

**ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
DE PROTEÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL – 2ª
EDIÇÃO**

CARLOS EDUARDO DA SILVA SOUSA

**A EQUIDADE EM SAÚDE NAS TRANSFERÊNCIAS
FUNDO A FUNDO DE RECURSOS FEDERAIS
DO SUS**

Brasília

2014

CARLOS EDUARDO DA SILVA SOUSA

**A EQUIDADE EM SAÚDE NAS TRANSFERÊNCIAS
FUNDO A FUNDO DE RECURSOS FEDERAIS
DO SUS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social – 2ª edição, da Escola Nacional de Administração Pública, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas de Proteção e Desenvolvimento Social.

Orientação: Prof.^a Dra. Luciana de Barros Jaccoud

Coorientação: Prof. José Aparecido Carlos Ribeiro

Brasília

2014

CARLOS EDUARDO DA SILVA SOUSA

**A EQUIDADE EM SAÚDE NAS TRANSFERÊNCIAS
FUNDO A FUNDO DE RECURSOS FEDERAIS
DO SUS**

Monografia apresentada junto ao Curso de Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social – 2ª edição, da Escola Nacional de Administração Pública, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas de Proteção e Desenvolvimento Social.

Orientadora: Prof.^a Luciana de Barros Jaccoud

Coorientador: Prof. José Aparecido Carlos
Ribeiro

Brasília, 25 de fevereiro de 2014

RESUMO

Esse trabalho tem por objetivo fazer uma análise do novo contexto de financiamento das políticas públicas de saúde, a partir da promulgação da Lei Complementar 141, que regulamentou a EC 29, considerando conceitos e discussões a respeito do tema equidade em saúde. Foi utilizado o Índice de Atenção Básica (IAB), integrante do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), como uma possibilidade de obter maior equidade na distribuição dos recursos federais transferidos fundo a fundo aos municípios brasileiros.

Palavras-chave: Ministério da Saúde, SUS, equidade, IDSUS, PRO-ADESS, saúde, ações e serviços de saúde, atenção básica, fundo a fundo, financiamento, avaliação, desempenho, indicador, índice, acesso, efetividade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	METODOLOGIA	7
3	DESENVOLVIMENTO	8
3.1	CAPÍTULO I.....	8
3.1.1	A Emenda Constitucional nº 29	8
3.1.2	A Lei Complementar nº 141/12.....	10
3.1.3	A Equidade em Saúde	14
3.1.4	Sistemática Atual de Distribuição de Recursos Federais do SUS	19
3.1.5	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	23
3.2	CAPÍTULO II	28
3.2.1	Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde	28
3.2.2	Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).....	31
3.2.3	Seleção de Indicadores	33
3.2.4	Crítica ao IDSUS.....	37
3.3	CAPÍTULO III	39
3.3.1	Grupos Homogêneos	39
3.3.2	Transferências fundo a fundo de recursos da atenção básica	41
3.3.3	Considerações Finais.....	45
4	BIBLIOGRAFIA.....	48

1 INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a instituição do SUS representou um marco histórico das políticas de saúde no Brasil, incluindo a saúde no capítulo da seguridade social como direito de todos e dever do Estado.

Mesmo enfrentando muitas dificuldades, o SUS conseguiu avançar ao longo desses anos, através de mudanças no modelo de atenção à saúde, assegurando um número crescente de cidadãos com acesso à atenção básica, aos medicamentos de alto custo, ao controle de doenças sexualmente transmissíveis, ao Serviço de Atendimento Móvel e Urgência (SAMU), entre outros. As ações e serviços de saúde passaram a constituir um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, universalidade, gratuidade e integralidade.

Contudo, apesar do aprimoramento dos mecanismos de financiamento do SUS, iniciado com a Norma Operacional Básica – NOB, de 1993, que instituiu as transferências automáticas fundo a fundo, entre a União e os Municípios, os esforços não foram suficientes para suprir as desigualdades e deficiências do sistema e assim assegurar o total cumprimento das diretrizes propostas.

Este trabalho será dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, será apresentada uma contextualização da Emenda Constitucional nº 29, abordando as expectativas geradas a partir de sua promulgação, além dos impasses envolvidos na discussão em torno das possibilidades de financiamento do Sistema Único de Saúde.

Ainda no primeiro capítulo, será feita uma análise da promulgação da Lei Complementar 141/2012, que regulamentou a EC 29 e estabeleceu um novo cenário para o financiamento das políticas públicas de saúde no Brasil. Desde então, o Ministério da Saúde (MS) iniciou um processo de discussão amplo, com a participação de todas as instâncias institucionais que compõem o SUS, e que culminará no estabelecimento de novos mecanismos de rateio dos recursos federais de saúde aos estados, municípios e Distrito Federal.

No segundo capítulo, será resgatado o histórico de construção do Índice de Desempenho do SUS – IDSUS, além de realizada uma breve discussão de sua importância no processo de avaliação e distribuição equitativa dos recursos federais no SUS, bem como uma avaliação das críticas dos especialistas e comunidade acadêmica a respeito do IDSUS.

Em seguida, no terceiro capítulo, serão propostos dimensões de distribuição de recursos federais, a partir das transferências fundo a fundo realizadas em 2012, no componente de

atenção básica, conforme os Grupos Homogêneos de Municípios do IDSUS, definidos como o conjunto de municípios agrupados segundo similaridades socioeconômicas, de condições de saúde e estrutura do sistema de saúde do município.

2 METODOLOGIA

A presente monografia está dividida em três capítulos. No Capítulo I, será realizada uma contextualização do financiamento das políticas de saúde no Brasil, abordando o cofinanciamento existente entre os entes federativos para a sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS), além dos impasses e discussões antecedentes à promulgação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29), seguidos das perspectivas e frustrações causadas pela sua regulamentação, através da Lei Complementar nº 141/2012 (LC 141), que representou um novo marco do financiamento da saúde no Brasil.

No Capítulo II, o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) será analisado, perpassando seus antecedentes, pressupostos, ponderações técnicas e políticas, além do uso, metodologia e principais críticas, com destaque para o Índice de Atenção Básica (IAB), derivação do IDSUS, que mede o acesso e a efetividade da atenção básica nos municípios brasileiros. Serão apresentados, ainda, os principais parâmetros para rateio dos recursos da atenção básica distribuídos fundo a fundo.

Finalmente, no Capítulo III, serão propostas dimensões de distribuição dos recursos da atenção básica em saúde que relacionam os principais normativos aplicados ao SUS com algumas das concepções mais debatidas acerca da equidade em saúde, com vistas a orientarem a utilização do Índice de Atenção Básica – IAB como critério de rateio dos recursos da atenção básica em saúde.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 CAPÍTULO I

3.1.1 A Emenda Constitucional nº 29

Em 2000, com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, as políticas de saúde no Brasil passaram a ter percentuais mínimos de aplicação das receitas próprias pelos entes federados – município (15%) e estados (12%). À União, convencionou-se a regra vigente até hoje – volume de recursos empenhados no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB.

Além disso, a promulgação da EC 29 proporcionou uma maior participação dos estados e municípios no financiamento da saúde pública no Brasil, o que representou um avanço importante, considerando o arcabouço Federativo do país e a execução descentralizada das políticas de saúde.

Tabela I

*Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde, 2000-2011**
(Em bilhões R\$ de 2011, deflacionados pela média anual do IPCA)*

Ano	Esfera						TOTAL
	Federal ¹	No Total (%)	Estadual ²	No Total (%)	Municipal ³	No Total (%)	
2000	41,31	59,8%	12,82	18,5%	14,96	21,7%	69,09
2001	42,70	56,1%	15,71	20,7%	17,65	23,2%	76,07
2002	43,34	52,8%	17,66	21,5%	21,08	25,7%	82,07
2003	41,51	51,1%	18,67	23,0%	21,02	25,9%	81,20
2004	46,85	50,2%	22,96	24,6%	23,51	25,2%	87,52
2005	49,80	49,7%	23,11	23,1%	27,19	27,2%	100,10
2006	52,44	48,4%	25,48	23,5%	30,37	28,0%	108,28
2007	55,01	47,5%	28,02	24,2%	32,81	28,3%	115,84
2008	57,18	44,2%	32,81	25,4%	39,24	29,6%	129,23
2009	65,27	45,8%	36,13	25,4%	40,98	28,7%	142,38
2010	66,08	44,1%	39,74	26,5%	44,08	28,6%	149,90
2011	72,33	44,7%	41,50	25,7%	47,94	29,6%	161,77

Fontes: SPO/MS – Esfera Federal –, RIPSAs e SIOPS – Esferas Estadual e Municipal.

Notas: 1 O Gasto Federal ASPs está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortizações de Dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do Gasto Federal ASPs, também considera os valores executados na UO 74202 - Recursos sob supervisão da ANS (2004 a 2008).

2 O Gasto Estadual ASPs foi extraído de Notas Técnicas produzidas pelo SIOPS com a análise dos balanços estaduais. Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do SIOPS, em conformidade com as diretrizes da resolução CNS 322/03 e EC 29/00. Para o ano de 2009, foram considerados os dados transmitidos ao SIOPS pelas 27 UFs uma vez que a análise dos balanços ainda não foi completada pela equipe. Em 2010, foram considerados os dados das 23 UFs que haviam transmitido ao SIOPS. Para os quatro estados faltantes, utilizou-se os valores de 2009.

3 O Gasto Municipal ASPs foi extraído da base do SIOPS, em 13 de junho de 2011. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Em 2000, 96% transmitiram os dados e em 2010 o percentual, até junho de 2011, era de 92%.

** Extraído de Piola, Paiva, Sá e Servo (2013), pág. 14

Observa-se pela tabela acima que houve uma significativa evolução na composição dos gastos entre os entes da Federação. Enquanto que os gastos da União representavam, em 2000, cerca de 60% do total de gastos públicos com saúde no Brasil, em 2011 essa participação era de 45%. Em contrapartida, os gastos dos municípios representavam 22% em 2000 e 30% em 2011, enquanto que dos estados alcançaram 18,5% em 2000 e 26% em 2011.

No entanto, apesar de todo o esforço depreendido por estados e municípios para aumentarem suas participações no financiamento do SUS, o Brasil ainda convive com uma situação de subfinanciamento do sistema público de saúde. Segundo Piola (2013), *“mesmo com esses aumentos, em 2009 o gasto público em saúde encontrava-se em torno de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB) (IBGE, 2012), percentual muito inferior àquele aplicado por outros países que possuem sistemas universais de saúde.”*¹

A despeito da necessidade de mais recursos para o financiamento do SUS, o cofinanciamento do sistema pela União, Distrito Federal, estados e municípios, de modo a atender o princípio da descentralização previsto na Constituição Federal, exerce um papel fundamental no atendimento ao princípio da equidade no acesso aos serviços de saúde pública no Brasil.

