

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM ECONOMIA
POLÍTICA

LYGIA DE ANDRADE MACHADO BOTELHO

**ALOCAÇÃO EQUITATIVA DE RECURSOS NO SUS:
UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA
DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
(SES/MG) E DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA**

MESTRADO EM ECONOMIA POLÍTICA

São Paulo
2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM ECONOMIA
POLÍTICA

LYGIA DE ANDRADE MACHADO BOTELHO

**ALOCAÇÃO EQUITATIVA DE RECURSOS NO SUS:
UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA
DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
(SES/MG) E O PROGRAMA SAÚDE EM CASA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Economia Política - PUC/SP, para obtenção do título de MESTRE EM ECONOMIA, sob orientação do Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes.

São Paulo
2014

BANCA EXAMINADORA:

Prof^o. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

Prof^a. Dra. Marília Cristina Prado Louvison

Prof^o. Dr. Marcel Guedes Leite

Botelho, Lygia A. M. Alocação Equitativa de Recursos no SUS: Uma análise da experiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e o Programa Saúde em Casa. São Paulo-SP, 2013. 140 p. [Dissertação de Mestrado em Economia. Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política. Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta Dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos, para consulta pública e utilização como referência bibliográfica, desde que citada com referência de autoria, respeitados os termos da legislação vigente sobre direitos autorais.

São Paulo, 24 de janeiro de 2014.

Assinatura: _____

“Ser feliz é encontrar força no perdão, esperanças nas batalhas, segurança no palco do medo, amor nos desencontros. É agradecer a Deus a cada minuto pelo milagre da vida.”

Fernando Pessoa

*Ao meu pai, pelo apoio, amor e carinho de todas
as horas.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo carinho, apoio e incentivo. Por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu pai Carlos, minha inspiração, por acreditar em mim e me proporcionar a possibilidade de realizar esse sonho.

Agradeço ao meu querido orientador, Prof. Dr. Áquilas Mendes, pela dedicação, paciência, confiança, excelente orientação e por compartilhar seu enorme conhecimento. Uma influência pessoal e profissional, por sua dedicação e paixão pelo tema da saúde pública.

Às pessoas queridas, as quais estiveram sempre ao meu lado, com apoio e incentivos diversos, nesse momento difícil em que estive distante.

Estendo meus agradecimentos ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política da PUC-SP, pelo apoio, e ao corpo docente deste programa, por transmitirem conhecimentos inesquecíveis.

À Faculdade de Saúde Pública da USP, pela estrutura, trabalho e acréscimo de conhecimento em políticas públicas de saúde. Aos professores Aurea Ianni, Laura Macruz, Oswaldo Tanaka, Marília Louvison, e aos colegas Ligia Duarte, José Alexandre Weiller e Natalia Lara.

Por fim, à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e ao COSEMSMG, pela atenção, disponibilidade e informações fornecidas.

RESUMO

O objetivo central desta dissertação é analisar o processo de alocação equitativa de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a experiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), a fim de que possa contribuir para o estabelecimento de uma política de critérios de rateio de recursos, orientada para o tratamento das diversidades econômicas, sociais e regionais da população brasileira. Para tanto, o foco central deste estudo concentra-se na análise da experiência de alocação equitativa de recursos da SES/MG para municípios, à medida que constitui experiência vigente até os dias atuais. O seu estudo aprofunda-se na análise do Programa Estruturador Saúde em Casa, na medida em que incorpora, dentre os seus critérios de transferência para os municípios, o critério baseado em equidade. Porém, esse Programa não se restringe a esse critério, sendo adicionados à sua alocação dos recursos os critérios baseados em cumprimentos de metas e indicadores na valorização de resultados sanitários, pactuados entre o Estado e seus municípios. Nesta análise, são identificados os gastos realizados com o incentivo financeiro repassado ao longo dos anos para o Programa, que é analisado em dois períodos, de 2005 a 2009 e de 2009 a 2012. Como pano de fundo mais geral, a dissertação trata do desenvolvimento do SUS no Brasil, desde sua instituição, seu financiamento e o processo de descentralização da saúde, apresentando o federalismo fiscal no País. Apresenta-se, também, o conceito de equidade na alocação de recursos em saúde e seu modo de aplicação, à luz de algumas experiências internacionais, e aprofunda o estudo acerca da experiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), com base em metodologia equitativa de distribuição de recursos aos municípios, elaborada em 2004.

PALAVRAS-CHAVE: Federalismo; Equidade; Alocação de recursos; Minas Gerais; Saúde em Casa.

ABSTRACT

The central objective of this dissertation is to analyze the process of allocating resources equitably in the Sistema Único de Saúde (SUS), with emphasis on the experience of the Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), in order to contribute to the establishment a policy of apportionment criteria of resources, targeted for the treatment of economic, social and regional diversity of the Brazilian population. Thus, the central focus of this study focuses on the analysis of the experience of equitable allocation of resources SES/MG for municipalities, as is the current experience to the present day. Its study deepens the analysis of “Programa Estruturador Saúde em Casa”, as that incorporates, among its criteria for transfer to the municipalities, the criterion based on equity. However, this Program not restricted to this criterion, being added to the allocation of resources based on the achievement of goals and indicators in the valuation of health outcomes, agreed between the State and its municipalities. In this analysis, the expenses for the financial incentive passed over the years for the Program, which is parsed into two periods, 2005-2009 and 2009-2012 are identified. As more general content, the dissertation deals with the development of SUS in Brazil, since its inception, its funding and the decentralization process of the Health Area, presenting the fiscal federalism in Brazil. Presents itself, the concept of fairness in the allocation of health resources and how to apply, in light of some international experiences and deepen the study of the experience of the SES/MG based methodology into equitable distribution of resources to municipalities, established in 2004.

KEYWORDS: Federalism, Equity, Resource Allocation; Minas Gerais, “Saúde em Casa”.

SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAA	Comissão de Acompanhamento e Avaliação
CID	Classificação Internacional de Doenças
CF	Constituição Federal
CLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
Cofins	Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
Cosems	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC29	Emenda Constitucional nº 29/200
ESF	Estratégia Saúde da Família
FA	Fator de Alocação
Finsocial	Fundo para Investimento Social
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FPT	Fora de Possibilidade Terapêutica
GRS	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e prestação de Serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
INS	Índice de Necessidades em Saúde
IO	Índice de Oferta
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto sobre a Propriedade predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores

IPE	Índice de Porte Econômico
IR	Imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza
ISS	Impostos sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITR	Imposto Territorial Rural
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NAPRIS	Núcleo de Atenção Primária à Saúde
NHS	National Health Service
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PAB	Piso da Atenção Primária
Pasep	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PSF	Programa Saúde da Família
RAWP	Resource Allocation Working Party
SAPS	Superintendência de Atenção Primária à Saúde
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SMR	Standardised Mortality Ratio
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação

SUMÁRIO

	PÁG.
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE E A ALOCAÇÃO DE RECURSOS NO SUS.....	20
1.1. Sobre o Federalismo, o Federalismo Fiscal e a Descentralização da saúde.....	21
1.2. O Financiamento do SUS e a Repartição de seus recursos entre as três esferas gestoras do SUS.....	35
1.2.1. O Financiamento e Descentralização dos Recursos na saúde.....	39
1.3. A Lei 141/2012: avanços para a alocação equitativa de recursos.....	46
CAPÍTULO 2 – A EQUIDADE E A ALOCAÇÃO DE RECURSOS NA SAÚDE: EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E NACIONAL.....	51
2.1. Os Fundamentos da equidade na saúde: um balanço das visões.....	52
2.2. Experiências internacionais de alocação equitativa de recursos na saúde.....	58
2.3. Experiência de alocação equitativa dos recursos federais no Brasil.....	65
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES/MG) AOS MUNICÍPIOS: O PROGRAMA SAÚDE EM CASA.....	74
3.1. Características estruturais e legais da experiência mineira de alocação de recursos.....	80
3.2. Sobre as propostas de alocação equitativa em Minas Gerais.....	84
3.2.1. Proposta para Atenção Hospitalar.....	84
3.2.2. Proposta para Atenção Básica.....	89
3.2.2.1. Sobre a Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais: O Programa Saúde da Família.....	92
3.3. O Programa Estruturador Saúde em Casa: incentivo financeiro e/ou recursos alocados de forma equitativa.....	96
3.3.1. A primeira fase dos repasses – 2005 a 2009.....	100
3.3.2. Uma abordagem do processo e dos resultados dos recursos aplicados no Programa Estruturador Saúde em Casa: a segunda fase do Programa (2010 – 2012).....	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131

TABELAS E GRÁFICOS

1. Tabelas

Tabela 1: Evolução da divisão federativa da receita tributária por nível de governo (conceito contas nacionais*).....	32
Tabela 2: Evolução da participação dos entes federados brasileiros no financiamento do SUS (1980; 1991; 2001; 2010)	34
Tabela 3: Análise de componentes principais para o cálculo do INS.....	70
Tabela 4: Comparação percentual entre o gasto federal SUS e a alocação estimada segundo população ajustada por sexo, idade, custo e <i>proxy</i> de necessidade pela análise fatorial (B) e pela <i>proxy</i> de necessidades estimada pela mortalidade de 0 a 64 anos (C)	72
Tabela 5: Taxa de Mortalidade Infantil* de 2007 a 2011.....	77
Tabela 6: Fator de Alocação e Valor do Incentivo Financeiro por ESF.....	83
Tabela 7 : Cobertura populacional do Programa Saúde da Família em Minas Gerais (2001 – 2012)	94
Tabela 8: Cobertura populacional do Programa Saúde da Família em Minas Gerais (2007 – 2010)	95
Tabela 9: Cobertura populacional do Programa Saúde da Família nas Regiões de Planejamento de Minas Gerais (2011)	95
Tabela 10: Volume de recursos empregados por Macrorregião de Saúde de 2005 a 2009, em milhões de reais.....	103
Tabela 11: Repasse financeiro por cumprimento de metas.....	105
Tabela 12: Número de municípios segundo o total de metas cumpridas antes e após a Comissão de Acompanhamento e Avaliação (CAA).....	110
Tabela 13: Número de municípios que cumpriram a Meta do Indicador de Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família.....	111
Tabela 14: Número de municípios que cumpriram a Meta do Indicador de Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal.....	112
Tabela 15: Número de municípios que cumpriram a Meta do Indicador de Cobertura Vacinal por Tetravalente em menores de 1 ano de idade.....	114
Tabela 16: Número de municípios que cumpriram a Meta do Indicador Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo.....	116
Tabela 17: Volume de recursos repassado de 2009 a 2011, em milhões de reais.....	118
Tabela 18: Volume de recursos repassado em 2012.....	119
Tabela 19: Número de municípios que cumpriram a Meta do Indicador Percentual de utilização do Protocolo de Manchester pelas equipes de saúde.....	123

2. Gráficos

Gráfico 1: Volume de recursos empregados no repasse de incentivo financeiro aos municípios de 2005 a 2009, em milhões de reais.....	102
Gráfico 2: Percentual de municípios que cumpriram o Indicador de Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família.....	112

Gráfico 3: Percentual de municípios que cumpriram o Indicador de Cobertura de consultas pré-natal.....	113
Gráfico 4: Percentual de municípios que cumpriram o Indicador de Cobertura Vacinal por Tetravalente em menores de 1 ano de idade.....	115
Gráfico 5: Percentual de municípios que cumpriram o Indicador Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo.....	116
Gráfico 6: Volume de recursos empregados no repasse de incentivo financeiro aos municípios de 2005 a 2012, em milhões de reais.....	120

QUADROS E FIGURAS

1. Quadros

Quadro 1: Impostos da União, dos Estados e Distrito Federal, e dos Municípios.....	28
Quadro 2: Indicadores Selecionados.....	67
Quadro 3: Indicadores de oferta.....	69
Quadro 4 : Variáveis utilizadas para construção do Índice de Necessidades em Saúde.....	81

2. Figuras

Figura 1: Regiões de Planejamento.....	76
Figura 2: As 75 Microrregiões Sanitárias de Minas Gerais.....	78
Figura 3: As 13 Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais.....	79
Figura 4: Municípios mineiros segundo Fator de Alocação. Minas Gerais, 2005.....	83
Figura 5: O PDCA na Primeira avaliação do contrato do Saúde em Casa (2010) – Representação esquemática da contratualização.....	108

ANEXO

Anexo 1: Resolução SES/MG nº 661, de 22 de março de 2005.....	136
---	-----

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a sociedade brasileira está passando por grandes transformações, de ordem demográfica, social, política e econômica, o que tem levado a fortes impactos nas condições de vida e saúde da população do país. Frente a esse cenário, foram criadas novas demandas para o sistema de saúde brasileiro, com impacto na alocação dos recursos públicos destinados ao setor (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011).

No Brasil, o sistema de saúde é representado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, o qual foi instituído no país com a Constituição Federal de 1988. A concepção igualitária nela presente implicaria a existência de um sistema com forte participação do setor público, visto que a saúde passa a ser entendida como um direito universal, isto é, estendida a todos e como um dever do Estado. Um sistema no qual os serviços de saúde deveriam ser distribuídos de acordo com o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado com impostos e contribuições sociais, respeitando o caráter de progressividade dos mesmos, isto é, equidade, segundo suas possibilidades, ou seja, aqueles que dispõem de maior renda devem contribuir mais para o financiamento do sistema.

As leis Orgânicas da Saúde 8.080/90, assim como a Lei 8.190/90, dispõem sobre a partilha dos recursos da União para os estados e municípios. Os critérios estabelecidos nessas leis fazem referência à ideia de necessidade em saúde, entretanto, não foram de fato aplicados nos últimos 25 anos da implantação do SUS. Somente com o advento da Lei 141/2012 que a alocação com base em necessidades/equidade retoma a discussão e implantação do SUS.

A redução da iniquidade vem sendo uma preocupação entre os formuladores de políticas públicas. No sistema de saúde brasileiro, grande parte dos recursos é oriundo de transferências entre as esferas governamentais, por isso a definição de metodologias de alocação que sejam equitativas torna-se imperativa (ANDRADE et al., 2003), principalmente nesse quadro legal recente de existência da Lei 141/2012.

Para entender como são realizados os repasses de recursos entre os entes federativos, é necessário analisar o sistema de saúde, ou seja, analisar o federalismo fiscal e a descentralização da saúde no Brasil em que o SUS está inserido.

O conceito de necessidade em saúde constitui discussão em que não existe consenso entre os autores que têm abordado essa temática e as diversas limitações no seu uso. Entretanto, o conceito de necessidade vem sendo utilizado como parâmetro para a mensuração de equidade.

Essa mensuração, considerada por muitos inadequada, é o que nos leva à discussão do conceito de equidade, o qual, por sua vez, dá origem a múltiplas interpretações que dependem dos valores daquelas pessoas que os utilizam.

O conceito de equidade é muito complexo, pois não necessariamente uma distribuição geográfica equitativa significa garantir respostas às necessidades individuais. Sendo assim, para poder conseguir algum resultado, faz-se necessário estabelecer um conceito estrito do que seja equitativo na alocação de recursos para o financiamento das ações de saúde.

Machado et al. (2003) destacam que equidade remete à ideia de justiça, de adequação e probidade, e não à ideia de igualdade, levando em consideração que igual pode não ser equânime. Na concepção de equidade, a justiça na distribuição é fundamental e não a igualdade na distribuição, ou seja, não diz respeito ao igual acesso a serviços de saúde, mas sim à alocação segundo necessidades. O conceito de necessidades, ainda segundo os autores, refere-se a disparidades em saúde que podem ser modificadas com serviços de saúde, desconsiderando aquelas que dependem de condições socioeconômicas ou de estilos de vida.

Diversos países têm desenvolvido metodologias de alocação equitativa de recursos da saúde. Porém, todos eles insistem na divisão entre recursos para operar o sistema de saúde (custeio) e recursos de investimento. A Inglaterra, com o *Resource Allocation Working Party (RAWP)*, constitui exemplo significativo deste desenvolvimento e metodologia inspiradora para diversos países preocupados com metodologias de alocação equitativa de recursos.

No Brasil, o debate sobre equidade no acesso aos serviços de saúde e na alocação de recursos ganhou relevância a partir do estudo de Porto et al. (2003), apesar de, como já foi citado anteriormente, esta questão já se encontrar presente desde a Constituição Federal de 1988. Esse estudo influenciou diversas experiências estaduais de alocação de recursos para municípios, apoiadas pelo projeto Economia da Saúde Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir

Desigualdades (PES), além de atividades elaboradas pelo Ministério da Saúde, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e com suporte financeiro e técnico do *Department for International Development* (DFID). Ceará, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais são Estados que podemos destacar nesse desenvolvimento.

Desde aquele momento, os gestores de políticas públicas de Minas Gerais vêm considerando critérios de equidade, objetivando reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde. Para isso, a Secretaria Estadual de Saúde apresentou em 2004 um documento, a partir do estudo elaborado pela Fundação João Pinheiro, denominado “Metodologia de alocação equitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais”. O método consiste na utilização de um indicador composto que permita classificar os municípios segundo uma escala crescente de indicadores de saúde, baseado em um conjunto de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas. Para isso, foi construído um Índice de Necessidades em Saúde¹, o qual considera as disparidades existentes entre os municípios para a definição do repasse de recursos estaduais. A desagregação municipal considerada na metodologia é utilizada principalmente para os serviços de atenção primária à saúde, com destaque para o Programa Estruturador Saúde em Casa.

Nos últimos anos, não é possível afirmar que a falta de referencial teórico-conceitual foi o fator chave para a ausência de políticas públicas realmente comprometidas com o alcance de um patamar de distribuição de recursos mais equitativo na área da saúde. Diversas experiências estaduais de alocação equitativa de recursos foram adotadas, com destaque para Minas Gerais.

O objetivo central desta dissertação é analisar o processo de alocação equitativa de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente a experiência da Secretaria de Estado de Minas Gerais (SES/MG), a fim de que possa contribuir para o estabelecimento de uma política de critérios de rateio de recursos, que seja orientada para o tratamento das diversidades econômicas, sociais e regionais da população brasileira. Para tanto, o foco central deste estudo concentra-

¹ O Índice de Necessidades em Saúde foi elaborado pela Fundação João Pinheiro, em parceria com o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/Face/UFMG), em 2004. Este índice foi construído por meio de análise estatística e é composto pelas seguintes variáveis: taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos, taxa de fecundidade, proporção de óbitos por causas mal definidas, taxa de analfabetismo, porcentagem de pessoas com renda domiciliar menor que meio salário mínimo e porcentagem urbana com coleta de lixo.

se na análise da experiência de alocação equitativa de recursos da Secretaria de Estado de Saúde em Minas Gerais para municípios, à medida que constitui experiência vigente até os dias atuais. Desse modo, a dissertação tem como indagação central: A forma de alocação de recursos adotada pela SES/MG tem fortalecido a equidade/necessidades em saúde?

Como objetivos específicos, a dissertação busca apresentar o desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil (SUS), desde sua instituição, seu financiamento e o processo de descentralização da saúde, no contexto do federalismo fiscal, a fim de estabelecer os contornos gerais a respeito da discussão sobre o processo de alocação de recursos no interior desse sistema; apresentar o conceito de equidade na alocação de recursos em saúde e seu modo de aplicação, à luz de algumas experiências internacionais, especialmente na Inglaterra; e também aprofundar o estudo acerca da experiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), com o Programa Estruturador Saúde em Casa. Esse programa é analisado em dois períodos, de 2005 a 2009, que diz respeito a uma fase de adaptação do Programa, e posteriormente o período de 2009 a 2012, que incorpora à metodologia de alocação, além dos critérios de equidade, a nova contratualização, analisando o cumprimento de metas e indicadores sobre resultados em saúde pactuados entre Estado e os Municípios, além de identificar os gastos realizados com o incentivo financeiro repassado ao longo dos anos para o Programa Estruturador Saúde em Casa.

Para tanto, o trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma breve discussão sobre o federalismo de modo geral, o federalismo fiscal no Brasil e o processo de descentralização da saúde no país, abordando o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto estratégia de universalização e equidade de acesso aos serviços de saúde.

O segundo capítulo trata do conceito de equidade e da alocação de recursos na saúde. Para isso, apresentam-se alguns fundamentos de equidade e experiências de alocação equitativa de recursos, em países como Inglaterra, Canadá e outros, e também a experiência nacional elaborada por Porto et al. (2003) e aplicada no estado de Minas Gerais.

No terceiro capítulo, realiza-se uma breve caracterização do estado de Minas Gerais, destacando a heterogeneidade de seus municípios. Realiza-se uma discussão da metodologia de alocação equitativa de recursos elaborada pela SES/MG e pela Fundação João Pinheiro, além de apresentar metodologias de alocação de recursos com base nesse estudo. Em seguida, analisa-se o Programa Estruturador Saúde em Casa – experiência existente de alocação equitativa até o momento – desde seu surgimento, seus objetivos e descrição das principais ações executadas, apresentando a trajetória dos recursos financeiros repassados aos municípios, com a incorporação da forma de repasse baseado em resultados em saúde.

Por fim, são apresentadas algumas conclusões sobre a trajetória do incentivo financeiro, o processo de contratualização de metas de desempenho e as modificações ocorridas no Estado de Minas Gerais, com a alocação de recursos segundo necessidades.

CAPÍTULO 1

FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE E A ALOCAÇÃO DE RECURSOS NO SUS

O Brasil está organizado em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo, a União, os estados e os municípios, todas com competência legislativa, administrativa e tributária instituída pela Constituição Federal de 1988. Esta Constituição demarca no Brasil uma reformulação do pacto federativo, ancorado em um processo de descentralização.

O modelo federativo adotado pelo Brasil acabou por constituir excessiva autonomia aos governos locais, ou seja, a nova Constituição delineou um quadro de fortalecimento de municípios e estados, tanto na perspectiva financeira como na organizacional. Entretanto, esse formato não se concretizou plenamente por razões estruturais, de caráter econômico, político e social da própria formação da federação brasileira.

O sistema federativo implantado com a Constituição de 1988 tornou-se, ao longo dos anos, um federalismo cheio de lacunas, dentre as quais se destacam: três esferas autônomas de governo; a inexistência de instâncias que proporcionem maior coordenação entre estes entes; escassas definições de competências e atribuições de seus entes; e, por fim, regras de repartição tributária insuficientes para alcançar maiores níveis de equidade nesta partilha.

Para entender melhor o funcionamento da saúde pública no Brasil, serão analisadas neste capítulo questões sobre o federalismo de forma geral e sobre o federalismo fiscal no país e os impactos desse sistema sobre as políticas públicas; o

processo de descentralização da saúde a partir da década de 1990 até os dias atuais; a problemática do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua implementação com a Constituição Federal de 1988; e, por fim, será abordada a trajetória da alocação de recursos no SUS.

Para isso, o capítulo está dividido em três partes. A primeira trata do Federalismo Fiscal no Brasil e o processo de descentralização da saúde; a segunda parte trata do financiamento do SUS, da descentralização e da alocação de recursos na saúde e, por fim, a terceira parte aborda os avanços e retrocessos da Lei 141/2012, a respeito da alocação de recursos no SUS.

1.1. Sobre o Federalismo, o Federalismo Fiscal e a Descentralização da saúde

A descentralização da saúde é resultado de um processo que inicia a sua estruturação na década de 1980. Seu contexto está inserido na descentralização das políticas públicas, a qual foi anterior à Constituição de 1988. A partir da Constituição, a descentralização da saúde ganha força com a Lei Orgânica da Saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90), com as Normas Operacionais, Portarias regulamentadas, e os Decretos. Assim, o SUS é orientado, entre várias diretrizes, pela descentralização, a qual é característica do federalismo brasileiro instituído pela Constituição Federal de 1988 (MENDES, 2005).

A normatização constitucional e a regulamentação disposta na Lei Orgânica da saúde acabam por delimitar a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde, na medida em que determinam o dever de todos os entes federados de atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia para a gestão do sistema dentro do seu território.

Desta forma, o SUS constitui o desafio de mudança de uma estrutura solidamente construída, inscrito na Constituição decorrente de um processo de redemocratização do país, porém com poucos mecanismos organizacionais para a formação de um sistema. Esta mudança implica na passagem de um modelo de prestação de assistência centralizado para outro descentralizado, assim como a

formação de um sistema descentralizado em um Estado federativo, também em construção naquele momento.

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades, principalmente na área da saúde. Duas particularidades merecem destaque: a primeira delas diz respeito ao grande peso dos municípios, os quais são considerados como entes federativos com responsabilidades na implantação de políticas públicas; a segunda versa a respeito da diversidade dos municípios brasileiros, em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado (MATTA, 2009).

Diante disso, uma questão de relevante importância é entender como se estruturou um sistema de saúde que se pretende único, universal, equitativo e descentralizado, numa realidade federativa tão contraditória. Para responder a essa questão, é necessário, primeiramente, entender o modelo em que o Brasil e o SUS estão inseridos, ou seja, apresentar as características do sistema federativo de modo geral, noções e conceitos de federação, para, assim, posteriormente analisar as peculiaridades do federalismo brasileiro e do federalismo fiscal no Brasil e, ainda, entender especialmente a particularidade da política de saúde no País, com a implementação do SUS.

O federalismo constitui uma das formas mais difundidas de organização política. Consiste em um modelo de organização política e de organização do Estado, o qual é marcado pela coexistência de duas ou mais instâncias de governo, sendo elas a União e as unidades federadas.

O federalismo é baseado na divisão de autoridade entre diferentes níveis de governo, onde cada instância possui competências, sobre as quais tem a decisão final (FORTES, 2008).

Em outras palavras, o sistema federativo é caracterizado pelo poder compartilhado em níveis local, regional e nacional. Diz respeito a um sistema político no qual as funções de governo estão divididas entre um poder central e um grupo de estados associados.

Algumas características são comuns a toda Federação, apesar de cada Estado Federativo apresentar características peculiares, inerentes às suas realidades locais. De acordo com Lenza (2009):

- a) descentralização política, ou seja, autonomia para os entes;
- b) constituição rígida como base jurídica: fundamental para garantir uma distribuição de competências entre os entes autônomos, prevalecendo uma estabilidade institucional;
- c) inexistência do direito de secessão: não se permitindo o direito de retirada do pacto federativo depois de criado;
- d) soberania do estado federal: a partir da Federação, os Estados passam a ser autônomos. Desta forma, os entes federados são autônomos entre si, com regras previstas na Constituição e nos limites de sua competência;
- e) auto-organização dos Estados-membros, por meio da elaboração das constituições estaduais (previstas no artigo 25 da Constituição Federal de 1988);
- f) órgão representativo dos Estados-membros: no Brasil, a representação é dada pelo Senado Federal;
- g) o Supremo Tribunal Federal, sendo ele guardião da Constituição.

Os Estados federados podem estar agrupados em três blocos ou versões. O primeiro bloco é chamado de federalismo progressivo ou construtivo; dentro dele existem exemplos, como a construção da Europa unificada, a construção federativa americana e a alemã.

O segundo bloco ou versão é chamado de federalismo “defensivo” ou “perverso”, este é utilizado como instrumento para manter a união de territórios em processo de desintegração e/ou com graves conflitos étnicos ou religiosos. São exemplos o Canadá e a Índia.

Por fim, existe o chamado federalismo “pragmático” ou “reativo”. Essa versão está inscrita nos processos de redemocratização nos países da América Latina, no momento em que o federalismo assume o sinônimo de democratização e descentralização, e neste particular o Brasil é um exemplo.

Além disso, existem duas formas de organização do Estado, sendo federação e estado unitário os dois modelos que prevalecem na maioria dos países do mundo. No regime federalista, a estrutura do governo é descentralizada e, no

sistema unitário, por sua vez, o governo é centralizado. Na prática, mesmo nos países que adotam uma forma unitária, existe certo grau de descentralização na estrutura do governo.

É importante fazer uma distinção entre Estados federativos e estados unitários. Esta distinção diz respeito às formas de distribuição da autoridade política dos Estados nacionais. Estados federativos são uma forma particular de governo dividido verticalmente, em que diferentes níveis de governo têm autoridade sobre a mesma população e território. O governo central e os governos locais são considerados independentes entre si e soberanos em suas respectivas jurisdições; cada governo local possui o princípio da soberania, o que significa dizer que estes são considerados autônomos e com capacidade para implementar suas próprias políticas. A soberania dos governos locais deriva do voto popular direto, da autonomia de suas bases fiscais e, em muitos casos, de força militar própria (ARRETCHE, 2004). Como exemplos de Estados federativos temos: Brasil, Estados Unidos, Austrália, Alemanha e Canadá.

O Estado unitário costuma ser classificado em três espécies distintas: Estado unitário puro, o qual diz respeito à absoluta centralização do exercício do poder; Estado unitário descentralizado administrativamente, que concentra a tomada de decisões políticas nas mãos do Governo Nacional, pois, ainda que existam extensões, “criam-se pessoas” para executar e administrar as decisões tomadas; e Estado unitário descentralizado administrativamente e politicamente, em que, além da autonomia de execução das decisões tomadas pelo Governo Central, essas “pessoas criadas” têm certa autonomia política para decidir a melhor atitude na execução de um dado comando central (LENZA, 2009). Como exemplo de Estado Unitário temos: França, Dinamarca, Inglaterra e Uruguai.

Esta autonomia dos entes federados será maior ou menor de acordo com a função da receita tributária disponível, ou seja, da arrecadação própria somada e/ou subtraída das transferências constitucionais em cada esfera de governo, como se verá mais adiante.

Segundo Silva (2000), a autonomia das entidades federativas pressupõe repartição de competências para o exercício e desenvolvimento de sua atividade normativa. Existe notoriamente a dificuldade de saber que matérias devem ser

entregues à competência da União, quais devem competir aos Estados e quais aos Municípios.

No Brasil, o modelo de federalismo foi adotado pela Constituição Federal de 1988, em um momento de redemocratização no país, em particular com a retomada de eleições diretas para todos os níveis de governo. Naquele momento, ocorreu a opção pela descentralização fiscal, em oposição ao modelo centralizado do governo autoritário vigente até então, sobretudo dos governos locais.

A Constituição passa a ser um marco na retomada da democracia e da organização federativa do Brasil. Em seu artigo 1º, fica estabelecido que a República Federativa do Brasil seja formada pela união indissolúvel dos Estados, Municípios e do Distrito Federal; define-se, portanto, a existência de municípios e estados como entes federativos, dotados de autonomia política, administrativa e financeira. Esses são também dotados de responsabilidades e competências definidas constitucionalmente.

Os limites da repartição regional e local de poderes dependem da natureza histórica de federação. No Brasil, a área de competência da União é mais dilatada, restando limitado campo de atuação aos Estados-membros. Vale destacar, também, que, no Brasil, a existência de competências exclusivas dos Municípios comprime ainda mais a área estadual (SILVA, 2000).

Os efeitos do federalismo sobre a implantação de políticas públicas, segundo a visão dominante na ciência política, resultam que a dispersão de autoridade, própria dessa forma de organização política, acaba por dificultar a realização de reformas e a coordenação de políticas de abrangência nacional, especialmente em um país marcado por forte desigualdade regional e socioeconômica como o Brasil (FORTES, 2008).

