Publicação Preliminar

POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE

SAÚDE

Autores(as): Edvaldo Batista de Sá, Fabiola Sulpino Vieira, Luciana Mendes Santos Servo, Rodrigo Pucci de Sá e Benevides e Sergio Francisco Piola

Produto editorial: Boletim
Cidade: Brasília
Editora: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano: 2022
Edição 1ª

O Ipea informa que este texto não foi objeto de padronização, revisão textual ou diagramação pelo Editorial e será substituído pela sua versão final uma vez que o processo de editoração seja concluído.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
CAPÍTULO SAÚDE[1]

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por objetivo apresentar à sociedade e aos gestores públicos uma agenda para a formulação de políticas pelo governo federal, visando à redução das desigualdades em saúde a partir de ações a serem implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma agenda de problemas públicos prioritários para enfrentamento pelos governos pode ser formada em qualquer momento, mas são especialmente oportunos para a sua constituição os períodos eleitorais, em razão das promessas públicas que os candidatos aos cargos eletivos fazem em suas campanhas, e os períodos de elaboração dos planos plurianuais (PPA), que se seguem após as eleições no caso brasileiro, pela possibilidade de sua tradução em ações concretas, visando ao enfrentamento dos problemas priorizados. Dessa forma, é neste momento favorável à constituição de uma agenda e com a expectativa de que o tema das desigualdades em saúde seja priorizado em âmbito federal que se apresenta essa proposta de agenda para a saúde no Brasil.

Desigualdades em saúde se referem às diferenças observáveis na saúde entre indivíduos ou grupos populacionais (Arcaya, Arcaya e Subramanian, 2016). Dentre as desigualdades em saúde existem aquelas que se originam em diferenças de poder, de capacidade financeira e de posse de recursos[2]. Estas são socialmente determinadas e denominadas iniquidades em saúde (Mújica e Moreno, 2019). Vários estudos e estatísticas indicam que o Brasil é um país extremamente desigual em termos socioeconômicos. Em 2021, por exemplo, os 10% mais ricos capturaram 59% da renda total nacional enquanto metade da população ficou com aproximadamente 10%. Esse resultado colocou o país entre aqueles de maior desigualdade de renda do mundo (Chancel et al, 2022).

Progressos na redução das desigualdades ocorreram em anos recentes, mas foram interrompidos no contexto da crise econômica, fiscal e política que afetou fortemente o Brasil a partir de meados dos anos 2010. Na última década, a desigualdade medida pelo índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar per capita, que vinha em uma trajetória decrescente entre 2012 e 2015, voltou a subir até 2019, tendo uma redução em 2020[3], associada aos programas sociais implementados neste último ano como resposta governamental à pandemia da Covid-19 (IBGE, 2021). As desigualdades socioeconômicas não apenas se manifestam no campo da saúde como mais uma subcategoria de desigualdades, mas acima de tudo reforçam e ampliam as diferenças de

[1] Colaboradores: Edvaldo Batista de Sá, Fabiola Sulpino Vieira, Luciana Mendes Santos Servo, Rodrigo Pucci de Sá e Benevides e Sergio Francisco Piola.

[2] Aspectos genéticos também podem gerar diferenças na saúde de indivíduos ou grupos populacionais, embora se reconheça que a base genética não desencadeia sozinha o processo da doença, sendo preciso considerar as ocorrências, condições, agravos e barreiras de acesso aos serviços de saúde, decorrentes das condições desfavoráveis de vida da população exposta (Cunha, 2003).

[3] O índice de Gini da distribuição do rendimento domiciliar per capita foi de: 0,540 em 2012; 0,524 em 2015; 0,544 em 2019; e 0,524 em 2020 (IBGE, 2021).

níveis de saúde entre grupos populacionais. Como se verá mais adiante neste texto, fatores relacionados às condições nas quais as pessoas vivem e trabalham determinam a sua saúde.

Essa desconfortável posição brasileira, a despeito da promulgação da Constituição Federal de 1988, que tem entre os seus objetivos a redução das desigualdades no país (Brasil 1988), mostra que os esforços dos últimos 34 anos, entre marchas e contramarchas, não foram suficientes para elevar o país ao nível daqueles de maior igualdade socioeconômica. No caso da saúde, o texto constitucional reconhece em seu art. 196 que os níveis de saúde da população dependem não apenas do acesso aos serviços de saúde, mas também de políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de adoecimento (Brasil, 1988). Os fatores que determinam e condicionam a saúde foram explicitados no art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, entre eles, a moradia, o saneamento básico, a educação, o trabalho e a renda (Brasil, 1990).

Como se pode constatar, não falta ao Brasil mandamento constitucional-legal como força indutora de mudanças estruturais nas condições de vida e de trabalho da população, com repercussões sobre o seu bem-estar físico, mental e social. Mas se não se trata de uma falta de visão sobre as suas causas ou de base legislativa para a atuação dos governos, a que se devem as expressivas e persistentes desigualdades em saúde? A resposta não é simples. Problemas estruturais e complexos, de raízes profundas, certamente explicam parte do problema, e estão na origem de disputas sobre o papel do Estado e de conflitos distributivos que comprometem a implementação de políticas públicas, de forma sustentada no tempo, voltadas à promoção da equidade no cuidado de saúde, ou seja, de "igual acesso ao cuidado disponível para iguais necessidades, igual utilização para igual necessidade e igual qualidade do cuidado para todos" (Whitehead, 1992, p. 434). A mudança dessa realidade depende do interesse e do esforço dos governos.

Como será discutido mais adiante, diversos fatores determinam a saúde, entre eles o acesso a serviços e bens de saúde. No Brasil, o SUS cumpre papel fundamental na redução das desigualdades nessa área e, por isso, decidiu-se focar a agenda apresentada neste texto nos problemas desse sistema que ainda comprometem a sua capacidade de assegurar o acesso a serviços de forma universal, equitativa e integral. Ao se lançar o olhar para o SUS, várias dimensões podem ser utilizadas na análise das desigualdades em saúde como, por exemplo, por gênero, escolaridade e renda. Entre essas dimensões, o território ocupa um lugar de destaque porque está na base da conformação desse sistema, que deve garantir atendimento integral à população em uma rede regionalizada e hierarquizada. Por isso, a opção de analisar prioritariamente as desigualdades regionais em saúde, sempre que os dados e evidências disponíveis permitirem.

A regionalização do sistema de saúde se estrutura a partir de uma organização do território em macrorregiões e regiões de saúde como lócus de resposta para demandas de diferentes níveis de complexidade. Enquanto se espera que a atenção básica seja ofertada em todos os municípios, os serviços de média e de alta complexidade demandam especialização e escalas diferenciadas. Assim, os serviços de média complexidade, que envolvem consultas especializadas, exames e cirurgias menos complexas, são pensados para serem ofertados nas regiões de saúde, ao passo que os serviços de alta complexidade deveriam ser ofertados nas macrorregiões de saúde ou em redes de atenção, que podem abranger macrorregiões não contíguas (Servo, 2020). Essa territorialização da saúde não

é, em geral, igual à territorialização (macro e microrregional) do IBGE (Duarte, Contel, Balbim, 2013).

Esclarecido o caminho adotado para discussão sobre as desigualdades em saúde, passa-se à apresentação do conteúdo deste capítulo, que está dividido em quatro seções, incluindo esta introdução. Na segunda seção, apresenta-se o modelo teórico de determinação social da saúde e, consequentemente, das causas das iniquidades em saúde. Na seção seguinte, terceira seção, discute-se a agenda proposta, justificando-se por que os problemas elencados são relevantes o suficiente para serem objeto da ação governamental. Nessa agenda, priorizaram-se a insuficiência do financiamento federal do SUS e a desigualdade no acesso à atenção à saúde, destacando-se as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as doenças infecciosas, as dificuldades existentes de acesso à atenção primária à saúde e aos serviços especializados na rede regionalizada. Por fim, na quarta seção, são apontados alguns caminhos e desafios à implementação de políticas para enfrentamento desses problemas.

2. DETERMINANTES DA SAÚDE E DAS INIQUIDADES EM SAÚDE

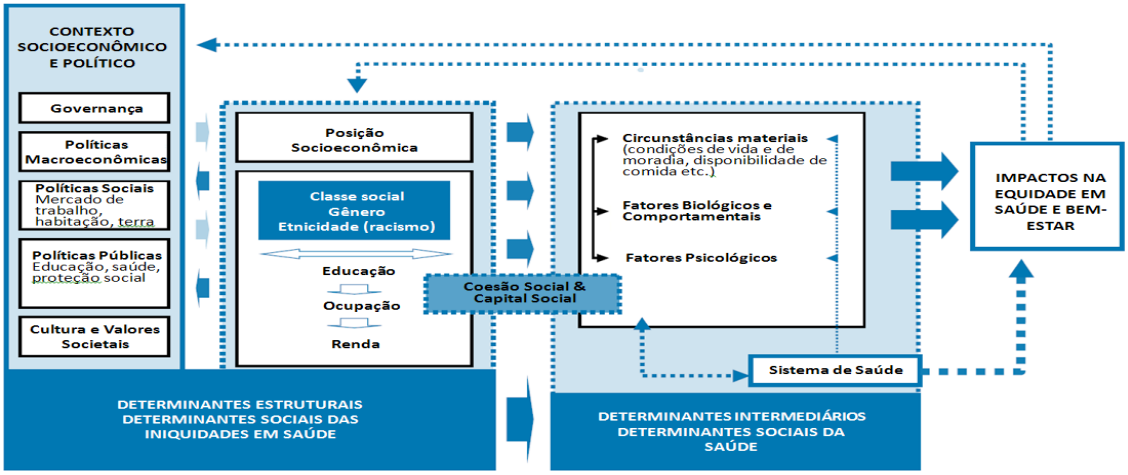
A formulação de políticas para combater as iniquidades em saúde requer a compreensão dos fatores que determinam a saúde e dos mecanismos e processos que geram as desigualdades em saúde, além da definição de critérios distributivos para guiar a alocação dos recursos necessários.

Desde a primeira metade da década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem promovendo estudos com o objetivo de fornecer bases teóricas e conceituais para guiar os trabalhos empíricos sobre os determinantes da saúde[4] e as desigualdades em saúde. A Figura 1 abaixo apresenta o modelo mais recente, que separa os determinantes da saúde entre os fatores relativos à estrutura socioeconômica e política vigente na sociedade e as condições de vida dela resultantes. Esse modelo foi adotado no Brasil pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)[5], que teve um papel relevante para a produção de evidências sobre as iniquidades em saúde e na defesa da formulação de políticas públicas que as enfrentem.

[4] No Brasil, o Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz mantém o Portal sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) com o objetivo de "constituir-se num espaço aberto de informação, referência, comunicação e diálogo entre os diversos atores de governo e da sociedade civil encarregados de definir e implementar políticas e programas de combate às iniquidades em saúde por meio da ação sobre os DSS". Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

[5] A CNDSS foi criada por decreto em 2006 com os objetivos de: i) apoiar e articular a atuação do Poder Público, instituições de pesquisa e da sociedade civil sobre determinantes sociais relacionados à melhoria da saúde e redução das iniquidades sanitárias; ii) promover modelos e práticas efetivas relacionadas aos DSS e voltados à inserção da equidade em saúde nas políticas de governo; iii) contribuir para a formulação e implementação de políticas, planos e programas de saúde baseados em intervenções sobre os determinantes sociais que condicionam o nível de saúde; iv) organizar e gerar informações e conhecimentos voltados a informar políticas e ações sobre os DSS; e v) mobilizar setores de governo e a sociedade civil para atuar na prevenção e solução dos efeitos negativos de DSS (Brasil, 2006). Foi extinta pelo Decreto nº 9.759, de 2019, juntamente com outros colegiados da administração pública federal (Brasil, 2019a), sendo o decreto de sua criação formalmente revogado meses depois pelo Decreto nº 10.087 (Brasil, 2019b).

Figura 1: Determinantes da Saúde e das Desigualdades em Saúde: Arcabouço Conceitual



Fonte: Solar e Irwin (2010)

A OMS define os determinantes sociais da saúde como as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e o conjunto amplo de forças e sistemas que dão forma às condições da vida diária (WHO, 2022). Essas circunstâncias resultam da distribuição dos recursos e do poder a nível mundial, nacional e local e são influenciadas pela forma como a sociedade se organiza para tomar e implementar decisões (governança), pelas políticas públicas de modo geral e pela cultura e valores sociais. O contexto socioeconômico e político define diferentes exposições a riscos à saúde e vulnerabilidades em termos de condições de saúde e acesso a recursos, que são retratadas por meio de um sistema de estratificação social em que cada estrato é definido conforme a renda, a educação, a ocupação e a capacidade de influenciar a tomada de decisões relevantes para a sociedade. Além destes estratificadores, a posição social também é condicionada por características individuais como gênero, idade, raça/etnia, incapacitações físicas e mentais, inclusive as derivadas de heranças genéticas, localização geográfica ou outras características historicamente ligadas à discriminação e exclusão.

Em conjunto, o contexto socioeconômico e político e a posição socioeconômica na hierarquia social definem as circunstâncias materiais e psicossociais, que, juntamente com os fatores biológicos e comportamentais e o sistema de saúde, definem os resultados individuais de saúde. Os valores culturais e sociais podem afetar a saúde de diferentes grupos populacionais devido, por exemplo, às crenças religiosas predominantes e à discriminação, mas também devido ao valor dado à saúde e ao grau em que ela é considerada uma questão coletiva, pois eles impactam a política de saúde e a forma como se organiza, se financia e se provê atenção à saúde.

Como mostram as três primeiras colunas da Tabela 1, existem consideráveis desigualdades em saúde quando comparamos diferentes grupos populacionais no Brasil. Por exemplo, o grupo populacional com ensino fundamental incompleto tem uma probabilidade cinco vezes maior de reportar saúde ruim quando comparado ao grupo com nível superior ou pós-graduação. Maior nível de escolaridade está associado não somente a melhor saúde reportada, mas também a, dentre outros maior esperança de vida (Messias, 2003; Rasella *et al*, 2013), a melhor saúde bucal (Ferreira *et al*, 2020) e a menores níveis de morbimortalidade devido à violência (Morais Neto *et al*, 2016; Wanzinack *et al*, 2018). Os benefícios da educação para a saúde também se manifestam intergeracionalmente, pois pais mais escolarizados têm filhos mais saudáveis (Reis, 2012; Gamper-Rabindran *et al*, 2010). Elevadas desigualdades em saúde também são verificadas quando comparamos homens e mulheres, jovens e idosos, pobres e ricos, brancos e não-brancos, empregados e desempregados.

TABELA 1
Desigualdades em saúde e atenção à saúde: razão de chances (RC)

Fator	Variável	RC	Fator	Variável	RC
	Saúde			**Atenção à Saúde**	
	Saúde Reportada Ruim			**Consultas Médicas nos Últimos 12 meses (Mullachery et al, 2016)**	
Sexo	Homem	1,00	**Sexo**	Homem	1,00
	Mulher (Giatti *et al*, 2010)	1,38		Mulher	1,25
Idade	18-24 anos	1,00	**Idade**	18-24 anos	1,00
	60 ou + anos (Massa *et al*, 2018)	3,99		65 ou + anos	1,12
Classe Social	Setor de Residência Rico	1,00	**Classe Social**	Pobre	1,00
	Favela (Szwarcwald *et al*, 2011)	3,02		Não Pobre	1,08
Educação	Ensino Superior	1,00	**Educação**	Primário Incompleto	1,00
	Fundamental Incompleto (Massa *et al*, 2018)	5,00		Superior ou +	1,11
Comportamentos	(Giatti *et al*, 2010)		**Plano de Saúde**	Não	1,00
	Tabagismo*	2,00		Sim	1,34
	Dieta (Menor Consumo de Frutas e Legumes)**	1,59	**Cobertura ESF**	Não	1,00
Cor da Pele	Branca	1,00		Sim	1,05
	Indígena/Amarela (Massa *et al*, 2018)	2,74	**Zona Residencial**	Rural	1,00
	Preta (Chiavegatto Filho e Laurenti, 2013)	1,75		Urbana	1,02
	Parda (Chiavegatto Filho e Laurenti, 2013)	1,39	**Região Geográfica**	Norte	1,00
Ocupação	Empregado	1,00		Nordeste	1,02
	Desempregado (Giatti *et al*, 2010)	1,29		Centro-oeste	1,04
Renda	Até 2 S.M. (Chiavegatto Filho e Laurenti, 2013)	1,85		Sul	1,08
	10 ou + S.M.	1,00		Sudeste	1,08

Fonte: Elaboração própria.
*Comparado ao grupo de não fumantes.
**Comparado ao grupo com maior consumo de frutas e legumes.

Da mesma forma que acontece com os resultados de saúde, o acesso à atenção à saúde é socialmente determinado, isto é, ele é influenciado pelas políticas sociais que definem oportunidades de uso, utilização, financiamento e qualidade dos serviços de saúde (Gulliford *et al*, 2002; Braveman, 2003; Braveman e Gruskin, 2003). Barreiras ao acesso à atenção à saúde podem ser geográficas, organizacionais, informacionais, culturais e financeiras. As barreiras geográficas dizem respeito à disponibilidade dos serviços de saúde no espaço e incluem sua distribuição territorial e dificuldades de transporte para acessá-los. As barreiras organizacionais incluem os regulamentos referentes à provisão dos serviços de saúde, o tempo de espera para marcação de consultas e exames, o tempo de espera para atendimento, o horário de atendimento etc. As barreiras informacionais tratam da assimetria de informação entre os atores do sistema de saúde. Incluem, por exemplo, o conhecimento de problemas de saúde, tratamentos e provedores disponíveis tanto por profissionais quanto pela população. As barreiras culturais englobam a religião, a língua ou outros aspectos comportamentais. Quanto às barreiras financeiras, a questão de maior importância diz respeito à capacidade de pagamento por atenção à saúde que, além da renda, engloba os custos de utilização[6] e a forma de financiamento dos serviços de saúde.