Como visto, cabe à União, ainda, a maior fatia dos recursos destinados à saúde no país e, conseqüentemente, maiores possibilidades de impactar no acesso equitativo da população às ações e serviços públicos de saúde. Nesse contexto, apenas os recursos federais do SUS serão objeto desta pesquisa. Mais especificamente, as transferências fundo a fundo, feitas pela União a estados, Distrito Federal e municípios.

¹ Alguns países como França, Inglaterra, Alemanha e Espanha têm um gasto público em saúde, em média, de 6% do PIB (OMS, 2012).

3.1.2 A Lei Complementar nº 141/12

Por 11 anos, desde setembro de 2000, existiu uma forte expectativa sobre a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), pela possibilidade de se estabelecer, definitivamente, os gastos mínimos com saúde a serem observados pelos Entes Federativos e, também, pelo potencial de distribuição equânime dos recursos orçamentários da União para Estados, DF e Municípios, contribuindo para o atendimento do preceito constitucional de diminuição das desigualdades regionais.

A EC 29 foi promulgada em setembro de 2000, e alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal. Acrescentou, ainda, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o artigo nº 77, assegurando a aplicação de recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde até o exercício de 2004. Resumidamente, a EC 29 fixou os percentuais mínimos a serem investidos por ano em ações e serviços públicos de saúde, tanto para União (valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB) como para os estados (12% do produto da arrecadação dos impostos) e para municípios (15% do produto da arrecadação dos impostos).

A demanda por regulamentação da EC 29 se baseava, principalmente, na criação de algum mecanismo que vinculasse a aplicação dos recursos federais, além da especificação concreta do que seriam gastos com ações e serviços de saúde. De acordo com Piola (2011), *“A esperança de preservar a sustentabilidade do financiamento do SUS e de aumentar o volume de recursos está concentrada na regulamentação da EC/29. As alternativas em jogo, como já dito, buscam aumentar a participação federal no financiamento do SUS. Uma delas propõe o aporte mínimo de 10% da receita corrente bruta da União como forma de participação dessa esfera de governo no financiamento do SUS. Essa proposta representaria acréscimo de recursos equivalente a cerca de 1% do PIB.”* Considerada a melhor proposta, ela elevaria o gasto público com saúde a menos de 5% do PIB, em cerca de R\$ 40 bilhões.

Alguns possíveis impactos podem explicar por qual motivo a EC 29 demorou 11 anos para ser regulamentada. Em primeiro lugar, o receio do governo federal de não ter lastro orçamentário para fazer frente ao aumento de sua parcela do financiamento, ocasionado pelas revisões “para cima” do PIB. Nas palavras do ex-Ministro da Saúde e criador da CPMF, Adib Jatene, *“As necessidades são enormes, mas a possibilidade de o Orçamento da União atender a essas necessidades é limitada.”* No entanto, vários especialistas afirmam que o veto da

Presidente Dilma ao dispositivo que permitiria o aumento da participação do governo federal no financiamento da saúde significou, na verdade, que o SUS não era prioridade do governo.

Em segundo lugar, a definição das ações e serviços de saúde que poderiam ser financiados com os recursos previstos na EC 29. Essa definição tolheu as “maquiagens contábeis” feitas pelos estados que, em muitos casos, consideravam gastos com previdência dos servidores, dos aposentados e saneamento básico, como gastos com saúde. Em decorrência, com a definição concreta do que sejam ações e serviços de saúde passíveis de financiamento com recursos da saúde, estados e municípios serão obrigados a melhorar a gestão desses recursos para cumprirem os percentuais mínimos exigidos na EC 29.

Em 13 de janeiro de 2012, foi promulgada a Lei Complementar nº 141 (LC 141), que regulamentou o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, corroborando o prescrito no texto da EC 29. Basicamente, a LC 141 normatiza quatro pontos fundamentais no financiamento do SUS:

1. Estabelece o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União, e os percentuais mínimos da arrecadação de impostos a serem aplicados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, em ações e serviços de saúde (os mesmos da EC 29);
2. Os critérios de rateio dos recursos da União destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios;
3. O que são e o que não são ações e serviços de saúde passíveis de financiamento com os recursos regulamentados por essa lei;
4. Normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Os percentuais mínimos da arrecadação de impostos a serem aplicados por estados e DF (12%), e municípios (15%), apesar de já existirem no texto da EC 29, não estavam sendo cumpridos rigorosamente por todos os estados e municípios. Segundo o Ministério da Saúde (MS), até 2008, quatro estados estavam abaixo dos 12%: Rio Grande do Sul (6,53%), Paraná (9,79%), Espírito Santo (10,24%) e Mato Grosso (11,24%). Para o novo cenário imposto pela LC 141, se todos os estados e municípios cumprirem os mínimos estabelecidos, a estimativa do Governo Federal era um aumento de R\$ 2 a R\$ 3 Bilhões nos investimentos no SUS.

Sobre essa questão, Andrade (2012) afirma que *“Os percentuais mínimos de receitas tributárias que devem ser vinculados e aplicados em saúde dão garantias ao financiamento*

do SUS, ainda que não deixemos de reconhecê-lo como insuficientes, dotando o SUS de institucionalidade no tocante à obrigatoriedade de se ter gastos mínimos com saúde.”

Com relação aos critérios de rateio dos recursos da União, cabe ao Ministério da Saúde definir metodologia baseada na combinação do disposto no § 1º e caput do artigo 17, com os critérios estabelecidos no art. 35 da Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/90):

“Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde”.

Essa atribuição do MS pode ser uma oportunidade de estabelecer critérios de distribuição dos recursos federais de saúde que reforcem ainda mais os princípios da universalidade, igualdade e equidade no SUS.

A grande inovação da LC 141, sem dúvida, foi a discriminação positiva e negativa do que são ações e serviços de saúde pública. Foram excluídos do rol de ações e serviços passíveis de financiamento com recursos da saúde, por exemplo, a limpeza urbana e remoção de resíduos, pensões e aposentadorias dos servidores da saúde, merenda escolar, entre outros pontos que as administrações estaduais e municipais computavam como gastos de saúde para cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados por estados, DF e municípios.

Importante mencionar dois avanços trazidos pela LC 141: a consolidação de um financiamento regular do SUS e a definição clara do que são ações e serviços de saúde pública. No entanto, a expectativa de fixar, na Lei, um aumento dos gastos da União com a saúde, tornou-se uma decepção, tendo em vista que o montante de recursos da União previstos não são os necessários para a promoção da equidade em saúde e, conseqüentemente, para a redução das desigualdades de acesso ao SUS.

Diversos autores e especialistas apontam questões fundamentais que a lei ignorou sendo, talvez, o mais importante, o veto feito pela Presidente Dilma ao dispositivo que previa a atualização automática dos recursos federais da Saúde quando houvesse revisão do Produto Interno Bruto (PIB). No dizer de Bahia (2012)², *“caracteriza o “pão-durismo” na Saúde e é o veto que mais afeta o setor. Se nem a variação do PIB vai ser levada em conta, o recado é: é isso para a saúde e pronto! (...) Aprovar a Emenda 29 sem que a União tenha que dispor de mais recursos para a saúde é uma tragédia. Do jeito que aprovaram, a Saúde vai ter mais R\$3 bilhões; se fossem os 10% da receita da União, o aporte seria de R\$40 bilhões. Foi bom terem definido o que são gastos com Saúde, mas os R\$3 bilhões a mais não terão grande impacto. Houve uma derrota de todos os que defendem o SUS.”*

Santos (2012), sobre os critérios de rateio dos recursos federais do SUS, afirma que *“... dentre as finalidades da LC 141 deve-se ressaltar a sua intenção em promover a equidade orçamentária entre União, Estados e Municípios em razão das suas assimetrias socioeconômicas e populacionais, definindo critério para rateio de recursos entre os entes federativos para serem aplicados na saúde pública e vinculando receitas tributárias. Contudo pode-se afirmar que mesmo tendo essa finalidade, o alcance dessa equidade poderá ser dificultado pelo fato de ter excluído de seus regramentos algumas possibilidades, como a de se instituir transferências per capita.”*

Nessa mesma linha, Piola *et al.* (2013) ressalta a dificuldade de incorporar em uma metodologia de distribuição de recursos diversas dimensões e requisitos: *“No tocante a esta questão de critérios para transferências a estados, Distrito Federal e municípios, nada que pudesse ser objeto de operacionalização mais imediata foi incluído na LC. Pelo contrário, o dispositivo que se refere aos critérios de transferência até aumenta o grau de dificuldade para sua implementação por diversos motivos: i) ao acrescentar outros requisitos; ii) ao retornar, sem nenhuma modificação, ao Artigo 35; e iii) ao revogar o parágrafo 1o do referido artigo – 50% transferível pelo critério populacional simples – único dispositivo que poderia ter aplicabilidade imediata. Também deixou de ter validade o parágrafo 2o, do inciso III, do Artigo 77 da ADCT que estabelecia que, dos recursos da União, 15%, no mínimo, seriam aplicados nos municípios, segundo o critério populacional, em serviços de atenção básica.”*

Destaca Santos (2012), ainda, que, apesar da LC 141 ter como uma de suas finalidades a promoção da equidade orçamentária, o alcance dessa equidade pode ser prejudicado, (...)

² Entrevista concedida ao jornal O Globo, em 17/01/2012

pelo fato de preferir a ampliação das transferências federativas, ao invés de promover mudanças na arrecadação tributária para dotar os entes federativos de maiores recursos próprios para serem aplicados na saúde.” Ou seja, promover uma pequena reforma tributária a fim de reforçar o caráter interfederativo e descentralizado do SUS, dotando estados e municípios de maior capacidade de aplicação no setor saúde com recursos próprios.

O financiamento da saúde pública no Brasil propicia, desde a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, em 1988, grandes debates acerca de qual seria o montante de recursos necessários para custear um sistema de saúde pública gratuito, integral e universal. Nesse contexto, a promulgação da Lei Complementar nº 141 poderia ter avançado mais, no sentido de aumentar o aporte de recursos destinados ao SUS pelos entes da Federação, reduzindo o nível de subfinanciamento do sistema. Ademais, do ponto de vista do financiamento do SUS, existe um consenso entre diversos autores que aponta a discriminação positiva e negativa do rol de ações e serviços públicos de saúde como o único avanço efetivo propiciado pela LC 141.