Para Santos (2012), em saúde é necessário ter equilíbrio entre receitas e despesas, visto que a CF confere competência comum aos entes federativos para a execução de ações e serviços de saúde, independentemente das assimetrias socioeconômicas e demográficas dos entes. Entretanto, para a autora, não se pode pensar em responsabilidades iguais para entes desiguais, sob os pontos de vista socioeconômico e demográfico.

Um dos traços essenciais que permeia a organização dos estados federativos é a definição de mecanismos e relações de colaboração financeira e administrativa entre os membros (ARGHÓN *apud* MATTA, 2006). Esta colaboração pode ser feita pela provisão direta de bens ou serviços públicos, de forma que uma determinada esfera atenda à necessidade de outro ente, e/ou pela transferência de recursos, objetivando suprir essas necessidades.

Tendo isto em vista, Matta (2006) demonstra uma diferença entre descentralização e federalismo fiscal. Descentralização refere-se à transferência de funções, em geral do governo central aos governos locais, enquanto o federalismo fiscal, por sua vez, refere-se à transferência da capacidade de tributar do governo nacional aos governos subnacionais, sendo esta uma condição específica dos sistemas federativos.

Uma das questões cruciais na federação diz respeito às relações fiscais e financeiras entre as esferas de governo. São as regras do federalismo fiscal que determinam a possibilidade de reduzir as disparidades na capacidade de gasto de entes federativos com diferentes capacidades de extração de receitas.

O padrão de organização federativa em que o Brasil está enquadrado é aquele em que a União concentra a maior parcela da arrecadação tributária, a qual tem oscilado entre 65% e 70% do total arrecadado (MATTA, 2006, p. 86). Entretanto, apesar desta maior concentração da arrecadação pela União no Brasil, existe uma exceção de que o principal imposto sobre consumo (ICMS) é de competência dos estados, diferentemente dos padrões internacionais, nos quais os impostos sobre o valor agregado (IVA) são de competência do governo federal.

A classificação dos elementos que compõem a receita tributária dos entes da federação varia pela origem das receitas, próprias ou de transferências, e também pelo poder de discricionariedade dos gastos.

Segundo a classificação indicada por Prado (*apud* MATTA, 2006), a partilha federativa segue três principais fluxos: transferências devolutivas ou devoluções tributárias, na qual cada ente participa de forma proporcional da parcela arrecadada pelos demais em sua base territorial própria; transferências compensatórias, em que existe um ressarcimento por perdas ocorridas na capacidade arrecadatória;

transferências redistributivas, que busca a equalização e a redução nas disparidades intergovernamentais.

As transferências devolutivas e compensatórias podem também ser denominadas transferências legais ou constitucionais, visto que são realizadas com base na legislação e na própria Constituição.

As transferências redistributivas incluem tanto as transferências constitucionais, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e o Fundo de Participação dos Estados (FPE), como as transferências voluntárias, discricionárias ou negociadas, que não guardam qualquer correlação com as transferências legais, visto que não são baseadas em dispositivos legais e dependem de decisão discricionária das esferas de governo.

As transferências voluntárias assumem, de um modo geral, uma característica redistributiva, objetivando um maior equilíbrio na participação dos entes na distribuição da riqueza, ou seja, atuando como um elemento de equidade na federação (MATTA, 2006).

Existe, além desse fluxo, outro tipo de repasse, classificado como transferências seletivas, com a finalidade de atender a algumas necessidades de gastos em políticas setoriais.

Com base nos tipos de transferências, é possível definir os tipos de receita que prevalecem no Brasil. São elas: Arrecadação Própria, que diz respeito à estrutura da capacidade tributária e ao nível de esforço fiscal de cada ente federativo; Receita Própria Líquida, que é o montante de recursos que os governos em cada esfera recebem e/ou transferem, incluindo a arrecadação própria, as devoluções tributárias e as transferências compensatórias; Receita Disponível, que se refere à totalidade dos recursos que o governo recebe, inclusive a arrecadação própria, as transferências redistributivas (legais e voluntárias), subtraído o que transfere a outras esferas de governo.

A divisão federativa dos recursos tributários coletados é de fundamental importância no pacto federativo. O sistema tributário atribui competências exclusivas a serem cobradas por cada esfera de governo e detalha a partilha da receita entre as esferas, em sentido vertical. Ao longo dos anos, houve uma queda razoável da

participação relativa da esfera central de governo. Entretanto, do ponto de vista da arrecadação, os governos subnacionais geram um terço da receita nacional (AFONSO, 2006).

Para se ter uma maior dimensão das receitas de cada ente, o Quadro 1 demonstra quais os impostos de competência de cada esfera da federação.

QUADRO 1: IMPOSTOS DA UNIÃO, DOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL, E DOS MUNICÍPIOS

Impostos da União

Imposto sobre a importação de produtos estrangeiros (II)
 Imposto sobre a exportação de produtos nacionais ou nacionalizados (IE)
 Imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza (IR)
 Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)
 Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro, ou relativas a Títulos ou Valores Mobiliários (IOF)
 Imposto Territorial Rural (ITR)
 Imposto sobre grandes fortunas, nos termos de lei complementar

Impostos dos Estados e do Distrito Federal

Imposto sobre Transmissões *Causa Mortis* e Doações de Qualquer Bem ou Direito (ITCMD)
 Imposto sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e prestação de Serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior (ICMS)
 Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)

Impostos dos Municípios

Imposto sobre a Propriedade predial e Territorial Urbana (IPTU)
 Imposto sobre Transmissão *inter vivos* de Bens e Imóveis e de direitos reais a eles relativos (ITBI)
 Impostos sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS ou ISSQN).

Fonte: Constituição Federal de 1988, artigos 153 a 156 - Elaboração própria.

A receita disponível para os municípios é dada pela soma dos seguintes impostos: 1) Próprios – IPTU, ISS e ITBI, mais as transferências constitucionais federais (FPM) e estaduais – cota-parte do ICMS. A receita disponível para o estado abrange: 2) Impostos próprios – ICMS, IPVA e ITCMD, mais as transferências federais (FPE).

O Fundo de Participação dos Municípios (FPM) é composto por 22,5% das arrecadações do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Importados (IPI); a cota-parte incide sobre os 25% do ICMS repassados aos municípios a título de devolução tributária, correspondendo a um total de 6,25% deste imposto, o qual é transferido aos municípios, independentemente desta devolução; a cota-parte do IPI corresponde a 10% da arrecadação, repassados aos estados como compensação. O Fundo de Participação dos Estados (FPE) é composto de 21,5% dos impostos federais, IR e IPI (MATTA, 2006, p. 88).

Aos estados e Distrito Federal compete o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza e vinte por cento do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência que lhe é atribuído pelo artigo 154, I. Aos Municípios compete o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza; cinquenta por cento do produto de arrecadação do imposto da União sobre as propriedades rurais neles situadas; cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios; e vinte e cinco por cento do produto da arrecadação dos impostos do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços e transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação (BRASIL, 2002).

Além dos impostos apresentados no quadro 1, existem as contribuições sociais, de arrecadação exclusiva da União, as quais estão divididas como segue:

- a) Contribuições trabalhistas ou sobre a folha de pagamento – compostas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e pelo PIS/PASEP;
- b) Contribuições sobre o faturamento ou sobre o lucro – compostas pela Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e pela Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

A Contribuição sobre o Lucro Líquido (CLL), incorporada à receita do Finsocial (hoje COFINS), foi criada pela Constituição de 1988, para uso único da seguridade social (saúde, previdência e assistência social).

Como é possível perceber, no plano horizontal, ou seja, entre os governos subnacionais, a arrecadação de tributos é muito desigual na federação brasileira (ARRETCHE, 2004). No interior de cada Estado, municípios de tamanhos iguais apresentam uma grande diversidade de arrecadação, com exceção das capitais, as quais chegam a ter uma arrecadação dez vezes superior à dos demais municípios de seu Estado. Entretanto, os municípios de maior tamanho não demonstram, necessariamente, melhor desempenho quando comparados aos municípios de menor porte.

Sistemas tributários e fiscais que são caracterizados por elevado nível de dependência de transferências obrigatórias e ausência de vínculo entre quem taxa e quem gasta têm a tendência, por parte dos governos subnacionais, de ter um baixo comprometimento com o equilíbrio fiscal. Entretanto, no caso do Brasil, esta tendência foi limitada pela Lei de Responsabilidade Fiscal, aprovada no ano 2000, como a Lei Complementar 101, a qual alterou o padrão das relações intergovernamentais instituído pela Constituição Federal. Nesta lei, ficaram definidos limites percentuais de gastos, por esfera e por função de governo (artigos 19 e 20).

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) estabelece novas regras para a disciplina fiscal e garante maior nível de transparência às ações da União, dos Estados e dos Municípios. Essa lei obriga a instituir e arrecadar todos os tributos de competência do ente da Federação, acabando por dificultar a renúncia de receita e estabelecendo parâmetros e limites para as despesas (AFONSO; ARAUJO; KHAIR, 2001).

Ainda segundo os autores, a LRF foi uma estratégia para controlar os gastos dos Executivos regionais e impedir heranças financeiras de uma gestão para outra, ou seja, o governante que assumir poderá iniciar seu plano de governo sem árduas dívidas de gestões anteriores. Outro objetivo da lei é acabar com a visão de que os governos estaduais e municipais gozam de “restrições orçamentárias flexíveis”. Fica estabelecida, também, a participação popular na discussão da Lei de Diretrizes

Orçamentárias (LDO) e propostas orçamentárias, levando a uma ação governamental mais direcionada ao interesse da maioria da população.

Com a LRF, as metas fiscais foram cumpridas pelos governos subnacionais. Houve uma considerável redução sustentada da dívida líquida subnacional, graças à expansão da receita superior à da dívida. Os governos subnacionais vêm apresentando uma trajetória sustentada de superávit primário, mesmo sem acesso à engenharia fiscal e fácil aumento de carga tributária, como a União (AFONSO, 2006).

Entretanto, como comentado anteriormente, os estados e municípios possuem certa autonomia e isso garante, também, uma autonomia considerável na geração direta de receitas fiscais e alocação de recursos públicos. Esta autonomia política e fiscal dos governos estaduais e municipais permite que estes adotem uma agenda própria, independente da agenda do Executivo federal. Cada Estado/Município tem autonomia plena e irrestrita e decisões de controle sobre os gastos autorizados pelo seu orçamento.

Com a Constituição de 1988, foi fortalecida e consolidada a capacidade de tributação própria das esferas subnacionais de governos. Para Estados, por exemplo, foi ampliada a base de incidência do imposto estadual sobre circulação para mercadorias e serviços de comunicações e transportes. O novo ICMS absorveu cinco antigos impostos federais. Paralelamente, foram aumentadas em 25 por cento as transferências desse imposto aos Municípios (AFONSO, 2006).

De acordo com a tabela 1, é possível verificar que não apenas o governo central perdeu importância relativa a partir da Constituição, como também a esfera estadual. Porém, os governos municipais apresentam uma clara tendência de ampliação de importância relativa na federação brasileira.

Tabela 1: Evolução da divisão federativa da receita tributária por nível de governo (conceito contas nacionais*)

Conceito	Central	Estadual	Local	Total	Central	Estadual	Local	Total
	Carga - % do PIB				Composição % do Total			
ARRECADAÇÃO DIRETA								
1960	11,14	5,45	0,82	17,41	64,0	31,3	4,7	100,0
1970	17,33	7,95	0,7	25,98	66,7	30,6	2,7	100,0
1980	18,31	5,31	0,9	24,52	74,7	21,6	3,7	100,0
1988	16,08	5,74	0,61	22,43	71,7	25,6	2,7	100,0
2000	20,77	8,61	1,77	31,15	66,7	27,6	5,7	100,0
2012	25,03	9,27	2,08	36,39	68,8	25,5	5,7	100,0
RECEITA DISPONÍVEL								
1960	10,37	5,94	1,11	17,41	59,5	34,1	6,4	100,0
1970	15,79	7,59	2,6	25,98	60,8	29,2	10,0	100,0
1980	16,71	5,7	2,1	24,52	68,2	23,3	8,6	100,0
1988	13,48	5,97	2,98	22,43	60,1	26,6	13,3	100,0
2000	17,38	8,19	5,58	31,15	55,8	26,3	17,9	100,0
2012	20,97	8,86	6,56	36,39	57,6	24,4	18,0	100,0

Fonte: Elaboração AFONSO, José Roberto R. (2006), a partir de STN, SRF, IBGE, Ministério da Previdência, CEF e Balanços Municipais.

* Metodologia das contas nacionais inclui impostos, taxas e contribuições, inclusive CPMF, FGTS e royalties.

** Receita disponível = arrecadação própria mais e/ou menos repartição constitucional de receitas tributárias e outros repasses compulsórios.

Ao se observar a tabela, é possível notar que não apenas a arrecadação direta, mas também a receita disponível dos municípios cresceram de 1988 a 2012, passando de 2,7% para 5,7%, e de 13,3% para 18%, respectivamente. Já a arrecadação e a receita disponível da União tiveram uma queda no mesmo período, passando de 71,7% para 68,8%, e de 60,1% para 57,6%, respectivamente.

É importante observar que a queda da participação dos recursos federais não significa a diminuição do seu papel na determinação das políticas públicas no País. O governo federal continua sendo o principal responsável pelos recursos e indutos de políticas.

No tocante à política de saúde, é importante mencionar a organização do esquema federativo. O SUS comporta todos os entes federativos em um único sistema descentralizado, com direção única em cada esfera de governo. Entretanto, segundo Santos (2011), o SUS deve ser organizado sob o formato de rede regionalizada de saúde e com financiamento compartilhado, visto que a Constituição conferiu aos entes federativos o poder-dever de cuidar da saúde, além de regular,

controlar e fiscalizar tanto a saúde pública como a privada. Diferentemente do que foi o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)², o SUS é um sistema com comando federal e execução descentralizada por convênio, que possui competência constitucional das três esferas de governo.

No SUS, a partilha dos recursos da União para os Estados e Municípios e dos Estados para seus Municípios constitui um dos fundamentos do financiamento da saúde pública e é também a essência do federalismo cooperativo, ou seja, aquele que combina competências comuns aos entes federados. A saúde, em especial, faz parte deste federalismo cooperativo, visto que, além de ser competência comum dos entes federativos, sua estrutura impõe a integração de serviços dos entes, levando a um sistema de cooperação obrigatória.

O estabelecido no artigo 30, VII, da CF 88 trata desta cooperação, como segue:

Art. 30. Compete aos Municípios:
II – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

Em outras palavras, a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados aos Municípios é própria do SUS e se destaca no princípio federativo de diminuição das desigualdades regionais, promovendo, então, equidade regional.

Esta partilha é de fundamental importância para se alcançar a equidade regional dentro das diferenças federativas, com destaque para os municípios, os quais vêm desempenhando um papel cada vez mais relevante na promoção da saúde no País.

Para isso, o artigo 159 da CF 88, que trata da repartição das receitas tributárias da União, destaca a diferenciação na repartição das receitas para regiões brasileiras com maior carência socioeconômica (podemos mencionar os artigos: art. 151, I; art. 159, I, c; art. 161, II; art. 163, VII; art. 165, §7º; art. 170, VII; art. 198, §3º, II), evidenciando, assim, o princípio da equidade entre regiões (SANTOS, 2012).

² O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, dando as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual, inicialmente com o SUDS e depois veio a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990), e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Vale ressaltar que as transferências federais do SUS não fazem parte do cálculo da receita disponível dos municípios. Apesar disso, elas representam uma destacada fonte de recursos à disposição desse ente, destinados ao gasto com saúde. Estas transferências são significativas para os municípios menos beneficiados pelas transferências constitucionais federais do FPM (MENDES, 2005, p. 196).

A participação dos municípios teve um aumento considerável também no gasto público total com saúde. De acordo com a tabela 2, é possível observar que, a partir dos anos 2000, embora a maior parte gasto público em saúde continue de origem federal, sua participação diminuiu consideravelmente, passando de 56%, em 2000, para 45%, em 2010. Essa queda se explica, em parte, pela implementação do SUS em 1988, tendo em vista que, na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde e nas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB 93 e 96), ficou definido como de competência dos municípios a execução preferencial das ações e serviços de saúde, forçando que essa instância de governo destinasse mais recursos para a área da saúde (MENDES, 2005).

Tabela 2: Evolução da participação dos entes federados brasileiros no financiamento do SUS (1980; 1991; 2001; 2010)

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1980	75%	18%	7%
1991	73%	15%	12%
2001	56%	21%	23%
2010	45%	27%	28%

Fonte: CARVALHO (2012).

Considerando o exposto até o momento, estudar e entender o padrão de financiamento do SUS e a origem dos recursos destinados a ele é muito importante para a compreensão do tipo de federalismo fiscal e sistema descentralizado existente no Brasil. O modelo brasileiro permitiu a cada esfera de governo impor, administrar e coletar seus próprios tributos, como já visto; portanto, é importante agora analisar de onde vêm os tributos e de que forma eles são utilizados.

1.2. O Financiamento do SUS e a Repartição de seus recursos entre as três esferas gestoras do SUS

O financiamento da saúde pública no Brasil foi sempre precário. No período anterior ao SUS, o financiamento praticamente se reduzia às contribuições dos trabalhadores organizados, as quais, posteriormente, ficaram vinculadas à Previdência.

No Brasil, o sistema de saúde é representado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, o qual foi instituído com a Constituição Federal de 1988. A concepção igualitária nela presente implicaria a existência de um sistema com forte participação do setor público, visto que a saúde passa a ser entendida como um direito universal, isto é, estendida a todos e como um dever do Estado. Um sistema no qual os serviços de saúde devem ser distribuídos de acordo com o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado segundo as possibilidades dos mesmos, ou seja, aqueles que ganham mais contribuem mais para o financiamento do sistema.

A Constituição Federal afirma, em seu art. 194, que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” Ou seja, deixa claro que cabe à seguridade social o compromisso de assegurar o direito à saúde.

No que diz respeito ao financiamento, por sua vez, em seu art. 195, a Constituição Federal afirma que “a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

De acordo com a CF 88, em seu artigo 195, fica definido que o financiamento da Seguridade Social será realizado mediante recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além das contribuições sociais dos empregadores³, dos trabalhadores e 50% da receita de recursos e prognósticos. Esses recursos não integrariam o orçamento da União e sim da Seguridade Social.

³ As contribuições dos empregadores são aquelas incidentes sobre a folha de salários, o faturamento - COFINS e o lucro, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL.

A Constituição de 1988 criou a Contribuição sobre o Lucro Líquido e incorporada à receita do Fundo para Investimento Social (Finsocial), hoje COFINS, para uso único da saúde, além das fontes tradicionalmente utilizadas pelo Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), a fim de ampliar os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social, esta composta pela saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2005).

Esta diversificação de fontes buscava melhorar o aporte de recursos para seguridade, entretanto, não foi o que ocorreu de fato.

Ao longo dos anos verificaram-se constantes tensões entre o SUS e o orçamento da Seguridade Social. O primeiro enfrentamento foi em 1989 e 1990, quando recursos do até então Finsocial não foram totalmente destinados ao financiamento da Seguridade Social. Esses recursos contribuíram para o financiamento dos encargos previdenciários da União, porém, essa despesa não faz parte do orçamento da Seguridade Social. Vale destacar que o artigo 55 da CF 88, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, não deixa dúvidas sobre o montante da seguridade social a ser gasto em saúde: “até que seja aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, trinta por cento (30%), no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde.” Este percentual valia para o ano de 1989, cuja LDO já estava elaborada. Em fins de 1990, o então Ministério da Previdência Social reduziu o volume desse repasse. A transferência para o Ministério da Saúde, ou seja, 33,1% da receita de contribuições, em 1991, passaram para 20,9% em 1992 (MENDES, 2005).

O segundo momento de enfrentamento ocorreu em 1993, ano que ficou conhecido como o ano da grande crise do financiamento da Saúde. A LDO estipulou que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveriam ser repassados para a área da saúde, porém não foi o que aconteceu. O motivo alegado foi que a Previdência Social apresentava problemas de caixa muito elevados e, com a continuidade das transferências, iria encerrar o ano com déficit. A liberação de recursos foi realizada sob a forma de empréstimo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), após estabilizada a situação financeira na saúde (MENDES, 2005).

Após 1993, a situação financeira da Previdência Social piorou, dificultando ainda mais o financiamento da saúde. Na prática, acabou por ficar definido que as contribuições de empregados e empregadores seriam de uso exclusivo da Previdência, apesar do baixo resultado dessas contribuições.

Essa situação emergencial levou à necessidade de se pensar em uma alternativa para superar a crise de carência de recursos, que foi a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996, com a Lei 9.311.

A CPMF surgiu como acréscimo ao artigo 74 da ADCT, a qual permitia que a União institísse esse tipo de contribuição. De acordo com a sua previsão legal, o produto de sua arrecadação seria integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde, para o financiamento de ações e serviços de saúde.

Em 1997, a CPMF representava 27,8% do total de recursos e 38,4% em 2002, sendo uma das principais fontes de financiamento do Ministério da Saúde, representando 1/3 do total (SERVO et al., 2011).

As contribuições sociais (COFIN, CSLL e CPMF) representavam 70% do financiamento do Ministério da Saúde, chegando a mais de 90%. Vale destacar que, no período de 1997 a 2003, a CPMF não representou de fato um aumento de recursos novos para a saúde no nível federal, o que só ocorreu em 2004, com a entrada em vigência da Emenda Constitucional 29 (SERVOS et al., 2011).

Em 1994 foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE), instituindo que 20% da arrecadação das contribuições seriam desvinculados para uso do governo federal. A partir de 1997, esse fundo passa a ser chamado de “Fundo de Estabilidade Fiscal” (FEF) e, posteriormente, a partir de 2000 até os dias de hoje, de “Desvinculação das Receitas da União” (DRU). Esse Fundo rompe com o estabelecido na Constituição, ou seja, permite que o governo federal disponha de parte dos recursos da Seguridade Social, os quais passaram a ser de seu uso exclusivo.

A nova sistemática de funcionamento prejudicou a transparência da execução orçamentária, visto que os recursos, agora desvinculados pela DRU, não fizeram parte de fonte específica, como era no caso do FSE/FEF. No período

anterior à DRU, a fonte Recursos Ordinários integrava, fundamentalmente, os recursos provenientes de impostos federais, como o Imposto de Renda e o Imposto sobre Produtos Industrializados; com a DRU, por outro lado, os recursos foram executados por meio dessa fonte.

Outro momento importante para a trajetória da alocação de recursos se deu em outubro de 2000, quando finalmente a Emenda Constitucional 29 (EC 29) foi aprovada. Esta foi um avanço na definição das fontes de financiamento do SUS, visto que definia a participação de cada esfera de governo e garantia um mínimo de recursos.

De acordo com o texto da Emenda, no primeiro ano de vigência, os estados e municípios deveriam alocar, pelo menos, 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, e esse percentual deveria crescer anualmente até que os estados atingissem um índice de 12% em 2004 e os municípios, 15%. Para a União, ficou definido, para o primeiro ano, o aporte de, no mínimo, 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os anos seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. A EC 29 não deixa explícita qual a origem dos recursos da União e, em relação à Seguridade, ela é omissa (MARQUES; MENDES, 2013).

Com relação ao repasse da União, o texto da EC 29 dá origem a uma grande discussão entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda, a respeito da base de cálculo a ser utilizada para previsão mínima de recursos, ou seja, o conflito entre base móvel e base fixa. Para o Ministério da Saúde, o ano-base para aplicação do adicional de 5% seria o ano 2000 e o valor apurado para os demais anos seria o do ano anterior, sendo calculado ano a ano. Por outro lado, para o Ministério da Fazenda, o ano-base seria 1999, somente acrescido das variações nominais do PIB ano a ano, por isso a base seria fixa. Essa disputa resultou, já no orçamento de 2001, em uma diferença de R\$ 1,19 bilhões.

Apesar disso, a aprovação da EC 29 permitiu que o gasto com o SUS aumentasse de 2,89% do PIB, para 3,8 do PIB, em 2008, apesar de ainda insuficiente para uma saúde universal e de garantia integral de atendimento (MARQUES; MENDES, 2013).

Após quase 12 anos, finalmente a EC 29, que aguardava a regulamentação por Lei Complementar, acabou por se concretizar através da Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012. A nova lei rejeitou a criação de um novo imposto para custear o setor, mantendo a mesma base de cálculo da União – variação nominal do PIB – e definindo o que são gastos de saúde e os percentuais mínimos a serem aplicados pelas três esferas de governo, como será apresentado na seção 1.3 deste capítulo.

1.2.1. O Financiamento e Descentralização dos Recursos na saúde

Como destacado anteriormente, o financiamento do SUS está previsto em lei, tanto na Constituição Federal de 1988, como na Lei Orgânica da Saúde, que reúne as leis federais 8.080/90 e 8.142/90. De uma maneira geral, a lei prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo.

Após a Constituição Federal, foi discutida no Congresso a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a qual foi aprovada em duas etapas: a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que garantem as diretrizes desse sistema, tais como a descentralização, a participação da comunidade e regionalização. Além disso, essas leis dispõem sobre a partilha dos recursos da União para os estados e municípios. Os critérios estabelecidos nessas leis fazem referência à ideia de necessidade em saúde, entretanto, não foram de fato aplicados nos últimos 20 anos desde a implantação do SUS.

No artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), encontram-se definidas as diretrizes do SUS, destacando:

A universalidade de acesso, a integralização da assistência, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie e a utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, para alocação dos recursos e para orientação programática (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011).

Na seção relativa ao financiamento do SUS, artigo 31, fica estabelecido que o orçamento da Seguridade destinará ao SUS os recursos necessários à realização

de suas finalidades. Em seu artigo 33, relativo à gestão do SUS, faz referência apenas aos recursos do orçamento da Seguridade Social e de outros orçamentos da União (FORTES, 2008).

Ainda na questão do financiamento, no artigo 35 ficam definidos os critérios para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, segundo alguns critérios estabelecidos na lei: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na região; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Além disso, este mesmo artigo definiu que metade dos recursos destinados a Estados e Municípios deveria ser distribuído segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. Nos casos de estados e municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional.

A Lei 8.142/90, por sua vez, que trata das transferências federais às esferas subnacionais, acabou se limitando a condicionar os repasses à existência de contrapartida de recursos para a saúde nos respectivos orçamentos, e, também, a criação de fundos e de Conselhos de Saúde. A partir dessa lei, os recursos federais passariam a ser depositados no Fundo Nacional de Saúde e transferidos às esferas subnacionais, segundo critérios previstos no artigo 35 da lei 8.080, de modo regular e automático.

Entretanto, o artigo 35 da Lei 8.080/90 nunca foi regulamentado, e o repasse regular e automático, com base no critério *per capita*, da totalidade dos recursos transferidos, com 70% dos recursos federais destinados aos municípios, não foi aplicado.

Mesmo tendo em vista que os critérios estabelecidos nessas Leis venham a fazer referência à ideia de necessidades em saúde, não foram passíveis de aplicação ao longo da implementação do SUS.

Na prática, o que prevaleceu na definição dos critérios de alocação de recursos federais para os estados e municípios foram as Normas Operacionais Básicas (NOB). Com elas, a institucionalização da descentralização da assistência à saúde passou a ocorrer de fato, com novas formas de alocação de recursos federais. Duas normas em especial são de fundamental importância para entender o funcionamento do SUS e o processo de descentralização do sistema, a NOB/93 e a NOB/96, as quais instituíram e aperfeiçoaram critérios de transferências regulares e automáticas dos recursos federais para os municipais. De acordo com essas NOBs, essas transferências devem ser feitas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

A NOB 93 definiu de forma mais clara os critérios e os processos de habilitação de estados e municípios. Vale levar em consideração que os municípios, os estados e os órgãos do Ministério da Saúde estavam em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema. A Norma criou duas categorias de gestão estadual e três destinadas ao nível municipal (MELAMED, 2011), de acordo com a abrangência de responsabilidade sobre as ações e serviços de saúde.

Segundo Mendes (2005), o município assume a responsabilidade de todos os serviços e saúde do seu território, garantindo a capacidade gerencial e o reordenamento do modelo assistencial. Conforme explicita o autor, transferem-se aos municípios as seguintes responsabilidades:

A possibilidade e as condições de planejar seu sistema de saúde; a competência de se relacionar diretamente com os prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privados/filantrópicos por meio do cadastramento, contratação, controle e pagamento; o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, com exceção das unidades hospitalares estaduais de referência regional; a execução e o controle das ações básicas de saúde, da vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde do trabalhador existentes em seu território; e a efetiva gerência de todos os instrumentos técnicos e administrativos de gestão (MENDES, 2005, p. 76).

Para isso, os municípios passaram a receber os recursos federais de forma automática, por meio de transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. O volume global de recursos financeiros deve ser correspondente a um teto financeiro estabelecido para custeio de atividades

ambulatoriais e hospitalares, por meio de recursos federais. Ou seja, implantou-se um repasse global e automático, sem vínculo a determinados programas nos municípios, o que significou uma grande mudança, pois antes disso todos os pagamentos eram efetuados pelo Ministério da Saúde (MS).

Os gastos com ações e serviços de saúde dependem naquele momento das decisões locais da política de saúde. Ou seja, os municípios habilitados pela NOB/93 passaram a ter autonomia na aplicação dos recursos, de acordo com as prioridades locais.

Apesar do “fundo a fundo” de forma automática, o repasse acabou reproduzindo as condições do passado, pois a definição do valor a ser transferido teve como critério fundamental a série histórica de gasto com serviços ambulatoriais e hospitalares. Em outras palavras, o repasse continuou a ser determinado pelas condições da oferta de serviços, mantendo, desta forma, as desigualdades regionais (MARQUES; MENDES, 2013, p. 12).

Apesar disso, a NOB 93 foi de fundamental importância para o avanço da descentralização. Entretanto, foi com a aprovação da NOB 96 que tal processo se intensificou. A NOB 96 só foi de fato aplicada em 1998, após sua regulamentação.

A NOB/96 trouxe modificações no critério de alocação de recursos federais. Era uma tentativa de transformar o governo federal em um agente ativo, com capacidade de interferência no quadro das desigualdades.

A principal novidade para os municípios foi a introdução de um mecanismo de remuneração *per capita* dos serviços de saúde, o “Piso da Atenção Básica” (PAB). Com ele ficou instituído um valor *per capita* habitante/ano para todos os municípios com a responsabilidade sobre as ações da atenção básica no município. Para substituir as modalidades da NOB 93, foram criadas duas gestões: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. Em relação à responsabilidade no primeiro tipo de gestão, o município passou a receber integralmente os recursos destinados à atenção básica e ter autonomia para poder aplicá-los. Já no segundo tipo de gestão, a autonomia foi estendida ao conjunto da assistência, que envolve também procedimentos de média e alta complexidades e hospitalares.