Os fatores mais relevantes para as desigualdades na utilização de serviços de saúde são a forma de financiamento, a educação, a renda e a oferta de serviços de saúde. Por exemplo, o estudo de Mullachery *et al* (2016) reportado na Tabela 1 estima que a probabilidade do grupo populacional coberto por planos e seguros de saúde realizar consulta médica é 34% maior quando comparado ao grupo não coberto no Brasil, mas existem evidências de que essas diferenças podem ser superiores a 100% na utilização de outros serviços de saúde (Mullachery *et al*, 2016; Boccolini e Souza Jr, 2016). A relevância da renda e da cobertura por planos e seguros de saúde para as desigualdades na utilização de serviços de saúde mostra que as barreiras financeiras são particularmente relevantes para as desigualdades no acesso à atenção à saúde no Brasil e existem evidências da existência de gastos catastróficos com saúde, que são definidos como a situação em que os gastos diretos com atenção à saúde comprometem uma elevada proporção da renda domiciliar, impedindo o consumo de outros bens e serviços essenciais ou levando as famílias à pobreza (Barros *et al*, 2011; Ugá e Santos, 2007). No país, os gastos com medicamentos das famílias mais pobres respondem pela grande maioria dos gastos diretos de bolso, contribuindo, assim, para os gastos catastróficos em saúde (Boing et al., 2014; Garcia et al., 2013; Silveira, Osório e Piola, 2007).

Considerando-se que tantos fatores contribuem para as desigualdades em saúde e na distribuição dos recursos de saúde, como definir as desigualdades que devem ser objeto de intervenções por parte das políticas públicas?[7] Dahlgren e Whitehead (2006) propõem que apenas as desigualdades injustas e evitáveis por intervenções razoáveis devem ser

[6] Os custos de utilização incluem, entre outros, os relacionados ao deslocamento até a unidade de saúde e à alimentação, e custos de oportunidade.

[7] Termos como desigualdades, disparidades, diferenças, iniquidades, dentre outros, são adotados na discussão a respeito da equidade em saúde e atenção à saúde. Os leitores interessados nestas distinções podem consultar, por exemplo, Barata (2001). Para os objetivos deste texto, contudo, faz-se distinção apenas entre desigualdades e iniquidades. Desigualdades referem-se a toda e qualquer discrepância ou qualquer outro termo que signifique que os indicadores estimados de saúde ou de acesso à atenção à saúde não são os mesmos quando comparamos diferentes grupos populacionais. Iniquidades, por sua vez, referem-se a desigualdades que se julga que devem ser objeto de intervenções por meio de políticas públicas.

motivo de preocupação, isto é, devem ser consideradas iniquidades em saúde. Whitehead (1992) não considera injustas nem evitáveis as desigualdades em saúde devido a diferenças biológicas naturais, como as existentes entre os homens e as mulheres ou entre grupos etários, que não sejam relacionadas às discriminações de gênero ou por idade, ou de diferenças em comportamentos escolhidos livremente que coloquem a saúde em risco, como a prática de esportes radicais. Em contraposição, as desigualdades resultantes de comportamentos prejudiciais à saúde condicionados por circunstâncias em que o grau de escolha sobre o estilo de vida é restrito, da exposição a condições de vida e trabalho insalubres e estressantes e do acesso inadequado à atenção à saúde e a outros serviços públicos essenciais são consideradas iniquidades em saúde.

Comportamentos de risco, como o tabagismo, o alcoolismo e o consumo de drogas ilícitas, costumam ser adotados ainda na adolescência por influência de pais e amigos ou podem resultar de eventos traumáticos e estressantes (Vieira *et al*, 2008; Maté, 2022). Pessoas desfavorecidas socioeconomicamente, como os moradores de favelas, que são aglomerações densamente povoadas, sem planejamento urbano, com acesso inadequado a serviços básicos, com habitações insalubres, com elevadas taxas de pobreza e caracterizadas por exclusão social e do mercado formal de trabalho, são mais expostas e vulneráveis a riscos à saúde (Giatti *et al*, 2010). A provisão efetiva de atenção à saúde está estreitamente ligada à noção de equidade, sendo, portanto, necessário assegurar que recursos adequados sejam mobilizados para atender às necessidades de saúde dos diferentes grupos populacionais.

Embora a definição de iniquidades em saúde proposta por Dahlgren e Whitehead (2006) seja amplamente aceita, a evitabilidade das desigualdades e a razoabilidade das intervenções para combatê-las como critérios de equidade são questionáveis. Braveman e Gruskin (2003), por exemplo, argumentam que o critério de evitabilidade é desnecessário, pois afirmar que desigualdades são injustas implica considerá-las evitáveis. Adicionalmente, que critérios devem ser adotados para definir intervenções razoáveis? Baixo custo? Facilidade política de implementação? Algumas iniquidades requerem mudanças fundamentais nas estruturas sociais, econômicas e políticas e essa certamente não é uma tarefa barata nem de fácil implementação.

Assim, adota-se aqui a definição proposta por Braveman (2014): buscar equidade em saúde requer que sejam envidados esforços para atingir o máximo grau possível de saúde para todas as pessoas e dar especial atenção às necessidades dos mais vulneráveis a resultados de saúde ruins, devido às suas condições sociais. As razões para isso podem ser encontradas nas fartas evidências que ligam desvantagens socioeconômicas com doenças, incapacitações, sofrimento e morte prematura evitáveis e na existência de políticas sociais que podem combater essas desvantagens, como as políticas de transferência de renda, a tributação progressiva, as leis que fixam o salário-mínimo e proíbem a discriminação no mercado de trabalho etc. Também podem ser encontradas razões com esse fim em princípios éticos e de direitos humanos.

3. AGENDA DA SAÚDE

O sistema de saúde tem papel crucial na determinação da saúde devido à sua capacidade de, ao assegurar acesso a atenção à saúde efetiva, reparar os danos causados por fatores sociais na saúde e impedir que a doença afete de forma negativa a posição

socioeconômica das pessoas, especialmente das mais vulneráveis, empurrando-as ainda mais para baixo na hierarquia social e as expondo a maiores riscos à saúde (Irwin e Scali, 2010).

No Brasil, a saúde é reconhecida pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) como direito que deve ser assegurado pelo Estado por meio de políticas sociais e econômicas e pelo acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Para garantir acesso aos serviços de saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade e a integralidade da atenção à saúde. Contudo, a CF/88 também declara que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Como consequência, aproximadamente 25% da população, além de ter direito à atenção à saúde prestada pelo SUS, conta com cobertura por planos e seguros privados de saúde, que, como vimos, é um dos determinantes das desigualdades na utilização de atenção à saúde. Além disso, os gastos diretos do bolso são bastante elevados no país, e representaram em 2019, 87,7% dos gastos com medicamentos no país, enquanto somente 10,0% foram financiados pelo governo e 2,3% pelos planos e saúde (Brasil, 2022a).

O financiamento público voltado para a atenção universal e integral é fundamental para reduzir as desigualdades de acesso causadas pela lógica do financiamento privado, pois, ao contrário desta, não se baseia na capacidade de pagamento. Considerando a importância do governo federal na indução de políticas públicas para redução das desigualdades nacionais, a próxima seção irá tratar de problemas que merecem atenção do Poder Público, especialmente do Executivo Federal. Analisam-se a situação dos recursos financeiros federais alocados ao SUS, alguns marcadores de necessidades de saúde relacionados à atenção às doenças crônicas não transmissíveis e às doenças infecciosas, dois grupos com grande destaque no perfil epidemiológico da população brasileira, e a organização territorial dos serviços públicos de saúde.

3.1. *SUS: insuficiência e desigualdades na alocação federal*

Nesta seção, discutem-se as desigualdades regionais no financiamento do SUS e o papel do Poder Executivo na sua redução. Ademais, abordam-se a alocação de recursos ao SUS, por meio de emendas parlamentares, e o novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde, dados os riscos de provocarem um agravamento das desigualdades na alocação dos recursos federais aos estados, Distrito Federal e municípios.

3.1.1. Desigualdades regionais no financiamento do SUS e o papel do governo federal

Em relação ao financiamento do SUS, há um reconhecimento amplo entre pesquisadores do tema no Brasil sobre a insuficiência do montante de recursos alocados ao sistema, mesmo diante da ampliação dos aportes pelas três esferas de governo a partir do início da vigência da EC 29/2000 até 2017, ainda que com maior esforço dos municípios. A ideia predominante é de que a União precisa aumentar a sua participação no financiamento do sistema público de saúde (Vieira, Piola e Benevides, 2019).

São utilizadas, como evidências do subfinanciamento do SUS, o baixo gasto público per capita brasileiro em comparação ao de países da América Latina com renda nacional semelhante, ao de países que possuem o mesmo tipo de sistema de saúde que o

SUS, ao gasto assistencial per capita das operadoras de planos privados de saúde ou ao gasto das famílias no próprio país (Brasil, 2022a; Vieira, Piola e Benevides, 2019; Barros e Piola, 2016). Também podem ser utilizadas como evidências desse quadro histórico as dificuldades financeiras do Ministério da Saúde nos anos 1990, que obrigaram o órgão a recorrer a empréstimos de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (Marques e Mendes, 2012) e a existência de vazios assistenciais[8] que comprometem o acesso de parte da população a serviços de saúde (Silva et al, 2017; Lima et al, 2012; Viana, Lima e Ferreira, 2010). A trajetória das discussões e medidas adotadas pelos governos em âmbito federal com repercussões negativas para o financiamento do SUS é um retrato da falta de priorização política para com o sistema (Vieira, Piola e Benevides, 2019; Santos, 2018; Vieira, 2016).

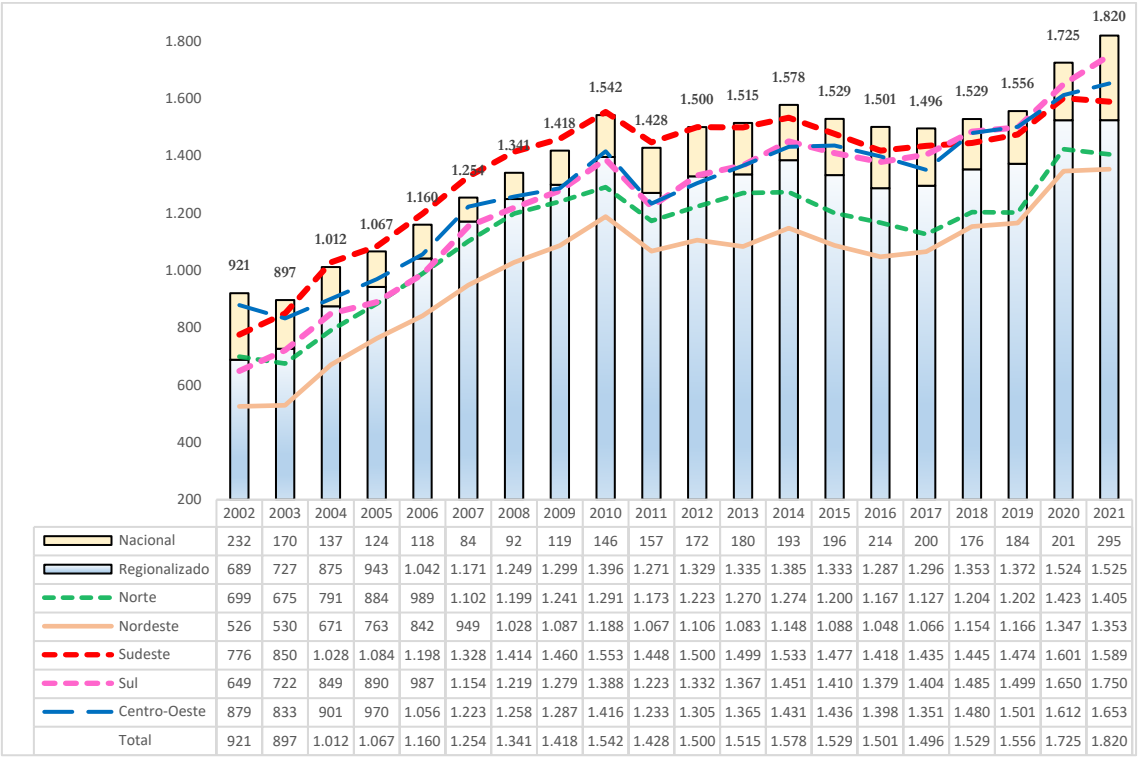
Em 2019, a despesa total com consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil correspondeu a 9,6% do produto interno bruto (PIB), sendo que o governo arcou com 39,6% (gasto público) e as famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias com 60,4% (gasto privado). Na comparação internacional, o percentual de aplicação total do Brasil em saúde em relação ao PIB não é significativamente diferente da média dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (8,8%). Entretanto, na composição entre o gasto público e o privado, o Brasil se distancia desses países, que têm, na média, um gasto público equivalente a 73,9% do gasto total em saúde. Por exemplo, no mesmo ano, o gasto público do Reino Unido, país com sistema de saúde equivalente ao SUS, foi de 78,4%; o da Alemanha foi de 84,6%, cujo sistema de saúde é do tipo seguro social; e o do Chile, que também adota o modelo de seguro social, foi de 60,6% (IBGE, 2022).

Em relação ao gasto público, há também desigualdades relevantes na alocação de recursos para o financiamento do SUS entre os entes da Federação, sendo essas diferenças explicadas, em grande parte, pela diferenciada capacidade fiscal dos municípios e estados, mesmo depois do recebimento de transferências constitucionais e legais por parte da União, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e o Fundo de Participação dos Estados (FPE), que têm o propósito de reduzir essas desigualdades entre os entes (Baião, Cunha e Souza, 2017; Lima, 2020).

O Gráfico 1, a seguir, mostra que o gasto público per capita em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) variou consideravelmente entre as grandes regiões, considerando-se os recursos alocados pelas três esferas de governo, mas que essas diferenças se reduziram em alguns anos. Em 2002, a participação do menor gasto, realizado na região Nordeste (R$ 526 per capita), em relação ao maior gasto, realizado na região Centro-Oeste (R$ 879 per capita) foi de 59,8%. Em 2019, ano anterior ao de início da pandemia da Covid-19 no Brasil, essa proporção foi de 77,7%, quando também o menor gasto foi registrado na região Nordeste (R$ 1.167 per capita) e o maior gasto na região Centro-Oeste (R$ 1.501 per capita).

[8] Vazios assistenciais se referem a locais sem oferta ou com oferta insuficiente de infraestrutura ou de recursos humanos, considerando-se os padrões preconizados pelas políticas de saúde.

GRÁFICO 1
Gasto per capita em ASPS das três esferas de governo, total e por grande região geográfica (2002-2021)
(Em R$ de 2021)



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nacional	232	170	137	124	118	84	92	119	146	157	172	180	193	196	214	200	176	184	201	295
Regionalizado	689	727	875	943	1.042	1.171	1.249	1.299	1.396	1.271	1.329	1.335	1.385	1.333	1.287	1.296	1.353	1.372	1.524	1.525
Norte	699	675	791	884	989	1.102	1.199	1.241	1.291	1.173	1.223	1.270	1.274	1.200	1.167	1.127	1.204	1.202	1.423	1.405
Nordeste	526	530	671	763	842	949	1.028	1.087	1.188	1.067	1.106	1.083	1.148	1.088	1.048	1.066	1.154	1.166	1.347	1.353
Sudeste	776	850	1.028	1.084	1.198	1.328	1.414	1.460	1.553	1.448	1.500	1.499	1.533	1.477	1.418	1.435	1.445	1.474	1.601	1.589
Sul	649	722	849	890	987	1.154	1.219	1.279	1.388	1.223	1.332	1.367	1.451	1.410	1.379	1.404	1.485	1.499	1.650	1.750
Centro-Oeste	879	833	901	970	1.056	1.223	1.258	1.287	1.416	1.233	1.305	1.365	1.431	1.436	1.398	1.351	1.480	1.501	1.612	1.653
Total	921	897	1.012	1.067	1.160	1.254	1.341	1.418	1.542	1.428	1.500	1.515	1.578	1.529	1.501	1.496	1.529	1.556	1.725	1.820

Fontes: a) Arquivos de Repasse do Fundo Nacional de Saúde (https://portalfns.saude.gov.br/downloads/) para as transferências federais aos estados, DF e municípios; b) Siga Brasil (https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil) para as despesas do governo federal nas outras modalidades de aplicação; e c) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops) para as despesas dos estados, do DF e dos municípios.
Nota 1: Valores corrigidos monetariamente para preços de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) médio.
Nota 2: O gasto nacional corresponde à parcela da despesa que não pôde ser atribuída a uma determinada região. O gasto regionalizado equivale à parcela da despesa que pôde ser atribuída às regiões geográficas. Para mais detalhes sobre o método utilizado para regionalização do gasto federal, consultar o apêndice deste texto. O gasto total considera as despesas das três esferas de governo.
Nota 3: O estágio da despesa utilizado é o pagamento, incluindo os restos a pagar pagos no exercício financeiro.
Elaboração própria.

