



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

de Souza, Renilson Rehem
Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 2, 2003, pp. 449-460
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042996010>

- 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

Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde

Reduction of the regional inequalities in the allocation of the federal resources for the health

Renilson Rehem de Souza¹

Abstract This article is about the strategies developed by Brazilian Ministry of Health to change the patterns of health financing in the country. In the beginning of its introduction, the new National Health System (SUS) kept the old way of health financing, which was used by the social welfare system. Once this system had to serve its contributors, the most part of the health funds was destined to the most developed regions of the country, which concentrate a biggest number of workers included in the social welfare. To solve this, the Ministry of Health adopted new kinds of fund distribution. The poorest regions share began proportionally biggest than the richest ones. As a result of this strategy, the differences of funds among regions became shorter, and it's also possible to conclude that the services supply raised in the poorest regions of the country.

Key words Financing, Inequality, Health assistance

Resumo O artigo trata das estratégias do Ministério da Saúde para mudar o padrão de financiamento da saúde no Brasil. No início da implantação do Sistema Único de Saúde, manteve-se a lógica de financiamento do antigo sistema, baseado na prestação de assistência aos beneficiários da previdência social. Isso concentrava os recursos nas regiões do país mais desenvolvidas economicamente, e que possuíam uma rede de serviços mais estruturada. Como solução, foram adotadas novas modalidades de repasse financeiro. Para aquelas regiões menos favorecidas, os repasses passaram a ser proporcionalmente maiores. A estratégia resultou numa diminuição das diferenças regionais nos valores alocados pelo gestor federal para a saúde, com números que também apresentam indícios de uma maior expansão da oferta de serviços de saúde nas regiões mais pobres.

Palavras-chave Financiamento, Desigualdade, Assistência à saúde

¹ Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, edifício sede, sala 901, 70058-900, Brasília DF.
renilson@sauda.gov.br

Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde

Um passo significativo para o cumprimento da diretriz constitucional de construção do Sistema Único de Saúde com direção única em cada esfera de governo foi a transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) para o Ministério da Saúde. Esse ato teve efeito com a publicação do decreto n. 99.060, de 7 de março de 1990, antes, portanto, da promulgação da lei n. 8.080, que só ocorreu em setembro do mesmo ano. Assim, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do SUS tendo o Inamps como base do novo sistema.

Para assegurar a continuidade, agora em caráter universal, da assistência médico-hospitalar a ser prestada à população, o papel exercido pelo Inamps e a participação do Ministério da Previdência no financiamento do mesmo foram inicialmente preservados. O Inamps somente foi extinto pela lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, quase três anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90).

No parágrafo único do seu artigo primeiro, a lei que o extinguiu estabelecia que: *As funções, competências, atividades e atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.*

Ao se preservar o Inamps, preservou-se também a sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros. Dessa forma, o SUS iniciou sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se, porém, de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a um segmento específico da população.

Uma das consequências dessa preservação foi o estabelecimento de limites físicos e financeiros para as unidades federadas segundo a lógica do Inamps, o que garantiria a manutenção da situação até então vigente. Ou seja, o SUS não adotou uma lógica própria para financiar a assistência à saúde de toda a população, o que significaria um grande remanejamento da alocação de recursos entre os estados. Essa medida, sem dúvida, geraria uma forte reação política dos estados mais desenvolvi-

dos e que contavam com uma maior proporção de recursos.

Porém, a manutenção do Inamps e de sua lógica de financiamento não evitou que, a partir de maio de 1993, portanto pouco antes da sua extinção (em 27 de julho de 1993), o Ministério da Previdência Social deixasse de repassar recursos da previdência social, criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária. Os anos de 1993 e de 1994 foram de grandes dificuldades para o SUS, pela total falta de recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde.

A partir de 1998, as estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao financiamento foram:

- a) busca de mais recursos;
- b) fontes estáveis de financiamento para a saúde;
- c) distribuição mais eqüitativa dos recursos entre os estados da Federação.

Em relação aos dois primeiros itens (a e b), sua análise não é objeto deste artigo. Vale registrar, porém, o incremento de recursos financeiros alocados no orçamento do Ministério da Saúde, que passou de R\$17.120.238.461,00 em 1997, para R\$22.598.227.190,00 em 2001, representando um crescimento de 31,9%. Também foi significativa a promulgação da Emenda Constitucional n. 29, em 2000, possibilitando a garantia de recursos estáveis para o financiamento do SUS. A seguir, serão analisadas as alterações realizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao terceiro item (c).

Na busca da ampliação dos tetos financeiros, apresentava-se o argumento de que havia uma má distribuição de recursos entre os diversos estados, que beneficiaria aqueles mais ricos em detrimento daqueles mais pobres. Essa argumentação tomava por referência, sistematicamente, os recursos disponibilizados para a assistência médica-hospitalar, sem levar em conta, entre outros elementos, o tamanho e o nível de complexidade da rede de assistência à saúde ou os recursos disponibilizados para a atenção básica, a vigilância epidemiológica e o controle de doenças.