O PAB é constituído de duas partes, o PAB fixo e o PAB variável. O PAB fixo corresponde a um valor por habitante por ano, de acordo com a estimativa da população do município. O PAB variável, por sua vez, se refere aos incentivos destinados ao financiamento de estratégias, mediante adesão, para os municípios implantarem alguns programas, tais como: Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), entre outros.

A intensificação da descentralização de recursos foi feita por meio de um conjunto de portarias expedidas pelo Ministério da Saúde, as quais estabeleceram tetos para programas.

A alteração do modo de distribuição dos recursos federais para a atenção básica não foi suficiente para reverter o quadro de desigualdades regionais, com piores situações de saúde e socioeconômicas.

Desta forma, é possível destacar que, com a NOB/96, houve a substituição do repasse global para todos os níveis de atenção à saúde, pelo repasse fragmentado para a atenção básica e para a média e alta complexidades.

Em 26 de janeiro de 2001, foi publicada a Portaria MS/GM nº95, trazendo como anexo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), a qual substituiu a NOB 96 e buscou enfrentar os reconhecidos problemas de acesso aos serviços de saúde por parte da população (FORTES, 2008). Esta Norma apresentava como objetivo geral a promoção de uma maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, o que demonstra uma preocupação com a correção de falhas relacionadas à alocação de recursos financeiros da União para Estados e Municípios.

Segundo Mendes (2005, p. 100), a NOAS/2001 é formada por três estratégias principais: “a regionalização da assistência; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; e a atuação dos critérios de habilitação de estados e municípios”, estratégias essas correspondentes às ações específicas.

Entretanto, a NOAS/2001 não ocorreu de fato. Na realidade, ficou estabelecida uma diferença no financiamento em relação à variação dos recursos no PAB fixo em relação ao valor superior do PAB ampliado, bem como a transferência

de recursos do Ministério da Saúde, fundo a fundo, quando o município encontrar-se habilitado em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena Sistema Municipal de Saúde (MENDES, 2005).

O que de fato ocorreu foi a manutenção da prática que atrelava os repasses de recursos federais a determinados programas ou ações, e esta somente foi superada com a publicação do Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o que é considerado uma superação nesse sentido.

O Pacto estabelece um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de suas gestões. Ele também valoriza três dimensões fundamentais: impactos na situação sanitária da população, demonstrados no Pacto pela Vida; responsabilidades gerais na gestão do SUS, descritas no Pacto de Gestão; e compromisso entre os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária, explícitas no Pacto em Defesa do SUS (LEITE; MENDES, 2013).

O Pacto em defesa do SUS tem compromisso com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, não apenas como uma política de governo, ou seja, fortalecer as políticas de saúde com envolvimento dos três entes federados. As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são: implementar um projeto permanente de mobilização social; alcançar a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional; garantir, no longo prazo, a criação de novos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

O Pacto de Gestão, por sua vez, contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90. O Pacto avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes, permitindo uma diversidade na operação que respeite as desigualdades regionais. Além disso, o Pacto de Gestão propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, acompanhada da desburocratização dos processos normativos.

Reforça a regionalização da saúde como base para a organização dos sistemas, estrutura as regiões sanitárias e institui colegiados de gestão regional.

Os objetivos do Pacto de Gestão são: definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS (federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação); estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

O Pacto pela Vida é formado por uma série de compromissos sanitários, em um conjunto de objetivos e resultados derivados da situação de saúde da população e também das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. No Pacto pela Vida destacam-se as seguintes necessidades: Promoção de Saúde; Atenção Básica à Saúde; Saúde do Idoso; Câncer do colo de útero e de mama; Mortalidade infantil e materna; Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.

No Pacto pela Saúde ficam definidas as formas de transferências dos recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde para estados e municípios. Elas passaram a ser integradas em seis grandes blocos de financiamento, constituídos por componentes conforme as especificidades de suas ações. São eles: Bloco da Atenção Básica; Bloco da Média e Alta Complexidade; Bloco da Vigilância em Saúde; Bloco de Assistência Farmacêutica; Bloco de Gestão do SUS; Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

Foram publicadas duas Portarias do Ministério da Saúde como resultados desses blocos, são elas: a Portaria nº 204/2007, referente à regulamentação do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde desses blocos e seu respectivo monitoramento e controle; e a Portaria nº 1497/2007, que estabelece a operacionalização do repasse dos recursos que compõem os blocos (LEITE; MENDES, 2013).

Os recursos que compõem cada bloco são transferidos aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, levando em consideração os atos normativos específicos que devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relativos a cada bloco.

Com o Pacto, pode-se dizer que houve um agrupamento mais coerente dos repasses do Ministério da Saúde para estados e municípios, permitindo maior flexibilidade no uso dos recursos dentro de um mesmo bloco.

É importante salientar que os blocos de repasse dos recursos federais não levam em conta as diferentes necessidades socioeconômicas e sanitárias existentes nas diversas localidades.

Pode-se dizer que o Pacto pela Saúde de 2006 vem alterando a forma de financiamento do SUS, ao passo que eliminou mais de 100 modalidades de transferências de recursos e as reduziu a apenas seis blocos. Essa é considerada a principal mudança no âmbito do financiamento do SUS, relativo ao custeio das ações e serviços de saúde, ou seja, a alocação dos recursos federais em seis blocos.

Entretanto, ao longo dos anos não foi possível observar uma preocupação fundamental, o enfrentamento das desigualdades e maior equidade na alocação de recursos. O advento da LC 141/2012, a qual estabelece nos artigos 17 e 19 formas de transferências de recursos baseadas em necessidades em saúde, traz indícios de se distanciar das ideias utilizadas até o momento, apenas de cumprimento de metas e alcance de resultados sanitários, indo contra a lógica produtiva (LEITE; MENDES, 2013).

1.3. A Lei 141/2012: avanços para a alocação equitativa de recursos

Em 13 de janeiro de 2012, foi aprovada a Lei Complementar 141, a qual definiu o rateio de recursos da União para estados e municípios baseado em critérios de transferências, objetivando a redução das desigualdades regionais de saúde, diferentemente do que vem sendo observado ao longo dos vinte e cinco anos de implantação do SUS, e na produção de serviços e na capacidade de oferta das ações e serviços de saúde (LEITE; MENDES, 2013).

O princípio da diminuição das disparidades regionais é fundamental para garantir a integralidade da assistência à saúde. A partir do momento em que há ausência de uma rede de ações e serviços de saúde e de regiões de saúde

equitativas, a integralidade da assistência à saúde fica dependente de regiões mais favorecidas que concentram maior qualidade e densidade tecnológica. Para garantir a equidade regional, a fim de diminuir as disparidades socioeconômicas, o disposto na LC 141/2012, referente às partilhas federais e estaduais, deve ser cumprido (SANTOS, 2012).

A nova lei aprimorou os critérios de transferências, com base na redução dessas disparidades regionais, algo que já se encontrava disposto na lei 8.080/90 e no artigo 2º da lei 8.142/90, passando agora a serem definidos constitucionalmente nos artigos 17 e 19 da LC 141/2012, de acordo com o artigo 198, §3º, da CF 88.

Os artigos 17 e 19 da LC 141/2012 têm como critério guia as necessidades de saúde da população, e para tanto levam em consideração as dimensões epidemiológica; demográfica; socioeconômica; espacial; e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde. O artigo 35 da lei 8.080/90 levava em consideração o perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde; desenho técnico, econômico e financeiro; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimento de rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo; perfil demográfico diferenciado para estados e municípios sujeitos a notório processo de migração.

A partir dos novos critérios, alguns elementos que norteavam o rateio de recursos, de acordo com o artigo 35 da lei 8.080/90 e a EC-29, foram revogados, e dentre eles podemos destacar três principais:

- 1) §1º do artigo 35 da lei 8.080/90, que considerava que o valor dos repasses da União para os demais entes federados deveriam ser de 50% desse total e realizados de acordo com o critério *per capita*;
- 2) O artigo 3º da lei 8.142/90, no qual ficava definida a obrigatoriedade de que 70% dos recursos da União deveriam ser destinados aos Municípios;
- 3) §2º do artigo 77 do *Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT)* da CF 88, que revogou o estabelecido de que 15% dos recursos da União deveriam ser aplicados nos Municípios, segundo critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde.

Ocorre também o desaparecimento do Piso da Atenção Básica (PAB), introduzido pela NOB/96, como já mencionado anteriormente, visto que o seu critério não levava em consideração a combinação prévia de critérios das leis 141/2012 e 8.080/90.

As transferências da União e dos Estados aos municípios permanecem sendo realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, como já vinha se realizando desde a NOB/93, de acordo com os seus artigos 18 e 20.

Em outras palavras, segundo esses artigos, os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, de custeio e de capital, devem ser transferidos aos Fundos de Saúde dos Estados e Municípios, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos. As transferências dos Estados aos Municípios, para financiar ações e serviços públicos de saúde, são realizadas também diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática e de acordo com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Outro avanço trazido com a aprovação da LC 141/2012 foi a definição do que é considerado como despesa com ações e serviços públicos de saúde, a qual está voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios do artigo 7º da Lei 8080/90 e às diretrizes definidas na nova lei.

São treze os princípios mencionados na Lei 8080/90: universalidade de acesso; integralidade da assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito à informação sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

e organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (SANTOS, 2012).

As diretrizes que devem ser consideradas, juntamente com os princípios do SUS, para definição das ações e serviços de saúde, estão dispostas no artigo 2º da LC 141/2012, como segue:

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde (BRASIL, 2012).

As despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios deverão ser financiadas com recursos dos respectivos fundos de saúde, como já mencionado acima. Isso significa que os gestores do SUS poderão vir a ter maior controle sobre a aplicação dos recursos próprios para fins de apuração dos gastos locais e se basearem em necessidades da população local.

Uma política de alocação de recursos baseada em necessidades de saúde constituiu transformação muito grande na trajetória histórica de alocação do SUS, a qual foi, fundamentalmente, baseada em transferências mediante serviços produzidos.

A partir da LC 141/2012, os incentivos financeiros, uma das formas de alocação introduzida, principalmente com o advento da NOB/96, passam a ser

proibidos quando estabelecidos com recursos fundo a fundo do SUS, a partir da nova Lei. Eles podem ser adotados somente por meio de transferências voluntárias.

Outra suspensão a partir dos critérios de rateio da LC 141/2012 foi das transferências por meio dos Blocos de Financiamento, criados com o Pacto pela Saúde. Os blocos para repasse de recursos federais não contemplam as diversidades das necessidades socioeconômicas e sanitárias existentes nas diferentes localidades, o que acabava por se distanciar dos critérios de rateio da nova lei (LEITE; MENDES, 2013).

O advento da LC 141/2012 parece ser um rompimento institucional com toda a lógica de alocação de recursos que vinha sendo utilizada até o momento, a tal ponto que estabelece formas de transferências de recursos baseadas em necessidades de saúde e se distancia das ideias de cumprimento de metas e alcance de resultados sanitários, ou seja, se opondo à lógica produtivista.

Existem diversas abordagens metodológicas para se estimar uma alocação equitativa dos recursos para a saúde, porém todas destacam a importância de incorporar as desigualdades demográficas, de acordo com sexo e idade, e a existência de um indicador de necessidades que seja capaz de dimensionar desigualdades relativas entre as condições socioeconômicas e sanitárias das populações de diferentes localidades.

Para se pensar em uma metodologia de rateio dos recursos com base em necessidades em saúde, ou seja, uma metodologia de alocação equitativa de recursos, conforme o disposto na LC 141/2012, é necessário primeiramente entender o conceito de equidade e analisar algumas metodologias implantadas no mundo e em alguns estados brasileiros, o que será tratado no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2

A EQUIDADE E A ALOCAÇÃO DE RECURSOS NA SAÚDE: EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS E NACIONAL

A redução da iniquidade vem sendo uma preocupação entre os formuladores de políticas públicas. No SUS, grande parte dos recursos é oriunda de transferências entre as esferas governamentais. Para os serviços de atenção básica, a alocação dos recursos baseia-se no tamanho da população, por um lado, e, por outro, na implantação de programas específicos definidos pelo MS, constituindo-se incentivos para os serviços de alta e média complexidades, dos quais a distribuição se realiza, prioritariamente, de acordo com a sua oferta. Essas políticas desconsideram os aspectos de morbidade e as condições socioeconômicas da população, levando, dessa forma, a um acirramento das desigualdades na alocação e no acesso aos recursos de saúde entre as regiões do país. Diante deste quadro, cabe ao Estado coordenar a distribuição dessa oferta, identificando regiões que não são capazes de atender sua demanda populacional (ANDRADE et al., 2005).

Não existe uma teoria de equidade consensualmente aceita de onde se possam retirar critérios operacionais, visto que esses critérios serão sempre reflexos dos valores predominantes em cada sociedade e momento histórico determinado.

A formação de políticas de saúde voltadas para a equidade exige a definição do que é equidade, pois diferentes teorias normativas a respeito de equidade levam a diferentes formas de organização dos sistemas de saúde (TRAVASSOS, 1997).

Na Constituição brasileira de 1988, equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde.

Critérios que garantam a eficiência e a equidade no financiamento das políticas e ações de saúde estão sendo discutidos e criados ao longo dos anos e têm sido um desafio para governantes e também para a academia. O governo britânico se destaca nesse debate quando, na década de 1980, desenvolve um processo de alocação equitativa de recursos para a saúde. Este, desde então, constitui-se um marco referencial para diversos países, inclusive para o Brasil.

Para poder analisar as metodologias de alocação equitativa de recursos em países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Itália, e posteriormente no Brasil, é necessário primeiramente apresentar uma reflexão conceitual de equidade, que orientou a elaboração dessas metodologias.

Para isso, o capítulo está dividido em três partes. A primeira trata dos fundamentos da equidade na saúde, realizando um balanço das visões de diferentes autores. A segunda parte diz respeito às experiências internacionais de alocação equitativa de recursos, com destaque para a metodologia inglesa. E, por fim, a terceira parte trata da experiência brasileira ao analisar o método proposto por Porto et al. (2003).

2.1. Os Fundamentos da equidade na saúde: um balanço das visões

Segundo Nero (2005), equidade em saúde é um dos temas mais discutidos. Em geral entende-se equidade como equidade de acesso aos serviços, porém sua abrangência é maior, atingindo desde equidade geográfica até equidade por classe social, por faixa etária ou grupo sociocultural, equidade de utilização, etc.

Uma discussão normalmente encontrada é entre equidade horizontal, a qual diz respeito a tratamentos iguais de iguais, e a equidade vertical, que diz sobre o tratamento desigual de desiguais. Essa diferença considera equidade como equivalente à justiça referida a certa forma de igualdade (SILVA; FILHO, 2009).

Uma abordagem conceitual de igualdade e de equidade, que as distingue e qualifica, deve ser feita a partir da ideia de que equidade é a introdução da diferença

no espaço de igualdade e é parte do processo histórico de lutas sociais, as quais conformam, em tempo e espaço, padrões de cidadania diferenciados (ESCOREAL, 2001).

Para analisar o conceito de equidade em saúde, é necessário primeiramente entender o significado do termo equidade. A partir da década de 1980, economistas da saúde do Reino Unido têm-se empenhado em classificar e fundamentar o conceito de equidade. Le Grand e Mooney são os que mais contribuíram para esse propósito.

Segundo Porto (1995), Julian Le Grand distingue cinco tipos de equidade ligados à distribuição da despesa pública:

- 1- o que objetiva a igualdade da despesa pública *per capita*;
- 2- igualdade dos rendimentos fiscais, buscando compensar os rendimentos das populações de renda inferior por meio da despesa pública com políticas sociais, obtendo uma equiparação entre os rendimentos dos distintos grupos sociais;
- 3- igualdade de utilização, ficando a despesa pública com a função de favorecer a igualdade no consumo dentre os variados serviços ofertados;
- 4- igualdade do gasto, no qual todos os indivíduos possam ter, potencialmente, igualdade no gasto por unidade de serviço utilizado;
- 5- possibilidade de igualdade nos níveis de saúde devido a uma distribuição da despesa pública orientada para a obtenção de iguais resultados.

Le Grand, em trabalhos mais recentes, afirma que a maioria dos tipos de equidade mencionados representam variações de uma mesma ideia ou objetivo; desta forma, pode ser sintetizada em três tipos de equidade:

- 1- tratamento igual para necessidades iguais;
- 2- igualdade de acesso;
- 3- igualdade de saúde.

Porto et al. (1997) verificam a falta de conceituação do termo equidade na tipologia apresentada por Le Grand, que deve ser entendida como diferentes formas de operacionalização, as quais são sempre entendidas como alcance de maior patamar de igualdade. Ou seja, para a autora, é possível afirmar que, excetuando as

distribuições estabelecidas a partir da igualdade de despesa e da igualdade de gasto, as restantes, para uma efetiva operacionalização, deverão levar em conta fatores relativos à determinação biológica e social das necessidades da população, tratando desigualmente os desiguais.

Artells e Mooney (*apud* PORTO, 1997), por sua vez, trabalham com sete conceitos possíveis de equidade em saúde:

- 1- Igualdade de despesa *per capita*, a qual parte do pressuposto de que, quando a distribuição é realizada em função do tamanho da população, ela é equitativa;
- 2- Igualdade de recursos *per capita*, pela qual, além da incorporação da distribuição referente à base populacional, as correções são em função das diferenças de preços observadas em cada região;
- 3- Igualdade de recursos por necessidades iguais, segundo a qual existem diferentes necessidades sanitárias e que estas devem ser levadas em consideração para se obter uma distribuição equitativa, efetuando-se correções a partir do perfil demográfico e epidemiológico⁴;
- 4- Igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais, que, além das necessidades citadas acima, diz respeito também à existência de desigualdades no custo social do acesso;
- 5- Igualdade de utilização para iguais necessidades, que, além da distribuição da oferta e os custos sociais, considera fatores condicionantes da demanda. Para isso, deve haver uma discriminação positiva em favor dos grupos regionais e sociais com menos predisposição para a utilização dos serviços de saúde;
- 6- Igualdade de satisfação de necessidades marginais, que parte do pressuposto de que as necessidades mantêm a mesma ordem de preferências, independentemente das diferenças regionais. Desta forma, a equidade seria alcançada se, dada uma alteração nos recursos, o efeito na cobertura das necessidades fosse o mesmo nas regiões.

⁴ Para o entendimento do conceito de necessidade em saúde, alguns indicadores são mais utilizados para operacionalizar o termo e melhor dimensionar as diferenças existentes, em nível regional ou grupos populacionais. Estes indicadores estão relacionados aos perfis demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos.

7- Igualdade nas condições de saúde, que, diferentemente dos conceitos anteriores, os quais dão prioridade à distribuição dos recursos, tem como ponto central o resultado obtido, que é a igualdade nos indicadores de saúde.

O princípio de igualdade de acesso tem sido seguido pela maioria dos países, como igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais, ou como igualdade de tratamento para necessidades iguais, ou seja, pessoas com um mesmo problema de saúde, com condições sociais e econômicas iguais ou não, devem gozar da mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e receber cuidados médicos adequados. A essa abordagem denomina-se equidade horizontal, formulada por West (1979), onde se dá tratamento igual para iguais (NERO, 1995, p. 123-130).

Em outras palavras, a equidade vertical mostra o efeito do financiamento sobre a distribuição da renda entre as pessoas de diferentes classes sociais e condições de vida. A equidade horizontal, por sua vez, traduz o efeito do financiamento do sistema de saúde sobre a renda de pessoas pertencentes a uma mesma classe social.

A diferenciação efetuada entre equidade horizontal e vertical pode também ser questionada por autores que consideram não haver duas pessoas iguais ou duas situações idênticas. Desta forma, a equidade horizontal perderia aplicabilidade (PORTO, 1997).

A noção de igualdade apenas se completa se associada à noção de equidade. Portanto, não basta um padrão universal se este não comporta o direito à diferença, ou seja, deixa de se tratar de um padrão homogêneo, para se tratar de um padrão equânime (ESCOREAL, 2001).

Um sistema igualitário diz respeito a um sistema que preconiza a igualdade de condições para todos os indivíduos de uma sociedade. Igualdade baseia-se no conceito de cidadania, que trata todos os indivíduos como iguais, possuindo, assim, os mesmos direitos. Porém, igualdade não é sinônimo de equidade.

Equidade tem por base a ideia de justiça. Este princípio reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, assim, devem receber tratamentos diferentes, levando assim a uma redução das desigualdades existentes.

Na literatura internacional, a autora mais citada nos trabalhos que empregam conceitos de equidade em saúde é Margareth Whitehead. Para essa autora, iniquidades constituem diferenças que são evitáveis e injustas, ou seja, iniquidade em saúde refere-se a diferenças desnecessárias e evitáveis, as quais são injustas e indesejadas. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social (SILVA; FILHO, 2009).

Whitehead elaborou um documento de consultoria, em 1990, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), em que propunha distinguir diferenças ou disparidades em saúde, de iniquidade em saúde. A partir dessa ideia, afirma que:

Equidade será entendida como o princípio que rege funções distributivas, as quais têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas. Portanto, desde um ponto de vista teleológico, equidade e igualdade são sinônimos. Não existem propostas equitativas que tenham por objetivo final o alcance de maiores desigualdades. Pode ser este um dos fatores que motivam o uso indistinto dos termos equidade e igualdade. Resultados equitativos, todavia, pressupõem redistribuições desigualitárias de recursos, produto de ajustes efetuados em função dos fatores biológicos, sociais e político-organizacionais determinantes das desigualdades existentes (PORTO, 1997, p. 43).

Para Whitehead, os princípios definidos como básicos para a construção de um sistema mais equitativo consistiram em cobertura universal tanto para serviços assistenciais quanto preventivos; em proporcionalidade, no financiamento, em função da capacidade de pagamento, em igualdade na oportunidade de acesso aos serviços; e, por fim, em distribuição geográfica equitativa de recursos físicos e financeiros (WHITEHEAD *apud* PORTO, 1997).

A autora incorpora o parâmetro de justiça à distribuição igualitária, ou seja, equidade em saúde passa a ser entendida como eliminação de desigualdades, as quais podem ser evitadas; dessa forma, necessidades diferentes devem ser atendidas por ações governamentais diferentes (ANDRADE et al., 2004).

Equidade passa então a ser entendida como o princípio que rege funções distributivas, com o intuito de compensar ou superar as desigualdades existentes, socialmente injustas. Ou seja, não existem propostas equitativas que busquem alcançar maiores níveis de desigualdade, o que pode fazer com que utilizem de modo indistinto os termos equidade e igualdade.

Entretanto, ressalta Travassos (1997), resultados equitativos pressupõem redistribuições desigualitárias de recursos, os quais são produto de ajustes efetuados em função dos fatores biológicos, sociais e político-organizacionais, determinantes das desigualdades existentes.

Ainda segundo a mesma autora, é importante distinguir entre equidade em saúde e equidade de utilização dos serviços de saúde. Segundo Travassos, nem todos os fatores determinantes das desigualdades nos níveis de saúde intervêm na determinação das desigualdades no uso dos serviços de saúde, e também a obtenção da “igualdade no uso dos serviços de saúde” não garante a “igualdade nos resultados”. Nesse sentido, priorizando a discussão da igualdade de utilização dos serviços de saúde, a autora elabora um esquema para análise de suas determinações, com base em duas suposições centrais, as quais dizem que: as necessidades em saúde são socialmente determinadas; o uso dos serviços de saúde é determinado pelas necessidades de saúde da população e também pelas características da oferta do mercado de serviços de saúde (TRAVASSOS *apud* PORTO, 1997, p. 39).

Operacionalmente, o princípio de igualdade de acesso tem sido tratado em diversos países como igualdade de oportunidades na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais, ou também como igualdade de tratamento para necessidades iguais. Em outras palavras, indivíduos com o mesmo problema de saúde, não considerando sua condição social e econômica, devem ter a mesma oportunidade de utilização de serviços de saúde (JARDANOVISK; GUIMARÃES *apud* TRAVASSOS, 1997).

O debate sobre equidade no Brasil tem-se voltado para a questão de mecanismos redistributivos que garantam maior igualdade geográfica nos recursos financeiros disponíveis para o setor saúde, entre os estados e entre os municípios.

No que diz respeito à distribuição geográfica equitativa de recursos financeiros no setor saúde, torna-se necessário, para o alcance do tratamento equitativo entre grupos sociais e entre indivíduos, o estabelecimento de um critério mais apropriado da definição de recursos segundo necessidades, como consta na Lei Orgânica da saúde e, mais recentemente, na Lei 141/2012.

O conceito mais aprofundado do termo necessidades não é foco deste trabalho, entretanto a noção deste conceito será apresentada na metodologia de países que implantaram políticas de alocação de recursos financeiros para a saúde, objetivando atingir maiores patamares de equidade na distribuição geográfica de recursos financeiros.

2.2. Experiências internacionais de alocação equitativa de recursos na saúde

Em países desenvolvidos, como Bélgica, Austrália, Canadá, Itália, Espanha e Inglaterra, a preocupação com uma forma de garantir um acesso igualitário a toda a população tem dado origem a metodologias de alocação de recursos que consideram critérios de equidade. Porém, encontrar indicadores que sejam capazes de medir a necessidade de cuidados com a saúde da população tem sido a principal dificuldade na definição dessas metodologias.

- A experiência inglesa

O sistema de saúde inglês é um dos pioneiros da universalização da cobertura assistencial. Em 1944, antes da criação do National Health Service (NHS), os princípios que norteavam a saúde inglesa eram: cobertura universal para os serviços assistenciais e preventivos, proporcionalidade no financiamento em função da capacidade de pagamento, igualdade na oportunidade de acesso e distribuição geográfica equitativa dos recursos financeiros e físicos (PELEGRINI, 2003).

Até a década de 1960, o NHS alocava seus recursos por meio de uma dinâmica orçamentária incrementalista, gerando assim a manutenção das desigualdades regionais existentes, pois se pode verificar que as regiões mais favorecidas na distribuição dos recursos financeiros não eram aquelas mais necessitadas, como proposto inicialmente.

Foi então que no início da década de 1970 foi implementada a primeira metodologia para o cálculo dos recursos correspondentes às atividades hospitalares de cada região, a qual se aplicava unicamente à distribuição de recursos de custeio

e considerava apenas três tipos de indicadores regionais: demográficos (composição da população segundo sexo e idade); estoque de leitos disponíveis; e fluxo inter-regional de casos (PORTO, 1997, p. 47).

Apesar disso, as distribuições efetuadas ao longo dos anos mostraram-se pouco diferentes da tendência antes observada, em função dos critérios escolhidos, que expressavam de forma marginal os diferentes perfis das necessidades.

Naquele momento, designou-se uma comissão que apresentou suas recomendações ao Resource Allocation Working Party (RAWP), com o objetivo de realizar uma proposta para distribuição dos recursos financeiros que favorecesse a obtenção de igualdade de oportunidades de acesso para necessidades iguais.

Assim, em 1975, o RAWP surge como uma primeira proposta de metodologia de alocação equitativa, com o desenvolvimento de uma fórmula de alocação regional de recursos. A fórmula substitui os critérios que vinham sendo utilizados anteriormente, baseados na oferta, na demanda e na utilização histórica.

O RAWP é construído em três etapas. A primeira consiste na definição da distribuição de recursos, levando-se em consideração as diferenças na estrutura demográfica de cada região. Esse procedimento consiste em atribuir a cada categoria de sexo e idade a taxa de utilização nacional média respectiva à categoria, obtendo-se, dessa forma, a utilização esperada de um determinado serviço para cada região. As demais etapas são um refinamento dessa distribuição original, e incluem outros parâmetros importantes na determinação da necessidade de saúde da população. A segunda etapa corresponde a uma correção para as diferenças de necessidade, utilizando-se como *proxy* da taxa de mortalidade padronizada (Standardised Mortality Ratio - SMR). Essa última é definida como a razão entre a taxa de mortalidade de uma região e a taxa de mortalidade nacional. Desta forma, regiões que possuam uma taxa de mortalidade maior que a média nacional tendem a receber mais recursos. A terceira etapa consiste no ajuste para as diferenças regionais nos custos de provimento dos serviços de saúde (ANDRADE et al., 2005).

Em 1985, observou-se que as distintas regiões tinham alcançado, em termos gerais, os objetivos distributivos pretendidos com a aplicação da fórmula RAWP. Desta forma, solicitou-se ao NHS Management Board (Grupo de Gestão do Sistema Nacional de Saúde) a elaboração de uma metodologia de repasses de recursos

financeiros que pudesse refletir da forma mais justa possível as necessidades relativas para as diferentes regiões, ou seja, buscou-se elaborar uma metodologia que conseguisse um maior alcance na mensuração das desigualdades existentes.

As principais propostas de mudanças na fórmula alocativa foram: inclusão da faixa etária 'mais de 85 anos' como ponderação, conforme a estrutura demográfica e o abandono da discriminação segundo sexo; utilização da SMR sem distinção por causas e para a população de menos de 75 anos; modificação na ponderação efetuada a partir da SMR, reduzindo sua elasticidade de 1 (como estabelecido no RAWP) para 0,44; e incorporação, com peso 0,56, de um fator de privação social.

Essas modificações propostas foram aceitas em sua totalidade pelo governo. Entretanto, o fator de privação social não foi incorporado, mas em contrapartida optou-se por diminuir o peso da SMR de menos de 75 anos para 0,50.

Com base em um modelo de demanda de serviços de saúde formulado por Carr-Hill et al. (1994), foi elaborada uma nova proposta de distribuição inter-regional de recursos, a qual só foi implementada no final de 1996.

Para se alcançar uma distribuição inter-regional dos recursos financeiros com o objetivo de atingir uma maior igualdade de oportunidades de acesso para necessidades iguais, o RAWP tratou separadamente a distribuição dos recursos destinados ao custeio de serviços hospitalares dos correspondentes às despesas de capital. Entretanto, a proposta de despesas de capital nunca foi implementada.

Segundo Pelegrini (2003), o RAWP distinguiu diferentes critérios para orientar os gastos em saúde, tanto de custeio como de investimento, com o objetivo de que os recursos de investimento se iguallassem à relação de leitos por habitante nas diferentes regiões. Para os recursos para custeio, por sua vez, foram determinados critérios para os seguintes itens de despesa:

- 1- Internação não psiquiátrica – para chegar aos percentuais de distribuição para cada região, a população foi corrigida em função de sexo e idade, taxas de utilização observadas segundo causa básica, em função dos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID), e fluxos inter-regionais.

- 2- Internações psiquiátricas e de incapacitados mentais – a população, para este caso, foi ajustada por sexo, faixa etária e estado civil, taxas de utilização esperada, fluxo inter-regional e casos de longa duração.
- 3- Serviços ambulatoriais – foram utilizados os mesmos critérios de internações não psiquiátricas, com ajuste para seis grupos etários.
- 4- Serviços de saúde coletiva – distribuição estimada de acordo com a população residente segundo faixas etárias, sem distinção de sexo e corrigida pelas respectivas SMRs (Razões padronizadas de mortalidade);
- 5- Serviços de ambulância – onde a distribuição foi feita a partir das SMRs globais, visto que não existem variáveis de sexo e idade para esses serviços;
- 6- Custos administrativos – utilizou-se apenas a base populacional, sem ajustes.