3.1.3 A Equidade em Saúde

O conceito de equidade aplicado às políticas sociais não se traduz num entendimento elementar. Trata-se, pois, de visões ecléticas a respeito do comportamento social, econômico e cultural do indivíduo e da sociedade, no contexto da distribuição equitativa de recursos financeiros e orçamentários, promovendo a igualdade de acesso aos serviços públicos e redução das desigualdades. Nessa linha, a equidade pode ser entendida como uma igualdade qualificada através da incorporação do valor de justiça.³ De acordo com Nunes *et al.* (2004), *“a igualdade tem base no conceito de cidadania, segundo o qual todos os indivíduos são iguais, tendo, portanto, os mesmos direitos.”* Igualmente, *“o princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes. Assim, indivíduos pobres necessitam de uma parcela maior de recursos públicos que ricos.”*

O pensamento político liberal⁴ traz, também, importantes contribuições para a construção do conceito de equidade a partir da temática da justiça social. As principais

³ NUNES, A.; SANTOS, J.R.S. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento, 2001.

⁴ PORTO, S.M. Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde, 2006

abordagens são de Rousseau⁵, que aponta a existência de dois tipos de desigualdades: a natural ou física, estabelecida pelas diferenças de idade, saúde e das qualidades do espírito; a outra, a desigualdade moral ou política, que depende de uma convenção estabelecida pelo consentimento dos homens.

O pensador francês afirma, ainda, que as desigualdades são consequências das desigualdades sociais, e estabelece uma relação de causa e efeito entre propriedade e desigualdade: “... desde o instante em que um homem teve precisão da ajuda de outrem, desde que percebeu ser conveniente para um só ter provisões para dois, a igualdade desapareceu, introduziu-se a propriedade, o trabalho tornou-se necessário e as vastas florestas se mudaram em campos risonhos que passaram a ser regados com o suor dos homens, e nos quais logo se viu a escravidão e se viu a miséria germinar e crescer com as colheitas”. Para Rousseau, o conceito de justiça social possui relação mútua com o conceito de igualdade, na medida em que as desigualdades produzidas pelo desenvolvimento social podem ser mitigadas pelo critério distributivo “a cada um segundo seu próprio trabalho.”

Outra abordagem da justiça social advinda do pensamento liberal é o da corrente utilitarista⁶, que considera uma sociedade justa aquela cuja justiça da alocação corresponde à maior soma das utilidades de cada um dos indivíduos que pertencem a essa sociedade. Segundo Porto (2006), “Esta posição permite justificar a penalização e exclusão de indivíduos para obtenção de uma soma maior, cujos benefícios, em última instância, serão apropriados pelos indivíduos que se encontrem numa situação favorável ao aumento da utilidade marginal a ser obtida.” Na verdade, a abordagem utilitarista da justiça social evidencia mais claramente um processo de recrudescimento da desigualdade, pois corrobora a posição do indivíduo com maior renda como aquela mais factível de se alcançar utilidades individuais ótimas.

Uma última abordagem do pensamento liberal e, talvez, a que mais contribuiu para a temática da equidade é a teoria da justiça, desenvolvida por Rawls⁷. Nela, o autor estabelece um critério para caracterizar a “desigualdade justa”, chamado axioma de *Maximin*. O que Rawls chama de “desigualdade justa” é aquela inerente à equidade, que considera justo o tratamento desigual que beneficia o indivíduo ou grupo social mais vulnerável. Através desse axioma, Rawls faz uma crítica ao pensamento utilitarista, tratado acima, e aponta que a

⁵ (1986, p. 143)

⁶ Locke, Hunt

⁷ Nunes e Porto

alocação ótima das utilidades não é simplesmente a soma das utilidades individuais, conforme defendia a corrente utilitarista, mas, *“uma regra baseada na hierarquia de condições dos indivíduos, sendo considerada justa a alocação que tenha capacidade de aumentar o nível de utilidade do indivíduo em piores condições”* (Nunes, 2004).

Dessa forma, é possível inferir do pensamento de Rawls aquilo que West⁸ chamou de discriminação positiva (equidade vertical), que significa garantir mais direitos a quem tiver mais necessidades. A contribuição de West (1979) para a definição do conceito de equidade se traduz na distinção entre equidade horizontal e equidade vertical. Enquanto na equidade horizontal prevalece o princípio da igualdade - tratar os iguais de maneira igual – a equidade vertical pressupõe que tratamentos iguais podem não ser equitativos e, conseqüentemente, a discriminação positiva seria uma possibilidade equitativa de correção dessa distorção.

Até aqui, a contribuição a respeito das discriminações positivas traduz melhor o pensamento de equidade aplicado à distribuição de recursos para a implementação de políticas públicas sociais. De acordo com Porto (2006), *“pode-se afirmar que atualmente as tendências preponderantes reconhecem como pilares principais do conceito de equidade a distribuição de recursos através de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades que resultam de fatores que estão fora do controle individual.”* No contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, a ideia de discriminação positiva, como um mecanismo de tratamento desigual para desiguais, é um pressuposto fundamental para a conceituação de equidade.

No campo da saúde, a discussão sobre equidade é relativamente recente, e veio com a consolidação do Movimento da Reforma Sanitária, ocorrida no início da década de 1980, e foi determinante para a criação do SUS com a promulgação da Constituição Federal em 1988. No entanto, é o princípio da igualdade de acesso como direito que está explicitamente inscrito na Constituição, e não há menção literal de algum mecanismo de discriminação positiva. Assim, no entender de Nunes (2001), *“sem desatender a diretriz da igualdade de acesso como direito, parece prevalecer o conceito de equidade - igual acesso para igual necessidade - não codificado na legislação mas, que é, aparentemente, o pensamento predominante entre os formadores de opinião. De fato, embora não explicitado quer na Constituição quer na sua regulamentação (Leis nº 8080/90 e nº 8142/90), esse entendimento contempla discriminação positiva, a fim de garantir “mais” direitos a quem tiver “mais” necessidades.”*

⁸ (1979)

O princípio da igualdade, como pressuposto importante para o sucesso de uma política social, está ancorada no texto da Constituição Federal, especialmente, no conjunto das chamadas cláusulas pétreas⁹. Nelas, inclusive, é possível inferir a ideia de equidade associada à *“justiça, dignidade humana e redução das desigualdades”*:

“Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

(...)

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes(“...”)

Ainda, na Seção de Saúde da Carta Magna, a menção do acesso igualitário às ações e serviços de saúde consolidou a ideia de equidade como um dos pilares da saúde pública no Brasil:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”..

Na mesma linha, a Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/90) consagrou a igualdade da assistência à saúde como um dos Princípios do Sistema Único de Saúde:

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

Embora diferentes, igualdade e equidade são conceitos mutuamente relacionados e explicam, em boa medida, os diferentes critérios de distribuição de recursos federais adotados para o sistema único de saúde. Entre os critérios mais utilizados, estão os epidemiológicos,

⁹ Ver CF

que consideram, principalmente, o perfil de morbimortalidade¹⁰ de doenças e agravos da população; os demográficos, cujos principais indicadores são aqueles que discriminam a população segundo sexo e faixa etária e; os socioeconômicos, que consideram indicadores como taxa de desemprego, número de habitações com saneamento básico entre outros.

No Programa Nacional de Combate à Malária, por exemplo, os recursos federais são distribuídos apenas para os estados que integram a Amazônia Legal, onde estão concentrados 99% dos casos do país¹¹. De outra maneira, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose distribui seus recursos de acordo com populações prioritárias, caracterizadas pela população de rua, a carcerária e os portadores de HIV, principalmente¹². No caso do Piso Fixo de Atenção Básica – PAB Fixo, o principal critério de repartição dos recursos federais entre os municípios é populacional.

Importante destacar que os critérios estabelecidos para distribuição dos recursos federais de saúde são, normalmente, decorrentes das necessidades de saúde da população. Não é objeto do presente trabalho tratar da conceituação e dos aspectos distributivos que envolvem as necessidades de saúde da população, entretanto, cabem algumas considerações importantes sobre essa questão. Assim como na equidade, não existe um consenso conceitual para as necessidades de saúde. Porto (2006) destacou os pontos levantados por Le Grand (1988, p. 56): *“Que se entende por necessidade? A quantidade de serviços que os indivíduos desejam? Sua “demanda” de tratamento, como os economistas entendem o termo, isto é, a quantidade de tratamento que comprariam ao preço vigente se estivesse disponível? O tratamento que um profissional considera necessário em cada caso?”* Nessa mesma linha, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu que *“equidade em atenção em saúde implica em receber atenção, segundo suas necessidades (OPS, 1998).”* Além disso, seja qual for o conceito adotado, as necessidades de saúde podem justificar a utilização da discriminação positiva, já abordada anteriormente, caracterizando uma situação de maior equidade na distribuição dos recursos federais para a saúde.

Cabe mencionar, finalmente, que os pressupostos da equidade e universalidade são os mais reconhecidos entre os gestores e especialistas de saúde no Brasil. Segundo Porto (2006), *“Atualmente, entre os princípios norteadores dos sistemas de saúde, pode-se dizer que a universalidade e a equidade são os que têm alcançado maior nível de consenso, ainda que em*

¹⁰ A morbimortalidade é...

¹¹ Incidência de Malária

¹² Taxa de cura de casos novos de TB pulmonar bacilífera

muitos casos sua validade se encontre restringida exclusivamente à definição formal de um direito, e na realidade não seja assegurado seu efetivo exercício. Também, pode-se afirmar que o seu alcance está determinado pelos conceitos de justiça social adotados pelas sociedades e que sua implementação depende, como condição necessária ainda que não suficiente, da distribuição de recursos financeiros.” Garantir o efetivo exercício da equidade nas políticas de saúde passa, necessariamente, pela correta definição de critérios de rateio dos recursos federais para os municípios, considerando os perfis epidemiológicos, além das diferenças regionais, territoriais, culturais e socioeconômicas da população brasileira.

3.1.4 Sistemática Atual de Distribuição de Recursos Federais do SUS

Atualmente, os recursos federais de saúde são repassados a estados, municípios e Distrito Federal através dos seguintes mecanismos:

- Fundo a Fundo: instituído pelo Decreto 1.232/94, é a forma de repasse regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, independentemente de convênios ou outros instrumentos congêneres;
- Convênio: instrumento de transferência de recursos financeiros entre órgão ou entidade da administração pública federal, direta ou indireta, e órgão ou entidade da administração pública estadual, do Distrito Federal ou municipal, direta ou indireta, consórcios públicos, ou ainda, entidades privadas sem fins lucrativos;
- Contrato de Repasse: instrumento administrativo de transferência dos recursos financeiros, intermediada por agente financeiro público federal, atuando como mandatário da União. É muito utilizado na transferência de recursos de capital para realização de obras e aquisição de equipamentos;
- Termo de Cooperação: é a transferência de crédito de órgão ou entidade da Administração Pública Federal para outro órgão federal da mesma natureza ou autarquia, fundação pública ou empresa estatal dependente.

