

Descentralização de Recursos no Setor Saúde: Comentários sobre Algumas Propostas*

Silvia M. Porto

DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/FIOCRUZ

No presente trabalho são sintetizadas e discutidas algumas das principais propostas para a descentralização de recursos financeiros no setor saúde no Brasil. A análise efetuada é centrada na definição de critérios e nas variáveis utilizadas para a sua operacionalização.

INTRODUÇÃO

A Lei Orgânica da Saúde estabelece como um de seus princípios fundamentais a descentralização política e administrativa, dando ênfase especial à municipalização.

Conseqüentemente, define as competências e atribuições de cada esfera de governo, mudando a estrutura de poder em favor das esferas locais (estaduais e municipais) e regulamenta as transferências financeiras, explicitando os critérios para a sua distribuição (artigo 35):

- I – Perfil demográfico
- II – Perfil epidemiológico
- III – Características qualitativas e quantitativas da rede de saúde
- IV – Desempenho técnico, econômico e financeiro
- V – Nível de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais
- VI – Previsão do plano quinquenal de investimentos
- VII – Ressarcimento do atendimento a serviços prestados a outras esferas de governo

No parágrafo primeiro do mesmo artigo acrescenta-se que, independentemente de qualquer procedimento prévio, metade dos recursos destinados a estados e municípios serão distribuídos em base populacional.

Assim, neste texto, com o objetivo de contribuir para uma melhor implementação dos critérios mencionados, serão sintetizadas e discutidas:

- a nova sistemática de financiamento adotada pelo MS/INAMPS
- a proposta elaborada pelo grupo técnico da Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social de Porto Alegre
- as propostas publicadas na Série Economia e Financiamento da OPS.

* A autora agradece aos Professores Dalton Mario Hamilton, Adolfo H. Choray e ao Dr. Francisco Viacava, que se dispuseram a ler, discutir e assessorá-la em distintos pontos deste trabalho.

I OS NOVOS CRITÉRIOS PARA DESCENTRALIZAÇÃO DE RECURSOS ADOTADOS PELO MS/INAMPS

O Ministério da Saúde tem implementado nos últimos meses um conjunto de medidas que objetivam, por um lado, a criação de um sistema de informações que subsidie o planejamento e a programação das ações de saúde e, por outro, a definição e agilização dos repasses financeiros da esfera federal para os níveis estaduais e municipais.

Para atingir esse último objetivo, a Autorização de Internação Hospitalar - AIH foi estendida ao setor público, criou-se a Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, instituiu-se a Unidade de Capacitação da Rede - UCR e implementou-se um estímulo à municipalização. Ao mesmo tempo, em forma gradual, foram equiparados os valores das tabelas de pagamento independentemente do tipo de prestador de serviços (público, privado ou filantrópico). Em outras palavras, foram homogeneizadas tanto as formas de pagamento quanto os valores com que são remuneradas as atividades médico-assistenciais.

Em relação à AIH, cabe lembrar que a mesma representa uma novidade unicamente para o setor público, já que é o instrumento de pagamento que há vários anos é utilizado pelo INAMPS para remunerar tanto a rede privada contratada e conveniada, quanto os hospitais universitários. Esse instrumento é aplicado exclusivamente para o pagamento das internações hospitalares, as quais são remuneradas por "procedimento" e não pela quantidade de atos médicos efetuados em cada internação.

Cabe esclarecer que, independentemente da homogeneização efetuada em relação às tabelas de pagamento, os hospitais universitários receberão um adicional de 25% no caso de contarem com cursos de residência e 50%, quando, além disso, ofereçam cursos de pós-graduação *stricto sensu* com mais de dois anos de funcionamento. Por outro lado, é necessário destacar que foram definidas quotas máximas de AIH para cada estado da Federação, calculadas em base populacional, tomando-se como parâmetro 0,10 AIH/habitante-ano.

A definição de subtetos em número de AIHs segundo prestadores públicos, privados ou filantrópicos será efetuada pelos correspondentes Secretários de Saúde.

Para atender eventuais ajustes foram criados dois fundos compensatórios de AIHs. O primeiro, a nível estadual, constituído por 20% da quota estadual de AIHs, fundamentalmente destinado a ressarcir os municípios que atuam como referência estadual. O segundo, a nível federal, administrado pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - SNAS/MS, dirigido principalmente para unidades e procedimentos de alta complexidade.

Deve-se sublinhar que os recursos transferidos através das AIHs faturadas

não serão repassados às correspondentes secretarias estaduais e municipais, mas em forma direta às unidades prestadoras de serviço.

No âmbito das prestações ambulatoriais, como já foi mencionado, criou-se a UCA, a ser utilizada para definir o teto de recursos para financiamento ambulatorial de cada estado, e também para reajustar os valores transferidos. Segundo a Portaria MS/INAMPS N-20, os diferentes estados foram classificados em 6 grupos a partir dos seguintes critérios:

- a - população
- b - capacidade instalada
- c - desempenho assistencial em termos de qualidade e resolutividade
- d - casos atípicos
- e - série histórica do custeio das unidades da Federação

Para cada grupo foi definido um valor diferente da UCA, que de acordo com a Portaria MS N-33, por exemplo, variou de Cr\$ 2.400,00 (Tocantins, Rondônia, Maranhão e outros) a Cr\$ 4.400,00 (São Paulo). Para cada estado os tetos máximos para recursos ambulatoriais serão fixados a partir do produto do valor da UCA pelo tamanho da população. Do total correspondente a cada estado, serão descontados, em primeiro lugar, os recursos destinados ao pagamento dos serviços prestados pelas distintas unidades (públicas, contratadas ou conveniadas). Do restante, 10% serão encaminhados às secretarias estaduais, e o residual será distribuído entre as secretarias municipais segundo a base populacional.