Ao tratar diferenciadamente os distintos tipos de serviços, como internações não psiquiátricas, serviços ambulatoriais, saúde coletiva, entre outros, tornou-se necessário definir o volume de recursos destinados a cada um deles. Esse cálculo foi efetuado a partir dos gastos observados, o que diz respeito à consolidação da estrutura existente e aceitá-la como a mais adequada.

O total regional para financiamento dos recursos de custeio dos serviços de saúde é calculado pela média ponderada das distribuições obtidas para os diferentes tipos de serviço (internações não psiquiátricas, atendimentos ambulatoriais etc.), onde os fatores de ponderação são determinados em função da participação relativa de cada tipo de serviço no total do gasto executado no ano anterior.

Além disso, existem dois ajustes adicionais sobre a síntese distributiva, um em função dos custos especiais dos serviços com atividades de ensino e pesquisa e o outro como uma forma de compensar as desigualdades existentes entre os custos das diferentes regiões, mesmo que de forma parcial.

A principal crítica à especificação original da fórmula RAWP diz respeito à utilização da mortalidade como *proxy* de necessidade. Argumenta-se que a SMR não reflete variações nas morbidades associadas às condições socioeconômicas. Além disso, existem várias doenças que raramente são causas de morte, mas que, no entanto, geram uma procura elevada pelos serviços de saúde e requerem um volume expressivo de recursos. Outra crítica diz respeito à falta de fundamentação

empírica para a relação linear entre a necessidade de recursos e as SMRs, estabelecida pela fórmula RAWP. A revisão do RAWP, realizada em 1985, procurou promover alterações fundamentando-se numa base mais empírica. A nova fórmula ficou conhecida como “fórmula de capitação ponderada”, e teve como principal mudança o emprego da raiz quadrada das taxas de mortalidade padronizadas para o ajustamento segundo necessidades (ANDRADE et al., 2005).

Outra crítica diz respeito à abertura segundo capítulos da CID, visto que alguns capítulos apresentam alta demanda e requerem um grande volume de recursos, porém poucos desses casos são causa de morte. Ou seja, efetuar uma ponderação a partir da taxa de mortalidade por outras doenças que compartilham o mesmo capítulo não seria correto.

A utilização da SMR global foi outro método criticado, pois pode estar determinada por alto número de mortes correspondentes às faixas etárias mais altas. Como Porto (1997) destaca, mortalidade para faixa etária maior de 75 anos pode ser interpretada como consequência da idade e não refletir níveis de morbidade, ou seja, de necessidades de serviços de saúde.

Em suma, existe na literatura certo consenso de que a escolha da mortalidade como *proxy* de morbidade pode ser considerada incompleta.

Diversos ajustes na metodologia do sistema inglês vêm sendo implementados, entretanto ainda é um dos principais métodos de avaliação sistêmica de necessidades. Outros países, tanto na Europa como na América, utilizaram o método inglês como base para orientação de seus sistemas.

- *A Experiência Italiana*

Na Itália, por exemplo, criou-se o sistema nacional de saúde em 1980, sendo realizadas diversas tentativas com o objetivo de elaborar um método de distribuição equitativa de recursos entre as regiões. Em 1996, foi estabelecido um novo critério de alocação, substituindo o método de capitação simples adotado desde 1992. Esse novo método, similar ao inglês, leva em consideração o tamanho populacional, a estrutura demográfica e medidas de necessidade em saúde para a distribuição dos recursos de saúde. Como variáveis de necessidade, são consideradas as taxas de

mortalidades padronizadas para os indivíduos com menos de 75 anos, indicadores epidemiológicos e indicadores específicos de determinadas localidades. A estimativa dos recursos distribuídos do governo para cada localidade é realizada separadamente para cada tipo de cuidado e depois somada (ANDRADE et al., 2005).

- A Experiência Espanhola

No modelo espanhol, o sistema de saúde tem a distribuição dos recursos feita com base na população. O sistema garante acesso universal desde 1986, porém, para o cálculo de distribuição, são reduzidos os cidadãos com cobertura específica de seguros especiais, como força armada e poder judiciário. Além disso, são deduzidos dos repasses os montantes gastos com os serviços administrativos pelo governo de forma centralizada. Em 1995 foi proposta uma metodologia distributiva baseada no método RAWP, com três diferenças importantes: (1) o modelo não diferencia despesas de custeio e de capital, (2) é aplicado apenas ao setor hospitalar, (3) permite uma combinação dinâmica e flexível da distribuição de recursos, podendo, assim, simular diferentes combinações de variáveis com diferentes pesos ponderados.

As variáveis utilizadas no modelo espanhol são: população; gasto em saúde, considerando as transferências do governo central e não levando em consideração os gastos correntes ao das administrações territoriais; taxa de utilização, ou seja, número de leitos dos setores público e privado, diferenciando pacientes agudos e crônicos; mortalidade e níveis socioeconômicos.

- A Experiência Canadense

Outro modelo muito citado nos últimos anos é o sistema de saúde do Canadá, um país descentralizado, onde os objetivos do sistema de saúde são constitucionalmente nacionais; entretanto, a responsabilidade pela saúde e pela provisão e gerenciamento de serviços é provincial, operando a partir de entidades regionais.

Tendo em vista a natureza do federalismo canadense e de seu sistema de saúde, o qual contempla grande autonomia às províncias, o governo central buscou implantar um mecanismo que vinculava o repasse financeiro ao cumprimento dos padrões de desempenho pré-fixados. Entretanto, algumas províncias implantaram sistemas de avaliação independentes, pois a proposta não funcionou. A proposta nacional foi retomada recentemente, porém não está vinculada ao repasse (ALMEIDA et al., 2003).

No modelo canadense, os recursos federais são alocados segundo critérios *per capita* para cada uma das províncias, as quais distribuem os recursos para as autoridades regionais, segundo seus próprios critérios de alocação. Na maior parte das províncias, a alocação baseia-se na adoção de dois critérios, em função do tipo de cuidado considerado. Para os serviços médicos ambulatoriais, os recursos são distribuídos com base no sistema *fee-for-service*, ou seja, segundo os procedimentos médicos realizados. Para os serviços de internação hospitalar, a distribuição é determinada através de negociações entre a província e o provedor. Essa forma de alocação, entretanto, não considera aspectos relacionados às necessidades em saúde (BACKX, 2005).

Recentemente, algumas localidades têm procurado adotar metodologias que preenchem essa lacuna. Em Quebec, a fórmula de capitação de recurso utiliza uma metodologia similar àquela desenvolvida pelo sistema de saúde inglês. Em Alberta, desde 1997/98, utiliza-se o Modelo de Financiamento Baseado na população, metodologia que consiste em classificar os indivíduos em grupos segundo estrutura etária e sexo, etnia (proporção de aborígenes) e classes de renda. Mediante essa classificação, é construída uma matriz de contingência, cujas células representam grupos populacionais mutuamente exclusivos. Para cada um desses grupos, estima-se a utilização por tipo de serviço de saúde, que, combinada com as informações dos custos por unidade de serviços da província, determina a quantidade total de recursos a ser alocada para cada autoridade regional de saúde (ANDRADE et al., 2005).

A metodologia utilizada nesses países, com destaque para a Inglaterra, permitiu dimensionar desigualdades relativas menos significativas do que aquelas

observadas no Brasil. Desta forma, mediante alguns ajustes, é possível adotá-la no país.

Para estimar uma alocação equitativa dos recursos, as diferentes abordagens metodológicas incorporam as desigualdades no perfil demográfico, segundo sexo e idade, e um indicador de necessidades, que permita dimensionar desigualdades relativas entre condições sanitárias e socioeconômicas de diferentes regiões (BACKX, 2005).

2.3. Experiência de alocação equitativa dos recursos federais no Brasil

No Brasil, os princípios que norteiam a distribuição dos recursos federais de saúde para os estados e municípios baseiam-se nas características da oferta, para o caso dos serviços de média e alta complexidade, e no tamanho da população, para o caso dos serviços de atenção básica. Desta forma, os locais mais desenvolvidos, que apresentam melhores indicadores de saúde e socioeconômicos, recebem uma parcela maior de recursos, o que contribui para acentuar as desigualdades sociais no acesso aos serviços desse setor (ANDRADE et al., 2005).

Segundo Porto (1997), distribuições geográficas mais equitativas de recursos financeiros deveriam basear-se em redistribuições que buscassem favorecer regiões com condições sanitárias e socioeconômicas mais precárias, a que corresponderiam percentuais superiores aos estimados, em função do tamanho populacional.

Para definir uma metodologia similar ao RAWP, mais adaptada à realidade brasileira, a maior dificuldade é comparar as necessidades de populações distintas. A maneira encontrada foi a caracterização social, econômica, etária, sanitária e financeira dos municípios, os quais geram os diferenciais de necessidades de saúde entre os habitantes destes locais. Essas características são condicionantes essenciais para estabelecer diferenças entre as necessidades de atendimento básico de saúde.

Segundo Porto et al. (2003), a proposta inglesa não pode ser aplicada diretamente no Brasil, visto que o país possui desigualdades de oferta, além de outras barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Porto et al. (2003), ao considerarem as limitações das metodologias existentes para alocação dos recursos financeiros, elaborou uma metodologia alternativa para o caso brasileiro, a qual define as necessidades de saúde a partir de um conjunto de indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, diferentemente do modelo inglês na fórmula RAWP, a qual utilizou um único tipo de indicador, as taxas padronizadas de mortalidade.

Os autores sugeriram um método destinado para custeio que estima um fator de necessidades em saúde para o Brasil. Foram selecionados indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, dentre eles foram priorizados os indicadores sociais que apresentem associação positiva com as necessidades em saúde, como, por exemplo, a média de pessoas residentes em domicílios e taxa de analfabetismo. Dentre os indicadores epidemiológicos, foram priorizados aqueles que apresentam distribuição espacial em toda a área geográfica, como no caso das mortalidades por neoplasias e doenças infecciosas. Os indicadores selecionados são:

Quadro 2: Indicadores Seleccionados

Variáveis Epidemiológicas	Descrição
1. Taxa de Analfabetismo	Proporção de pessoas residentes, com quatro anos ou mais de idade, sem instrução ou menos de um ano de estudo;
2. Densidade Domiciliar	Média do número de pessoas residentes por domicílio;
3. Proporção de Óbitos Infantis mal definidos	Proporção de óbitos infantis sem definição da causa básica;
4. Proporção de Óbitos Infantis por Diarreia e/ou Desnutrição	Proporção de óbitos infantis por diarreia/deficiências, desnutrição;
5. Coeficiente de Mortalidade Infantil	Coeficiente de mortalidade infantil corrigido;
6. Taxa de Mortalidade 65 anos e mais	Taxa de mortalidade da população de 65 anos e mais corrigida;
7. Proporção de População Rural	Proporção de pessoas residentes na área urbana/pessoas residentes;
8. Taxa de Mortalidade 1 a 64 anos	Taxa de mortalidade da população de 1 a 64 anos de idade;
9. Taxa de Mortalidade por DCV	Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares padronizadas por idade e sexo;
10. Taxa de Mortalidade por Neoplasias	Taxas de mortalidade por todas as neoplasias padronizadas por idade e sexo;
11. Taxa de Mortalidade por DIP	Taxas de Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias padronizadas por idade e sexo;
12. Proporção de Mães Adolescentes	Proporção de mães entre 10 e 19 anos de idade.

Fonte: Porto et al. (2003).

No estudo, os municípios pequenos não foram considerados, visto a deficiência que esses municípios costumam apresentar na qualidade do registro das estatísticas vitais, apresentando instabilidades nos indicadores de mortalidade. Nesse sentido, foram usados apenas os municípios capitais dos 26 estados e o Distrito Federal, bem como outros municípios com mais de 200 mil habitantes e áreas geográficas correspondentes ao agregado dos demais municípios para cada estado da federação. Em suma, foi construída uma base de dados contendo 134 unidades geográficas.

Foram calculados dois índices, o Índice de Necessidades em Saúde (INS) e o Índice de Oferta (IO). Para o cálculo do INS, foi utilizado um procedimento de análise estatística multivariada, análise de componentes principais, do conjunto de seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, o que significou a análise fatorial por componentes principais.

O INS foi calculado para cada Unidade da Federação (UF), e foi obtido pela média ponderada dos índices das subunidades geográficas em cada UF, com ponderações diretamente proporcionais à população de cada subunidade

geográfica. Além disso, foi realizada a transformação linear, de tal forma que o INS variasse entre 1 e 2.

No que diz respeito aos serviços de saúde, hospitalares e ambulatoriais, foram feitos cálculos distributivos separadamente segundo o tipo de serviço. Foram discriminados os diferentes tipos de internação, de curta permanência, de longa permanência, obstétricas, psiquiátricas e de reabilitação. Para isso, partiu-se da base populacional correspondente e também foram realizados ajustes sucessivos em função do perfil demográfico e do índice de necessidades de saúde.

Já para o cálculo do Índice de Oferta (IO), foram consideradas as desigualdades na distribuição espacial da oferta existente e também que a distribuição de recursos de custeio deva estar condicionada à capacidade instalada e ser critério para a distribuição de recursos de custeio. O índice foi calculado pela análise de componentes principais, para um conjunto de variáveis de oferta hospitalar e ambulatorial de estabelecimentos que prestam serviços ao SUS. Vale destacar que foram utilizadas as mesmas 134 unidades geográficas do cálculo do INS.

Assim como o INS, o IO por Unidade da Federação foi obtido pela média ponderada dos índices das subunidades geográficas em cada UF, com ponderações diretamente proporcionais à população de cada subunidade geográfica. Além disso, foi realizada a transformação linear, de tal forma que o INS variasse entre 1 e 2.

O indicador de oferta oferece indicativos para orientar uma alocação de recursos mais equitativa de recursos de custeio, tendo em vista que ele leva em conta as desigualdades na distribuição geográfica da oferta, além de existir a possibilidade de este indicador discriminar a oferta por nível de complexidade. O Quadro 3 apresenta os indicadores de oferta utilizados no estudo.

Quadro 3: Indicadores de oferta

Indicadores	
Autoclave/ Pop	Desfibrilador/ Pop
Gama câmara/ Pop	Equipamento para fototerapia/ Pop
Mamógrafo simples/ Pop	Incubadora/ Pop
Mamógrafo com estereotaxia/ Pop	Marcapasso temporário/ Pop
Raio x de mais de 500 Ma/ Pop	Monitor de ECG/ Pop
Tomógrafo computadorizado/ Pop	Monitor de pressão invasivo/ Pop
Ressonância magnética/ Pop	Monitor de pressão não invasivo/ Pop
Raio X de 100 a 500 Ma/ Pop	Oxímetro/ Pop
Raio X com Fluoroscopia/ Pop	Reanimador pulmonar adulto/ Pop
Raio X para densitometria óssea/ Pop	Reanimador pulmonar infantil/ Pop
Endoscópio das vias urinárias/ Pop	Respirador/ ventilador adulto/ Pop
Endoscópio digestivo/ Pop	Respirador/ ventilador infantil/ Pop
Laparoscópio/ Pop	Centrífuga/ Pop
Microscópio cirúrgico/ Pop	Equipamento para cauterização/ Pop
Endoscópio das vias respiratórias/ Pop	Esignomanômetro adulto/ Pop
Eletrocardiograma/ Pop	Esignomanômetro infantil/ Pop
Eletroencefalograma/ Pop	Oftalmoscópio/ Pop
Bomba de cobalto/ Pop	Otoscópio/ Pop
Bomba de infusão/ Pop	Equipamento para hemodiálise/ Pop
Berço aquecido/ Pop	Forno de Bier/ Pop
Leito agudo sem obstetria/ Pop	

Fonte: Porto et al. (2003).

Como resultado da análise de componentes principais, dois fatores foram identificados, o fator 1 e o fator 2. O fator 1 ficou denominado de Condições Socioeconômicas e o fator 2 ficou denominado de Mortalidade Geral. A Tabela 3 apresenta os fatores calculados para cada indicador utilizado.

Tabela 3: Análise de componentes principais para o cálculo do INS

Indicadores utilizados	Fator 1	Fator 2
Taxa de Analfabetismo	0,940	-0,035
Densidade Domiciliar	0,846	-0,009
Proporção de Óbitos Infantis Mal definidos	0,735	-0,081
Proporção de Óbitos Infantis por Diarreia/Desnutrição	0,784	0,010
Coefficiente de Mortalidade Infantil	0,809	0,28
Taxa de Mortalidade 65 ano e mais	0,141	0,937
Proporção de População Rural	0,737	-0,198
Taxa de Mortalidade 1 a 64 anos	-0,010	0,894
Taxa de Mortalidade por DCV	-0,044	0,913
Taxa de Mortalidade por Neoplasia	-0,571	0,650
Taxa de Mortalidade por DIP	0,606	0,565
Proporção de Mães Adolescentes	0,776	-0,025

Fonte: Porto et al. (2003).

O INS foi composto pela soma dos fatores, ponderando cada um pela porcentagem da variância, ou seja: $INS = (0,440) \times \text{fator 1} + (0,281) \times \text{fator 2}$

Em suma, a metodologia pode ser definida da seguinte forma: a partir de uma taxa de utilização nacional para cada grupo de sexo e idade, estima-se a taxa de utilização esperada, tomando-se como base a média nacional. A diferença das UF com a média expressa as desigualdades existentes nas estruturas demográficas dimensionadas por número de habitantes, sexo e faixa etária. A população ajustada a partir das diferenças na estrutura demográfica foi ponderada pelo índice de necessidades, criando os indicadores de equidade.

A ideia era analisar a viabilidade da redistribuição de recursos financeiros de custeio, para isso efetuou-se uma comparação entre o INS e o IO.

Como resultado, foi possível observar que existe um número relevante de estados (quase todos no Nordeste do país) que possuem relativamente alta necessidade e baixa oferta, o que torna difícil o efeito da redistribuição apenas dos recursos de custeio, sem ampliação inicial da oferta existente. Por outro lado, observou-se também a situação contrária, em que a presença de oferta está associada a um alto grau de necessidades, correspondendo a situações onde seria possível iniciar um processo de redistribuição dos recursos de custeio.

Os resultados da modelagem sugerida por Porto et al. (2003) são similares aos obtidos utilizando-se a metodologia RAWP, como demonstram os resultados do quadro a seguir. Na coluna A - Gasto Federal, a autora apresenta os percentuais do Gasto Federal por UF, como Gasto Federal agrega todos os gastos federais com saúde (despesas do MS, do MEC e do MF). Na coluna B estão os novos percentuais, depois da aplicação do modelo sugerido, ou seja, segundo alocação estimada conforme a população ajustada por sexo, idade, custo e *proxy* de necessidade. Na coluna C estimam-se os novos percentuais, utilizando-se a distribuição da população ajustada por sexo, idade, custos e *proxy* de necessidades com apenas um indicador, a mortalidade de 0 a 64 anos (RAWP), de acordo com a Tabela 4.

Tabela 4: Comparação percentual entre o gasto federal SUS e a alocação estimada segundo população ajustada por sexo, idade, custo e *proxy* de necessidade pela análise fatorial (B) e pela *proxy* de necessidades estimada pela mortalidade de 0 a 64 anos (C)

UF	Gasto Federal SUS %	Distr. Pop. Ajustada por sexo, idade, custo e <i>proxy</i> de necessidade via análise fatorial (B)	Distr. Pop. Ajustada por sexo, idade, custo e <i>proxy</i> de necessidade via mortalidade de 0 a 64 anos (C)
NORTE	6,65	7,49	6,94
Rondônia	0,88	0,77	0,77
Acre	0,47	0,35	0,33
Amazonas	1,17	1,49	1,45
Roraima	0,39	0,17	0,16
Pará	2,69	3,75	3,31
Amapá	0,34	0,23	0,26
Tocantins	0,71	0,74	0,66
NORDESTE	24,48	33,52	32,62
Maranhão	2,77	4,13	4,00
Piauí	1,60	2,08	1,78
Ceará	4,10	5,01	4,86
Rio Grande do Norte	1,58	1,91	1,73
Paraíba	1,91	2,76	2,64
Pernambuco	4,26	5,42	6,2
Alagoas	1,47	2,27	2,20
Sergipe	0,97	1,11	1,07
Bahia	5,83	8,84	8,13
SUDESTE	44,77	39,31	41,75
Minas Gerais	8,07	9,84	9,66
Espírito Santo	1,77	1,64	1,70
Rio de Janeiro	14,50	8,25	9,62
São Paulo	20,43	19,57	20,78
SUL	15,01	13,45	12,58
Paraná	4,83	5,23	4,98
Santa Catarina	2,55	2,68	2,46
Rio Grande do Sul	7,63	5,54	5,14
CENTRO-OESTE	9,09	6,24	6,11
Mato Grosso do Sul	1,12	1,15	1,07
Mato Grosso	1,39	1,36	1,34
Goiás	2,32	2,75	2,59
Distrito Federal	4,26	0,98	1,10
	100,00	100,00	100,00

Fonte: Porto et al. (2003).

Embora ocorram pequenas diferenças entre os resultados obtidos nas colunas B e C, elas não se revelam significativas. Além disso, percebe-se que as

duas metodologias sempre apontam para a mesma direção e intensidade no que tange à redistribuição geográfica de recursos financeiros.

Como um dos resultados da análise realizada, a autora comenta que:

A distribuição de recursos, estimada a partir da metodologia apresentada, dado que o INS incorpora um leque de variáveis socioeconômico, epidemiológico e demográfico, permite uma melhor estimativa das necessidades do que a utilização de uma única variável epidemiológica conforme proposto pela fórmula RAWP. Além disso, o INS poderia também ser utilizado para orientar a alocação de recursos entre municípios de um dado estado, com a vantagem de que a análise de componentes principais pode identificar fatores diferentes em cada caso, dependendo das variáveis que melhor expressem a desigualdade de necessidades de saúde entre os municípios (PORTO, 2003, p. 384).

O estudo de Porto et al. (2003) influenciou diversas experiências estaduais de alocação de recursos para os municípios, que foram apoiadas pelo Projeto “Economia da Saúde Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades” (PES). Este projeto foi elaborado e implementado pelo Ministério da Saúde e pelo IPEA, com suporte técnico e financeiro do Department for International Development (DFID).

Após o estudo realizado por Porto et al. (2003), outros importantes estudos foram realizados para aprimorar a metodologia desenvolvida pelos autores, com destaque para o de Mendes, Leite e Marques (2011).

Os estados que realizaram experiências apoiadas pelo PES foram Ceará, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais. Dentre essas experiências, o estado de Minas Gerais aplicou o estudo de metodologia equitativa no interior do Sistema de Saúde, com assessoria de Porto e Silva, e destacou-se por elaborar uma metodologia de alocação equitativa sofisticada que se mantém até os dias atuais, de certa forma, como será analisado no capítulo 3 desta dissertação.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES/MG) AOS MUNICÍPIOS: O PROGRAMA SAÚDE EM CASA

O Estado de Minas Gerais apresenta fortes desigualdades sociais e regionais, as quais se refletem no setor saúde, tanto no que diz respeito aos resultados epidemiológicos, quanto aos de morbidade, como também na distribuição desses serviços entre as diferentes localidades.

Desta forma, é essencial fazer uma caracterização do Estado que permita compreender o processo de descentralização da saúde e a prestação de serviços, para assim analisar a organização do Sistema Único de Saúde e suas peculiaridades no Estado de Minas Gerais.

O presente capítulo apresenta a caracterização do Estado de Minas Gerais, com destaque para a área da saúde, para assim apresentar as peculiaridades da experiência de alocação de recursos, os métodos desenvolvidos para tal alocação de forma equitativa para serviços hospitalares e de atenção básica. Posteriormente será apresentada a estrutura da atenção básica em Minas Gerais, com destaque para o Programa Estruturador Saúde em Casa, que é o objetivo central de análise deste capítulo.

Para isso, o capítulo está estruturado em três partes. A primeira parte trata da contextualização do Estado de Minas Gerais e da estrutura da alocação de recursos no estado. A segunda trata das propostas desenvolvidas para alocação de

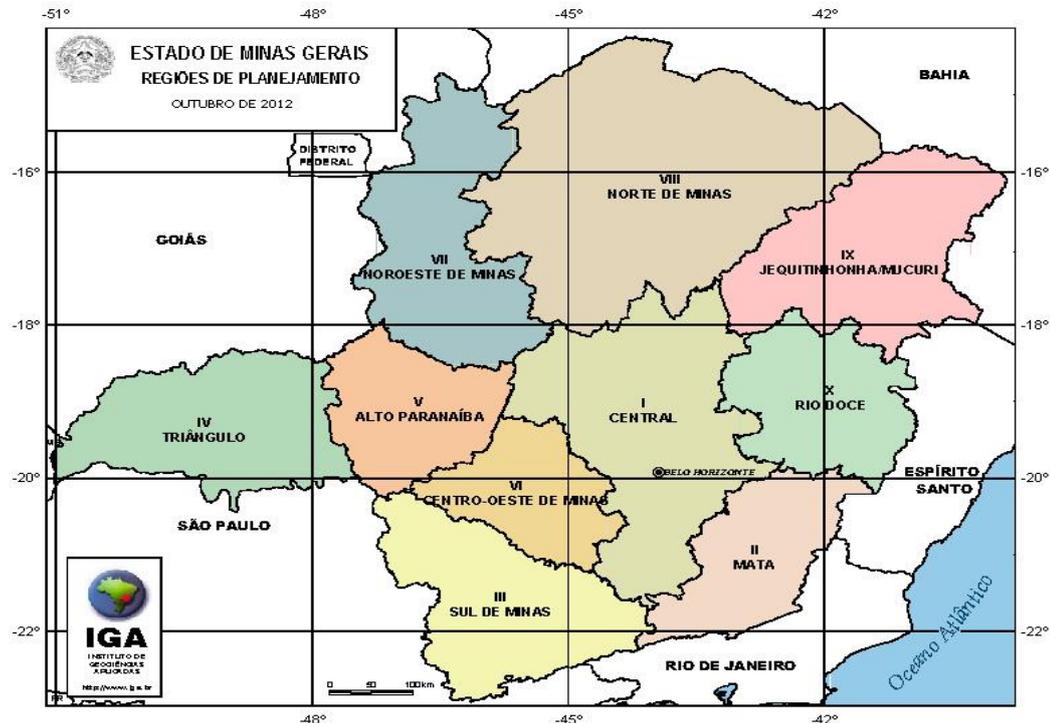
recursos no Estado, para recursos hospitalares e para a Atenção Básica. A terceira parte, por fim, trata especificamente do Programa Saúde em Casa em suas duas fases, de 2005 a 2009 e de 2010 a 2012.

O Estado de Minas Gerais está situado na região sudeste do Brasil, e possui uma população de 19.597.330 habitantes, divididos em 853 municípios, em uma área de 586.522,122 km², representando uma densidade demográfica de 33,41 hab/km² (IBGE, 2010).

Minas Gerais é dividido pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) em 12 mesorregiões e 66 microrregiões. As 12 mesorregiões estabelecidas pelo IBGE para Minas Gerais são: Noroeste de Minas, Norte de Minas, Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, Central Mineira, Metropolitana de Belo Horizonte, Vale do Rio Doce, Oeste de Minas, Sul e Sudoeste de Minas, Campos das Vertentes e Zona da Mata.

Entretanto, a divisão de Minas Gerais adotada oficialmente pelo governo estadual estabelece dez Regiões de Planejamento, que são: Alto Paranaíba (31 municípios), Central (158 municípios), Centro-Oeste de Minas (56 municípios), Jequitinhonha/Mucuri (66 municípios), Mata (142 municípios), Noroeste de Minas (19 municípios), Norte de Minas (89 municípios), Rio Doce (102 municípios), Sul de Minas (155 municípios) e Triângulo (35 municípios), conforme a figura 1.

Figura 1: Regiões de Planejamento



Fonte: MINAS GERAIS, 2013.

Dentro das regiões de planejamento existe uma grande desigualdade na distribuição populacional: a região Central, por exemplo, representa 35,6% da população, seguida da região do Sul de Minas, com 13,2% do total, enquanto o Nordeste de Minas concentra apenas 1,9% da população total do Estado (MINAS GERAIS, 2013).

A distribuição da população entre os 853 municípios de Minas Gerais também não é homogênea, visto que 491 municípios possuem uma população com mais de 10.000 habitantes, e 29 municípios possuem mais de 100.000 habitantes, concentrando 43,4% da população total do estado, enquanto os municípios com menos de 10.000 habitantes representam 13,3% da população total (IBGE, 2010).

Ainda considerando as dez Regiões de Planejamento da Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão, no que diz respeito às questões econômicas, a região Central é responsável por 46,6% do Produto Interno Bruto (PIB) do estado, enquanto o Sul de Minas aparece com 12,2% e a região Noroeste com apenas 1,8% do total do estado, ou seja, apresentando, mais uma vez, uma grande desigualdade no Estado de Minas Gerais.

A região Central apresenta a maior renda *per capita* mensal do estado, com R\$ 961,82, em segundo lugar aparece a região do Triângulo, com R\$ 908,04. As menores rendas estão nas regiões Norte e Jequitinhonha/Mucuri, as quais apresentam rendas de R\$ 455,33 e R\$ 431,75, respectivamente (IBGE, 2010).

No que diz respeito à saúde, as desigualdades também são acentuadas. Ao analisar a taxa de mortalidade infantil, por exemplo, nota-se que esta vem diminuindo ao longo dos anos, entretanto ainda é possível observar que, em 2011, as regiões Nordeste e Jequitinhonha foram as que apresentaram maior taxa no Estado, com 19,22 e 18,67, respectivamente (Tabela 5).

As Regiões de Planejamento de Saúde foram divididas de outra forma, ou seja, em treze macrorregiões de saúde, que são: Nordeste, Jequitinhonha, Norte de Minas, Noroeste, Triângulo do Sul, Minas Gerais, Sudeste, Leste do Sul, Leste, Centro Sul, Triângulo do Norte, Oeste, Centro e Sul.

Tabela 5: Taxa de Mortalidade Infantil* de 2007 a 2011.