Para que se possa melhor entender a atual alocação de recursos, é necessário rever a sua origem. Antes do SUS, a grande atuação do poder público na área da saúde dava-se por intermédio do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e, depois, do Inamps, que eram au-

tarquias do MPAS. Naquela época, os brasileiros estavam divididos em três categorias quanto à assistência à saúde, a saber: os que podiam pagar; os que tinham direito à assistência prestada pelo Inamps (trabalhadores com carteira assinada); e os não-contribuintes, estes sem direito algum à saúde.

A distribuição dos recursos gastos pelo Inamps entre as regiões do Brasil era bastante desigual, conforme se vê na tabela 1.

À época, todas as ações nas áreas de promoção à saúde e prevenção de doenças eram custeadas pelo Ministério da Saúde. Os gastos do Inamps referidos na tabela 1 eram os relativos à área de assistência médico-hospitalar, com um perfil bastante semelhante e comparável ao que temos hoje na área de assistência de média e alta complexidades, diferenciando-se, evidentemente, pela incorporação de novos procedimentos não disponíveis então.

Pode-se verificar que a região Sudeste – com 43,79% da população e 59,28% dos recursos – foi a que recebeu, proporcionalmente, mais recursos, e que as regiões Norte e Nordeste foram as que menos receberam.

Esses dados são importantes para podermos visualizar a concretização da estratégia de redução das desigualdades no financiamento para as várias regiões do país.

Acrescentem-se a esses dados os limites financeiros dos estados, já na vigência da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde. A tabela 2 demonstra que, em 1994, ainda havia desigualdades na alocação dos recursos do Ministério da Saúde. Em 1994 não se fazia a distinção entre o financiamento da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidades. Os valores dos tetos financeiros contemplavam, segundo a série de portarias que os regulamentou, todos os procedimentos catalogados nos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH), agentes comunitários de saúde e medicamentos excepcionais.

Esses tetos financeiros foram estabelecidos tendo por referência, ainda, a série histórica de gastos do Inamps e, por consequência, a capacidade instalada nos estados. Essa lógica manteve as desigualdades anteriores e, desse modo, observa-se que os menores valores *per capita* são os dos estados do Norte e do Nordeste, sendo os mais baixos os do Acre e do Amapá, com R\$25,00, seguidos do Amazonas com R\$26,84, de Roraima com R\$27,49 e de Sergipe com R\$28,66.

Os dados apresentados mostram que os recursos financeiros para custeio das atividades

assistenciais foram extremamente influenciados pela concentração da capacidade instalada de hospitais, clínicas e laboratórios que serviam à população assistida pela previdência social. Dessa forma, os recursos destinados aos estados com maior desenvolvimento econômico e social (regiões Sul e Sudeste) foram, por décadas, de valores muito superiores aos das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Implantação do modo de financiamento *per capita*

A partir de março de 1998, com a edição da portaria n. 2.121/GM, é implantado o Piso da Atenção Básica (PAB). Com o PAB, passa-se a dispor do modo de financiamento tendo por base o *per capita*, além do modo já existente de compra de serviço com base na oferta. Para tanto, foi feita a divisão do teto financeiro contemplando:

- Atenção Básica;
- Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

O PAB de cada município é calculado tendo por base um valor *per capita* e transferido de forma automática, “fundo a fundo”. Substitui-se a forma anterior de financiamento por prestação de serviços pela lógica de transferência de recursos. Com essa nova lógica o município passa, em contrapartida, a assumir a responsabilidade sanitária pelo nível de atenção básica.

Os recursos do PAB também foram divididos em PAB fixo e PAB variável. Enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor *per capita*, o valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carencias Nutricionais; e pelas ações estratégicas, tais como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

O Manual da Atenção Básica, aprovado pela portaria GM/MS n. 3.925, de 13 de novembro de 1998, define essa área assistencial como *o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação*. E frisa, ainda, que *essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica*.

Tabela 1

Inamps: desigualdades regionais no gasto com assistência médica. Brasil, 1986

Regiões	Gastos sobre despesa corrente % total	População da região sobre o total (%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
Brasil	100,00	100,00

Fonte: Inamps – Secretaria de Planejamento/DIS, 1987.

Tabela 2Limites financeiros anuais e respectivos valores *per capita* por UF. 1994

