informação. A principal delas, o banco de dados do Datasus, permitiu, entre outros aspectos, localizar dispêndios com pagamentos a provedores, feitos diretamente pelo ministério e com repasses para estados e municípios destinados ao custeio de tratamentos ambulatoriais e hospitalares e atenção básica (PAB fixo e PAB variável).

Para a regionalização segundo a natureza da despesa considerou-se neste estudo, apenas dois grandes agregados: custeio (destaque para gasto com pessoal) e capital. Isto porque a principal finalidade da regionalização da despesa é, em essência, a identificação das desigualdades nas políticas alocativas o que dispensa maior detalhamento por categoria econômica.

Principais resultados

Para analisar a regionalização do gasto do Ministério da Saúde as ações e programas foram apartados neste estudo em três grandes grupos:

- 1) Assistência ambulatorial e hospitalar;
- 2) Programas selecionados; e
- 3) Outras despesas

• Assistência ambulatorial e hospitalar

As despesas deste grupo incluem os gastos com internações e com atendimento ambulatorial, sendo que neste último subgrupo foram computadas as despesas ambulatoriais de média e alta complexidade e com serviços de atenção básica à saúde.

As despesas com atenção hospitalar e ambulatorial atingiram em 1999 o montante de R\$10.905 milhões, sendo R\$4.733,4 milhões (43,4%) com assistência hospitalar e R\$6.171,6 milhões (56,6%) com atendimento ambulatorial (R\$3.843,4 milhões com atendimento ambulatorial de média e alta complexidade e R\$2.328,2 com atenção básica de saúde).

Na distribuição *per capita* da despesa total com assistência ambulatorial e hospitalar as regiões mais beneficiadas são Sudeste (R\$72,30) e Sul (R\$70,05), com valores 8,7% e 5,3% acima da média nacional (R\$66,52). A região Norte é menos beneficiada com um *per capita* 24,5% inferior à média do país (Tabela 3).

a) Atenção básica

As despesas com atenção básica são atendidas com recursos do Piso Assistencial Básico (PAB fixo) acrescidos dos incentivos (PAB variável), que custeiam atividades no campo das vigilâncias Sanitária, Ambiental e Epidemiológica, Farmácia Básica, Programas de Agentes Comunitários da Saúde e Saúde da Família (PACS/PSF), Combate à Carências Nutricionais, Saúde Indígena e Medicamentos para Saúde Mental.

A despesa com atenção básica totalizou R\$2,328 milhões em 1999, cerca de 37% do gasto de toda atenção ambulatorial ou quase 50% da despesa com assistência hospitalar. Do total da despesa com atenção básica, R\$1.694 milhão (72,7%) foi destinado ao PAB fixo e o restante aos incentivos do PAB variável.

O *per capita* médio nacional para Atenção Básica foi de R\$14,20 em 1999 (Tabela 4). A distribuição inter-regional dos recursos destinados à Atenção Básica é bastante equitativa. Nordeste e Norte, macrorregiões mais pobres, apresen-

Tabela 3Gasto *per capita* regionalizado do MS por região/Estado, segundo itens de despesa selecionados – 1999

Região e UF	Pessoal ativo ¹	Assistência ambulatorial e hospitalar ²	Rede MS3	Programas do FNS ⁴	Medicamentos estratégicos e excepcionais ⁵	Investimentos (FNS)	Funasa Controle de endemia	Funasa Saneamento básico	Total
Norte	20,09	50,18	0,43	3,64	2,40	3,56	4,91	7,42	92,63
Rondônia	35,93	55,28	–	3,84	1,61	3,02	7,47	9,53	116,68
Acre	21,57	49,93	–	3,72	2,48	4,57	11,24	51,38	144,90
Amazonas	15,00	45,57	–	2,76	3,23	3,09	5,18	4,17	79,0
Roraima	46,45	44,12	–	24,53	1,80	9,11	16,97	73,57	216,55
Pará	17,45	49,19	0,89	2,53	1,88	3,04	3,00	0,97	78,95
Amapá	25,66	44,22	–	12,96	2,09	8,05	9,08	11,87	113,93
Tocantins	18,18	63,83	–	2,67	4,33	4,47	3,84	8,11	105,43
Nordeste	14,88	61,75	0,14	2,55	2,51	2,51	2,47	2,54	89,35
Maranhão	18,85	58,62	–	2,02	1,14	1,48	2,12	2,87	87,10
Piauí	12,92	66,99	–	1,88	1,89	2,67	2,91	1,48	90,74
Ceará	14,88	67,90	0,92	2,17	3,84	2,31	2,38	3,17	97,57
Rio Grande do Norte	15,40	61,67	–	3,50	3,16	2,84	3,97	8,86	99,40
Paraíba	19,45	58,28	–	4,31	2,47	4,72	2,89	3,44	95,56
Pernambuco	15,25	67,50	–	3,02	3,68	2,00	1,89	1,46	94,80
Alagoas	14,74	61,65	–	2,46	2,61	2,31	2,99	5,48	92,24
Sergipe	16,90	61,50	–	3,52	2,46	1,99	4,59	2,65	93,61
Bahia	11,91	56,20	–	2,09	1,65	2,78	2,10	0,76	77,49
Sudeste	16,03	72,30	5,17	2,96	7,04	2,31	1,39	1,01	108,21
Minas Gerais	7,67	63,06	–	2,68	3,41	1,52	0,97	1,55	80,86
Espírito Santo	9,93	58,23	–	2,17	4,26	2,78	1,79	8,70	87,86
Rio de Janeiro	57,35	70,60	26,14	4,59	9,29	4,14	3,99	1,21	177,31
São Paulo	4,65	78,57	–	2,53	8,15	1,95	0,55	0,03	96,43
Sul	9,83	70,05	9,45	2,61	4,92	1,55	0,44	0,51	99,36
Paraná	4,31	71,53	–	4,19	4,57	1,21	0,52	0,50	86,83
Santa Catarina	7,05	65,29	–	1,38	5,52	1,83	0,41	1,11	82,59
Rio Grande do Sul	16,44	71,09	23,16	1,74	4,93	1,71	0,37	0,21	119,65
Centro-Oeste	18,50	60,15	–	4,69	3,75	3,21	6,88	3,00	100,18
Mato Grosso	12,87	57,59	–	5,82	5,09	2,29	3,72	3,05	90,43
Mato Grosso do Sul	10,88	61,59	–	3,47	3,27	3,85	4,13	8,58	95,77
Goiás	12,19	57,78	–	3,28	2,47	2,72	2,43	1,30	82,17
Distrito Federal	49,01	66,90	–	8,46	6,11	4,60	24,39	0,40	159,87
Brasil	15,25	66,52	3,68	2,96	4,87	2,41	2,19	1,98	99,86

Fonte: MS (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento); Siafi (para os dados de pessoal apurados por Maria Alice Fernandes) e Datasus. Elaboração dos autores.