Macrorregião de Saúde	Taxa de Mortalidade Infantil				
	2011	2010	2009	2008	2007
Sul	12,76	11,13	12,82	14,51	13,26
Centro Sul	15,11	14,16	19,12	17,43	19,05
Centro	11,11	12,14	12,35	12,70	12,72
Jequitinhonha	18,67	15,06	21,22	17,35	17,58
Oeste	14,70	12,79	10,95	12,71	15,12
Leste	13,79	13,37	14,94	15,77	16,70
Sudeste	14,16	16,54	16,21	17,68	17,49
Norte	14,04	13,73	14,04	15,26	14,19
Noroeste	12,23	12,79	11,18	13,79	12,81
Leste do Sul	15,14	15,82	15,34	18,86	16,91
Nordeste	19,22	18,71	23,43	21,59	25,49
Triângulo do Sul	13,94	10,47	11,97	13,95	13,36
Triângulo do Norte	9,99	11,36	13,05	11,98	13,65
TOTAL	13,05	13,08	13,97	14,70	14,87

Fonte: BRASIL, MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

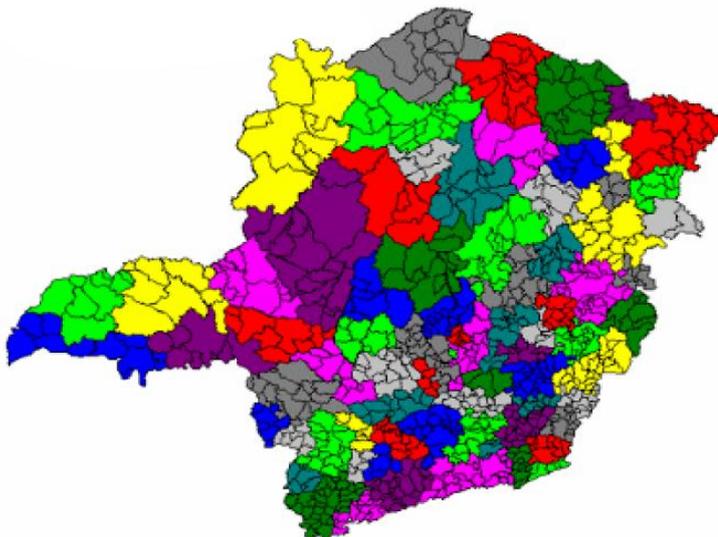
* A taxa de mortalidade infantil é calculada pela divisão do número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade pelo número total de nascidos vivos de mães residentes, multiplicados por 1.000 nascidos vivos.

Essa divisão foi organizada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais, o qual dividiu o estado em 13 macrorregiões sanitárias, e 75 microrregiões sanitárias com 18 cidades-polo, como demonstram os mapas a seguir (Figuras 2 e 3). O objetivo dessa divisão é deixar o usuário mais próximo do atendimento, ou seja:

o usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos pólos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade (MINAS GERAIS, 2008).

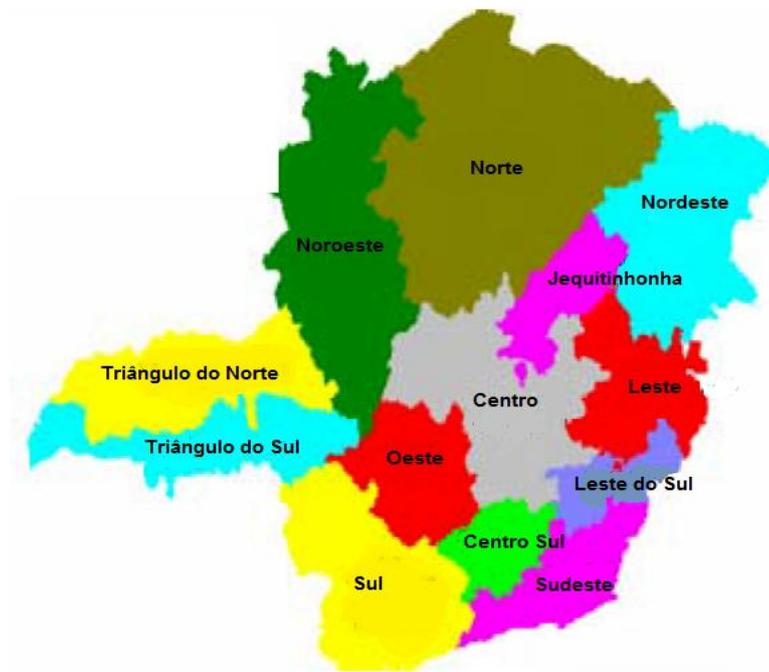
As microrregiões são responsáveis pelo planejamento da atenção primária e secundária à saúde, em que estão contemplados os serviços ambulatoriais e hospitalares considerados de média complexidade, com escala em torno de 150.000 habitantes. As macrorregiões de saúde, por sua vez, são espaços de planejamento da atenção terciária e englobam as microrregiões para organizar a oferta de serviços, as quais requerem maior complexidade e tecnologia.

Figura 2: As 75 Microrregiões Sanitárias de Minas Gerais



Fonte: MINAS GERAIS, Plano Estadual de Saúde 2008-2011, 2008.

Figura 3: As 13 Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais



Fonte: MINAS GERAIS, Plano Estadual de Saúde 2008-2011, 2008.

Além disso, a Secretaria de Estado de Saúde se divide em 28 Gerências Regionais de Saúde (GRS), objetivando descentralizar as funções de assessoramento e regulação para uma rede de atenção solidária, para melhor solução dos problemas gerenciais dos municípios.

Ao analisar as diversidades existentes no estado, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais apresentou um documento denominado “Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos: uma proposta para Minas Gerais”, baseado no estudo elaborado pela Fundação João Pinheiro. O estudo foi utilizado para orientar, de forma mais equitativa, objetiva e clara, o financiamento e as ações e serviços de saúde do estado, já a partir de 2004. A partir disso, foi construído um Índice de Necessidades em Saúde para os municípios de Minas Gerais, o qual considera as diversidades existentes entre os municípios para o repasse de recursos estaduais, como será apresentado no item a seguir.

3.1. Características estruturais e legais da experiência mineira de alocação de recursos

Segundo a “Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos: uma proposta para Minas Gerais” (MINAS GERAIS, 2004), foi proposta uma nova forma de alocação de recursos aos municípios.

A partir de um amplo conjunto de indicadores epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos para o estado de Minas Gerais, foram selecionados 12 grupos de variáveis. Foi estimado um Índice de Necessidade para cada grupo, por meio do método dos componentes principais e análise fatorial. Desta forma, foi possível uma agregação, em um só fator, de variáveis associadas à necessidade de saúde da população. Em seguida, a partir de cada um dos fatores, elaborou-se um índice de classificação dos municípios segundo a necessidade em saúde, com poder explicativo de 80% da variância total das regiões.

A classificação dos municípios segundo o Índice de Necessidade em Saúde foi robusta, independentemente do conjunto de variáveis escolhidas, permitindo assim a seleção de um número menor de variáveis, as quais compõem um índice final de necessidade em saúde.

O Índice de Necessidade de Saúde (INS), atrelado ao Índice de Porte Econômico (IPE), formam o Fator de Alocação (FA) de recursos financeiros destinados à saúde. Este Fator foi elaborado pela Fundação João Pinheiro em parceria com o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/Face/UFMG), em 2004. O Índice de Necessidade de Saúde é composto por variáveis referentes ao ano 2000.

O FA considera as necessidades relativas de cuidados com a saúde e a capacidade relativa de autofinanciamento do município, que é composto pela média simples do Índice de Necessidade em Saúde (INS) e do Índice de Porte Econômico (IPE). O INS é um indicador composto por um conjunto de seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, que foram combinadas por meio de uma análise estatística multivariada, o que significa a análise fatorial por componentes principais, para compor o INS. O quadro 4 apresenta as variáveis.

Quadro 4: Variáveis utilizadas para construção do Índice de Necessidades em Saúde.

Variáveis Epidemiológicas	Descrição
1 - Mortalidade menor do que 05 anos	Probabilidade de morrer entre o nascimento e a idade exata de 05 anos, por 1000 crianças nascidas vivas.
2 - Taxa de Fecundidade	Número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo
3 - Proporção de óbitos mal definidos	Outros transtornos originados no período perinatal (exceto reações e intoxicações devidas a drogas administradas ao feto e ao recém-nascido e sintomas de abstinência do uso de drogas terapêutica no recém-nascido); Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (exceto síndrome da morte súbita na infância).
Variáveis Socioeconômicas e Demográficas	Descrição
4 - Taxa de alfabetização	Percentual de pessoas acima de 15 anos de idade que são alfabetizadas, ou seja, que sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples.
5 - % de pessoas com renda domiciliar menor que ½ salário mínimo	% de indivíduos com renda domiciliar per capita inferior à linha de pobreza de R\$75,50.
6 - Proporção de domicílios urbanos com coleta de lixo	Percentual de pessoas que vivem em domicílios em que a coleta de lixo é realizada diretamente por empresa pública ou privada, ou em que o lixo é depositado em caçamba, tanque ou depósito fora do domicílio, para posterior coleta pela prestadora do serviço. São considerados apenas os domicílios localizados em área urbana.

Fonte: MINAS GERAIS, 2004.

As fontes utilizadas de dados foram o Atlas de Desenvolvimento Humano dos Municípios Brasileiros, 1991 e 2000, e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A escolha dessas medidas obedeceu aos seguintes critérios:

- a) carga elevada (presença) na maior parte dos 12 índices de necessidade previamente estimados;
- b) prioridade a variáveis com disponibilidade nos bancos de dados existentes, facilmente mensuráveis, de preferência por órgãos oficiais e com periodicidade curta;
- c) exclusão de variáveis vulneráveis à manipulação por parte dos gestores;
- d) sensibilidade às políticas;
- e) representatividade das condições de saúde – epidemiológicas – socioeconômicas;
- f) permitem análise por município (ANDRADE et al., 2005).

Vale destacar que a utilização da mortalidade até cinco anos de idade para a construção do índice diz respeito à dificuldade para a atualização anual deste dado;

apesar disso, foi considerada fundamental para mensurar o estado de saúde da população, assim como atende ao requisito de sensibilidade a políticas sociais.

O Índice de Porte Econômico (IPE), por sua vez, corresponde ao logaritmo do ICMS *per capita*, refletindo as potencialidades do município em termos do desempenho econômico, logo, a sua capacidade de financiar com recursos próprios os cuidados com a saúde. Atualmente, esse fator é utilizado na implementação de políticas de incentivos ao Programa de Saúde da Família (PSF) e, de forma mais específica, no Programa Estruturado Saúde em Casa (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011).

O Fator de Alocação foi utilizado para permitir que a Secretaria diferenciasse os municípios segundo as necessidades de recursos financeiros para atenção à saúde. Municípios com diferentes necessidades têm graus de dificuldade diferenciados para implementar as equipes do PSF e, portanto, os recursos alocados entre os municípios devem ser distintos. Os municípios foram classificados em ordem crescente segundo o valor do Fator de Alocação, e sua distribuição foi dividida em quatro partes iguais (quartis), resultando nos grupos 1, 2, 3 e 4. Desse modo, os municípios do primeiro grupo são os municípios de menor necessidade relativa de recursos financeiros e os do quarto grupo os de maior necessidade. Assim, o valor do incentivo que cada município receberá depende do quartil ao qual ele pertence e será crescente do grupo 1 (menor valor) ao grupo 4 (maior valor). Neste estudo, a metodologia de alocação de recursos estaduais de saúde é estendida para incorporar os cuidados hospitalares (ANDRADE et al., 2005). A divisão fica da seguinte forma:

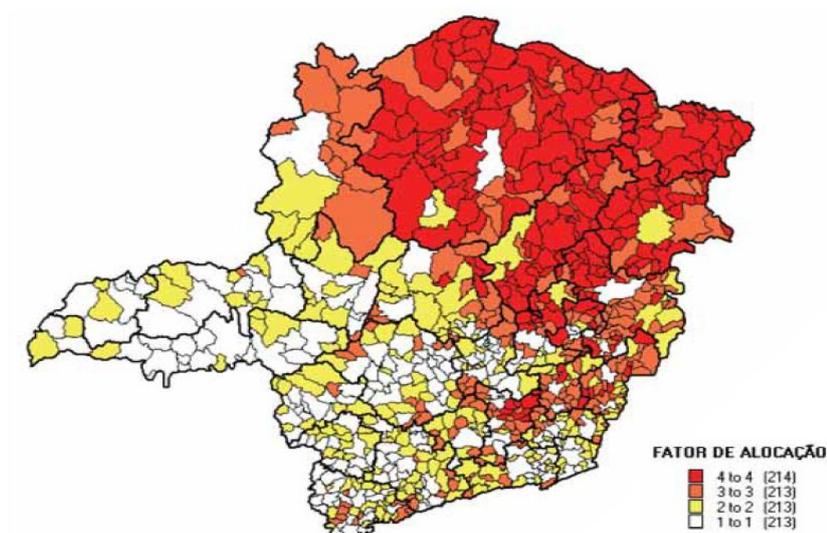
Tabela 6: Fator de Alocação e Valor do Incentivo Financeiro por ESF

GRUPO	FATOR DE ALOCAÇÃO	VALOR DO INCENTIVO FINANCEIRO POR ESF (R\$)
1 (1º quartil)	1,0805 a 1,3364	1.000,00
2 (2º quartil)	1,3364 a 1,4392	1.250,00
3 (3º quartil)	1,4392 a 1,5893	1.750,00
4 (4º quartil)	1,5893 a 2	2.000,00

Fonte: MINAS GERAIS, Resolução SES 661/2005.

Em outras palavras, os municípios referentes ao Fator de Alocação do Grupo 1 são os municípios que apresentam menores necessidades em saúde e dessa forma recebem um montante menor de recursos financeiros. Já os municípios referentes ao Grupo 4 são os que apresentam maior necessidade em saúde, fazendo com que recebam um montante maior de recursos financeiros.

A Figura 4, a seguir, apresenta como fica a distribuição para os Municípios mineiros a partir do Fator de Alocação. Na figura, é possível observar que o Grupo 4 se encontra bastante concentrado nas Regiões Norte, Nordeste e Jequitinhonha.

Figura 4: Municípios mineiros segundo Fator de Alocação. Minas Gerais, 2005.

Fonte: MINAS GERAIS, 2004.

Vale ressaltar que o Fator de Alocação elaborado pela Fundação João Pinheiro e distribuído para os 853 municípios é o mesmo utilizado até hoje, sem mobilidade dos municípios.

A proposta metodológica de alocação equitativa concretizada na construção deste Fator de Alocação de recursos para municípios, desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, tem sido utilizada na alocação de recursos estaduais para serviços de atenção básica. Leles et al. explicam:

A partir dessa nova metodologia de distribuição dos recursos, todos os repasses feitos pela SES/MG aos municípios seguem o princípio constitucional da equidade e a diretriz determinada no PMDI, de tratar de forma diferenciada os municípios mineiros, segundo suas necessidades de saúde e de financiamento (LELES et al., 2009).

O valor do incentivo foi implementado pela SES/MG para o Programa Saúde da Família (PSF), que, com o novo aporte de recurso estadual, passa a se chamar Programa Saúde em Casa. O Programa Saúde em Casa será analisado de forma mais específica no item 3.3 deste capítulo.

3.2. Sobre as propostas de alocação equitativa em Minas Gerais

O Índice de Necessidades em Saúde e o Fator de Alocação desenvolvidos pela SES/MG vêm sendo utilizados para os serviços de atenção básica, entretanto essa não é a única proposta de utilização para esse Fator. Andrade et al. (2005), com objetivo de dar continuidade à elaboração de critérios que priorizem uma alocação de recursos estaduais, desenvolveram uma metodologia de alocação equitativa para os cuidados hospitalares de média complexidade.

3.2.1. Proposta para Atenção Hospitalar

Na metodologia proposta por Andrade et al. (2005) para serviços hospitalares de média complexidade, a unidade de análise é a microrregião de saúde definida pela SES/MG, devido a particularidades da produção dos serviços

hospitalares, que é caracterizada pela presença de economias de escala e escopo, diferentemente da produção de serviços de atenção básica.

Nos serviços hospitalares de alta complexidade, por outro lado, as políticas são realizadas na esfera macrorregional, pois o custo desses cuidados é mais elevado. Em outras palavras, garantir a oferta em cada microrregião tornaria a oferta desses serviços ineficiente e oneraria muito o Estado.

Segundo Andrade et al. (2005, p. 9), os serviços de média complexidade são definidos segundo duas classificações dos procedimentos realizados no âmbito do SUS:

1ª) a classificação do Ministério da Saúde que desagrega os procedimentos em alta complexidade, procedimentos estratégicos e demais procedimentos (média complexidade); 2ª) a classificação proposta pela SES/MG. Excluímos as internações psiquiátricas e Fora de Possibilidade Terapêutica (FPT), por constituírem um grupo bastante particular (ANDRADE et al., 2005, p. 9).

Para elaborar uma metodologia de distribuição de recursos para o setor hospitalar, a qual obedeça a critérios de equidade, foi necessário corrigir a distribuição *per capita* considerando as diferenças na necessidade de saúde, na necessidade de oferta e nas condições de acesso observadas entre as microrregiões. Entretanto, é importante destacar que a metodologia proposta não estabelece critérios para definir a alocação de recursos financeiros entre hospitais, bem como o número e o tamanho de cada hospital.

Para a correção da distribuição *per capita*, foi realizada a correção do tamanho da população pela cobertura privada (refere-se à cobertura de plano hospitalar, disponibilizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)) e a correção pela estrutura etária e por sexo. Posteriormente, o tamanho populacional foi corrigido, descontado o total de indivíduos cobertos com plano de saúde, pelas diferenças na estrutura etária e sexo e também o ajuste pela estrutura demográfica, para o cálculo da utilização esperada⁵ dos serviços de saúde por subgrupos populacionais (idade e sexo).

⁵ “A utilização esperada foi calculada como o produto entre a população da microrregião, descontada o total de indivíduos cobertos por plano de saúde, e a taxa de utilização dos serviços hospitalares observada para o estado de Minas Gerais construída a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 do IBGE. Essa taxa é definida como o número médio de

De acordo com o estudo, os grupos que mais utilizam os serviços de internação hospitalar por idade são idosos e crianças entre 1 e 4 anos de idade. Já na análise feita por sexo, observou-se que entre as mulheres a taxa de utilização é superior à dos homens a partir dos 25 anos de idade.

Além disso, foram construídos quatro índices: Índice de Necessidade em Saúde, Índice de Porte Econômico, Índice de Necessidade de Oferta e Índice de Condições de Acesso.

O Índice de Necessidade em Saúde e o Índice de Porte Econômico são os mesmos definidos para os serviços de atenção básica, que será analisado no próximo item. A diferença é a unidade de análise, pois, para os cuidados hospitalares, foram utilizadas as microrregiões de saúde e, para os serviços de atenção básica, os indicadores foram obtidos para cada município do estado.

O Índice de Necessidade em Saúde (INS) é composto por seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas: mortalidade de crianças menores que cinco anos; proporção de óbitos por causas mal definidas; taxa de fecundidade; taxa de alfabetização; percentual de indivíduos que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo; percentual de indivíduos com renda domiciliar menor que meio salário mínimo.

Como citado, essas informações são disponíveis para cada município, desta forma o estudo agregou as informações por microrregiões. Essa agregação foi realizada pelas médias ponderadas, utilizando-se diferentes pesos, pois cada um dos indicadores refere-se a distintas populações.

O estudo levou a um único fator, com poder explicativo de 83,4% da variância total, mostrando-se positivamente correlacionado com a taxa de mortalidade, taxa de fecundidade total, proporção de óbitos por causas mal definidas e proporção de indivíduos com renda domiciliar menor que meio salário mínimo; e negativamente relacionado com a taxa de alfabetização e proporção de indivíduos que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo.

vezes que o indivíduo foi internado nos últimos 12 meses por grupo etário e sexo excluindo as internações psiquiátricas" (ANDRADE et al., 2005).

Para se obter o INS com intervalo entre 1 e 2, foi realizado um escalonamento preservando a classificação dos municípios, pois o valor do componente variou entre -1,21 e 3,06. A partir desse escalonamento, as microrregiões foram classificadas em quatro grupos com os seguintes intervalos: 1 a 1,25; 1,25 a 1,5; 1,5 a 1,75 e 1,75 a 2. Vale destacar que os grupos não têm o mesmo tamanho.

O Índice de Porte Econômico (IPE) corresponde ao ICMS *per capita* de cada microrregião para o ano 2004, escalonado para assumir valores entre 1 e 2, do maior para o menor porte econômico. É um indicador que reflete as potencialidades da microrregião de financiamento dos cuidados com a saúde com recursos próprios, ou seja, quanto maior o IPE, menor a capacidade de autofinanciamento da microrregião e maior a necessidade de recursos.

O Índice de Necessidade de Oferta, novidade para esse estudo, foi construído objetivando diminuir as iniquidades existentes na distribuição espacial de oferta entre as microrregiões.

A variável utilizada para mensuração desse índice foi o número de leitos por mil habitantes, excluindo as internações psiquiátricas e tratamentos crônicos Fora de Possibilidade Terapêutica (FPT), por serem grupos bastante particulares. A base de dados utilizada foi o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) de 2004. As informações referentes a essa variável não são diretamente mensuráveis, sendo assim necessário obter uma *proxy* dessa variável para cada hospital, ao multiplicar o total de leitos hospitalares pela parcela do total de internações correspondente às especialidades, excluindo as internações relativas à psiquiatria e crônico FPT, sendo posteriormente agregadas por microrregião.

Índice de Acesso, por sua vez, refere-se às diferenças nas condições de acesso aos serviços hospitalares. A variável escolhida para essa mensuração foi a distância média percorrida pelos pacientes encaminhados para outros municípios, independentemente da microrregião de localização do município. Segundo os autores:

Essa variável pode refletir dois aspectos relacionados às condições de acesso: a oferta de serviços *per capita* e a sua distribuição espacial. Por um lado, a maior distância média percorrida pelos residentes de uma microrregião pode refletir uma inadequação da

oferta em termos quantitativos. Por outro lado, ainda que a oferta de serviços esteja adequada, é possível que em regiões com menor densidade demográfica a distribuição espacial da oferta seja inadequada para garantir condições de acesso satisfatórias. Essa medida é calculada considerando-se o fluxo intermunicipal de pacientes, sendo agregada por microrregião (ANDRADE et al., 2005, p. 15).

O número de pacientes residentes por município em que ocorreu o atendimento é obtido através das informações das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's)⁶ de 2004, que permite identificar o município de residência e o município onde o paciente foi atendido, e são disponibilizadas pelo SIH-SUS, excluindo os procedimentos referentes a internações psiquiátricas e FPT.

Como resultado da pesquisa, foi possível observar a iniquidade existente no estado de Minas Gerais. Quando a distribuição dos recursos é corrigida apenas pela estrutura etária e sexo, as microrregiões mais desenvolvidas, ou seja, com indicadores socioeconômicos e de morbidade melhores, recebem mais recursos do que as demais regiões. Essas regiões apresentam uma estrutura etária mais envelhecida, levando a uma maior demanda de recursos. Quando a distribuição é corrigida pelos quatro Índices propostos na metodologia, as microrregiões Norte, Noroeste e Nordeste do Estado aparecem como as que possuem maior necessidade de recursos, o que confirma a situação de carência dessas regiões, conforme evidenciado na introdução deste capítulo.

Desta forma, a proposta demonstra que, ao considerar as características socioeconômicas, de morbidade da população, a capacidade de autofinanciamento da região e a heterogeneidade de oferta e de acesso a serviços de saúde, as regiões que apresentarem os piores indicadores serão aquelas que ganhariam relativamente mais recursos.

A metodologia desenvolvida por Machado et al. (2003) para os serviços de atenção básica difere da metodologia para serviços hospitalares em dois principais aspectos: a unidade de análise considerada e os índices utilizados na proposta.

⁶ Vale destacar que foram consideradas apenas as AIHs correspondentes aos serviços de média complexidade definidos segundo a classificação do Ministério da Saúde (MS) e a classificação proposta pela SES/MG.

3.2.2. Proposta para Atenção Básica

Baseado na metodologia proposta por Porto et al. (2003), apresentada no capítulo 2, Machado et al. (2003) construíram um indicador de necessidades de cuidados com a saúde para a alocação de recursos provenientes do Piso de Atenção Básica (PAB) para o estado de Minas Gerais.

Os autores, preocupados em atender à demanda do gestor estadual, considerando o grande número de municípios de pequeno porte do estado e as flutuações possíveis dos indicadores, elaboraram uma *proxy* de necessidade municipal. Esta *proxy* é utilizada atualmente para cálculo de incentivos do Programa Saúde da Família (PSF) e para a Assistência Farmacêutica Básica. O índice foi obtido através de análise estatística correspondente a uma medida indireta de necessidades em saúde.

De acordo com os autores, a distribuição de recursos federais no estado permaneceu desigual após a introdução do PAB, apesar de esse garantir um maior volume de recursos para a atenção básica.

A introdução do PAB garantiu a todos os municípios habilitados na gestão plena da atenção básica certo volume de recursos financeiros e maior autonomia na sua utilização, graças à mudança do padrão de financiamento anterior que discriminava municípios com menor capacidade de produção de serviços de saúde. Representou, portanto, avanço do processo de descentralização concretizado na habilitação de um significativo número de municipalidades nas duas formas de gestão plena municipal – da atenção básica e do sistema de saúde. No entanto, a implementação do novo mecanismo de financiamento da atenção básica não garantiu a redução das desigualdades na alocação de recursos federais (MACHADO et al., 2003, p. 1).

Desta forma, foi desenvolvida para Minas Gerais uma proposta de realocação de recursos para a atenção básica entre as microrregiões e municípios, partindo da avaliação do efeito do PAB em um estado com significativas desigualdades sociais.

O indicador composto pelos autores foi obtido pela análise fatorial por componentes principais, considerando cinco variáveis relacionadas a condições ambientais, sociais e de saúde:

1. Taxa de analfabetismo em populações maiores de 15 anos;
2. Proporção da população rural;
3. Coeficiente de mortalidade infantil;
4. Percentual de domicílios com abastecimento de água;
5. Percentual de domicílios servidos de esgoto.

Os dados utilizados para o cálculo das variáveis são provenientes do Censo Demográfico do IBGE, 2000, com exceção do coeficiente de mortalidade infantil, que é obtido no *site* do DATASUS, Informações de Saúde/ Indicadores de Saúde - Estimativa da Mortalidade Infantil por Microrregiões e Municípios, com o coeficiente estimado de mortalidade infantil para o ano de 1998. Além disso, foi realizada a média dos índices de municípios pertencentes a cada microrregião, para obter o índice para as 75 microrregiões assistenciais do estado.

O indicador composto foi obtido através da análise estatística multivariada, particularmente a análise fatorial por componentes principais. O resultado dessa análise levou à criação de um único fator, positivamente relacionado às variáveis Taxa de analfabetismo em populações maiores de 15 anos, Proporção da população rural e Coeficiente de mortalidade infantil, e negativamente relacionado às variáveis Percentual de domicílios com abastecimento de água e Percentual de domicílios com servidos de esgoto.

O fator obtido tem poder de explicar 80% da variância apresentada pelas regiões e apresentou uma amplitude de variação entre -1,50 e +2,26, sendo necessária a realização de uma transformação linear, para se obter um índice variando entre 1 e 2.

O método de ajuste proposto foi desenvolvido em quatro etapas. A primeira refere-se à elaboração de uma *proxy* de necessidade em saúde, calculada para as microrregiões de saúde do estado, variando entre 1 e 2. A segunda etapa trata do ajuste da população das microrregiões assistenciais segundo sexo, idade e utilização de serviços ambulatoriais. Considerando a variação no uso de serviços ambulatoriais por idade e sexo, a população foi separada por sexo e grupos etários, para assim ponderar uma taxa média de utilização de serviços, a qual retrata a média de Minas Gerais para cada um dos grupos selecionados.

A terceira etapa trata da realização dos ensaios de redistribuição de recursos segundo o critério de necessidade, onde a população microrregional, ajustada por sexo e grupo etário, foi multiplicada pela *proxy* de necessidade microrregional e o montante de recursos considerado foi distribuído proporcionalmente a essa população. O resultado foi a obtenção de percentuais de participação de cada microrregião correspondentes a valores ajustados por sexo, faixa etária e necessidade.

A quarta etapa trata da comparação entre os percentuais de recursos para custeio da atenção básica distribuídos às microrregiões segundo o ajuste por necessidade e aqueles verificados conforme os critérios vigentes.

Foi a partir da gestão estadual iniciada em 2003 que ficou definido que uma das formas de reverter o quadro de grande iniquidade existente no estado seria desenvolver e implantar sistemas de alocação de recursos estaduais que levem em consideração, como variável principal, as necessidades de saúde da população para garantir o princípio da equidade. Foi incorporado assim ao Plano de Governo um novo método para realocação de recursos para as microrregiões, utilizando uma *proxy* de necessidade para cada município mineiro, semelhante à *proxy* microrregional.

O indicador foi obtido a partir da análise estatística multivariada, particularmente a análise fatorial por componentes principais, o que levou a um único fator, positivamente relacionado às variáveis relacionadas a analfabetismo, população rural e mortalidade infantil; e negativamente às variáveis relacionadas a saneamento; apresentando um poder de explicação de 62% da variância apresentada pelos municípios. Na análise, foi possível observar que 25% dos municípios com menores necessidades possuem índices com valores que variam de 1 a 1,25. E os municípios com os maiores índices, último quartil, apresentam valores acima de 1,56. A mediana da distribuição, ou seja, metade dos municípios encontra-se no valor 1,41.

Com base na metodologia proposta para a realocação microrregional, o índice de necessidade foi aplicado para ajustar a alocação de recursos destinados à farmácia básica e também para a definição de incentivos ao Programa Saúde da

Família. A alocação de recursos à farmácia básica não é escopo da análise deste trabalho, que é desenvolvido nos próximos itens.

Essa nova forma de alocação foi implantada em 2005, com o Programa Saúde em Casa, e vem se mantendo até os dias de hoje. Entretanto, como é analisado nos próximos itens, essa não é a única forma de alocação de recursos do Programa, visto que este é dividido em duas partes, uma fixa (Fator de Alocação de necessidades) e uma variável (mediante o cumprimento de metas estabelecidas em contrato).

3.2.2.1. Sobre a Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais: O Programa Saúde da Família

Desde 1995, o Estado de Minas Gerais iniciou uma contribuição com os municípios que aderiam à Estratégia Saúde da Família (ESF)⁷. Nesse período, o Estado, pela Lei Robin Hood (Lei nº 12.040, de 28 de dezembro de 1996), iniciou o repasse de incentivo financeiro aos municípios, por equipe de saúde da família implantada, demonstrando a preocupação do estado com a atenção primária à saúde.

Em 1994 e em todo país, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde como prioritária para a organização da atenção primária foi a Estratégia Saúde da Família, que estabelece a vinculação de uma população submetida a uma equipe multidisciplinar. O financiamento para as ações básicas à saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, mas cabe ao Município a responsabilidade de planejar, executar e fazer a gestão da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família.

Em 1998, houve a implantação do incentivo federal por equipe e escalonado por cobertura, levando, assim, a um aumento no número de equipes por município,

⁷ Originalmente criada como Programa de Saúde da Família (PSF). Em 2003, considerando a expansão do PSF, deu-se início à execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (Proesf), ampliando para municípios de grande porte (com mais de 100 mil habitantes) (CONASEMS, 2011).

ampliando a população coberta. Já em 2007, 97,3% dos municípios possuíam ESF (MINAS GERAIS, SES/MG, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) é considerada o ponto de atenção à saúde mais próximo do usuário, é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e deve ser ordenadora do cuidado para a atenção às condições crônicas. Para isso, é necessário um fortalecimento da APS em estrutura e em processos, e a coparticipação de municípios, estado e governo federal no seu financiamento e em ações de fortalecimento da qualidade.