Unidade Federada	População	Teto financeiro anual	Valor <i>per capita</i> (Em R\$1,00)
Tocantins	987.248	32.942.472	33,37
Pará	4.805.432	149.593.080	31,13
Rondônia	1.263.146	37.166.100	29,42
Roraima	245.255	6.741.312	27,49
Amazonas	2.256.227	60.549.744	26,84
Acre	445.126	11.128.152	25,00
Amapá	314.152	7.853.796	25,00
Norte	10.316.586	305.974.656	29,66
Ceará	6.664.536	279.230.868	41,90
Piauí	2.703.942	109.449.312	40,48
Paraíba	3.331.728	134.322.144	40,32
Maranhão	5.177.941	205.876.248	39,76
Pernambuco	7.423.000	290.062.692	39,08
Rio Grande do Norte	2.547.230	96.378.900	37,84
Alagoas	2.649.929	86.130.984	32,50
Bahia	12.492.757	396.399.624	31,73
Sergipe	1.578.739	45.243.900	28,66
Nordeste	44.569.802	1.643.094.672	36,87
Distrito Federal	1.702.350	89.457.444	52,55
Goiás	4.244.392	196.575.528	46,31
Mato Grosso	2.215.969	97.971.528	44,21
Mato Grosso do Sul	1.882.488	69.932.328	37,15
Centro-Oeste	10.045.199	453.936.828	45,19
São Paulo	33.273.183	1.922.548.584	57,78
Rio de Janeiro	13.294.472	688.443.396	51,78
Minas Gerais	16.427.747	770.165.076	46,88
Espírito Santo	2.745.854	96.201.288	35,03
Sudeste	65.741.256	3.477.358.344	52,89
Paraná	8.738.669	464.729.112	53,18
Rio Grande do Sul	9.534.727	483.864.780	50,75
Santa Catarina	4.779.434	213.764.064	44,73
Sul	23.052.830	1.162.357.956	50,42
Brasil	153.725.673	7.042.722.456	45,81

Fonte: SAS/MS. Valores em R\$1,00

sica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Com a portaria GM/MS n. 2.121/98, que define os recursos federais para a atenção básica, assistência ambulatorial de média e alta complexidade e assistência hospitalar para os estados e municípios, o Ministério da Saúde concretizou o primeiro e significativo passo para a construção de um sistema de saúde voltado para a atenção das pessoas, e não para a doença. Um sistema que não seja reduzido apenas ao componente da assistência médica. Ao mesmo tempo em que se deu um passo importante no sentido de formatar um modelo de atenção mais abrangente, avançou-se no processo de redução das desigualdades regionais em relação ao financiamento.

A tabela 3, comparativa do valor *per capita* efetivamente aplicado em 1997 em ações de

Atenção Básica (Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS) com o valor do PAB (fixo + variável) aplicado em 1998, comprova essa afirmativa. O incremento de recursos chega em alguns estados a mais de 100% e incide sobre aqueles que tradicionalmente obtinham menos recursos.

Pode-se observar que, entre 1997 e 1998, o valor *per capita* teve incremento abaixo da média nacional (34,72%) nos estados de Minas Gerais, Mato Grosso, São Paulo, Piauí e Rio de Janeiro, e chegou a diminuir no Estado do Paraná (-1,71%). Por outro lado, os maiores percentuais de aumento foram dos seguintes estados:

- Bahia – 116,71%
- Pará – 109,03% e
- Espírito Santo – 106,80%

Porém, maior do que a redistribuição de recursos que ocorreu entre os estados foi a que ocorreu entre os municípios de um mesmo estado, já que vários municípios não recebiam

Tabela 3

Teto financeiro anual e valor *per capita* por UF – Atenção Básica. 1997/1998

UF	1997		1998		Variação (%) <i>per capita</i> 97/98
	Valor	<i>per capita</i>	PAB fixo	PAB variável	
AC	3.793.285	7,58	5.027.261	1.923.902	13,28
AL	31.903.496	11,98	30.238.541	15.474.706	16,76
AM	15.740.211	6,40	24.628.993	5.790.865	11,82
AP	3.572.340	8,89	4.262.033	1.224.373	12,80
BA	82.996.848	6,53	129.042.941	56.003.302	14,15
CE	83.733.478	12,10	76.142.977	44.163.155	16,91
DF	16.577.926	8,83	18.770.150	7.326.528	13,32
ES	16.943.918	5,94	28.825.491	7.449.728	12,28
GO	40.003.768	8,62	48.705.746	11.227.930	12,39
MA	53.312.434	10,07	60.068.696	25.946.309	15,81
MG	214.452.884	12,69	193.978.958	48.116.497	13,91
MS	17.551.991	8,93	19.800.539	6.019.785	12,69
MT	29.132.811	12,73	26.828.859	7.203.194	14,35
PA	37.562.259	6,65	57.585.204	23.981.998	13,90
PB	37.490.961	11,25	36.637.354	15.744.938	15,37
PE	90.953.660	12,18	89.358.518	34.580.731	16,22
PI	35.377.364	13,12	33.201.750	13.553.201	16,97
PR	127.037.069	13,90	109.377.081	19.366.007	13,66
RJ	115.809.930	8,54	139.569.855	20.355.316	11,44
RN	27.972.890	10,78	27.315.271	12.372.369	14,88
RO	12.455.619	9,92	13.437.397	5.168.209	14,33
RR	2.369.433	9,31	2.585.575	854.371	12,95
RS	61.923.733	6,34	98.388.839	19.128.612	11,66
SC	42.446.585	8,56	51.426.469	12.802.740	12,53
SE	20.340.071	12,27	20.406.950	8.602.352	16,97
SP	339.525.818	9,77	364.723.289	34.184.612	11,06
TO	10.538.536	9,75	11.799.745	4.884.251	14,82
Brasil	1.571.519.318	9,84	1.722.134.482	463.449.981	34,72

Fonte: SAS/MS

nenhum recurso federal para a saúde, antes do PAB.