Porém, os repasses diretos às secretarias municipais só serão efetivados caso sejam preenchidos os seguintes requisitos: criação dos conselhos de saúde; criação dos correspondentes fundos; apresentação do plano de saúde; apresentação da programação e orçamentação de saúde; elaboração do relatório de gestão local; contrapartida de recursos para saúde do orçamento municipal; constituição da comissão de elaboração do plano e carreira, cargos e salários. Caso os municípios não contemplem os requisitos listados, os recursos residuais serão administrativos pelas correspondentes secretarias estaduais, que os distribuirão através de critérios próprios. Para incentivar o preenchimento desses requisitos pelas instâncias municipais foi criado o "fator de estímulo à municipalização". Assim, aqueles que atenderem essas exigências receberão um adicional de 5% sobre a quota de recursos ambulatoriais.

Por sua vez, a UCR está destinada exclusivamente para aquisição de equipamentos das unidades já existentes. Nesse caso, o volume de recursos será definido a partir de percentuais que oscilam entre 1% e 5% e que incidem sobre o teto de recursos destinados ao financiamento de atividades ambulatoriais (valor da UCA multiplicado pelo número de habitantes). O percentual correspondente a cada estado é inversamente proporcional ao respectivo valor unitário da UCA. Ou seja, os estados com menor valor unitário de UCA receberão 5% e aos de maior valor de UCA corresponderá 1%.

As transferências para outros tipos de investimentos serão efetuadas separadamente desde que:

- estejam previstas no plano quinquenal de metas do MS
- estejam previstas em lei orçamentária, de iniciativa do poder executivo e aprovadas pelo Congresso Nacional
- estejam formalizadas mediante celebração de convênio e/ou termo aditivo ao convênio SUS. Observada a Lei Orçamentária e a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS/MS
- em caráter excepcional a critério do Ministro da Saúde

A partir do exposto pode-se fazer alguns comentários no sentido de identificar possíveis conseqüências indesejáveis desde o momento em que essas medidas entraram em vigor.

Em relação aos tetos definidos para cada estado e expressados em número de AIHs, deve-se assinalar que em alguns casos (por exemplo Goiás e Sta. Catarina) as quantidades fixadas estão aquém da média observada para o período 84-88¹. Por outro lado, a utilização dos eventuais excedentes não foi regulamentada, o que permite supor que os mesmos ficarão centralizados na esfera federal.

Quanto à reserva técnica criada para complementar centros e práticas de alta complexidade, cabem as seguintes indagações:

- como serão definidos quais os centros e práticas de alta complexidade?
- por que não utilizar a reserva técnica para distribuir recursos com o objetivo de diminuir as inequidades existentes?

No que se refere à área ambulatorial, incorporou-se uma combinação de formas distintas de alocação de recursos, ou seja, o volume total de recursos é definida *per capita* enquanto o pagamento dos serviços será efetuado por ato médico. Essa combinação apresenta, pelo menos inicialmente, a vantagem de uma auto-regulação. Quem recebe *per capita* efetuará um controle rigoroso sobre possíveis superprestações e superfaturamento. Por outro lado, como os serviços serão remunerados por produção fica excluída a possibilidade de subprestações, o principal perigo da modalidade de pagamento *per capita*.

Porém, apesar da vantagem mencionada, cabe questionar a alta regressividade dos valores determinados para as UCAS nos distintos grupos de estados. Ainda que se aceite uma relação diretamente proporcional entre o custo do ato médico e o desenvolvimento sócio-econômico regional, assim como diferentes regionais no grau de utilização dos serviços, os valores determinados, longe de diminuir as diferenças existentes, contribuem no mínimo para a sua consolidação. Embora a criação da UCR, ao destinar percentuais maiores para os estados com menores valores de UCA, tenha por objetivo diminuir as diferenças regionais, seu alcance fica limitado fundamentalmente pelas restrições impostas para a sua aplicação (exclusivamente o equipamento da rede existente). Por fim, os principais questionamentos estão relacionados

¹ Comparação efetuada com os dados divulgados pelo MPAS "previdência em Dados" Vol. 4 nº 3, Julho-Set. 1989.

à homogeneização efetuada, à lógica que norteia a proposta, às características da descentralização adotada e ao descompromisso com as disposições da LOS.

Sem dúvida, a homogeneização efetuada simplifica os procedimentos administrativos para a descentralização de recursos e facilita as formas de controle. Porém, cabe perguntar se é possível homogeneizar não só as formas de repasse como também os valores das atividades médico-assistenciais realizadas por prestadores com perfis distintos e regidos por lógicas diferentes. Quanto à lógica que norteia a proposta, pode-se afirmar que está fundamentalmente relacionada com o conceito de produtividade, deixando de levar em conta tanto as necessidades quanto a qualidade do atendimento e a resolução das ações de saúde. Em outras palavras, ao que parece está sendo priorizada a eficiência e esquecida a eficácia.

Outro aspecto preocupante é a forma de relacionamento que esta nova sistemática de repasse de recursos introduz entre os diferentes níveis de governo, já que, em última instância, o governo federal passa a comprar serviços dos governos estaduais e municipais.

No que se refere à descentralização, é bom lembrar que a maior parte dos recursos (AIHs) será diretamente recebida pelas unidades prestadoras de serviços, que os recursos residuais da UCA só chegarão aos municípios mediante preenchimento de um elenco extenso de requisitos, e que os mesmos só poderão ser utilizados para fins já definidos no nível federal. Assim sendo, ainda que a descentralização seja um dos objetivos enunciados nas novas medidas, observa-se um espírito centralizador e uma falta de reconhecimento da autonomia das diferentes instâncias locais.

Finalmente, cabe destacar que esta sistemática de financiamento desconsidere o estabelecido na LOS, segundo a qual 50% dos recursos devem ser transferidos em base populacional de forma automática e sem nenhum requisito prévio.

II PROPOSTA ELABORADA PELO GRUPO TÉCNICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE²

A proposta para distribuição de recursos, elaborada pelo grupo técnico da Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social de Porto Alegre está restrita aos critérios "características qualitativas e quantitativas da rede de saúde na área" e "nível de participação do setor saúde no orçamento es-

² Análise feita com base na primeira versão da proposta. Artigo publicado posteriormente na revista Saúde em Debate, nº 32, do CEBES, traz algumas alterações, sobretudo, em relação à participação percentual dos critérios e de seus subitens na distribuição dos recursos e no peso atribuído aos níveis de participação da saúde nos orçamentos municipais.

tadual ou municipal". Segundo os autores, a escolha desses critérios não foi orientada apenas pela ordem de importância mas, fundamentalmente, pela facilidade de operacionalização e disponibilidade de informações necessárias.