¹ Estimativa baseada na distribuição do gasto federal com pessoal de saúde levantado por Maria Alice Fernandes

² Inclui Atenção Básica (PAB fixo, PSF, PACS, Vigilância Sanitária, PCCN, Funasa, Farmácia Básica, Medicina, Saúde Mental e Assistência, População Indígena)

³ Não inclui rede Sarah e Rede Funasa

⁴ Inclui erradicação *Aedes Aegypti*/dengue, sangue e hemodiálise; prevenção do câncer cervicouterino;

Emendas Parlamentares e AIDS (exclusive medicamento)

⁵ Estratégicos: utilizados para o tratamento de doenças de perfil endêmico (tuberculose, hanseníase, aids, leishmaniose, malária, esquistossomose, filariose, tracoma, peste, diabete e hemofilia). Excepcionais: medicamentos de alto custo e uso prolongado para tratamento de doenças neurológicas, auto-imunes, osteoporose e transplante

Tabela 4

Brasil – despesas *per capita* do Ministério da Saúde com atenção hospitalar e ambulatorial, por estado e região, 1999
Em R\$1,00

Região e UF	Assistência hospitalar	Assistência ambulatorial			Total
		MAC ¹	Atenção Básica ²	Sub-Total	
Norte	18,77	15,26	16,15	31,41	50,18
Rondônia	19,45	18,86	16,96	35,82	55,27
Acre	19,74	16,24	13,96	30,20	49,94
Amazonas	13,25	19,32	13,00	32,32	45,57
Roraima	12,86	18,25	13,02	31,27	44,13
Pará	20,48	11,76	16,96	28,72	49,20
Amapá	12,04	17,42	14,76	32,18	44,22
Tocantins	25,21	18,12	20,50	38,62	63,83
Nordeste	24,36	20,18	17,21	37,39	61,75
Maranhão	20,06	22,63	15,92	38,55	58,61
Piauí	28,29	19,62	19,07	38,69	66,98
Ceará	25,52	23,02	19,35	42,37	67,89
Rio Grande do Norte	21,85	23,04	16,78	39,82	61,67
Paraíba	25,32	16,49	16,46	32,95	58,27
Pernambuco	27,97	21,60	17,93	39,53	67,50
Alagoas	23,19	18,67	19,78	38,45	61,64
Sergipe	21,54	20,65	19,31	39,96	61,50
Bahia	23,46	17,52	15,22	32,74	56,20
Sudeste	31,08	29,01	12,21	41,22	72,30
Minas Gerais	28,44	19,85	14,77	34,62	63,06
Espírito Santo	24,20	21,75	12,28	34,03	58,23
Rio de Janeiro	30,21	28,46	11,94	40,40	70,61
São Paulo	33,25	34,25	11,07	45,32	78,57
Sul	36,36	20,33	13,35	33,68	70,04
Paraná	38,51	17,95	15,07	33,02	71,53
Santa Catarina	27,47	24,88	12,95	37,83	65,30
Rio Grande do Sul	38,89	20,25	11,95	32,20	71,09
Centro-Oeste	28,35	17,85	13,95	31,80	60,15
Mato Grosso do Sul	31,31	12,87	13,41	26,28	57,59
Mato Grosso	24,42	21,82	15,34	37,16	61,58
Goiás	27,26	16,69	13,84	30,53	57,79
Distrito Federal	32,72	21,08	13,10	34,18	66,90
Brasil	28,87	23,44	14,20	37,64	66,51

Fonte: MS/Datasus (Internet). Elaboração dos autores

¹ Média e alta complexidade ambulatorial, não inclui assistência hospitalar

² PAB fixo e incentivos (PACS/PSS, PCCN, etc.)

tam valores *per capita* expressivamente superiores as demais, R\$17,21 e R\$16,15, respectivamente. A diferença entre Nordeste (R\$17,21) e Sudeste (R\$12,21) é superior a 40%. Dezesseis estados receberam um *per capita* para atenção básica acima da média nacional: todos os estados do Nordeste, quatro da região Norte (Rondônia, Pará, Amapá e Tocantins) e apenas três (Mato Grosso, Paraná e Minas Gerais) das demais regiões.

b) Atenção Ambulatorial de Média e Alta Complexidade

A atenção ambulatorial de alta e média complexidade realizou em 1999 um dispêndio de R\$3.843 milhões, 65% superior ao da atenção básica (R\$2.328 milhões) e equivalente a 35% do gasto assistencial total (R\$10.905 milhões).

Do ponto de vista redistributivo, a atenção ambulatorial de alta e média complexidade teve, em 1999, um comportamento praticamente inverso ao da atenção básica (Tabela 4). Fortemente condicionados pela distribuição espacial da oferta, os dispêndios federais (*per capita*) com atenção ambulatorial de média e alta complexidade são expressivamente mais altos na região Sudeste (R\$29,01) do que nas demais (Norte, R\$15,26; Nordeste, R\$20,18; Centro-Oeste, R\$17,85 e Sul, R\$20,33). A região Sudeste é a única com *per capita* bem superior (23,8%) à média nacional (R\$23,44).

Entre os estados o caráter concentrador da despesa se mantém. Apenas São Paulo (R\$34,25), Rio de Janeiro (R\$28,46) e Santa Catarina (R\$24,88) superaram a média nacional. Nenhum Estado do Norte e do Nordeste alcançou a média nacional. Apenas Ceará (R\$23,02) e Rio Grande do Norte (R\$23,04) chegaram perto. Na região Norte, o Pará situou-se quase 50% abaixo do *per capita* nacional.

c) Assistência Hospitalar

Em 1999 a despesa com assistência hospitalar foi de R\$3.943 milhões, ou seja, um *per capita* nacional médio de R\$28,87 (Tabela 4). Do ponto de vista inter-regional o *per capita* mais alto foi o da região Sul (R\$36,36) e os mais baixos foram os das regiões Norte (R\$18,77) e Nordeste (R\$24,36).

As desigualdades observadas na assistência ambulatorial de alta e média complexidade se configuram menos expressivas do que no campo da atenção hospitalar quando visto sob a ótica da Razão entre Valores Extremos. Enquanto no primeiro caso a Razão entre o *per capita* mais alto (São Paulo, R\$34,25) e o mais baixo (Mato Grosso do Sul, R\$12,87) é de 2,66, no se-

gundo (atenção hospitalar) a Razão é 3,22 onde o *per capita* mais alto está no sul (Rio Grande do Sul, R\$38,89) e o mais baixo no norte (Amapá, R\$12,04).

Por outro lado, os seis estados com *per capita* acima da média nacional estão nas regiões Sudeste (SP e RJ), Sul (PR e RS) e Centro-Oeste (MS e DF). Por exclusão todos os estados do Norte e Nordeste estão abaixo da média sendo que em três (AM, RR e AP) os *per capita* correspondem a menos de 50% do valor médio nacional.

• Programas selecionados

Neste grupo foram consolidadas as despesas com Assistência Farmacêutica (R\$798,9 milhões), Controle de Endemias (R\$358,4 milhões), Saneamento Básico (R\$323,9 milhões) e alguns programas do Fundo Nacional de Saúde (doenças transmissíveis, sangue e hemoderivados, câncer cérvico uterino, Aids e emendas parlamentares num total de R\$485,3 milhões).

a) Assistência Farmacêutica

Os recursos despendidos com medicamentos excepcionais e estratégicos atingiram o montante de R\$798,9 milhões em 1999. O total do gasto com assistência farmacêutica seria, na verdade, maior se incluídos os medicamentos destinados à farmácia básica e para saúde mental que foram computados na despesa com Atenção Básica e os medicamentos usados nas internações, incluídos na assistência hospitalar. Assim, considerando-se apenas os medicamentos estratégicos e excepcionais, nota-se grandes diferenças inter-regionais e interestaduais na alocação desses recursos. A região Sudeste tem um *per capita* de R\$7,04 (44,5% acima da média nacional, que foi de R\$4,87) e a região Sul (R\$4,92) quase iguala essa média do país. Todas as demais, principalmente Norte (R\$2,40) e Nordeste (R\$2,51), estão bem abaixo da média.

As diferenças aumentam na distribuição entre estados. O *per capita* do Rio de Janeiro (R\$9,29) é oito vezes superior ao do Maranhão (R\$1,14), o menor do país. Vinte e um estados estão abaixo da média nacional, o que inclui todo o Nordeste e Norte. Nas demais regiões apenas MT, GO, PR, ES e MG estão na mesma situação dos estados do Norte e Nordeste.

Uma parte da desigualdade pode ser explicada pela distribuição dos medicamentos para Aids cuja alocação está concentrada na região Sudeste, especialmente nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. Contudo, como esses re-

curso são distribuídos de forma proporcional ao número de doentes, vale dizer considerando necessidades objetivas específicas, a alocação desigual conforma uma política nitidamente ancorada no princípio da equidade, desde que desconsiderando a possibilidade de contrapartida de cada estado (Tabela 5).

b) Programas a Cargo do Fundo Nacional de Saúde

No âmbito do Fundo Nacional de Saúde foram regionalizados R\$561,6 milhões, correspondendo aos recursos alocados para controle de algumas doenças transmissíveis (R\$186,2 milhões), câncer cérvico uterino (R\$46,8 milhões) e Aids, com exclusão de medicamentos, (R\$106,5 milhões), aos quais foram agregados os montantes destinados ao programa de sangue e hemoderivados (R\$34,7 milhões) e emendas parlamentares (R\$187,4 milhões). As emendas parlamentares e o controle de doenças transmissíveis respondem por 66% dos recursos.

Duas regiões estão, em valores *per capita*, abaixo da média nacional que corresponde a R\$2,96: Nordeste (R\$2,55) e Sul (R\$2,61). As regiões Centro-Oeste (R\$4,69) e Norte (R\$3,64) apresentam os valores *per capita* mais altos (Tabela 5).

O *per capita* de Roraima (R\$24,53) é o mais alto do país e cerca de 7 vezes maior que a média nacional. Os outros dois estados com os mais altos *per capita* são Amapá (R\$12,96) e Distrito Federal (R\$8,46).

c) Controle de Endemias

No controle de endemias sob a responsabilidade da Funasa os recursos regionalizados atingiram o valor de R\$358,4 milhões, dos quais 32,7% foram aplicados no combate ao *aedes aegypti*.

A distribuição desses recursos não é comparável às anteriores dada a natureza das aplicações. Como são recursos para controle de endemias é óbvio que sejam utilizados onde essas doenças estão mais presentes. Por isto os *per capita* do Sul (R\$0,44) e Sudeste (R\$1,39) são os mais baixos. Seriam ainda menores não fora a reintrodução do *aedes* incorporando a dengue e o risco da febre amarela entre os problemas de saúde pública dessas duas regiões. Os mais altos *per capita* para o controle de endemias são encontrados nas regiões Centro-Oeste (R\$6,88) e Norte (R\$4,91). O valor da região Centro-Oeste, contudo, deve ser visto com cautela pois, possivelmente, incorpora despesas cuja regionalização não foi identificada (Tabela 5).

b) Saneamento Básico

Perto de 66% dos recursos destinados a saneamento básico (R\$323,9 milhões) financiaram ações e serviços de esgotamento sanitário, enquanto 25,5 % foram alocados para abastecimento de água.

No conjunto dos gastos com saneamento, as regiões Nordeste e Norte, principalmente a primeira, foram as mais favorecidas, absorvendo 57,2% do total de recursos. Em valores *per capita*, a região Norte com uma aplicação de R\$7,42 por habitante situa-se 3,7 vezes acima da média nacional (R\$1,98). Em seguida ficaram as regiões Centro-Oeste (R\$3,00) e Nordeste (R\$2,54) (Tabela 5).

As diferenças interestaduais são bastante acentuadas especialmente na região Norte. Nessa região, os valores *per capita* aplicados no Acre (R\$51,38) e em Roraima (R\$73,57) contrastam, por exemplo, com os R\$0,97 despendidos no Pará. Nas demais regiões as discrepâncias entre estados, embora presentes, não têm a mesma magnitude da encontrada na região Norte. Os estados menos beneficiados foram São Paulo (R\$0,03), Rio Grande do Sul (R\$0,21), Distrito Federal (R\$0,40), Bahia (R\$0,76) e Pará (R\$0,97).

• Outros gastos

a) Rede Hospitalar Federal

Mas é na distribuição dos recursos para custeio da rede hospitalar federal vinculada ao Ministério da Saúde que mais claramente se estabelece o caráter concentrador histórico da oferta de serviços que tende a seguir a localização da riqueza e/ou do poder político. Em 1999, o Ministério da Saúde gastou R\$603,6 milhões no custeio da rede vinculada, não incluindo os repasses para a rede da Fundação das Pioneiras Sociais (Sarah).

Metade dos recursos de custeio da rede federal de saúde, não incluídos os recursos provenientes da produção de serviços, são despendidos no Rio de Janeiro (*per capita* de R\$26,14) (Tabela 6) onde está sediada a maior parte dos hospitais do MS (inclusive os que pertenceram à previdência social) construídos no período em que essa cidade foi capital da república. Regionalmente 96% dos recursos federais estão no Sul e Sudeste, predominantemente em duas cidades (Rio de Janeiro e Porto Alegre).

A inclusão da Rede Sarah (R\$182 milhões) poderia aumentar a desigualdade por incluir hospitais no Rio, Brasília, Belo Horizonte, Salvador e São Luiz. Mas sobre as despesas da Fun-

Tabela 5

Despesa *per capita* do Ministério da Saúde em programas selecionados, por Estado e região
Em R\$1,00

Região e UF	Assistência farmacêutica	Controle de endemias	Programas do FNS	Saneamento básico	Total
Norte	2,40	4,91	3,64	7,42	18,37
Rondônia	1,61	7,47	3,84	9,53	22,45
Acre	2,48	11,24	3,72	51,38	68,82
Amazonas	3,23	5,18	2,76	4,17	15,34
Roraima	1,80	16,97	24,53	73,57	116,87
Pará	1,88	3,00	2,53	0,97	8,38
Amapá	2,09	9,08	12,96	11,87	36,00
Tocantins	4,33	3,84	2,67	8,11	18,95
Região Nordeste	2,51	2,47	2,55	2,54	10,07
Maranhão	1,14	2,12	2,02	2,87	8,15
Piauí	1,89	2,91	1,88	1,48	8,16
Ceará	3,84	2,38	2,17	3,17	11,56
Rio Grande do Norte	3,16	3,97	3,50	8,86	19,49
Paraíba	2,47	2,89	4,31	3,44	13,11
Pernambuco	3,68	1,89	3,02	1,46	10,05
Alagoas	2,61	2,99	2,46	5,48	13,54
Sergipe	2,46	4,59	3,52	2,65	13,22
Bahia	1,65	2,10	2,09	0,76	6,60
Região Sudeste	7,04	1,39	2,96	1,01	12,40
Minas Gerais	3,41	0,97	2,68	1,55	8,61
Espírito Santo	4,26	1,79	2,17	8,70	16,92
Rio de Janeiro	9,29	3,99	4,59	1,21	19,08
São Paulo	8,15	0,55	2,53	0,03	11,26
Região Sul	4,92	0,44	2,61	0,51	8,48
Paraná	4,57	0,52	4,19	0,50	9,79
Santa Catarina	5,52	0,41	1,38	1,11	8,42
Rio Grande do Sul	4,93	0,37	1,74	0,21	7,25
Região Centro-Oeste	3,75	6,88	4,69	3,00	18,32
Mato Grosso do Sul	5,09	3,72	5,82	3,05	17,68
Mato Grosso	3,27	4,13	3,47	8,58	19,45
Goiás	2,47	2,43	3,28	1,30	9,48
Distrito Federal	6,11	24,39	8,46	0,40	39,36
Brasil	4,87	2,19	2,96	1,98	12,00

Fonte : MS (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento); Siafi (para os dados de pessoal apurados por Maria Alice Fernandes) e Datasus. Elaboração dos autores.

dação das Pioneiras Sociais entidade não foi possível obter informação discriminada.

b) Investimentos na Rede de Saúde

Os investimentos do MS em saúde, cuja localização geográfica foi possível identificar, totalizaram em 1999 R\$394 milhões, dos quais cerca de R\$220 milhões (55,8%) corresponderam à participação do Reforsus. Este valor não incorpora, no entanto, as despesas de investimento incluídas nos repasses “fundo a fundo”. A distribuição *per capita* favorece as regiões mais pobres, o que parece resultar do objetivo

redistributivo presente nos critérios de rateio adotados pelo Reforsus. Nas regiões Sul e Sudeste, apenas o Rio de Janeiro (R\$4,14) está acima da média nacional (R\$2,41), o que parece resultar do esforço na recuperação e reaparelhamento das unidades do MS sediadas na capital. Esse Estado recebeu perto de 35% dos recursos da região. Apesar de São Paulo ter sido, em todo o país, o Estado melhor aquinhado no montante global de recursos (R\$69,7 milhões), o *per capita* correspondente (R\$1,95) está 19% abaixo da média nacional (Tabela 6).

Tabela 6

Brasil – outras despesas *per capita* do Ministério da Saúde, por Estado e região 1999
Em R\$1,00

Região e UF	Pessoal ativo	Rede MS	Investimentos FNS	Total
Norte	20,09	0,43	3,56	24,08
Rondônia	35,93	–	3,02	38,95
Acre	21,57	–	4,57	26,14
Amazonas	15,00	–	3,09	18,09
Roraima	46,45	–	9,11	55,56
Pará	17,45	0,89	3,04	21,38
Amapá	25,66	–	8,05	33,71
Tocantins	18,18	–	4,47	22,65
Nordeste	14,88	0,14	2,51	17,53
Maranhão	18,85	–	1,48	20,33
Piauí	12,92	–	2,67	15,59
Ceará	14,88	0,92	2,31	18,11
Rio Grande do Norte	15,40	–	2,84	18,24
Paraíba	19,45	–	4,72	24,17
Pernambuco	15,25	–	2,00	17,25
Alagoas	14,74	–	2,31	17,05
Sergipe	16,90	–	1,99	18,89
Bahia	11,91	–	2,78	14,69
Sudeste	16,03	5,17	2,31	23,51
Minas Gerais	7,67	–	1,52	9,19
Espírito Santo	9,93	–	2,78	12,71
Rio de Janeiro	57,35	26,14	4,14	87,63
São Paulo	4,65	–	1,95	6,60
Sul	9,83	9,45	1,55	20,83
Paraná	4,31	–	1,21	5,52
Santa Catarina	7,05	–	1,83	8,88
Rio Grande do Sul	16,44	23,16	1,71	41,31
Centro-Oeste	18,50	–	3,21	21,71
Mato Grosso do Sul	12,87	–	2,29	15,16
Mato Grosso	10,88	–	3,85	14,73
Goiás	12,19	–	2,72	14,91
Distrito Federal	49,01	–	4,60	53,61
Brasil	15,25	3,68	2,41	21,34

Fonte : MS (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento); Siafi (para os dados de pessoal apurados por Maria Alice Fernandes) e Datasus. Elaboração dos autores

As regiões Norte (R\$3,56), Centro-Oeste (R\$3,21) e Nordeste (R\$2,51) apresentam valores *per capita* acima da média nacional. Na região Norte essa vantagem alcança todos os estados. No Nordeste a ligeira superioridade (4%) em relação à média nacional decorre do peso de quatro estados acima da média *per capita* (BA, PB, RN, e PI), principalmente os dois primeiros, que receberam metade dos recursos da região (Tabela 6).

c) Despesas com Pessoal Ativo

A despesa com pessoal ativo do MS totalizou, em 1999, R\$2,5 bilhões – o equivalente a

13,6% do gasto total líquido. As regiões Norte, com um *per capita* de R\$20,09, e Sul, com R\$9,83, são as que mais se afastam da média nacional (R\$15,25), respectivamente, para mais e para menos.

As grandes disparidades, algumas explicáveis, estão entre os *per capita* estaduais. No Estado do Rio de Janeiro o valor de R\$57,35 é devido à localização na capital da maior parte da rede hospitalar do MS. Por outro lado, no Rio Grande Sul, o gasto *per capita* de R\$16,44 – o segundo mais alto das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (excluindo o DF) –, a rigor, está

subestimado porque não incorpora as despesas com a folha de salário do Grupo Hospitalar Conceição (R\$221,7 milhões) em Porto Alegre, atendida com recursos de outra rubrica orçamentária.

Enquanto não se tem a clareza quanto aos casos de Roraima (R\$46,45) e mesmo Rondônia (R\$35,93), o Distrito Federal merece uma análise especial (Tabela 6). Por um lado, porque o valor encontrado – R\$49,01, o segundo *per capita* mais alto do país – deve ser visto com reservas, provavelmente, por estar contabilizando a despesa com os quadros do nível central do MS a qual, por sua natureza *nacional*, não deveria ser regionalizada. Por outro, o *per capita* está fortemente subestimado, porque como se está tratando apenas do gasto do MS, não se está incorporando a despesa do Ministério da Fazenda com o pagamento do pessoal ativo da Secretaria de Saúde local. Esse gasto, da ordem de R\$410 milhões em 1999, se fosse considerado elevaria o *per capita* para R\$257,01 incluídos os R\$49,01 antes mencionados.

Resultados globais

A tabela 7 apresenta regionalizações do gasto federal com saúde considerando três agregados (a) **Agregado A** – somatório de recursos do MS destinados a projetos/atividades que apresentam, pelo menos teoricamente, maiores possibilidades de realocação (Assistência Ambulatorial e Hospitalar, Programas do Fundo Nacional de Saúde, Medicamentos Estratégicos e Excepcionais e Investimentos na Rede de Saúde); (b) **Agregado B** – total dos recursos regionalizados do MS, incluindo, além dos citados no Agregado A, os recursos destinados a projetos/atividades com maior rigidez na alocação. Neste caso incluem-se as despesas com custeio da rede hospitalar própria, pessoal ativo, controle de endemias e saneamento básico; e (c) **Agregado C** – adicionando as despesas do MEC no custeio dos hospitais universitários e de ensino e as transferências do Ministério da Fazenda para o Distrito Federal.

Na primeira alternativa (Agregado A), a região com maior alocação *per capita* (R\$84,61) é a Sudeste, 10,2% acima da média nacional (R\$76,76). O *per capita* da região Sul, segundo mais alto, é de R\$79,12. A variação entre a região de maior *per capita* (Sudeste) e de menor (Norte, R\$ 59,78) é de 24,4%. Na região Nordeste o valor é de R\$69,13, segundo mais baixo do país e 18,3% inferior ao da região Sudeste.

Tabela 7

Distribuição *per capita* dos recursos federais para saúde, por região e Estado, segundo diferentes agregações
Em R\$1,00

Região e UF	Agregados		
	A ¹	B ²	C ³
Norte	59,78	92,63	92,75
Rondônia	63,76	116,68	116,68
Acre	60,71	144,90	144,90
Amazonas	54,65	79,00	79,30
Roraima	79,57	216,55	216,55
Pará	56,63	78,93	79,06
Amapá	67,31	113,92	113,92
Tocantins	75,29	105,42	105,42
Nordeste	69,31	89,35	89,55
Maranhão	63,26	87,09	87,27
Piauí	73,43	90,74	91,13
Ceará	76,22	97,57	97,73
Rio Grande do Norte	71,16	99,40	99,82
Paraíba	69,78	95,56	95,94
Pernambuco	76,20	94,80	95,04
Alagoas	69,02	92,24	92,42
Sergipe	69,47	93,61	93,74
Bahia	62,72	77,49	77,57
Sudeste	84,61	108,20	108,51
Minas Gerais	70,67	80,85	81,30
Espírito Santo	67,44	87,86	88,19
Rio de Janeiro	88,63	177,33	177,84
São Paulo	91,19	96,42	96,59
Sul	79,12	99,35	103,93
Paraná	81,52	86,85	87,19
Santa Catarina	74,02	82,59	82,74
Rio Grande do Sul	79,48	119,66	130,51
Centro-Oeste	71,81	100,19	137,08
Mato Grosso do Sul	70,79	90,42	90,84
Mato Grosso	72,18	95,78	95,97
Goiás	66,25	82,18	82,50
Distrito Federal	86,06	159,87	368,53
Brasil	76,76	99,85	103,26

Fonte : MS (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento); Siafi (para os dados de pessoal apurados por Maria Alice Fernandes) e Datasus. Elaboração dos autores.

¹ Inclui as despesas com assistência hospitalar e ambulatorial, programas do Fundo Nacional de Saúde, medicamentos estratégicos e excepcionais, e investimentos

² Agregados acrescidos das despesas de custeio da rede do MS, pessoal ativo, controle de endemias e saneamento básico

³ Agregado B acrescido dos gastos do MEC no custeio dos hospitais universitários e de ensino de transferências do Ministério da Fazenda para o Sistema de Saúde do Distrito Federal

A variação percentual, positiva ou negativa, do *per capita* de cada Estado em relação ao *per capita* médio do país pode ser visto na figura 1.

A segunda alternativa (Agregado B) leva em conta todas as alocações do MS, tanto financeiras como em espécie, incluindo os dispêndios com recursos humanos e com a rede hospitalar própria concentrada no Rio de Janeiro e Porto Alegre, e não, como na anterior, apenas recursos com menor rigidez para realocação. Nesta alternativa os recursos são equivalentes a 89,2% do gasto líquido ou 80,5% do gasto total. As desigualdades inter-regionais e interestaduais se repetem nesta alternativa em proporção inferior à anterior.

A região Sudeste continua sendo a que recebe o maior valor *per capita* (R\$108,20), mas a região Nordeste passa a ser a região menos beneficiada com um *per capita* de R\$89,35, com uma variação de menos 17,4% em relação ao Sudeste. A alteração na colocação da região Norte deve-se ao fato de que esta alternativa inclui as despesas regionalizadas com pessoal ativo e, nessa região, por conta das atividades de controle de endemias, ainda é grande o número de servidores federais ali atuantes.

O ordenamento dos estados e as variações percentuais dos *per capita* estaduais em relação ao valor médio nacional também se altera, conforme demonstrado no figura 2. Alguns estados do Norte, por força dos recursos destinados

para controle de endemias, pagamento de pessoal ativo, saneamento básico e investimentos, passam a ter *per capita* superiores à média nacional.

A terceira alternativa (Agregado C) corresponde ao gasto federal com o SUS, ou seja, o gasto do Ministério da Saúde, com as exclusões mencionadas, acrescido das despesas do MEC, com Hospitais Universitários, e do Ministério da Fazenda, com repasses para o Distrito Federal (folha de salário do pessoal ativo da Secretaria de Saúde). Com isso aumentam, ainda que ligeiramente, as disparidades entre estados, sobretudo pelo aumento dos dispêndios no Rio de Janeiro e no Distrito Federal. Note-se que a informação sobre a rede do MEC deve ser usada com cautela, diante da provável subestimação dos dados.

Alocação observada versus alocação simulada segundo critérios de necessidades

As desigualdades na distribuição interestadual dos recursos federais apresentadas nos itens anteriores foram analisadas com base no grau de afastamento do gasto *per capita* de cada Estado ou região em relação ao valor médio nacional desse indicador. Contudo, em se tratando da distribuição de recursos para a saúde, uma distribuição igualitária não é necessária-

Figura 1
Percentual em relação a média *per capita* dos recursos federais para a saúde, por unidades da federação, segundo agregado "A".

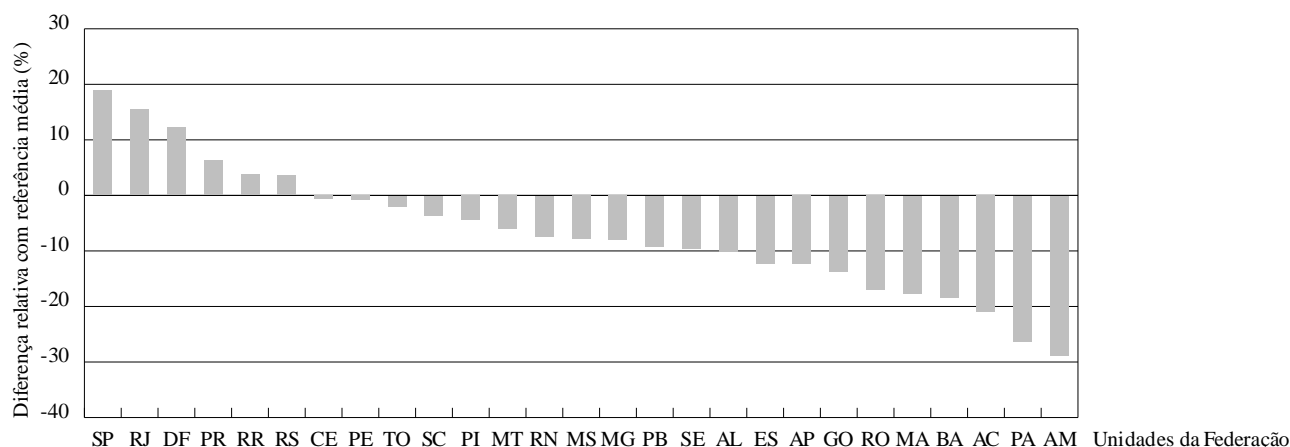
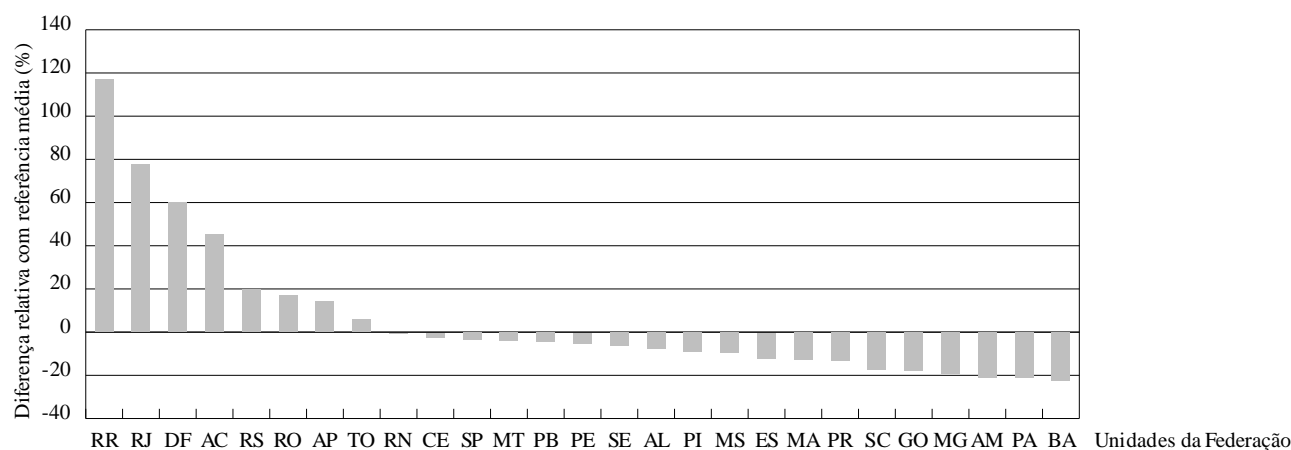


Figura 2

Percentual em relação a média *per capita* dos recursos federais para a saúde, por unidades da federação, segundo agregado "B".



mente equitativa, sobretudo se forem levadas em consideração as diferenças nos perfis demográfico, epidemiológico e socioeconômico da população, que determinam diferentes níveis de necessidades de saúde. Dessa forma, um ponto fundamental nas diferentes abordagens metodológicas para estimar uma distribuição equitativa dos recursos para a saúde deve necessariamente incorporar as desigualdades no perfil demográfico, segundo sexo e idade, e um indicador de **necessidades**, que permita dimensionar desigualdades relativas entre condições sanitárias e socioeconômicas das populações de distintas áreas geográficas.

Uma metodologia para a alocação de recursos com base nas necessidades de saúde, baseada em experiências internacionais, em especial a inglesa, foi desenvolvida por Porto *et al.* (2001). No referido estudo foi construída uma fórmula para a alocação de recursos, incorporando as dimensões supramencionadas. Como *proxy* de necessidades de saúde criou-se um indicador composto, a partir de doze variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, por meio de um procedimento de análise estatística multivariada (análise dos componentes principais).

A comparação entre a distribuição observada dos recursos federais para a assistência ambulatorial e hospitalar em 1999 e aquela estimada segundo critérios de necessidades de saúde (Tabela 8) demonstra que, para se ter uma distribuição mais equitativa:

- 1) as regiões Norte e Nordeste deveriam ter um acréscimo de mais de 17% no *per capita* médio e todos os estados dessas duas regiões seriam beneficiados com aumentos nos respectivos *per capita* que variariam entre 7,71% (Tocantins) e 30,99% (Pernambuco);
- 2) todos os estados das regiões Sudeste e Sul, com exceção do Espírito Santo, sofreriam alguma redução no gasto por habitante. As mais importantes ocorreriam nos estados de São Paulo (-19,32%), Paraná (-10,83%) e Rio Grande do Sul (-10,68%). As duas regiões perderiam entre 10 a 11% na distribuição segundo as necessidades de saúde;
- 3) a região Centro-Oeste manteria, aproximadamente, a mesma distribuição *per capita*; entretanto, os três estados ganhariam mais recursos, enquanto o Distrito Federal perderia 13,21% no seu *per capita*.

Cabe destacar que nesta comparação não estão incluídas todas as despesas efetuadas pelo Ministério da Saúde com assistência ambulatorial e hospitalar, já que não foram considerados os recursos destinados à rede própria e a "organizações sociais", como por exemplo a rede Sarah Kubitschek, por serem menos passíveis de redistribuições inter-regionais. Contudo, para avaliar o impacto mais completo da alocação estimada em função de indicadores de necessidades, esses recursos deveriam ser incluídos. Da mesma forma, a fórmula aplicada sobre o montante total da despesa regionalizada do Minis-

Tabela 8

MS: Distribuição observada dos gastos *per capita* em assistência hospitalar e ambulatorial do Ministério da Saúde e alocação *per capita* estimada segundo população ajustada por sexo/idade/custo e *proxy* de necessidade, Brasil, 1999. Em R\$1,00

Região / UF Estado	Gasto <i>per capita</i> com Assistência Ambulatorial e Hospitalar (1)		
	Observado	Estimado	Diferença
Norte	51.52	69.08	17.56
Rondônia	56.35	66.11	9.76
Acre	51.43	73.90	22.47
Amazonas	46.98	64.77	17.79
Roraima	45.49	70.02	24.53
Pará	50.40	71.10	20.70
Amapá	46.40	58.73	12.33
Tocantins	65.49	73.20	7.71
Nordeste	62.58	80.03	17.45
Maranhão	59.57	84.50	24.93
Piauí	67.58	83.82	16.24
Ceará	68.98	78.12	9.14
Rio Grande do Norte	62.54	79.66	17.12
Paraíba	58.77	89.76	30.99
Pernambuco	68.24	78.79	10.55
Alagoas	62.41	92.26	29.85
Sergipe	62.74	71.94	9.20
Bahia	56.97	75.17	18.20
Sudeste	73.43	62.32	-11.11
Minas Gerais	63.89	62.85	-1.04
Espírito Santo	59.13	61.85	2.72
Rio de Janeiro	71.49	66.01	-5.48
São Paulo	79.99	60.67	-19.32
Sul	71.00	60.81	-10.19
Paraná	72.53	61.70	-10.83
Santa Catarina	66.31	58.26	-8.05
Rio Grande do Sul	71.96	61.28	-10.68
Centro-Oeste	61.52	61.99	0.47
Mato Grosso do Sul	58.63	63.00	4.37
Mato Grosso	62.95	63.99	1.04
Goiás	59.15	63.25	4.10
Distrito Federal	68.61	55.40	-13.21
Brasil	67.58	67.58	0.00

(1) Assistência hospitalar/ambulatorial inclui pagamentos do SIH/SIA, Transferências para MAC e Atendimentos Básicos

tério da Saúde, por ter esta uma distribuição observada diferente daquela da assistência ambulatorial e hospitalar, daria resultados diferentes em termos de variações para mais ou para menos dos *per capita* estaduais.

Considerações finais

É inegável o avanço do processo de descentralização da gestão para estados e municípios. Nessa trajetória, privilegiou-se critérios e mecanismos distintos de transferências, segundo o tipo de serviço ou programa, ao invés da idéia original de repasses globais. Na política alocativa do Ministério da Saúde a equidade na distribuição dos recursos foi pouco valorizada, ainda que a expansão de algumas ações, especialmente as de atenção básica, tenham favorecido, indubitavelmente, as regiões e os segmentos populacionais com maiores necessidades de saúde.

O conhecimento da distribuição dos recursos federais entre os diferentes estados e regiões do país é um dos requisitos essenciais para avaliação do impacto redistributivo da participação federal no financiamento do SUS, bem como para balizar propostas de novos critérios alocativos que tenham o alcance de maior equidade na distribuição dos recursos como principal objetivo.

A regionalização observada dos recursos do Ministério da Saúde em 1999 nas três alternativas analisadas (Agregados A, B e C) demonstra que a distribuição dos recursos federais apresentou partilhas inter-regionais e interestaduais que favorecem as regiões e, com raras exceções, os estados mais desenvolvidos.

Separadamente, o custeio da rede própria do MS e o atendimento ambulatorial de média e alta complexidade, por exemplo, apresentam distribuições *per capita* que favorecem, nitidamente, as regiões mais desenvolvidas do Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Por outro lado, os investimentos do MS em infra-estrutura da rede de saúde, a assistência farmacêutica, atenção básica, controle de ende-

mias e saneamento, parecem ser, embora determinados por critérios distintos, os que mais tendem à equidade.

Cabe lembrar que a regionalização aqui apresentada teve por objeto somente os recursos federais. Seguramente as desigualdades seriam bem maiores se fosse analisada a alocação do gasto público total com saúde, incluindo, nesse caso, as despesas dos estados e municípios com recursos próprios. Em princípio, os estados e municípios mais ricos devem aplicar mais em saúde.

Contudo, como dito anteriormente, a simples medição dos diferenciais dos *per capita* estaduais em relação à média nacional não é suficiente para medir as iniquidades na alocação de recursos. A utilização de fórmula alocativa que contempla os diferentes perfis demográfico, epidemiológico e as condições sócio-sanitárias de cada Estado mostra, no exemplo anteriormente apresentado, a existência de iniquidades na alocação dos recursos para assistência ambulatorial e hospitalar. Caso os recursos financeiros fossem alocados a partir da fórmula que contempla as dimensões supra-referidas, deveria haver uma redistribuição de recursos da maior parte dos estados das regiões Sudeste e Sul e do Distrito Federal em favor dos estados das regiões Norte e Nordeste.

Naturalmente, o processo de alocação equitativa dos recursos para custeio deve ser acompanhado de programas de investimento que tenham por objetivo equilibrar inter-regionalmente a oferta de serviços de saúde. Ademais, uma política de diminuição do grau de iniquidades existente na alocação dos recursos federais deve ser implementada de forma gradual e continuada, preferentemente com recursos adicionais, o que reduziria as resistências políticas à sua implementação.

Por último, é preciso salientar que a adoção de critérios de equidade no estabelecimento de tetos estaduais deveria ser acompanhada por políticas similares no âmbito estadual, pois, sem isso, corre-se o risco de pouco contribuir para a diminuição das desigualdades inter-municipais.

Referências bibliográficas

- Brasil 2002. *Relatório de gestão da Secretaria da Assistência à Saúde 1998/2001*. (2ª ed. revista e modificada). Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília.
- Brasil 1997. *Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988*. Saraiva, São Paulo.
- Brasil 1995. *Avaliação do funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde*. Ministério da Saúde.
- Brasil 1997. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080/90. Lei Orgânica da Saúde – 1990. *Manual de Gestor SUS*. Lida-dor, Rio de Janeiro.
- Brasil 1997. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS 01/1993 – Portaria MS n. 545, 20 de maio de 1993. *Manual de Gestor SUS*. Lida-dor, Rio de Ja-neiro.
- Levcovitz E, Lima L & Machado C 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):269-291.
- Médici AC 1991. *Perspectivas do financiamento à saúde no governo Collor de Mello*. OPAS (Série Economia e Fi-nanciamento, n. 2).
- Porto SM & Ugá MAD 1992. Avanços e percalços do fi-nanciamento do setor saúde no Brasil. In E Gallo *et al.* (orgs.). *Planejamento criativo: novos desafios teóri-cos em políticas de saúde*. Relume-Dumará, Rio de Ja-neiro.
- Rezende F 1992. *O financiamento da saúde no marco das propostas de reforma do Estado e do sistema tributário brasileiro*. OPAS (Série Economia e Financiamento, n. 3).
- Ugá MAD 1991. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. *Revista Planejamento e Políticas Pú-blicas* 5, jun. Ipea.
- Ugá MAD 1997. *Proposta de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico*. Tese de doutora-mento, UERJ. (Mimeo).

Artigo apresentado em 15/10/2002

Aprovado em 18/10/2002

Versão final apresentada em 4/11/2002