No entanto, a maciça habilitação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, que representou um avanço do ponto de vista da responsabilização de milhares de gestores municipais e uma distribuição mais equilibrada de recursos por meio da implantação do PAB, não assegurou necessariamente a qualidade e efetividade da atenção básica em todos os municípios, nem foi suficiente para garantir o acesso de todos os cidadãos aos demais níveis de atenção.

Uma investigação mais aprofundada poderia avaliar os efeitos da mudança no modelo de gestão e na distribuição de recursos em termos do aumento de eqüidade no acesso à saúde.

Alocação de novos recursos federais para o custeio da Assistência de Média e Alta Complexidade

Também na área da Assistência de Média e Alta Complexidade, nos últimos anos, notadamente a partir de 1998, o ministério, conforme estratégia definida, procurou alocar os recursos novos de forma a gradualmente reduzir as desigualdades entre os *per capita* das unidades federadas.

Até então, a alocação de recursos respondia à capacidade instalada. Na época do financiamento da assistência médico-hospitalar pelo Inamps, a alocação de recursos era maior onde havia mais trabalhadores formais, ou seja, contribuintes, e, consequentemente, nas regiões com uma economia mais desenvolvida, que também eram as regiões com os serviços de saúde mais estruturados. A nova estratégia do Ministério da Saúde foi a de alocar todo recurso novo para custeio da assistência médico-hospitalar em proporções maiores onde o *per capita* era menor e vice-versa. Dentro dessa estratégia do ministério, também estava a compreensão de que uma maior quantidade de recursos para custeio estimularia maiores investimentos, tanto do setor público quanto do privado.

Essa estratégia redistributiva pode ser observada na tabela 4, comparativa dos valores de fevereiro de 1998 e setembro de 2002.

Em fevereiro de 1998, o *per capita* de São Paulo (o maior do país) foi de R\$46,18, ou seja, 3,65 vezes maior que o do Amapá (o menor do país), que foi de R\$12,65. Em dezembro de 2001, o *per capita* do Rio de Janeiro (então o maior do país) foi de R\$79,04 e o do Amapá (o

menor), de R\$39,80. A diferença entre o maior e o menor passou de 3,65 vezes em 1998 para apenas 2,14 vezes em 2002. A redução da diferença entre os estados foi resultado da aplicação dos novos recursos obtidos pelo Ministério da Saúde, não tendo significado remanejamento de recursos entre estados.

É importante ressaltar, analisando a tabela 4, que essa alteração somente foi possível com a firme determinação de reduzir as desigualdades regionais no gasto com assistência. Enquanto o incremento de recursos financeiros para a Assistência de Média e Alta Complexidade, de 1998 a 2002, foi de 82,60% na média brasileira, no estado do Amapá foi de 203,27%, no Acre, 132,07%, somente para citar alguns exemplos.

Embora a região Sul, dadas as considerações feitas anteriormente, ainda detenha o maior valor *per capita*, seguida da região Sudeste, pode-se notar que as diferenças, que ainda persistem, não são mais tão gritantes. Por exemplo: em 1998, a diferença entre o *per capita* da região Sudeste em relação à Norte atingia 105,29%. Em 2002, baixou para 61,25%. A mesma coisa pode ser observada em relação à região Nordeste, cujo *per capita* passou de R\$28,49, em 1998, para R\$56,54, em 2002, com uma variação positiva de 98,46%. Fica demonstrado claramente que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste tiveram variações maiores que a média nacional (Tabela 4).

Na tabela 5 é possível comparar os recursos do limite financeiro com a população de cada região do país no ano de 2001. É de se destacar que se passa a ter uma coerência entre os limites financeiros e a população de cada macrorregião. Enquanto o teto financeiro do Centro-Oeste representa 6,81% do total dos recursos do Brasil, sua população representa 6,85% do total do país. Do Nordeste, 27,08% dos recursos e 28,12% da população brasileira. Da região Norte, 6,43% dos recursos e 7,62% da população. Da região Sudeste, 44,16% dos recursos e 42,62% da população. E da região Sul, 15,52% dos recursos e 14,79% da população.

A tabela 6 apresenta um comparativo entre os anos de 1994 e 2001 dos limites financeiros anuais, por macrorregião. Nessa mesma tabela é possível observar a evolução do percentual do *per capita* de cada região em relação ao *per capita* Brasil. Se do ponto de vista do valor absoluto todas as regiões do país tiveram crescimento, do ponto de vista proporcional algumas regiões receberam mais que outras. O percen-

Tabela 4

Limites financeiros da média e alta complexidade por Estado da Federação. 1998/2002