Em 2003, o Governo do Estado de Minas Gerais definiu dois objetivos para o PSF: expansão do número de equipes e melhoria da qualidade do trabalho das equipes (MACHADO et al., 2003).

O instrumento básico utilizado para esses objetivos foi a instituição de um incentivo financeiro trimestral a ser pago por equipe implantada pelos municípios, em valores que variam de acordo com a necessidade em saúde. Estipulou-se que os recursos financeiros devem ser transferidos do Fundo Estadual de Saúde diretamente para a conta do Fundo Municipal de Saúde, mediante o global cumprimento das metas quantitativas e qualitativas acordadas num contrato de gestão assinado pela Secretaria de Estado da Saúde com cada Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo dados da Secretária de Saúde, Minas Gerais é o estado que possui maior número de equipes do Programa Saúde da Família (PSF) em funcionamento no Brasil. Em 2011 foram computadas 4.319 (quatro mil trezentas e dezenove) equipes atuando em 849 municípios⁸, o que representa uma cobertura de 77,70% da população, ou seja, 14,9 milhões de pessoas cobertas pelo PSF. Esse número representa um salto de 90% em número de equipes, visto que em 2002 o estado contava com 2.278 (duas mil, duzentas e setenta e oito) equipes de PSF, cobrindo o equivalente a 43,4% da população, conforme indicado na Tabela 7.

⁸ Isso significa que apenas 4 (quatro) municípios não implantaram a ESF, na medida em que o Estado de Minas Gerais dispõe de 853 municípios no total.

Tabela 7: Cobertura populacional do Programa Saúde da Família em Minas Gerais (2001 – 2012)

Ano	Número de equipes	Cobertura (%)
2002	2.278	43,4
2003	2.571	48,4
2004	2.748	51,1
2005	3.060	56,9
2006	3.466	62,0
2007	3.618	64,7
2008.	3.795	67,1
2009	3.983	69,2
2010	4.031	70,1
2011	4.310	75,9

Fonte: BRASIL, SES/MG, Caderno de Indicadores 2012, 2012.

Ao observar a Tabela 8, é possível observar que Minas Gerais, de 2007 a 2011, encontra-se acima da porcentagem de cobertura populacional do PSF brasileiro e também da Região Sudeste do país, apresentando uma porcentagem de 77,70% em 2011, enquanto o país apresentou uma porcentagem de 59,80% no mesmo ano. Além disso, a RMBH apresenta um salto significativo em 2011, passando de 66,10% em 2010 para 80,10% em 2011.

Entretanto, ao comparar as tabelas 7 e 8, as quais tratam da mesma temática, cobertura populacional do Programa Saúde da Família em Minas Gerais, os dados apresentados no site da SES/MG demonstram uma divergência de 2007 a 2011. Esse fato representa uma fragilidade para análise dos dados fornecida pela SES/MG.

Tabela 8: Cobertura populacional do Programa Saúde da Família em Minas Gerais (2007 – 2010)

Unidade geográfica	2007	2008	2009	2010	2011
Brasil	51,60%	54,40%	56,10%	58,80%	59,80%
Sudeste	36,40%	39,30%	40,90%	43,20%	45,50%
Minas Gerais	63,70%	67,50%	71,40%	75,60%	77,70%
RMBH*	55,30%	60,30%	61,20%	66,10%	80,10%

Fonte: BRASIL, SES-MG, Caderno de Indicadores 2012.

Elaboração do Caderno de Indicadores 2012 a partir de dados do Datasus/Ministério da Saúde (MS).

* Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH).

As duas regiões de Minas Gerais com maior cobertura do PSF são aquelas com a população mais carente, ou seja, Norte de Minas, com 98,6%, e Jequitinhonha/Mucuri, com 93,9%, em 2011, como é possível verificar na Tabela 9.

Tabela 9: Cobertura populacional do Programa Saúde da Família nas Regiões de Planejamento de Minas Gerais (2011)

Região	Cobertura
Alto Paranaíba	70,2%
Central	67,5%
Centro-Oeste de Minas	77,4%
Jequitinhonha/Mucuri	93,9%
Mata	88,6%
Noroeste de Minas	66,9%
Norte de Minas	98,6%
Rio Doce	80,9%
Sul de Minas	70,7%
Triângulo	45,7%

Fonte: BRASIL, SES/MG, Caderno de Indicadores 2012.

Elaboração do Caderno de Indicadores 2012 a partir de dados da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

A gestão 2003-2006 do governo de Minas trouxe para a agenda o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, priorizando a implementação das equipes Saúde da Família e instituindo o Projeto Estruturador Saúde em Casa, objetivando a melhoria na qualidade da atenção primária e alocando recursos

financeiros com base no princípio ordenador da equidade, sendo objeto de análise nossa.

O Programa Saúde em Casa foi, de certa forma, a maneira pela qual Minas Gerais manteve e mantém até os dias atuais o princípio da alocação equitativa de recursos. Apesar disso, como é analisado nas próximas seções, o programa mistura a discussão de incentivo financeiro e eficiência, tendo em vista a parte variável do incentivo mediante cumprimento de metas.

3.3. O Programa Estruturador Saúde em Casa: incentivo financeiro e/ou recursos alocados de forma equitativa

A partir do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), elaborado pelo Governo do Estado de Minas Gerais, fica determinado que o Estado deva ser um “Estado para Resultados, o que significa garantir a população serviços públicos com alta qualidade, máximo índice de cobertura e menores custos” (MINAS GERAIS, 2007, p. 25).

Dessa forma, as ações do governo foram agregadas em Áreas de Resultados, sendo uma dessas áreas o “Vida Saudável”, com os objetivos de universalizar a atenção primária à saúde para a população, reduzir a mortalidade materna e infantil, ampliar a longevidade e melhorar o atendimento da população adulta com doenças cardiovasculares e diabetes, e ampliar significativamente o acesso ao saneamento básico (MINAS GERAIS, 2007, p. 7-8).

Além disso, o Plano estabelece 11 Redes de Desenvolvimento Integrado, criadas com o objetivo de proporcionar um comportamento cooperativo e integrado entre agentes, de acordo com a capacidade de integração das ações de Governo e de agregação de valor para a sociedade. Dentre essas redes, encontra-se a Rede de Atenção em Saúde.

Cabe à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) a operacionalização da rede de atenção à saúde no território do estado, por meio dos Projetos Estruturadores Viva Vida, os quais têm por objetivo a redução da

mortalidade materna e infantil, a Regionalização da Atenção à Saúde, que garanta a sustentabilidade da atenção secundária e terciária, o apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas logísticos. Já o Programa Estruturador Saúde em Casa responde pela melhoria da qualidade da atenção primária prestada à saúde da população de Minas Gerais.

O Programa Estruturador Saúde em Casa busca reforçar o federalismo sanitário brasileiro, ou seja, o federalismo cooperativo, visto que o Programa foi concebido a partir da reflexão sobre o papel do governo estadual na APS, a qual é um campo de responsabilidade inequívoca dos municípios (CARVALHO, 2010).

O Programa tem como objetivo universalizar e ampliar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase em ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. A ampliação da Estrutura da Atenção Primária é feita com apoio aos municípios, por meio de financiamentos para a implantação de unidades básicas de saúde e o por meio do Incentivo à Estratégia de Saúde da Família, o qual busca ampliar o acesso às ações e serviços de atenção primária à saúde e melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada à população.

Segundo Leles et al. (2009), a constatação de uma APS de baixa qualidade em Minas Gerais se pautou, principalmente, na análise da morbidade hospitalar. Uma em cada três internações feitas no Estado era evitável, visto serem determinadas por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. Estas internações chegaram a 400 mil/ano, em 2005, levando a um custo em torno de cento e vinte milhões de reais. Segundo a SES/MG (2005), o Programa Estruturador Saúde em Casa foi criado para minimizar esses custos, minorar a deficiência de medicamentos, a inadequada infraestrutura, a precariedade do trabalho dos profissionais e reforçar o papel do governo estadual em apoiar os serviços de APS prestados pelos entes municipais.

O Projeto estruturador em Minas Gerais, de acordo com o Planejamento Plurianual de 2004-2007 refere-se àquele que representa as escolhas estratégicas do governo, das quais se esperam maior impacto da ação do governo estadual e servem de base para outros programas. São projetos com recursos garantidos prioritariamente. A evolução das metas estabelecidas pelo programa é acompanhada trimestralmente pelo Governador, em reunião conjunta com todos os

Secretários de Estado, dirigentes e gerentes de projetos (LELES et al., 2009). Estruturadores são iniciativas estratégicas que, com a concentração de esforços e recursos, visam transformar e melhorar a realidade vigente.

O Programa Saúde em Casa foi instituído pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, de acordo com a Resolução SES/661 de 2005 (anexo I). A implementação do Programa Saúde em Casa se baseia em seis estratégias:

- 1) Estratégia Organizacional – essa estratégia propõe que o Programa seja o eixo coordenador das redes de atenção à saúde nos Sistemas Integrados de Saúde, tendo em vista que a Secretaria de Estado de Saúde tem o papel de organizar estes sistemas integrados em 75 microrregiões e 13 macrorregiões do estado.
- 2) Estratégia Econômica – Parte da premissa de que é papel do Estado cofinanciar a APS. É operacionalizada por meio do incentivo estadual que é repassado ao Município, a cada implantação de Equipe Saúde da Família, e pela pactuação de metas estabelecidas de acordo com um Termo de Compromisso de Gestão, assinado entre a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde.
- 3) Estratégia Gerencial – Tem como objetivo fortalecer o papel do Estado no controle e avaliação da Atenção Primária à Saúde no Estado, em parceria com o Governo Federal. Existe uma certificação periódica das equipes de PSF pelo Estado e este é também um pré-requisito para o pagamento do incentivo.
- 4) Estratégia Clínica – Estabelece o desenvolvimento de protocolos e linhas-guia para as áreas prioritárias da APS, estes são os principais insumos nos processos educacionais dos profissionais da APS.
- 5) Estratégia Educacional – Divide-se em três produtos educativos: o curso Básico em Saúde da Família, o Sistema Microrregional de Educação Permanente e a Melhoria da Qualidade da Atenção Primária à Saúde.
- 6) Estratégia Redistributiva – Diz respeito ao princípio ordenador da equidade, ou seja, a utilização da metodologia de operacionalização do Fator de Alocação. De acordo com a resolução SES nº 661 de 2005, o repasse de recursos do Programa Saúde em Casa será baseado neste Fator de Alocação.

De acordo com a Resolução SES nº 661, de 2005, a transferência dos recursos é feita mensalmente, fundo a fundo, de acordo com o número de equipes

de saúde da família existentes, mediante o atestado de funcionamento, encaminhado pelas Gerências Regionais de Saúde (GRS) de cada região, obedecendo ao Fator de Alocação do Município. As Secretarias Municipais deverão ajustar seus compromissos, em relação à quantidade de equipes de saúde da família implantadas e à alocação de recursos de saúde, vedado o pagamento de profissionais e outros fins incompatíveis com ações da APS (MINAS GERAIS, 2013).

Ou seja, o repasse do incentivo financeiro aos municípios divide-se em duas partes: (1) a quantidade de equipes de saúde da família em funcionamento, de acordo com o fator de Alocação de recursos financeiros para Atenção Básica e (2) a condição para o cumprimento de metas estabelecidas.

Desde o início do Saúde em Casa, em 2005, o repasse dos recursos é condicionado ao cumprimento de metas. Era beneficiado da política o município com equipes da ESF implantada, respeitando o teto limite previsto pelo Ministério da Saúde. O município que atendesse ao critério de eleição assinaria um termo de compromisso para estar vinculado e assumiria também a responsabilidade de cumprir algumas metas e compromissos, como segue:

- a) redução de 5% em 12 doze meses, a contar da data de assinatura do Termo de Compromisso, das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial;
- b) cobertura de 95% das vacinas do calendário básico e da Triviral em crianças com um ano de idade;
- c) ofertar, no mínimo, seis consultas de pré-natal à gestante e uma à puérpera, de acordo com o protocolo “Viva Vida”;
- d) atender a 50% dos itens constantes no instrumento de Certificação do Trabalho das Equipes, disponibilizado no site desta Secretaria Estadual de Saúde, com vistas à verificação da melhoria da qualidade da assistência prestada (SILVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 8).

Apesar de a Resolução SES/MG nº 661/2005 ter previsto expressamente que o repasse dos recursos ficaria condicionado ao cumprimento das metas, formalizadas nos termos de compromissos assinados pelos municípios, não foi o que se verificou na prática.

Em meio às regras, estava prevista a observância de metas e compromissos, monitorados pelos níveis regional e central da SES/MG, entretanto não chegaram a interferir nos valores pagos diretamente aos municípios. O valor repassado de forma mensal ao município estava vinculado ao número de equipes de ESF em funcionamento e ao valor do fator de alocação do município (SILVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 9).

Dados da SES/MG apontam que apenas 87 (oitenta e sete) municípios conseguiram cumprir todos os indicadores na avaliação de 2008. De acordo com Ribeiro (2012, p. 42), a justificativa para essa não observância do cumprimento das metas se dá por três razões. A primeira se deve ao fato de o Programa ter função pedagógica e não punitiva para inserir uma nova lógica de operação para a atenção primária. A segunda justificativa diz respeito à pressão por parte do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/MG), objetivando a não punição no momento inicial do programa, quando os municípios ainda se encontravam realizando esforços para fortalecer e aprimorar o programa. E, por fim, a existência de problemas operacionais à organização de bancos de dados para a implantação de um sistema de acompanhamento de metas, ou seja, os processos não estavam estabelecidos, dificultando, assim, o princípio da vinculação de recursos ao cumprimento das metas.

A Resolução não explicitou os indicadores a serem acompanhados, ela apenas definiu metas padrão para todos os municípios beneficiados, sem considerar a grande heterogeneidade dos municípios, ou seja, sem considerar as especificidades regionais. Desta forma, o fator de alocação, ao agrupar os municípios, observou suas especificidades, porém, no que diz respeito às metas e compromissos, não se levou em consideração a capacidade de cada município em cumprir aquelas metas padrão.

3.3.1. A primeira fase dos repasses – 2005 a 2009

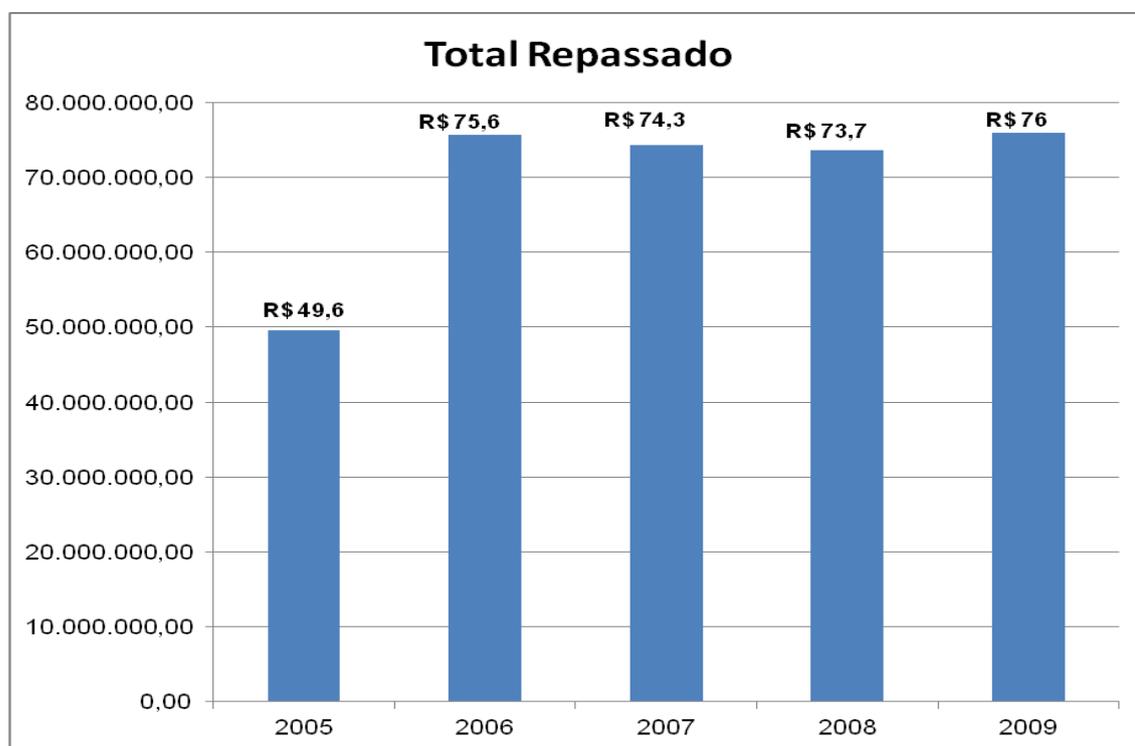
Embora muitos municípios não tenham atingido as metas e compromissos pactuados, não ocorreu a interrupção no repasse de recursos, devido ao cenário de mudanças, à necessidade de empoderamento da atenção primária e à existência de

municípios em estágio inicial de capacidade de gestão, o que levaria a prejuízos por falhas de gestão.

A primeira fase (2005 a 2009) diz respeito à primeira forma de contratualização do Programa, com a Resolução nº661/2005. Nessa fase, as metas pactuadas não eram exigidas para o repasse do incentivo financeiro, visto o momento de adaptação dos municípios, como mencionado acima. De acordo com o Anexo I desta Resolução, todo município com equipes da ESF beneficiava-se da política, respeitando o teto limite. As metas eram monitoradas pelos níveis regional e central da SES/MG, apesar disso não chegaram a interferir nos valores pagos diretamente aos municípios. Ou seja, o valor a ser repassado mensalmente ao ente municipal estava vinculado ao número de equipes de saúde da família em funcionamento e ao valor do Fator de Alocação de recursos financeiros.

Do ponto de vista quantitativo, observa-se um aumento nos montantes totais empregados de 2005 a 2006, conforme o gráfico 1 e a tabela 10 por Macrorregião de Saúde a seguir; entretanto, de 2006 a 2009, a tendência foi de estabilidade.

Gráfico 1: Volume de recursos empregados no repasse de incentivo financeiro aos municípios de 2005 a 2009, em milhões de reais



Fonte: SAPS/SES/MG 2013.

Obs.: Deflator utilizado IGP-DI/FGV – Dezembro de 2012.

A Tabela 10 apresenta o valor do incentivo financeiro repassado por Macrorregião de Saúde. De acordo com a tabela, é possível notar um pequeno aumento no repasse, que pode estar relacionado, principalmente, ao aumento do número de equipes de saúde da família em funcionamento, tendo em vista que o valor pago por Fator de Alocação permaneceu constante durante todo o período e ainda se mantém inalterado.

Vale destacar que o número de equipes em funcionamento passou de 3.060, com cobertura populacional de 56,9%, em 2005, para 3.983, com cobertura de 69,2%, em 2009 (SES/MG, 2013).

Tabela 10: Volume de recursos empregados por Macrorregião de Saúde de 2005 a 2009, em milhões de reais

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	2005	2006	2007	2008	2009
Centro (103 municípios)	13,2	19,2	18,6	17,70	18,20
Centro Sul (51 municípios)	2,2	3,4	3,3	3,3	3,4
Jequitinhonha (23 municípios)	1,1	2,0	2,0	2,0	2,0
Leste (85 municípios)	3,4	5,1	5,3	5,6	6,0
Leste do Sul (52 municípios)	2,5	4,0	4,1	4,2	4,5
Nordeste (63 municípios)	3,2	6,0	6,0	6,0	6,0
Noroeste (33 municípios)	1,7	2,5	2,4	2,4	2,3
Norte de Minas (86 municípios)	7,0	10,8	11,0	10,9	11,1
Oeste (56 municípios)	2,9	4,1	4,0	4,0	4,1
Sudeste (94 municípios)	4,9	6,9	6,4	6,2	6,4
Sul (153 municípios)	4,7	7,4	7,2	7,2	7,9
Triângulo do Norte (27 municípios)	1,5	2,1	2,0	2,0	2,1
Triângulo do Sul (27 municípios)	1,1	1,8	1,8	1,9	1,8
Total Repassado	49,6	75,6	74,3	73,6	76,0

Fonte: SAPS/SES/MG 2013.

Obs.: Deflator utilizado IGP-DI/FGV – Dezembro de 2012.

Além disso, de acordo com a tabela, as Macrorregiões que apresentaram maior taxa de crescimento na alocação dos recursos entre 2005 e 2009 foram Nordeste (87,5) e Jequitinhonha (81,8), o que representa um aumento na equidade da alocação, pois essas são regiões em que grande parte dos municípios encontram-se no Grupo 4 do fator de alocação, ou seja, o grupo com maiores necessidades em saúde.

A partir do setembro de 2009 ocorre uma mudança na lógica do financiamento, ou seja, uma nova contratualização do incentivo financeiro,

retomando o ideal de uma administração pública voltada para a gestão por resultados, como no início do processo em 2005. A Resolução SES/MG nº. 1935, de julho de 2009, estabelece novas formas de adesão ao Programa Estruturador Saúde em Casa. O repasse passa a ser vinculado diretamente ao cumprimento de metas, ou seja, ao alcance ou não das metas pactuadas, que passam a interferir diretamente no valor do incentivo financeiro a ser recebido pelo beneficiário.

3.3.2. Uma abordagem do processo e dos resultados dos recursos aplicados no Programa Estruturador Saúde em Casa: a segunda fase do Programa (2010 – 2012)

Esta seção busca ressaltar as principais diferenças que ocorreram com a publicação da Resolução SES/MG nº 1.935/2009 e, posteriormente, com as Resoluções nº 2.873/2011 e nº 3.669/2013, abordando as principais diferenças em relação ao período anterior (2005 a 2009), alterações na prestação de contas dos municípios e ampliação dos recursos financeiros, para assim poder analisar os resultados dos recursos aplicados no Programa Estruturador Saúde em Casa.

Nesta fase do Programa, a análise foi realizada por meio do cumprimento das metas pactuadas e do montante repassado (incentivo financeiro), tendo em vista que as metas passam a ser o principal foco do Programa. O novo desenho do Programa tem como principais objetivos o fortalecimento da gestão por resultados e a tentativa de propor um alinhamento entre a estratégia do Sistema Estadual de Saúde e os resultados alcançados para a sociedade no âmbito da atenção primária.

A nova forma de adesão é feita pela assinatura de novo Termo de Compromisso, pactuado com novas metas e indicadores de desempenho. A partir do novo contrato, parte do recurso do incentivo mensal passa a ser pago de forma variável, vinculado aos resultados do cumprimento ou não das metas estipuladas. Em outras palavras, o incentivo financeiro possui uma parte fixa e outra variável, de acordo com o número de metas cumpridas, bem como outras variáveis estabelecidas pelo Estado, como número de equipes de saúde da família em funcionamento no município e o fator de alocação.

A proposta prevê que os 853 municípios sejam avaliados quadrimestralmente (janeiro, maio e setembro de cada ano), ou seja, três avaliações ao ano, com metas diferenciadas, de acordo com a natureza do indicador, a situação inicial e o cenário desejado, além dos fatores característicos desses municípios, como porte populacional, o que gera o resultado para os indicadores selecionados. Os resultados passam a ser comparados com as metas pactuadas para cada avaliação, gerando um número de metas cumpridas, de 1 a 4 (Tabela 11). Assim, parte do incentivo financeiro mensal passa a ser variável, repassado de acordo com as metas cumpridas pelo município, além das outras variáveis já estabelecidas (número de equipes da ESF em funcionamento e o Fator de Alocação). Os novos valores são divididos como seguem:

Tabela 11: Repasse financeiro por cumprimento de metas

Fator de Alocação (Grupo)	Número de Metas Cumpridas			
	4	3	2	1
4	R\$ 2.000,00	R\$ 1.750,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.000,00
3	R\$ 1.750,00	R\$ 1.531,25	R\$ 1.312,50	R\$ 875,00
2	R\$ 1.250,00	R\$ 1.093,75	R\$ 937,50	R\$ 625,00
1	R\$ 1.000,00	R\$ 875,00	R\$ 750,00	R\$ 500,00

Fonte: Resolução SES/MG nº 1935/2009.

Em outras palavras, significa dizer que os municípios do Fator 4 (aqueles com maiores necessidades em saúde), caso cumpram as 4 metas pactuadas, receberão o valor de R\$ 2.000,00 por equipe da ESF em funcionamento e, caso cumpram apenas 1 meta, receberão R\$ 1.000,00. Por outro lado, os municípios do Fator 1 (aqueles com menores necessidades em saúde), caso cumpram as 4 metas pactuadas, receberão R\$ 1.000,00 por equipe e, caso cumpram apenas 1 das metas, receberão R\$ 500,00 por equipe.

A implantação, acompanhamento e supervisão dos recursos financeiros do Programa Saúde em Casa são realizados pelas Gerências Regionais de Saúde, que são instituições descentralizadas da Secretaria de Estado da Saúde.

Os Municípios devem apresentar um relatório de seis em seis meses, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, devendo conter demonstrativo de execução das ações e o alcance das metas atingidas, sendo primordial para a continuidade do envio dos recursos mensais aos municípios. Caso o município não alcance alguma meta, a Resolução prevê a possibilidade de o gestor apresentar justificativas, apresentando o motivo pelo qual não foi possível cumprir o compromisso para análise e deliberação pelo nível regional (CARVALHO, 2010).

O recurso não repassado, ou seja, o que sobra de recursos financeiros não repassados aos municípios pelo não cumprimento, fica como uma forma de reserva para o “Bônus de Desempenho”, destinado aos municípios que obtiveram 100% de cumprimento de metas nas três avaliações anuais. O Bônus foi uma forma de fazer com o que os municípios cumprissem as metas, tendo em vista que de 2005 a 2009 as metas existiam, mas não eram exigência para o repasse de recursos.

Os indicadores selecionados foram baseados nos objetivos relacionados no Pacto pela Vida, de 2008, considerando a facilidade de adesão dos municípios e coerência com valores já pactuados entre as três esferas de governo, e também baseados nas estratégias e prioridades da SES/MG e no alinhamento com as redes de saúde prioritárias do estado, o que foi a base também para definição do número de indicadores a serem cumpridos.

Para os indicadores selecionados, optou-se por enfatizar uma das redes de atenção, que foi a materno-infantil, entretanto a qualidade da atenção primária à saúde também envolve outros pilares, como a rede de idosos e de doenças crônicas, as quais não podem ser ignoradas na consecução do objetivo final do programa.

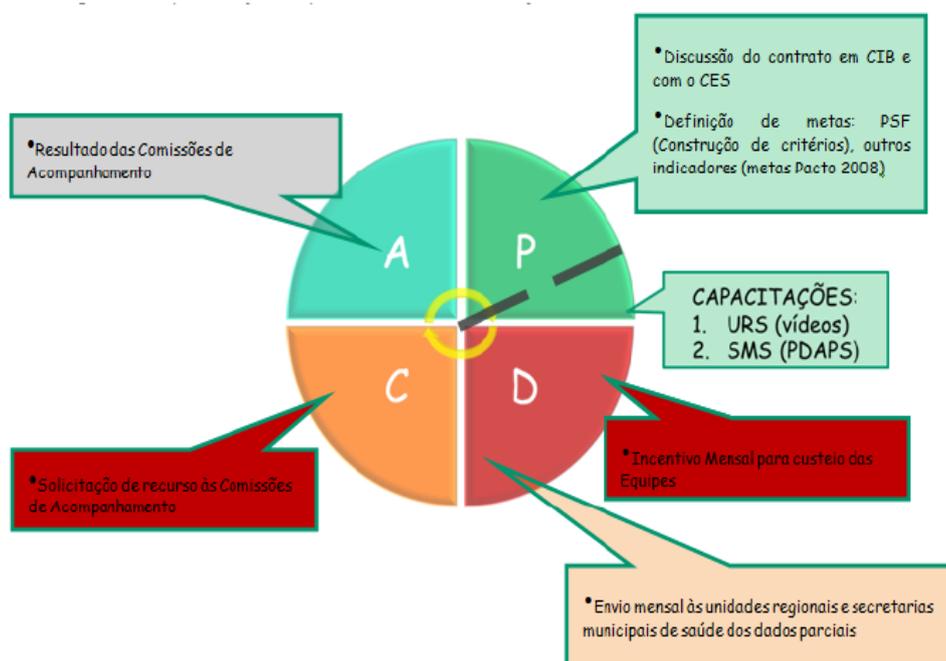
Reuniões com áreas temáticas foram importantes para a definição de metodologia de cálculo, identificação das fontes para obtenção dos dados, as quais seriam alimentadas pelos municípios e teriam acesso disponível às áreas técnicas da SES/MG, e a periodicidade da análise desses dados.

Além disso, houve a capacitação das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e dos municípios, esses últimos por meio de oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS).

A verificação, definição e mensuração dos indicadores são previstas em reuniões entre SES/MG e COSEMSMG, com deliberação na Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Entretanto, após uma primeira avaliação em janeiro de 2010, o cumprimento das metas foi muito baixo com relação às metas pactuadas, levando assim a uma alteração em dois indicadores: razão de exames citopatológicos e proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais pré-natais.

No novo contrato, o desenho da proposta é representado por meio da metodologia de melhoria contínua, denominada PDCA. Esse processo inicia-se com o Planejamento (Plan), onde existe a discussão do novo contrato e definição das metas, seguidas de capacitação aos municípios e às Gerências Regionais de Saúde (GRS). Posteriormente, inicia-se a Execução (Do), implementando as ações previstas para o Programa Estruturador Saúde em Casa, seguida da Verificação (Check); nesse momento os dados foram analisados para medir o alcance dos objetivos. O último ponto é Agir (Act), onde, com base nos resultados da primeira avaliação realizada, foi possível identificar as possíveis melhorias (RIBEIRO, 2012). A Figura 5 permite observar essas etapas do processo.

Figura 5: O PDCA na Primeira avaliação do contrato do Saúde em Casa (2010) – Representação esquemática da contratualização



Fonte: SILVEIRA; PEREIRA (2013).

A partir do novo contrato, ficam definidos então quatro indicadores, são eles: Cobertura Populacional da ESF; Cobertura Vacinal por tetravalente (DTP + Hib) em crianças menores de 1 ano de idade; Razão entre exames citopatológicos de colo de útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população-alvo; e Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Com a necessidade de uma nova pactuação de metas referentes a dois indicadores: o indicador Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natais, e o indicador Razão de exames citopatológicos de colo de útero.

Além disso, a Resolução SES/MG nº 1935, de julho de 2009, cria a Comissão de Acompanhamento e Avaliação (CAA), que fica responsável pela análise de recursos enviados pelos municípios, com as justificativas pelo não cumprimento de alguma meta. Esta Comissão julgaria os recursos, acatando ou não as justificativas apresentadas. Cada GRS terá sua própria CAA, composta por: um representante do Núcleo de Atenção Primária à Saúde da GRS a que o município está adstrito, a ser designado pela GRS; um representante do Núcleo de Gestão Microrregional responsável pela microrregião de saúde do município avaliado, a ser

indicado por sua GRS; um representante do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde Regional, a ser designado por este; um representante da Secretaria Municipal de Saúde, do município em questão, a ser escolhido pelo Secretário Municipal de Saúde.