Os convênios, contratos de repasse e termos de cooperação são regulados pela Portaria Interministerial MPOG/MF/CGU nº 507, de 24/11/2011. Como mencionado anteriormente, a presente pesquisa utilizará, somente, os recursos federais de saúde transferidos pelo

mecanismo fundo a fundo, que representaram em torno de 53% dos repasses efetuados no orçamento do Ministério da Saúde em 2012.

Tabela II – Transferências Fundo a Fundo X LOA Ministério da Saúde (Em R\$ Bilhões)

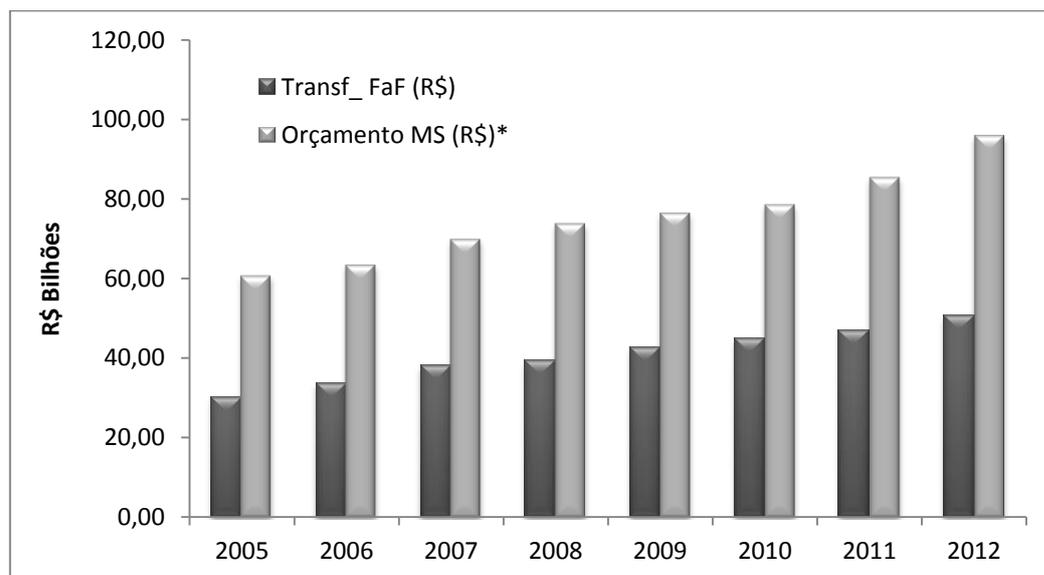
Ano	Transf_ FaF (R\$)	Orçamento MS (R\$)*	%
2005	30,11	60,74	49,57%
2006	33,62	63,42	53,01%
2007	37,92	69,86	54,28%
2008	39,46	73,81	53,47%
2009	42,55	76,50	55,63%
2010	44,82	78,55	57,06%
2011	46,87	85,37	54,89%
2012	50,59	95,93	52,74%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS

* Considera os orçamentos do FNS, Fiocruz, ANS, ANVISA, FUNASA, Hospital Fêmina, Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e Hospital Cristo Redentor (HCR).

Valores atualizados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA (2005 a 2012)

Gráfico 1 - Transferência Fundo a Fundo X Orçamento MS



Fonte: Fundo Nacional de Saúde - FNS

A tabela e o gráfico anteriores mostram a proporcionalidade dos recursos transferidos fundo a fundo em relação ao orçamento do Ministério da Saúde. Em média, 50% do orçamento federal em saúde é transferido a estados, municípios e Distrito Federal pelo mecanismo fundo a fundo. Em 2012, esse percentual representou cerca de R\$ 50 bilhões de reais.

Os repasses fundo a fundo da União aos estados, municípios e Distrito Federal, para as ações e serviços de saúde, são estruturados em seis blocos de financiamento, regulamentados pela Portaria GM/MS n. 204, de 29/01/2007. Cada um dos blocos de financiamento é integrado por componentes, segundo as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados, a saber:

1. Bloco de Atenção Básica

- a. Componente Piso da Atenção Básica - PAB Fixo: recursos transferidos mensalmente, de forma regular e automática, referentes ao financiamento de ações de atenção básica à saúde;
- b. Componente Piso da Atenção Básica - PAB Variável: recursos transferidos mediante adesão e implementação das ações constantes no respectivo Plano de Saúde Estadual ou Municipal, ou ainda, estratégias específicas para uma região ou conjunto de municípios prioritários para um determinado programa.

2. Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

- a. Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC: recursos federais transferidos conforme a Programação Pactuada e Integrada - PPI, publicada em ato normativo específico.
- b. Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC: recursos para custeio dos procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); pelos transplantes e procedimentos vinculados; pelas ações emergenciais e estratégicas, de caráter temporário, implementadas com prazo definido e; pelos novos procedimentos não relacionados aos constantes da tabela SUS vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento.

3. Bloco de Vigilância em Saúde;

- a. Componente da Vigilância e Promoção da Saúde: representam o conjunto das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças;

- b. Componente da Vigilância Sanitária: recursos destinados às ações de vigilância sanitária.
- 4. Bloco de Assistência Farmacêutica;
 - a. Componente Básico da Assistência Farmacêutica: aquisição de medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica;
 - b. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: destinado ao financiamento de ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos;
 - c. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: estratégia de acesso a medicamentos do SUS, que busca a integralidade do tratamento com medicamentos em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em normas terapêuticas e protocolos clínicos publicados pelo Ministério da Saúde.
- 5. Bloco de Gestão do SUS;
 - a. Componente para a Qualificação da Gestão do SUS: transferência realizada mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), respeitados os critérios estabelecidos em normativo específico. Com a publicação do Decreto 7.508/2011, regulamentando a lei 8.080/90, foi instituído o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, que deverá substituir, paulatinamente, o Pacto pela Saúde.
 - b. Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde: efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política e/ou programa específico.
- 6. Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde
 - a. Composto por recursos financeiros transferidos, exclusivamente, para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto ao Ministério da Saúde, encaminhado pelo ente federativo interessado.

3.1.5 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹³

De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) *“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.”*

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua versão atual, foi instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. A PNAB estabeleceu a revisão das normas e diretrizes que organizam a atenção básica, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Assim, as novas diretrizes da PNAB são:

I - Ter território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, partindo do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes;

¹³ Ministério da Saúde (2012).

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia (um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico) decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, pois progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe; e

V - Estimular a participação dos usuários na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com elevado grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo próximo às vidas das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Nesse sentido, a PNAB se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Política Nacional de Atenção Básica

considera os termos “atenção básica” e “atenção primária à saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes, associando a ambos os princípios e as diretrizes definidas ao final deste documento.

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica (AB) na ordenação das Redes de Atenção. Ademais, avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e na coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Aprimorou, ainda, o reconhecimento de diferentes modelagens de equipes de acordo com as realidades brasileiras, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de Equipes de Atenção Básica - EAB para a população de rua (Consultórios na Rua)¹⁴, ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas Unidades Básicas de Saúde - UBS Fluviais e ESF para as populações ribeirinhas.

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da ESF e de outras estratégias de organização da AB seguem as diretrizes do SUS, configurando um processo progressivo que considera as especificidades locais. Além disso, busca a reorientação do processo de trabalho com potencial de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, propiciando uma importante relação custo-efetividade¹⁵. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário do sistema.

A nova PNAB articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE). Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Programa Melhor em Casa¹⁶, para ampliar o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar.

¹⁴ Maiores detalhes são encontrados em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ rua.php

¹⁵ De acordo com a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, a análise de custo-efetividade é um tipo de avaliação econômica que compara distintas intervenções de saúde, cujos custos são expressos em unidades monetárias e os efeitos em unidades clínico-epidemiológicas (mortalidade, morbidade, hospitalização, eventos adversos, etc).

¹⁶ Programa de atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Além da ESF, as Unidades Básicas de Saúde - UBS, cujas instalações estão inseridas nas comunidades, desempenham um papel central na garantia à população do acesso à atenção básica de qualidade.

O desenho do financiamento federal para a Atenção Básica persegue o princípio da equidade. Dessa forma, o Piso de Atenção Básica - PAB Fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. De outra maneira, buscando também qualificar as ações, a PNAB induz um aprimoramento do modelo de repasse de recursos, por meio da Estratégia Saúde da Família, criando componentes de qualidade que avaliam, valorizam e premiam equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados¹⁷, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Os repasses dos recursos do Bloco de Financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) aos municípios são efetuados especificamente para esse fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos Estados e do Distrito Federal.

Outro mecanismo ligado ao princípio da equidade do SUS prevê, considerando as especificidades regionais, que os municípios podem receber um recurso complementar aos demais componentes do Bloco AB, relacionados ao enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidade, tais como: municípios mais pobres, com piores indicadores e maiores necessidades; municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e municípios isolados ou com problema de acesso; qualificação da atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas; projetos cuja implantação se dá mediante adesão e estão ligados ao enfrentamento da iniquidade por meio de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização e qualificação da gestão, implantação de ações e alternativas que enfrentem entre os municípios iniquidades ligadas a qualquer um dos temas citados ou outros. Os critérios de distribuição dos recursos e valores pactuados para cada Estado e para o Distrito Federal são definidos em portaria ministerial específica.

¹⁷ Ver Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Existem ainda recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como os do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Esses recursos devem ser repassados em função de programas que avaliem a implantação de processos e a melhoria de resultados, como o PMAQ. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e do desempenho da gestão municipal. Os valores são transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ.

Por fim, pode-se concluir que a atenção básica deve ser desenvolvida por meio de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade dessas populações. Tecnologias de cuidado complexas e variadas são utilizadas no sentido de auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

3.2 CAPÍTULO II

3.2.1 Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde

Desde a criação do SUS na atual Constituição Federal, o tema “avaliação de desempenho” sempre foi um tabu, pela complexidade de um sistema descentralizado, baseado em instâncias federativas de pactuação com diferentes interesses e recursos limitados. De fato, na Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/90), existe a previsão de avaliar o sistema por todos os entes da Federação:

“Art. 15º A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde”.

Apesar dessa previsão, concretamente, somente a partir da década de 2000, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório de Saúde Mundial (WHR 2000)¹⁸, começaram a aflorar no país preocupações e pesquisas tratando da necessidade e importância da avaliação de desempenho do SUS. Neste relatório, a OMS apontou como principal inovação a avaliação de desempenho dos Sistemas de Saúde (SS), apresentando uma nova metodologia, elaborada por um grupo de técnicos da OMS, que envolveu a formulação de novos indicadores de avaliação de desempenho para os SS. Todos os 191 países membros da OMS foram “rankiados” segundo essa metodologia.

A despeito do grande impacto que o WHR 2000 causou, principalmente pela classificação dos países segundo seus sistemas de saúde, técnicos do governo brasileiro¹⁹ apontaram *“fragilidades conceituais e metodológicas da proposta e dos indicadores elaborados, pela inadequação das técnicas de coleta e análise das informações utilizadas e pela falta de transparência na condução do processo de formulação da metodologia de avaliação (Almeida et al, 2001).”* Uma das principais críticas à metodologia adotada pela OMS foi que os indicadores utilizados não eram aplicáveis a todos os países e, dessa forma, prejudicavam qualquer tipo de comparação entre eles.

¹⁸ World Health Report (WHR 2000)

¹⁹ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Ministério da Saúde.

Nesse contexto, em maio de 2001, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em cumprimento às resoluções do Conselho Executivo da OMS, realizou uma consulta regional sobre o WHR 2000, cujo resultado foi a orientação de que “*a avaliação de desempenho não deve ser um fim em si mesma e nem ser encaminhada como um exercício puramente acadêmico, mas deve orientar o desenvolvimento de políticas, estratégias e programas dos SS, além de estar centrada na avaliação quantitativa e qualitativa do grau de realização de objetivos e metas dos SS. Nesse sentido, recomendou-se proceder a uma cuidadosa seleção de indicadores, com base em consultas sucessivas, definição prévia das funções a serem avaliadas e disponibilidade de informação de qualidade e com custos compatível, identificando-se um conjunto mínimo de indicadores a serem monitorados rotineiramente pelos países* (Viacava *et al*, 2001).”

Assim, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), juntamente com o Ministério da Saúde (MS), iniciou um processo de consulta aos gestores e especialistas na área de saúde em todo o país, e criou um grupo consultor para revisar a metodologia utilizada no WHR 2000. Dessa mobilização do governo brasileiro, em 2003, reconhecendo a importância da avaliação do SUS, nasceu a Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PRO-ADESS)²⁰, formulada por uma rede de pesquisadores vinculados a sete instituições de pesquisa no campo da saúde coletiva, e baseada em uma proposta de avaliação do sistema de saúde canadense, sob a ótica da equidade. De acordo com o PRO-ADESS, o desempenho do sistema de saúde brasileiro, deve ser analisado sob as seguintes premissas (Viacava *et al*, 2001):

1. *Segundo o contexto político, social e econômico que traduza a sua história e sua conformação atual, seus objetivos e prioridades.*
2. *Devem ser identificados os determinantes de saúde associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção.*
3. *Sua apreciação deve ser feita considerando-se o seu impacto em diferentes grupos sociais.*
4. *A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada, conforma uma segunda dimensão da avaliação, que permitiria conhecer a magnitude dos problemas e sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais.*

²⁰ Modelo de desempenho do sistema de saúde brasileiro idealizado pelo Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz em 2000.

5. *O perfil de morbi-mortalidade, que expressa as necessidades de saúde, deve orientar a estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos), que por sua vez condiciona as possibilidades de melhor ou pior desempenho dos serviços de saúde, objeto principal da avaliação, que deve incluir as sub-dimensões acesso, efetividade, eficácia, adequação, continuidade, segurança, aceitabilidade e direitos dos pacientes.*

A primeira fase do projeto PRO-ADESS culminou na elaboração da Matriz Conceitual²¹, construída a partir da análise e revisão da bibliográfica das principais metodologias de avaliação de sistemas de saúde utilizadas em países com sistemas universais de saúde (Inglaterra, Canadá, Austrália etc), além de metodologias propostas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Em 2008, através de pesquisadores do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), iniciou-se a segunda fase do projeto, direcionada para a seleção e elaboração de indicadores que expressavam resultados obtidos no período 1998 - 2010. Nessa fase do projeto, a análise dos indicadores foi baseada no conceito de equidade²², perpassando as quatro dimensões da matriz conceitual construída na primeira fase do projeto, a saber:

1. Determinantes da saúde (socioeconômicos, demográficos, ambientais, comportamentais e biológicos);
2. Condições de saúde da população (morbidade, estado funcional, bem estar e morbimortalidade);
3. Estrutura do sistema de saúde (gestão, recursos e financiamento) e;
4. Desempenho dos serviços de saúde (efetividade, eficiência, acesso, humanização no atendimento, segurança, adequação e continuidade).

A despeito de possuírem diferenças conceituais importantes, pois a proposta do PRO-ADESS não é fazer a avaliação do SUS nos municípios, tampouco possui um único indicador síntese para mensurar o desempenho do sistema de saúde, a metodologia PRO-ADESS foi o referencial teórico para a construção do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), porque considerou as dimensões da matriz conceitual do PRO-ADESS para

²¹ VIACAVAL, F. *et al.* PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento, 2012, p. 18. Disponível em: http://www.proadess.icict.fiocruz.br/Relatorio_Proadess_08-10-2012.pdf

²² *Idem*, p. 51.

comparar indicadores de municípios com características homogêneas. Na seção seguinte serão apresentados os aspectos conceituais, objetivos e metodologias que integram o IDSUS.

3.2.2 Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)

O Sistema Único de Saúde demanda, há algum tempo, a validação e aplicação de indicadores de avaliação de desempenho do sistema, que sejam capazes de orientar intervenções tempestivas e qualificadas por parte dos gestores e profissionais de saúde. Analisar a qualidade da saúde no Brasil requer a adoção de uma metodologia dinâmica, que abranja diversos aspectos e contemplem a evolução das enfermidades, tecnologias e serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde, de suas correspondentes bases de dados e, o mais importante, que considere os conceitos sociais e históricos relacionados à necessidade e ao direito à saúde.

Nessa perspectiva, em 2011, seguindo a tendência de criar um modelo de avaliação do SUS iniciada em 2003 com a Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PRO-ADESS), o Ministério da Saúde iniciou uma discussão com gestores e trabalhadores em saúde, além de usuários e comunidade científica, para a seleção de indicadores que expressassem uma avaliação de desempenho norteada pelas necessidades de saúde da população brasileira. Nessa discussão, foi estabelecido o alicerce conceitual para a construção do IDSUS, cujo principal objetivo é avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, quanto ao cumprimento dos princípios da universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade em saúde, além das diretrizes de regionalização, hierarquização, comando único por esfera de gestão e responsabilidade tripartite, a partir de indicadores calculados com dados dos Sistemas de Informações Nacionais²³. De uma maneira pragmática, O IDSUS busca medir, aproximadamente, a distância entre o SUS existente e o SUS desejável para atendimento das necessidades de saúde demandadas pela população brasileira. A maioria dos indicadores que integra o Índice possui, em suas fórmulas, um numerador que expressa o número de procedimentos realizados pelo SUS para os habitantes de um município específico

²³ São fontes de dados dos indicadores do IDSUS: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI); Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (SINASC); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS).

e, no denominador, dados de todos os habitantes desse município, inclusive aqueles que utilizam planos de saúde privados.

O modelo avaliativo do IDSUS conta com um bloco de caracterização, segundo a homogeneidade dos municípios brasileiros, que foram agrupados em relação às semelhanças socioeconômicas, do perfil de mortalidade infantil e da estrutura do sistema de saúde existente no território municipal. O índice conta com indicadores que aferem o Acesso Potencial, que permite inferir a oferta potencial de atendimentos, e Acesso Obtido, isto é, aquele que pode ser medido por meio dos atendimentos realizados.

Quadro 1 – Modelo Avaliativo do IDSUS

Indicadores de:	Nível de Atenção:	Por área:
Acesso ♦ Potencial ou Obtido Efetividade ♦ Resultados esperados	Atenção realizada no município ♦ Atenção básica ou primária Atenção especializada realizada no município e na rede de atenção à saúde ♦ Atenção ambulatorial geral e especializada ♦ Atenção hospitalar geral e especializada ♦ Urgência e Emergência	♦ Saúde do adulto ♦ Saúde bucal ♦ Saúde da criança ♦ Saúde da mulher
FORMA COMO OS RESULTADOS SÃO MOSTRADOS:		
Notas em cada nível da atenção e do desempenho geral do SUS que atende os residentes de cada município brasileiro, regiões, estados e no país.		
DIMENSÕES PARA CARACTERIZAR OS MUNICÍPIOS		RESULTADOS
Determinantes da Saúde	Indicadores	Municípios segundo extratos homogêneos
Condições de Saúde da População	Indicadores	
Estrutura do Sistema de Saúde	Indicadores	
Porte Populacional		

Fonte: CGMA/Demas/SE/MS

O núcleo de avaliação do IDSUS é o "*SUS que atende os residentes de cada município brasileiro*", contemplando a Atenção Básica, realizada no município e a Atenção Especializada, Ambulatorial e Hospitalar, realizada tanto no próprio município, quanto nas cidades polos de uma região, de um estado ou nacional.

Importante ressaltar que o IDSUS foi embasado em um processo de pactuação – entre gestores, trabalhadores, usuários e membros da comunidade científica –, de forma a garantir que a seleção das dimensões e dos indicadores ocorresse de forma transparente e objetiva. Oferece uma visão aproximada do SUS, que possibilita a instauração de práticas de avaliação e monitoramento para identificar os principais problemas do Sistema e, principalmente, para repor a necessidade de pactos entre os gestores, com metas e compromissos para a contínua construção de um SUS. Resumidamente, o IDSUS possui as seguintes finalidades²⁴:

1. Avaliar o desempenho do SUS nos municípios, regionais de saúde, estados, regiões e no país;
2. Avaliar o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção: básica, especializada ambulatorial e hospitalar e urgências e emergências;
3. Expressar essa avaliação por meio de indicadores simples e compostos;
4. Fazer avaliação para detectar as deficiências, visando melhorias e não apenas para classificar e;
5. Fazer uma avaliação pactuada entre os entes federativos, pois os indicadores do IDSUS integrarão o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)²⁵, que procura organizar as ações e serviços de saúde especializados em redes regionalizadas e hierarquizadas.

3.2.3 Seleção de Indicadores

A avaliação de desempenho do SUS, efetuada através do IDSUS, teve como foco principal o cuidado na saúde, *“por meio de indicadores capazes de mensurar o acesso potencial ou obtido e a efetividade das ações e serviços de saúde, regionalizados e realizados nos níveis da Rede de Atenção à Saúde, para os residentes de cada município brasileiro.”*²⁶ Assim, foi estabelecido dois grandes grupos de indicadores para compor o IDSUS, que abrangem ao níveis de atenção básica, de média e alta complexidade, conforme quadro abaixo:

²⁴ Ministério da Saúde. Manual do Índice de Desempenho do SUS – IDSUS, 2011, pág. 09

²⁵ O COAP está previsto no artigo 33 do Decreto 7.508/2011. Esse é o decreto que regulamentou a Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde (Nota do Autor).

²⁶ Ministério da Saúde. Manual do Índice de Desempenho do SUS – IDSUS, 2011, pág. 09

Quadro 2 – Composição do Índice de Desempenho do SUS - IDSUS

INDICADORES DE ACESSO POTENCIAL OU OBTIDO	ATENÇÃO BÁSICA
	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde. • Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal. • Proporção de nascidos vivos com mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.
	ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE
	<ul style="list-style-type: none"> • Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária. • Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e pop. da mesma faixa etária. • Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente. • Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente.
	ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE, REFERÊNCIA DA MÉDIA E ALTA E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
	<ul style="list-style-type: none"> • Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente. • Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente. • Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes. • Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes. • Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes. • Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes. • Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.
INDICADORES DE EFETIVIDADE	ATENÇÃO BÁSICA
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBC). • Proporção de cura de casos novos de Hanseníase. • Taxa de Incidência de sífilis congênita. • Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB). • Média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada. • Proporção de exodontia em relação aos procedimentos. • Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano.
	ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de parto normal. • Proporção de óbitos, nas internações em UTI, de menores de 15 anos. • Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).

Os indicadores de acesso potencial são aqueles que permitem inferências quanto à oferta potencial de atendimentos, e são representados, por exemplo, pelos indicadores de cobertura das equipes de atenção básica à saúde. Os indicadores de acesso obtido referem-se aos atendimentos realizados, por exemplo, razão dos procedimentos realizados por habitante em um ano. Os indicadores de efetividade são aqueles que graduam o quanto as ações e serviços de saúde atingem os resultados esperados, por exemplo, a baixa proporção de internações sensíveis à atenção básica, ou a alta cobertura vacinal.

Para a construção do IDSUS foram selecionados 24 indicadores²⁷ simples e compostos, que compuseram cinco índices, conforme quadro abaixo:

Quadro 3: Representação visual e pesos PCA da composição dos indicadores que formam o IDSUS

ÍNDICES	INDICADORES	PESOS PCA
Acesso Potencial ou Obtido da Atenção Básica (A)	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde	52,7%
	Índice de Atenção a Saúde Bucal ⁽¹⁾	38,65% ⁽¹⁾
	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	
	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	
	Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	8,65%
Acesso Potencial ou Obtido da Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade (B)	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e a população da mesma faixa etária	43,64%
	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária	21,75%
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	18,74%
	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente	15,86%
Acesso Potencial ou Obtido da Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência da Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência (C)	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente	36,6%
	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente	29,1%
	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	13,15%
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	5,8%
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	5,4%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	5,2%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	4,8%
Efetividade da Atenção Básica ⁽²⁾ (D)	Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB)	21,8% ⁽²⁾
	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita	
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	
	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase	
	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano	
Efetividade da Atenção de MAC, Urgência e Emergência (E)	Proporção de parto normal	53,1%
	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	19,05%
	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	6,05%

⁽¹⁾ Índice de Atenção a Saúde Bucal = Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (15%) + Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (15%) + Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal (70%). Esses pesos não foram dados pelo método PCA, foram definidos pela Coordenação da Atenção à Saúde Bucal do MS.

⁽²⁾ Índice de Efetividade da Atenção Básica = nota do indicador "Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB)", descontada de 0,15 para cada ponto perdido nos indicadores "Taxa de incidência de sífilis congênita" e "Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera", e também descontada de 0,1 para cada ponto perdido nos indicadores "Proporção de cura dos casos novos de hanseníase" e "Cobertura vacinal com a vacina tetravalente".

Fonte: CGMA/Demas/SE/MS

aqueles que apresentaram maior grau de consistência e fidedignidade. Assim, foram testados vários indicadores, sendo selecionados aqueles que se mostraram mais confiáveis, relevantes e calculáveis para todos os municípios brasileiros.

O cálculo dos indicadores simples utilizou três diferentes metodologias estatísticas:

1. Média de três anos: Soma dos dados de três anos como numerador, e população de 2010 multiplicado por três como denominador. Essa é uma forma clássica de corrigir distorções causadas por pequenos números e efetuar o cálculo de todos os indicadores, inclusive para os municípios brasileiros com menor população.
2. Padronização Indireta por Faixa Etária e Sexo: Processo de ajuste dos indicadores para minimizar a influência causada pelos diferentes quantitativos das faixas etárias e sexo que existe entre as populações dos municípios. Para essa padronização foi utilizada a média dos resultados por faixa etária e sexo do respectivo indicador, considerando o Grupo de Municípios de Referência ²⁸ para os parâmetros de acesso à Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média a Alta Complexidade.
3. Método do Bayes Empírico: A finalidade desse método é diminuir o efeito da variação do resultado de indicadores em pequenas populações. Considera o evento (óbito, notificação, internação, etc.), o tamanho da população e a média das populações semelhantes segundo a média dos grupos de municípios homogêneos agrupamento que será abordado no próximo capítulo.

Para o cálculo dos indicadores compostos e índices de acesso e efetividade por nível de atenção, foram utilizados os seguintes métodos:

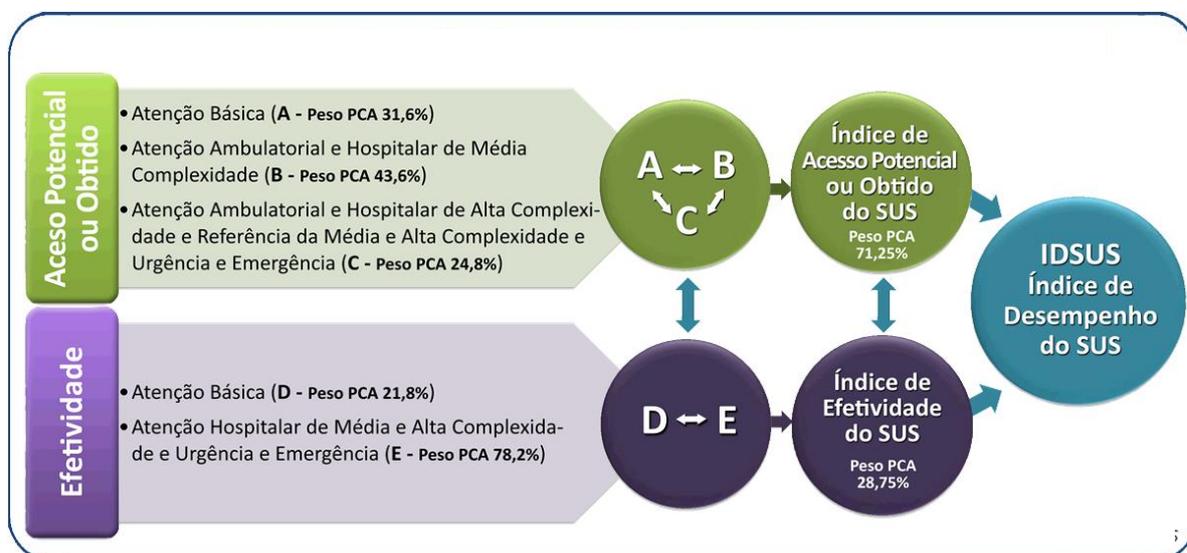
1. Teste de Correlação Linear Simples: seleção dos indicadores simples que apresentaram maior correlação positiva ou negativa entre si.
2. Análise de Componentes Principais (PCA) ²⁹: técnica estatística cujo objetivo é a análise dos dados usados visando sua redução, eliminação de sobreposições e a escolha das formas mais representativas a partir dessas combinações, para a geração de índices e agrupamento de dados. A análise agrupa os dados de acordo com sua variação e segundo seu comportamento dentro da população estudada.

²⁸ Os municípios de referência são o grupo formado por municípios que têm uma estrutura de sistema de saúde mais completa, de forma a evitar o viés dos baixos resultados dos indicadores devido à deficiência de oferta de serviços. Os critérios para definição dos municípios de referência estão no Manual do Índice de Desempenho do SUS – IDSUS, 2011, pág. 18.

²⁹ PCA – Principal Component Analysis.

O PCA foi utilizado para atribuir pesos aos indicadores simples, a fim de se obter os índices de acesso e efetividade por nível de Atenção e, conseqüentemente o IDSUS.

Figura 1: Representação gráfica da composição dos indicadores que formam o IDSUS



A despeito do arcabouço estatístico utilizado para seleção e graduação dos pesos dos indicadores que compõem o IDSUS, o principal critério para a escolha desses indicadores foi sua viabilidade de aferição municipal, dada pela disponibilidade de dados referentes aos municípios.

3.2.4 Crítica ao IDSUS

Várias são as críticas ao IDSUS apontadas por especialistas, gestores de saúde, conselhos, associações, profissionais de saúde e academia, entre outros. Podemos destacar as seguintes, acompanhadas das respectivas explicações:

- 1) Trata-se de um “ranking” dos municípios brasileiros – Não é correto, metodologicamente, classificar os municípios de maneira isolada. O IDSUS avalia a Rede de Atenção à Saúde, que é nacional.
- 2) Não usa os melhores indicadores – As análises estatísticas utilizadas para a construção do índice permitiram selecionar os melhores dados e os indicadores mais confiáveis, relevantes e calculáveis para todos os municípios brasileiros.

- 3) Usa parâmetros iguais para realidades diferentes – São parâmetros para o melhor acesso e efetividade, por nível de atenção (cobertura e qualidade). Pela Constituição Federal e Lei 8080/90, eles devem ser iguais.
- 4) Não avalia a atenção quanto às especificidades epidemiológicas – Ao medir e apontar a capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, em cada nível da atenção, o IDSUS permite identificar déficits ou adequações assistenciais, que responderiam menos ou mais as necessidades epidemiológicas específicas de cada território.
- 5) Uso inadequado do PRO-ADESS – O IDSUS não é uma reprodução do PRO-ADESS, mas apenas se baseia nele. O PRO-ADESS avalia o sistema de saúde público e privado, além dos determinantes e condições de Saúde. O IDSUS avalia o desempenho do sistema de serviços de saúde do SUS.
- 6) Mistura indicadores diferentes, perdendo a especificidade de cada medida – A correlação linear utilizada no cálculo do IDSUS permite agrupar os indicadores de maior afinidade, e o uso da Análise de Componentes Principais minimiza a perda da especificidade de cada medida na composição dos índices de acesso e efetividade.
- 7) Indicadores compostos não conseguem retratar realidades históricas, complexas, múltiplas e dinâmicas . Um painel de indicadores seria mais adequado, pois permite incluir indicadores segundo as particularidades epidemiológicas de cada território, e o monitoramento detalhado segundo a especificidade medida por cada indicador – O IDSUS se propõe a ser, ao mesmo tempo, não apenas um índice ou indicador composto, mas também uma composição de oito indicadores compostos que podem ser considerados separadamente e, também, um painel de indicadores, formado por 24 indicadores simples, capazes de sinalizarem necessidades de intervenções específicas.

O IDSUS é uma composição de indicadores simples e compostos, que devem ser tomados como “indicadores”, pistas, medidas aproximadas, marcadores de alguns aspectos da realidade, relevantes para sujeitos sociais em situação, interessados em determinadas mudanças dessa realidade e não como explicação exaustiva da realidade como um todo.

3.3 CAPÍTULO III

3.3.1 Grupos Homogêneos

A melhor comparação entre os Índices de Desempenho do SUS nos municípios é a metodologia é a classificação por Grupos Homogêneos de Municípios. Para a caracterização dos municípios, foram utilizados os seguintes índices e respectivos indicadores³⁰:

1. Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE);
 - PIB municipal *per capita*;
 - Proporção de famílias com Bolsa família.
2. Índice de Condições de Saúde (ICS);
 - Taxa de Mortalidade Infantil;
3. Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM).
 - Proporção de médicos da atenção básica e profissionais da vigilância em saúde;
 - Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para residentes;
 - Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes;
 - Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para residentes;
 - Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes;
 - Proporção de internações de média complexidade realizadas para residentes;
 - Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes;
 - Proporção de internações de alta complexidade realizadas para residentes;
 - Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes;

Os parâmetros utilizados para o cálculo do IDSE foram PIB *per capita* igual ou maior ao percentil 97% dos municípios brasileiros e percentual de famílias que recebem o Bolsa Família igual a 0%.

Com relação ao ICS, o parâmetro adotado para o cálculo da Taxa de Mortalidade Infantil foi igual ou menor que oito mortes para cada mil crianças nascidas vivas.

³⁰ Maiores detalhes sobre a composição e ponderação desses índices podem ser encontrados em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_29-09-12.pdf

Finalmente, para o IESMM, foi adotada a média dos indicadores que compõem o índice, calculada nos municípios de referência para os parâmetros de acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média a alta complexidade.

Para o cálculo dos índices acima, foram usados indicadores simples, cujo peso foi dimensionado pela metodologia de Análise de Componentes Principais (PCA). Em seguida, os municípios foram agrupados pela Análise de Cluster, segundo a semelhança nos três índices.

Quadro 4 – Pesos dos Indicadores – Análise de Componentes Principais

ÍNDICES	INDICADORES	PARÂMETROS	PESOS (PCA)
Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE)	PIB municipal <i>per capita</i>	≥ R\$ 32 mil <i>per capita</i>	54,93%
	Proporção de famílias com Bolsa Família	0%	45,07%
Índice de Condições de Saúde (ICS)	Taxa de mortalidade infantil	≤ 8 óbitos por mil nascidos vivos	100%
Índice de estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM)	Proporção de médicos da atenção básica e profissionais da vigilância em saúde	0,39%	12,24%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para residentes	0,64%	12,31%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	0,90%	9,29%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para residentes	0,85%	11,08%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	1,17%	9,80%
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para residentes	0,37%	13,00%
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	0,72%	11,47%
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para residentes	0,94%	11,16%
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	1,14%	9,65%

Fonte: CGMA/Demas/SE/MS, 2012.

Pela Análise de Cluster, foram compostos seis Grupos Homogêneos de Municípios, conforme tabela abaixo:

Tabela III – Composição dos Grupos Homogêneos de Municípios de acordo com o IDSE, ICS e IESSM

GRUPO	IDSE	ICS	IESSM	Nº Municípios
6	Baixo	Baixo	Sem estrutura MAC *	2.183
5	Médio	Médio	Sem estrutura MAC	2.038
4	Baixo	Baixo	Pouca estrutura MAC	587
3	Médio	Médio	Pouca estrutura MAC	632
2	Alto	Médio	Média estrutura MAC	94
1	Alto	Médio	Muita estrutura MAC	29

*Estrutura MAC (Média e Alta Complexidade): estrutura de atenção de média e alta complexidade ou estrutura de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, urgência/emergência.

Fonte: CGMA/Demas/SE/MS

Nessa linha, o montante das transferências fundo a fundo, realizadas pela União aos municípios em 2012, de acordo com os Grupos Homogêneos de Municípios acima, segue apresentado abaixo:

Tabela IV – Composição das transferências fundo a fundo considerando os Grupos Homogêneos de Municípios do IDSUS

GRUPO	IDSE	ICS	IESSM	Nº Municípios	Transferências (R\$)	%
6	Baixo	Baixo	Sem estrutura MAC	2.183	3.996.930.733,55	11,47%
5	Médio	Médio	Sem estrutura MAC	2.038	2.415.142.923,81	6,93%
4	Baixo	Baixo	Pouca estrutura MAC	587	5.546.195.796,34	15,91%
3	Médio	Médio	Pouca estrutura MAC	632	6.295.156.697,96	18,06%
2	Alto	Médio	Média estrutura MAC	94	6.124.283.636,59	17,57%
1	Alto	Médio	Muita estrutura MAC	29	10.474.701.314,85	30,05%
TOTAL					34.852.411.103,10	100,00%

Fonte: CGMA/Demas/SE/MS e Fundo Nacional de Saúde (FNS)

3.3.2 Transferências fundo a fundo de recursos da atenção básica

Considerando apenas o montante das transferências fundo a fundo da atenção básica, realizadas pela União aos municípios em 2012, a distribuição por Grupos Homogêneos se configura da seguinte forma:

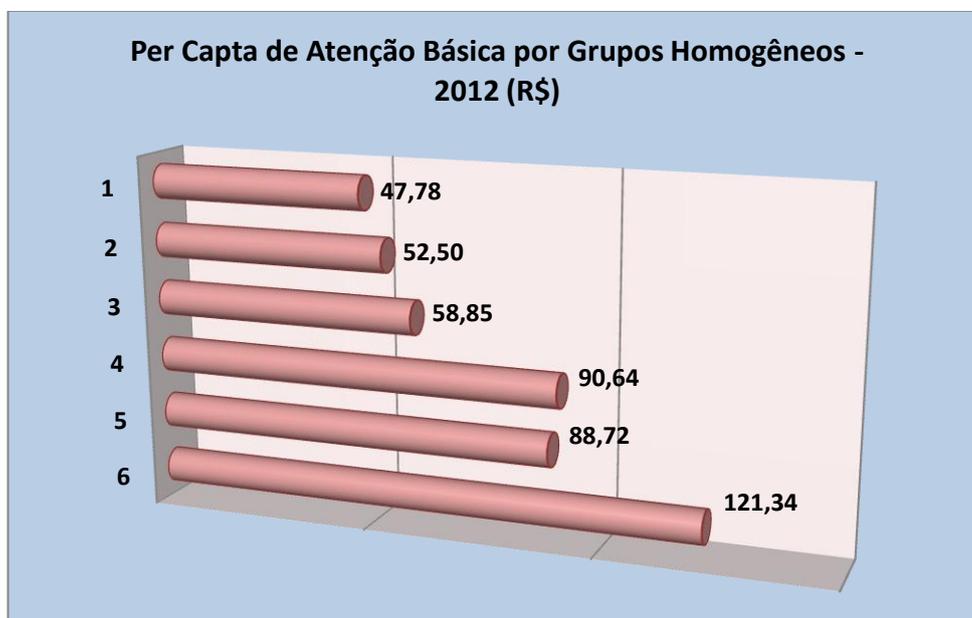
Tabela V - Transferência fundo a fundo da AB per capita por Grupo Homogêneo (R\$)

Grupo Homogêneo	Trans_FNS_AtBas	Pop 2012*	Per Capta (R\$)
6	3.037.298.151,77	25.031.261	121,34
5	1.708.282.924,87	19.254.694	88,72
4	2.683.745.137,70	29.610.094	90,64
3	2.420.413.885,54	41.129.552	58,85
2	1.587.634.505,93	30.242.689	52,50
1	2.327.118.916,21	48.708.270	47,78
Total	13.764.493.522,02	193.976.560	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados fornecidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação (DEMAS/SE/MS).

*Censo IBGE

Gráfico 2- Per Capta de Atenção Básica por Grupos Homogêneos 2012



A atenção básica à saúde, embora represente apenas 25% dos repasses de recursos federais pelo mecanismo fundo a fundo, é o nível de atenção que proporciona melhores condições de análise da oferta de ações e serviços de saúde no SUS. Isso porque todos os

municípios do país são contemplados com repasses do Governo Federal para custear a atenção básica, onde o critério de rateio dos recursos são os seguintes³¹:

- i. Recursos *per capita*³²;
- ii. Recursos para projetos específicos³³,
- iii. Recursos de investimento (capital);
- iv. Recursos condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários³⁴,
- v. Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade³⁵,

O recurso *per capita* é utilizado para definição do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), e é calculado pela multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal (censo IBGE), por um valor definido pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), publicado em portaria específica. Os demais critérios de rateio são utilizados na definição do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), e é calculado em função dos diversos programas que conformam a atenção básica à saúde no Brasil.

Em 2012, as transferências de recursos federais fundo a fundo da atenção básica, realizadas para os municípios, totalizaram R\$ 13,33 bilhões, e tiveram a distribuição por região geográfica conforme tabela abaixo:

31 Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2488, de 21/10/2011.

32 Recursos transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do município.

33 Recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, recursos de investimento/estruturação e recursos de estruturação na implantação;

34 Recursos específicos para os municípios que implantarem as equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, de agentes comunitários de saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e Academia da Saúde.

35 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

Tabela VI - Transferência fundo a fundo per capita da Atenção Básica por Região (R\$) - 2012

Regiões	Trans_Total_AtBas	PAB Fixo (a)	PAB Variável (b)	Pop 2012* (c)	Per Capta (R\$) (a/c)
CO	952.196.948,76	344.646.139,30	607.550.809,46	14.423.952	23,89
N	1.225.733.709,91	401.791.109,81	823.942.600,10	16.347.807	24,58
NE	4.957.478.079,20	1.344.809.587,08	3.612.668.492,12	53.907.144	24,95
S	1.752.035.809,92	660.355.537,34	1.091.680.272,58	27.731.644	23,81
SE	4.445.164.078,96	1.858.299.254,73	2.586.864.824,23	81.565.983	22,78
Total	13.332.608.626,75	4.609.901.628,26	8.722.706.998,49	193.976.530	23,77

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados fornecidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

*Censo IBGE

Para o cálculo do valor *per capita* por região geográfica, foram considerados os valores do PAB Fixo em relação à população de 2012 (Censo IBGE). A variação entre o valor *per capita* da região Nordeste, maior valor (R\$ 24,58), e da região Sudeste, menor valor (R\$ 22,78), foi de apenas 8%.

Tabela VII – Percentual do PAB Variável destinado à remuneração dos ACS e ESF – 2012 (R\$)

Regiões	Total_PAB Variável (a)	Total_ACS (b)	Total_ESF (c)	% Remun. (b+c)/a
CO	607.550.809,46	192.428.857,00	243.939.568,00	0,72
N	823.942.600,10	313.002.769,00	301.438.981,50	0,75
NE	3.612.668.492,12	1.060.212.983,00	1.492.012.560,25	0,71
S	1.091.680.272,58	318.741.622,00	435.657.731,50	0,69
SE	2.586.864.824,23	782.140.279,00	1.038.183.878,50	0,70
Total	8.722.706.998,49	2.666.526.510,00	3.511.232.719,75	0,71

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados fornecidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Na composição do PAB Variável, existem diversos critérios estabelecidos para a distribuição dos recursos federais. No entanto, grande parcela dos recursos que compõem o PAB Variável concentra-se na remuneração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e das Equipes de Saúde da Família (ESF). Em 2012, essa remuneração chegou a 71% dos recursos do PAB Variável, mantendo-se também essa média para cada uma das regiões do país.

A conclusão que se pode chegar a partir das tabelas anteriores é que o perfil de financiamento da atenção básica a saúde no Brasil é bastante uniforme, e privilegia não só o quantitativo populacional de cada um dos municípios, como também a principal estratégia de capilarização da saúde no país, o Programa Saúde da Família (PSF).

Entretanto, para caracterizar uma distribuição equitativa dos recursos da atenção básica na saúde, é necessário extrapolar os critérios de rateio para dimensões além do *per capita* e do Programa Saúde da Família (PSF).

3.3.3 Considerações Finais

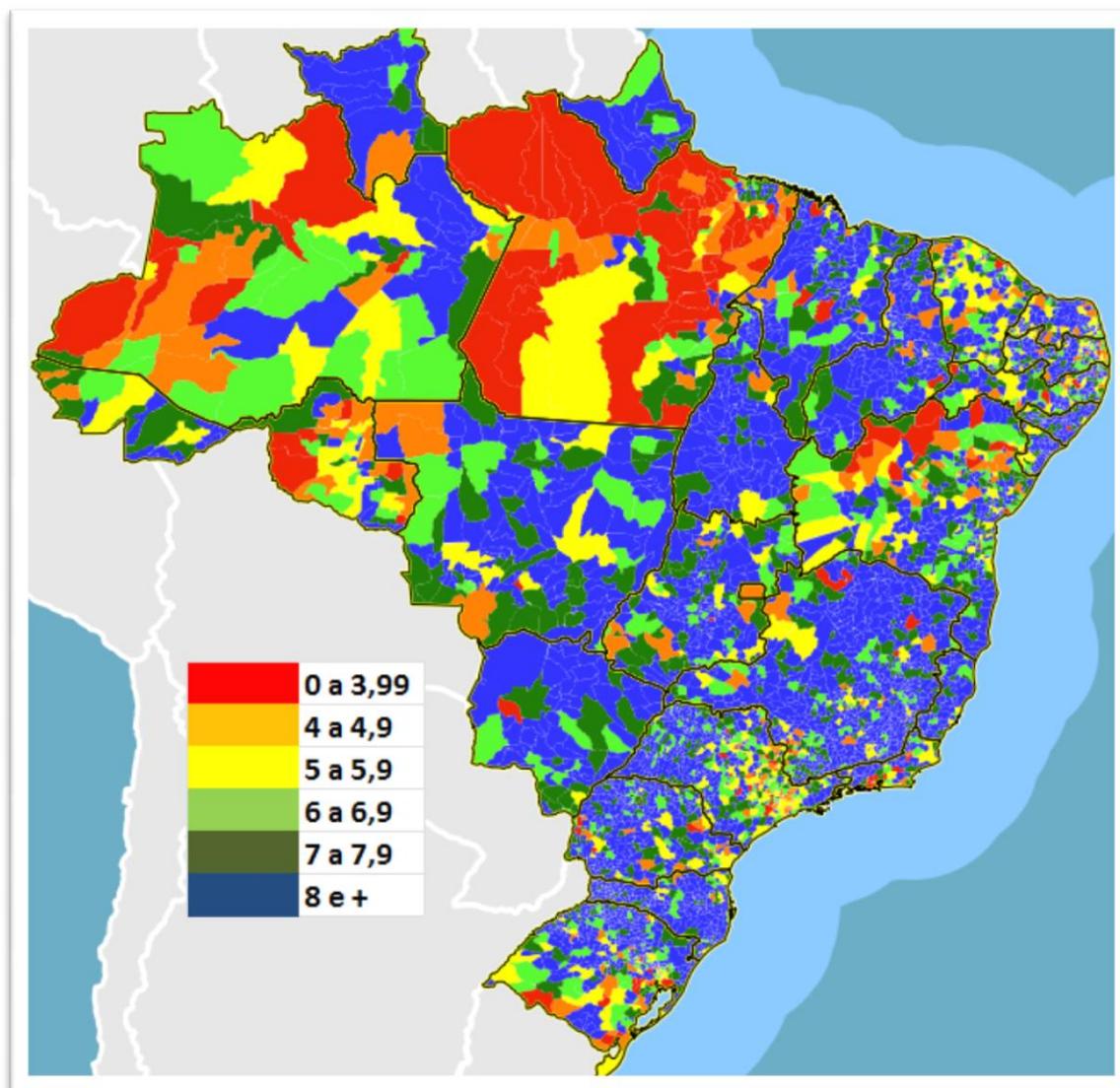
Os conceitos e análises da equidade em saúde tratados no Capítulo I permitem algumas inferências a partir da observação da Lei Complementar nº 141/12 e da Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8080/90), e que culminam na possibilidade de serem propostas seis dimensões a serem consideradas quando da distribuição dos recursos da atenção básica no SUS:

1. Demográfica: população residente no município (dados IBGE), podendo ser estabelecidos critérios por sexo, faixa etária e diferenças demográficas em razão de notório processo de migração como turismo, trabalho sazonal, empreendimentos econômicos etc.;
2. Epidemiológica: perfil de ocorrência de doenças e agravos à saúde, mensurada pela incidência e prevalência desses eventos e pela existência de seus condicionantes e determinantes;
3. Socioeconômica: características socioeconômicas evidenciadas pelo PIB per capita, proporção de famílias que recebem Bolsa Família, renda familiar per capita etc.;
4. Organização de serviços: produção histórica dos serviços de saúde pela estrutura existente; referências regional e inter-regional; aumento da produção para atender residentes e a referência intermunicipal - compromissos e metas previstos nos planos de saúde municipal e regional; aumento da produção para atender desigualdades de acesso; incentivos para qualificação das redes (estruturas, processos, força de trabalho, medicamentos, etc.);
5. Geográfica: características de densidade demográfica urbana e rural, abrangendo vias de transporte, hidrografia e distâncias entre entes os federativos;
6. Desempenho técnico, econômico e financeiro do ano anterior: cumprimento dos mínimos para saúde e desempenho técnico-assistencial das políticas de saúde.

As dimensões acima, por relacionarem os principais normativos do SUS a diversas concepções da equidade em saúde, tendem a tornar o rateio dos recursos da atenção básica em saúde mais equânime, considerando o Índice da Atenção Básica (IAB) como critério para o repasse de recursos da União aos municípios.

Na figura abaixo, é possível observar a distribuição do IAB por municípios, sem considerar as seis dimensões acima propostas:

Figura 2 – Índice de Atenção Básica nos Municípios Brasileiros (2007 – 2010)



Fonte: CGMA/Demas/SE/MS

Percebe-se que a Região Norte registra a maior quantidade de municípios com o IAB abaixo de cinco, o que significa boa parte dos municípios que integram o grupo homogêneo 6

(Índices Sócio-Econômico e de Condições de Saúde baixos, e sem estrutura de média e alta complexidade).

Nesse contexto, se fossem levados em consideração as dimensões de distribuição dos recursos anteriormente propostas, associadas à utilização exclusivamente do IAB, é possível inferir que a quantidade de municípios com IAB superior a seis seria maior.

Dessa forma, os critérios de rateio dos recursos federais de saúde, estabelecidos na Lei Complementar nº 141/12 e na Lei nº 8080/90, consubstanciados nas seis dimensões propostas acima, tendem a garantir a distribuição equitativa dos recursos da atenção básica repassados pela União aos municípios brasileiros.

4 BIBLIOGRAFIA

MELAMED, C.; PIOLA, S.F. **Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

PORTO, S. M. **Justiça social, equidade e necessidade em saúde**. IN: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (org). *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: Ipea, 2002.

NUNES, A. **A Alocação Equitativa Inter-regional de Recursos Públicos Federais do SUS: A Receita Própria do Município como Variável Moderadora**. Brasília. Relatório de Consultoria - Projeto 1.04.21, 2004.

NUNES, A.; SANTOS, J.R.S; BARATA, R.B; VIANNA. S.M. **Medindo Desigualdades em Saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2001.

FAVERET, A.C.S.C **A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas**. Rio de Janeiro: Revista de Ciência & Saúde Coletiva, nº 08, páginas 371-378, 2003.

SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. São Paulo. Saberes Editora, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2011**. Brasília, DF: MS, Secretaria de Vigilância em Saúde; Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>. Acesso 14 abr. 2013.

MATIAS, J. C. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. São Paulo. Atlas, 2010.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A Construção do Saber**. UFMG, 1999.