UF	Limite financeiro mensal (MAC) fevereiro/1998	<i>per capita</i>	Limite financeiro mensal (MAC) setembro/2002	<i>per capita</i>	Variação (%)
AP	443.581	12,65	1.651.289	38,36	203,27
AC	781.344	18,24	2.070.426	42,33	132,07
TO	2.328.139	25,22	5.540.663	55,08	118,42
PA	9.463.295	19,69	22.931.612	42,64	116,55
AM	4.245.725	20,21	10.711.456	43,40	114,74
RR	453.284	20,86	1.218.467	42,15	102,08
RO	2.653.136	24,95	5.626.143	47,15	88,99
Norte	20.368.504	20,59	49.750.056	44,21	114,66
SE	3.365.880	23,97	8.434.070	54,82	128,72
BA	26.839.513	25,06	63.516.651	57,21	128,29
AL	6.150.800	27,46	14.174.064	58,90	114,51
PI	6.397.454	28,28	13.122.180	54,33	92,12
PB	8.184.707	29,29	16.242.203	55,77	90,40
CE	17.873.161	30,58	36.829.290	57,74	88,81
MA	12.229.684	27,4	24.156.857	49,95	82,30
PE	21.102.807	33,66	40.817.575	60,58	79,99
RN	6.616.484	30,25	12.860.284	54,10	78,83
Nordeste	108.760.490	28,49	230.153.174	56,54	98,47
MS	5.589.992	33,61	12.246.989	68,65	104,27
MT	5.944.520	30,59	13.004.066	59,91	95,85
DF	6.051.401	37,75	13.171.301	73,66	95,12
GO	12.895.311	32,62	26.229.998	60,41	85,19
Centro-Oeste	30.481.224	33,27	64.652.354	64,11	92,71
RJ	47.354.810	41,54	100.745.989	82,10	97,65
ES	7.318.889	30,33	15.229.615	57,08	88,20
MG	52.450.781	36,81	96.035.209	62,82	70,67
SP	135.782.950	46,18	247.419.653	77,77	68,40
Sudeste	242.907.430	42,27	459.430.466	74,05	75,20
SC	15.126.409	36,1	28.849.182	62,63	73,48
RS	36.193.816	44,02	66.204.649	76,33	73,39
PR	31.404.620	40,7	57.332.304	70,22	72,52
Sul	82.724.845	41,10	152.386.135	71,06	72,90
Brasil	485.242.493	35,99	956.372.185	65,72	82,60

Fonte: SAS/MS. Valores em R\$1,00

tual do valor *per capita* da região Norte em relação ao Brasil, que era 64,75% em 1994, passou a 84,44% em 2001. O da região Nordeste era de 80,48% em 1994 e passou a 96,30% em 2001. Já o percentual do *per capita* da região Sudeste decresceu de 115,46% em 1994 para 103,60% em 2001. Como pode ser observado na figura 1, os valores percentuais de todas as regiões apresentaram uma tendência de aproximação entre si, de 1994 a 2001, evidenciando uma distribuição de recursos mais equânime.

Finalmente, a tabela 7 apresenta a perspectiva de diminuição das desigualdades na distri-

buição regional dos recursos oriundos do Ministério da Saúde. Devemos destacar o incremento de recursos repassados às regiões Centro-Oeste, que passa de 5,02% em 1986 para 6,81% em 2001; Nordeste, de 18,10% em 1986 para 27,08% em 2001; e Norte, de 2,27% para 6,42%. Esse aumento se dá em detrimento da região Sudeste, que passa de 59,28% em 1986 para 44,16% em 2001.

Tabela 5Limites financeiros anuais e respectivos valores *per capita* (atenção básica + MAC), por região – 2001

Região	Teto financeiro anual	<i>per capita</i>	População
Centro-Oeste	943.541.553	81,26	11.611.491
Nordeste	3.752.980.437	78,69	47.679.381
Norte	891.762.739	68,89	12.919.949
Sudeste	6.119.327.906	84,67	72.262.411
Sul	2.150.966.268	85,79	25.071.211
Brasil	13.858.578.903	81,72	169.544.443

Fonte: SAS/MS. Valores em R\$1,00

Tabela 6Comparativo entre os limites financeiros anuais e respectivos valores *per capita* (Atenção Básica + MAC), por região – 1994/2001

Regiões	1994			2001		
	Teto financeiro anual	Valor <i>per capita</i>	Percentual do <i>per capita</i> região em relação ao <i>per capita</i> Brasil	Teto financeiro anual	Valor <i>per capita</i>	Percentual do <i>per capita</i> região em relação ao <i>per capita</i> Brasil
Centro-Oeste	453.936.828	45,19	98,65	943.541.553	81,26	99,41
Nordeste	1.643.094.672	36,87	80,48	3.752.980.437	78,71	96,30
Norte	305.974.656	29,66	64,75	891.762.739	69,02	84,44
Sudeste	3.477.358.344	52,89	115,46	6.119.327.906	84,68	103,60
Sul	1.162.357.956	50,42	110,06	2.150.966.268	85,79	104,96
Brasil	7.042.722.456	45,81	100,00	13.858.578.903	81,74	100,00

Fonte: SAS/MS. Valores em R\$1,00

Criação do FAEC

Em abril de 1999 o Ministério da Saúde criou o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), por meio da portaria GM/MS 531/99. O objetivo foi o de garantir o financiamento, pelo gestor federal, de procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual ou procedimentos decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde.

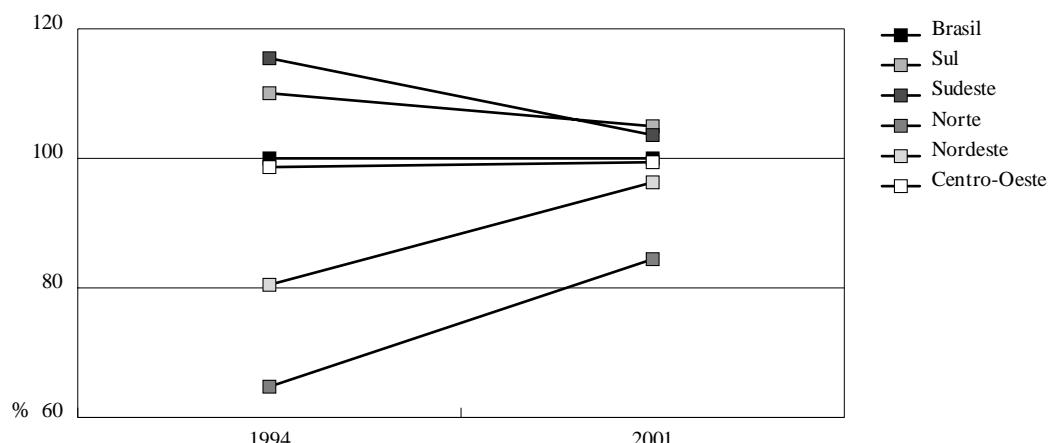
Antes da criação do FAEC, a totalidade dos recursos federais destinados ao custeio da assistência à saúde estava alocada nos tetos financeiros dos estados e do Distrito Federal. Dessa forma, o Ministério da Saúde não dispunha de instrumentos que lhe possibilitassem financiar e priorizar ações consideradas estratégicas.

Ações estratégicas decorrem de políticas de saúde definidas em função das necessidades de grupos prioritários, como é o caso da preven-

ção do câncer de colo de útero no âmbito da saúde da mulher, ou da necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde ofertados à população, a exemplo das campanhas de cirurgias eletivas (catarata, próstata, etc). Essas ações apresentavam uma grande demanda reprimida, em virtude da prioridade dada pelos gestores estaduais e municipais à utilização dos recursos financeiros dos seus tetos para outros procedimentos considerados mais urgentes.

Além disso, o fundo também possibilitou a criação de uma Câmara de Compensação e, posteriormente, a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade, destinada a financiar os procedimentos de alta complexidade realizados em um estado, em pacientes provenientes de outros estados onde esses serviços não são oferecidos.

Os recursos disponíveis para o pagamento dos procedimentos incluídos no FAEC não estão contidos nos tetos financeiros dos estados e

Figura 1Evolução do percentual do *per capita* por região em relação ao *per capita* Brasil – 1994/2001

Fonte: SAS/MS

Tabela 7

Inamps vs. SUS: diminuição das desigualdades na distribuição regional dos recursos para a assistência à saúde, por regiões. 1986/2001

Regiões	% dos recursos		% da população	
	1986	2001	1986	2001
Centro-Oeste	5,02%	6,81%	6,78%	6,85%
Nordeste	18,10%	27,08%	28,82%	28,12%
Norte	2,27%	6,42%	5,48%	7,62%
Sudeste	59,28%	44,16%	43,79%	42,62%
Sul	15,14%	15,52%	15,12%	14,79%
Brasil	100,00%	100,0%	100,00%	100,00%

Fonte: SAS/MS 2001. Valores em R\$1,00

municípios. Funcionam, portanto, como recursos “extrateto”. O pagamento pelos serviços tanto pode ser feito por meio do Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, como diretamente pelo Ministério da Saúde aos prestadores de serviços ao SUS, de acordo com a modalidade de gestão dos estados e municípios.

O fundo também tem servido para o financiamento de procedimentos de alto custo, a exemplo dos transplantes que, pelo seu grande impacto financeiro, apresentavam restrições na sua autorização pelos respectivos gestores. Além disso, os novos procedimentos incluídos na Tabela do SUS, e que não dispõem de uma previsão

de seu impacto financeiro, são temporariamente financiados pelo MS, por meio do FAEC, até que se tenha uma série histórica dos seus custos, permitindo a sua transferência fundo a fundo para os tetos estaduais e municipais, ou alocação do valor correspondente no teto do estado. Esse instrumento já foi utilizado para a inclusão, entre outros, da Gastroplastia e do tratamento cirúrgico da Epilepsia.

A iniciativa do ministério em criar o FAEC foi, a princípio, interpretada por alguns gestores estaduais e municipais como uma estratégia de “recentralização” dos recursos da assistência e só não foi inviabilizada porque contou

com novos recursos federais para a sua implementação. Esses gestores, até então responsáveis pela alocação da totalidade dos recursos federais em seus estados e municípios dentro de seus tetos financeiros, viram com muita preocupação a introdução de um mecanismo de financiamento assumido diretamente pelo ministério.

Em abril de 1999, no momento de sua instuição, o fundo recebeu a sua primeira dotação orçamentária, de R\$105 milhões, valor equivalente a 1,23% dos “tetos” financeiros de média e alta complexidade para os estados e o Distrito Federal, fixados em R\$8,5 bilhões naquele mês.

Em dezembro de 1999 os recursos do FAEC atingiram R\$406,3 milhões, representando 4,22% do total dos “tetos” dos estados e do Distrito Federal, que somaram R\$9,61 bilhões, para financiamento da média e alta complexidade.

Em dezembro de 2001 os recursos do fundo totalizaram R\$1,08 bilhão, representando 10,58% dos recursos disponibilizados nos “tetos” dos estados e do Distrito Federal, da ordem de R\$ 10,2 bilhões. Em setembro de 2002, os recursos totalizaram R\$2,19 bilhões, representando 19,08% dos recursos disponibilizados nos “tetos” dos estados e do Distrito Federal, da ordem de R\$11,47 bilhões.

Esse aumento deve-se fundamentalmente à transferência da Terapia Renal Substitutiva para o FAEC, deixando de onerar os tetos dos estados e municípios. Foram retirados dos tetos financeiros R\$773 milhões e alocados R\$77 milhões de recursos novos totalizando R\$850 milhões.

É importante ressaltar que, no período compreendido entre 1999-2002, houve um acréscimo de recursos de R\$1,86 bilhão no financiamento da assistência de média e alta complexidade, dos quais R\$1,78 milhão foram para o FAEC.

Como exemplo, destacamos o financiamento dos medicamentos excepcionais, que em janeiro de 2000 era de R\$228,1 milhões, incluído nos “tetos” dos estados e do Distrito Federal e, ao ser transferido para o FAEC, recebeu recursos adicionais “extrateto” da ordem de R\$161,6 milhões em 2001, totalizando R\$389,7 milhões. Em 2002 foram transferidos mais de R\$480,0 milhões, representando um aumento de 110,5% no financiamento dessa ação assistencial.

Após várias mudanças, decorrentes da busca da melhor maneira de sua utilização, em dezembro de 2001, a destinação dos recursos do FAEC pelo Ministério da Saúde estava dividi-

da em quatro grandes blocos de ações financiadas.

a) Ações Assistenciais Estratégicas – ações assistenciais voltadas para grupos populacionais prioritários e para a ampliação de acesso dos usuários do SUS aos procedimentos com grande demanda reprimida, definidas em função de políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde:

- Campanhas de cirurgias eletivas (catarata, próstata, varizes);
- Transplantes;
- Cirurgias para correção de deformidades craniofaciais;
- Medicamentos excepcionais;
- Kit para carga viral para diagnóstico da Aids;
- Reagentes para diagnóstico da Aids;
- Cirurgia bariátrica (gastroplastia);
- Diagnóstico do câncer de colo uterino;
- Incentivo para Alta Curado do paciente com tuberculose;
- Terapia renal substitutiva.

b) Incentivos – recursos adicionais transferidos de forma complementar ao modo de financiamento decorrente da compra de serviços para estimular a parceria com o sistema público ou a realização de ações assistenciais:

- INTEGRASUS – para os hospitais filantrópicos;
- Incentivo para os estados e municípios para a descentralização das unidades assistenciais da Funasa;
- Incentivo para a assistência hospitalar às populações indígenas.

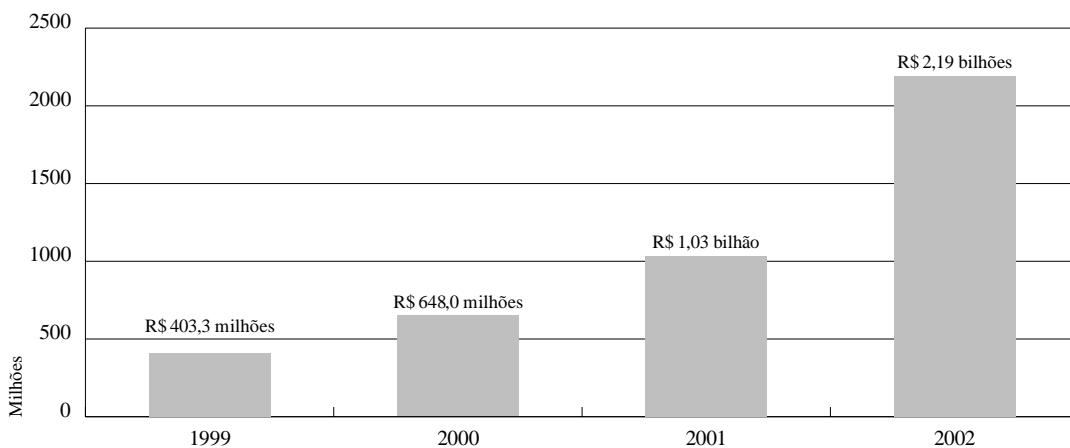
c) Novas Ações Programáticas – novos procedimentos incluídos no SUS que, pela impossibilidade de previsão de impacto financeiro ou por depender de adesão progressiva dos gestores, são alocados no FAEC, buscando garantir a sua plena execução, sendo, após a consolidação de um perfil de gasto, incorporado aos “tetos” dos estados e do Distrito Federal:

- Humanização do parto;
- Triagem neonatal;
- Assistência ao portador de deficiência física;
- Assistência ao portador de transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas.

d) Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – recursos alocados no FAEC destinados ao financiamento de procedimentos de alta complexidade para usuários do SUS, realizados em pacientes provenientes de outros estados que não dispõem desses serviços.

A figura 2 apresenta a evolução do montante de recursos alocados no FAEC no período.

Figura 2
Evolução dos recursos do FAEC de 1999 a 2002



Fonte: SAS/MS

Essa evolução deve-se, em parte, à alocação de novos recursos disponibilizados pelo MS, e em parte a recursos retirados dos tetos estaduais e municipais em comum acordo com esses gestores e aprovação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como foi o caso dos medicamentos excepcionais.

A prática vem demonstrando que o FAEC tem sido um importante instrumento de implementação de serviços que resultam na ampliação de acesso; e tem funcionado como instrumento de redução de desigualdades regionais, uma vez que remunera os serviços executados, independentemente da procedência do paciente, com recursos não incluídos nos tetos financeiros anteriormente estabelecidos para cada estado.

Hoje o FAEC é reconhecido pelos gestores dos três níveis de governo como um importante instrumento de implementação de políticas e existe uma demanda dos estados e municípios para que o MS inclua outros procedimentos nesse mecanismo de financiamento, mesmo que para tanto seja necessária a retirada dos recursos respectivos dos atuais tetos financeiros. O exemplo mais recente desse movimento é o da Terapia Renal Substitutiva (TRS), que vem apresentando grande crescimento, o que tem tornado inviável a sua gestão pelos estados e municípios.

A estratégia de financiamento redistributivo e a expansão da oferta de serviços

A estratégia do Ministério da Saúde de redução das diferenças regionais na alocação de recursos federais implicou uma expansão na oferta de serviços de saúde também diferenciada regionalmente. Há diversos resultados que ilustram essa expansão diferenciada. Como exemplo, apresentamos a evolução dos gastos e do número de internações hospitalares em cada região e em todo o país entre 1997 e 2002 (Tabelas 8 e 9).

As tabelas 8 e 9 mostram que houve aumento dos gastos com internação hospitalar em todo o país, mas que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste esse incremento foi maior. Quanto ao número de internações pode-se verificar que, a despeito de uma diminuição na média nacional no período de 1997 a 2002, houve crescimento significativo na regiões Norte e Centro-Oeste.

Um estudo mais aprofundado poderá revelar a real adequação de tal expansão às realidades locais, com consequentes conclusões sobre a promoção de eqüidade no sistema de saúde brasileiro.

Tabela 8Gasto anual com internação hospitalar por região, 1997 a 2002¹

Região	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Variação (%)
Norte	172.672.522	187.648.598	227.709.006	256.639.770	266.384.458	274.816.770	59,2
Centro-Oeste	271.637.312	287.595.739	318.100.881	343.584.105	367.016.882	374.598.408	37,9
Nordeste	953.864.239	998.042.525	1.127.711.880	1.199.197.158	1.239.154.828	1.267.302.929	32,9
Sul	744.922.892	772.212.083	889.026.827	893.284.012	949.869.522	979.880.307	31,5
Sudeste	1.848.403.406	1.886.846.953	2.171.293.792	2.194.109.943	2.275.156.079	2.337.581.454	26,5
Brasil	3.991.500.370	4.132.345.898	4.733.842.385	4.886.814.988	5.097.581.769	5.234.179.868	31,1

¹ Projeção setembro de 2002.

Fonte: SAS/MS

Tabela 9Freqüência anual de internações hospitalares por região, 1997 a 2002¹

Região	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Variação (%)
Centro-Oeste	839.894	870.563	899.485	922.811	943.401	954.274	13,62
Norte	834.104	851.754	926.080	916.706	903.839	912.343	9,38
Nordeste	3.584.433	3.601.730	3.675.078	3.695.254	3.624.236	3.639.564	1,54
Sul	2.043.821	2.020.358	2.051.764	2.042.060	2.020.034	1.983.689	-2,94
Sudeste	5.049.212	4.904.227	4.885.969	4.849.306	4.736.145	4.752.705	-5,87
Brasil	12.351.464,00	12.248.632,00	12.438.376,00	12.426.137,00	12.227.655,00	12.242.574,86	-0,88

¹ Projeção setembro de 2002.

Fonte: SAS/MS

Referências bibliográficas

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde 2002. *Relatório de Gestão SAS quadriênio 1998-2001*. Editora MS. Brasília.
 Souza RR 2002. O sistema público de saúde brasileiro. *Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*. São Paulo.

Artigo apresentado em 30/11/2002

Aprovado em 10/12/2002

Versão final apresentada em 20/12/2002