As Comissões devem encaminhar três vias do relatório com as metas para as áreas técnicas da SES, Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Núcleo de Atenção Primária de Saúde (NAPRIS) e para o município. Os resultados enviados pelas CAA são consolidados pelos técnicos da SAPS e utilizados em cada avaliação por indicador, contendo o número final de indicadores cumpridos e justificados e o valor repassado por equipe em cada município. A Figura 3 apresenta um modelo desta planilha.

Silveira e Pereira (2013) destacam que a comissão de acompanhamento foi um recurso bastante utilizado pelos municípios, no que diz respeito aos limites apresentados para cada indicador e aos problemas de alteração da população, tendo em vista que o tamanho da população é o denominador de alguns indicadores. As autoras destacam que:

É necessário um esforço da SES/MG para cada vez mais lançar mão de documentos contendo diretrizes para a análise e justificativas apresentadas pelos municípios, contribuindo inclusive para um alinhamento entre as diversas comissões (SIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 21).

Com a nova contratualização, de acordo com dados enviados pela SAPS/SESMG, é possível observar um impacto positivo com relação aos indicadores pactuados. Os indicadores tiveram melhoria expressiva no período de 2009 a 2012, após as avaliações realizadas pelas CAAs, conforme demonstra a Tabela 12. A Primeira Avaliação ocorreu no primeiro quadrimestre de 2010 (janeiro a abril/2010) e a Décima Avaliação diz respeito ao terceiro quadrimestre de 2012.

Tabela 12: Número de municípios segundo o total de metas cumpridas antes e após a Comissão de Acompanhamento e Avaliação (CAA)

1ª AVALIAÇÃO (Janeiro/2010)		2ª AVALIAÇÃO (Maio/2010)		3ª AVALIAÇÃO (Setembro/2010)		4ª AVALIAÇÃO (Janeiro/2011)		5ª AVALIAÇÃO (Maio/2011)		6ª AVALIAÇÃO (Setembro/2011)		7ª AVALIAÇÃO (Janeiro/2012)		8ª AVALIAÇÃO (Maio/2012)		9ª AVALIAÇÃO (Setembro/2012)		10ª AVALIAÇÃO (Janeiro/2013)		
3º Quadrimestre/2009		1º Quadrimestre/2010		2º Quadrimestre/2010		3º Quadrimestre/2010		1º Quadrimestre/2011		2º Quadrimestre/2011		3º Quadrimestre/2011		1º Quadrimestre/2012		2º Quadrimestre/2012		3º Quadrimestre/2012		
Metas Cumpridos	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
	0	32	7	3	2	4	4	12	8	21	10	20	9	9	6	32	8	0	0	24
1	170	78	38	23	54	24	80	36	123	50	90	32	85	34	154	51	43	26	134	84
2	382	236	169	88	211	104	200	108	237	109	257	129	210	125	298	140	228	151	310	221
3	221	239	378	277	340	235	332	230	300	207	315	249	332	206	268	384	399	400	308	348
4	48	293	265	463	244	486	229	471	172	477	171	434	217	482	101	270	183	276	77	182

Fonte: SAPS/SES/MG, 2013.

Ao analisar a tabela, é possível observar que, da 1ª até a 7ª avaliação realizada pelas CAA, houve um aumento significativo no número de municípios que conseguiram cumprir as 4 metas, passando de 293 municípios (após 1ª avaliação), para 482 municípios (após 7ª avaliação). Entretanto, a partir da 8ª avaliação é possível observar uma queda significativa no número de municípios que cumpriram as 4 metas e um aumento significativo dos municípios que cumpriram 3 metas.

Tendo em vista que o Programa passa a ter o cumprimento das metas como um de seus focos, e foi possível observar uma melhora na capacidade de cumpri-las por parte dos municípios, torna-se importante a análise de cada meta separadamente.

Para poder analisar a segunda fase do Programa de forma mais adequada, ou seja, analisar o Programa de 2010 a 2012, foi desconsiderada a 1ª avaliação, referente ao período de setembro a dezembro de 2009.

- Indicador de Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família

O indicador de Cobertura Populacional da ESF apresenta uma evolução positiva em todas as avaliações, entretanto, de forma geral, manteve-se estável no período, sem aumentos significativos, conforme a Tabela 13.

Tabela 13: Número de municípios que cumpriram a Meta do Indicador de Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família

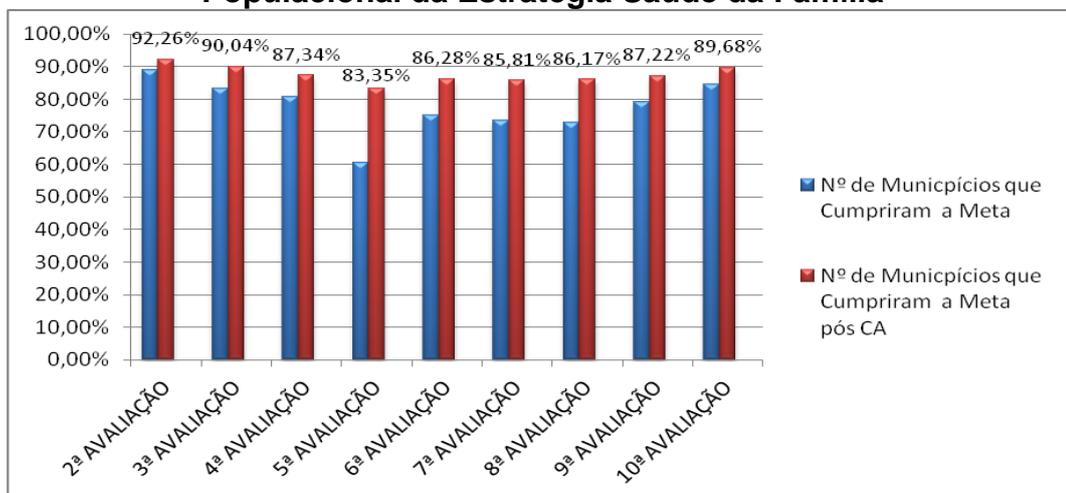
Avaliações	Nº de Municípios que Cumpriram a Meta	Nº de Municípios que Cumpriram a Meta pós CA
2ª	759	787
3ª	711	768
4ª	689	745
5ª	517	711
6ª	641	736
7ª	627	732
8ª	621	735
9ª	675	744
10ª	721	765

Fonte: SAPS/SES/MG 2013.

A partir da quarta avaliação, é possível perceber uma pequena redução no número de municípios que conseguiram cumprir a meta, com destaque para a quinta avaliação, onde esse número tem uma queda significativa. Apesar disso, o percentual de cumprimento de metas volta a subir após a sexta avaliação, principalmente após as comissões de avaliação.

O Gráfico 2 refere-se ao indicador de “Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família” antes e após avaliações da Comissão de acompanhamento. Ao longo das avaliações, é possível perceber uma melhora nos desempenhos, ou seja, uma evolução positiva deste indicador. É possível observar esse percentual de metas cumpridas e sua tendência de crescimento após a 6ª avaliação.

Gráfico 2: Percentual de municípios que cumpriram o Indicador de Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família



Fonte: SAPS/SES/MG 2013.

- Indicador de Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal

O indicador de Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal é o indicador que apresenta maior crescimento gradativo no cumprimento das metas. O cumprimento deste indicador apresenta-se crescente desde a segunda avaliação, apesar de pequenas quedas a partir da oitava avaliação, como demonstra a Tabela 14.

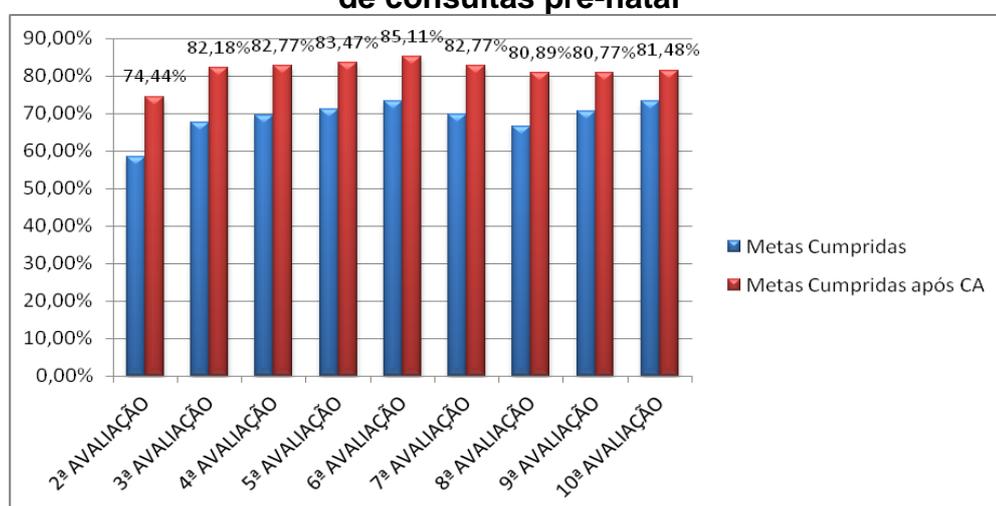
Tabela 14: Número de municípios que cumpriram a Meta do Indicador de Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal

Avaliações	Nº de Municípios que Cumpriram a Meta	Nº de Municípios que Cumpriram a Meta pós CA
2ª	498	635
3ª	577	701
4ª	592	706
5ª	607	712
6ª	625	726
7ª	595	706
8ª	568	690
9ª	603	689
10ª	625	695

Fonte: SAPS/SES/MG 2013.

O Gráfico 3 apresenta o percentual do indicador de Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, o qual apresenta uma evolução positiva constante em todas as avaliações realizadas. O resultado passou de 58,38%, na segunda avaliação, para 73,27% na décima avaliação, antes da CA, e de 74,44% para 81,48% após reunião da CA.

Gráfico 3: Percentual de municípios que cumpriram o Indicador de Cobertura de consultas pré-natal



Fonte: SAPS/SES/MG 2013.

- Indicador de cobertura vacinal por tetravalente

O indicador de cobertura vacinal por tetravalente é o indicador que apresenta melhor desempenho dos municípios e com crescimento constante e positivo em todas as avaliações. Entretanto, esse indicador apresenta uma particularidade: a partir da oitava avaliação, ele deixa de fazer parte das metas a serem cumpridas (Tabela 15). O indicador que passa a fazer parte é o Percentual de utilização do Protocolo de Manchester⁹ pelas equipes de saúde, como será analisado mais adiante.

⁹ O Protocolo de Manchester é a triagem ou classificação de risco, ele é uma ferramenta de manejo clínico de risco, empregada nos serviços de urgência por todo o mundo, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta. O Programa Saúde em Casa

Vale destacar que a partir de 2013, na 11ª avaliação, passa a ser avaliado é cobertura vacinal por pentavalente.

Tabela 15: Número de municípios que cumpriram a Meta do Indicador de Cobertura Vacinal por Tetravalente em menores de 1 ano de idade

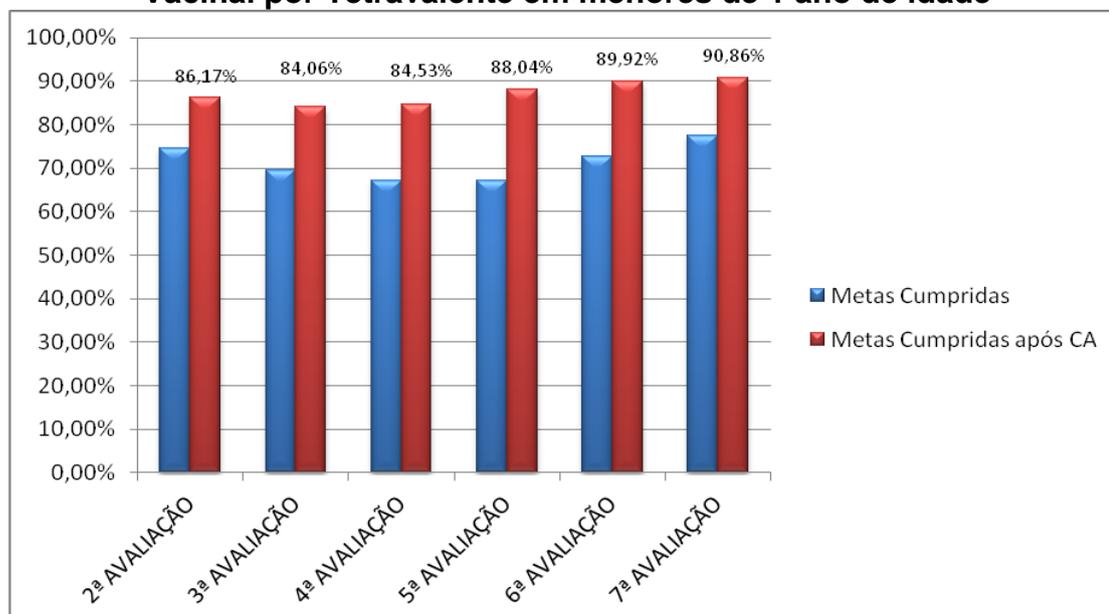
Avaliações	Nº de Municípios que Cumpriram a Meta	Nº de Municípios que Cumpriram a Meta pós CA
2ª	636	735
3ª	592	717
4ª	573	721
5ª	572	751
6ª	619	767
7ª	660	775

Fonte: SAPS/SES/MG 2013.

O percentual de municípios que cumpriram a meta é constante na quarta e na quinta avaliação, porém esse percentual volta a subir na sexta e na sétima avaliação, passando de 67,06% dos municípios que cumpriram a meta na quinta avaliação, para 77,37% dos municípios na sétima avaliação, conforme demonstra o Gráfico 4.

implantou a ferramenta para a Atenção Básica. O indicador, por sua vez, diz respeito ao percentual de equipamentos para classificação de risco em uso pelas equipes de saúde em determinado município e período.

Gráfico 4: Percentual de municípios que cumpriram o Indicador de Cobertura Vacinal por Tetravalente em menores de 1 ano de idade



Fonte: SAPS/SES-MG 2013.

- Indicador de Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo

Por fim, o quarto indicador, Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo, apresenta uma piora significativa da segunda até a oitava avaliação, passando de 677 municípios que cumpriram a meta, para 197 municípios, como é possível observar na Tabela 16. Entretanto, na nona avaliação percebe-se um desempenho surpreendente, onde 100% dos municípios atingiram a meta.

Na décima avaliação, por sua vez, o indicador volta a cair, com um percentual de 58,15% municípios que cumpriram a meta (Gráfico 5). Não foi possível observar o motivo que levou a essa queda tão significativa da nona para a décima avaliação.

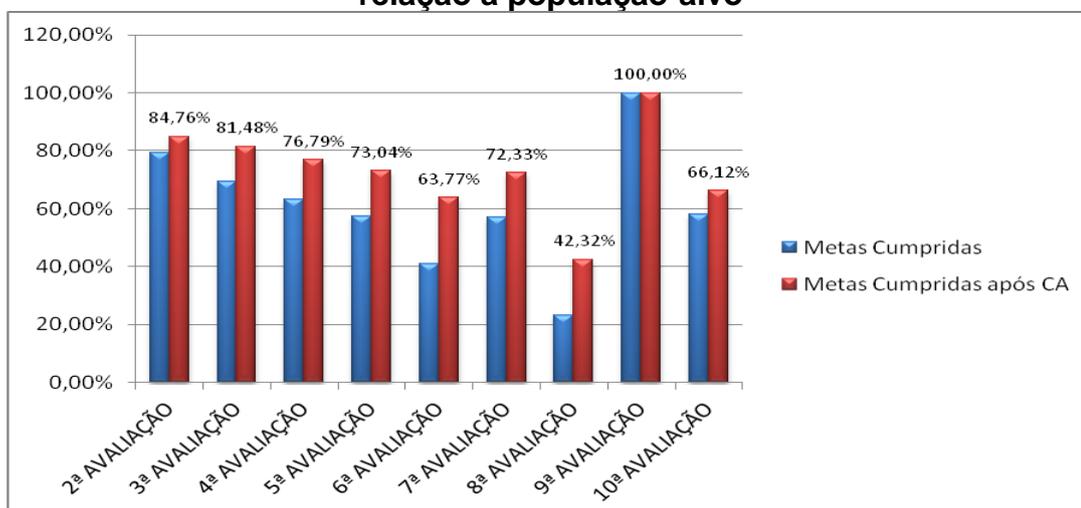
Tabela 16: Número de municípios que cumpriram a Meta do Indicador Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo

Avaliações	Nº de Municípios que Cumpriram a Meta	Nº de Municípios que Cumpriram a Meta pós CA
2ª	677	723
3ª	592	695
4ª	538	655
5ª	489	623
6ª	348	544
7ª	487	617
8ª	197	361
9ª	853	853
10ª	496	564

Fonte: SAPS/SES-MG 2013.

O Gráfico 5 permite observar que, na décima avaliação, o indicador volta a cair, com um percentual de 58,15% municípios que cumpriram a meta. Também é possível observar que esse indicador é bastante instável, apresentando grandes variações ao longo dos anos.

Gráfico 5: Percentual de municípios que cumpriram o Indicador Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo



Fonte: SAPS/SES-MG 2013.

Os indicadores apresentados possuem diversas peculiaridades, as quais devem ser analisadas. Desta forma, é importante ressaltar que o cumprimento dos indicadores prevalece na maior parte das avaliações, entretanto deve haver uma análise mais detalhada desses dados, visto que eles podem estar apenas relacionados a uma pactuação de metas e não considerar a capacidade do município em cumpri-las.

Ribeiro (2012), em seu trabalho, destaca que não existiu um trabalho analítico com as informações disponíveis e não se identificam tendências e sensibilidade dos indicadores adotados. Essas são análises de fundamental importância para destacar problemas ou pontos positivos, e identificar pontos que mereçam maior atenção, para que assim o programa venha a ser aprimorado e os resultados atingidos possam ser mais satisfatórios.

No que se refere ao incentivo financeiro repassado aos municípios, com a nova contratualização, houve uma queda no incentivo repassado em 2010, conforme demonstra a Tabela 17.

Tabela 17: Volume de recursos repassado de 2009 a 2011, em milhões de reais.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	2009	2010	2011
Centro (103 municípios)	18,20	13,0	11,5
Centro Sul (51 municípios)	3,4	2,7	3,0
Jequitinhonha (23 municípios)	2,0	1,8	2,2
Leste (85 municípios)	6,0	5,5	7,3
Leste do Sul (52 municípios)	4,5	4,1	4,8
Nordeste (63 municípios)	6,0	5,0	5,2
Noroeste (33 municípios)	2,3	2,1	2,4
Norte de Minas (86 municípios)	11,1	9,6	12,0
Oeste (56 municípios)	4,1	3,5	4,8
Sudeste (94 municípios)	6,4	4,8	5,4
Sul (153 municípios)	7,9	6,6	8,3
Triângulo do Norte (27 municípios)	2,1	1,7	2,2
Triângulo do Sul (27 municípios)	1,8	1,6	2,4
Total Repassado	78,0	61,8	71,5

Fonte: SAPS/SES-MG 2013.

Obs.: Deflator utilizado IGP-DI/FGV – Dezembro de 2012.

* ND: Não Disponibilizado.

A partir de 2012, não foi possível fazer a análise por Macrorregião, pois os dados informados passam a ser apresentados apenas por GRS e não mais por Macro e Microrregião de Saúde. Apesar disso, é possível verificar uma queda nos recursos em 2010 e 2011, o que pode representar uma diminuição na equidade, tendo em vista que, a partir de 2010, passa a ser exigido o cumprimento das metas.

Em 2011, os recursos voltam a crescer, ainda de forma pouco significativa. Entretanto, as Macrorregiões do Triângulo do Sul, Leste e Norte de Minas são as que apresentam maior taxa de crescimento entre 2010 e 2011. Centro e Nordeste são as que apresentam menor taxa de crescimento no mesmo período.

O valor volta a subir em 2011, e em 2012 apresenta um aumento de R\$ 16.051.734,93 em um ano (valores em Dezembro de 2012). Esse valor diz respeito à parcela extra e ao Bônus de desempenho repassado aos municípios, de acordo com a SES nº 1.935/2009 (Tabela 18).

Tabela 18: Volume de recursos repassado em 2012

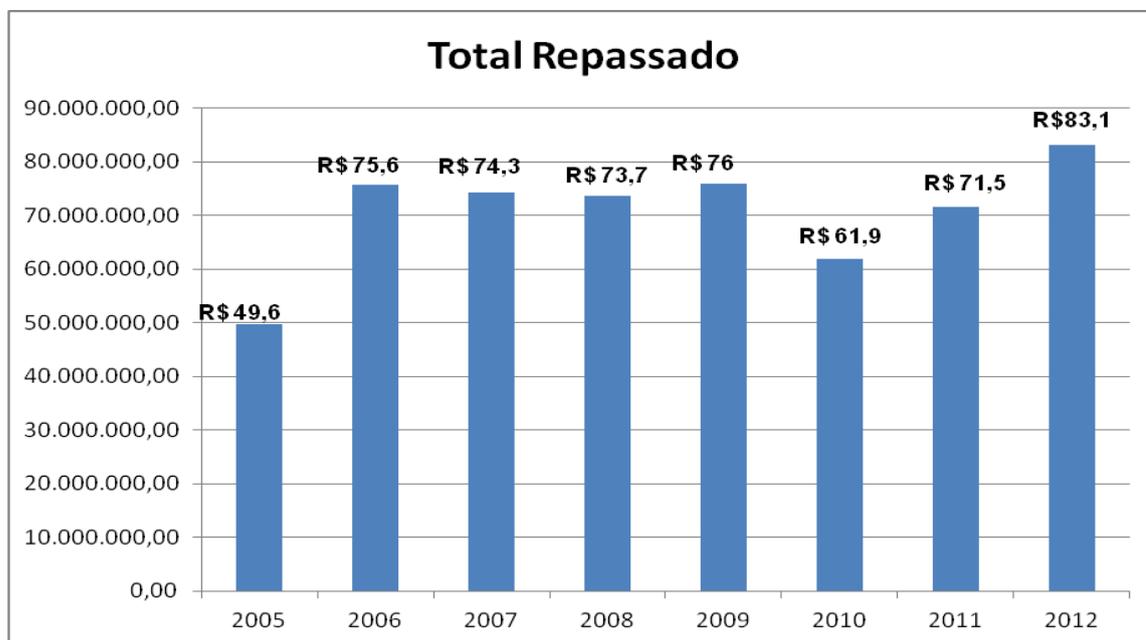
	2012
Incentivo Mensal Repassado	67.054.274,26
PARCELA EXTRA	10.651.415,40
Bônus	5.400.319,53
Total Repassado	83.106.009,20

Fonte: SAPS/SES-MG 2013.

Obs.: Deflator utilizado IGP-DI/FGV – Dezembro de 2012.

Apesar desse aumento no repasse financeiro, o valor total repassado ao longo dos anos não apresenta uma evolução significativa, isso porque o valor referente ao Fator de Alocação se mantém o mesmo desde o início do programa, como já destacado. O Gráfico 6 apresenta a evolução dos recursos repassados de 2005 a 2012.

Gráfico 6: Volume de recursos empregados no repasse de incentivo financeiro aos municípios de 2005 a 2012, em milhões de reais



Fonte: SAPS/SES-MG 2013.

Obs.: Deflator utilizado IGP-DI/FGV – Dezembro de 2012.

A partir de 2012, após a publicação da Resolução SES nº. 2873/2011, todo processo de acompanhamento, execução, controle e avaliação do Termo de Compromisso passa a ser realizado por meio do Sistema de Gerenciamento de Compromissos, Metas e Indicadores (Sistema GEICOM), permitindo aos municípios acessar o resultado de cada avaliação e também avaliar ou interpor recursos às Comissões. O repasse financeiro passa a ser efetivado quadrimestralmente, junto ao processo de apuração dos resultados pactuados.

Em 2013, a SES/MG emite a Resolução SES/MG nº 3.669, de 20 de fevereiro de 2013, mais recente do Programa Estruturador Saúde em Casa. Essa Resolução estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro do Programa Estruturador Saúde em Casa.

De acordo com o artigo 5º desta resolução, os recursos financeiros do incentivo serão repassados em três parcelas anuais, diretamente do Fundo Estadual

de Saúde (FES) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), possuindo três componentes:

I - Valor correspondente às equipes de saúde da família em funcionamento e ao desempenho aferido no monitoramento do termo, considerando:

- a) Somatório do número de equipes da família em funcionamento no município nos quatro meses anteriores ao mês de apuração de resultados;
- b) Fator de Alocação de recursos financeiros para atenção à saúde do município; e
- c) Número de metas cumpridas para cada indicador pelo município, com base no número de indicadores para os quais o beneficiário está apto.

II – Valor referente à manutenção e ao funcionamento das antenas do Canal Minas Saúde instaladas nos pontos de atenção primária, considerando:

- a) Número de antenas do Canal Minas Saúde instaladas nos pontos de atenção primária, segundo informações do Canal Minas Saúde; e
- b) Valor de R\$ 80,00 (oitenta reais) por antena, por quadrimestre.

III – Valor complementar referente à duplicação do incentivo financeiro estabelecido no inciso I deste artigo para os municípios beneficiados pelo Programa Estruturador Travessia¹⁰.

A partir da nova Resolução, novos valores são incorporados ao financiamento do programa. O Canal de Minas, por exemplo, é um recurso que

¹⁰ O Programa Estruturador Travessia é dividido em seis projetos estratégicos para promover a inclusão social e econômica da população, são eles: Projeto Porta a Porta, Travessia Social, Travessia Renda, Travessia Educação, Travessia Saúde e Projeto Banco Travessia. O Programa Travessia Saúde busca a melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde e aumento do número de domicílios atendidos pelo Programa Saúde da Família. O incentivo financeiro do Projeto Travessia Saúde está inscrito na Resolução SES/MG nº 3.692, de 19 de março de 2013. O valor global dos recursos financeiros para o ano de 2013 foi de R\$ 2.002.000,00, a ser destinado aos municípios que aderiram ao Projeto (130 municípios). Vale destacar que o Fator de Alocação é critério de desempate para o sorteio e os municípios do Fator 4 têm prioridade¹⁰, não podendo ser contemplados por três anos consecutivos.

acaba se distanciando da forma de alocação equitativa e se aproximando cada vez mais do cumprimento de metas e da produção de serviços.

Já o Programa Travessia retoma o conceito de equidade, pois ele prioriza os municípios com maiores necessidades em saúde, preferencialmente os municípios do Fator de Alocação 4. Os municípios não podem ser contemplados mais de três vezes consecutivos, dessa forma o Programa Travessia utiliza o Fator de Alocação da Fundação João Pinheiro como critério de desempate entre os demais municípios a serem sorteados. São sorteados pouco mais de 100 municípios ao ano.

É importante destacar que o Programa Travessia é um programa estadual, que conta com recurso federal, ou seja, o Estado de Minas Gerais não aumentou o valor desempenhado aos municípios, permanecendo o mesmo desde o início, em 2005.

O artigo 9º da mesma resolução estabelece que o incentivo financeiro repassado ao município, conforme o artigo 5º descrito acima, ocorrerá de duas formas, sendo 50% do valor do repasse mediante Fator de Alocação parte fixa e o restante por parte variável dividida igualmente para as metas que os municípios estão aptos a cumprir.

Com a nova resolução, alguns indicadores são alterados. A cobertura vacinal volta a ser analisada (a partir da 11ª avaliação), entretanto para Pentavalente, e não para Tetravalente. O indicador de Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal também não faz mais parte do conjunto dos indicadores componentes do incentivo financeiro. Os indicadores passam a ser:

- 1 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica;
- 2 - Cobertura vacinal com a vacina Pentavalente (DTP+Hib+HepB) em crianças menores de um ano de idade;
- 3 - Percentual de utilização do Protocolo de Manchester pelas equipes de saúde;
- 4 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.

Conforme levantado anteriormente, o Indicador Percentual de utilização do Protocolo de Manchester pelas equipes de saúde passa a ser analisado a partir da

8ª avaliação (1ª quadrimestre de 2012), entretanto nem todos os municípios estavam aptos, ou seja, apenas 430 municípios puderam ser avaliados na oitava avaliação. Apesar disso, o indicador apresenta um crescimento positivo com relação aos municípios que cumpriram a meta (Tabela 19).

A partir da 8ª avaliação, deixa de ser analisado o Indicador de Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal.

Tabela 19: Número de municípios que cumpriram a Meta do Indicador Percentual de utilização do Protocolo de Manchester pelas equipes de saúde

Avaliações	Nº de Municípios que Cumpriram a Meta	Nº de Municípios que Cumpriram a Meta pós CA	Não se Aplica
8ª	395	35	423
9ª	346	84	423
10ª	274	301	278

Fonte: SAPS/SES-MG 2013.

De forma geral, é possível perceber um amadurecimento dos municípios e do Programa como um todo. Mesmo com as mudanças de instrumentos normativos ao longo do Programa, a forma de repasse sempre permaneceu vinculada ao fator de alocação de cada município, mantendo o compromisso com a equidade. A parte fixa e a parte variável (lembrando que a parte variável é sempre vinculada ao cumprimento de metas) não se alteraram nas disposições normativas ao longo do Programa. Como destacam Silveira e Pereira (2013):

As alterações normativas justificam-se pela necessidade de adequar o processo às normas de transferências de recursos e provocam modificações mais nos aspectos operacionais (processo de prestação de contas e criação de contas bancárias, por exemplo) do que nos aspectos técnicos da estratégia (SILVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 18).

Tendo em vista a heterogeneidade dos municípios de Minas Gérias, a definição de metas e indicadores para todos os municípios de forma igual acaba, de certa forma, deixando de lado o conceito de equidade, onde deve existir o tratamento igual de iguais ou o tratamento desigual de desiguais.

Como destaca Santos (2012), não se pode pensar em responsabilidades iguais para entes desiguais, sob os pontos de vista socioeconômico e demográfico.

Ao estabelecer metas iguais, vinculadas a 50% do incentivo financeiro repassado, para municípios tão distintos, a ideia de equidade fica de lado. Como destacado na introdução deste capítulo, Minas Gerais apresenta um grande número de municípios (853) e bastante heterogêneos entre si, com necessidades peculiares. Desta forma, pensar em uma forma de contratualização igual para todos esses municípios acaba por prejudicar aqueles com maiores necessidades.

Apesar da disponibilidade dos dados existentes e organizados pela SES/MG, os dados e o cumprimento das metas são parte de uma rotina para cálculo do valor do incentivo financeiro a ser repassado ao município; entretanto, não foi possível observar uma análise desses dados, um exame mais detalhado de como eles estão evoluindo nos últimos 9 (nove) anos do Programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou, inicialmente, apresentar uma breve discussão sobre a descentralização das políticas de saúde no Brasil, considerando as profundas desigualdades econômicas, sociais e políticas existentes no território nacional. Para isso, procurou-se demonstrar as tensões existentes na organização administrativa federativa existente no país, onde os entes federados possuem autonomia política e administrativa.