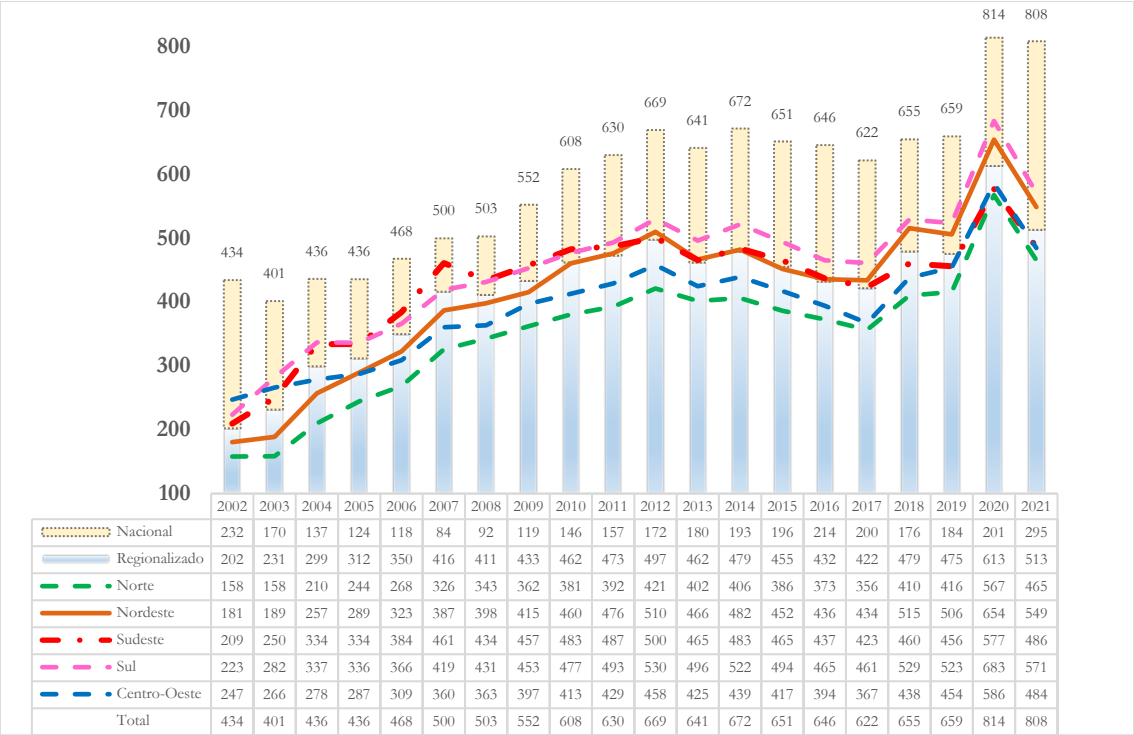
Os anos de 2020 e 2021 para a análise do gasto em ASPS são bem atípicos por causa dos recursos alocados ao enfrentamento da pandemia. O gasto público per capita total teve aumento de 10,9% em 2020 (R$ 1.725) em relação ao de 2019 (R$ 1.556) e de 5,5% em 2021 (R$ 1.820) em relação ao de 2020. Também cresceu o gasto per capita

nacional entre esses anos (60,5%), sendo de R$ 184 em 2019 e de R$ 295 em 2021, dirigido em grande parte pela aquisição de vacinas anticovid pelo Ministério da Saúde. Contudo, mesmo nos anos da pandemia, 2020 e 2021, observa-se que a proporção do menor gasto (Nordeste) em relação ao maior gasto per capita (Sul) entre as regiões se manteve nos patamares de 81,6% e 77,3% respectivamente. Isso é um indício de que os esforços dos governos central e subnacionais para a alocação de recursos ao combate da pandemia não alteraram significativamente as diferenças de gasto entre as regiões geográficas. Em outras palavras, houve ampliação do gasto total per capita em todas as regiões e esse aumento não afetou significativamente a proporção entre o menor e o maior gasto regional em relação a 2019. Entretanto, se considerarmos que as necessidades de investimentos para cobrir vazios assistenciais seriam muito maiores nas regiões Norte e Nordeste (Noronha et al, 2020; Castro et al, 2019), especialmente para ampliar a oferta de leitos e equipamentos durante a pandemia, em termos equitativos, a alocação de recursos deveria ser maior nessas regiões.

Vários fatores impactam o gasto em saúde. A demografia é um deles, mas não é o mais importante. O progresso tecnológico com a incorporação de novas tecnologias, o aumento na intensidade do uso de serviços e as mudanças nos padrões de morbidade e de mortalidade, com aumento das doenças crônicas degenerativas, constituem os principais fatores que contribuem para o aumento das despesas em saúde (Vieira, Piola e Benevides, 2019). A oferta maior de serviços e de tecnologias em saúde nas regiões Sul e Sudeste estão entre os fatores que explicam maior gasto dessas regiões em relação ao das regiões Norte e Nordeste, onde os vazios assistenciais são maiores e a falta de acesso ainda é um grande problema.

Analisando-se somente a alocação federal de recursos a partir dos dados apresentados no Gráfico 2, verifica-se que esta contribuiu para a redução das desigualdades regionais de financiamento do SUS na última década. Em 2002, a proporção entre o menor gasto registrado na região Norte (R$ 158 per capita) e o maior gasto realizado na região Centro-Oeste (R$ 247 per capita) foi de 63,9%. Em 2019 a proporção aumentou para 79,4% entre o menor gasto per capita de R$ 416 da região Norte e o maior gasto per capita de R$ 523 da região Sul. Nos anos da pandemia da Covid-19, 2020 e 2021, as proporções entre o menor e o maior gasto per capita por região foram de 83,0% e 81,5%, respectivamente.

GRÁFICO 2
Gasto federal per capita em ASPS, total e por grande região geográfica (2002-2021)
(Em R$ de 2021)



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nacional	232	170	137	124	118	84	92	119	146	157	172	180	193	196	214	200	176	184	201	295
Regionalizado	202	231	299	312	350	416	411	433	462	473	497	462	479	455	432	422	479	475	613	513
Norte	158	158	210	244	268	326	343	362	381	392	421	402	406	386	373	356	410	416	567	465
Nordeste	181	189	257	289	323	387	398	415	460	476	510	466	482	452	436	434	515	506	654	549
Sudeste	209	250	334	334	384	461	434	457	483	487	500	465	483	465	437	423	460	456	577	486
Sul	223	282	337	336	366	419	431	453	477	493	530	496	522	494	465	461	529	523	683	571
Centro-Oeste	247	266	278	287	309	360	363	397	413	429	458	425	439	417	394	367	438	454	586	484
Total	434	401	436	436	468	500	503	552	608	630	669	641	672	651	646	622	655	659	814	808

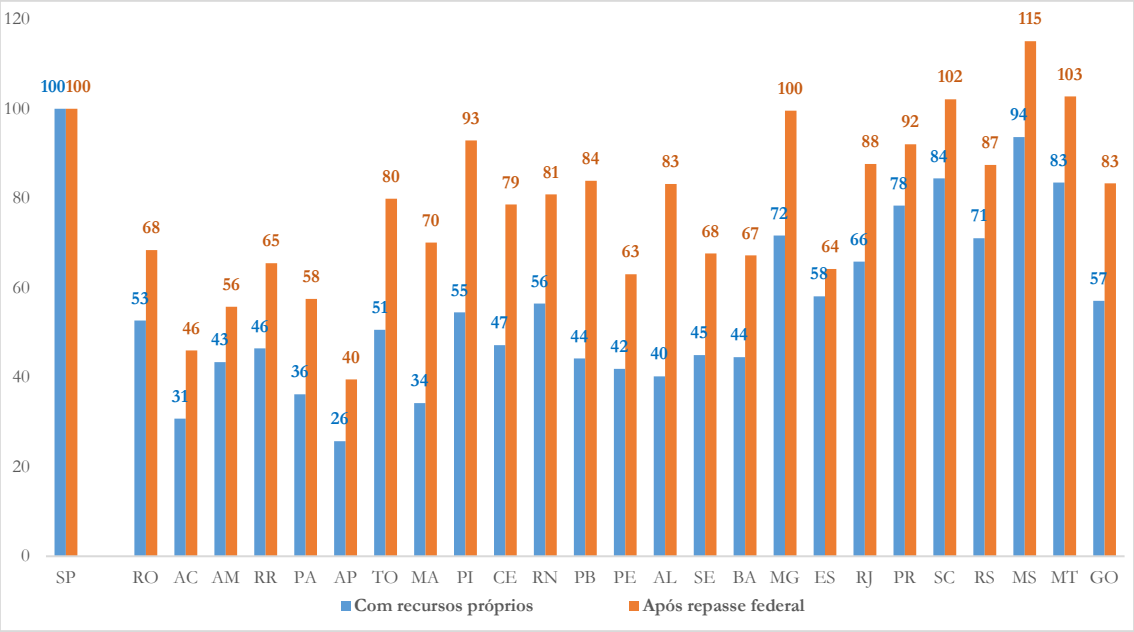
Fontes: a) Arquivos de Repasse do Fundo Nacional de Saúde (https://portalfns.saude.gov.br/downloads/) para as transferências federais aos estados, DF e municípios; b) Siga Brasil (https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil) para as despesas do governo federal nas outras modalidades de aplicação; e c) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops) para as despesas dos estados, do DF e dos municípios.
Nota 2: O gasto nacional corresponde à parcela da despesa que não pôde ser atribuída a uma determinada região. O gasto regionalizado equivale à parcela da despesa que pôde ser atribuída às regiões geográficas. Para mais detalhes sobre o método utilizado para regionalização do gasto federal, consultar o apêndice deste texto.
Elaboração própria.

Esse resultado fica mais evidente quando se analisam os dados apresentados no Gráfico 3 para os anos 2019 e 2021[9], que compara a participação do gasto per capita médio dos municípios por unidade federativa em relação ao realizado pelos municípios do estado de São Paulo, que registraram o maior valor médio de despesa com recursos próprios no país. Uma primeira constatação é que as participações do gasto se elevaram em todas as unidades federativas após o repasse federal em ambos os anos (soma do gasto com recursos próprios e do repasse federal), havendo casos em que após o repasse federal o gasto per capita do conjunto de municípios de alguns estados supera o gasto realizado pelo conjunto dos municípios do estado de São Paulo. Isso ocorreu em Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Santa Catarina em 2019 e para essas mesmas UF, além de Minas Gerais, em 2021. Em 2019 os municípios de Minas Gerais quase igualaram o valor per capita médio ao dos municípios do estado de São Paulo. Ou seja, as transferências federais diminuíram as diferenças de gasto per capita entre os municípios em 2019 e 2021.

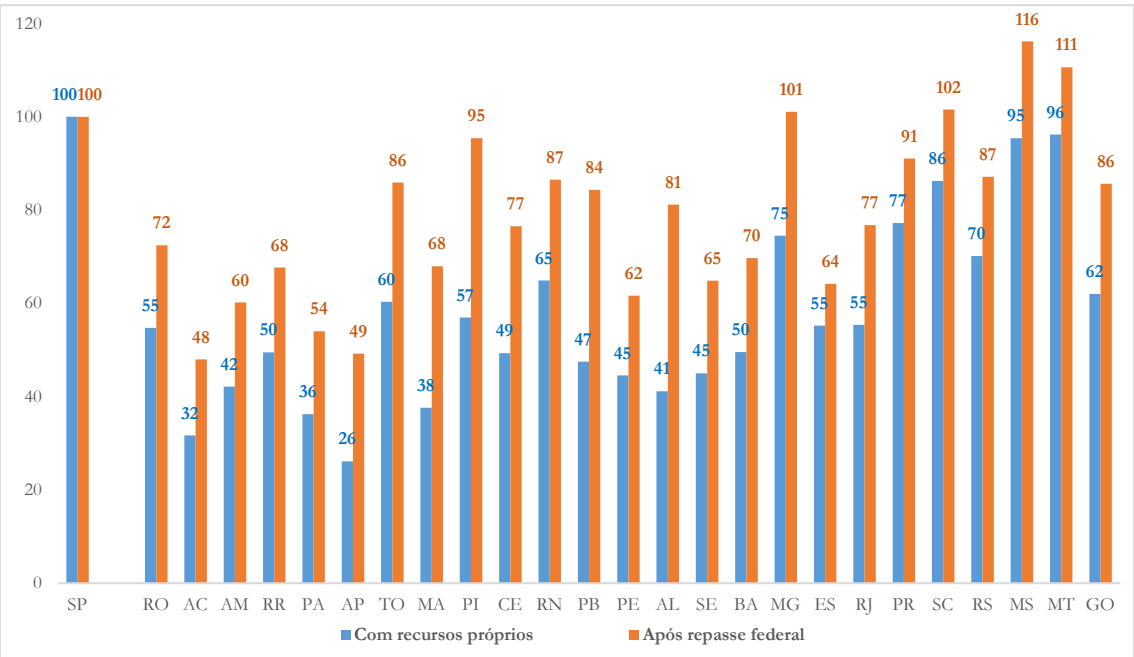
[9] Os dados foram apresentados para 2019 e 2021, porque as despesas alocadas pelos governos para enfrentamento da pandemia da Covid-19 poderiam alterar significativamente a estrutura do gasto. Mas como se pode notar no Gráfico 3, em ambos os anos o repasse federal contribuiu para reduzir as desigualdades de alocação de recursos dos municípios em todas as UF em relação àquela realizada pelos municípios do estado de São Paulo e não houve mudança significativa na estrutura do gasto entre as regiões.

GRÁFICO 3
Comparação do gasto per capita médio em ASPS dos municípios, por unidade federativa, em relação ao gasto per capita médio em ASPS dos municípios do Estado de São Paulo[1] (2019 e 2021)
(Número índice: SP = 100)

3A – 2019



3B – 2021



Fontes: a) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para despesas dos municípios com recursos próprios e para a população (https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops); e b) Fundo Nacional de Saúde. Arquivo de repasse (https://portalfns.saude.gov.br/downloads/).
Nota 1: Os municípios do estado de São Paulo realizaram, na média, o maior gasto per capita com recursos próprios entre os municípios de todas as unidades federativas.
Elaboração própria.

A segunda constatação é que após o repasse federal a alocação per capita permanece desigual entre os municípios. A questão que fica é se essas desigualdades se justificam em função de diferenciadas necessidades de saúde. Se os municípios com menor gasto per capita são os que menos precisam de recursos, uma vez que as necessidades de saúde de sua população estariam sendo plenamente satisfeitas. Como se observa no Gráfico 3, os municípios com participação do gasto inferior ou igual a 70% da realizada pelos municípios do estado de São Paulo, após o repasse federal, são os de estados da região Norte (Acre, 48%; Amazonas, 60%; Amapá, 49%; Pará, 54%; e Roraima, 68%) e da região Nordeste (Bahia, 70%; Maranhão, 68%; Pernambuco, 62%; e Sergipe, 65%).

Em relação à percepção de saúde da população, de um lado, essas regiões também são as que tiveram os maiores percentuais de autoavaliação da saúde como ruim ou muito ruim, com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde, edições 2013 e 2019. Em 2019, do maior para o menor percentual os resultados foram os seguintes: Norte (8,3%), Nordeste (8,3%), Centro-Oeste (5,2%), Sul (4,9%) e Sudeste (4,6%). Por outro lado, essas foram as regiões que tiveram os menores percentuais de autoavaliação da saúde como boa ou muito boa: Nordeste (56,7%), Norte (61,6%), Centro-Oeste (68,5%), Sudeste (70,3%) e Sul (71,9%)[10]. É claro que este único indicador não é suficiente para medir o grau de satisfação das necessidades de saúde da população e que são necessários estudos que as avaliem em profundidade. Contudo, o indicador de autoavaliação da saúde tem sido utilizado para comparar necessidades de serviços e recursos de saúde por área geográfica (IBGE, 2015).

Na Federação brasileira, de acordo com o que dispõe a CF 1988 e a Lei Complementar nº 141, de 2012 (LC 141/2012), o governo federal deve assumir papel central na redução das desigualdades regionais no que se refere à capacidade de provisão de serviços públicos associados a direitos sociais, entre eles, o direito à saúde. Para a diminuição dessas desigualdades, um dos mecanismos mais utilizados pela União é a transferência de recursos, considerando critérios epidemiológicos, demográficos e a oferta de serviços de saúde (Piola, 2017). A transferência de recursos tem sido um instrumento de coordenação comumente empregado pelo governo central não só no Brasil como em diversos contextos federativos ao redor do mundo, especialmente quando se trata da implementação de políticas sociais e de direitos a serem garantidos em toda a federação (Piola, 2022).

A LC 141/2012 estabelece que o rateio dos recursos federais deverá considerar como critérios as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, além do disposto no art. 35 da Lei nº 8.080/1990, que prevê como critérios adicionais a esses o desempenho técnico, econômico e financeiro do ente no período anterior, os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. A LC 141/2012 também criou a obrigatoriedade de publicação, por parte do Ministério da Saúde, dos valores a serem repassados a cada ente da Federação utilizando metodologia pactuada na Comissão

[10] Painel de Indicadores de Saúde – Pesquisa Nacional de Saúde. Disponível em: <https://bit.ly/3R45B6E>. Acesso em: 30 ago. 2022.

Intergestores Tripartite (CIT) e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para operacionalização desses critérios (Brasil, 1990; Brasil, 2012).

A despeito dessa obrigação, até hoje o Ministério da Saúde não publicou a referida metodologia que, segundo a LC 141/2012, deveria ser pactuada na CIT e aprovada pelo CNS, tampouco publicou os valores resultantes de sua aplicação. Isso se deve à dificuldade de operacionalização de tais critérios, principalmente na ausência de recursos federais adicionais que evitem que os entes da Federação sofram redução do valor atualmente repassado pelo governo federal (Piola, 2017). Qualquer metodologia que vise operar critérios de equidade na alocação dos recursos federais, sem suplementação financeira, acabará criando duas categorias, a dos municípios e estados perdedores e a dos ganhadores. Como no contexto atual de subfinanciamento do SUS é improvável que um ente aceite perder recursos, criou-se um impasse de difícil superação. Mas isso não significa que o Ministério da Saúde não possa adotar meios para reduzir as desigualdades no financiamento das ASPS entre os entes. Como visto anteriormente, os critérios aplicados pelo governo federal até então contribuíram para redução das desigualdades de gasto, mas esses avanços podem estar ameaçados pelo aumento da relevância do critério político, resultante da sistemática de aprovação de recursos via emenda parlamentares, em meio ao congelamento, em termos reais, da aplicação mínima da União em ASPS.

3.1.2. Desigualdades regionais no financiamento do SUS e a atuação do Legislativo

Desde 2014, tem-se observado o aumento da participação das despesas por emendas parlamentares na despesa total em ASPS do Ministério da Saúde. Contribuiu para tanto a compulsoriedade de execução orçamentário-financeira das emendas individuais, inicialmente, por força de dispositivos inseridos nas leis de diretrizes orçamentárias (LDO) em 2014 e 2015 e, posteriormente, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 86, que sacramentou essa obrigatoriedade. Também contribuiu a execução obrigatória das emendas de bancada estadual, aprovada por meio da Emenda Constitucional nº 100, de 2019. Mas a compulsoriedade de execução das emendas individuais e de bancada não explica todo o crescimento observado, porque esse aumento foi dirigido em grande parte pela execução das emendas de relator, que não são de execução obrigatória (Piola e Vieira, 2019; Vieira, 2022). Isso mostra que, nesse período, houve maior articulação e negociação da alocação de recursos federais entre os Poderes Executivo e Legislativo, com maior participação do Legislativo neste processo. Entre 2015 e 2020, as despesas empenhadas por emendas parlamentares cresceram 482%, passando de R$ 2,1 bilhões para R$ 12,3 bilhões em valores de 2020 (Vieira, 2022).

A preocupação com esse processo decorre não apenas da falta de transparência na alocação dos recursos, tanto em relação às áreas de destinação quanto aos entes da Federação beneficiados (Vieira, 2022; Benevides, 2021), mas também pela maior participação do critério político na destinação de recursos oriundos de um orçamento mais restrito, em razão do congelamento da aplicação mínima federal pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC 95), o que pode gerar mais desigualdades de gasto entre os entes da Federação (Piola e Vieira, 2019). Como as despesas por emendas parlamentares são contabilizadas na apuração do piso federal em ASPS, o critério político de alocação pode se sobrepor aos critérios técnicos, ainda que o Ministério da Saúde tenha estabelecido alguns parâmetros para orientar a destinação de recursos ao SUS por meio delas (Vieira, 2022).

Após a aprovação do orçamento impositivo pela EC 86, a regulamentação instituída pelo Ministério da Saúde para a alocação de recursos por emendas parlamentares buscou induzir a destinação para o custeio das ASPS[11]. Isso fez com que a participação das emendas nas despesas de capital se reduzisse nos últimos anos (Vieira, 2022). Para custeio, o Ministério da Saúde tem possibilitado a suplementação do financiamento da atenção primária à saúde (APS) e da atenção especializada (AE) por emendas parlamentares, além do custeio de outros serviços e ações, como o serviço de transporte sanitário e as ações de melhoria da qualidade do Sistema Nacional de Sangue (Brasil, 2022b). Atualmente, duas linhas de repasse são as mais significativas em aporte de recursos: o Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços da Atenção Básica à Saúde (Incremento APS) e o Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços da Atenção Hospitalar e Ambulatorial (Incremento AE)[12]. Os parlamentares definem quais municípios e estados serão beneficiados. O repasse por emenda parlamentar é limitado por valores que são publicados pelo Ministério da Saúde no caso do Incremento APS, que corresponde a 100% do valor transferido no ano anterior e, no caso do Incremento AE, por até 100% da produção dos estabelecimentos públicos vinculados ao ente, registrada nos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar do SUS[13] (Brasil, 2022b).

Uma análise sobre a desigualdade no repasse de recursos federais aos municípios para financiamento da APS, com e sem a participação das emendas parlamentares, pode ser feita a partir do Gráfico 4, que apresenta a curva de Lorenz[14] para essas transferências em 2018 e em 2021. O primeiro ano antecede a instituição do Previne Brasil[15], que será abordado mais adiante neste capítulo, e o segundo foi um ano ainda marcado pela Covid-19, sendo necessário manter linhas de repasse específicas para enfrentamento da pandemia nesse nível de atenção à saúde. Esse gráfico mostra que em ambos os anos a destinação de recursos por emendas parlamentares na forma de Incremento APS aumentou a desigualdade em comparação com a realizada pelo Ministério da Saúde sem as emendas parlamentares. Em 2018, 80% da população contou com menos de 8% do

[11] Isso se deveu em virtude da restrição orçamentária imposta ao Ministério da Saúde. Antes da EC 95, a aplicação federal em ASPS se mantinha próxima do piso. Com a instituição do teto de gastos, essa restrição se tornou mais severa. Se o Ministério da Saúde não induzisse a alocação de recursos por emendas para o custeio do SUS, correria o risco de ter um volume considerável de recursos destinados a investimentos. Isso resultaria em ampliação da capacidade de produção das unidades de saúde e demandaria recursos para custeio dos serviços adicionais, recursos esses que não estariam disponíveis. Por isso, a opção de induzir a alocação de recursos por emendas ao custeio do SUS.

[12] Até 2018 essas linhas de repasse eram chamadas, respectivamente, de Incremento Temporário ao Piso da Atenção Básica e de Incremento Temporário do Teto da Média e Alta Complexidade.

[13] Os parlamentares podem destinar qualquer valor ao município ou ao estado, desde que esse valor não ultrapasse o limite estabelecido pelo Ministério da Saúde para recebimento de incremento APS ou AE pelo ente da Federação.

[14] A curva de Lorenz é uma representação gráfica da riqueza ou da desigualdade de renda. O eixo horizontal deste gráfico contempla o percentual da população em função da renda ou da riqueza. No eixo vertical, apresenta-se o aumento da renda ou da riqueza. Geralmente, inclui uma linha diagonal reta, que representa a perfeita igualdade de riqueza e renda. A curva de Lorenz estará abaixo dessa reta, e mostrará a distribuição estimada ou observada. Disponível em: <https://bit.ly/3DrhkIu>. Acesso em: 15 set. 2022.

[15] A nova forma de financiamento da APS instituída em 2019, que foi chamada de Previne Brasil, alterou significativamente a dinâmica do repasse de recursos federais aos municípios, que até era baseada em uma combinação de incentivos associados a um valor per capita. O repasse passou a ser feito por capitação ponderada (considerando somente a população cadastrada na APS, ao invés da população total do municípios estimada pelo IBGE), pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas (Ipea, 2022).

valor acumulado do incremento[16]. Em 2021, a relação foi de 80% para 13%. Isso significa que a maior parcela da população brasileira foi beneficiada com menores repasses per capita para suplementação do custeio da APS. O valor do índice de Gini[17] para o Incremento APS foi de 0,684 em 2018 e de 0,639 em 2021. Para as transferências da APS sem o Incremento, essa medida foi de 0,511 e de 0,522, respectivamente.

Algum grau de desigualdade na alocação de recursos federais é necessário a fim de promover maior equalização da capacidade fiscal e ampliar as possibilidades de resposta dos entes subnacionais, cujas populações possuem maiores necessidades em saúde. Mas é possível que a destinação de recursos por emendas parlamentares não esteja contribuindo para isso. Em 2018, parte significativa dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para financiamento da APS consistia em uma parcela fixa e de outra variável do Piso da Atenção Básica (PAB). A parte fixa era definida com base em um método para alocação equitativa de recursos, que considerava indicadores socioeconômicos para construção de um índice de vulnerabilidade que categorizava os municípios em quatro grupos para a distribuição per capita dos recursos (Brasil, 2013; 2017). Esse método não resultava em grande diferença entre o valor per capita mínimo e o máximo, em média, considerando o porte populacional dos municípios. Municípios com até 5 mil habitantes e com mais de 500 mil habitantes receberam como parte fixa do PAB, em média, R$ 28,34 e R$ 22,71 per capita, respectivamente, em 2018. Nesse mesmo ano, o valor per capita do PAB fixo adicionado do incremento APS para esses mesmos grupos de municípios foi de R$ 117,09 e R$ 25,10, o que mostra que as emendas parlamentares tenderam a beneficiar com maior montante de recursos os municípios menores (Piola e Vieira, 2019).

Portanto, a destinação de recursos por emendas parlamentares para financiamento da APS provocou aumento da desigualdade na distribuição dos recursos federais entre os entes em relação ao rateio pactuado na CIT. Como o Ministério da Saúde, em geral, observa critérios técnicos (epidemiológicos, demográficos e relacionados aos serviços de saúde) na definição dos repasses, enquanto o critério principal da alocação por emendas parlamentares é político, a hipótese forte que se levanta é de que o aumento da desigualdade associado às emendas pode estar contribuindo para o aumento das iniquidades em saúde. Faz-se necessária a realização de estudos sobre a relação entre a alocação de recursos e as necessidades de saúde dos entes da Federação, beneficiados e não beneficiados por emendas parlamentares. De todo modo, as evidências já produzidas acendem um alerta e recomendam cautela a respeito da ampliação desse tipo de alocação de recursos para financiamento de serviços de saúde. Ademais, o Ministério da Saúde poderia estabelecer mecanismos para induzir a destinação de recursos por emendas parlamentares aos entes da Federação com menor capacidade fiscal e maiores

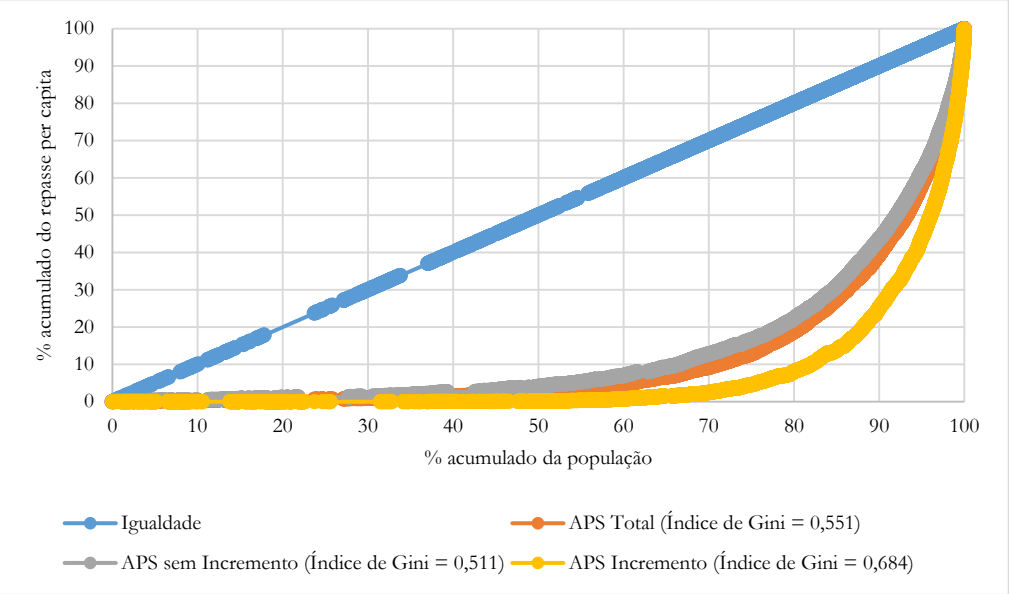
[16] Para elaboração da curva de Lorenz, os valores brutos recebidos pelos entes não puderam ser utilizados porque provocavam distorção no gráfico, uma vez que municípios com pequenas populações receberam valores consideravelmente superiores aos dos municípios com grandes populações. Para eliminar essa distorção, a curva de Lorenz foi produzida a partir dos valores per capita recebidos.

[17] O Índice de Gini "é um instrumento utilizado para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza". Disponível em: <https://bit.ly/3qHNgkq>. Acesso em: 15 set. 2022. Como aqui a medida é a desigualdade per capita de recursos recebidos com e sem o incremento APS pelos municípios, o valor zero representa repasse per capita igual entre todos eles e o valor um significa que um único município detém todo o recurso repassado.

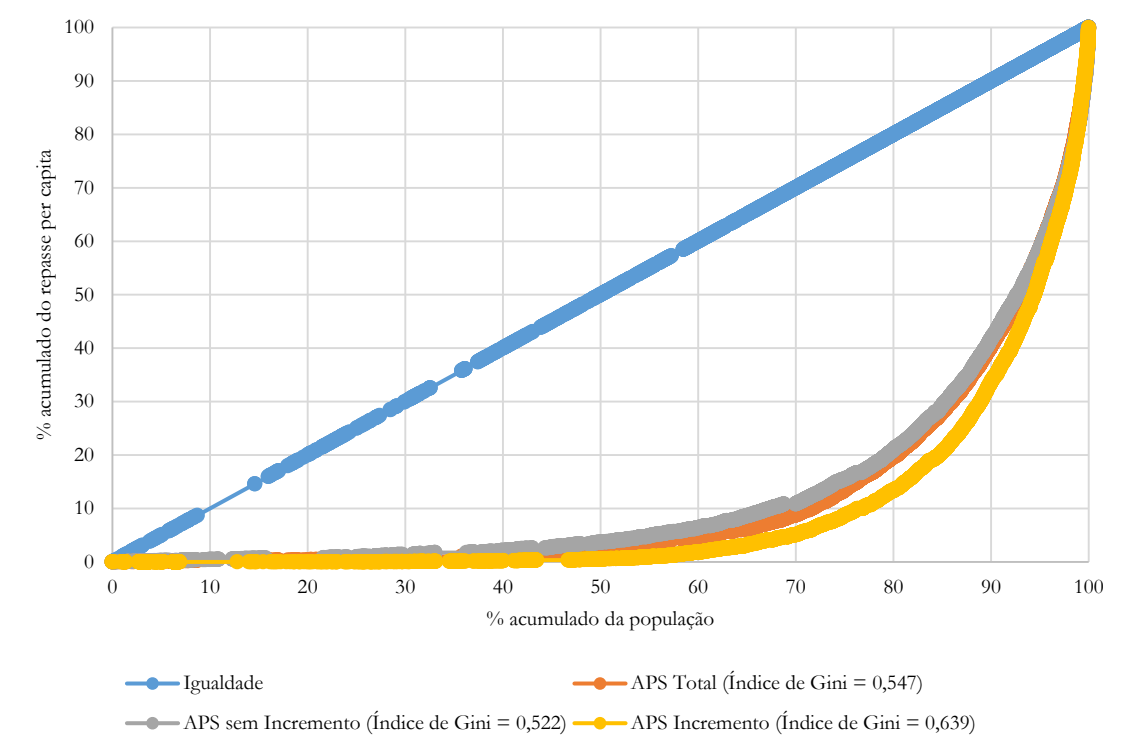
necessidades em saúde, ainda que não possa obrigar os parlamentares a seguir a sua lista de priorização de entes para o recebimento de recursos por essa via.

GRÁFICO 4
Curva de Lorenz das transferências federais aos municípios para financiamento da atenção primária à saúde (APS)

A – Em 2018



B – Em 2021



Fonte: Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Arquivos de Repasse Anual Fundo a Fundo (https://portalfns.saude.gov.br/downloads/). Elaboração própria.

3.1.3. Novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde: riscos de ampliação das desigualdades?

Mudanças na alocação de recursos para financiamento da APS como as introduzidas pelo Previne Brasil também podem ser fonte de iniquidade na alocação dos recursos federais. Embora a previsão fosse de que o novo regulamento para o financiamento federal da APS entrasse em vigor integralmente em 2020, a implementação da nova regra foi adiada sucessivamente, em virtude da pandemia da Covid-19, até agosto de 2021. Esses adiamentos evitaram que mais de mil municípios perdessem recursos em 2020 em relação ao valor recebido em 2019 (Ipea, 2022). Mas com o fim da situação de emergência de saúde pública de importância nacional, a nova regra foi finalmente implementada a partir de setembro de 2021, ainda que com mudanças para atenuar a perda de recursos dos municípios com reduzido percentual de população cadastrada. Dessa forma, os efeitos da implementação na íntegra do Previne Brasil sobre a alocação de recursos federais precisarão ser investigados.

Resumindo, o novo modelo é baseado, inicialmente, em três componentes: (1) capitação ponderada; (2) pagamento por desempenho; (3) ações estratégicas. Além disso, considerando as perdas que poderiam acontecer em alguns municípios e os desafios para sua implementação durante a pandemia, foi criado um fator compensatório de transição e um incentivo *per capita* de transição (Ipea, 2021; 2022).

Como explicado nas duas edições anteriores de Políticas Sociais Acompanhamento e Análise (doravante BPS), a capitação ponderada consiste num pagamento a partir da população cadastrada para acompanhamento por equipes de saúde da família e de atenção primária e considera, também, a vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e tipologia de municípios, segundo a classificação do IBGE. O pagamento por desempenho consiste em um repasse a partir do alcance de determinadas metas estabelecidas por indicadores. Sob o termo ações estratégias encontram-se todos os outros incentivos que antes estavam atrelados ao PAB variável. (Brasil, 2022c). Além disso, em setembro de 2021, foi adicionado o incentivo financeiro com base em critério populacional, com valor a ser definido anualmente. Em janeiro de 2022, foi definido o valor de R$ 5,95 *per capita*, como parte dos recursos a serem transferidos dentro do mecanismo da capitação ponderada, parte do plano orçamentário "Incentivo financeiro da APS – capitação ponderada" (Brasil, 2022d).

Segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, em agosto de 2022, o cadastro alcançou 155,4 milhões de pessoas equivalendo a 90% do potencial de cadastro naquele momento (Brasil, 2022e). Contudo, cabe observar que há municípios onde o cadastramento efetivo é maior do que a população do IBGE. Assim, a cobertura deve ser estimada para aqueles até o total da população, e correspondia a 151,9 milhões de pessoas (71% da população).

Segundo relatórios públicos do Previne, na competência CNES de junho de 2022, foram cadastradas 1.233 novas equipes de atenção primária (somadas as de 30h e 20h), e 998 novas equipes de saúde da família. Nesse período, em vários municípios havia equipes incompletas em termos de número ou carga horária dos profissionais (Brasil, 2022e). Apesar de se observar um crescimento do cadastramento de equipes de atenção primária, o financiamento ainda é majoritariamente baseado em equipes de saúde da família: estas totalizavam 48,3 mil equipes homologadas, ao passo que aquelas eram 4 mil, na competência financeira de agosto de 2022.

Em 2020, 47% do recurso da APS foram alocados por meio da capitação ponderada (R$ 8,9 bilhões), seguindo pelo pagamento de agentes comunitários de saúde (R$ 4,8 bilhões), pelas ações estratégicas (R$ 2,7 bilhões), pelo pagamento por desempenho (R$ 1,8 bilhões) e mais R$ 2,7 bilhões somando o *per capita* e o fator compensatório de transição (Conasems, 2020). O valor total para a atenção primária aumentou entre 2019 e 2020, mas, como dito anteriormente, esse aumento da APS teve grande peso das emendas parlamentares.

Com relação à perda de recursos, quando se analisa a competência financeira de agosto de 2022, no componente da capitação ponderada, 694 municípios teriam redução no valor de repasse daquele mês, alguns deles de mais de 40%, em grande parte relacionadas a: não ter equipes suficientes para alcançar o teto do cadastro; ter equipes, mas não ter cadastrado o total de pessoas nessas equipes ou equipes incompletas (ausência de algum profissional). Isso revela que o cadastramento e a estabilidade da transferência estão relacionados a um antigo e importante problema para consolidação da APS e do SUS: a gestão do trabalho em saúde e a oferta de profissionais no território. Como será mostrado na próxima subseção, ainda há grandes desigualdades na oferta de profissionais de saúde no Brasil.

Além disso, há receio de que, com o passar do tempo, as equipes multiprofissionais de saúde da família sejam substituídas por equipes formadas apenas por médicos e enfermeiros, mudando a lógica multiprofissional pensada até então (Giovanella, Franco e Almeida, 2020; Massuda *et al*, 2021). Essa mudança também teria implicações para a lógica comunitária e a territorialização da APS (Giovanella, Franco e Almeida, 2020). Entre outras razões está o fato de o ACS ter um peso importante na vinculação entre a equipe e a comunidade, realizando visitas domiciliares, promovendo a busca ativa de casos e ajudando na organização dos cadastros (Alonso, Beguin e Duarte, 2018; Lima et al, 2021). Estudo de caso sobre composição das equipes e o fato delas estarem completas ou incompletas, incluindo ter ou não ACS, mostram diferenças no desempenho relacionado aos indicadores de pré-natal definidos pelo Previne Brasil. Equipes completas e com presença de ACS tendem a estar correlacionadas a melhor desempenho nesses indicadores (Costa *et al*, 2022).

Não há como saber se o sentido da mudança será uma substituição e retorno ao modelo tradicional, mas há uma mudança na lógica da atuação federal, deixando mais a cargo dos municípios a definição de como organizar a atenção primária em seu território. Como as capacidades de gestão e de financiamento são muito desiguais entre municípios, a indução federal tem sido considerada importante para redução de desigualdades.

3.2. Alguns marcadores de necessidades em saúde e as desigualdades no acesso à atenção saúde

No Brasil, mais de 70% da população tem acesso às ações e aos serviços de saúde quase exclusivamente pelo SUS. Isso mostra a importância e a dimensão do sistema público de acesso universal no país. Se os avanços em relação ao acesso da população são inquestionáveis, são muitos os desafios para garantia de acesso universal, equitativo e integral por meio de uma rede regionalizada, como proposto na Constituição Federal de 1988 (Paim *et al*, 2011; Castro *et al,* 2019).

O primeiro desafio refere-se ao fato de o Brasil conviver simultaneamente com prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e com doenças infecto-parasitárias. Há "*uma polarização epidemiológica com a existência simultânea de elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas e de incidência e prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, cuja mortalidade ainda é elevada em comparação com as taxas de países desenvolvidos e de outros países da América Latina*" (Araújo, 2012, p. 535)[18]. Além disso, há desigualdades na prevalência e incidência dessas doenças[19].

Parte expressiva das doenças infecciosas e parasitárias estão diretamente associadas à pobreza e às condições de vida e trabalho inadequadas. Sua importância relativa para a carga de doença aumentou devido à emergência de novas enfermidades, como a Covid-19, e a reemergência de doenças como a febre amarela e os surtos de dengue. Ademais, preocupam as baixas coberturas vacinais da população, o que tem contribuído para o crescimento da incidência de doenças imunopreveníveis. As DCNT afetam desproporcionalmente as pessoas desfavorecidas socioeconomicamente e o aumento de sua prevalência tem sérias consequências em termos de aumento da demanda e dos custos da provisão de serviços públicos de saúde para atender as novas necessidades da população (Nilson et al, 2020). Em um contexto de desfinanciamento do sistema público de saúde, estas mudanças levantam sérias questões para o acesso à atenção à saúde.

Além do financiamento, ao menos dois outros fatores relevantes devem ser considerados no debate a respeito da equidade no acesso à atenção à saúde em sistemas de saúde universais como o SUS: a distribuição regional desigual dos provedores e diferenças na qualidade dos serviços ofertados (Olsen, 2013). A distribuição desigual dos provedores de saúde no território tem forte poder explicativo para as desigualdades no acesso à atenção à saúde no Brasil. Por sua vez, a atenção primária à saúde está associada a melhores níveis de saúde e maior equidade na distribuição da saúde entre os diferentes grupos populacionais (Starfield e Macinko, 2005), sugerindo haver melhor qualidade da assistência prestada quando o modelo de cuidado é baseado neste nível de atenção. Assim, nessa subseção serão abordadas algumas questões relacionadas às DCNT, as doenças infecto-parasitárias, às desigualdades na oferta de serviços de saúde e questões relacionadas ao modelo de atenção à saúde brasileiro.

3.2.1. Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

A população brasileira vem envelhecendo a uma velocidade vertiginosa. O IBGE estima que em 2060 as pessoas com 60 anos ou mais de idade passarão a representar mais de 32% da população total. Ou seja, sua participação irá mais que dobrar em menos de 40 anos – em 2022 essa proporção é estimada em pouco mais de 15% (IBGE, 2018). O envelhecimento populacional, juntamente com mudanças no padrão de alimentação e aumento do sedentarismo, tem como consequência o aumento da prevalência das DCNT. Entre 2013 e 2019, a prevalência das DCNT saltou de aproximadamente 35% para quase

[18] O país também convive com elevados índices de acidentes e violências que configuram uma tripla carga de doenças. Contudo, nesse capítulo trataremos das desigualdades relacionadas a DCNT e as infecto-parasitárias.

[19] A incidência é uma medida da ocorrência de casos novos de um problema de saúde em uma população em risco em um período específico (fluxo). A prevalência refere-se aos casos novos e existentes (estoque).

42% (Macinko e Mullachery, 2022). Por sua vez, a maior prevalência das DCNT aumenta a demanda e, consequentemente, os gastos com serviços de saúde (Kilsztajn *et al*, 2003; Reis *et al*, 2016).

Fatores relativos ao estilo de vida são importantes determinantes da incidência de doenças crônicas. O consumo de álcool está associado às doenças cardiovasculares, à cirrose hepática e ao câncer hepático (Melo *et al*, 2017). O tabagismo é fator de risco para mortalidade prematura e incapacitação por doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer (José *et al*, 2017). O diabetes está diretamente associado ao consumo de açúcares simples e gorduras saturadas combinadas com a pouca ou nenhuma prática de atividades físicas e é responsável por problemas cardiovasculares e doença renal crônica (Duncan *et al*, 2017).

As DCNT são a principal causa de morbimortalidade no Brasil e afetam desigualmente as pessoas em desvantagem socioeconômica. A prevalência de hipertensão na população brasileira com 18 ou mais anos de idade, medida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg ou diastólica maior ou igual a 90mmHg ou uso reportado de anti-hipertensivos, é estimada em mais de 32% e afeta principalmente as mulheres negras e os menos escolarizados (Alves e Faerstein, 2016). De modo semelhante, os menos escolarizados são mais propensos a reportar doenças como diabetes (Malta *et al*, 2016). Segundo a Federação Internacional de Diabetes (FID), o Brasil ocupava a sexta posição mundial em número absoluto de casos da doença em 2021, com 15,7 milhões de pessoas (IDF, 2021).

Cabe ressaltar que as desigualdades na prevalência das DCNT devem ser ainda maiores devido ao uso da autodeclaração como medida de prevalência, pois os desfavorecidos socioeconomicamente têm pior acesso a serviços de saúde e, portanto, menor probabilidade de receberem diagnóstico dessas doenças por profissionais de saúde. De acordo com a FID, da população estimada de 15,7 milhões de brasileiros com diabetes, mais de 5 milhões não receberam diagnóstico (Julião e Guimarães, 2019). Além de serem um problema de saúde em si, a hipertensão arterial e a diabetes são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que figuram como a principal causa de morte no Brasil, sendo seguidas, respectivamente, pelas doenças infecciosas e parasitárias e pelas neoplasias (Brasil, 2022f).

As iniquidades no acesso ao diagnóstico e tratamento das DCNT no Brasil estão documentadas na literatura que trata do tema. Tome-se, por exemplo, o caso do câncer de mama, que é o tipo mais frequente de neoplasia entre as mulheres, cuja detecção precoce reduz significativamente a incidência de mortalidade. A probabilidade de receber um pedido médico para realização da mamografia é maior entre as mulheres de pele branca, cobertas por planos e seguros privados de saúde, com maior nível de escolaridade e residentes na região Sudeste (Silva, G. A. *et al*, 2017). Os mesmos fatores são relevantes para a realização do exame após a solicitação médica (Theme Filha *et al*, 2016) e refletem as desigualdades na distribuição de equipamentos de mamografia entre o setor privado e o SUS e entre as regiões geográficas (Rocha *et al*, 2019). As desigualdades na oferta de serviços também constituem importante barreira ao acesso ao tratamento do câncer de mama, com a região Sudeste concentrando a maioria das internações de residentes e não residentes. No país, muitas brasileiras são obrigadas a viajarem longas distâncias quando precisam de tratamento (Souza *et al*, 2020).

3.2.2. Doenças infecciosas e parasitárias

A virada do século inaugurou uma onda de surtos de doenças infecciosas graves e as perspectivas não são positivas. De acordo com o *The Global Risks Report 2021*, as doenças infecciosas são percebidas como o principal risco global nos próximos dez anos (WEF, 2021). Esta percepção parece estar se concretizando, pois, apesar de ainda estarmos vivendo a pandemia de Covid-19, a OMS declarou, no mês de julho de 2022, que o surto de varíola do macaco constitui uma emergência de saúde pública de preocupação mundial. A maioria dos casos está sendo registrada em países onde a doença não é endêmica e oito países da América do Norte e da Europa estão entre os dez mais afetados, mas o Brasil ocupa a terceira posição e já registrou 3,7 mil casos (Brasil, 2022g).

Outra questão importante é que o Brasil ainda convive com velhas doenças transmissíveis como a dengue e doenças para as quais já existem vacinas no Programa Nacional de Imunizações (PNI), como a febre amarela e a meningite. Neste ano foram registrados aproximadamente 1,2 milhão de casos prováveis de dengue até meados de junho. O número de casos quase dobrou nesse período quando comparado ao ano de 2021 inteiro (Brasil, 2022h). A queda na cobertura vacinal trouxe de volta diversas doenças transmissíveis que estavam controladas. Entre 2017 e 2019 houve uma epidemia de febre amarela que assolou diversas regiões do país, sendo que somente no Rio de Janeiro, após quase 80 anos sem registro de casos, 289 pessoas foram infectadas e 93 morreram (Abreu et al, 2022). Neste ano, também já foram registrados surtos de meningite nos estados de São Paulo, Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais e Pernambuco (Tomazela, 2022).

O aumento da importância das doenças infecciosas e parasitárias para a carga de doenças é perceptível. Em 2020, esse grupo de doenças passou a ocupar o segundo lugar entre as causas de mortalidade, especialmente devido aos óbitos por Covid-19 (Brasil, 2022f). Até o momento, mais de 34 milhões de casos e número superior a 685 mil óbitos foram confirmados no Brasil e a incidência e letalidade da doença é maior entre as pessoas em desvantagem socioeconômica. A incidência na cidade de São Paulo, por exemplo, é maior nos bairros localizados na periferia (Ferreira, 2020). Padrão semelhante é encontrado ao se analisar a incidência de dengue, que é maior em territórios que concentram pobreza e baixo acesso a serviços essenciais para a saúde, como a gestão de resíduos sólidos (Johansen *et al*, 2016; Mol *et al*, 2020).

A maior incidência e letalidade da Covid-19 entre os mais vulneráveis socioeconomicamente está relacionada à dificuldade desses indivíduos em seguir as recomendações de distanciamento social, à maior vulnerabilidade a doenças e ao pior acesso aos serviços de saúde. Antes da disponibilização das vacinas, uma das principais recomendações para evitar a infecção pelo SARS-Cov2, o vírus que causa a Covid-19, era a prática do distanciamento social, que foi menos prevalente nos territórios que concentram os grupos populacionais com piores condições de vida e trabalho (Natividade *et al*, 2020, Figueiredo *et al*, 2020). Quando foram disponibilizadas, houve uma clara iniquidade na aplicação das vacinas contra a Covid-19, com as regiões Norte e Nordeste apresentando menor cobertura vacinal (Castro-Nunes e Ribeiro, 2022). Entre os infectados, as complicações graves da Covid-19, que são mais frequentes entre os mais velhos e os que padecem de outras doenças, são mais prováveis entre as pessoas com baixa escolaridade e desempregadas (Borges e Crespo, 2020).

O pior acesso aos tratamentos disponíveis, juntamente com a maior vulnerabilidade a doenças, explica a maior letalidade da Covid-19 entre os ocupantes das posições mais baixas na hierarquia social. Em um contexto de súbito crescimento da demanda, as desigualdades na distribuição dos recursos de saúde ficaram mais evidentes e foram observadas em todas as escalas territoriais analisadas. Em abril de 2020, enquanto a região Norte, que responde por quase 9% da população, contava com pouco mais de 5% dos leitos de UTI do país, na região Sudeste, que responde por 42%, essa proporção atingia 52% (Cotrim Jr e Cabral, 2020). No Amazonas os leitos de UTI estavam concentrados na capital Manaus e, embora essa distribuição seja menos concentrada em outros estados, as periferias das capitais e as cidades do interior também costumam contar com menos serviços de atenção especializada (Santos *et al*, 2022).

A distribuição dos recursos de saúde também é marcadamente desigual entre o setor público e o setor privado. Antes do início da pandemia, o setor privado contava com aproximadamente 50% dos leitos de UTI disponíveis. Em abril de 2020, após a expansão do número de leitos para atender à nova demanda, essa proporção passou a ser de quase 57% (Cotrim Jr e Cabral, 2020). Os gestores do SUS compram serviços do setor privado para ofertar parte desses leitos para o sistema público de acesso universal. Os leitos de UTI adulto disponíveis para o SUS representavam 48% do total de leitos em janeiro de 2020, chegaram a pouco mais de 60% em agosto de 2021, mas retornaram aos patamares pré-pandemia em junho de 2022 (Brasil, 2022i). Assim, mesmo com esse processo de contratualização com o setor privado e considerando a maior necessidade de atenção à saúde da população em situação socioeconômica mais vulnerável, a situação de desigualdade de acesso é bem clara.

Como consequência dessa distribuição desigual de recursos de saúde, a mortalidade também obedece a um gradiente socioeconômico em que as maiores taxas são observadas entre os mais pobres, com baixa escolaridade, não-brancos, e residentes nas regiões Norte e Nordeste (Li *et al*, 2021; Martins Filho *et al*, 2021; Sanhueza-Sanzana *et al*, 2021). O estudo de Li *et al* (2021) encontra uma maior taxa de mortalidade nos hospitais públicos que deve ser explicada pelas piores condições de saúde dos pacientes que usam o sistema público e pela menor disponibilidade de recursos de saúde.

3.2.3. Desigualdade na oferta de serviços de saúde e desafios para organização da atenção à saúde

Assim, fica claro que as desigualdades de resultados em saúde são, também, relacionadas às desigualdades no acesso aos serviços. Estas estão expressas, entre outras, pela desigualdade na oferta. Essa é menor quando se analisam os serviços de atenção primária em saúde (APS). Em parte, isso se deve a uma clara estratégia, num contexto de subfinanciamento, de priorizar a ampliação do acesso a partir da APS, começando pelas áreas com menor cobertura assistencial (Norte e Nordeste) e pelas periferias das grandes cidades, com expansão ao longo do tempo. Além disso, essa expansão tinha outros objetivos, entre eles, a mudança do modelo de atenção, até então bastante centrado em unidades hospitalares e no cuidado de casos agudos.

Para isso, estabeleceu-se a estratégia de Saúde da Família, baseada no atendimento multiprofissional, prestado, inicialmente, por equipes compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Outros incentivos foram criados

para incluir novas modalidades de equipe e outras categoriais profissionais (equipes de Saúde bucal, equipes de consultório na rua, equipes de saúde ribeirinha, Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, entre outros). Além disso, essas equipes deviam atuar a partir de uma orientação comunitária, em um território pré-definido e com uma base populacional estabelecida (população adscrita). Assim, em 2018, a Saúde da Família estava presente em 98% dos municípios brasileiros e com uma cobertura estimada de 64% da população (Brasil, 2022e).

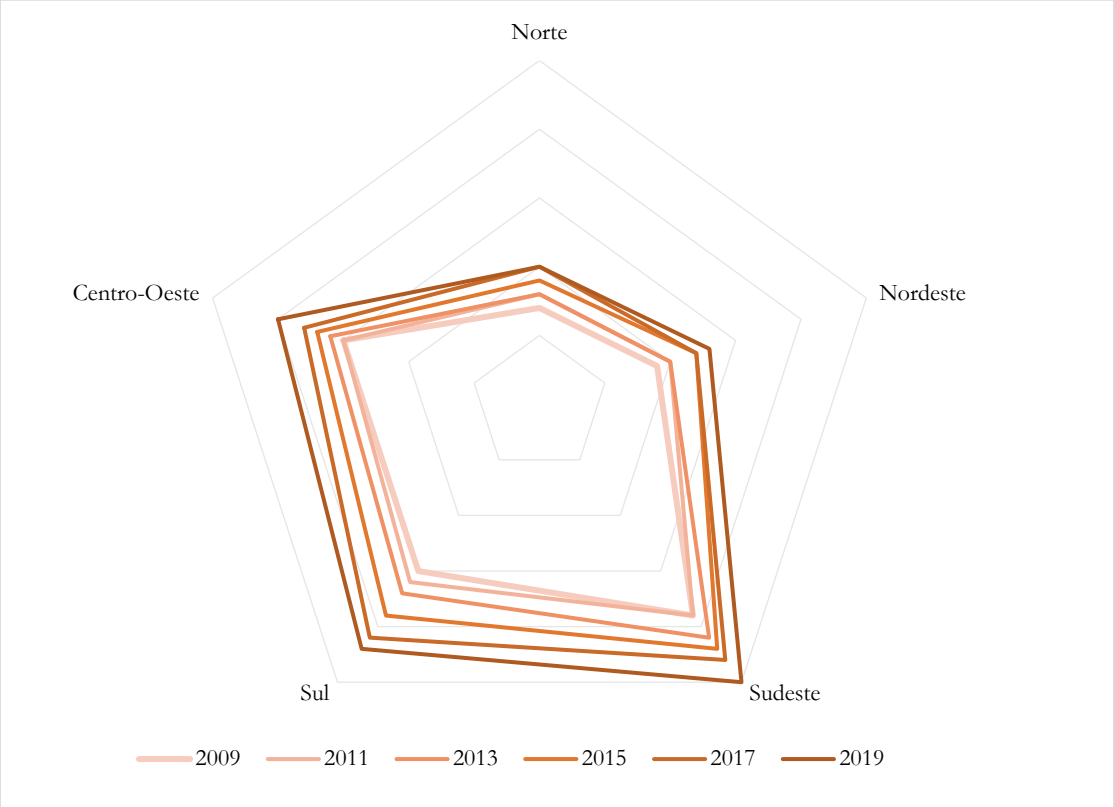
A expectativa era que a mudança de modelo implicaria uma atenção primária ordenadora da rede de atenção à saúde, sua porta de entrada preferencial e que ela teria grande capacidade de resolver os principais problemas de saúde da população. Os resultados da indução do modelo e expansão de cobertura foram objeto de vários estudos que mostram impactos da estratégia de Saúde da Família sobre a ampliação do acesso aos serviços de saúde, redução das internações por condições sensíveis à atenção primária, redução da mortalidade infantil, entre outras (Castro *et al*, 2019).

Porém, essa expansão e a mudança de modelo não aconteceram sem desafios. Entre eles, a desigualdade na distribuição de profissionais de saúde. Ainda que a oferta total tenha se ampliado significativamente, a distribuição espacial ainda apresenta grandes desigualdades. Entre outros profissionais, a distribuição de médicos (total e por especialistas) e também para cirurgiões dentistas é ainda muito desigual. Os enfermeiros são mais bem distribuídos no território (Gráfico 5).[20] Essa distribuição é afetada por vários processos, entre eles, pela formação de novos profissionais, contratação desses profissionais no mercado de trabalho e desconcentração espacial de oportunidades de trabalho. No caso dos médicos e de enfermeiros, há ampliação de oportunidades formativas, particularmente em instituições privadas de ensino, aumentando a oferta desses profissionais no mercado. Contudo, a demanda pelo trabalho médico tem sido superior e com maior valorização em relação a de enfermeiro. Além disso, a demanda por médicos ainda gera uma grande concentração espacial, ao passo de a dos enfermeiros tem um processo de distribuição espacial menos concentrado (Brasil, 2021; Brasil, 2022j).

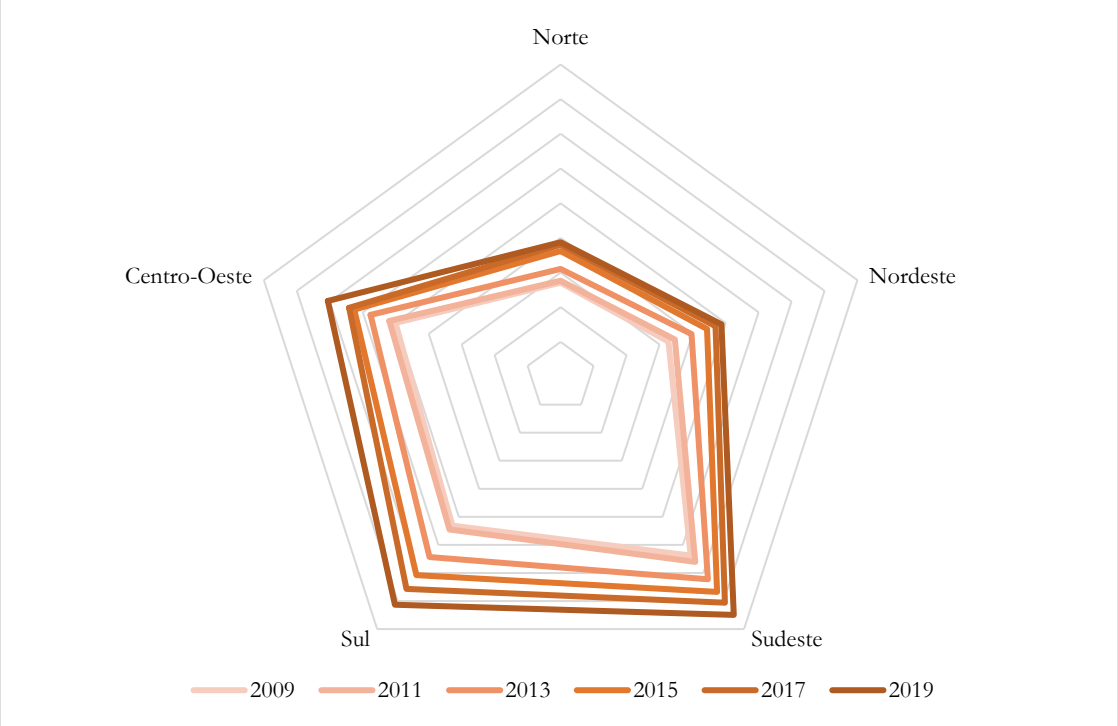
[20] Os anos de 2020 e 2021 são marcados pela pandemia da Covid-19 e vários processos de contratação de profissionais para atender as demandas desse momento, que gerou grande pressão sobre o sistema brasileiro de saúde. Assim, as distribuições das ocupações regionais tiveram algumas alterações, mas não necessariamente de forma permanente, optando-se -se por realizar as análises até 2019.

GRÁFICO 5
Profissionais de nível superior por grandes regiões geográficas em anos selecionados – Brasil

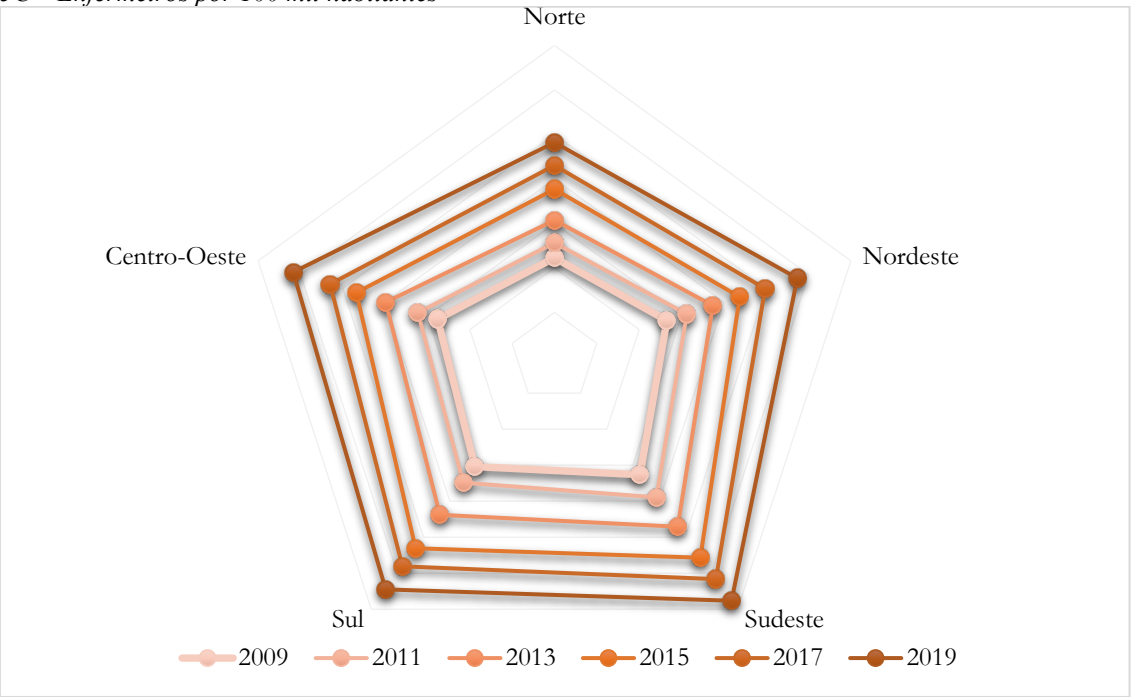
5A – Médicos por mil habitantes



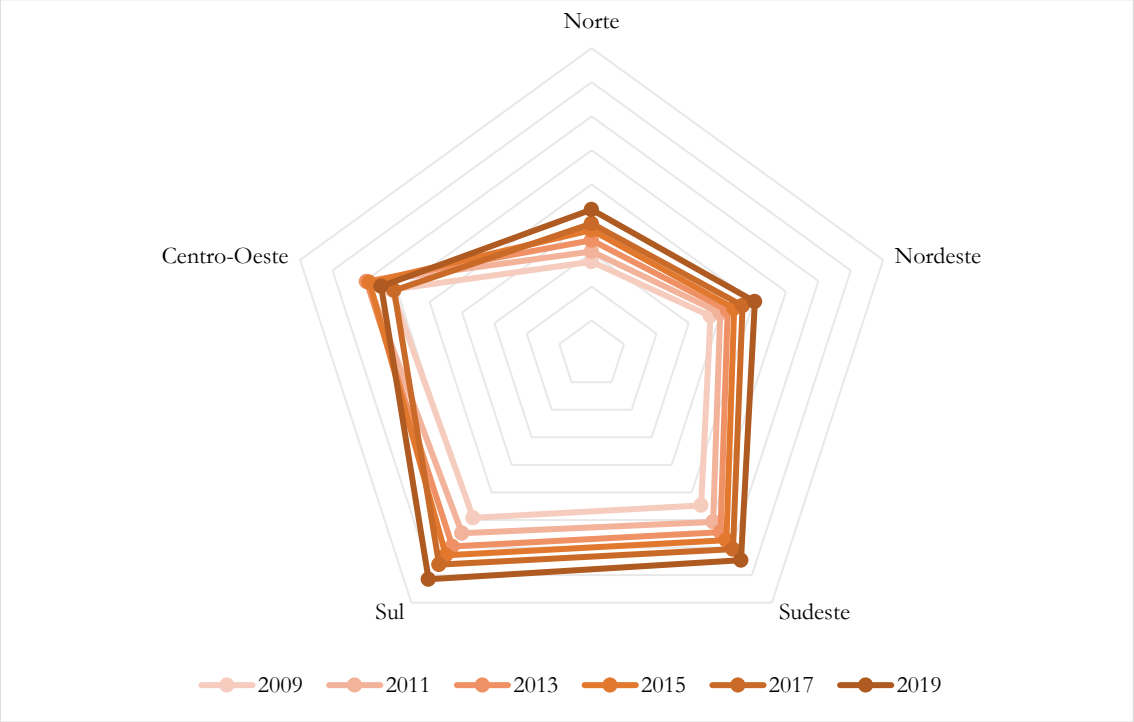
5B – Médicos especialistas por 100 mil habitantes



5C – Enfermeiros por 100 mil habitantes



5D – Cirurgiões dentistas por 100 mil habitantes



Fonte: Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (PROADESS, 2022). Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>.
Elaboração própria.

No caso dos profissionais médicos, houve iniciativas públicas como a ampliação das oportunidades de formação e o programa Mais Médicos, que buscou incentivar a interiorização dos profissionais e sua atuação na atenção primária. No caso do Mais Médicos, houve, por um período, recurso a médicos estrangeiros, especialmente, a partir de um acordo com o governo cubano, que ampliou a oferta de médicos para esse nível de

atenção em vários municípios (Ipea, 2021). As inúmeras resistências a esse acordo levaram à suspensão dele em 2018, e uma nova tentativa de atrair médicos para a atenção primária foi proposta, denominada Médicos pelo Brasil, que começou efetivamente em abril de 2019 (Ipea, 2021). Ainda assim, as dificuldades para atrair e manter médicos levaram a medidas de flexibilização ainda maior da jornada desses profissionais nas equipes de atenção primária (CNM, 2019).

Outra questão sempre presente nas discussões é relacionada às várias formas de contratação, muitas delas com vínculos precários, às formas de remuneração e às desigualdades salariais entre os profissionais. No caso dos médicos, há uma situação de pleno emprego no mercado de trabalho (Scheffer *et al*, 2021), com alta demanda por esse profissional e situação de escassez econômica. Entretanto, essa alta demanda não leva a contratos mais estáveis, mas a uma atuação com múltiplos vínculos e muitos deles atuando como autônomos (Brasil, 2021).

No caso dos enfermeiros, a formalização dos vínculos e a contratação pelo setor público, principalmente municipal, é maior. Contudo, as remunerações têm crescido proporcionalmente menos que a de médicos (Brasil, 2021). A pandemia trouxe uma maior valorização social desses profissionais e, nesse contexto, fez avançar a proposta de um piso nacional para os profissionais de enfermagem. A Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022, estabelece um piso de R$ 4.750 para enfermeiros, 70% desse valor para técnicos de enfermagem e 50% para auxiliares de enfermagem. Essa Lei foi uma vitória política da categoria, mas foi questionada pela Confederação Nacional de Saúde, Hospitais Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde) por meio de ação direta de inconstitucionalidade, com primeira decisão monocrática em setembro do mesmo ano suspendendo seus efeitos por 60 dias. A alegação da CNSaúde é que seu impacto orçamentário e sua viabilidade não foram adequadamente analisados e não há indicação de fonte de custeio (CNSaúde, 2022).

Além dos desafios relacionados à necessidade de se garantir profissionais e estabelecer políticas para sua valorização e para sua permanência na atenção primária, o sistema brasileiro de saúde ainda tem que avançar na redução de desigualdades de acesso em outros níveis de atenção. Para garantir maior qualidade e resolubilidade nesse nível de atenção, ainda se faz necessário avançar muito para redução das desigualdades de acesso à atenção especializada por meio da rede regionalizada. Uma atenção primária resolutiva depende, também, do acesso a serviços de apoio à terapia e diagnósticos (exames laboratoriais, exames de imagem e outros), a outros médicos (pediatra, ginecologistas, cardiologistas, neurologistas, oncologistas etc.) e a outros profissionais de saúde.

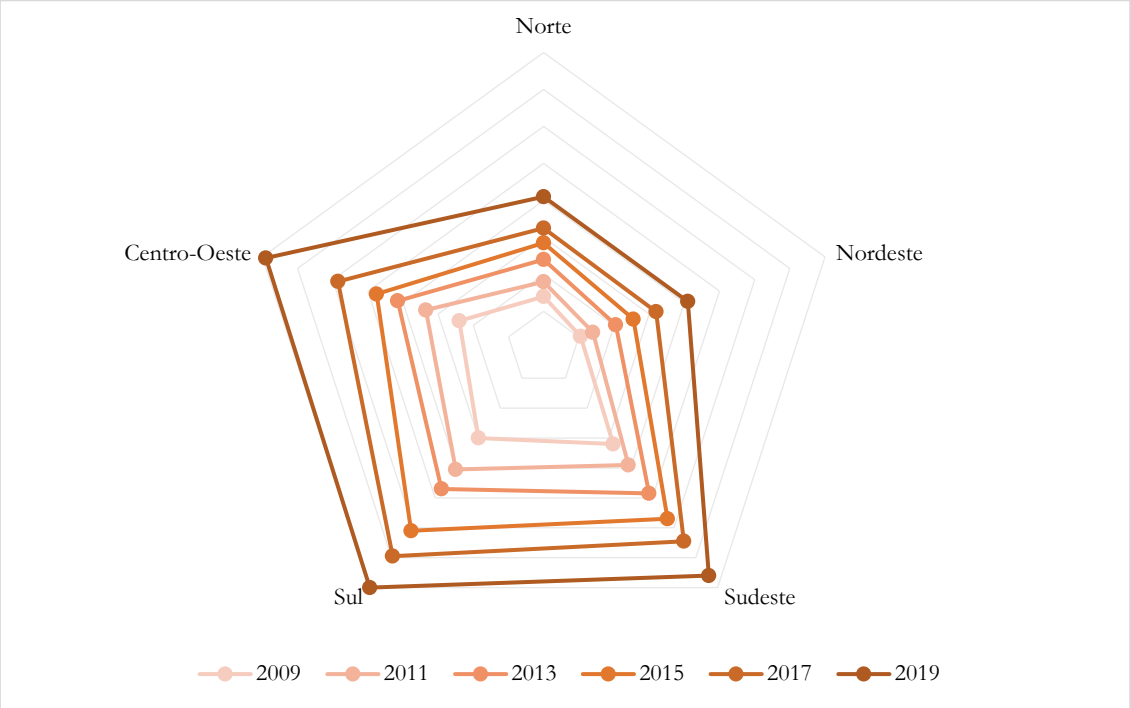
Houve várias tentativas de organização dessa rede regionalizada da saúde no Brasil, desde 2000, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), seguida pelo Pacto pela Saúde de 2006 e, posteriormente, do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) em 2011. Mais recentemente, foram discutidos novos instrumentos de regionalização, como o Planejamento Regional Integrado (PRI). São tentativas de estabelecer as regiões de saúde como espaços territoriais para planejamento, para orientar o investimento, bem como os fluxos assistenciais e a atenção primária como ordenadora e ponto central da rede de atenção à saúde (Conass, 2022). Esse processo avançou mais rapidamente em regiões com histórico de planejamento em saúde, com estrutura de serviços e maior participação das secretarias estaduais de saúde (Lima *et al*, 2012; Melo

et al, 2017). Entretanto, enfrenta os desafios relativos ao arranjo federativo brasileiro, ao subfinanciamento do SUS e, também, à necessidade de construção política mais clara em torno do tema (Servo, Andrade e Amaral, 2021; Viana *et al*, 2018).

Para uma regionalização efetiva, há necessidade de ampliar os investimentos para reduzir os vazios assistenciais, com redução das desigualdades na oferta. Há, por exemplo, grande desigualdade na oferta de equipamentos mais densos tecnologicamente, como de ressonância magnética, e ainda mais quando se considera a disponibilidade para o SUS, conforme podem ser vistos nos indicadores apresentados no Gráfico 6. Ainda que a oferta tenha aumentado ao longo do tempo, ainda há um claro gradiente favorecendo as regiões mais desenvolvidas do país. No caso da ressonância magnética, fica claro que o aumento da oferta também foi muito maior para o acesso não universal, para os equipamentos não disponíveis ao SUS.

GRÁFICO 6
Equipamentos de ressonância magnética por grandes regiões geográficas em anos selecionados – Brasil

6A – Total por 100 mil habitantes



6B – Disponíveis ao SUS por 100 mil habitantes

Fonte: Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (PROADESS, 2022). Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>.
Elaboração própria.

Além disso, há dificuldades de coordenação entre a atenção primária e a atenção especializada. Em um estudo de caso do Rio de Janeiro, a partir das informações prestadas por médicos que atuavam na regulação assistencial da atenção primária, Silva Jr. et al (2022) afirmam que há pouca ou nenhuma interação entre esta e a regulação da atenção especializada naquele município. O subfinanciamento, as desigualdades entre os municípios e uma menor participação dos estados no financiamento da APS explicam parte desses problemas de coordenação entre a atenção primária e o restante da rede de atenção. Para consolidar a atenção primária como ponto central da rede de atenção, faz-se necessário criar incentivos e instrumentos regionais efetivos para sua execução, combinando financiamento com uma estrutura de gestão adequada para isso (Massuda et al, 2021).

A seguir, apresentam-se alguns desafios à implementação de políticas para enfrentamento dos problemas discutidos nesta seção.

4. Desafios à implementação de políticas para enfrentamento dos problemas priorizados na agenda

A agenda proposta para o governo federal na área da saúde envolve o combate às desigualdades no financiamento das ASPS entre os entes da Federação e no acesso da população à atenção à saúde no território nacional.

A implementação de políticas para redução dessas desigualdades precisará enfrentar alguns desafios importantes, que demandam efetiva articulação e negociação

política, especialmente entre o chefe do Poder Executivo com o Congresso Nacional, e do ministro da saúde com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O primeiro desafio é o da revogação da EC 95, com definição de nova regra de vinculação orçamentária do gasto em saúde para a União, que proteja a área em momentos de recessão econômica e possibilite, ao mesmo tempo, a ampliação dos recursos alocados ao SUS nos períodos de crescimento econômico, a fim de atender às necessidades decorrentes da modificação demográfica e de reduzir as desigualdades em saúde. A EC 95 impôs uma drástica restrição orçamentária ao Ministério da Saúde ao congelar a aplicação mínima federal em ASPS até 2036 no patamar da aplicação de 2017 (Vieira, Piola e Benevides, 2019; Funcia et al, 2022). Como também foi criado um teto de gasto para as despesas primárias da União por meio dessa emenda, qualquer alocação adicional de recursos ao SUS, para além do piso em ASPS, implica perdas para o financiamento de outras políticas públicas. Isso acaba restringindo ainda mais o financiamento de políticas de áreas que não estejam ligadas ao cumprimento de direitos previstos na CF 1988 ou em leis e para as quais não há obrigatoriedade de execução de despesas[21].

Ainda que a flexibilização do cumprimento do teto de gastos em 2020 para possibilitar a implementação de ações de resposta à pandemia da Covid-19 (Brasil, 2020) e, mais recentemente, para aumentar o valor e estender o pagamento do Auxílio Brasil, no período eleitoral, até dezembro de 2022, evidencie a falácia do argumento de que o Estado brasileiro está 'falido' e de que não há meios para aumentar os investimentos em políticas sociais, a revogação da EC 95 não será uma tarefa fácil. A corrente hegemônica de pensamento econômico no Brasil é a neoliberal (Paccola, 2016) e, a despeito das evidências científicas existentes sobre os efeitos negativos da austeridade fiscal para o crescimento econômico e para o bem-estar social, a ideia da necessidade de diminuição do tamanho do Estado, por meio da redução de sua participação em atividades econômicas e de suas despesas com a implementação de políticas públicas (Rossi et al, 2019), é compartilhada por atores relevantes, entre eles, empresários e políticos. Por isso, a viabilidade da revogação dessa emenda depende do quadro de forças políticas que emergirá após as eleições gerais, o que definirá uma situação mais ou menos favorável a essa medida nos Poderes Executivo e Legislativo.

Uma vez que se consiga obter o apoio necessário e se revogue a EC 95, será preciso definir nova regra de aplicação mínima em ASPS para a União. A trajetória do financiamento do SUS revela que ainda não se pode prescindir de mecanismos de vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil (Vieira, Piola e Benevides, 2019). Essa vinculação constitui uma proteção básica contra grandes retrocessos no financiamento da saúde e, consequentemente, contra retrocessos nos níveis de provisão de serviços e bens de saúde que, por sua vez, estão associados à garantia do direito à saúde no país. Será necessário discutir qual a melhor forma de vinculação, a fim de proteger o

[21] Como a EC 95 estabeleceu um teto para as despesas primárias da União, para que a saúde receba mais recursos, estes precisam ser realocados de outras áreas de políticas públicas. Em 2020, as despesas primárias da União já estavam em patamar próximo ao teto de gastos, quando foi preciso flexibilizar essa regra fiscal para acomodar as despesas adicionais necessárias à implementação de ações de enfrentamento à pandemia da Covid-19 (Ipea, 2021).

gasto federal em ASPS em momentos de recessão econômica e de ampliar o aporte de recursos nas fases de crescimento da economia.

O segundo desafio é o da definição e da pactuação no SUS de método para alocação equitativa de recursos, considerando os preceitos e critérios dispostos na Lei Complementar 141, de 2012. Como discutido neste capítulo, a proposição e a implementação de tais critérios constituem atividades complexas, cujos obstáculos podem ser contornados no caso de ampliação dos recursos alocados ao SUS pelo governo federal. Nessa situação, abre-se uma janela de oportunidade para a discussão e operacionalização dos critérios de rateio dos recursos federais, evitando-se que os entes subnacionais sofram perda de recursos atualmente transferidos. Caso se consiga aumentar os recursos federais para o SUS, é recomendável que os valores adicionais somente sejam alocados após a definição do método de rateio para a totalidade dos recursos transferidos aos fundos estaduais e municipais de saúde pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

O terceiro desafio está relacionado ao aperfeiçoamento da coordenação federativa para garantia da integralidade do atendimento nas macrorregiões de saúde[22]. Fortalecer os mecanismos de coordenação implica a adoção de medidas para valorizar os espaços de negociação e pactuação do SUS, as CIB e a CIT, por exemplo, assim como as instâncias de representação dos gestores públicos de saúde. Além disso, implica o aprimoramento da governança do SUS, por meio da revisão, se necessário, das normas que estabelecem as responsabilidades de cada esfera de governo quanto ao financiamento, gestão e oferta de serviços e bens de saúde à população.

O quarto desafio envolve a implantação de um efetivo sistema de planejamento ascendente e integrado no SUS. Faz-se necessário assegurar maior articulação entre os instrumentos de planejamento do sistema público, o plano de saúde (PS) e a programação anual de saúde (PAS), e os instrumentos de planejamento da gestão pública, o plano plurianual (PPA) e as leis orçamentárias anuais (LOA), em cada esfera de governo e entre as esferas de governo. Trata-se de uma tarefa complexa e de difícil execução, que tem por barreira importante a baixa valorização do planejamento como processo imprescindível da gestão na cultura organizacional brasileira na administração pública. Isso demanda a implementação de ações que visem à promoção de uma cultura favorável ao planejamento em qualquer nível de decisão no SUS para, posteriormente, desenvolverem-se métodos para o efetivo exercício do planejamento ascendente nesse sistema, que leve em consideração as necessidades de saúde da população.

O quinto desafio está relacionado à organização da rede regionalizada de atenção à saúde, o que demanda não apenas recursos financeiros para a ampliação da oferta de serviços e bens de saúde, mas também o fortalecimento da gestão do SUS, para que a atenção à saúde seja organizada visando à garantia da integralidade do cuidado. Para tanto, a APS precisa ser fortalecida para exercer o seu papel de ordenadora da rede e a atenção especializada precisa ser garantida, com organização territorial a partir das macrorregiões de saúde. Ademais, a regulação em saúde necessita de aperfeiçoamento e a comunicação entre os estabelecimentos de saúde e entre esses e as secretarias de saúde precisa ocorrer de forma eficaz. Um usuário referenciado pela unidade básica de saúde para atendimento em uma unidade de saúde especializada, dentro ou fora do seu

[22] Conforme Resolução CIT nº 37 (Brasil, 2018a).

município, precisa ser contrarreferenciado pela unidade especializada para a unidade básica de saúde de forma efetiva para o seu acompanhamento na APS. A melhoria dessa comunicação requer investimentos na capacitação do pessoal da saúde, no fortalecimento da regulação assistencial e em sistemas de informação, além de articulação entre os gestores da saúde.

O sexto desafio está relacionado ao enfrentamento da tripla carga de doenças da população brasileira. O país vivencia uma situação de alta prevalência de DCNT, de elevada incidência de doenças infecciosas, com aumento da importância de algumas delas, e de alta ocorrência de causas externas, decorrentes, por exemplo, da violência e dos acidentes de trânsito, que provocam adoecimento e morte. As duas primeiras foram analisadas neste capítulo e a última, ainda que não discutida, também constitui importante problema de saúde. O enfrentamento desses problemas demanda a implementação de ações que incidam sobre questões estruturais, muitas das quais extrapolam o campo de atuação da saúde. Contudo, é preciso que a área da saúde exerça um papel de liderança na abordagem desse tema e coordene as discussões envolvendo outros setores, para que o governo federal implemente ações concretas visando à superação ou mitigação dos problemas estruturais que se encontram na origem dessa tripla carga de doença.

Por fim, cabe lembrar, que os problemas discutidos, que contribuem para a manutenção ou aumento das desigualdades em saúde, e que estão sendo priorizados na conformação da agenda proposta para o governo federal neste texto, estão relacionados ao SUS. Como visto anteriormente, o acesso aos serviços de saúde é apenas um dos determinantes sociais da saúde. Faz-se necessária uma rediscussão da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (Brasil, 2018b), com o envolvimento de diversos setores de políticas públicas em âmbito nacional, a fim de se proporem e implementarem ações abrangentes voltadas à promoção da saúde e à redução das desigualdades em saúde, considerando os seus diversos determinantes, econômicos, sociais e ambientais. A despeito dos avanços realizados pelo Brasil como, por exemplo, na regulação do mercado de tabaco e no tratamento dos usuários, com resultados bem-sucedidos na diminuição do tabagismo na população, ainda há muito a se fazer. As ações de promoção à saúde previstas na PNPS, na prática, concentraram-se no SUS e em intervenções individuais, ainda que esta política proponha ações extrassetoriais (Castiel, 2015). Seus resultados acabam sendo limitados em virtude das condições sociais diversas dos indivíduos. É preciso um esforço amplo dos órgãos responsáveis pelas políticas econômica e sociais, com estrutura de governança bem definida, para a implementação de ações de uma nova PNPS, visando à promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, F. V. S. et al. Ecological and environmental factors affecting transmission of sylvatic yellow fever in the 2017–2019 outbreak in the Atlantic Forest, Brazil. **Parasites & Vectors**, v. 15, n. 1, p. 1-18, 2022.

ALONSO, C. M. C.; BEGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 14, 2018.

ALVES, R. F. S.; FAERSTEIN, E. Educational inequalities in hypertension: complex patterns in intersections with gender and race in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2016.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012.

ARCAYA, M. C.; ARCAYA, A. L.; SUBRAMANIAN, S. V. Desigualdades em saúde: definições, conceitos e teorias. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, p. 1-6, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3whMgqr>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: <https://bit.ly/3pDoqld>. Acesso em: 23 ago. 2022.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: <https://bit.ly/3R1JWvt>. Acesso em: 23 ago. 2022.

_____. **Decreto de 13 de março de 2006**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3cgr8Kb>. Acesso em: 22 ago. 2022.

_____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em: < https://bit.ly/2t5sQqE>. Acesso em: 1 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.409, de 10 de julho de 2013**. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3ImdpNT>. Acesso em: 26 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017**. Atualiza a base populacional para o cálculo do montante de recursos do componente Piso da Atenção Básica Fixo PAB Fixo da Portaria 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013 e do Anexo I; e altera o Anexo II. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3kViamY>. Acesso em: 26 ago. 2022.

_____. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília: CIT, 2018a. Disponível em: <https://bit.ly/3Dt0hFX>. Acesso em: 15 set. 2022.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as

normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <https://bit.ly/3BNfJfb>. Acesso em: 14 set. 2022.

_____. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019.** Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília: Presidência da República, 2019a. Disponível em: <https://bit.ly/2IfeomK>. Acesso em: 22 ago. 2022.

_____. **Decreto nº 10.087, de 5 de novembro de 2019**. Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. Brasília: Presidência da República, 2019b. Disponível em: <https://bit.ly/3PAZNQE>. Acesso em: 22 ago. 2022.

_____. **Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020**. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. Brasília: Presidência da República, 2020. Disponível em: < https://bit.ly/3CLhH0u>. Acesso em: 31 ago. 2022.

_____. Conselho Nacional de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. Ciclo 2020. Gastos Direitos. **Relatório de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3BAvwxU>. Acesso em: 18 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília: IPEA, 2022a. Disponível em <https://bit.ly/34pDBqO>. Acesso em: 12 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 684, de 30 de março de 2022**. Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: < https://bit.ly/3CNIf17>. Acesso em: 30 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Modelo de financiamento da APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: <https://bit.ly/3efRHQx>. Acesso em: 22 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 26 de 07 de janeiro de 2022**. Estabelece o valor per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional para o ano de 2022, no âmbito do Programa Previne Brasil, e o valor do incentivo financeiro. Brasília: Ministério da Saúde: 2022d. Disponível em: <https://bit.ly/3TspBBE>. Acesso em: 20 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. E-SUS Gestor AB. Relatórios Públicos. **Histórico de cobertura da atenção primária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022e. Disponível em: <https://bit.ly/3CLtpId>. Acesso em: 25 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. Tabnet. **Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022f. Disponível em: <https://bit.ly/3AZeQiW>. Acesso em: 22 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Conheça o cenário epidemiológico da varíola dos macacos no mundo e o perfil dos casos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022g. Disponível em: <https://bit.ly/3pPvyuW>. Acesso em: 23 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 53, n. 24, 2022h. Disponível em: <https://bit.ly/3AWpxTC>. Acesso em: 22 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES. **Recursos físicos**. Hospitalar. Leitos Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2022i. Disponível em: <https://bit.ly/3pZbWEx>. Acesso em: 20 ago. 2022.

_____. Conselho Nacional de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. Ciclo 2021. Gastos Diretos. **Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS (Pró-residência Médica)**. Brasília. 2022j. Disponível em: <https://bit.ly/3oQBTpo>.Acesso em: 02 ago. 2022.

BAIÃO, A. L.; CUNHA, A. S. M.; SOUZA, F. S. R. N. Papel das transferências intergovernamentais na equalização fiscal dos municípios brasileiros. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 583-610, 2017.

BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, São Paulo, n.51, p. 138-145, 2001.

BARROS, A *et al*. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. s254-s262, 2011.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistemas de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Brasília: Abres; MS; Opas/OMS, 2016.

BENEVIDES, R. P. S. **Metodologia para identificação das transferências federais para a atenção primária em saúde**: o caso das emendas parlamentares de 2014 a 2018. Brasília: Ipea, 2021. (Nota Técnica Disoc n. 94).

BOCCOLINI, C; SOUZA JUNIOR, P. Inequities in healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2016.

BOING, A. C. et al. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 797-807, 2014.

BORGES, G. M.; CRESPO, C. D. Aspectos demográficos e socioeconômicos dos adultos brasileiros e a COVID-19: uma análise dos grupos de risco a partir da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, 2020.

BRAVEMAN, P. A. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. **Journal of health, population and nutrition**, p. 181-192, 2003.

_____. What are health disparities and health equity? We need to be clear. **Public health reports**, v. 129, n. 1_suppl2, p. 5-8, 2014.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 57, n. 4, p. 254-258, 2003.

CASTIEL, L. D. A promoção de saúde baseada em tecnologias de melhoramento: apontamentos sobre a busca da vitalidade a mais eterna possível. In: NOGUEIRA, R. P.; et al. **Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e**

políticas públicas: estudos e análises 2. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2015. p. 229-259. Disponível em: <https://bit.ly/3BGpCuS>. Acesso em: 14 set. 2022.

CASTRO, M. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 27, 2019.

CASTRO-NUNES, P.; DA ROCHA RIBEIRO, G. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, 2022.

CNM - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Ao atender apelo municipal, governo flexibiliza jornada e define incentivo à equipe de atenção básica**. Disponível em: <https://bit.ly/3RIkR9W>. Acesso em: 06 de set. 2022

CHANCEL, L.; PIKETTY, T.; SAEZ, E.; ZUCMAN, G. **World inequality report 2022**. World Inequity Lab, 2021. Disponível em: < https://bit.ly/3KvtrWD>. Acesso em: 29 ago. 2022.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; LAURENTI, R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1572-1582, 2013.

CNSAÚDE – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Ministro do STF suspende pagamento do Piso da Enfermagem**. Disponível em: <https://bit.ly/3Bwz5Vp>. Acesso em: 9 de set. 2022.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Jornada de debates sobre a gestão estadual do SUS – SES e PGE**. Episódio 2. Planejamento, Redes e Regionalização do SUS. Brasília: Conass, 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3U1mG3a>. Acesso em: 06 set. 2022.

COSTA, J. P. D. C.; MOREIRA, F. E. D.; MELLO, A. L. B.; VIEIRA, J. E. B. Equipes de saúde da família inconsistidas e impacto nos indicadores do Programa Previne Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021. **Brazilian Journal of Health Review**, v.5, n.1, 2022.

COTRIM JUNIOR, D. F.; CABRAL, L. M. S. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

CUNHA, E. M. G. P. Desigualdades, diferença em saúde: especificidades da raça/etnia nas questões de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (orgs). **O Clássico e o Novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health**: Levelling up Part 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

DUARTE, L; CONTEL, F; BALBIM, R. Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. In: BOUERI, R; COSTA, M. **Brasil em Desenvolvimento 2013**: Estado, Planejamento e Políticas Públicas, Cap. 5, p.147-162, 2013.

DUNCAN, B. *et al*. The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil and its states: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 90-101, 2017.

FERREIRA, R. *et al*. Education and income-based inequality in tooth loss among Brazilian adults: does the place you live make a difference? **BMC Oral Health**, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2020.

FIGUEIREDO, A. M. et al. Determinantes sociais da saúde e infecção por COVID-19 no Brasil: uma análise da epidemia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

FUNCIA, F. R.; MORETTI, B.; OCKÉ-REIS, C. O.; ARAGÃO, E. DWECK, E.; CARDOSO DE MELO, M. F.; MELO, M.; BENEVIDES, R. P. S. **Nova Política de Financiamento do SUS**. Rio de Janeiro: Grupo de Economia do Setor Público e Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), 2022. (Nota de Política Econômica, Set-2022, IE-UFRJ). Disponível em: <https://bit.ly/3XPt7bn>.Acesso em: 04 Nov. 2022.

GAMPER-RABINDRAN, S; KHAN, S; TIMMINS, C. The impact of piped water provision on infant mortality in Brazil: A quantile panel data approach. **Journal of Development Economics**, v. 92, n. 2, p. 188-200, 2010.

GARCIA, L. P. et al. **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil**: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1839).

GIATTI, L; BARRETO, S.; CÉSAR, C. Unemployment and self-rated health: neighborhood influence. Social Science & Medicine, v. 71, n. 4, p. 815-823, 2010.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F.D. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2020.

GULLIFORD, M. et al. What does' access to health care'mean? **Journal of health services research & policy**, v. 7, n. 3, p. 186-188, 2002.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2rK0bn4>. Acesso em: 30 ago. 2022.

_____. **Projeções da População, Brasil e Unidades da Federação**. Revisão 2018. 2ª Edição. Rio de Janeiro: 2018.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3PNFVtE>. Acesso em: 23 ago. 2022.

_____. **Conta-Satélite de Saúde 2010-2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3TdJe0d>. Acesso em: 24 ago. 2022.

IDF - INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 10th Edition. Bruxelas: IDF, 2021.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. Saúde. **Políticas Sociais**: Acompanhamento e Análise, n. 28, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3B3qWrw>. Acesso em: 1 set. 2022.

_____. Saúde. **Políticas Sociais**: Acompanhamento e Análise, n. 29, 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3QPbepg>. Acesso em: 26 ago. 2022.

IRWIN, A.; SCALI, E. **Action on the social determinants of health**: learning from previous experiences. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3coAJis>. Acesso em: 29 ago. 2022.

JOHANSEN, I. C.; CARMO, R. L.; ALVES, L. C. Desigualdade social intraurbana: implicações sobre a epidemia de dengue em Campinas, SP, em 2014. **Cadernos Metrópole**, v. 18, p. 421-440, 2016.

JOSÉ, B. *et al*. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 75-89, 2017.

JULIÃO, N.; GUIMARÃES, R. Fatores associados ao subdiagnóstico de hipertensão na população brasileira: Um estudo com base na Pesquisa Nacional de Saúde (2013). **Anais**, p. 1-21, 2019.

KILSZTAJN, S. et al. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.20, n. 1, p. 93-108, 2003.

LI, S. L. et al. Higher risk of death from COVID-19 in low-income and non-White populations of São Paulo, Brazil. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 4, p. e004959, 2021.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, 2021.

LIMA, E. C. P. Desequilíbrios no federalismo fiscal brasileiro. **Interesse Público – IP**, Belo Horizonte, v. 22, n. 122, p. 229-247, 2020.

MACINKO, J.; MULLACHERY, P. H. Education-related health inequities in noncommunicable diseases: an analysis of the Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022.

MALTA, D. C. et al. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. **International journal for equity in health**, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2016.

MARTINS-FILHO, P. R. et al. Socio-economic inequalities and COVID-19 incidence and mortality in Brazilian children: a nationwide register-based study. **Public Health**, v. 190, p. 4-6, 2021.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MASSA, K.; PABAYO, R.; CHIAVEGATTO FILHO, A. Income inequality and self-reported health in a representative sample of 27.017 residents of state capitals of Brazil. **Journal of Public Health**, v. 40, n. 4, p. e440-e446, 2018.

MASSUDA, A.; MALIK, A. M.; LOTTA, G.; SIQUEIRA, M.; TASCA, R.; ROCHA, R. Brazil's PHC financing: case study. **Lancet Global Health Commission on financing people-centred PHC**, London, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3e8x9t4>. Acesso em: 28 ago. 2022.

MATÉ, G. Beyond the Medical Model. In: HEATHER, N.; FIELD, M.; MOSS, A.; SATEL, S. (eds.). **Evaluating the Brain Disease Model of Addiction**. Routledge: Abingdon, 2022.

MELO, A. *et al*. Mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devidos ao uso de álcool: Carga Global de Doenças no Brasil, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 61-74, 2017.

MESSIAS, E. Income inequality, illiteracy rate, and life expectancy in Brazil. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 8, p. 1294-1296, 2003.

MOL, M. P. G. et al. Gestão adequada de resíduos sólidos como fator de proteção na ocorrência da dengue. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e22, 2020.

MORAIS NETO, O. *et al*. Regional disparities in road traffic injuries and their determinants in Brazil, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2016.

MÚJICA, O. J.; MORENO, C. M. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para "no dejar a nadie atrás". **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 43, e12, 2019.

MULLACHERY, P.; SILVER, D.; MACINKO, J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. **International journal for equity in health**, v. 15, n. 1, p. 1-12, 2016.

NATIVIDADE, M. S. et al. Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3385-3392, 2020.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. C. S.; BRITO, D. A.; OLIVEIRA, M. L. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 44, e32, 2020.

NORONHA, K. V. M. S. et al. Pandemia por covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020.

OLSEN, J. A. **Concepts of equity and fairness in health and health care**. The Oxford Handbook of Health Economics. Oxford, 2013.

PACCOLA, M. A. B. A construção da "hegemonia" neoliberal no Brasil. **Sinais: Revista de Ciências Sociais**, Vitória, n. 19, p. 30-48, 2016.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet,** n. 377: p. 1778-1797, 2011.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios**: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012. Brasília: Ipea, 2017. (Texto para Discussão n. 2298).

_____. **Coordenação entre as instâncias de governo e o papel do Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2022. (Texto para Discussão n. 2745).

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. **As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Texto para Discussão n. 2497).

PROADESS - PROJETO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE. **Matriz de Indicadores**. Rio de Janeiro: 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3TuQLI3>. Acesso em: 23 ago. 2022.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. Impact of income inequality on life expectancy in a highly unequal developing country: the case of Brazil. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 67, n. 8, p. 661-666, 2013.

REIS, C. S.; NORONHA, K.; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 33, p. 591-612, 2016.

REIS, M. Food insecurity and the relationship between household income and children's health and nutrition in Brazil. **Health Economics**, v. 21, n. 4, p. 405-427, 2012.

ROCHA, A. S. S.; MANFRON, A. P. T.; FRANCA, B. H. S. Iniquidade socioeconômica na distribuição de equipamentos de imagem na saúde pública brasileira. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 19, n. 2, p. 19-28, 2019.

ROSSI, P.; OLIVEIRA, A. L. M.; ARANTES, F.; DWECK, E. Austeridade fiscal e o financiamento da educação no Brasil. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.40, e0223456, 2019.

SANHUEZA-SANZANA, C. et al. Desigualdades sociais associadas com a letalidade por COVID-19 na cidade de Fortaleza, Ceará, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SANTOS, P. P. G. V.; OLIVEIRA, R. A. D.; ALBUQUERQUE, M. V. Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 322-337, 2022.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP; CFM, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3eILPiK>. Acesso em: 12 set. 2022.

SERVO, L. M. S. **O processo de regionalização da saúde no Brasil**: acesso geográfico e eficiência. 2020. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade

Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3R43XlK>. Acesso em: 31 ago. 2022.

SERVO, L. M. S.; ANDRADE, M. V.; AMARAL, P. V. M. Os caminhos da regionalização da saúde no Brasil: adequação e acesso geográfico nos anos 2000. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 60, 2021.

SILVA, G. A. et al. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

SILVA, C. R.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JR, L.; NUNES, E. F. P. A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017.

SILVA JR, C. L.; GUABIRABA, K. P. L.; GOMES, G. G.; ANDRADE, C. L.; MELO, E. A. A regulação ambulatorial na atenção primário do município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos médicos reguladores locais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 06, 2022.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. In: SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. v. 1.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. WHO Document Production Services, 2010.

SOUZA, B. C. et al. Regional disparities in the flow of access to breast cancer hospitalizations in Brazil in 2004 and 2014. **BMC women's health**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2020.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

SZWARCWALD, C. *et al*. Health inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: lower healthy life expectancy in socioeconomically disadvantaged areas. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 3, p. 517-523, 2011.

THEME FILHA, M. *et al*. Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2016.

TOMAZELA, J. M. Avanço de casos e mortes por meningite acende alerta no Estado de São Paulo. **Estadão**, 7 out. 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3VhcWSv>. Acesso em: 28 nov. 2022.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. An analysis of equity in Brazilian health system financing. **Health Affairs**, v. 26, n. 4, p. 1017-1028, 2007.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA A. L. et al. Regionalização e redes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018.

VIEIRA, P. *et al*. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. 2487-2498, 2008.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016.

_____. **Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS**: método para estimação dos repasses a cada município favorecido, segundo áreas de alocação dos recursos (2015-2020). Brasília: Ipea, 2022. (Texto para Discussão n. 2732).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para Discussão n. 2516).

WANZINACK, C; SIGNORELLI, M; REIS, C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00012818, 2018.

WEF - WORLD ECONOMIC FORUM. **The Global Risks Report 2021**. 16th Edition. WEF, 2021.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Los Angeles, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social Determinants of Health**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3caWIcj>. Acesso em: 5 ago. 2022.

APÊNDICE

Método utilizado para a regionalização da despesa federal em ASPS apresentada nos Gráficos 1 e 2

O valor total apresentado se refere às despesas pagas, acrescidas dos restos a pagar pagos. Como não é possível identificar a unidade federativa (UF) beneficiada para todas as transferências fundo a fundo por meio do Siga Brasil, optou-se por utilizar as informações financeiras do Fundo Nacional de Saúde (FNS), disponíveis em <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>, e complementá-las com as informações do Siga Brasil/Senado <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>.

Além das despesas ASPS registradas a partir de 2013 com o identificador de uso 6, foram consideradas também i) as despesas nas modalidades de aplicação 35, 45 e 95, destinadas a compensar o cancelamento de restos a pagar de ASPS (R$ 5,8 bilhões entre 2014 e 2021); ii) as despesas das fontes 142 e 342, referente aos royalties do petróleo (R$ 1,3 bilhão entre 2018 e 2021); iii) as despesas da participação da União no capital social da Hemobras (R$ 665 milhões de 2013 a 2018), sendo consideradas ASPS até 2012. Para calcular a despesa ASPS até o exercício de 2012, foram descontados como não ASPS, as despesas com inativos, pagamento de juros e amortização de dívidas e as financiadas pelo Fundo de Combate à Pobreza.

O montante regionalizado considerou:

i) os valores das transferências fundo a fundo disponíveis em planilhas anuais no site do FNS;

ii) as despesas das unidades federais em Porto Alegre/RS, registradas nas unidades orçamentárias 36208 - Hospital Cristo Redentor, 36209 - Hospital Fêmina e 36210 - Hospital Nossa Senhora da Conceição;

iii) as despesas de custeio dos seis hospitais federais, três institutos (Instituto Nacional do Câncer - INCA, Instituto Nacional de Traumatologia - INTO e Instituto Nacional de Cardiologia - INC) e do Instituto Fernandes Figueiras (UO Fiocruz), localizados no Rio de Janeiro, identificadas nas seguintes ações orçamentárias:
   - 6217 – Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde;
   - 8758 – Aperfeiçoamento, avaliação e desenvolvimento de ações e serviços especializados em oncologia – INCA;
   - 8759 – Aperfeiçoamento, avaliação e desenvolvimento de ações e serviços especializados em traumatologia e ortopedia – INTO;
   - 8755 - Aperfeiçoamento, avaliação e desenvolvimento de ações e serviços especializados em cardiologia – INC;
   - 1K09 – Implantação da nova sede do INTO;
   - 4301 – Atendimento ambulatorial e hospitalar do INCA;
   - 125H – Implantação do complexo integrado do INCA;
   - 4375 – Residência médica nos hospitais da rede própria do MS;
   - 110H - Elaboração do projeto de integração das instalações do INCA, no RJ; e
   - 4374 – Residência médica no INCA.

iv) a despesa com pessoal ativo dos hospitais federais e institutos do MS no RJ, para a qual o SIAFI só registra a UF dos servidores até o ano de 2004, e foram utilizadas as

informações do SIAPE de 2015 a 2019, utilizadas na Conta SHA 2015-2019 <https://bit.ly/34pDBqO>, sendo estimado o percentual de despesas com pessoal dessas unidades no RJ em relação à despesa total com pessoal ativo de 2004 a 2014 por interpolação entre o percentual médio de 2001 a 2003 (22,3%) e o percentual médio de 2015 a 2019 (23,4%), enquanto para os anos de 2020 e 2021 foi utilizado o percentual médio de 2015 a 2019 (23,4%).

Avaliou-se que a distorção causada por essa estimativa é muito menor do que a alternativa de não a utilizar e registrar essa despesa como gasto nacional. O valor nacional, não regionalizado, foi calculado pela diferença entre a despesa total paga mais restos a pagar pagos e as despesas registradas nas UF, com informações do FNS e das unidades hospitalares localizadas no Rio de Janeiro e em Porto Alegre.