Para o primeiro critério foram apontadas como variáveis importantes:

- número de atendimentos básicos/habitante-ano
- número de atendimentos especializados/habitante-ano
- porte do município
- número e padrão das unidades sanitárias
- número de profissionais de saúde por nfeis e carga horária
- cobertura vacinal
- número de atendimentos de pacientes de outro local
- projetos especiais

Das variáveis mencionadas, foram efetivamente operacionalizadas as três primeiras. A Tabela 1, referente ao número de atendimentos básicos, permite simplificar a fórmula de cálculo utilizada para todas as variáveis implementadas nesta proposta.

TABELA 1

Distribuição das Frequências dos Municípios conforme o Número de Atendimentos Básicos/Habitante-Ano Realizados em 1989

Padrão	Intervalo (consultas/habitante-ano)	Frequências (munic/intervalo)	Peso Atribuído por Padrão (%)
I	0 —| 2,0	80	0,6
II	2,0 —| 4,0	16	0,8
III	4,0 —| 6,0	7	1,0
IV	6,0 —| 8,0	2	0,8
V	mais de 8,0	1	0
TOTAL		106	

FONTE: Dorneles *l. et alii* (1991).

Com base na distribuição das frequências e no peso atribuído a cada intervalo, chegou-se à seguinte fórmula de cálculo:

$$80 (0,6X) + 16 (0,8X) + 7 (1,0X) + 2 (0,8X) + 1 (0X) = \text{Total de recursos destinados ao atendimento básico (A)}$$

$$48X + 12,8X + 7X + 1,6X = A$$

$$69,4X = A \quad X = A/69,4$$

"Os municípios receberão (em função do número de atendimentos básicos) conforme o padrão onde estejam incluídos":

Padrão I = 0,6X

Padrão II = 0,8X

Padrão III = 1,0X

Padrão IV = 0,8X

Padrão V = 0X

Note-se que a fórmula de cálculo proposta exige a ponderação de cada intervalo determinado. No exemplo citado foi definido como desejável entre 4 e 6 atendimentos básicos por habitante-ano³, intervalo ao qual foi atribuído peso 1. Os outros intervalos foram ponderados com valores inferiores a 1. Para as variáveis *atendimentos especializados*⁴ e *porte dos municípios*, as ponderações efetuadas encontram-se na tabela II.

Tabela 2
Pesos atribuídos às Variáveis Atendimentos Especializados e Porte do município segundo intervalos

Atendimento Especializado/ Habitante-Ano	Peso	Nº Habitantes	Peso
0 - 0,5	0,8	0 - 5000	1
0,5 - 1,5	1,0	5000 - 10000	0,9
1,5 - 3,0	0,8	10000 - 20000	0,8
mais de 3,0	0,0	20000 - 75000	0,3
		75000 - 150000	0,3
		mais de 150000	0,3

FONTE: Dorneles, J.C. *et alii*, op. cit.

Cabe destacar que a variável *porte do município* foi utilizada com o objetivo de favorecer os municípios de menor porte por considerar-se que nestes os custos *per capita* são maiores como consequência da importância relativa que assumem os custos fixos nos municípios com menor número de habitantes.

No que se refere ao nível de participação do setor saúde no orçamento dos governos municipais, foi utilizada a mesma metodologia de cálculo, atribuindo-se maiores pesos quanto maior a participação percentual, como se vê abaixo:

até 8%	0
8,0 —| 10%	0,1
10,0 —| 15%	0,7
mais de 15%	1,0

Por fim, é necessário sublinhar que na simulação efetuada foram distribuídos através das variáveis expostas apenas 19,01% do total de recursos, já que 50% foram alocados segundo o estabelecido pela LOS em bases populacionais, e 30,99% ficaram reservados para efetuar eventuais ajustes. Os resultados obtidos mostraram que com a implementação dessa proposta as diferenças entre o maior e o menor valor *per capita* municipal seriam reduzidas de 34,58 vezes para 15,48 vezes.

³ Parâmetro definido como desejável pela CIMS de Porto Alegre com base na Portaria 3046 do MPAS.

⁴ Referem-se aos atendimentos de Imunologia, Patologia Clínica, Outros Exames Especializados, Diálise e outras Terapias Especializadas. O parâmetro utilizado foi de 1,4 atendimentos habitante/ano.

Com o objetivo de contribuir para o aprimoramento da proposta seria importante considerar que:

- Das variáveis apontadas inicialmente, as que melhor, operacionaliza o critério "características quantitativas da rede de saúde" são número e padrão das unidades sanitárias e número de profissionais de saúde por nível e carga horária;

- O número de atendimentos básicos e o número de atendimentos especializados/habitante-ano são variáveis importantes para implementar critérios relacionados com a produtividade, já que os coeficientes estariam determinados pela oferta e demanda atendida;

- A cobertura vacinal na área poderia ser utilizada como um indicador de qualidade ou de desempenho técnico da rede, dependendo de como seja implementada. Esse ponto será aprofundado na análise da proposta que se segue. Cabe também lembrar que a taxa de infecção hospitalar pode ser um bom indicador da qualidade dos serviços de saúde;

- A variável *porte do município* não deveria ser utilizada, já que está contemplada na distribuição de 50% dos recursos através da base populacional. Em nenhum caso deveria ser utilizada a mesma variável em dois ou mais critérios, já que poder-se-ia provocar uma potencialização ou anulação (total ou parcial) de seus efeitos distributivos. Caso seja importante efetuar diferenciações segundo o porte dos municípios, poderiam ser utilizadas variáveis relacionadas com o perfil macroeconômico;

- Seria necessário explicitar melhor as variáveis número de atendimentos de pacientes de outros locais e projetos especiais, já que o exposto na proposta não permite conhecer o real objetivo de sua utilização.

Para finalizar, o questionamento mais importante refere-se ao peso atribuído aos distintos intervalos de cada variável e à definição do volume de recursos sobre o qual incide cada critério, já que, por exemplo, a partir do texto analisado não fica claro por que os municípios que destinam entre 8-10% de seu orçamento para a saúde são ponderados com peso 0,1 e aqueles que aplicam pouco mais de 10% recebem peso sete vezes maior. Nestes dois aspectos a proposta deixa margem a arbitrariedades e permite prioridades definidas ao sabor das negociações políticas muitas vezes orientadas por interesses que não visam a melhoria das condições de saúde das populações mais carentes.

Certamente essas dificuldades poderiam ser superadas através de um amplo processo participativo que envolvesse fundamentalmente as instâncias receptoras dos recursos. Porém, deve-se considerar que quanto maior o número de instâncias receptoras, maiores serão as dificuldades para se obter um consenso.

III A PROPOSTA PUBLICADA PELA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

A análise a ser efetuada em relação ao trabalho divulgado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) pode ser dividida em duas partes.

Na primeira, descreve-se e comenta-se a simulação realizada para operacionalizar os critérios relativos à distribuição dos recursos explicitados na Lei Orgânica da Saúde. Na segunda parte sintetiza-se e discute-se a proposta de novos critérios para a redefinição das transferências governamentais no campo da saúde.

III.1 - Operacionalização dos critérios da LOS

Nessa parte do trabalho os autores procuram fundamentalmente avaliar a aplicabilidade dos critérios em vigor, conhecer as implicações desses critérios na equidade e prever possíveis mudanças no fluxo dos recursos descentralizados. Para tanto, trabalharam-se os critérios "perfil demográfico", "perfil epidemiológico", "características quantitativas e qualitativas da rede", "desempenho técnico" e "nível de participação do setor saúde do orçamento estadual". Não foram operacionalizados os critérios "desempenho econômico e financeiro", "previsão do plano quinquenal de investimentos" e "ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas do governo". A exclusão desses critérios deveu-se no primeiro caso à dificuldade de definir indicadores representativos; no segundo por se considerar que os recursos para investimento devem ser tratados separadamente; e no terceiro pela falta de clareza em relação ao objetivo do critério.

Dos critérios operacionalizados, os dois primeiros foram trabalhados em conjunto, uma vez que o perfil epidemiológico assenta-se sobre a base populacional. O critério síntese dos dois foi denominado de *situação sanitária* [Vianna et alii (1990)] e utilizado na razão inversa.

As variáveis escolhidas foram taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade específica de 1-4 anos, e taxa de mortalidade de 5-64 anos padronizada segundo sexo com base na relação óbitos observados/óbitos esperados.

No caso da mortalidade infantil e de 1-4 anos, a metodologia para o cálculo partiu da comparação das taxas observadas em cada estado multiplicadas pelos correspondentes números índices, obtendo-se dessa forma a população *corrigida*. Finalmente, calculou-se a distribuição percentual da população corrigida.

A título de exemplo apresenta-se na Tabela 3 o resumo dos resultados apresentados na proposta para alguns estados a partir da taxa de mortalidade infantil.

No caso específico da mortalidade de 5-64 anos os números índices foram

calculados com base = 1, a partir da comparação dos óbitos observados com óbitos esperados. Estes últimos foram estimados utilizando-se a taxa média nacional aplicada à população observada segundo o sexo para a faixa 5-64 anos. Uma vez obtidas as distribuições percentuais das populações corrigidas para cada faixa etária, calculou-se a média ponderada dos percentuais correspondentes a cada estado, chegando-se assim à composição percentual a ser utilizada para a distribuição dos recursos segundo o critério denominado *situação sanitária*.

Tabela 3

Números Índices e População Corrigida segundo a Taxa de Mortalidade Infantil para Alguns Estados.

Unidade da Federação	População Observada (Menores de 1 Ano)		Taxa de Mortalidade Infantil/1000 nv	Índice (b)	População Corrigida (a)x(b)	% População Corrigida
	Número(a)	%				
Amazonas	69.717	2,09	54,58	80,15	5.588.039	1,66
Maranhão	141.944	4,26	107,88	157,12	22.302.586	6,62
Minas Gerais	341.133	18,23	54,48	79,88	27.250.558	8,08
Paraná	178.183	5,34	56,30	82,67	14.730.853	4,37
Mato Grosso	42.258	1,27	51,18	75,15	3.175.855	0,94
Brasil	3.333.863	100,00	68,10	100,00	337.093.668	100,00

Nota: O total da população corrigida deve ser obtido a partir da soma das populações corrigidas para cada estado.

Cabe destacar que essa metodologia permitiu a ponderação dos resultados obtidos a partir das taxas de mortalidade infantil e de 1-4 anos, que participaram na composição final com um peso de aproximadamente 94%.

Por sua vez, o critério "características quantitativas da rede de saúde na área" foi implementado através da distribuição percentual da capacidade instalada medida pelo número de leitos. A capacidade instalada em cada estado foi estimado a partir da padronização dos distintos tipos de unidades (hospitais, centros, postos de saúde, policlínicas, prontos-socorros, postos de assistência médica e unidades mistas).

⁴ Na falta de informação sobre o custo médio da manutenção de cada um desses tipos de unidade, utilizou-se a área física média de cada um. Segundo os padrões do Ministério da Saúde, cada leito hospitalar requer em média uma área física similar a de um posto de saúde, enquanto um centro de saúde equivaleria em tamanho a 4,33

⁵ Segundo o apontado no apêndice metodológico, o percentual de recursos foi calculado como média aritmética, porém, a reconstrução dos cálculos permite verificar que o percentual obtido surgiu da média ponderada dos percentuais correspondentes à cada faixa etária.

postos de saúde (ou leitos). Postos de assistência médica, policlínicas e prontos-socorros foram considerados, na falta de informação específica, com o mesmo "peso" dos Centros de Saúde" [Vianna et alii (1990)].

No caso do critério "características qualitativas da rede de saúde" tomou-se como base o Índice de Valorização Hospitalar (IVH), definido pelo INAMPS para os leitos conveniados e contratados nos diferentes estados. O mencionado índice foi utilizado como multiplicador do número de leitos contratados e conveniados obtendo-se como resultado o número corrigido desses leitos. Os recursos financeiros leriam repassados com base na distribuição percentual dos leitos corrigidos.

Para operacionalizar o critério "desempenho técnico" foi utilizada a cobertura vacinal de rotina (excluindo-se os resultados obtidos nas campanhas). Os tipos de vacinas considerados foram: anti-sarampo, Tríplice, BCG e antipoliomielite. Trabalhou-se com a cobertura vacinal média do período 1987-89. Da mesma forma que no caso da "situação sanitária", foram calculados números índices a partir da comparação entre a cobertura vacinal observada em cada estado e a cobertura vacinal média verificada a nível nacional.⁶ As populações (menores de 1 ano) foram multiplicadas pelos números índices, obtendo-se assim as populações corrigidas que deram origem a uma nova distribuição percentual, na qual se basearia a distribuição dos recursos.

No que se refere ao critério nível de participação do setor saúde no orçamento estadual trabalhou-se a partir das despesas efetuadas por cada unidade da federação com a função "Saúde e Saneamento". A metodologia de cálculo foi similar à descrita para o "desempenho técnico". O percentual destinado por cada estado foi comparado com a média de todos os estados, construindo-se números índices que permitiram corrigir o total da população de cada estado. A distribuição dos recursos seria feita de acordo com a distribuição percentual da população corrigida.

Por fim, as distribuições percentuais obtidas segundo cada critério foram sintetizadas em uma única distribuição percentual, calculada a partir da média aritmética dos percentuais correspondentes a cada estado.

A distribuição final, chamada "síntese dos critérios", é resultante da média aritmética dos 5 critérios operacionalizados, aplicável a 50% dos recursos, e do percentual de distribuição segundo a população incidente sobre a outra metade.

A tabela 4 apresenta a distribuição percentual da população brasileira, do total de recursos federais aplicados em 1989 e a distribuição síntese dos critérios operacionalizados.

⁶ Ainda que essa tenha sido a única variável trabalhada a partir da média aritmética dos últimos três anos, os autores recomendam igual tratamento para as demais.

TABELA 4

Distribuição percentual da população brasileira, do total de recursos federais aplicados em 1989, e repartição (%) simulada segundo alguns critérios da Lei 8.080/90.

Grandes Regiões	População ¹	Rec. Aplicados ²	Distribuição Percentual					Média ³	Síntese ⁴
			C1	C2	C3	C4	C5		
Norte	5,86	6,03	8,56	3,45	1,58	5,78	6,44	5,40	5,63
Nordeste	28,54	22,02	45,26	21,28	19,76	24,62	34,46	28,90	28,72
Sudeste	43,60	48,58	30,08	49,36	53,93	44,56	41,54	43,78	43,69
Sul	15,16	12,69	9,97	18,92	17,45	11,10	15,13	15,13	15,14
Centro	6,64	10,67	5,33	6,99	6,07	7,59	6,46	6,79	6,81
Brasil	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: Vianna et alii 1990

- ¹ Distribuição percentual da população.
² Inclui transferência, gastos com serviços federais próprios e pagamento de serviços contratados e conveniados.
³ Média aritmética dos percentuais obtidos para os critérios C1, C2, C3, C4, e C5.
⁴ Média aritmética de (1) e (3).

Como assinalam os autores, os percentuais obtidos para cada estado a partir da simulação efetuada com os cinco critérios trabalhados, ainda que permitam uma distribuição de recursos mais equitativa quando comparados com a distribuição percentual do total de recursos aplicados em 1989, pouco diferem dos calculados exclusivamente em base populacional.

A síntese da proposta de implementação dos critérios da LOS acima apresentada, permite efetuar alguns comentários. Em relação ao critério "situação sanitária" (perfil demográfico e perfil epidemiológico), deve-se destacar que os cálculos poderiam ser simplificados trabalhando-se unicamente com as taxas de mortalidade infantil e de 1-4 anos, já que a ponderação efetuada torna desprezível as distribuições percentuais obtidas a partir das taxas de mortalidade de 5-64 anos segundo sexo. E mais, por que não operacionalizar o critério exclusivamente a partir da taxa de mortalidade de 0-5 anos (indicador utilizado pela UNICEF)? Ao que parece, além de simplificar ainda mais os cálculos, trabalhar-se-ia, a partir de uma única fonte de informação.

Deve-se assinalar que a ponderação realizada no trabalho certamente teve por objetivo a obtenção de uma distribuição percentual mais equitativa, ou seja, que favorecesse as regiões com situações sanitárias mais precárias. Os resultados apresentados na Tabela 5 permitem concluir que as regiões favorecidas, quando comparadas com a distribuição populacional seriam Norte e Nordeste. Contrariamente, ao não ponderar as variáveis, a distribuição final segundo esse critério apresentaria resultados regressivos. A tabela 5 mostra que nesse último caso a região favorecida seria o Sudeste.

Por fim, cabe uma última preocupação relacionada com a aplicação continuada desse critério para a distribuição dos recursos, já que, a partir do momento em que fosse observada uma redução nas taxas de mortalidade, os correspondentes estados receberiam um percentual menor de recursos. Conseqüentemente, a aplicação reiterada desse critério penalizaria aqueles estados que apresentassem um melhor desempenho medido através das taxas de mortalidade.

No que tange ao critério "características quantitativas da rede de saúde" e concordando com o exposto pelos autores, a aplicação na razão direta favoreceria os estados que contassem com uma rede maior e penalizaria aqueles que tivessem uma menor capacidade instalada.

Por outro lado, esse critério incentiva a ampliação da capacidade instalada. Porém, para que o critério realmente estimule a expansão da oferta de serviços, os governos estaduais deveriam ter total autonomia para definir a estrutura da sua despesa, podendo alocar para a ampliação da capacidade instalada o volume de recursos que considerem necessários.

Cabe observar que, a partir de um conceito amplo de "características quantitativas da rede de saúde", outra variável que poderia ser utilizada, além do número de leitos, é o número de horas médicas contratadas.

Finalmente, destaca-se que nos dois casos (leitos e número de horas médicas) está-se partindo da oferta e desconsiderando (talvez até estimulando) eventuais superdimensionamentos da rede de saúde.

Quanto ao critério "características qualitativas da rede", como apontam os próprios autores, a operacionalização efetuada a partir do IVH refere-se (pela forma em que o índice foi concebido) mais diretamente ao grau de complexidade das unidades contratadas e conveniadas do que à qualidade da rede.

TABELA 5

Distribuição Percentual da População e dos Recursos segundo a Composição Ponderada ou não da Situação Sanitária

Região	% População ^a	% Recursos ^b	% Recursos ^a
Norte	5,86	4,75	8,56
Nordeste	28,54	24,82	45,27
Sudeste	43,60	49,64	30,87
Sul	15,16	14,77	9,97
Centro-Oeste	6,84	6,02	5,34
Brasil	100,00	100,00	100,00

^a Dados retirados de Vianna et alii (1990).

^b Elaboração própria. Dados brutos em Vianna (1990).

Outras variáveis que poderiam ser utilizadas nesse caso são: a relação, o número total de consultas/número de primeiras consultas, a qual permitiria avaliar fundamentalmente os segmentos efetuados, e a taxa de infecção hospitalar (também citada pelos autores). Entretanto, as informações necessárias para implementar essas variáveis são de difícil acesso e pouco confiáveis.

Outro indicador interessante seria o número de casos de doenças evitáveis por vacina em relação à população de menores de 1 ano. Aceitando que a partir das campanhas de vacinação as coberturas vacinais tendem a ser similares por diferentes estados, as diferenças observadas nos resultados seriam determinadas pela qualidade da infra-estrutura utilizada (por exemplo, a forma como é feita a conservação das vacinas).

De qualquer forma há que se sublinhar que a implementação desse critério é de fundamental importância, já que incentivaria a melhoria da qualidade da rede e dos serviços de saúde.

No que se refere ao critério "desempenho técnico", além da variável utilizada (cobertura vacinal de rotina) e de outras que foram apenas apontadas no trabalho (consultas/horas-médico contratadas, rendimento do leito/ano e cobertura de gestantes ou de crianças, vale a pena destacar como um bom indicador o percentual de cesáreas em relação ao total de partos. Cabe observar que, em quase todos os casos, as variáveis referentes ao critério "desempenho técnico" estão relacionadas com a qualidade do atendimento médico.

Sem dúvida, os resultados obtidos a partir da maior parte das variáveis mencionadas nesse critério, assim como os alcançados através de variáveis relacionadas com a qualidade da rede, favoreceriam os estados das regiões Sudeste e Sul.

Por outro lado, cabe assinalar que a maioria das informações necessárias para a utilização desses indicadores podem ser de difícil obtenção no caso dos municípios.

Em relação ao último critério implementado (nível de participação do setor saúde no orçamento estadual ou municipal), é importante observar que a fonte mais apropriada seria a consolidação efetuada pelo IBGE na publicação "Balancos Estaduais e Municipais", já que nela aparecem discriminações das despesas realizadas pelos governos estaduais e municipais com o programa "Saúde". Ainda que essas informações não tenham sido publicadas desde 1985, sabe-se que o IBGE continua levantando os dados em questão, sendo necessário apenas solicitar o seu processamento.

Uma análise dessas informações para o período 1979-84 [Chorny (1986)] permite verificar que os governos estaduais favorecidos estariam localizados nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. No entanto, os governos municipais favorecidos seriam os da região Sudeste.

Certamente o objetivo perseguido com este critério é aumentar a partici-

pação relativa do volume de recursos comprometidos com o setor saúde pelas distintas instâncias governamentais e evitar a retração dos recursos estaduais e municipais como se tem observado a partir do processo de descentralização iniciado com as AIS e aprofundado com o SUDS.

Por outro lado, um entendimento mais abrangente do critério permitiria a sua operacionalização a partir do gasto estadual ou municipal em saúde *per capita*, o qual na busca de uma distribuição mais equitativa de recursos deveria ser aplicado na razão inversa. Porém, essa forma de implementação poderia incentivar a redução dos recursos *per capita* destinados à saúde pelas instâncias locais.

Para finalizar, deve-se sublinhar que os resultados obtidos na simulação efetuada (distribuição percentual similar à observada em bases populacionais) estão determinados, por um lado, pelas variáveis e fontes utilizadas e por outro, pela falta de ponderação dos critérios. Conseqüentemente, esses resultados, longe de desalentar a realização de trabalhos como o aqui discutido, devem estimular o desenvolvimento de novas propostas e o aprimoramento das já existentes.

III.2 - Os Novos Critérios Propostos

Dentro desse espírito, os autores elaboraram uma nova proposta que, entretanto, exigiria mudanças na LOS para que pudesse ser implementada, principalmente por desconsiderar o disposto no artigo 35, parágrafo 1, onde se estabelece que 50% dos recursos devem ser repassados pelo critério populacional.

Nessa proposta foram utilizados cinco critérios, sendo que três deles aplicados na razão inversa (situação sanitária, nível de renda e grau de cobertura) e os outros dois na razão direta (desempenho técnico e participação do setor saúde no orçamento estadual).

Na simulação efetuada, os critérios "situação sanitária", "desempenho técnico" e "nível de participação do setor saúde no orçamento estadual" foram operacionalizados da forma exposta na proposta anterior.

Quanto ao critério "nível de renda" a variável utilizada foi o rendimento *per capita* das pessoas de 10 anos e mais. No caso do critério "grau de cobertura" a implementação foi realizada através do número de consultas e de internações *per capita*.

A metodologia de cálculo nos dois casos foi similar à já descrita para os outros critérios, ou seja, corrigiram-se os totais populacionais a partir de número índices obtidos através da comparação com as correspondentes médias nacionais, e utilizada para o repasse dos recursos a distribuição percentual da população corrigida.

A distribuição percentual para o conjunto dos critérios foi calculada a par-

tir da média aritmética dos percentuais correspondentes a cada estado. Os resultados obtidos podem ser observados na tabela 6.

Como salientam os autores:

“Com base na população, o NE e N teriam respectivamente 28,54% e 5,80% dos recursos federais para a saúde. Em 1989, essas duas regiões contrataram, entre transferências e gasto federal direto na área, cerca de 22,02% (NE) e 6,03% (N). Pela nova proposta esses percentuais passariam para 37,71% (NE) e 6,86% (N), enquanto que, aplicados os critérios previstos na Lei, esses percentuais seriam, respectivamente, 28,72% e 5,63%” [Vianna et alii (1990)].

A mesma tabela permite verificar que os mais prejudicados seriam o estado do Rio de Janeiro e o Distrito Federal, principalmente quando a comparação é feita com os recursos aplicados em 1989.

Cabe mencionar que, na simulação efetuada a partir dos critérios da LOS, Rio de Janeiro e Distrito Federal foram também os mais prejudicados.

A breve descrição efetuada em relação a esta nova proposta permite algumas considerações.

Em primeiro lugar, deve-se destacar que esta proposta contém uma forma interessante de priorizar uma distribuição mais equitativa dos recursos, efetuada a partir do número de critérios, e não simplesmente a partir do volume de recursos a ser distribuídos segundo cada um dos critérios. Note-se que, dos cinco critérios utilizados, três foram implementados visando diminuir os graus de iniquidade existentes. Por outro lado, observa-se que na simulação efetuada deveriam ter sido sintetizadas as distribuições obtidas a partir das variáveis utilizadas na operacionalização do critério “grau de cobertura” (consultas/habitante/ano e internações/habitante/ano), assim como foi feito para o critério “situação sanitária”.

No que se refere aos critérios utilizados, restam ser comentados “nível de renda” e “grau de cobertura”, já que para os relativos a “situação sanitária”, “desempenho técnico” e “nível de participação do setor saúde no orçamento estadual” cabem as mesmas considerações efetuadas no ponto anterior (ver Seção III.1).

No caso do critério “nível de renda”, a variável utilizada – rendimento *per capita* de pessoas com 10 anos e mais – desconsidera o alto grau de concentração da renda observada no país e portanto não é representativa do nível de renda da maior parte da população. Esse critério seria melhor operacionalizado através de variáveis que levassem em conta a composição percentual da população segundo faixa de renda, como por exemplo o percentual de pessoas com renda familiar inferior a cinco salários mínimos. As informações necessárias para implementar indicadores desse tipo são divulgadas pelo IBGE através das PNADs (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios).

Quanto às variáveis selecionadas para o critério “grau de cobertura”, deve-se observar que ambos os casos (consultas e internações por habitante) indicam muito mais produção *per capita* do que efetivamente cobertura populacional, já que essa relação é determinada pela capacidade instalada/demanda atendida.

Assim, por exemplo, numa população de 10000 habitantes com uma concentração média de 3 consultas/habitante/ano poderiam estar sendo cobertos apenas 5000 habitantes, com uma concentração de 6 consultas/habitantes/ano quando calculada em relação à população efetivamente coberta. Nesse caso, uma concentração de consultas aparentemente aceitável estaria encobrindo uma cobertura de apenas 50% da população.

Certamente, a variável mais apropriada para expressar o grau de cobertura é dada pelo número de pessoas atendidas/habitantes. Entretanto, as informações requeridas só poderiam ser obtidas a partir de inquéritos populacionais que permitissem identificar necessidades atendidas.

De qualquer forma a utilização das variáveis consultas e internações por habitante somente parece adequada quando relacionada com o nível estadual. No caso dos municípios, o uso dessas variáveis na razão inversa poderia desestimular o atendimento de moradores de municípios vizinhos, que teriam a sua concentração de consultas diminuída e, conseqüentemente, receberiam, segundo este critério, um volume maior de recursos.

IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diferentes formas de descentralização de recursos financeiros anteriormente analisadas apresentam contribuições importantes e deixam lugar para alguns questionamentos que foram apontados. É a partir dessa discussão, que não se pretende exaustiva, que podem ser esboçadas algumas considerações de ordem mais geral.

Para selecionar os critérios para repasse de recursos financeiros, e as variáveis que serão usadas na sua operacionalização, deve-se inicialmente definir as populações que se pretende beneficiar e os resultados que se desejam incentivar, ou seja, é necessário construir a imagem-objetivo que se procura alcançar.

Cabe salientar que, na medida em que exista uma mudança na imagem-objetivo pretendida, as variáveis e provavelmente os próprios critérios deverão ser redefinidos.

Por outro lado, é necessário aprofundar a discussão no que se refere mais especificamente aos critérios, e principalmente às variáveis recomendadas para a descentralização de recursos para a esfera municipal.

Em qualquer caso, recomenda-se realizar estudos de correlação entre as

variáveis que sejam utilizadas, visando evitar tanto a potencialização quanto a anulação de seus efeitos distributivos.

Finalmente, em todas as hipóteses, deverão ser pensados instrumentos de acompanhamento, que permitam avaliar se os recursos estão sendo dirigidos para solucionar os principais problemas de saúde identificados nos diagnósticos locais.

BIBLIOGRAFIA

- CHORNY, A.H. *Análise das propostas alternativas para o financiamento do setor saúde no Brasil*. ENSP/FIOCRUZ, 1986.
- DORNELES, J., et alii. *Análise da distribuição dos recursos financeiros para a assistência à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul e proposta da operacionalização dos critérios para sua distribuição*. Porto Alegre, 1991, mimeo.
- VIANNA, S. M., et alii. *O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios*. Brasília, OPS, 1990 (Série Economia e Financiamento, 1).

TABELA 6

Distribuição Percentual Simulada segundo Novos Critérios Comparada com a Distribuição Percentual da População e com a Repartição dos Recursos Observada em 1989

Grandes Regiões e Estados	Critérios (%)							População (%)	Aplicações 1989 (%)
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	Sfatese		
NORTE	8,56	5,78	6,44	3,33	8,01	8,10	6,86	5,86	6,03
Amazonas	1,79	1,12	1,26	1,02	2,15	2,33	1,61	1,32	1,64
Pará	4,37	3,31	3,87	2,00	3,94	3,65	3,52	3,30	2,53
Acre	0,53	0,22	0,34	0,07	0,59	0,29	0,34	0,28	0,36
Rondônia	1,32	0,82	0,97	0,16	1,33	1,07	0,94	0,72	0,98
Roraima	0,23	0,09	....	0,03	....	....	0,12	0,08	0,36
Amapá	0,32	0,22	....	0,05	....	0,75	0,33	0,17	0,17
NORDESTE	45,26	24,62	34,46	45,51	43,18	33,63	37,71	28,54	22,02
Maranhão	2,87	2,55	2,17	6,26	5,71	2,07	3,60	3,44	2,72
Piauí	1,41	1,68	2,02	4,19	1,48	1,67	2,07	1,78	1,34
Ceará	4,81	5,42	3,52	7,26	5,11	4,04	5,02	4,31	3,54
Rio G. do Norte	1,46	1,70	1,56	2,19	1,13	1,70	1,62	1,55	1,58
Paraíba	4,98	1,86	3,37	4,18	2,45	1,70	3,08	2,17	2,12
Pernambuco	12,59	3,74	4,42	6,82	8,09	6,09	6,95	4,91	4,00
Alagoas	4,71	1,27	2,37	2,64	4,67	1,83	2,91	1,62	1,44
Sergipe	1,38	1,24	1,75	1,36	0,89	1,22	1,30	0,94	0,85
Bahia	11,05	5,16	13,28	10,61	13,65	13,32	11,16	7,82	4,43
SUDESTE	30,88	44,56	41,54	31,85	29,92	39,70	36,35	43,60	48,58
Minas Gerais	9,33	7,32	9,76	10,72	9,76	8,00	9,13	10,58	7,51
Espírito Santo	1,90	2,29	1,27	1,61	0,99	1,44	1,58	1,68	1,39
Rio de Janeiro	6,35	7,93	5,84	6,59	6,91	10,53	7,35	9,39	21,21
São Paulo	13,30	27,02	24,67	12,93	12,27	19,73	18,29	21,95	18,47
SUL	9,97	17,45	11,10	13,70	11,50	11,45	12,51	15,16	12,69
Paraná	4,87	8,25	5,13	5,73	4,54	4,91	5,56	6,06	4,10
Santa Catarina	1,87	4,31	2,55	2,73	2,21	2,16	2,63	2,98	2,28
Rio G. do Sul	3,23	4,89	3,42	5,24	4,75	4,37	4,31	6,12	6,31
CENTRO-OESTE	5,33	7,59	6,46	5,61	7,39	7,12	6,57	6,84	10,67
Mato Grosso	1,01	1,17	1,21	0,88	2,28	0,91	1,24	1,14	0,75
Mato Grosso do Sul	1,07	1,64	0,54	0,98	1,07	1,14	1,07	1,19	0,87
Goiás	2,46	3,25	1,11	3,22	3,16	1,88	2,51	3,28	3,50
Distrito Federal	0,79	1,53	3,60	0,53	0,87	3,20	1,75	1,22	5,56
BRASIL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: Vianna et alii (1990).

Critérios: C1 - situação sanitária; C2 - desempenho técnico; C3 - participação do setor saúde no orçamento estadual; C4 - nível de renda; C5 - grau de cobertura (consultas médicas); C6 - grau de cobertura (internações hospitalares).

Descentralização e Repartição de Encargos no Sistema Único de Saúde – SUS

Solon Magalhães Vianna
Sérgio Francisco Piola
do IPEA

O artigo discute os dispositivos constitucionais no campo da saúde referentes à descentralização e distribuição de encargos entre os três componentes da federação e, ainda, o entendimento que foi dado a esses dispositivos na sua regulamentação. Com base nessa análise, é proposta uma nova partição de encargos a partir de um desenho, mais claro que o atual, do papel da União no Sistema Único de Saúde – SUS. A eventualidade dessa matéria ser objeto de emenda ou de revisão constitucional fixada para 1993 está também tratada, bem como o desempenho dos diferentes atores envolvidos nesse projeto político. Na sua parte final, o artigo sumariza algumas questões julgadas pelos autores como as de maior relevância no processo de descentralização dos serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

Na segunda metade da década de 70, 51,3% das receitas tributárias disponíveis ficavam com a União, cabendo aos estados e municípios, respectivamente, 34,5% e 14,2%. Em 1993, quando a nova partição constitucional estiver totalmente implementada, esses percentuais serão de 36,5% (União), 40,7% (estados) e 22% (municípios). “*Isto, sem qualquer redistribuição de encargos*” [Galvêas (1991)].

Este novo contexto decorre da objetividade com que os constituintes de 88 trataram a partilha tributária, buscando uma reversão gradual do centralismo imposto pela reforma de 1967. Precisa na redistribuição dos recursos, a nova constituição é ambígua na redefinição de encargos. É o que acontece na área da saúde [Wafae, (1991)], como se discutirá mais adiante, onde União, estados e municípios compartilham responsabilidades.

O tema, longe de estar esgotado, como se esperava que ficasse a partir do advento da lei nº 8.080 de 1993 de setembro de 1990, regulamentando os dispositivos constitucionais pertinentes à saúde, permanece oportuno e atual. Por um lado, porque, a despeito de descer a detalhes em alguns pontos, a lei deixou outros a descoberto ou sujeitos à múltiplas leituras; de outro, porque a revisão constitucional de 1993 (C.F., ADCT, Art. 3º) – ou antes disto, a julgar pelo que divulga a imprensa – deverá incorporar à sua agenda a reforma tributária e o reexame da partição de funções entre os três componentes da Federação.

O objetivo principal deste artigo é alimentar o debate. O documento está organizado em quatro capítulos, além desta introdução. O primeiro dis-