Para tanto foram apresentadas características do federalismo brasileiro, suas contradições e problemas e as particularidades do federalismo fiscal no Brasil, em que se buscou apresentar a estrutura tributária e distributiva das receitas da União, dos Estados e dos Municípios, além das transferências realizadas entre eles, de onde grande parte dos recursos da saúde é oriunda.

A saúde é sustentada por uma grande variedade de recursos próprios dos entes e de transferências estaduais e federais, o que remete a uma interdependência fiscal e orçamentária envolvendo os três níveis de governo. Ao considerar o balanço orçamentário final das esferas subnacionais, foi possível verificar que existem diferenças nas receitas totais vinculadas à saúde, com muitos recursos ainda concentrados na União. Apesar disso, houve um aumento significativo dos gastos e responsabilidades dos municípios ao longo dos anos.

Com base na descentralização da saúde no Brasil e na necessidade de se alcançar maiores patamares de equidade no acesso aos serviços de saúde, fez-se necessário analisar a trajetória da alocação de recursos no país, inicialmente com a Lei Orgânica da Saúde em seu artigo 35, passando pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) 1/93 e 1/96, o Pacto pela Saúde, a EC 29/2000, até o advento dos critérios estabelecidos na Lei 141/2012.

A Lei 141/2012 rompe com a lógica de alocação existente até o momento, na medida em que estabelece formas de transferências de recursos baseadas em necessidades de saúde e acaba se distanciando das ideias de cumprimento de metas e alcance de resultados sanitários.

Com o objetivo de estudar o processo de alocação equitativa de recursos no SUS, optou-se por analisar diferentes metodologias de alocação de recursos baseada em necessidades de saúde da população. Para isso foi necessário, primeiramente, apresentar o conceito de equidade e as diferentes abordagens existentes acerca deste tema.

A análise das experiências internacionais, com destaque para a metodologia utilizada na Inglaterra por meio da fórmula RAWP, permitiu observar que a formulação mais adequada para se obter maiores níveis de equidade seria incorporar ajustes em função de dois determinantes fundamentais das necessidades de saúde: o perfil demográfico e o epidemiológico.

Entretanto, também foi possível observar, com base no estudo de Porto et al. (2003), que a simulação efetuada para o caso brasileiro com a metodologia RAWP, baseada na mortalidade notificada como fonte de informação para dimensionar desigualdades, não mostrou resultados distributivos diferentes do padrão de alocação efetuado pelo Ministério da Saúde até aquele momento.

Segundo esse estudo, para se obter maiores patamares de equidade inter-regional, a redistribuição de recursos financeiros destinados ao custeio do sistema de saúde deve ser acompanhada de programas de investimento que tenham por objetivo equilibrar a oferta existente.

Com base no estudo de Porto et al. (2003), foram desenvolvidas algumas metodologias de alocação equitativa de recursos para Minas Gerais. Em 2004, a SES/MG, baseada no estudo da Fundação João Pinheiro, apresentou uma proposta metodológica de alocação de recursos para o estado. Foi construído um Índice de Necessidades em Saúde, que considera as disparidades existentes entre os municípios mineiros para a definição do repasse de recursos estaduais. A desagregação municipal considerada na metodologia vem sendo utilizada para os serviços de atenção primária à saúde, destacando-se o Programa Estruturador Saúde em Casa.

Essa não foi a única proposta de utilização para o Índice de Necessidades e para o Fator de Alocação desenvolvidos por Porto et al. (2003). Machado et al. (2003) construíram um indicador de necessidades de cuidados com a saúde para a alocação de recursos provenientes do Piso de Atenção Básica (PAB). E Andrade et

al. (2005) desenvolveram uma metodologia de alocação equitativa para os cuidados hospitalares de média complexidade.

Esses estudos foram considerados, porém se alterou um pouco a lógica, isto é, foram incorporados à metodologia de alocação equitativa critérios de eficácia dos programas, como o cumprimento de resultados. Tal experiência se materializou no Programa Saúde em Casa.

O Governo do Estado de Minas Gerais cria o Programa Estruturador Saúde em Casa, o qual foi desenhado com proposta de desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, por meio da melhoria da estrutura e dos processos de trabalho e aumento do número de equipes de saúde da família nos municípios mineiros.

Os recursos financeiros destinados ao Programa foram constantes desde a sua implantação, em 2005, até 2012, tanto para reestruturação física das Unidades Básicas de Saúde, como para custeio das ações, através de incentivo financeiro, como apresentado. Entretanto, o volume de recursos destinados ao programa mostra-se ainda muito baixo frente às transferências federais e ao acelerado gasto dos Municípios com saúde.

Nos períodos analisados, de 2005 a 2009 e de 2010 a 2012, o Programa sofreu modificações, incorporando novas ações e desvinculando-se de outras, como é o caso da nova contratualização em 2009.

A adoção de uma metodologia equitativa de recursos se faz ao longo de várias fases, assim como ocorreu na experiência inglesa, com o RAWP, que passou por diversas mudanças, em 1975, 1985, 1994 e 1996; porém, essas mudanças estavam preocupadas em melhorar e aprimorar o princípio da equidade, o que não foi possível notar no Programa Saúde em Casa, que se baseou no estudo de Porto et al. (2004), o qual tem o RAWP como pano de fundo. Ao longo das mudanças ocorridas no programa, ele foi se distanciando da experiência inglesa, isto é, do critério guia equidade/necessidade de saúde para a contratualização em 2009, com base em cumprimento de metas sanitárias.

Assim como a experiência inglesa, com o RAWP, o Programa passou por mudanças de instrumentos normativos; apesar disso, a forma de repasse sempre permaneceu vinculada ao Fator de Alocação de cada município, o que garantiu, de

certa forma, a manutenção do compromisso com a equidade proposto desde o início. O incentivo, conforme analisado, constituía-se de duas partes, uma fixa e outra variável, sendo que a parte variável sempre esteve atrelada ao cumprimento de indicadores de resultado em saúde, o que não se alterou em nenhuma das disposições normativas.

Em 2009, as metas passam a ser a principal preocupação do programa, o que faz com que ele se aproxime da primeira fase da experiência canadense. Essa vinculava o repasse de recursos ao cumprimento de desempenho. Além disso, o novo contrato faz com que o Programa acabe se distanciando também do chamado Federalismo cooperativo.

Vale considerar que, de acordo com o conceito de incentivo, este não tem peso no custeio das despesas dos municípios, com a Estratégia Saúde da Família de forma global. Entretanto, era esperado que este incentivo funcionasse como uma forma de dispositivo motivador e o Estado como co-financiador, em conjunto com a União e os Municípios para o fortalecimento da APS.

A APS vai muito além dos quatro indicadores pactuados. Apesar disso, não é possível afirmar que o Programa Saúde em Casa não promoveu avanços nos municípios, tendo em vista a melhoria desses indicadores e também pelo fato de que um dos principais objetivos do Programa, que é aumentar o número de equipes de família em funcionamento, vem sendo alcançado ao longo dos anos. Por outro lado, o Programa vem distanciando-se do seu objetivo de alcançar maiores patamares de equidade entre os municípios mineiros.

Além disso, foram pactuadas metas iguais para todos os municípios, ignorando a heterogeneidade entre eles. Portanto, as desigualdades entre os municípios incorporadas aos Fatores de Alocação não se traduziram no exame mais cuidadoso das capacidades de cada município para atender às metas.

Os Municípios das macrorregiões do Estado de Minas Gerais apresentaram um desempenho positivo nas metas propostas, revelando uma significativa evolução dos indicadores e o amadurecimento do Programa no início. Porém, pode-se constatar certa estagnação nos últimos dois anos analisados (2011-2012). Isso porque o incentivo financeiro repassado não apresentou uma significativa evolução. Ou seja, significa dizer que, mesmo diante de um considerável gasto em saúde

pelos municípios, os recursos estaduais do Programa Saúde em Casa revelaram-se residuais.

A implementação de uma distribuição equitativa de recursos pelo estado de Minas Gerais, a qual tem por objetivo o fortalecimento do primeiro nível de atenção, constitui importante iniciativa, a ser acompanhada e avaliada, como se propôs no presente trabalho. Em um contexto de insuficiência quantitativa de recursos, somada à ainda baixa participação da esfera estadual no financiamento da assistência à saúde, e à distribuição desigual de recursos entre regiões e municípios, a adoção de um modelo de alocação equitativa de recursos torna-se fundamental para o estabelecimento de uma política de critério de rateio de recursos que seja orientada para o tratamento das diversidades econômicas, sociais e regionais da população brasileira.

É importante frisar que o Fator de Alocação utilizado no Programa Saúde em Casa até 2012 é o mesmo desde 2003, quando foi elaborado, não permitindo verificar a existência de uma mobilidade entre os municípios e uma real avaliação de suas necessidades. Sem um novo cálculo, não é possível avaliar se houve um deslocamento no quartil, uma evolução dos municípios, ou seja, não é possível avaliar se ocorreu uma melhora ou piora dos municípios desde o início do programa até os dias atuais, ou até mesmo das macrorregiões de saúde ao longo dos quase 10 (dez) anos de elaboração do Fator de Alocação.

Desta forma, pode-se evidenciar que a resposta para a pergunta central desta dissertação – A forma de alocação de recursos adotada pela SES/MG tem fortalecido a equidade/necessidades em saúde? – não tem sido positiva, na medida em que o Programa vem se distanciando do princípio da equidade, para se aproximar de uma lógica por resultados em saúde. Apesar de o programa utilizar o Fator de Alocação como um de seus critérios para repasse de recursos, o mesmo passa a ser apenas um elemento de um contrato de metas e não sua principal característica.

Ao longo dos anos, vem ganhando no SUS a busca por maior eficiência, levando assim a uma maior proliferação de incentivos financeiros, estes ligados a resultados e conseqüentemente distanciando-se de métodos de alocação com base em necessidades em saúde/equidade. É interessante observar esse cenário no

momento em que a Lei 141/2012 está sendo discutida para serem implementados os seus critérios. Lei essa que busca retomar a trajetória histórica de alocação do SUS, distanciando-se da alocação dos recursos por produção e serviços para uma lógica direcionada a princípios equitativos. Por fim, pode-se dizer que a contribuição da experiência de Minas Gerais a esse debate é relevante, a luz da alocação de recursos, entretanto a experiência demonstra fragilidades e pontos a serem melhorados e debatidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, José Roberto; ARAUJO, Erika Amorim; KHAIR, Amir. **FEDERALISMO FISCAL NO BRASIL: A IMPORTÂNCIA DOS GOVERNOS MUNICIPAIS**. 2001. Disponível em: <<http://joserobertoafonso.ecn.br/attachments/article/1450/EALRF.pdf>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2012.

AFONSO, José Roberto. **Brasil: Descentralização Fiscal e avanços das políticas sociais**. In: XV SEMINARIO REGIONAL DE POLÍTICA FISCAL – CEPAL. Santiago de Chile: 29 de janeiro de 2003.

AFONSO, José Roberto. **Novos Desafios à Descentralização Fiscal no Brasil: As Políticas Sociais e as de Transferências de Renda**. In: XVIII Seminário Regional de Política Fiscal, realizado na CEPAL/ILPES. Santiago do Chile: 23-26 de janeiro de 2006.

AFONSO, José Roberto. **(Alguns) Dilemas da Política Fiscal e do Federalismo Brasileiro**. CONSEPLAN - 53º Fórum Nacional de Secretários Estaduais de Planejamento. São Paulo: fev. 2013.

ALMEIDA, Celia, et al. **Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS) - Relatório Final**. Rio de Janeiro: ago. 2003.

ANDRADE, Mônica V. et al. **Metodologia de alocação equitativa de recursos estaduais pra os serviços hospitalares em Minas Gerais**. Minas Gerais: 2005.

ARRETCHE, Marta. Relações Federativas nas políticas sociais. **Revista Educação e Sociedade**. Campinas: v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2004. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **Revista São Paulo em perspectiva**. São Paulo: v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

BACKX, Sheila de Souza. Equidade, Desigualdade e Iniquidade em Saúde: mote contra o projeto de universalização. **II Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís, MA: Universidade Federal do Maranhão, 23 a 26 de agosto de 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 05 de fev. de 2013.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 20 de abril de 2012.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 20 de abril de 2012.

_____. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 12 de junho de 2012.

CONASEMS. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. **A Atenção básica que queremos**. Brasília: Conasems, 2011.

CARVALHO, Gilson. **LC-141-Regulamentação da EC-29 e o financiamento da vida – saúde**. Apresentação no Encontro Regional – Região metropolitana de São Paulo. Abres. São Paulo: 05 de abril de 2013. Disponível em: <<http://abresbrasil.org.br/publicacoes.html>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

CARVALHO, Soraia Ferreira Caetano de. **O papel da instância estadual na ampliação da atenção primária à saúde**: a avaliação do Programa Saúde em Casa do Estado de Minas Gerais. 2010. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro: Niterói, 2010.

SCOREAL, Sarah. **Os dilemas da equidade em saúde**: Aspectos conceituais. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

FORTES, Fátima Beatriz C. T. P. **Inovação institucional no contexto do federalismo brasileiro pós-1988**: a Emenda Constitucional n. 29 de 2000 e os governos estaduais. Tese do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. 2008. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (Fafich). Minas Gerais: 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1>. Acesso em: 28 mar. 2012.

LEITE; Marcel Guedes; MENDES, Áquilas N. **Documento sobre os critérios constantes na referida lei para a distribuição de recursos federais a Estados e Municípios, tendo como foco as necessidades em saúde com base no princípio da equidade, considerando o teor de seu decreto regulamentador**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), abr. 2013.

LELES, F. A. G.; MATOS, M. A. B. de; MAYER, L. M. Atenção primária à saúde – Saúde em casa: melhorando a qualidade da atenção primária prestada à saúde dos mineiros. In: MARQUES, Antônio Jorge De Souza et al. (org.). **O Choque de Gestão**

na Saúde em Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. p. 45-77. Belo Horizonte, 2009.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquemático.** 13ª ed. São Paulo: ed. Saraiva, 2008.

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

MATTA, Jairo Luis Jaques. **Equilíbrio Federativo e o Sistema Único de Saúde:** as transferências financeiras e o SUS no jogo das Relações Federativas no Brasil. 2006. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2006.

MARQUES; Rosa Maria; MENDES, Áquilas N. **O financiamento do SUS e as diretrizes do Banco Mundial.** São Paulo: 2013.

MELAMED, Clarice. Regulamentação, produção de serviços e financiamento federal do Sistema Único de Saúde: dos anos 90 aos 2000. In: PIOLA, Sérgio Francisco; MELAMED, Clarice (org.). **Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde.** Brasília: IPEA, 2011.

MENDES, Áquilas N. **Financiamento, Gastos e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS):** a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). 2005. Tese de doutoramento, Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2005.

MENDES, Áquilas N.; LEITE, Marcel Guedes; MARQUES, Rosa M. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade.** São Paulo: v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/13.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2012.

MENDES, A. N. **Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira.** São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos: Uma proposta para Minas Gerais.** Mônica Viegas Andrade *et al.* (org.). Belo Horizonte: agosto, 2004.

MINAS GERAIS. Governo do Estado de Saúde Conheça Minas. Gráficos. Disponível em: <<http://www.mg.gov.br/governomg/portal/c/governomg/conheca-minas/minas-em-numeros/12435-saude/517077-resultados-do-governo-de-minas-na-gestao-antonio-anastasia-saude/5146/5044>>. Acesso em: 10 de outubro de 2013.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 661 de 22 de março de 2005.** Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=606>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 1935 de 8 de julho de 2009**. Belo Horizonte: 2009. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_1935.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2013.

_____. **Plano Plurianual de ação governamental** - PPAG, 2004-2007. Belo Horizonte: 2004.

_____. **Plano Plurianual de ação governamental** - PPAG, 2008-2012. Belo Horizonte: 2008.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 3669 de 20 de fevereiro de 2013**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_3669.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2013.

NERO, Carlos R. Del. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solom Magalhães (org.). **Economia da Saúde: Conceito e contribuição para a gestão da saúde**. 2ª ed., Brasília: IPEA, 1995. p. 05-23.

PELEGRINI, Maria Leticia Machry. **Metodologias equitativas para o financiamento do setor saúde**. Apresentação na I Jornada de São Leopoldo. Abres. Rio Grande do Sul: Unisinos, 20 e 21 de novembro de 2003. Disponível em: <<http://abresbrasil.org.br/publicacoes.html>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

PORTO, Silvia Marta, et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v. 27, n. 65, p. 376-388, set./dez. 2003

PORTO, Silvia Marta. **Equidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde: Uma contribuição para o caso brasileiro**. 1997. Tese de doutoramento, Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

RIBEIRO, Lorena Cristina Silva. **Programa Saúde em Casa: procedimentos de acompanhamento do incentivo financeiro**. Monografia, Curso Superior em Administração Pública – Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte: 2012.

SANTOS, Lenir. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, Nelson Rodrigues; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011.

SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. 2ª ed. São Paulo: Saberes Editora, 2012.

SERVO, Luciana Mendes Santos et al. Financiamento e gastos públicos de saúde: histórico e tendências. In: PIOLA, Sérgio Francisco; MELAMED, Clarice (org.). **Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 18ª edição. São Paulo: ed. Malheiros Editores, 2000.

SILVA, Ligia Maria Viana; FILHO, Naomar de Almeida. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 25, p. 5217-5226, 2009.

SILVEIRA, Camila Teixeira; PEREIRA, Lizziane d'Ávilla. **Práticas exitosas de monitoramento e avaliação**: a experiência do Programa Saúde em Casa – Contratualizando resultados com os 853 municípios mineiros. Apresentado no VI Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília: 16, 17 e 18 de abril de 2013.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Seminário internacional – Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo: 11 a 14 de agosto de 2002.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 13, n. 2, 1997.

ANEXO I

RESOLUÇÃO SES N.º 661, DE 22 DE MARÇO DE 2005

Dispõe sobre o apoio financeiro, de caráter suplementar aos municípios do Estado de Minas Gerais, a título de incentivo, destinado às ações de atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa Saúde em Casa.

O Secretário de Estado de Saúde – Gestor do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual e a Lei Estadual n.º 13.317, de 24 de setembro de 1999 e, considerando:

- A Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- A Lei Estadual n.º 13.717/99;
- A visão sistêmica e estratégica do SUS Estadual;
- A transparência e parceria com gestores locais;
- O disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/02 e normas complementares emanadas pelo Ministério da Saúde;
- Os princípios norteadores do Governo do Estado de Minas Gerais para o Programa Saúde em Casa;
- Os princípios da eficiência, da transparência e da austeridade na Administração Pública;

RESOLVE:

Art. 1º Fica instituído o incentivo financeiro de caráter suplementar, destinado aos Municípios do Estado de Minas Gerais habilitados nos termos da Norma Operacional Básica/NOB-SUS 01/96 e Portaria MS/2.023/2004, e adequados aos critérios estipulados nesta Resolução, bem como em seu Anexo II – Termo de Compromisso, para o custeio das ações e serviços de Atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa de Saúde em Casa.

§ 1º Os recursos financeiros de que trata o caput deste artigo serão repassados direta e automaticamente do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, com base nos critérios e nos limites definidos nesta Resolução e em seus Anexos I e II.

§ 2º Os recursos financeiros e os municípios beneficiados de que tratam este artigo, encontram-se elencados no estudo realizado pela Fundação João Pinheiro, denominado Fator de Alocação de Recursos Financeiros para Atenção à Saúde, disponível no site [0Hwww.fjp.mg.gov.br](http://www.fjp.mg.gov.br).

Art. 2º O valor global dos recursos financeiros desta Resolução é de R\$ 36.000.000,00 (trinta e seis milhões de reais), que correrão à conta da dotação orçamentária n.º 4291.10.301.520.4335.0001 – 334041 – 10 e 4291.10.301.520.4335.0001 – 444042 – 10.1 e serão repassados na forma dos Anexos I e II deste instrumento.

Art. 3º O apoio financeiro de que trata esta Resolução, deverá ser investido no melhoramento da qualidade dos serviços de Atenção Básica, devendo ser destinado

principalmente para qualificação de pessoal, compra de equipamentos, obras e materiais de consumo, objetivando:

- I - a descentralização da responsabilidade com a melhoria da saúde da população;
- II - a garantia da acessibilidade aos serviços de saúde de primeiro nível a todos os cidadãos;
- III - a participação da comunidade na colaboração da saúde comunitária;
- IV - a otimização dos recursos disponíveis;
- V - o fortalecimento da autonomia da Atenção Primária à Saúde pelas ações das Equipes do Programa Saúde em Casa.

Art. 4º A Secretaria de Estado de Saúde, por intermédio das Unidades Administrativas responsáveis pela coordenação das ações estabelecidas nesta Resolução e das Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde – DADS, irá acompanhar e supervisionar a execução financeira dos recursos destinados aos Fundos Municipais de Saúde, bem como verificar a validade das informações repassadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, no intuito de avaliar o cumprimento dos objetivos contidos nesta Resolução.

§ 1º - O monitoramento e a avaliação dos compromissos assumidos pelo município realizar-se-ão de acordo com o Termo de Compromisso assinado entre as partes.

§ 2º - No curso do monitoramento, se alguns dos compromissos não forem atingidos, as partes poderão promover um acordo de ajustamento.

Art. 5º As Secretarias Municipais de Saúde devem encaminhar à Secretaria de Estado de Saúde, até o dia 20 (vinte) do mês subsequente, ao final de cada 06 (seis) meses, relatório circunstanciado, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, contendo demonstrativo da execução das ações, da execução financeira e do alcance das metas estabelecidas.

Art. 6º Os municípios, na realização das ações previstas nesta Resolução e na execução dos recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde transferidos ao Fundo Municipal de Saúde devem seguir, além das disposições legais pertinentes, as orientações e normatizações desta Secretaria de Estado de Saúde.

Art. 7º Sem prejuízo das penalidades previstas em lei específica, a inobservância das obrigações estabelecidas nesta Resolução e Anexos I e II, bem como o emprego irregular dos recursos transferidos acarretará, alternativa ou cumulativamente, as seguintes penas:

- I – devolução dos recursos transferidos ao Fundo Estadual de Saúde;
- II – comunicação ao Conselho Municipal de Saúde;
- III – comunicação à Câmara Municipal;
- IV – comunicação ao Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais;
- V – comunicação ao Ministério Público Estadual.

Art. 8º O Município deverá informar ao respectivo Conselho Municipal de Saúde e ao Poder Legislativo Municipal sobre as transferências realizadas identificando o valor repassado e a sua finalidade.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10 Revogam-se as disposições em contrário.

Belo Horizonte, 22 de março de 2005.

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva
Secretário de Estado de Saúde e Gestor do SUS-MG

ANEXO I

(à Resolução SES nº 661, de 22 de março de 2005)

DO INCENTIVO FINANCEIRO

1 - A Secretaria de Estado de Saúde disponibilizará recursos financeiros do tesouro estadual para os municípios que acordarem na implantação e implementação das equipes do Programa Saúde em Casa e do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária à Saúde, pela estratégia da saúde da família.

1.1 – O município receberá mensalmente, por Equipe do Programa Saúde em Casa em funcionamento, de acordo com o fator de alocação de recursos financeiros para Atenção à Saúde, elaborado pela Fundação João Pinheiro, e disponibilizado no site da referida Instituição (www.fjp.mg.gov.br), o seguinte valor:

- a) Municípios incluídos no 1º grupo R\$ 1.000,00 (hum mil reais);
- b) Municípios incluídos no 2º grupo R\$1.250,00 (hum mil e duzentos e cinquenta reais);
- c) Municípios incluídos no 3º grupo R\$ 1.750,00 (hum mil e setecentos reais);
- d) Municípios incluídos no 4º grupo R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

1.2 - A Secretaria de Estado de Saúde autorizará, mensalmente, a transferência dos créditos contemplados, Fundo a Fundo, de acordo com o número de equipes existentes, mediante o atestado de funcionamento enviado pelas DADSs, observado o fator de alocação do município.

1.3 – A Secretaria Municipal de Saúde deverá, necessariamente, ajustar seus compromissos de gastos, tanto em quantidade quanto em alocação de recursos de saúde, não podendo realizar, em nenhum caso, gastos com contratação de pessoal ou de serviços para finalidade fora da Atenção Primária à Saúde.

1.4 – O repasse dos recursos ficará condicionado ao cumprimento das seguintes metas:

I - redução de 5% (cinco por cento), em 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do Termo de Compromisso, das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, a partir dos dados do sistema de monitoramento das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial extraídos da base de dados do SIH/SUS;

II - cobertura de 95% (noventa e cinco por cento) as vacinas do calendário básico em crianças menores de 01 (um) ano e da Triviral nas crianças com 01 (um) ano de idade, a partir dos dados do SI-PNI;

III - ofertar, no mínimo, 06 (seis) consultas de pré-natal à gestante e 1 (uma) a puérpera, de acordo com o protocolo “Viva Vida”, tendo como base os dados do SIS-PRENATAL;

IV - atender a 50% dos itens constantes no instrumento de Certificação do Trabalho das Equipes, disponibilizado no site desta Secretaria Estadual de Saúde (1Hwww.saude.mg.gov.br), que será aplicado anualmente pelas DADs, como vista a verificação da melhoria da qualidade da assistência prestada.

ANEXO II

(à Resolução SES nº 661, de 22 de março de 2005)

TERMO DE COMPROMISSO

O termo de compromisso deve estabelecer as metas qualitativas, quantitativas e gerenciais a serem atingidas, bem como compromissos a serem cumpridos pelos Gestores Municipais.

TERMO DE COMPROMISSO

Termo de Compromisso n.º ____/200__ que entre si celebram o Estado de Minas Gerais, através da Secretaria de Estado de Saúde/Órgão Gestor do Sistema Único de Saúde/SUS-MG/Fundo Estadual de Saúde, ora denominada SES/SUS/MG e o Município de _____, ora denominado Parceiro, CNPJ N.º _____ visando estabelecer os compromissos dos municípios em face da Resolução SES n.º 661 de 22 de março de 2005.

1 - COMPROMISSOS GERAIS:

São requisitos da Atenção Primária à Saúde a serem prestados à população e, portanto, direito dos usuários:

1.1 – atendimento igualitário, não sendo aceito qualquer tipo de discriminação em razão da procedência, sexo, raça, religião ou qualquer outra condição;

1.2 - pronta atenção dentro dos recursos necessários e disponíveis;

1.3 - atenção digna em condições de confidencialidade;

1.4 - informação e participação nas decisões diagnósticas e terapêuticas e manifestação do seu consentimento;

1.5 - conhecimento do nome do médico ou profissional responsável pelo processo assistencial e bem como daqueles que lhes prestam os cuidados;

1.6 - atendimento em lugar idôneo e com as tecnologias apropriadas de acordo com as condições de boas práticas terapêuticas, devendo ser encaminhado a serviços de maior complexidade quando a capacidade resolutive da Unidade Básica de Saúde – UBS não for suficiente;

1.7 – continuidade do processo da assistência prestada, através de integração com os diferentes pontos da rede integrada dos serviços de saúde.

2 – COMPROMISSOS DO MUNICÍPIO

2.1 – atender ao disposto na Resolução SES n.º 661 de 22 de março de 2005 e seus Anexos;

2.2 – assegurar, um aumento progressivo até atingir 70% (setenta por cento) de cobertura pela estratégia Saúde da Família no município, até o ano de 2006, para os municípios com população abaixo de 100 mil habitantes;

2.3 – facilitar o acesso da população adstrita aos serviços de referência, para uma atenção de qualidade, humanizada e eficiente, coerente com os objetivos e metas estabelecidos para o módulo assistencial ao qual está inserido;

2.4 – assegurar, em iguais condições, a responsabilidade quanto à atenção prestada de toda a população residente e cadastrada no município;

2.5 – prestar todas as informações assistenciais e financeiras necessárias à Secretaria de Estado de Saúde ao longo do exercício e nos prazos e critérios estabelecidos para possibilitar o monitoramento dos compromissos assumidos no presente Termo, em particular quanto à alimentação de bancos de dados do SIAB, SIA, SIH, SINASC, SIM, SIS-PRENATAL, SI-PNI e SISCOLO, bem como os sistemas de informação de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica;

2.6 - ofertar, no mínimo, 06 (seis) consultas à criança menor de 01 (um) ano, de acordo com o protocolo do “Viva Vida”;

2.7 – realizar todas as funções de saúde pública e autoridade sanitária que lhe compete, assim como colaborar com a Secretaria de Estado de Saúde no âmbito geográfico municipal;

2.8 – gerenciar os recursos financeiros para Atenção Primária à Saúde no âmbito de sua responsabilidade;

2.9 – assegurar que a introdução do financiamento estadual não implicará na redução de recursos já investidos na atenção primária à saúde;

2.10 – gerenciar os recursos destinados à Atenção Primária à Saúde, segundo as normas legais vigentes, em especial quanto à contratação pública, de pessoal, auditoria e prestação de contas;

2.11 – implantar/implementar o “Processo de Melhoria de Qualidade da Atenção Primária à Saúde” com as equipes do Programa Saúde em Casa;

2.12 – criar e manter atuantes os “Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil”;

2.13 - aderir o Programa Saúde na Escola da SES/MG, garantindo o compromisso das equipes de PSF, de pelo menos uma vez ao mês, a efetiva realização de atividades de promoção à saúde integradas à Escola;

2.14 – possibilitar aos profissionais das equipes do Programa Saúde em Casa, dentro da carga horária laboral, disponibilidade para a realização das atividades de educação permanente organizadas nas microrregiões pela Secretaria de Estado de Saúde;

2.15 – cumprir as metas estabelecidas no item 1.4 do Anexo I da Resolução SES n.º 661;

2.16 – os resultados obtidos através das Equipes de Saúde deverão proporcionar mudanças nos indicadores de morbimortalidade, de acordo com o Pacto da Atenção Básica, firmado anualmente entre a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Estado de Saúde;

2.17 – utilizar adequadamente o incentivo financeiro repassado e restituir ao Fundo Estadual de Saúde os recursos que não forem utilizados ou que forem utilizados de forma diversa daquela indicada na Resolução SES n.º 661/05, sob as penas Cíveis e Criminais.

3 – COMPROMISSOS DA SES/SUS/MG

3.1 – monitorar o termo de compromisso e estabelecer as medidas necessárias para assegurar seu cumprimento, através de suas Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde – DADS, que representarão a Secretaria e exercerão as funções de Coordenação Assistencial Regional;

3.2- desenvolver e ofertar, nas microrregiões, Programa de Educação Permanente para os profissionais das equipes do Programa Saúde em Casa;

3.3 – controlar e regular o acesso da população para atenção à saúde, em particular para a garantia de serviços pactuados na Programação Pactuada Integrada – PPI e para a organização dos fluxos de pacientes que superem o nível de resolutividade existente no município;

3.4 – certificar anualmente as equipes do Programa Saúde em Casa para avaliar a melhoria da qualidade da assistência prestada.

_____ de _____ de 200 ____

Secretaria Municipal de Saúde de _____

Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais