

ANILSKA MEDEIROS LIMA E LIRA

A INSTÂNCIA ESTADUAL E O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
(SUS) SOB A PERSPECTIVA DA EQUIDADE REGIONAL:

Estudo do caso do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, área de concentração em Planejamento e Gestão dos Serviços de Saúde, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Sílvia Marta Porto e co-orientação da Prof^a Dr^a Luciana Dias de Lima.

Rio de Janeiro
2010

ANILSKA MEDEIROS LIMA E LIRA

**A INSTÂNCIA ESTADUAL E O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) SOB A
PERSPECTIVA DA EQUIDADE REGIONAL:**

Estudo do caso do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, área de concentração em Planejamento e Gestão dos Serviços de Saúde, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Marta Porto e co-orientação da Prof^ª Dr^ª Luciana Dias de Lima.

Data da Aprovação: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Sílvia Marta Porto (Coordenadora)

(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/FIOCRUZ)

Profª Drª Sulamis Dain

(Instituto de Medicina SocialUERJ)

Profª Drª Rosana Chigres Kuschnir

(Escola de Governo em Saúde/ENSP/FIOCRUZ)

Profª. Drª. Ana Cecília de Sá Campelo Faveret

(Diretoria de Desenvolvimento Setorial/Agência Nacional de Saúde Suplementar)

Profª Drª Maria Alícia Domingues Ugá

(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/FIOCRUZ)

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho traz a sensação do dever cumprido. O bem-estar que essa sensação proporciona faz com que a mente, rapidamente, percorra esses dois anos de elaboração para, num influxo de gratidão, recordar de algumas pessoas que, direta ou indiretamente, colaboraram para esse mister, aos quais registro formalmente aqui os meus agradecimentos:

Ao Prof. Adolfo Chorny, cujas afirmativas extremamente lúcidas motivaram-me a estudar mais sobre Planejamento em Saúde.

À Rosana Kuschnir, pela maneira como, naturalmente, e sem nenhum esforço, tornou-se uma referência especial e uma amiga muito cara, pela generosidade em compartilhar conhecimentos, ideais e mesmo incertezas sobre o nosso sistema de saúde. Mentis inquietas costumam voar alto!

Ao meu amigo Plauto Ricardo de Sá e Benevides, por me desvendar os “segredos do SIOPS”.

Ao amigo Gilberto Sonoda, pela disponibilidade sem comparação para a elaboração dos mapas.

Às minhas orientadoras, Sílvia Marta Porto e Luciana Dias de Lima agradecimentos especiais, por terem perseverado até o fim diante de uma orientanda naturalmente inquieta, dispersa e que não se enquadra em nenhum modelo acadêmico preestabelecido. Sem dúvida, o que aprendi com elas vai além do que essas páginas refletem.

Agradecimentos também a alguns amigos que, sem serem os pares da Academia, não se furtaram a ouvir e discutir sobre o financiamento do SUS comigo: Adebai, João Luiz, Renato e Vanessa Sanches. Sem dúvida, a contribuição de vocês foi muito importante.

E, por último, mas não menos importante, a Deus, por motivos óbvios!

RESUMO

Trata-se do estudo do caso do Estado do Rio de Janeiro, no período compreendido entre 2003 e 2006. Analisa o papel da instância estadual na distribuição geográfica (municipal e regional) dos recursos financeiros para o financiamento do Sistema Único de Saúde e propõe-se contribuir para a operacionalização de formas mais justas de alocação dos recursos. O estudo empírico, de natureza quantitativa, analisou as receitas públicas realizadas pelos municípios do estado RJ e as despesas liquidadas pelo Estado RJ durante o mesmo período. A análise constou de três momentos. Primeiro: evolução das condições de financiamento em saúde do governo estadual e do conjunto dos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Segundo: possibilidade de interferência do governo estadual na capacidade de gasto dos municípios do Estado RJ. Terceiro: alocação equitativa de recursos segundo critérios de necessidades de saúde. As distintas fontes de receitas foram agrupadas de modo a conferir certa racionalidade na compreensão de como se estrutura o financiamento do SUS considerando a lógica federativa que preside ao sistema de partilha de recursos no caso geral do Brasil e, especificamente, no caso do Estado RJ. O estudo foi norteado pela concepção de equidade operacionalizada através da definição de *igualdade de oportunidades de Sen (2008)*, além da definição de *igualdade de condições*, da tipologia de Turner (1986). Observou-se que os critérios de alocação entre as esferas federativas não foram suficientes para garantir a equidade. Os municípios, tanto quanto as regiões de saúde, apresentam condições de financiamento bastante díspares, relacionadas às características do desenvolvimento regional, à importância de determinadas fontes de recursos em detrimento de outras, às condições de elegibilidade para o recebimento de transferências constitucionais e legais, à capacidade fiscal e a outras condições. A principal fonte de financiamento da saúde no Estado RJ é a receita própria municipal. As transferências federais para a Atenção Básica não modificam essa disparidade inter-regional. As transferências federais para a média e alta complexidade favorecem os municípios com maior capacidade instalada, consolidando as desigualdades existentes. Os recursos estaduais transferidos aos municípios não alteram as características das desigualdades no financiamento da saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Financiamento em Saúde; Equidade em Saúde; Alocação de Recursos; Justiça Social.

ABSTRACT

This is the case study of Rio de Janeiro, in the period between 2003 and 2006. Examines the role of the instance state in the geographical distribution (municipal and regional) financial resources for financing the Health System and aims to contribute to the operation of more equitable allocation of resources. The empirical, quantitative, reviewed the revenue made by municipalities in RJ and RJ expenses paid by the State during the same period. The analysis consisted of three stages. First, changing conditions in health funding from the state government and all the municipalities of Rio de Janeiro. Second, the possibility of government interference in state spending capacity of municipalities in the state RJ. Third, equitable allocation of resources according to criteria of health needs. The different sources of revenue were grouped so as to give some rationality in the understanding of how to structure the financing of SUS considering the logic which governs the federal system of resource sharing in the general case of Brazil and, specifically, in the case of RJ State. The study was guided by the concept of equality operationalized through the establishment of equal opportunities Sen (2008), beyond the definition of equal conditions of the typology of Turner (1986). It was observed that the criteria for allocation between the federal spheres were not sufficient to ensure equality. The municipalities, as far as health regions, have conditions of very disparate funding related to the characteristics of regional development, the importance of certain sources of funds over others, the eligibility criteria for receiving legal and constitutional transfers, the fiscal capacity and other conditions. The main source of health financing in the State's own revenues RJ municipalities. Federal transfers for Primary Health Care not alter the interregional disparity. Federal transfers to the medium and high complexity favor the municipalities with greater capacity, reinforcing existing inequalities. The state funds transferred to municipalities do not alter the characteristics of inequalities in health financing.

Keywords: Unified Health System, Health Financing, Health Equity, Resource Allocation, Social Justice.

LISTA DE QUADROS, TABELAS, MAPAS E GRÁFICOS

QUADROS

- Quadro 1** Tipologia das transferências intergovernamentais no Brasil..... p.46
- Quadro 2** Base vinculável das receitas de estados e municípios, conforme a EC29/2000 p.51
- Quadro 3** Atuação da instância estadual no financiamento do SUS e governabilidade redistributiva. p. 60
- Quadro 4** Análise estatística multivariada de componentes principais p.100
- Quadro 5** Porcentagem da variância explicada pelo fator 1 p.100
- Quadro 6** Composição das variáveis segundo as contas contábeis..... p.115
- Quadro 7** Indicadores para análise da evolução das condições de financiamento em saúdep.117
- Quadro 8** Indicadores utilizados no cálculo do índice de necessidade.....p.118

TABELAS

- Tabela 1** - Representatividade dos municípios do estado RJ segundo porte populacional. 2006.....p. 80
- Tabela 2** - Composição da receita disponível para a saúde, em reais *per capita*, das regiões de saúde do Estado RJ. Média de valores dos anos 2003 a 2006p.94
- Tabela 3** - Distribuição da população por municípios e região de saúde. Estado do RJ. 2006p.119
- Tabela 4** - Classificação dos municípios do estado RJ por porte populacional. 2006.....p.122

- Tabela 5** - Participação percentual de recursos próprios aplicados em Saúde pela Emenda Constitucional 29/2000. Dados informados no SIOPS. Municípios do estado RJ. 2003 a 2006p.125
- Tabela 6** - Composição da receita disponível para a saúde, em reais *per capita*. Média de valores dos anos 2003 a 2006. Municípios do Estado RJ agrupados por Região de Saúdep.127
- Tabela 7** - Transferências da União para compensação de exploração de recursos naturais e base de recursos vinculáveis à saúde pela EC 29/2000. Municípios do Estado RJ. Média de valores em Reais *per capita* dos anos 2002-2006.....p.131
- Tabela 8** Análise estatística multivariada de componentes principais. Escore dos municípios do Estado RJ.....p.135
- Tabela 9** - Composição da receita disponível para a saúde em reais. Média de valores dos anos 2003 a 2006. Municípios do Estado RJ agrupados por Região de Saúdep. 137

MAPAS

- Mapa 1** - Receita própria aplicada em saúde. Municípios do estado do RJ. Média de valores 2003-2006p.82
- Mapa 2** - Somatório dos recursos próprios aplicados em saúde e transferências federais para a Atenção Básica. Municípios do estado do RJ. Média de valores 2003-2006p.86
- Mapa 3** - Somatório dos recursos próprios aplicados em saúde e transferências federais para a Saúde. Municípios do estado do RJ. Média de valores 2003-2006p.89
- Mapa 4** - Somatório dos recursos próprios aplicados em saúde e transferências para a Saúde. Municípios do estado do RJ. Média de valores 2003-2006p.91
- Mapa 5** - Índice de Necessidade em Saúde. Municípios do estado do RJ. Média 2003-2006p.102

GRÁFICOS

- Gráfico 1** Despesa total com saúde por habitante. Estado RJ e conjunto dos Municípios. 2003 a 2006p. 72
- Gráfico 2** Participação da receita própria aplicada em saúde na despesa Total com saúde. Estado RJ e conjunto dos Municípios. 2003 a 2006. p.73
- Gráfico 3** Participação das transferências para a saúde na despesa total com saúde. Estado RJ e conjunto dos Municípios. 2003 a 2006. ..p.75
- Gráfico 4** Participação das transferências para a saúde na despesa total com saúde. Estado RJ e conjunto dos Municípios. 2003 a 2006. ..p.76
- Gráfico 5** Participação da receita própria aplicada em saúde conforme EC29/2000. Estado RJ e conjunto dos Municípios. 2003 a 2006.....p.77
- Gráfico 6** Distribuição da população do Estado RJ por região de saúde. Brasil. 2006.....p.79
- Gráfico 7** Transferências da União para compensação de exploração de recursos naturais e Base de recursos vinculáveis à saúde pela EC29/2000. Municípios selecionados. Média de valores *per capita* entre os anos 2003 a 2006.....p.83
- Gráfico 8** Participação percentual média das transferências federais do SUS ao conjunto de municípios do Estado RJ. Média 2003-2006 .p.87
- Gráfico 9** Composição percentual da receita disponível para a saúde, em reais *per capita*, das regiões de saúde do Estado RJ. Média de valores dos anos 2003 a 2006.....p.96
- Gráfico 10** Composição percentual das transferências para a saúde, em reais per capita, nas regiões de saúde do Estado RJ. Média de valores dos anos 2003 a 2006p.97

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIH	Autorização para Internação Hospitalar
APAC	Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade
CF88	Constituição Federativa Brasileira de 1988
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CSLL	Contribuição Sobre o Lucro Líquido
DF	Distrito Federal
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC29	Emenda Complementar n. 29/2000
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FES	Fundo Estadual de Saúde
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GPSE	Gestão Plena do Sistema Estadual
GPMS	Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e prestação de Serviços de transporte interestadual e de comunicação
INS	Índice de Necessidade em Saúde
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados

IPTU	Imposto sobre Propriedade predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto Sobre Serviços de qualquer natureza
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis intervivos
ITCMD	Imposto sobre Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doação de bens e direitos
ITR	Imposto Territorial Rural
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NO	Norma Operacional
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PDR	Plano Diretor Regional
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SESDEC-RJ	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos na Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	p.13
2. JUSTIÇA SOCIAL E EQUIDADE EM SAÚDE	p.17
2.1. Teorias de igualitarismo seletivo	p.19
2.1.1. <i>Definindo igualdade de oportunidades</i>	p.20
2.1.2. <i>A Justiça como Equidade</i>	p. 22
2.1.3. <i>Igualdade de capacidades</i>	p. 26
2.1.4. <i>Resultados do igualitarismo seletivo</i>	p. 30
2.2. Operacionalização do termo equidade	p. 32
3. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE SISTEMAS FEDERATIVOS	p. 36
3.1. Federalismo fiscal	p. 41
4. FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS DO SUS	p. 48
4.1. Alocação geográfica de recursos financeiros no Brasil	p. 54
4.1.1. <i>O papel da instância estadual</i>	p. 58
4.2. Governabilidade redistributiva do ente estadual sobre as receitas orçamentárias municipais vinculadas à saúde	p. 59
4.2.1. <i>Receita própria estadual aplicada em saúde</i>	p. 61
4.2.2. <i>Transferências federais para a média e alta complexidade</i>	p. 62
4.2.3. <i>Transferências federais para a Atenção Básica</i>	p. 63
4.2.4. <i>Receita própria municipal aplicada em saúde</i>	p. 63
5. METODOLOGIA	p. 65
6. EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES DE FINANCIAMENTO EM SAÚDE DO GOVERNO ESTADUAL E DO CONJUNTO DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	p. 71
7. PARTICIPAÇÃO DOS DIFERENTES NÍVEIS DE GOVERNO NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	p.78
7.2. Receitas orçamentárias dos municípios do Estado RJ: principais componentes	p.81
7.2.1. <i>Receita própria aplicada em saúde</i>	p.81
7.2.2. <i>Transferências da União para o SUS</i>	p.85
7.3. Análise das condições de financiamento das Regiões de Saúde do Estado RJ	p.92
8. ALOCAÇÃO GEOGRÁFICA EQUITATIVA POR CRITÉRIOS DE NECESSIDADES: CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ESTADO RJ ..	p. 107
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	p. 104
ANEXOS	p. 114

1. INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a análise da equidade no que concerne à distribuição dos recursos financeiros destinados às ações e serviços descentralizados do SUS. Trata-se do estudo do caso do Estado do Rio de Janeiro, no período compreendido entre 2003 e 2006.

Analisa-se o papel da instância estadual na distribuição geográfica (municipal e regional) dos recursos financeiros para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõe-se contribuir para a operacionalização de formas mais justas de alocação dos recursos.

O enfoque da equidade remete a temática das desigualdades em saúde para o campo político, incorporando valores éticos e morais que conformam a noção de justiça social nas sociedades. Entretanto, distintas teorias de justiça abordam a igualdade, seja implícita ou explicitamente. Estas se diferenciam em relação ao tipo de igualdade que deve ser procurada para o conjunto dos indivíduos. Logo, para a elaboração de políticas baseadas na equidade (ou na justiça social) há a necessidade de definição do tipo de igualdade que se busca e de quais desigualdades podem ser consideradas indesejáveis.

Partindo dessa concepção, no campo da saúde, é necessário identificar os fatores que dão origem às desigualdades consideradas injustas e evitáveis, o que

pode ser feito conforme distintas interpretações, dadas as dimensões em que a equidade em saúde pode ser pesquisada.

O Brasil é uma federação com expressivas desigualdades e que, desde a Constituição de 1988, possui um sistema nacional de saúde descentralizado e que se propõe ser universal e igualitário. Nesse sentido, seus princípios e diretrizes devem ser estabelecidos para todo o território. Não obstante, as estratégias para alcance desses princípios e diretrizes podem variar entre as esferas subnacionais de governo, em função das diferenças inter e intra-regionais, desde que não conflituem com a configuração do sistema.

A compreensão do papel da instância estadual no financiamento do SUS relaciona-se não somente às despesas diretamente efetuadas nos municípios que conformam seu território político-administrativo ou aquelas realizadas por meio das transferências de recursos próprios aos fundos municipais. Ela inclui também a forma de atuação do estado na definição de critérios e condicionantes para transferência de recursos oriundos do orçamento próprio federal.

As possibilidades de atuação do estado, definidas através de dispositivos legais e normativos, permitem que os gestores estaduais, mesmo em contexto de municipalização da oferta, atuem como coordenador e regulador da atenção à saúde no SUS.

Parte-se do pressuposto de que as ações e serviços de saúde são de responsabilidade comum dos três entes federativos, que devem exercê-las de maneira complementar e, ainda, que a municipalização reserva autonomia aos municípios para gerenciar a saúde no seu território. Ao ente estadual, portanto, cabe o papel fundamental de planejar e organizar os serviços de saúde, definindo as

formas de distribuição, articulação e ordenamento dos serviços e dos recursos financeiros, para garantia dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde, sendo a regionalização uma das estratégias primordiais para o alcance dos objetivos dessa instância.

Assim, a pesquisa busca entender a forma como a instância estadual atuou na distribuição geográfica dos recursos do SUS, considerando as regras que disciplinavam a participação, as transferências, a distribuição e a aplicação dos recursos financeiros destinados à saúde entre os anos 2003 a 2006.

Levando-se em consideração a diversidade nas condições de financiamento dos municípios e as características das regiões de saúde, procura-se explicitar os critérios de operacionalização da equidade utilizados na distribuição dos referidos recursos.

Especificamente, o estudo visa:

1. Identificar um conceito de equidade que norteie a avaliação de alocação equitativa de recursos financeiros.
2. Analisar a capacidade de autofinanciamento das instâncias municipais do estado do Rio de Janeiro.
3. Identificar as possíveis formas de atuação do estado na distribuição geográfica dos recursos destinados às ações e serviços descentralizados do SUS, considerando a regulamentação geral e específica da saúde.
4. Analisar a distribuição de recursos próprios do Estado do Rio de Janeiro a partir das necessidades de saúde.
5. Discutir os efeitos da atuação do Estado do Rio de Janeiro na distribuição equitativa dos recursos destinados à saúde em âmbito municipal e regional.

Nesse sentido, pretende-se contribuir para uma atuação mais efetiva da instância estadual no planejamento regional do seu território, tendo em vista o financiamento das ações e serviços de saúde. Espera-se fornecer subsídios para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais justo, em concordância com o proposto no texto constitucional.

2. JUSTIÇA SOCIAL E EQUIDADE EM SAÚDE

Distintas teorias de justiça abordam a temática da igualdade, seja implícita ou explicitamente. Diferenciam-se, porém, em relação ao tipo de igualdade que deve ser procurada para o conjunto dos indivíduos.

Para a elaboração de políticas baseadas na justiça social há a necessidade de definição do tipo de igualdade que se busca e de quais desigualdades podem ser consideradas indesejáveis. Segundo Porto (1997), esse é o ponto central que tem pautado a elaboração das propostas contemporâneas.

Embora difiram em alguns pontos, as teorias da justiça social têm por objetivo identificar as bases para uma definição conceitual do termo equidade, que apresenta significados distintos conforme a concepção de justiça em que esteja inserido.

Segundo Rawls (2002, p. 5), *“os princípios da justiça social fornecem um modo de atribuir direitos e deveres nas instituições básicas da sociedade e definem a distribuição apropriada dos benefícios e encargos da cooperação social”*.

A concepção de uma teoria da justiça surge da noção que se tem da sociedade, ou seja, da maneira pela qual os direitos e deveres fundamentais são distribuídos e as vantagens provenientes da cooperação social são determinadas.

Assim sendo, diversas concepções de justiça vão coexistir e, para compreendê-las, é necessário explicitar a concepção de cooperação social da qual se deriva.

A distribuição dos benefícios poderá dar-se de diversas maneiras, conforme a concepção utilizada para a sua redistribuição.

O princípio da eficiência afirma que uma configuração é eficiente sempre que é impossível mudá-la de modo a fazer com que algumas pessoas (ao menos uma) melhorem a sua situação sem que, ao mesmo tempo, outras pessoas (ao menos uma) piorem a sua. Deste ponto de vista, só há ganho na sociedade, quando todos se beneficiam. Esta é uma concepção distributiva onde se deve escolher uma distribuição igual, exceto se houver outra forma de distribuição que melhore a situação de todas as pessoas.

Pela ótica do princípio da utilidade, uma sociedade está adequadamente ordenada quando suas instituições maximizam o saldo líquido dos bens, independente do modo de distribuição desses bens na sociedade. Por ele, só se deve recorrer à igualdade para resolver impasses. O utilitarismo é a visão segundo a qual o princípio da utilidade é o princípio correto para a concepção pública da justiça de uma sociedade.

Do ponto de vista da ética, o utilitarismo é uma teoria teleológica, onde, por definição os conceitos do justo e do bem se definem independentemente. Define-se como justo tudo aquilo que maximiza o bem. As teorias teleológicas diferem entre si na maneira de se caracterizar o bem.

O princípio utilitarista estende para a sociedade o princípio da escolha de um único ser humano. Quando aplicado a um indivíduo, esse princípio consiste em promover o máximo bem-estar possível. Estendida para uma sociedade, a teoria

utilitarista consiste em promover ao máximo o bem-estar do grupo, e considera que esta sociedade estará adequadamente ordenada quando as instituições maximizarem o saldo líquido de satisfações possível, não importando como essa soma de satisfações se distribui entre os indivíduos e ao longo do tempo. Considera como justa qualquer distribuição que permita a máxima realização do grupo ou sociedade, independente da diferença dos membros desse grupo ou sociedade (Rawls. 2002)

2.1. Teorias de igualitarismo seletivo

O ponto principal do debate sobre “Igualdade de quê?” está na definição de qual ou quais variáveis deverão ser selecionadas para a realização da igualdade.

Fleurbaey (1995) denomina igualitarismo seletivo toda teoria que vai além da seleção de resultados individuais relevantes para a definição de igualdade, identificando uma seleção adicional, que ele chama *fator-seletivo da igualdade*.

A partir da primeira seleção, de caráter individual, cada autor realiza a seu modo a seleção adicional. Uma das maneiras de realizar essa seleção consiste de, uma vez escolhido o resultado individual, listarem-se todos os fatores que influenciem o valor desse resultado para, em seguida, classificá-los em (1) fatores que as instituições sociais e governamentais podem controlar diretamente; (2) fatores que não estão sob controle de instituições sociais, mas que não podem ser atribuídos somente à responsabilidade individual; e (3) aqueles pelos quais o indivíduo é responsável (Fleurbaey, 1995).

Assim, as instituições sociais e governamentais têm como meta igualitária compensar as diferenças individuais através de uma alocação apropriada de recursos. A seleção de fatores se dá, assim, em função do grau de controle individual sobre as variáveis de responsabilidade individual e daquelas decorrentes do talento ou mérito que, mesmo não sendo de responsabilidade estrita do indivíduo, não pode ser considerado de responsabilidade institucional ou governamental.

Considerando o limite entre os fatores considerados acima, duas visões principais competem.

A escola da igualdade de recursos propõe igualar a extensão do conjunto de recursos de responsabilidade governamental e aqueles que, mesmo não sendo de responsabilidade governamental, não são de controle estritamente do indivíduo, como talento ou mérito. Rawls considera entre os primeiros as ambições e os principais objetivos com os quais os indivíduos se identificam, reservando para os segundos os recursos e as circunstâncias que os ajudam ou dificultam a obtenção desses objetivos.

A escola da igualdade de oportunidades busca igualar as seleções de todos os níveis de resultados que o indivíduo pode obter dentro do conjunto de fatores de controle e responsabilidade individuais (Fleurbaey, 1995).

2.1.1. Definindo igualdade de oportunidades

Turner classifica quatro tipos de igualdade. Segundo o autor:

It is common to identify four types of equality. The first is ontological equality or the fundamental equality of persons. Secondly, there is equality of opportunity to achieve desirable ends. Thirdly, there is equality of condition where there is an attempt to make the conditions of life equal for relevant social groups. Fourthly there is equality of outcome or equality of result (Turner, 1986, p. 34).

A igualdade ontológica é a igualdade essencial dos seres humanos, comum para certas religiões e tradições morais. A igualdade de oportunidade parte de um conceito estritamente relativo e inseparável da noção de igualdade de condição. Refere-se àqueles que têm habilidades e que estão preparados para exercê-las na aquisição de interesses pessoais em uma situação competitiva. Almeida refere-se ao princípio de igualdade de oportunidade que, como princípio geral:

tem como objetivo colocar todos os membros de determinada sociedade na condição de participar da competição pela vida, isto é, pela conquista do que é vitalmente significativo, a partir de posições iguais de partida (Almeida, 2002, p. 28)

A igualdade de resultados objetiva a transformação das desigualdades iniciais em igualdades sociais.

A rigor, conforme depreendemos de Turner e Almeida, para que a igualdade de oportunidades tenha algum significado é essencial assegurar a igualdade de condições.

De fato, esse é o pressuposto básico em que se fixam as várias teorias igualitaristas. No entanto, a natureza do resultado esperado pela igualdade de oportunidade difere em cada uma delas. Alguns autores propõem como resultado o bem-estar, outros focam nas vantagens ou funcionamentos.

Para que a igual oportunidade de bem-estar seja obtida entre um número de pessoas, cada uma precisa se deparar com uma coleção de opções que são equivalentes para cada outra pessoa, com relação às satisfações que oferece.

Fleurbaey considera esse critério incompleto, e alega que alguns indivíduos podem se deparar com um mesmo conjunto de opções, mas podem diferir no conhecimento de suas opções, suas habilidades de escolher razoavelmente entre elas, e a força da característica que habilita a pessoa a persistir buscando a opção escolhida. Para ele, a igual oportunidade de bem-estar somente é obtida quando todas as pessoas se deparam efetivamente com equivalentes coleções de opções (Fleurbaey, 1995).

Essa definição do princípio da igualdade de oportunidade não implica na noção de responsabilidade ou escolha, além de neutralizar o efeito de certas variáveis sobre os resultados individuais e, como observa o autor, torna-se frágil por isso.

Na literatura em geral, o termo responsabilidade é utilizado em, pelo menos, dois contextos diferentes. Envolve tanto a idéia de autoridade como de obrigação. A abordagem mais apropriada do princípio da igualdade de oportunidade é o que define a responsabilidade de cada indivíduo pelos seus atos. Mas, o termo pode denotar também a responsabilidade dos indivíduos por objetos sobre sua guarda, indivíduos sobre a sua tutela e, ainda, a responsabilidade dos governantes pelas políticas nacionais (Fleurbay, 1995).

2.1.2. A Justiça como Equidade

A Justiça como equidade é uma concepção de justiça elaborada por John Rawls, na década de 70, a partir do estudo das teorias de justiça social existentes.

Segundo Fleurbaey (1995) o trabalho de Rawls traz grandes contribuições para a compreensão da igualdade como um valor básico social, depois de décadas

de hegemonia utilitarista, embora reconheça que a plena igualdade de bem-estar não seja o único aspecto adequado para a garantia da igualdade.

Nessa concepção, a sociedade é interpretada como “*um empreendimento cooperativo para a vantagem de todos*”. A estrutura básica é um sistema público de regras que definem um esquema de atividades que conduz os homens a agirem juntos no intuito de produzir uma quantidade maior de benefícios e atribuindo a cada indivíduo uma parte desses benefícios (Rawls, 2002, p.90).

A teoria da justiça como equidade representa, conforme afirma Rawls, uma alternativa ao princípio utilitarista. Considerada eticamente, é uma teoria deontológica, onde o justo não é entendido como maximizador do bem. A questão de se obter o maior grau de satisfação dos bens não se apresenta nessa teoria. Sua característica central é a prioridade do justo em relação ao bem.

Na justiça como equidade o conceito de justo precede o de bem. Um sistema social justo define o escopo no âmbito do qual os indivíduos devem desenvolver seus objetivos, e oferece uma estrutura de direitos e oportunidade e meios de satisfação pelos quais e dentro dos quais esse fim pode ser equitativamente perseguido (Rawls, 2003, p.33).

Uma concepção do justo é um conjunto de princípios, gerais em sua forma e universais em sua aplicação, que deve ser publicamente reconhecido como uma última instância de apelação para a ordenação das reivindicações conflitantes de pessoas éticas. Essa concepção regula a estrutura básica da sociedade, através de regras de consenso, que especifiquem os tipos de cooperação social a serem estabelecidos.

Rawls afirma que os princípios da justiça para instituições não devem ser confundidos com os princípios que se aplicam aos indivíduos e às suas ações em

circunstâncias particulares. Esses dois tipos de princípios se aplicam a diferentes sujeitos e devem ser discutidos separadamente.

Assim, estrutura a sua teoria com base em dois princípios:

Primeiramente, cada pessoa deve ter um direito igual ao mais abrangente sistema de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdades para as outras.

Em segundo lugar, as desigualdades sociais e econômicas devem ser ordenadas de tal modo que sejam ao mesmo tempo consideradas como vantajosas para todos dentro dos limites do razoável e vinculadas a posições e cargos acessíveis a todos (Rawls, 2002).

Esses princípios se aplicam primeiramente à estrutura básica da sociedade, governam a atribuição de direitos e deveres e regulam as vantagens econômicas e sociais. Por eles, podemos entender uma concepção mais geral de justiça onde todos os valores sociais – liberdade e oportunidade, renda e riqueza, e as bases sociais da auto-estima – devem ser distribuídos igualitariamente a não ser que uma distribuição desigual de um ou de todos esses valores tragam vantagens para todos.

O segundo princípio se aplica à distribuição de renda e riqueza e ao escopo das organizações que fazem uso de diferenças de autoridade e de responsabilidade. Porém, como os princípios devem obedecer a uma ordenação serial, o primeiro antecedendo ao segundo, as violações das liberdades básicas iguais protegidas pelo primeiro princípio não podem ser justificadas nem compensadas por maiores vantagens econômicas e sociais. A distribuição de renda e riqueza, e de posições de autoridade e responsabilidade, devem ser consistentes tanto com as liberdades básicas quanto com a igualdade de oportunidades (Rawls, 2002).

Quando os dois princípios são satisfeitos as liberdades básicas de cada pessoa são asseguradas e todos se beneficiam da cooperação social.

A idéia de uma posição original é estabelecer um ponto a partir do qual quaisquer princípios aceitos sejam justos, estabelecendo assim um processo equitativo na redistribuição dos bens entre os membros da sociedade. Com base em considerações gerais, e sem conhecer os efeitos em sua situação particular, os membros de uma sociedade avaliam os princípios que desejam estabelecer como justos para todos.

A essa forma de proceder à escolha o autor denomina *véu da ignorância* (Rawls, 2002)

A prioridade dada à liberdade assegura que as pessoas na posição original não desejarão obter maiores vantagens em detrimento das liberdades básicas iguais. Faculta ainda que as expectativas dos mais favorecidos sejam elevadas, apenas segundo as formas necessárias para que se melhore a situação dos menos privilegiados.

Para que a posição original gere acordos justos, as partes devem estar situadas de forma equitativa e devem ser tratadas de forma igual como pessoas éticas. A arbitrariedade do mundo deve ser corrigida por um ajuste das circunstâncias da posição contratual original (Rawls, 2002, p.152)

Essa correção das arbitrariedades pode ser entendida a partir da noção de igualdade de oportunidades associada à igualdade de condição, elementos da tipologia da igualdade de Turner.

O ajuste das circunstâncias da posição contratual garante a efetiva implementação dos critérios da justiça e, segundo o autor, para que isso se dê, é necessária a intervenção do Estado através de suas instituições, no sentido de

assegurar um mínimo social, a partir das distribuições dos bens primários (Rawls, 2002)

2.1.3. Igualdade de capacidades

Ao enunciar a sua concepção igualitarista, Sen (2008) parte do fato de que em todas as teorias da política econômica e filosofia política, a igualdade é buscada em algum espaço, considerado como central. A identificação desse espaço surge da resposta ao questionamento sobre o quê deve ser igualado, em cada teoria. Assim, as respostas que são dadas à pergunta “igualdade de quê?” podem servir como base de classificação de diferentes teorias éticas dos ordenamentos sociais.

Responder a essa pergunta pode não ser uma tarefa tão simples, se considerarmos que a necessidade de igualdade em alguma variável pode implicar na promoção da desigualdade em outras variáveis, podendo haver conflitos entre as perspectivas.

Sen argumenta que a importância da pergunta “igualdade de quê?” se apóia na diversidade real que existem entre os seres humanos. “*Somos profundamente diversos em nossas características internas bem como nas circunstâncias externas*” (Sen, 2008, p. 23) e, devido a essa diversidade, a busca da igualdade em um campo, exige conseqüentemente, a rejeição do igualitarismo em outro.

A diversidade humana, a que se refere o autor, tem características distintas. Pode ter como origem a diversidade básica inerente a todos os seres humanos ou pode estar relacionada à multiplicidade de variáveis em cujos termos a igualdade é julgada.

Mas existe outra importante diversidade, relativa ao potencial de cada indivíduo para converter recursos em liberdades substantivas. Variações relacionadas com sexo, idade, dotes genéticos, e muitos outros traços, geram oportunidades bastante divergentes, ainda que se considere o mesmo pacote de bens primários.

Sendo os seres humanos profundamente diversos, a busca de um espaço de igualdade deve ajustar-se a essa característica de diversidade, pois a igualdade de tratamento de todas as pessoas poderia produzir um resultado bastante desigual em favor dos que estão em desvantagem.

Por isso, Sen argumenta que a igualdade deve ser julgada, comparando-se aspectos específicos entre cada pessoa e desenvolve a idéia de que o julgamento das desigualdades depende da escolha de uma variável em cujos termos são feitas comparações – denominada variável focal, na qual a análise focalizará ao comparar pessoas diferentes.

As principais teorias éticas do ordenamento social elegeram uma variável focal para termos de comparação, embora essas variáveis difiram bastante entre uma teoria e outra. No entanto, Sen considera que essas teorias não valorizam suficientemente a distinção entre *realização* e *liberdade para realizar*, o que causa certas dificuldades na seleção das variáveis focais relevantes.

Para tentar minimizar essas dificuldades, Amartya Sen propõe que as *capacidades é que devem ser igualadas* (Sen, 2008, p. 12). Essa forma de julgamento, baseada nas capacidades para realizar, torna a teoria de Sen diferente das demais teorias baseadas na igualdade de oportunidades.

Geralmente, essas teorias conceituam a igualdade de oportunidade como igual disponibilidade de algo em particular, sem se importar, de modo mais abrangente, com as variações que podem interferir na disponibilidade da variável em foco.

Para o autor, a perspectiva da capacidade é uma concepção de igualdade de oportunidades que destaca a liberdade substantiva que cada pessoa tem para buscar seus objetivos. São as oportunidades reais (ou substantivas) de que uma pessoa dispõe para realizar, entre outras coisas, objetivos ligados ao bem-estar.

A capacidade é principalmente um reflexo da liberdade para realizar funcionamentos valiosos. Ela se concentra diretamente sobre a liberdade como tal e não sobre os meios para realizar a liberdade, e identifica as alternativas reais que temos. Nesse sentido, ela pode ser lida como um reflexo da liberdade substantiva. Na medida em que os funcionamentos são constitutivos do bem-estar, a capacidade representa a liberdade de uma pessoa para realizar bem-estar (Sen, 2008, p.89).

Capacidades para realizar envolvem mais do que disponibilidade de recursos. São, na realidade, poderes para fazer ou deixar de fazer, sem os quais não há escolha genuína. Também envolvem aquilo que Sen chama de acessibilidade a recursos, e que depende muito das habilidades e talentos que cada pessoa tem para usar alternativamente recursos.

Para ele, as oportunidades reais não são parâmetros medidos por recursos disponibilizados às pessoas, mas funções cujos valores são determinados por uma série de fatores: recursos, talentos, condicionamentos, direitos, expectativas, escolhas anteriores, auto-estima, poder de iniciativa, voz na comunidade, processos decisórios, etc. (Sen, 2008).

Na economia tradicional, o bem-estar de uma pessoa é avaliado pelo seu domínio sobre bens e serviços. Esse pressuposto leva à focalização da variável

renda, já que a renda determina o quanto cada pessoa pode consumir. No entanto, não obstante o bem-estar de uma pessoa estar relacionado ao domínio que ela tem sobre bens econômicos tradicionais, circunstâncias individuais e sociais podem gerar escolhas e realizações que não são definidas apenas pela renda de que se dispõe. As variações nessas circunstâncias afetam a conversão de bens e serviços em oportunidades de realização de coisas que são consideradas importantes.

A abordagem da capacidade difere

por abrir espaço para uma variedade de ações e estados considerados importantes por si mesmos (não somente porque eles pode produzir utilidade, nem apenas na proporção que a produzem). Nesse sentido, a perspectiva das capacidades fornece um reconhecimento mais completo da variedade de maneiras sob as quais as vidas podem ser enriquecidas e empobrecidas. Também se diferencia daquelas abordagens que baseiam sua avaliação em objetos que não são, em nenhum sentido, funcionamentos e capacidades pessoais (Sen, 2008, p. 83).

As variáveis focais na abordagem da capacidade de Amartya Sen são os *funcionamentos*. No espaço de eleição para a definição da igualdade, os funcionamentos representam um ponto. Ao conjunto desses pontos, que reflete a liberdade que uma pessoa tem para levar um tipo de vida ou outro, Sen chamará de *capacidade ou conjunto capacitário*.

Nas abordagens mais tradicionais, variáveis como bens primários, recursos ou renda, são instrumentos para a realização do bem-estar, e podem, por isso mesmo, ser vistos como meios para a liberdade. Em contraste, os funcionamentos fazem parte dos elementos constituintes do bem-estar.

A realização de uma pessoa pode ser concebida como o *vetor* de seus funcionamentos.

Funcionamentos relevantes podem variar desde coisas elementares, como estar nutrido adequadamente, estar em boa saúde, livre de doenças evitáveis e morte prematura, até realizações mais complexas, tais como, entre outras coisas, ser feliz e ter respeito próprio (Sen, 2008).

Assim, Sen aponta como solução para a resposta à pergunta “*igualdade de quê?*” a seleção dos funcionamentos como variável focal, ou seja, “*estados e ações que uma pessoa realiza ao viver*” (Sen, 2008, p.15). Propõe a eleição de um núcleo de necessidades comuns a todas as pessoas, em cuja dimensão a igualdade seja avaliada, o que pode ser denominado *igualdade basal*.

2.1.4. Resultados do igualitarismo seletivo

Segundo Fleurbaey (1995) as abordagens da teoria baseadas no fator seletivo da igualdade não são satisfatórias quando partem da classificação de fatores em recursos, talentos e vontades.

Assim, propõe que sejam listados todos os **resultados** relevantes, e não fatores individuais – que podem ser componentes de vários resultados. A seguir, para cada um desses resultados – que podem também ser identificados com a noção de Sen dos **funcionamentos**, com algumas diferenças – decide-se quais centros de decisão (governo, as autoridades locais, associações, familiares, amigos, dentre outros e, por último, mas não menos importante, o próprio indivíduo) devem assumir alguma responsabilidade pela aquisição da obtenção do resultado.

Como ilustração, o autor sugere alguns resultados relevantes que considera plausíveis, tais como: *saúde, educação e informação, riqueza, poder de tomada de decisão coletiva e integração social*.

Esse modelo propõe passar do igualitarismo fator-seletivo ao igualitarismo resultado-seletivo e, buscando simplificar, o autor assume como centros de decisão a **sociedade** e o **individual**.

No primeiro centro de decisão – a sociedade – estarão incluídos todos os resultados pelos quais a sociedade assume alguma responsabilidade.

Conseqüentemente, o segundo – o individual – estará sob inteira responsabilidade dos indivíduos e de seus familiares.

Depreende-se, pelo exposto, que uma sociedade baseada nesse igualitarismo resultado-seletivo desenhará um conjunto de instituições objetivando igualar os resultados da primeira categoria, desconsiderando os da segunda categoria. Em outras palavras, nesse modelo, uma fronteira será desenhada entre os resultados individuais submetidos ao cuidado igualitário, e os resultados individuais serão de interesse puramente privado (Fleurbaey, 1995).

Entretanto, a localização precisa de tal fronteira pode particularmente ser difícil de ser estabelecida, envolvendo questões amplas e complexas ao nível das relações entre o social e o privado, e também, no âmbito das relações intergovernamentais (governos centrais, subnacionais, autoridades locais, etc).

Assim, a teoria da igualdade dos resultados sociais de Fleurbaey reúne elementos que são a combinação das diversas teorias de igualdade seletiva analisadas até aqui, particularmente as teorias de Rawls e Sen.

Considerando que habilidades diferentes são uma importante fonte de desigualdades injustas entre os indivíduos, o foco nos **funcionamentos** de Sen, e não nos **bens**, conforme esperaria Rawls, parece mais apropriado ao autor. Por outro lado, discute, concordando com Rawls e contrariando Sen, que as instituições

sociais não podem cuidar do destino dos indivíduos de uma maneira integral, sendo considerados somente a distribuição dos resultados sociais, que poderiam ser chamados *funcionamentos primários*, podem ser questionados do ponto de vista da justiça social. O termo funcionamento de que o autor se apropria aqui difere do termo utilizado por Sen, já que, neste, significam capacidades e implicam na idéia de responsabilidade moral. Fleurbaey o utiliza somente do ponto de vista de variáveis relevantes.

2.2.Operacionalização do termo equidade

Do ponto de vista histórico e conceitual, o termo equidade *nos remete à questão da justiça, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado*, estando sua formulação relacionada às noções de igualdade e liberdade (Almeida, 2002).

Em revisão bibliográfica realizada em 1983, Artells e Mooney (1983 *apud* Porto, 2002) identificaram distintas formas de operacionalização de equidade, a partir das definições de igualdade.

Dentre esses, destacamos a igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais, que reconhece, além das diferentes necessidades determinadas pelo perfil demográfico e epidemiológico, a existência de desigualdades no custo social do acesso, como por exemplo, a distância dos serviços.

A busca de resultados equitativos pressupõe redistribuição desigual de recursos e, conforme Whitehead (1991 *apud* Porto 2002) as desigualdades que

devem ser tidas em conta são aquelas consideradas ao mesmo tempo evitáveis e injustas.

Desse modo, a equidade deve ser entendida como o princípio que rege funções distributivas, com o objetivo de compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas ou evitáveis (Porto, 2002).

Partindo dessa concepção, no campo da saúde, é necessário identificar os fatores que dão origem às desigualdades consideradas injustas e evitáveis, o que pode ser feito conforme distintas interpretações, dadas as dimensões em que a equidade em saúde pode ser pesquisada.

A definição de equidade em saúde depende do conceito em saúde e do conceito de necessidade de saúde. Entretanto, identificar necessidades de saúde é um assunto complexo, multidimensional, que necessita de uma série de instrumentos para aproximação da realidade, que não se restringem somente ao campo biológico.

Conforme observamos em Paim,

O perfil epidemiológico da população, enquanto componente da situação de saúde, é determinado, de um lado, pela estrutura de produção (inserção na estrutura ocupacional), em especial, por meio do processo de trabalho e das condições de trabalho; de outro, pela estrutura de consumo (modo de vida) que, juntamente com a renda auferida no mercado de trabalho, conforma as condições (garantidas diretamente por seus rendimentos ou através de políticas públicas que asseguram a distribuição de bens coletivos) e o estilo de vida (conjunto de comportamentos, hábitos, atitudes, etc.) (Paim, 1997, p.26)

As dimensões mais pesquisadas da equidade em saúde são relativas às condições de saúde e ao consumo de serviços de saúde. Porém, outras existem que devem ser acrescentadas à análise, como a política e a institucional para que se possa discutir qual igualdade se deseja.

A equidade em relação às condições de saúde analisa a distribuição dos riscos de adoecer e morrer. Considera as desigualdades nos perfis de doença em função de variáveis biológicas e das condições socialmente determinadas.

Em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde, analisa as possibilidades de consumir serviços de saúde de diferentes graus de complexidade por indivíduos com necessidades iguais de saúde. Essa, conforme depreendemos do estudo de Travassos *et al.* (2000) pode ser subdividida em outras duas dimensões – a geográfica e a social – complementares uma a outra:

A dimensão geográfica diz respeito às variações entre áreas, a dimensão social, às variações entre grupos sociais intra-áreas. (...) Entretanto, embora necessária, a equidade geográfica não é condição suficiente para o alcance da equidade social (Travassos et al, 2000, p. 135).

É importante distinguir o conceito de equidade em saúde do conceito de equidade no uso de serviços de saúde. Os determinantes das desigualdades em saúde não são os mesmos das desigualdades no consumo de serviços de saúde, como também a equidade no uso de serviços de saúde não resulta, necessariamente, em equidade na situação de saúde (Travassos *et al.*, 2000).

Outras dimensões da equidade em saúde são às relativas à distribuição dos recursos financeiros, que contempla estudos e modelos sobre a equidade na alocação dos recursos financeiros, e ao processo de descentralização de poder e autonomia para o nível local de regulação do sistema de saúde e sua consequente responsabilização pelas condições de saúde e assistência aos indivíduos.

Vale ainda considerar, conforme lembra Campos (2006), que o tema da equidade em saúde está também ligado à qualidade dos serviços, ou seja, à sua eficácia, à sua capacidade de resolver problemas de saúde.

Em um país heterogêneo como o Brasil, de vastas dimensões geográficas e com uma grande diversidade regional, para compensação e superação de desigualdades injustas, há necessidade de operacionalização do conceito nas várias dimensões citadas no campo da saúde. Este sem dúvida é um desafio que precisa ser encarado sob pena de não se conseguir definir com exatidão que tipo de igualdade se deseja em se tratando de saúde. Essa deve ser uma busca permanente, considerando sempre as variadas dimensões do conceito.

Portanto, é necessário que a equidade em saúde seja pensada, segundo Escorel (2001, p.13) como *“um processo, permanente, em transformação, que vai mudando o seu escopo e sua abrangência na medida em que certos resultados são alcançados”*.

3. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE SISTEMAS FEDERATIVOS

O Federalismo pode ser definido como uma forma particular de organização político-territorial do poder do Estado, onde a autoridade política (a soberania) e o exercício do poder (o governo) são repartidos em múltiplos centros soberanos definidos geograficamente e coordenados entre si. (Lima, 2007). Essa forma de organização molda relações intergovernamentais, competitivas e cooperativas, caracterizadas pelo conflito de poder e pela negociação entre esferas de governo (Almeida, 2001).

Os mecanismos de controle mútuo entre os governos e dos governantes pelos cidadãos, assim como os aspectos relativos à diplomacia e à coordenação intergovernamental caracterizam o Federalismo em sua dimensão política.

A repartição do poder econômico-financeiro entre os diferentes níveis de governo expressa a dimensão fiscal do Federalismo. Já a dimensão administrativa refere-se à divisão de competências e responsabilidades entre os níveis de governo no plano das políticas públicas específicas, como por exemplo, a saúde, a educação, o transporte, o saneamento urbano e a moradia (Lima, 2007).

Nos arranjos federativos, essas dimensões aparecem com maior ou menor ênfase, conforme a combinação dos princípios básicos da autonomia dos governos

e da interdependência entre eles. A autonomia permite que os entes federativos estabeleçam as suas regras de autogoverno e delimitem o raio de ação do poder dos outros níveis de governo em sua instância, enquanto a interdependência define em que padrões se dará a cooperação dentro da federação. Ainda que se reconheça a diversidade dos entes subnacionais, resultante das particularidades socioeconômicas, culturais e históricas, o Federalismo configura-se como instrumento de inter-relacionamento desses com o governo central, para ajuste dessas particularidades, sem prejuízo da integridade de cada qual.

A autonomia dos entes é um dos conceitos caros na caracterização de uma federação. Conforme salienta Ferreira Filho (1989, *apud* Lobo, 2006, p. 43), *“unânime é na doutrina ser a autonomia a característica por excelência de um Estado-Membro de um Estado Federal”*. Para Horta (2003, *apud* Lobo, 2006, p.43): *“A autonomia do Estado-Membro constitui elemento essencial à configuração do Estado Federal”*.

Entretanto, no bojo da federação, é imprescindível compreender como se expressa a autonomia dos entes e em que limites poderá ser exercida integralmente, sem a interferência dos demais componentes do Estado federal.

Na conceituação de Reis,

*Autonomia quer dizer liberdade na determinação consentida a um sujeito, resultando no poder de dar a si mesmo a lei reguladora da própria conduta, ou, mais compreensivelmente, o poder de prover o atendimento dos próprios interesses e, portanto, o de gozar e de dispor dos meios necessários para obter uma satisfação harmônica e coordenada dos referidos interesses. (Reis, 2000 *apud* Lobo, 2006, pp.45-6),*

Depreende-se que a noção de autonomia dos entes federativos pressupõe que eles disponham de meios suficientes para o pleno exercício das atividades e competências estabelecidas no pacto federativo. Nesse sentido a Constituição, quando define a competência de cada ente da federação, deve expressar garantias políticas para o cumprimento dessas competências, sem que haja necessidade de interferência dos demais entes.

O Estado brasileiro reproduz o modelo de Federalismo cooperativo, caracterizado pela mútua interpenetração das esferas autônomas, através da repartição vertical de competências entre o governo central e os entes subnacionais, definidas como concorrentes. Segundo Almeida (2001, p.27), o federalismo cooperativo é um “*sistema caracterizado pela existência de funções compartilhadas pelas diferentes esferas de governo*”.

Embora se reconheça, na feição cooperativa do federalismo, um poder de direcionamento maior do governo central, esse fato não compromete a autonomia dos entes subnacionais em suas competências privativas definidas na Constituição de 1988 (CF88) ¹.

Na dinâmica do federalismo cooperativo, as concepções de descentralização e autonomia se inserem na idéia básica de que as comunidades maiores só devem atuar nas questões em que as comunidades menores não consigam resolver por si próprias, estipulando uma natural descentralização no exercício das funções do governo federal e uma garantia de autonomia das comunidades inferiores.

¹ Essa característica distingue o Federalismo cooperativo do modelo dualista, onde o governo federal dispõe de poderes enumerados, limitados pelas disposições constitucionais, dotando-se os estados de poderes residuais, ou seja, todos aqueles não outorgados expressamente para o governo central. (Lobo, 2006, p.13)

Entretanto, o modelo federativo brasileiro, nos moldes em que o define a CF88, difere das demais federações contemporâneas pelo seu desenho ímpar, já que a Federação brasileira é descentralizada em três “*ordens de competência legislativa, política e administrativa, com expressa inclusão também dos Municípios na classe maior dos entes federativos*” (Lobo, 2006, p. 48).

Assim, os municípios brasileiros possuem como peculiaridade o serem entidades político-administrativas da Federação, que gozam de autonomia política, administrativa e financeira, o que traz implicações para as relações intergovernamentais e para a atuação da esfera estadual (Lima *et al.*, 2009).

No âmbito de grande parte das políticas de públicas, dentre as quais importa destacar as políticas de saúde, a CF88 estabelece que os municípios possuem competência comum aos demais entes o que, se por um lado, permite o desenvolvimento de políticas públicas em nível local, por outro lado, coloca desafios para a instância estadual na condução da parte que lhe cabe no desenvolvimento dessas políticas (Brasil, 1988)

Dentre esses desafios, ressaltam-se os colocados pelas relações fiscais, tanto gerais quanto no âmbito das políticas de saúde, que predominantemente se dão entre a União e os municípios, sendo pouco intermediadas pelo ente estadual, além da insuficiência de mecanismos de coordenação federativa claramente estabelecidos (Lima *et al.*, 2009).

O enfoque da ciência política contribui para esta análise, no sentido em que busca identificar os elos entre as instituições federativas e a governabilidade², pois,

² Entenda-se governabilidade como a capacidade de intervenção pública dos governos para operarem mudanças.

é a partir das relações intergovernamentais que se estabelecem as divisões de competências e responsabilidades entre os entes federativos.

No Brasil, federação com expressivas desigualdades, as políticas de saúde se desenvolvem no âmbito de um sistema nacional, descentralizado, e que se propõe ser universal e igualitário. Embora não haja incompatibilidades entre o arranjo federativo e o modelo de sistema de saúde do país (Banting & Corbett, 2002), as estratégias para o alcance dos princípios e diretrizes do sistema de saúde não devem ser as mesmas nas diferentes esferas de governo, mas variar em função da diversidade local e regional, ainda que se mantenham a configuração do sistema, dada pela CF88 e regulamentação complementar.

A existência de competências comuns aos três entes no desenvolvimento das políticas públicas de saúde cria a necessidade de regulamentações específicas, para o desenvolvimento de regras e instrumentos que possibilitem a atuação do ente estadual nesse conjunto de competências.

A inexistência de fronteiras nítidas para a atuação de cada instância federativa possibilita ainda a criação e o fortalecimento de instâncias de negociação e pactuação entre os gestores da saúde nos diversos níveis. Entretanto, quando as regras, instrumentos e mecanismos de gestão compartilhada não se expressam no âmbito da federação, limitando-se ao espaço estrito da política de saúde, são insuficientes para criar condições políticas e econômicas necessárias à coordenação federativa³ (Lima *et al.*, 2009).

³ Abrucio (2005) compreende a coordenação federativa como formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta que resultam na instauração de parcerias aprovadas pelos governos. Lima *et al.* (2009) a consideram um elemento-chave para garantir o equilíbrio federativo.

Almeida considera que essas *vicissitudes*, relativas ao conteúdo concreto da cooperação e à transferência de responsabilidades, no âmbito das competências concorrentes não são atribuíveis ao desenho constitucional, mas inerentes à existência da Federação, que pressupõe o “*entendimento entre autoridades públicas dotadas de autonomia de decisão, mesmo que em graus diversos*” (Almeida, 2001, p. 27).

Em termos fiscais, o federalismo cooperativo fundamenta-se na cooperação financeira, que se desenvolve em virtude da necessidade de solidariedade federal por meio de políticas públicas conjuntas e de compensação das disparidades regionais. (Lobo, 2006).

3.1. Federalismo fiscal

A dimensão fiscal do federalismo relaciona-se ao *conjunto de problemas, métodos e processos relativos à distribuição de recursos fiscais em federações, de forma que viabilizem o bom desempenho de cada nível de governo no cumprimento dos encargos a ele atribuídos* (Prado, 2006, p.15).

A expressão “federalismo fiscal” abrange uma série de noções vinculadas ao aspecto financeiro do relacionamento entre os entes federativos, englobando a maneira pela qual o Estado se organiza, o tipo de federação adotado, o grau de autonomia de seus membros e as incumbências a eles atribuídas e,

fundamentalmente, a forma pela qual as esferas de governo são financiadas. (Oliveira, 2001 *apud* Lobo, 2006)

O federalismo fiscal é moldado por fatores econômicos, sociais, culturais e históricos, sendo resultado de escolhas políticas. Expressa o modo como os princípios de autonomia e interdependência entre as partes são incorporados na gestão dos tributos.

A repartição entre os governos central e subnacionais dos poderes de tributar e de gastar são inerentes ao federalismo fiscal e, ao longo das últimas décadas observa-se nos países de organização federativa uma tendência ao deslocamento dos encargos sobre as políticas públicas e do poder de gasto do nível central para os periféricos, como justificativa pela necessidade de ampliar a eficiência e eficácia administrativa no uso desses recursos. (Lima, 2007)

Os arranjos institucionais que regem a distribuição desses poderes são complexos e envolvem mecanismos de distribuição dos encargos formalmente regulamentados entre o nível central e os níveis subnacionais, de distribuição da competência tributária e do sistema de partilha fiscal.

Nesse tocante, as transformações por que passaram as federações nos últimos anos situam-se na idéia de que as políticas de prestação de serviços públicos devem ser cada vez mais assumidas pelos entes subnacionais, o que os países federativos raramente assumem totalmente, dadas as dificuldades de se estabelecer uma clara divisão de encargos, adotando, cada um, a solução mais compatível com a sua própria realidade.

Em tese, conforme afirma Rezende (2003), essa repartição de competências deveria guardar relação com o alcance territorial das principais bases tributárias (renda, consumo e propriedade), a fim de estabelecer laços mais sólidos de responsabilidade entre o governo e o cidadão, além de limitar as possibilidades do contribuinte para evitar o pagamento de impostos.

Os modelos clássicos do federalismo fiscal preconizam maior descentralização das competências tributárias. Os argumentos em contrário apóiam-se no fato de que, em situações de acentuadas diferenças socioeconômicas, a proposição é impensável, além de desconsiderar a necessária cooperação entre as distintas esferas de governo.

No âmbito do sistema de partilha fiscal, esse se justifica em razão das federações caracterizarem-se por graus diferenciados de centralização da competência tributária em relação aos encargos, onde as transferências intergovernamentais cumprem relevante papel na definição do papel do governo central. São mecanismos de distribuição de recursos de origem fiscal entre unidades de governo de igual ou diferente hierarquia, envolvendo relações orçamentárias.

O sistema de partilha vertical de recursos (entre diferentes entes governamentais) tem por objetivo dotar as unidades de governo nacional e subnacionais de recursos compatíveis com suas atribuições legais; já o sistema de partilha horizontal de recursos (entre unidades do mesmo nível) objetiva gerar maior homogeneidade das receitas disponíveis e do poder de gasto das esferas subnacionais com diferentes condições socioeconômicas.

Enquanto na maioria das federações o sistema de partilha vertical se dá entre dois níveis, no Brasil ocorre entre os três entes da federação, tornando-o um sistema

complexo e dificultando o estabelecimento de normas rígidas sobre a forma de distribuição.

No que tange ao sistema horizontal de partilha fiscal, há necessidade de estabelecer padrões adequados de oferta e cobertura de serviços públicos e, a partir daí, garanti-los por meio das transferências intergovernamentais. Desejável se torna que esses padrões considerem a igualdade de direitos dos cidadãos em face do contexto de necessidades diversas gerado pela situação histórica e geográfica distinta dos diversos entes do mesmo nível federativo.

O sistema de partilha fiscal tende a acomodar duas variáveis fundamentais. São elas: a equidade fiscal e a autonomia fiscal dos entes subnacionais.

Por equidade fiscal entende-se a busca de homogeneidade de receita e capacidade de gasto entre os níveis federativos através dos mecanismos de transferência de tributos. A autonomia fiscal dos entes subnacionais, por sua vez, refere-se ao poder que eles têm para dispor mais ou menos livremente da maior parcela possível das suas receitas (Lima, 2007).

Os modelos adotados expressam tensões entre essas duas variáveis em função do valor que cada sociedade dá à equidade e à autonomia, não existindo modelos baseados puramente em uma ou outra variável.

A busca pela equidade fiscal exige do governo central certa interferência na autonomia orçamentária dos níveis subnacionais, através de alternativas como condicionamento de parte dos seus orçamentos a uma aplicação específica, definindo patamares mínimos de gasto; restrição ou redirecionamento da utilização

de determinadas receitas transferidas ou redistribuição horizontal de recursos de cada nível para atendimento de demandas diferenciadas por serviços (Prado, 2003).

Nesse sentido, conforme enfatiza o autor, a vinculação de receitas é uma estratégia usada para a garantia de que determinados serviços sejam realizados, mesmo em padrões mínimos. No Brasil, um dos exemplos é a vinculação de receita preconizada pela Emenda Constitucional n. 29, de 2000 (EC29), que define os percentuais mínimos para aplicação dos recursos próprios de estados e municípios nas ações e serviços de saúde.

O sistema de partilha nas federações pode se classificado segundo a sua função no sistema tributário, a relação do fluxo fiscal com o fluxo cedente, com o orçamento receptor e com a base econômica do ente receptor (Prado et al, 2003).

O quadro 1 apresenta a tipologia desenvolvida pelo autor para a classificação das transferências intergovernamentais.

Considerando a tipologia apresentada, as transferências intergovernamentais do SUS poderiam ser classificadas, com relação ao orçamento da União, como constitucional ou legal, por ter critério de distribuição definido em normas específicas que compõem o escopo geral da legislação do SUS; todavia, como as regras para essas transferências estão sendo constantemente alteradas, o que impõe variação nos fluxos para os entes subnacionais, há certa dificuldade em enquadrá-la em um único tipo da classificação de Prado.

Algumas pesquisas, como a conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2004, as classificam em *transferências negociadas* (IBGE, 2004 *apud* Lima, 2007).

Quadro 1 –Tipologia das transferências intergovernamentais no Brasil.

Classificação	Tipo	Caracterização
Função no sistema tributário	Recursos devolutivos	Adquiridos por partilha simples de receita ou devolução tributária. Cada jurisdição recebe uma parcela da arrecadação efetuada segundo a sua capacidade fiscal ⁴ .
	Setoriais	Funcionalmente seletivos, são recursos destinados ao financiamento de atividades ou grupos de atividades específicas. Objetiva garantir níveis mínimos de atendimento em serviços públicos que os governos locais não têm condições de assumir através de esforço próprio.
	Redistributivos	Distribuídos com a finalidade de corrigir distorções na distribuição das bases tributárias e na diferença de arrecadação das esferas subnacionais de governo.
Relação do fluxo fiscal com o orçamento cedente	Recursos constitucionais legais ou	Possuem critérios de definição sobre a origem dos recursos e os montantes a serem distribuídos expressos na Constituição ou em leis específicas.
	Recursos discricionários voluntários ou	Resultantes de negociações entre autoridades centrais e governos subnacionais. Possuem caráter irregular, geralmente efetuados através de convênios.
Relação do fluxo fiscal com o orçamento receptor	Livres	Podem ser alocados livremente. Aumentam o poder de gasto sem afetar a autonomia decisória dos governos subnacionais.
	Vinculados	Conicionados a determinadas finalidades de gasto. Propiciam maior uniformidade de gasto per capita em determinados setores em contexto de heterogeneidade socioeconômica.
Relação do fluxo fiscal com a base econômica do ente receptor	Apropriação feita pela base econômica	Guardam forte relação com a distribuição das bases tributárias ou com a capacidade econômica das unidades da federação.
	Redistributivos	Destinados aos entes subnacionais sem guardar correspondência com sua capacidade econômica e renda.

Fonte: Prado *et al.* 2003

Ainda que não se enquadrem em um padrão de classificação, é importante diferenciar, dentre as transferências intergovernamentais do SUS, aquelas que são fundo-a-fundo, às quais a discussão acima se aplica de modo mais ajustado,

⁴ A capacidade fiscal refere-se ao nível de arrecadação que o governo local pode alcançar em função das competências tributárias a ele atribuídas.

daquelas que se dão através de convênios. Essas são tipicamente discricionárias, não sendo regulamentadas por leis ou normas e, sim, pelas diretrizes de cada convênio sendo, por isso mesmo, mais instáveis do que as demais.

4. FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS DO SUS

O Sistema Único de Saúde tem seu financiamento estipulado com base nos recursos oriundos das três esferas de governo, conforme definido na CF88, na Lei Orgânica da Saúde (LOS) e nos dispositivos normativos posteriores.

A complexa relação de interdependência fiscal das esferas envolve a obtenção, em proporções diferenciadas, de recursos setoriais exclusivos e recursos que são vinculados em parte à saúde durante a execução das despesas orçamentárias.

Os recursos para o setor saúde foram definidos na CF88, que estabeleceu que o financiamento do SUS se desse a partir do Orçamento da Seguridade Social, compreendida como *um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social* (Brasil, 1988).

O orçamento da seguridade social, conforme estabeleceu o Art. 195 da CF88, deveria ser composto a partir da (1) receita de tributos diretos e indiretos do orçamento dos estados, do Distrito Federal e dos municípios; (2) contribuição sobre a folha de salários; (3) contribuição para o financiamento da seguridade social (COFINS); (4) contribuição sobre o lucro líquido (CSLL); (5) PIS/PASEP; (6) impostos gerais da União.

No âmbito da saúde, a Constituição Federal, por meio das disposições transitórias, destinaria 30% dos recursos ao SUS através do Orçamento da Seguridade Social que, assim, ampliaria a diversificação das fontes de financiamento para diminuir a vulnerabilidade das receitas.

A esses recursos, de origem federal, deveriam ser acrescidas, segundo a Constituição, as receitas provenientes dos tesouros estaduais e municipais que viabilizassem o financiamento do sistema.

No entanto, os objetivos que orientaram a criação do orçamento da Seguridade Social e os resultados previstos não foram alcançados. A partir de 1993, as contribuições sobre a folha de salário, pagas por empresas e trabalhadores, foram vinculadas somente à Previdência Social, e não ao conjunto de áreas consideradas como Seguridade Social (Assistência Social, Saúde e Previdência Social). O mesmo ocorreu com os recursos do PIS/PASEP, que foram vinculados ao seguro-desemprego.

Assistiu-se assim, na década de 1990, a uma tendência à especialização das fontes de financiamento da União, com a utilização dos recursos para outras finalidades que não somente a Seguridade Social.

Uma das explicações para a falência do conceito de Seguridade Social, conforme afirmam Ugá e Marques, relaciona-se à situação econômica vivenciada pelo país nesse período, onde eram priorizadas as questões econômicas em detrimento das questões sociais, o que constituiu um

cenário negativo para a receita de contribuições de empregados e empregadores - principal fonte do financiamento da Seguridade Social - e, de outro, tornou as demais fontes presas fáceis para a utilização indevida pelo governo federal. (Ugá e Marques, 2005, p. 207)

Esses fatores fizeram com que houvesse, no início da década de 90, uma diminuição sensível do gasto federal em saúde, sendo a contração nos recursos para saúde um problema que se arrastou por toda a década de 90 (Ugá & Porto, 2008, p.486), além de uma baixa e irregular participação dos recursos próprios, por parte dos estados e municípios, como fonte de receitas voltadas para o financiamento do SUS, conforme observa Lima (2007).

Como forma de compensar a escassez de recursos destinados ao financiamento do SUS, foi criada em 1997, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

No primeiro ano da sua vigência, em 1997, sua arrecadação representou 27,87% do total das fontes do financiamento da saúde. Em 1998, essa participação passou para 37,0% e, em 1999, significou 22,0%. Nesse último ano, essa redução foi proveniente da sua não-arrecadação durante alguns meses. Nos anos seguintes, sua participação em relação ao total das fontes de financiamento recuperou-se, correspondendo a 31,5%, em 2000, e 28,9%, em 2001. (Ugá e Marques, 2005, p. 217)

Inicialmente vinculada totalmente à saúde, foi posteriormente dirigida também à previdência social. Além disso, parte dos recursos da CPMF passou a ser destinada, mais tarde, a atividades alheias à Saúde, através da desvinculação propiciada pela existência do antigo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), hoje conhecido como DRU (Ugá e Marques, 2005). A CPMF vigorou até fins de 2007.

Essa situação sugere o cenário em que cresceu o movimento próprio da saúde pelo estabelecimento de montantes específicos e explicitação de fontes de receitas vinculadas à saúde. Assim, em 13 de setembro de 2000, é publicada a Emenda Constitucional n. 29 (EC29), para assegurar recursos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

O quadro 2 apresenta a composição da base vinculável das receitas de estados e municípios para cumprimento da EC29.

Quadro 2 – Base vinculável das receitas de estados e municípios, conforme a EC29/2000

Receita de Impostos Estaduais
ICMS – Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e prestação de serviços de transporte interestadual e de comunicação
IPVA – Imposto sobre a propriedade de veículos automotores
ITCMD – Imposto sobre transmissão <i>causa mortis</i> e doação de bens e direitos
Receita de impostos municipais
IPTU – Imposto sobre propriedade predial e territorial urbana
ISS – Imposto sobre serviços de qualquer natureza
ITBI – Imposto sobre transmissão de bens imóveis intervivos
Receita de transferências da União aos estados
Quota parte do FPE – Fundo de participação dos estados e do DF
IRRF – Imposto de renda retido na fonte
Cota-parte do IPI Exportação – Imposto sobre produtos industrializados exportados
ICMS – Exportação (Lei Kandir) – Lei Complementar n. 87/96
Receita de transferências da União aos municípios
Quota-parte do ITR – Imposto Territorial rural
Quota-parte do FPM – Fundo de participação dos municípios
Quota parte Lei Complementar n. 87/96
IRRF – Imposto de renda retido na fonte
Receita de transferências financeiras constitucionais e legais dos estados aos municípios
Quota-parte do ICMS (25%)
Quota-parte do IPVA (50%)
Quota-parte do IPI-Exportação (25%)
Receita da dívida ativa tributária de impostos

Fonte: Resolução CNS 322/2003

As mudanças operadas através da EC29 tiveram como principal objetivo garantir a estabilidade do financiamento público da saúde, por meio da regulamentação da participação das esferas de governo no aporte de recursos.

A EC29 deveria promover uma situação mais estável ao SUS, no tocante à suficiência de recursos e, além disso, contribuir para as relações intergovernamentais na saúde. No entanto, segundo Dain (2007), as expectativas de aumento mais expressivo no âmbito do gasto federal em saúde não se materializaram, embora tenha fomentado uma maior participação das esferas subnacionais de governo, em especial os municípios.

Os recursos vinculados à saúde oriundos da esfera federal são regulamentados pela EC29, que prevê que sejam destinados ao orçamento da saúde, anualmente, o valor correspondente o montante de recursos empenhados no orçamento do ano anterior corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB).

A mesma Emenda define a base vinculável e os critérios para a aplicação de recursos no setor saúde pelos estados e municípios.

Para os estados e o Distrito Federal (DF), vincula 12% da receita dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais da União, excetuando-se as transferências constitucionais e legais para os municípios.

Segundo o Artigo 155 da CF88, os impostos diretamente arrecadados pelos estados e DF são os seguintes: Imposto sobre transmissão causa *mortis* e doação de quaisquer bens ou direitos (ITCMD); Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação (ICMS); Imposto sobre propriedade de veículos automotores (IPVA) (Brasil, 1988).

Pertencem também aos estados e ao DF e, portanto, entram na composição da base vinculável da EC29 o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza (IRRF), incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem, conforme o Artigo 157 (Brasil, 1988).

As transferências constitucionais da União correspondem, principalmente, à cota-parte do Fundo de Participação do Estado, um tipo de transferência redistributiva que corresponde a 21,5% da arrecadação líquida do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI).

Os municípios devem aplicar, por efeito da EC29, 15% dos recursos constitucionais decorrentes dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais da União e dos estados (Brasil, 2003).

Os impostos diretamente arrecadados por essa esfera são os seguintes: Impostos sobre Serviços (ISS), Imposto sobre a Propriedade Territorial Urbana (IPTU) e Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF).

As transferências constitucionais da União referem-se à corta-parte do Fundo de Participação dos Municípios e os recursos compensatórios relacionados à Lei Complementar 87/96 (Lei Kandir).

As transferências redistributivas do FPM totalizam 22,5% da arrecadação líquida de IR e IPI, e as da Lei Kandir correspondem a 25% dos títulos do Tesouro Nacional e dotações do orçamento fiscal da União voltados para o conjunto das UF.

As transferências constitucionais e legais do estado referem-se à quota-parte do ICMS (25%), do IPVA (50%) e do IPI-exportação (25%).

No caso do DF, os impostos diretamente arrecadados de base municipal participam do montante a ser vinculado às ações de saúde.

Além da receita de impostos e transferências constitucionais e legais citada, participam ainda da base vinculável à saúde, para os estados, DF e municípios, a receita corrente de Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

A regulamentação da EC29 tramita no Congresso, a fim de se definir com precisão o que se entende por 'ações e serviços de saúde', de modo a não incluir como despesa em saúde ações referentes a programas que, embora atuem sobre os determinantes da saúde, não constituem ações de saúde propriamente ditas.

Além disso, postula-se que o volume de recursos a ser alocado pelo governo federal também deva ser calculado com base nas receitas correntes dessa esfera de governo, destinando-se 10% das receitas brutas da União para o gasto em saúde.

4.1. Alocação geográfica de recursos financeiros no Brasil

Em relação às modalidades de transferências de recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) estabelece as transferências regulares e automáticas desses recursos, isto é, através de mecanismos de transferência direta do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e, aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), a partir de critérios definidos em Lei (Brasil, 1990a).

Em seu Art. 35, a LOS estabelece que as transferências federais a estados, Distrito Federal e municípios sejam efetuadas *segundo análise técnica de programas e projetos*, sendo 50% do volume desses recursos repassados com base no critério populacional.

A transferência dos outros 50% deve-se dar a partir da combinação de critérios epidemiológicos e demográficos, capacidade instalada, desempenho técnico, econômico e financeiro, além de previsão de planos de investimentos (Brasil, 1990a).

A Lei 8142/90 estabelece que, enquanto o Art. 35 da LOS não for regulamentado, prevalece o critério populacional para repasse dos recursos federais aos entes subnacionais (Brasil, 1990b).

Como estratégia para conformação dos mecanismos de repasses e transferências de recursos entre os níveis nacional e subnacionais, seis normas operacionais foram publicadas até o início dos anos 2000: as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991 e 1992, a de 1993 e de 1996 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde, nas versões 2001 e 2002.

Essas normas espelham as transformações por que passaram os mecanismos utilizados para o repasse de recursos às esferas subnacionais.

A remuneração por serviços prestados era a única forma utilizada pelas NOBs 01/91 e 01/92, onde os limites máximos dos montantes repassados eram definidos em tetos financeiros para a área ambulatorial e hospitalar. (Brasil, 1991; Brasil, 1992)

O financiamento das internações foi realizado por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) faturadas pelos diferentes prestadores de serviços, remuneradas por procedimentos. Já as atividades ambulatoriais foram remuneradas com base nos valores estabelecidos em tabela específica para cada tipo de atendimento ambulatorial. (Ugá & Porto, 2008)

Esse modelo alocativo deu início a uma distribuição de recursos determinada meramente pela capacidade instalada, geralmente concentrada nas regiões com melhores condições socioeconômicas e sanitárias. Como resultado, longe de diminuir as diferenças existentes, no mínimo contribuiu para sua consolidação, já que desconsidera qualquer tipo de critério para compensar ou diminuir as desigualdades existentes, além de reduzir a atenção à saúde à mera prestação de ações médico-assistenciais, sem levar em conta a importância das ações de alcance coletivo (Ugá & Porto, 2008).

Esse mecanismo permaneceu vigente nas normas subsequentes e, concomitantemente, mecanismos de transferências intergovernamentais foram introduzidos, como as transferências em bloco (*block grants*), que são introduzidas a partir da NOB 01/93 e por meio dos quais os montantes foram transferidos globalmente baseados na série histórica de produção informada pelos sistemas de informação.

À medida que as transferências intergovernamentais tornaram-se regulares para um número maior de municípios e estados cresceu sua importância como forma de financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS.

As demais Normas Operacionais definem mecanismos onde os recursos transferidos são parcelados e novos critérios para sua distribuição e apropriação pelas esferas subnacionais são incorporados.

As formas de transferências de recursos do SUS previstas nas Normas Operacionais (NO) que regeram o SUS até 2006 foram relacionadas com as condições de gestão em que estados e municípios estavam habilitados. Assim, segundo Lima (2007), podemos identificar:

“1. Transferências efetuadas principalmente para os municípios habilitados em condições de gestão específicas nas NO vigentes, associadas a financiamento de um conjunto de ações e serviços de atenção básica, cujos montantes fixos são calculados segundo critério per capita;

2. Transferências efetuadas para municípios e estados habilitados nas condições de gestão mais avançadas nas NO vigentes, associados ao financiamento de um conjunto de ações de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, sendo transferido independentemente de variação de serviços prestados, mediante tetos

estaduais que obedecem a critérios diversos adotados pelo próprio MS e pela Programação Pactuada e Integrada (PPI);

3. Transferências de recursos cujos montantes obedecem a critérios variados e estão atrelados à implantação e expansão de políticas prioritárias para o MS:

a) ações e serviços voltados para a atenção básica financiados através do PAB variável;

b) atividades especializadas financiadas como “outros programas” tais como as ações de alta e média complexidade de VISA, aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais, fator de incentivo ao desenvolvimento (FIDEPS);

4. Transferências do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), voltados para grupos prioritários, ações e serviços considerados estratégicos e realização de campanhas.”

A partir de 2006, entraram em vigência os mecanismos de repasse definidos através de um conjunto de diretrizes denominadas Pacto pela Saúde.

Através da Portaria Ministerial 399, reitera-se a modalidade fundo-a-fundo como a preferencial forma de transferência de recursos federais para as esferas subnacionais de governo, organizados e transferidos em cinco blocos específicos para custeio da atenção básica, média e alta complexidade, vigilância sanitária, assistência farmacêutica e gestão do SUS (Brasil, 2006).

O Pacto pela Saúde substitui o anterior processo de habilitação nas modalidades de gestão pela “adesão solidária aos termos de compromissos”, assinados por cada gestor municipal e pelos estados (Brasil, 2006).

4.1.1. O papel da instância estadual

Ainda que seja de responsabilidade dos três entes federativos o financiamento do Sistema Único de Saúde, ao ente estadual foi reservado um papel complementar na legislação que trata da matéria, seja na Constituição, ou na Lei Orgânica. Coube aos dispositivos posteriores equacionar esta questão, objeto tratado, principalmente, pela NOB 01/96 e a NOAS 01/2002.

Essas Normas estabeleciam que os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) receberiam na modalidade fundo-a-fundo o montante de recursos para custeio da Média e Alta Complexidade no seu território, de acordo com o teto municipal. Aos Estados habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual, caberia a diferença, também repassada fundo a fundo, entre o teto financeiro estadual e o montante dos tetos dos municípios GPSM.

Cabia ainda ao estado realizar a programação financeira e a autorização de pagamento dos serviços de média e alta complexidade produzidos pelos municípios não habilitados na GPSM.

Atribuía aos estados, por meio da coordenação da PPI, repartir o teto estadual voltado para o custeio da média e alta complexidade entre os municípios não habilitados na GPSM, além de definir o montante que o Ministério da Saúde transferia mensalmente aos municípios plenos.

Nesse sentido, a compreensão do papel da instância estadual no financiamento do SUS leva em conta essas várias dimensões, e relaciona-se não somente às despesas diretas efetuadas nos municípios que conformam seu território político-administrativo ou aquelas realizadas por meio das transferências de recursos próprios aos fundos municipais. Ela inclui também a forma de atuação do

estado na definição de critérios e condicionantes para transferência de recursos oriundos do orçamento próprio federal.

O quadro 3 sintetiza as formas de atuação do gestor estadual no financiamento do SUS, segundo as regras vigentes em 2006, e considerando sua capacidade de interferência nas condições de financiamento dos municípios e redução de desigualdades intra e inter-regionais, o que denominamos governabilidade redistributiva do estado.

4.2. Governabilidade redistributiva do ente estadual sobre as receitas orçamentárias municipais vinculadas à saúde.

Nos municípios, as receitas vinculadas ao financiamento da saúde podem ser classificadas em: (1) Recursos próprios estaduais; (2) Recursos federais para o financiamento da Média e Alta Complexidade; (3) Recursos federais para o financiamento da Atenção Básica; (4) Recursos próprios municipais.

Os recursos próprios estaduais podem ser diretamente arrecadados ou transferidos de forma obrigatória pelo ente federal. A esfera estadual possui alta governabilidade redistributiva sobre esses recursos, podendo alocá-los livremente em favor de projetos que visem à redução de desigualdades regionais na prestação de serviços de saúde.

Quadro 3. Atuação da instância estadual no financiamento do SUS e governabilidade redistributiva.

Origem	Tipo	Atuação da Secretaria Estadual	Governabilidade redistributiva
Recursos próprios estaduais	<i>Recursos diretamente arrecadados</i>	Define o destino final dos recursos ou os critérios para sua distribuição entre os municípios. Podem ser executados de forma direta ou transferidos para os municípios. Essas transferências podem ser automáticas ou por meio de convênios	Alta
	<i>Recursos transferidos de forma obrigatória pelo ente federal</i>		
Recursos federais do SUS voltados para o financiamento da média e alta complexidade e programas específicos	<i>Recursos transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde</i>	Interfere na distribuição dos recursos para os municípios e prestadores de serviços, por meio da programação pactuada e integrada (PPI da assistência), da habilitação e certificação dos municípios e unidades de saúde nos respectivos programas federais.	Média
	<i>Recursos transferidos dos Fundos Estaduais para os Fundos Municipais e prestadores de serviços credenciados ao SUS</i>		
Parcela redistributiva do ICMS	<i>Refere-se a 25% dos recursos totais transferidos para os municípios</i>	Atua, por meio de legislação específica, na definição de critérios de distribuição dos recursos entre os municípios.	Média
Recursos federais do SUS voltados para o financiamento da atenção básica.	<i>Recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde</i>	Atua na definição de critérios para distribuição de parcela desses recursos voltados para a compensação de desigualdades regionais.	Baixa
Recursos próprios municipais	<i>Recursos diretamente arrecadados</i>	Não atua	Nenhuma
	<i>Recursos transferidos de forma obrigatória pelo ente federal e estadual</i>		

Fonte: Elaboração própria

Os recursos federais para o financiamento da Média e Alta Complexidade podem ser transferidos diretamente do FNS para os FMS ou para os FES, que os distribuem, mediante critérios previamente definidos e baseados na produção de serviços, para os municípios e prestadores de serviços privados ao SUS. São recursos sobre os quais o ente estadual possui média capacidade redistributiva, que consiste em estabelecer ou homologar os fluxos assistenciais entre os municípios, podendo induzir, direcionar ou organizar a atenção à saúde, conforme o desenho da

rede que se deseje estabelecer no território estadual, de acordo com os princípios da hierarquização e regionalização do SUS.

As transferências federais para a Atenção Básica são geralmente vinculadas a gastos específicos no âmbito do primeiro nível de atenção à saúde e destinadas às ações assistenciais que demandam menor densidade tecnológica. São fortemente influenciados por critérios populacionais e, no caso dos recursos destinados à vigilância em saúde, ao perfil epidemiológico dos municípios. Expressam um tipo de relação intergovernamental onde o governo central se relaciona diretamente com o nível local, uma vez que as ações do primeiro nível de atenção são de responsabilidade municipal, sendo a destinação do gasto definida por portarias ministeriais.

4.2.1. Receita própria estadual aplicada em saúde

São os recursos utilizados pelo estado para o gasto direto em saúde⁵, oriundos dos impostos diretamente arrecadados por essa esfera, além das transferências constitucionais e legais da União. Nesse montante, não estão incluídas as transferências para a saúde.

Esses recursos geralmente correspondem à base vinculável para cumprimento da EC29. Entretanto, a instância estadual pode utilizar outras fontes que não são objeto da vinculação da referida emenda. Como exemplo, citem-se os recursos da parcela redistributiva do ICMS, de livre aplicação pela esfera estadual, desde que disposto em lei estadual específica.

⁵ Os gastos com inativos (aposentadorias e pensões) não são considerados gasto em saúde, para efeito do cálculo da receita própria em saúde. (MS/Datasus/SIOPS)

O gasto direto da esfera estadual nos municípios geralmente relaciona-se às despesas com pessoal e aos encargos sociais, além do custeio das unidades próprias daquela esfera de governo.

As transferências estaduais para a saúde referem-se aos recursos próprios transferidos para os municípios para o gasto em saúde. Podem ser regulares e automáticas ou por meio de convênios, através de critérios estabelecidos pelo ente estadual.

4.2.2. Transferências federais para a média e alta complexidade

São as transferências fundo-a-fundo nos municípios habilitados na GPSM e a receita de serviços dos municípios não habilitados nessa condição de gestão, conforme as normas operacionais vigentes nos anos do estudo. Referem-se, ainda, aos recursos estratégicos para o desenvolvimento de determinadas áreas da atenção à saúde, pagos por procedimentos a parte do teto financeiro do município, as chamadas transferências extra-teto.

São transferências informadas por instrumento de pagamento, que detalham a produção dos serviços de saúde, como as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) e as Autorizações para Procedimentos de Alto Custo (APAC). Relacionam-se, portanto, com a capacidade instalada dos municípios, como leitos e equipamentos.

4.2.3. Transferências federais para a Atenção Básica

Referem-se ao Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável. O PAB Fixo é transferido em duodécimos, e submete-se à lógica *per capita*. Seus montantes variam segundo a estimativa populacional fornecida pelo IBGE para o FMS. Esse critério de transferência priva o ente estadual de qualquer grau de governabilidade redistributiva.

Em relação ao PAB variável, o estado atua na habilitação e certificação de programas e na avaliação de indicadores, o que lhe confere alguma governabilidade redistributiva, ainda que baixa, devido a sua atuação na habilitação dos municípios.

4.2.4. Receita própria municipal aplicada em saúde

À semelhança da receita própria estadual, tratam-se dos impostos diretamente arrecadados e as transferências constitucionais e legais da União e do estado destinados ao gasto em saúde, que pode ter ou não correspondência com a base vinculável para cumprimento da EC29, já que, também no âmbito municipal, outras transferências podem contribuir para a aplicação nesse setor, como as transferências de compensação de exploração de recursos naturais.

Com relação a esses recursos, o estado não possui nenhuma governabilidade redistributiva, tendo os municípios total autonomia na sua alocação.

Por tudo, observa-se que o cenário onde a disputa por recursos para o SUS se desenrola é bastante complexo, configurado pelas características do federalismo fiscal no Brasil, pela política de ajuste fiscal que vem se desenvolvendo ao longo das

últimas décadas e pelas desigualdades econômicas e sociais que subjazem a esse cenário.

Assim, ainda que em um contexto de municipalização da oferta, cabe ao ente estadual atuar como coordenador e regulador da atenção à saúde no SUS e, para isso, o financiamento é uma variável relevante. Entretanto, a ausência de mecanismos de equalização na alocação de recursos financeiros, que permita diminuir a heterogeneidade dos resultados no campo da saúde nos municípios, dificulta uma atuação mais ampla do ente estadual.

As diretrizes do Pacto pela Saúde parecem não preencher esse vazio, embora não se possa ainda avaliar os impactos dessa nova norma nas relações intergovernamentais no âmbito da saúde.

5. METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos, foi feita uma ampla revisão bibliográfica de modo a conformar o marco conceitual que permitiu nortear a avaliação da alocação equitativa de recursos financeiros do SUS, a partir da discussão dos conceitos de *justiça social* e do federalismo fiscal. Além disso, realizou-se uma análise documental, a fim de identificar no arcabouço normativo do SUS o papel do ente estadual no financiamento descentralizado das ações e serviços de saúde.

Foi desenvolvido um estudo empírico, de natureza quantitativa, onde as variáveis utilizadas foram organizadas de modo a possibilitar a análise das condições de financiamento da saúde pelo governo do Estado do Rio de Janeiro e pelos municípios que o compõem. Procurou-se aferir sua capacidade de interferência no gasto e na alocação equitativa de recursos destinados ao conjunto dos municípios, considerados a partir da sua capacidade de autofinanciamento da saúde e de alguns indicadores determinantes das condições de vida e saúde no território.

O estudo foi desenvolvido em três momentos, conforme caracterizados a seguir:

1º Momento: Evolução das condições de financiamento em saúde do governo estadual e do conjunto dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Preliminarmente, efetuou-se a composição das variáveis financeiras, a partir dos registros de contas contábeis informadas pelos gestores estaduais e municipais ao Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no período de 2003 a 2006.

Consideraram-se como variáveis financeiras, para o estado e para os municípios:

1. Despesa total com saúde;
2. Transferências para a Saúde;
3. Transferências da União para a Saúde;
4. Receita própria aplicada em saúde;
5. Base dos recursos vinculáveis à saúde pela EC 29/2000.

A composição das variáveis realizada a partir das contas contábeis informadas no SIOPS encontra-se no quadro 6 em anexo. A codificação estabelecida respeita a nomenclatura utilizada pela Secretaria do Tesouro Nacional, para as contas de receitas e despesas (Brasil, 2005; Brasil, 2008).

As referidas variáveis propiciaram a utilização de indicadores, construídos para o Estado RJ e para os municípios considerados em seu conjunto, para efeito de comparações que propiciaram a análise em pauta. Os valores de cada ano foram expressos em valores constantes de 2006, utilizando-se o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O quadro 7 em anexo, apresenta os indicadores utilizados, sua interpretação e o método de cálculo. A fonte de informação dos dados financeiros foi o SIOPS;

quanto aos dados populacionais, estes se referem às informações fornecidas pelo IBGE através dos censos e estimativas populacionais.

A análise temporal dos indicadores foi apresentada em forma de gráficos, construídos a partir do software *Microsoft Excel for Windows*®.

2º Momento: Análise da possibilidade de interferência do governo estadual na capacidade de gasto dos municípios do Estado RJ

Nessa etapa do estudo, foram incorporadas novas variáveis financeiras àquelas citadas acima. Essas variáveis foram compostas a partir das receitas orçamentárias públicas municipais e dispostas conforme a sua origem federativa e grau de governabilidade redistributiva da esfera estadual. Optou-se por trabalhar com a média observada no período 2003-06 dos valores *per capita* de cada fonte de financiamento, atualizados para 2006 pelo IPCA.

Assim, utilizaram-se as seguintes variáveis, cuja composição encontra-se no quadro 6:

1. Receita própria aplicada em saúde;
2. Transferências Federais do SUS destinadas ao financiamento da Atenção Básica;
3. Transferências Federais do SUS destinadas ao financiamento da Média e Alta Complexidade;
4. Transferências Estaduais do SUS.

Para apresentação dos resultados dessa análise, inicialmente, os municípios foram divididos em quintis de receita aplicada em saúde, onde o primeiro quintil

correspondeu aos 20% dos municípios com maior capacidade de autofinanciamento em saúde.

Em seguida, efetuou-se o somatório dos recursos próprios aplicados na saúde e das transferências federais do SUS para a Atenção Básica, e analisou-se a importância dessas transferências na capacidade de gasto em saúde dos municípios.

A avaliação da capacidade de gasto em saúde dos municípios prosseguiu através da adição, ao subtotal anterior, das transferências federais do SUS para a Média e Alta Complexidade. Finalmente, adicionaram-se as transferências estaduais do SUS, onde se analisou a sua contribuição para uma alocação mais justa.

Foram realizadas comparações referentes à capacidade de autofinanciamento e gasto em saúde dos municípios entre si, entre as regiões de saúde e entre os municípios de cada região.

As receitas próprias municipais aplicadas na saúde e os novos totais resultantes dos somatórios acima descritos foram apresentados em forma de mapas do Estado RJ, que apresentaram a divisão geográfica dos municípios e os limites territoriais das regiões de saúde, conforme o Plano Diretor Regional (PDR) vigente na Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do RJ (SESDEC-RJ) dos anos 2008-09.

3º momento: Análise da capacidade de alocação equitativa considerando as necessidades de saúde

Essa fase do estudo contou com a elaboração de um Índice de Necessidade em Saúde (INS), criado a partir de informações epidemiológicas e socioeconômicas dos municípios, relativas ao período da análise.

As variáveis de necessidades estão listadas a seguir:

1. Número de óbitos de residentes com menos de cinco anos de idade;
2. Número de nascidos vivos de mães residentes;
3. Número de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem;
4. População residente de 15 anos e mais;
5. População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio;

Essas variáveis compuseram os seguintes indicadores, cuja composição encontra-se no quadro 8 em anexo:

1. Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos nos anos;
2. Taxa de analfabetismo;
3. Proporção da população sem instalações sanitárias;

A taxa de mortalidade de menores de 5 anos foi calculada para o período compreendido entre 2003 e 2006. Os dados referentes ao analfabetismo e instalações sanitárias foram informados pelo censo demográfico de 2000, divulgados pelo IBGE.

Indicadores demográficos, como a composição da população segundo sexo/idade não foram incluídas, ainda reconhecendo sua influência em relação ao uso dos serviços de saúde, por não apresentarem diferenças significativas entre os municípios do Estado do Rio de Janeiro.

O indicador de necessidades de saúde foi obtido através de um procedimento de análise de componentes principais, considerando os escores obtidos para cada município segundo o primeiro fator.

Para a obtenção de um índice que variasse entre 1 e 2, utilizou-se a seguinte transformação linear:

$$\frac{fc - fc(\min)}{Fc(\max) - fc(\min)} + 1$$

As variáveis financeiras e de necessidade foram organizadas em um banco de dados criado com a utilização do software *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) onde se discriminam, para cada município, os registros de interesse para cada etapa do estudo empírico.

A escolha do período de 2003 a 2006 permitiu analisar a última gestão estadual, identificando características da política de saúde no tocante ao financiamento do SUS. Permitirá também comparações futuras da política de saúde no cenário.

A escolha do SIOPS para a coleta dos dados financeiros justifica-se por constituir uma base de dados completa e abrangente de receitas e despesas orçamentárias dos municípios e estados brasileiros. Esse sistema é gerado a partir do preenchimento de formulários eletrônicos pelos governos municipais e estaduais, respeitando os balanços orçamentário-financeiros dos entes subnacionais de governo.

A análise de cada um dos momentos do estudo empírico e os resultados obtidos são descritos nos capítulos a seguir.

6. EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES DE FINANCIAMENTO EM SAÚDE DO GOVERNO ESTADUAL E DO CONJUNTO DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A análise da composição e da disponibilidade das receitas públicas realizadas pelo governo do Estado RJ e dos seus municípios, entre os anos 2003 a 2006, permitiu a compreensão da atuação do ente estadual no financiamento das ações de saúde nos municípios, através da alocação dos próprios recursos, como do repasse das transferências automáticas e regulares para a saúde.

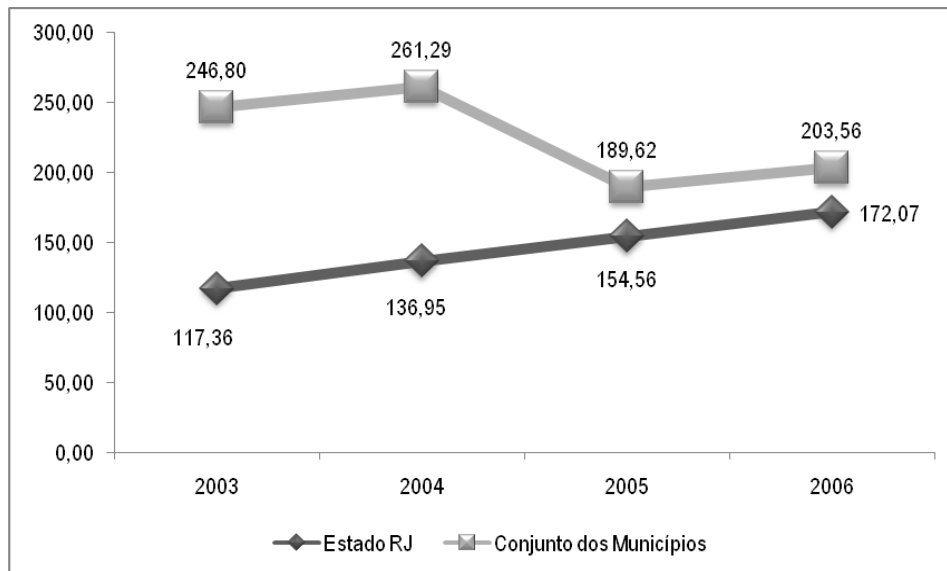
O ponto de partida dessa análise foi a despesa total em saúde dos entes estaduais e municipais, calculada pelo somatório das despesas orçamentárias correntes⁶ e de capital⁷ em saúde, inclusive aquelas financiadas por outras esferas de governo, debitadas as despesas com aposentadorias e pensões.

A despesa total em saúde por parte do conjunto dos municípios superou em todos os anos do estudo o do Estado RJ. No entanto, enquanto este apresentou tendência constante de crescimento de, em média, 10,6% a cada ano, o conjunto de municípios apresentou uma queda nesse tipo de gasto, a partir de 2004, ensaiando um crescimento a partir de 2005 sem, contudo, retornar ao patamar observado no primeiro ano do estudo.

⁶ Classificam-se nessa categoria todas as despesas que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital. (Brasil, 2008)

⁷ Classificam-se nessa categoria aquelas despesas que contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital. (Brasil, 2008)

Gráfico 1 - Despesa total com saúde por habitante. Estado RJ e conjunto dos Municípios. 2003 a 2006.

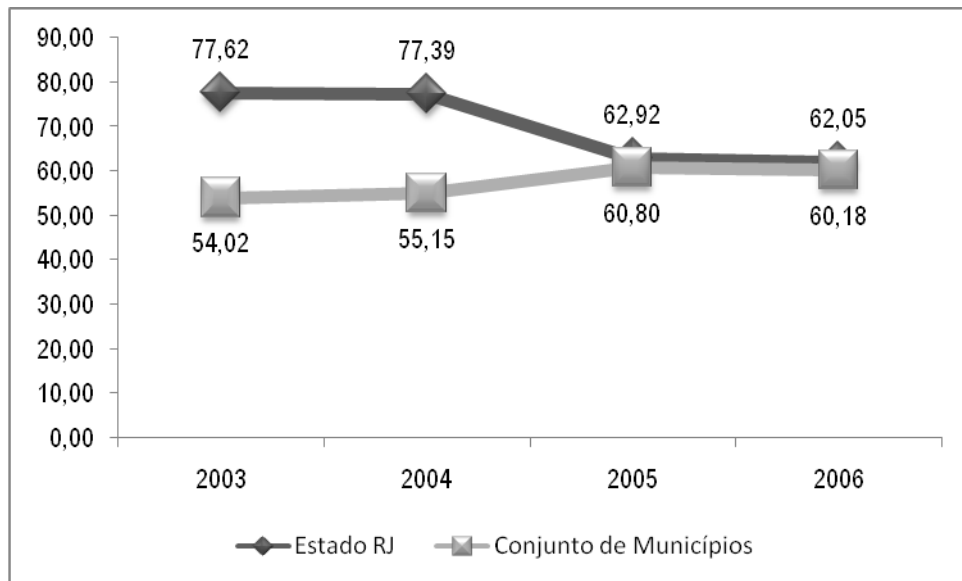


Fonte: MS/Datasus/SIOPS

Quando se considera como fonte de recursos para a despesa em saúde somente a receita oriunda da própria esfera de governo onde se realiza o gasto, tem-se a receita própria aplicada em saúde. Esta representa a capacidade de autofinanciamento em saúde, ou seja, a capacidade que o ente governamental possui de financiar com recursos próprios as ações e serviços de saúde em seu território, independentemente das transferências regulares e automáticas para a saúde oriundas das demais esferas.

Nos anos do estudo, a receita própria foi a principal fonte de financiamento da saúde no Estado RJ e no conjunto dos municípios. Entretanto, ao longo do período, os municípios diminuíram, ainda que de forma menos expressiva, a proporção dos recursos próprios na composição desse gasto por habitante, enquanto o Estado RJ aumentou essa proporção, igualando-se os percentuais em 2005-2006.

Gráfico 2 - Participação da receita própria aplicada em saúde na despesa total com saúde. Estado RJ e conjunto dos Municípios. 2003 a 2006.



Fonte: MS/Datasus/SIOPS

Além dos recursos próprios, participam do financiamento da saúde em nível estadual e municipal as transferências das diversas esferas de governo e a receita de serviços produzidos.

Entre os anos 2003 a 2006, vigiam as regras de transferências de recursos as constantes na NOB 01/96 e nas NOAS 01/2002 e 01/2002, baseadas na condição de habilitação de gestão estadual e municipal.

Conforme estabelecido nessas normas, os estados habilitados na condição plena de gestão do sistema de saúde estadual (GPSE) – como o Estado RJ – e os municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema municipal (GPSM) tinham as ações de média e alta complexidade financiadas pelas transferências regulares e automáticas, cujos valores eram definidos através dos tetos financeiros de cada instância.

O teto financeiro estadual era composto ainda pelos recursos decorrentes da produção de serviços de média e alta complexidade pelos municípios não habilitados na GPSP. Estes recebiam os referidos recursos do FES como receita de serviços.

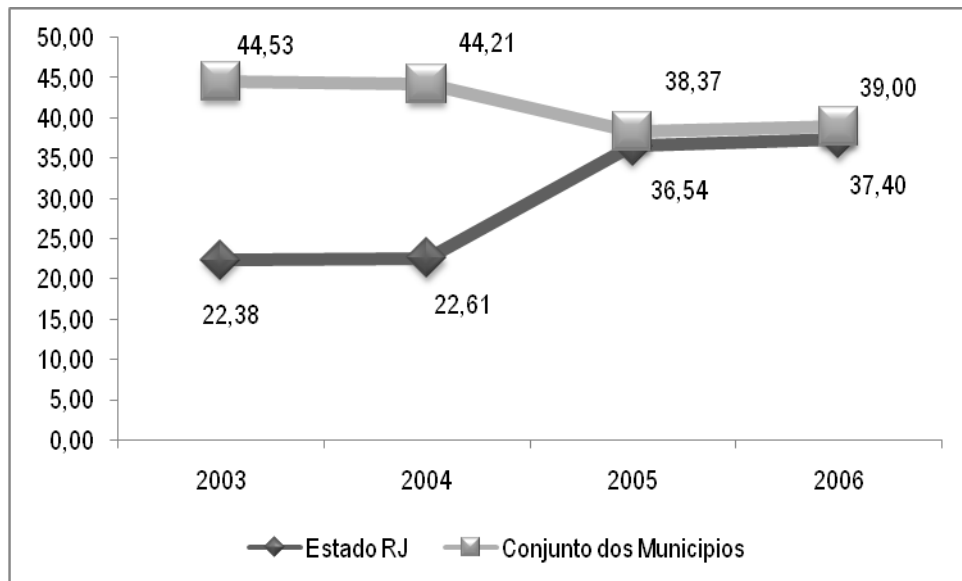
A receita de serviços, em tese, não pode ser considerada transferência intergovernamental e, sim, como receita proveniente da União mediante a contraprestação de serviços ambulatoriais ou hospitalares, gerais ou especializados, inclusive por prestadores privados de serviços ao SUS. Nesse item de receita enquadravam-se também o pagamento pela prestação de serviços não incluídos no teto financeiro – estadual ou municipal, definidos pelas normas acima citadas como recursos extra-teto, com objetivo de incentivar ações de saúde estratégicas.

No período da análise, as transferências para a saúde, no âmbito estadual, consistiram, predominantemente, na receita de serviços de saúde e nas transferências regulares e automáticas para o SUS. Entretanto, também podem ser consideradas transferências para a saúde as transferências de recursos mediante a formalização de convênios da União para a saúde no âmbito estadual, embora essas sejam fortuitas, em menor quantidade que as acima citadas.

Em nível municipal, consideram-se também as transferências estaduais para programas de saúde, e as decorrentes de convênios dos estados para a saúde.

Ao longo do período em estudo, houve diminuição do percentual de contribuição das transferências pela saúde na despesa total do conjunto dos municípios a partir de 2004, mantendo-se esse percentual praticamente constante entre 2005-2006. O Estado RJ, contrariamente, aumentou a participação dessas transferências no gasto total, de forma que os percentuais do estado e dos municípios foram aproximadamente os mesmos entre 2005 e 2006.

Gráfico 3 - Participação das transferências para a saúde na despesa total com saúde. Estado RJ e conjunto dos Municípios. 2003 a 2006.

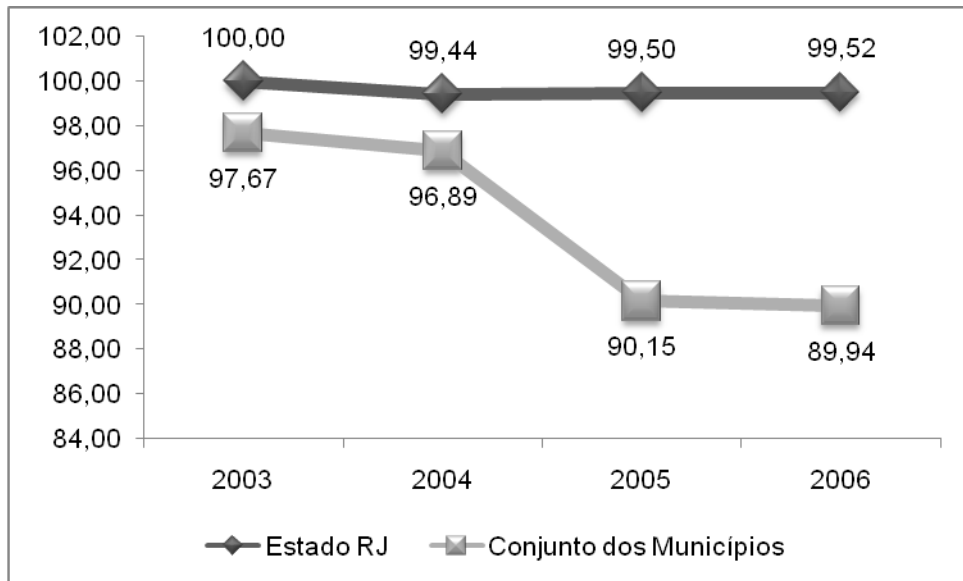


Fonte: MS/Datasus/SIOPS

Do conjunto de recursos transferidos para a saúde, as transferências da União representam a quase totalidade. No caso do Estado RJ, um pequeno percentual de receita de serviços transferidos através de compensação do teto financeiro de outros estados pela prestação de serviços de referência interestadual foi observado entre os anos 2004 e 2006.

Com relação ao conjunto dos municípios, observou-se uma diminuição, pouco expressiva, mas crescente, da proporção das transferências da União no total das transferências, em função do aumento da participação das transferências estaduais.

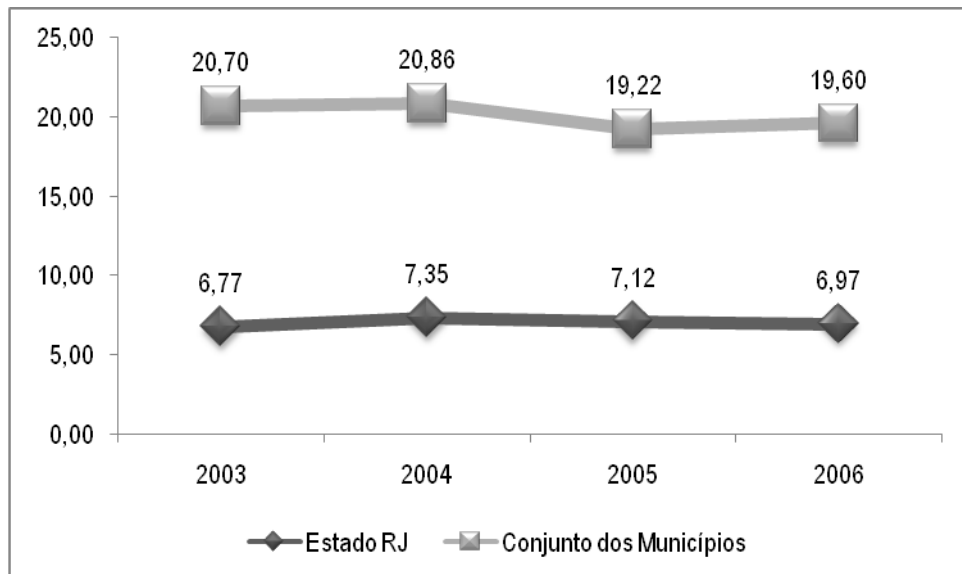
Gráfico 4 - Participação das transferências da União para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde. Estado RJ e conjunto dos Municípios. 2003 a 2006.



Fonte: MS/Datasus/SIOPS

Considerando a vinculação de recursos para a saúde, estabelecida pela EC29, e regulamentada através da Resolução CNS 322/2003, os municípios aplicaram, durante os anos do estudo, percentuais acima do mínimo de 15% fixado pela Emenda, ao passo que o Estado RJ ficou aquém do percentual mínimo fixado em 12% em todos os anos.

Gráfico 5 - Participação da receita própria aplicada em saúde conforme EC29/2000. Estado RJ e conjunto dos Municípios. 2003 a 2006.



Fonte: MS/Datasus/SIOPS

Preliminarmente, podemos concluir, nessa fase do estudo, que houve evolução no gasto em saúde do Estado RJ dado principalmente em função do aumento das transferências automáticas e regulares do SUS que triplicaram ao longo do período 2003-2006.

O efeito das transferências regulares e automáticas do SUS no financiamento da saúde nos municípios do Estado RJ, em comparação com a receita própria aplicada na saúde, pode ser observado adiante, onde se destaca a heterogeneidade entre os municípios em cada região de saúde onde se inserem, e das regiões entre si.

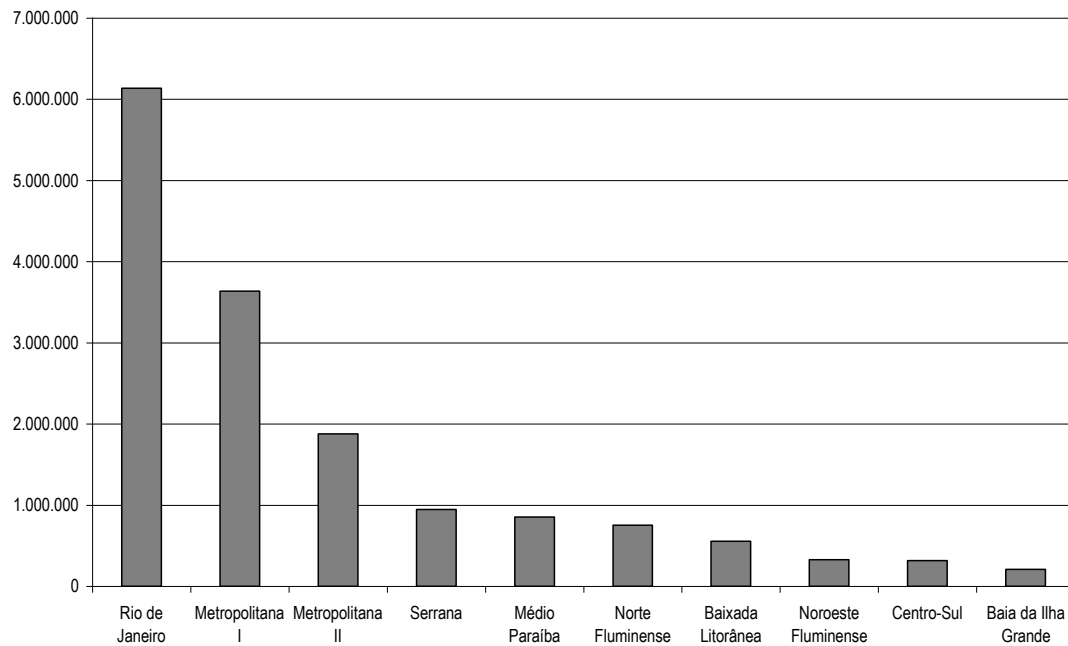
7. PARTICIPAÇÃO DOS DIFERENTES NÍVEIS DE GOVERNO NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O Estado RJ possui 92 municípios, que abrangem uma área territorial total de 43.864km². No âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, e segundo o Plano Diretor de Regionalização, vigência 2001-2004, o Estado RJ subdivide-se em nove regiões de saúde.

Sua população, estimada pelo IBGE para o ano 2006, é de 15.561.720 habitantes, e concentra-se na Região Metropolitana que, composta pelas regiões de saúde Metropolitana I, Metropolitana II e Município do Rio de Janeiro, somam 75% da população do estado.

Para fins desse estudo, a Capital, originalmente pertencente à Região Metropolitana I, foi destacada e considerada uma região de saúde, dado o seu porte populacional e às características históricas que fizeram com que o município do Rio de Janeiro concentrasse a grande capacidade instalada, transformando-o, com relação a alguns serviços, como pólo receptor de usuários das demais regiões.

O gráfico abaixo mostra a distribuição populacional nas regiões de saúde, onde podemos notar a reduzida participação das demais regiões em relação à Metropolitana na população total do estado.

Gráfico 6 – Distribuição da população do Estado RJ por região de saúde. Brasil. 2006

Fonte: IBGE (população estimada para 2006). Elaboração própria

A tabela 3 em anexo apresenta a população de cada um dos municípios do Estado RJ, divididos por Região de Saúde. Com relação ao porte, observa-se que mais de 60% dos municípios são pequenos, com população de até 50 mil habitantes, correspondendo a menos de 8% da população total do Estado RJ.

Embora em número bastante reduzido, os municípios com mais de 500 mil habitantes agregam 56% da população, destacando-se a capital, com mais de 6 milhões de habitantes, responsável por 39% da população.

A relação entre porte e concentração populacional é mais equilibrada nos municípios intermediários – entre 50 mil e 500 mil habitantes. Correspondem estes a 35% dos municípios, e concentram aproximadamente 36% da população.

Tabela 1 – Representatividade dos municípios do estado RJ segundo porte populacional. 2006

Classe e tamanho da população dos municípios	Número de municípios	% da população
Até 10.000 hab	9	0,46
10.001 a 20.000 hab.	20	1,89
20.001 a 50.000 hab.	27	5,30
50.001 a 100.000 hab.	13	6,69
100.001 a 200.000 hab.	11	10,71
200.001 a 500.000 hab.	8	18,51
500.001 a 1.000.000 hab.	3	17,12
> 1.000.000 hab.	1	39,31
Total	92	100,00

Fonte: IBGE (população estimada para 2006). Elaboração própria

Conforme observado no capítulo anterior, os municípios do Estado RJ, considerados em seu conjunto, têm um protagonismo no financiamento da saúde, dado pela participação dos recursos de seu tesouro no gasto em saúde, tanto quanto nas relações com o governo federal, quando se observa que o grande volume de transferências da União diretamente realizadas aos Fundos Municipais, sem intermediação do governo estadual.

Nesse capítulo, o protagonismo dos municípios e as relações com os demais níveis federativos foram analisados em cada um dos 92 entes, considerando-se também a sua participação nas regiões de saúde que compõem, onde se pode observar a heterogeneidade na capacidade de gasto em saúde e a distinta participação dos recursos, dada a sua origem, no asseguramento dos pressupostos constitucionais do direito à saúde nesses territórios.

7.2. Receitas orçamentárias dos municípios do Estado RJ: principais componentes

A receita orçamentária disponível para a saúde, considerada segundo a sua origem federativa e ao tipo de gasto a que se vincula, foi calculada para cada município do Estado RJ, e a média dos valores per capita entre os anos 2003 e 2006, corrigidos pelo IPCA, são apresentados nos mapas a seguir.

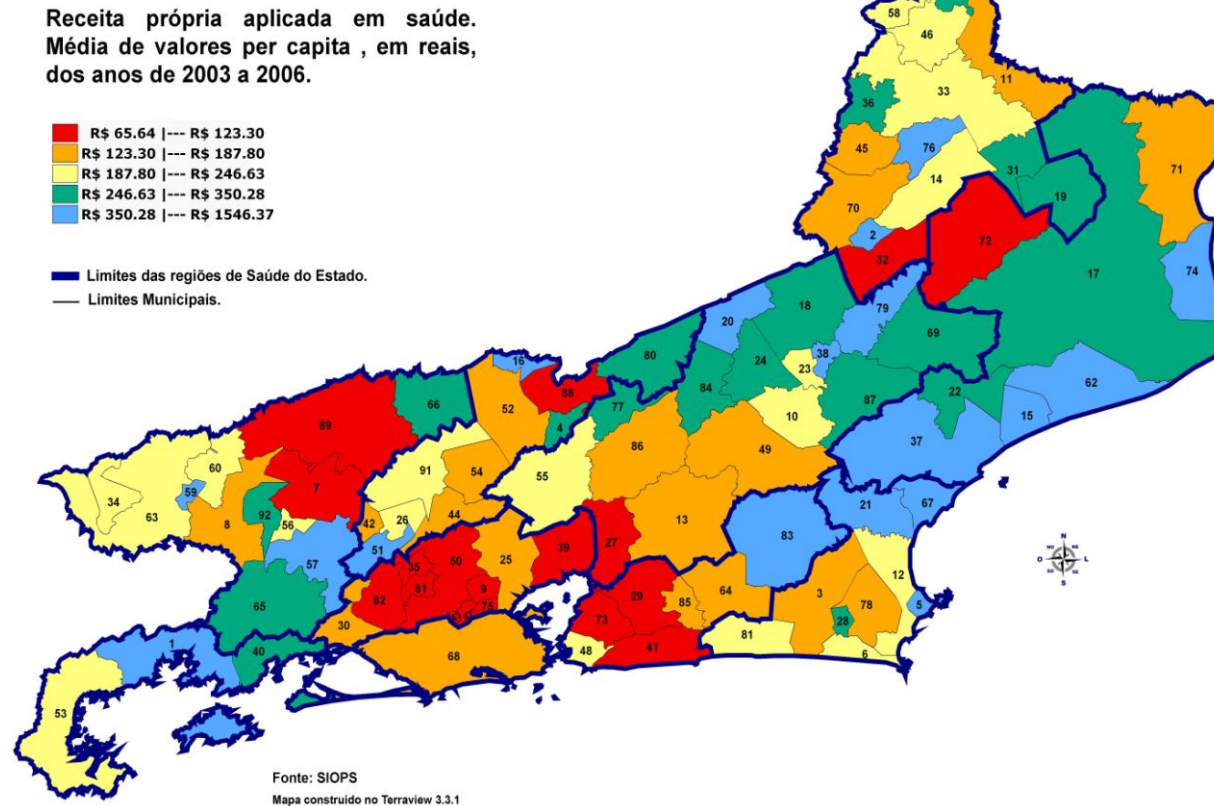
Os municípios foram agrupados por quintis de renda, onde o primeiro quintil corresponde aos municípios com maiores valores de receita *per capita*.

7.2.1. Receita própria aplicada em saúde

O mapa abaixo apresenta a capacidade de financiamento em saúde dos municípios do estado do RJ com os recursos do próprio tesouro.

Dos municípios do primeiro quintil de receita própria aplicada na saúde, grande parte localiza-se no litoral norte do estado, região de exploração de recursos naturais como petróleo e gás natural, conhecida como Bacia de Campos, ou são limítrofes a esses. São os municípios de *Quissamã, Carapebus, Armação dos Búzios, Rio das Ostras, Macaé, Casimiro de Abreu, São João da Barra e Silva Jardim*, que apresentam valores per capita entre R\$371,20 e R\$1.546,36.

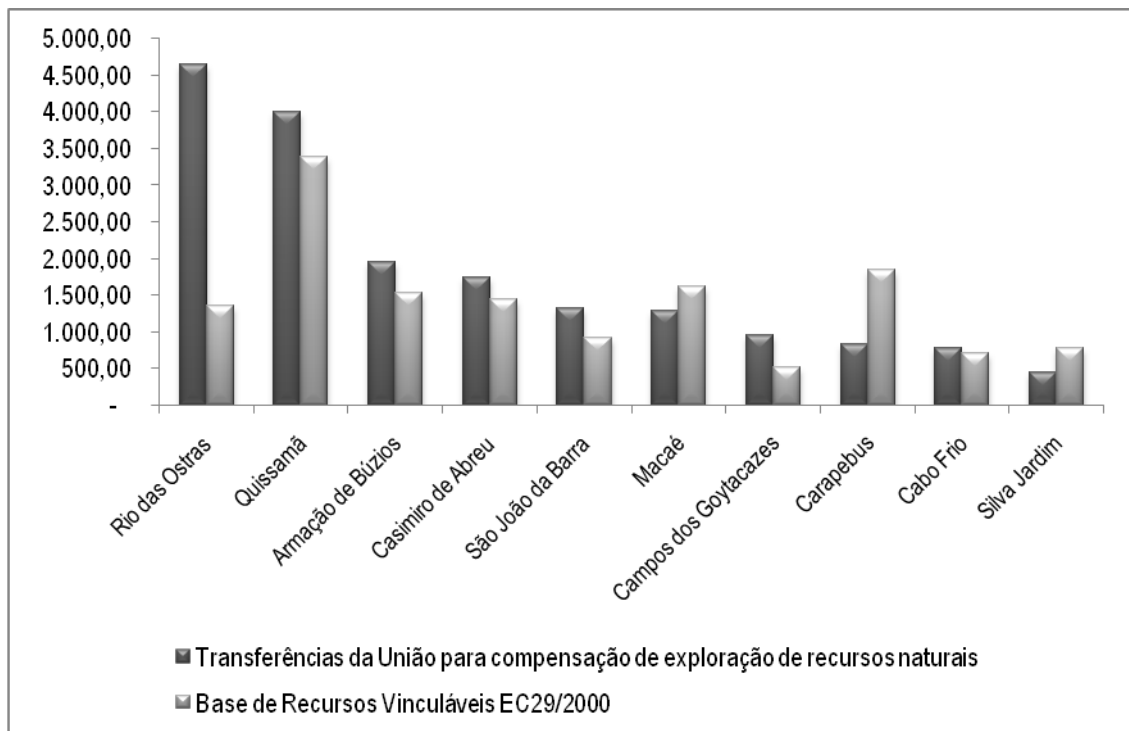
Mapa 1. Receita própria aplicada em saúde. Municípios do estado do RJ. Média de valores 2003-2006.



Município			
Angra dos Reis	1	Nilópolis	47
Aperibé	2	Niterói	48
Araruama	3	Nova Friburgo	49
Areal	4	Nova Iguaçu	50
Armação de Búzios	5	Paracambi	51
Arraial do Cabo	6	Paraíba do Sul	52
Barra do Pirai	7	Parati	53
Barra Mansa	8	Paty do Alferes	54
Belford Roxo	9	Petrópolis	55
Bom Jardim	10	Pinheiral	56
Bom Jesus do Itabapoana	11	Pirai	57
Cabo Frio	12	Porciúncula	58
Cachoeiras de Macacu	13	Porto Real	59
Cambuci	14	Quatis	60
Carapebus	15	Queimados	61
Comendador Levy Gasparian	16	Quissamã	62
Campos dos Goytacazes	17	Resende	63
Cantagalo	18	Rio Bonito	64
Cardoso Moreira	19	Rio Claro	65
Carmo	20	Rio das Flores	66
Casimiro de Abreu	21	Rio das Ostras	67
Conceição de Macabu	22	Rio de Janeiro	68
Cordeiro	23	Santa Maria Madalena	69
Duas Barras	24	Santo Antônio de Pádua	70
Duque de Caxias	25	São Francisco de Itabapoana	71
Engenheiro Paulo de Frontin	26	São Fidélis	72
Guapimirim	27	São Gonçalo	73
Iguaba Grande	28	São João da Barra	74
Itaboraí	29	São João de Meriti	75
Itaguaí	30	São José de Ubá	76
Italva	31	São José do Vale do Rio Preto	77
Itaocara	32	São Pedro da Aldeia	78
Itaperuna	33	São Sebastião do Alto	79
Itatiaia	34	Sapucaia	80
Japeri	35	Saquarema	81
Laje do Muriaé	36	Seropédica	82
Macaé	37	Silva Jardim	83
Macuco	38	Sumidouro	84
Magé	39	Tanguá	85
Mangaratiba	40	Teresópolis	86
Maricá	41	Trajano de Moraes	87
Mendes	42	Três Rios	88
Mesquita	43	Valença	89
Miguel Pereira	44	Varre-Sai	90
Miracema	45	Vassouras	91
Natividade	46	Volta Redonda	92

Esses municípios apresentam importante participação da receita decorrente de compensação de recursos naturais - principalmente pelos *royalties* do petróleo - em sua receita total, superiores à receita de impostos e transferências constitucionais base de vinculação à saúde pela EC29. A exceção fica com os municípios de *Carapebus*, *Macaé* e *Silva Jardim*, conforme demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico 7 - Transferências da União para compensação de exploração de recursos naturais e Base de recursos vinculáveis à saúde pela EC29/2000. Municípios selecionados. Média de valores per capita entre os anos 2003 a 2006.



Fonte: MS/Datasus/SIOPS

São municípios que informam altos percentuais de cumprimento da EC29, superiores a 30%, alguns atingindo o percentual de cumprimento de 60%, calculados pela média de valores do período. A tabela 5 em anexo apresenta os percentuais aplicados por cada município ao longo dos quatro anos e a média do período.

Os municípios de *Campos dos Goytacazes* e *Cabo Frio*, embora contem com o grande peso das transferências de *royalties* em sua receita total, não acusam gasto com recursos próprios o suficiente para mantê-los no primeiro quintil de aplicação da receita própria na saúde.

Os demais municípios do primeiro quintil – *Porto Real*, *São Sebastião do Alto*, *Piraí*, *Aperibé*, *Carmo*, *Angra dos Reis*, *Paracambi*, *Comendador Levy Gasparian*, *São José de Ubá* e *Macuco* – apresentam valores entre R\$352,90 e R\$585,56 per capita. Com exceção de *Paracambi*, esses municípios contam com importante receita de transferências constitucionais do estado – cota-parte do ICMS, IPVA e IPI -, que compõem a base vinculável à saúde pela EC29, conforme apresenta a tabela 7 em anexo.

Por outro lado, os municípios que apresentam menor receita própria aplicada em saúde informam valores entre R\$65,64 e R\$123,30. São, em sua maioria, municípios da região metropolitana, principalmente da Baixada Fluminense.

No âmbito das relações intergovernamentais, a capacidade de financiamento da saúde com recursos próprios confere autonomia de gasto aos municípios, quer seja no provimento de recursos para a produção, manutenção e recuperação da saúde, ou no aumento da capacidade instalada de serviços, por tratar-se de recursos que não sofrem contingenciamento pelas demais esferas de governo.

Não obstante, essa autonomia de gasto não os capacita ao provimento de todas as ações de saúde em seu território político-administrativo, sendo necessário, do ponto de vista da organização de serviços, o compartilhamento de recursos físicos e financeiros para a atenção à saúde.

Ressalte-se ainda que os valores tão discrepantes para o financiamento das mesmas ações sugere a importância das transferências automáticas e regulares do SUS para alguns municípios, para o alcance de patamares de gasto mais equitativos.

A tabela 6 em anexo apresenta os valores disponíveis para a saúde em cada município do Estado RJ, em reais *per capita*, na medida em que se acrescentam à receita própria aplicada em saúde as transferências regulares e automáticas para o SUS, de origem federal e estadual. A tabela 9 apresenta os valores totais referentes às receitas referidas acima.

7.2.2. Transferências da União para o SUS

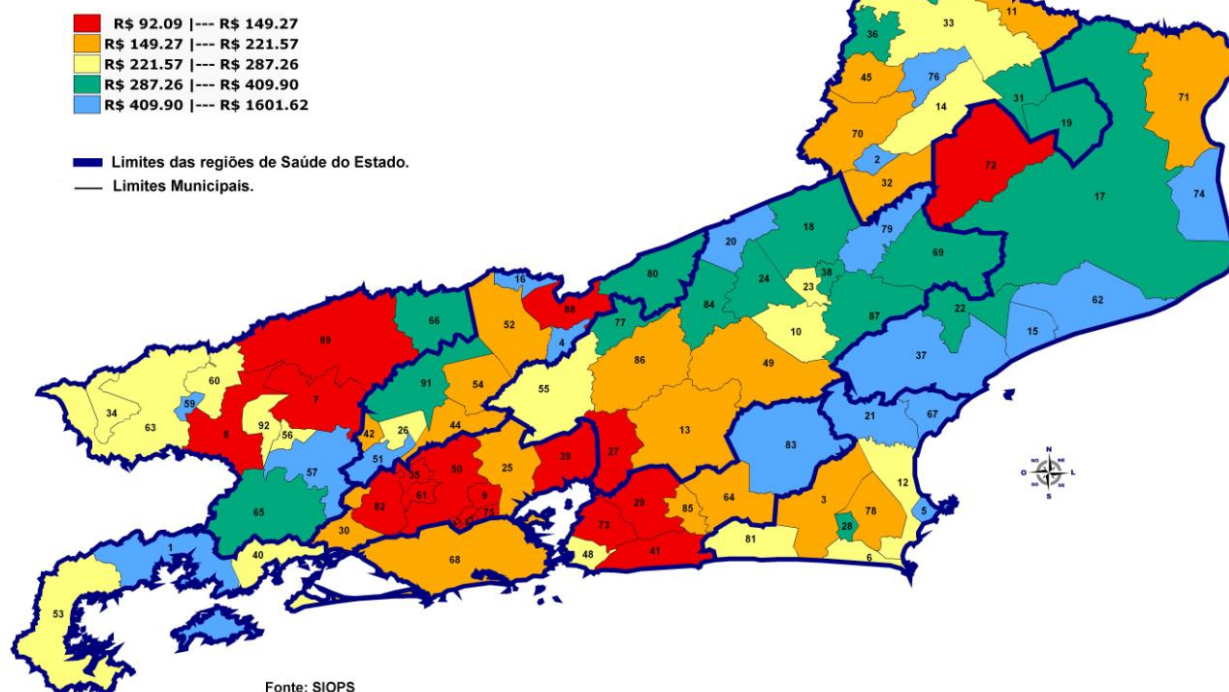
Tratam-se dos recursos voltados para o financiamento da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, que têm a sua utilização disciplinada por um conjunto de disposições normativas do governo federal.

Os recursos federais para o financiamento da Atenção Básica representaram 50% das transferências da União para os municípios durante o período do estudo.

O mapa a seguir apresenta os municípios por quintis de receita disponível para o gasto em saúde, quando se adicionam aos recursos próprios as transferências federais para a Atenção Básica.

Mapa 2. Somatório dos recursos próprios aplicados em saúde e transferências federais para a Atenção Básica. Municípios do estado do RJ. Média de valores 2003-2006.

Receita própria aplicada em saúde + transferências federais do SUS para a atenção básica. Média de valores per capita, em reais, dos anos de 2003 a 2006.



Fonte: SIOPS
Mapa construído no Terraview 3.3.1

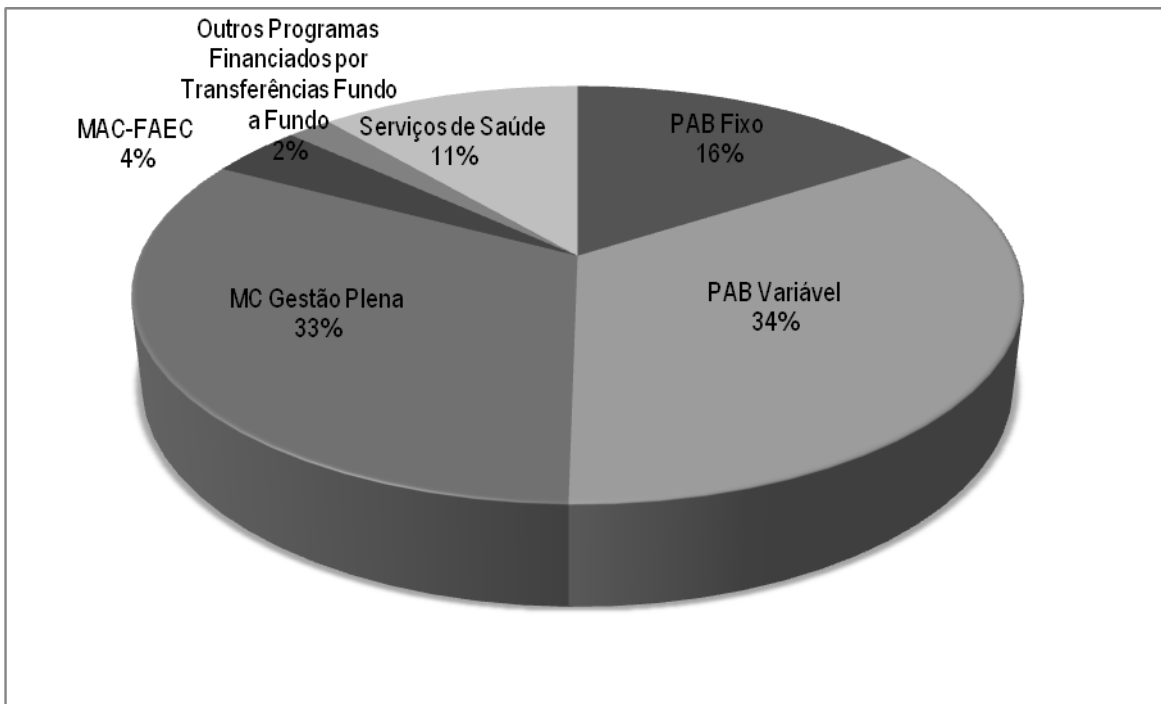
Município			
Angra dos Reis	1	Nilópolis	47
Aperibé	2	Niterói	48
Araruama	3	Nova Friburgo	49
Areal	4	Nova Iguaçu	50
Armação de Búzios	5	Paracambi	51
Arraial do Cabo	6	Paraíba do Sul	52
Barra do Pirai	7	Parati	53
Barra Mansa	8	Paty do Alferes	54
Belford Roxo	9	Petrópolis	55
Bom Jardim	10	Pinheiral	56
Bom Jesus do Itabapoana	11	Pirai	57
Cabo Frio	12	Porciúncula	58
Cachoeiras de Macacu	13	Porto Real	59
Cambuci	14	Quatis	60
Carapebus	15	Queimados	61
Comendador Levy Gasparian	16	Quissamã	62
Campos dos Goytacazes	17	Resende	63
Cantagalo	18	Rio Bonito	64
Cardoso Moreira	19	Rio Claro	65
Carmo	20	Rio das Flores	66
Casimiro de Abreu	21	Rio das Ostras	67
Conceição de Macabu	22	Rio de Janeiro	68
Cordeiro	23	Santa Maria Madalena	69
Duas Barras	24	Santo Antônio de Pádua	70
Duque de Caxias	25	São Francisco de Itabapoana	71
Engenheiro Paulo de Frontin	26	São Fidélis	72
Guapimirim	27	São Gonçalo	73
Iguaba Grande	28	São João da Barra	74
Itaboraí	29	São João de Meriti	75
Itaguaí	30	São José de Ubá	76
Italva	31	São José do Vale do Rio Preto	77
Itaocara	32	São Pedro da Aldeia	78
Itaperuna	33	São Sebastião do Alto	79
Itatiaia	34	Sapucaia	80
Japeri	35	Saquarema	81
Laje do Muriaé	36	Seropédica	82
Macaé	37	Silva Jardim	83
Macuco	38	Sumidouro	84
Magé	39	Tanguá	85
Mangaratiba	40	Teresópolis	86
Maricá	41	Trajano de Moraes	87
Mendes	42	Três Rios	88
Mesquita	43	Valença	89
Miguel Pereira	44	Varre-Sai	90
Miracema	45	Vassouras	91
Natividade	46	Volta Redonda	92

Os municípios que mais se beneficiaram com as transferências da Atenção Básica compõem os quintis intermediários de receita própria aplicada em saúde, com valores per capita entre R\$148,45 e R\$258,20. São municípios com menos de 100 mil habitantes, a saber: *Engenheiro Paulo de Frontin, Natividade, Paraíba do Sul, Cambuci, Paty do Alferes, Sapucaia e Varre-Sai*. Embora somente o município de Natividade tenha melhorado a sua posição por quintil, a receita *per capita* dos demais municípios citados aumentou em aproximadamente 20%.

As transferências para a Média e Alta Complexidade correspondem aos outros 50% das transferências da União para o SUS nos anos em estudo.

O gráfico abaixo mostra a participação de cada componente das transferências da União para o SUS.

Gráfico 8 - Participação percentual média das transferências federais do SUS ao conjunto de municípios do Estado RJ. Média 2003-2006.



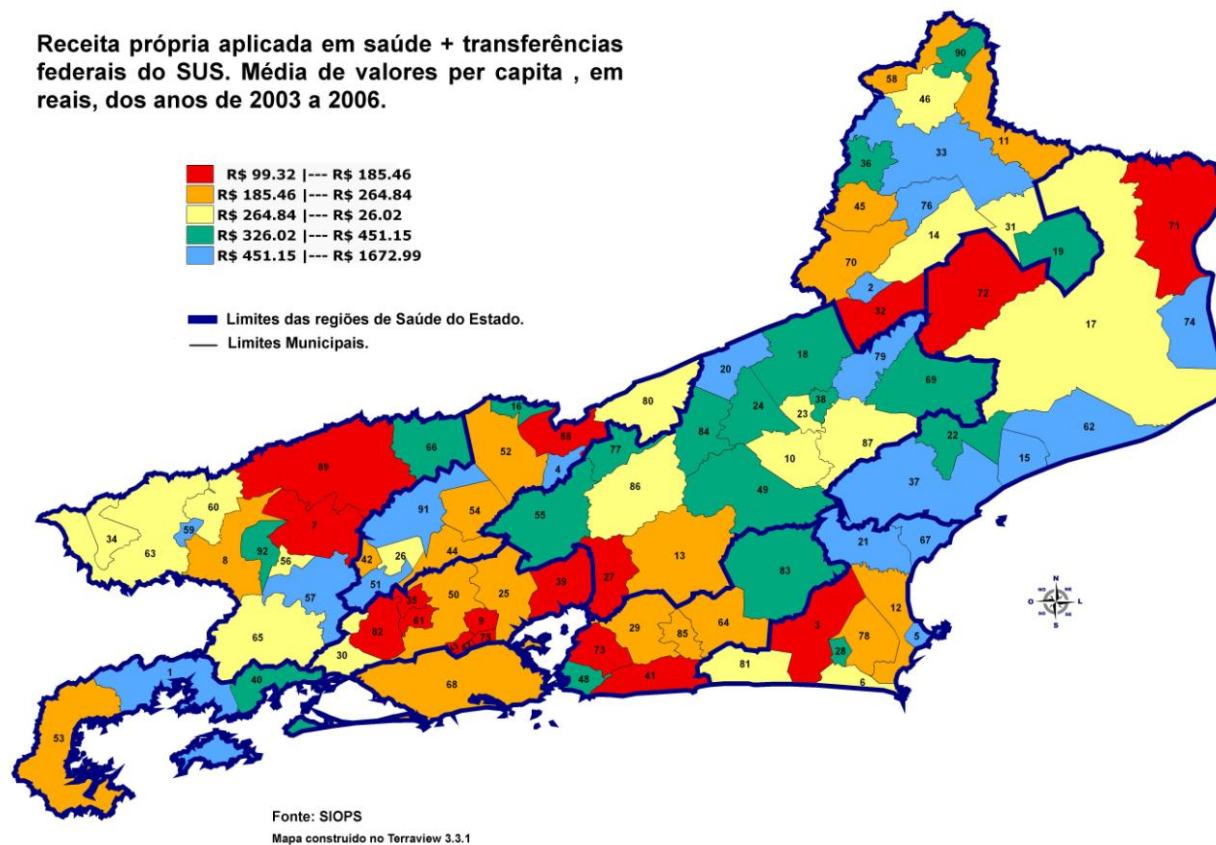
Fonte: MS/Datasus/SIOPS

O mapa a seguir expressa a situação dos municípios após o somatório dos recursos próprios ao total de transferências federais do SUS (Atenção Básica e Média e Alta Complexidade).

As transferências federais da União para a Média e Alta Complexidade beneficiam principalmente municípios com mais de 100 mil habitantes. Os municípios que tiveram a receita disponível em saúde aumentada mais significativamente com esse tipo de transferência foram: *Itaperuna, Nova Friburgo, Vassouras, Nova Iguaçu, Teresópolis, Petrópolis, Itaboraí, Volta Redonda, Arraial do Cabo e Niterói*. Destes, *Vassoura e Itaperuna* mudaram do terceiro para o primeiro quintil de renda.

Observa-se uma maior distribuição da capacidade de gasto – dada pela receita disponível para a saúde, quando se acrescentam esse tipo de transferência ao montante de recursos mencionados até agora. Entretanto, a discrepância entre os valores *per capita* continuam enormes, principalmente dentro do primeiro quintil de receita, como se observa no mapa acima. Constata-se que, embora possibilitando maior equidade no financiamento da saúde, as transferências federais para a Média e Alta complexidade, isoladamente, não contribuem para a correção de desigualdades no Estado RJ, devido, principalmente, às regras mais gerais que normatizam essas transferências.

Mapa 3. Somatório dos recursos próprios aplicados em saúde e transferências federais para a Saúde. Municípios do estado do RJ. Média de valores 2003-2006.



Município			
Angra dos Reis	1	Nilópolis	47
Aperibé	2	Niterói	48
Araruama	3	Nova Friburgo	49
Areal	4	Nova Iguaçu	50
Armação de Búzios	5	Paracambi	51
Arraial do Cabo	6	Paraíba do Sul	52
Barra do Pirai	7	Parati	53
Barra Mansa	8	Paty do Alferes	54
Belford Roxo	9	Petrópolis	55
Bom Jardim	10	Pinheiral	56
Bom Jesus do Itabapoana	11	Pirai	57
Cabo Frio	12	Porciúncula	58
Cachoeiras de Macacu	13	Porto Real	59
Cambuci	14	Quatis	60
Carapebus	15	Queimados	61
Comendador Levy Gasparian	16	Quissamã	62
Campos dos Goytacazes	17	Resende	63
Cantagalo	18	Rio Bonito	64
Cardoso Moreira	19	Rio Claro	65
Carmo	20	Rio das Flores	66
Casimiro de Abreu	21	Rio das Ostras	67
Conceição de Macabu	22	Rio de Janeiro	68
Cordeiro	23	Santa Maria Madalena	69
Duas Barras	24	Santo Antônio de Pádua	70
Duque de Caxias	25	São Francisco de Itabapoana	71
Engenheiro Paulo de Frontin	26	São Fidélis	72
Guapimirim	27	São Gonçalo	73
Iguaba Grande	28	São João da Barra	74
Itaboraí	29	São João de Meriti	75
Itaguaí	30	São José de Ubá	76
Italva	31	São José do Vale do Rio Preto	77
Itaocara	32	São Pedro da Aldeia	78
Itaperuna	33	São Sebastião do Alto	79
Itatiaia	34	Sapucaia	80
Japeri	35	Saquarema	81
Laje do Muriaé	36	Seropédica	82
Macaé	37	Silva Jardim	83
Macuco	38	Sumidouro	84
Magé	39	Tanguá	85
Mangaratiba	40	Teresópolis	86
Maricá	41	Trajano de Moraes	87
Mendes	42	Três Rios	88
Mesquita	43	Valença	89
Miguel Pereira	44	Varre-Sai	90
Miracema	45	Vassouras	91
Natividade	46	Volta Redonda	92

Completam a receita disponível para a saúde as transferências estaduais para o SUS, cuja origem é decorrente dos impostos diretamente arrecadados pelo estado, além das transferências constitucionais da União. A EC29 dispõe que esses recursos, além das multas, juros de mora e receita da dívida ativa dos impostos, são a base de vinculação da receita própria a ser aplicada na saúde no âmbito estadual, em um percentual mínimo de 12%.

O próximo mapa apresenta a configuração dos municípios por quintis de renda, quando se incorporam as transferências estaduais do SUS.

Os municípios que mais se beneficiaram desse tipo de transferência foram *Paraíba do Sul, Pinheiral e Porciúncula*. Entretanto, esses municípios não migraram de quintil de renda.

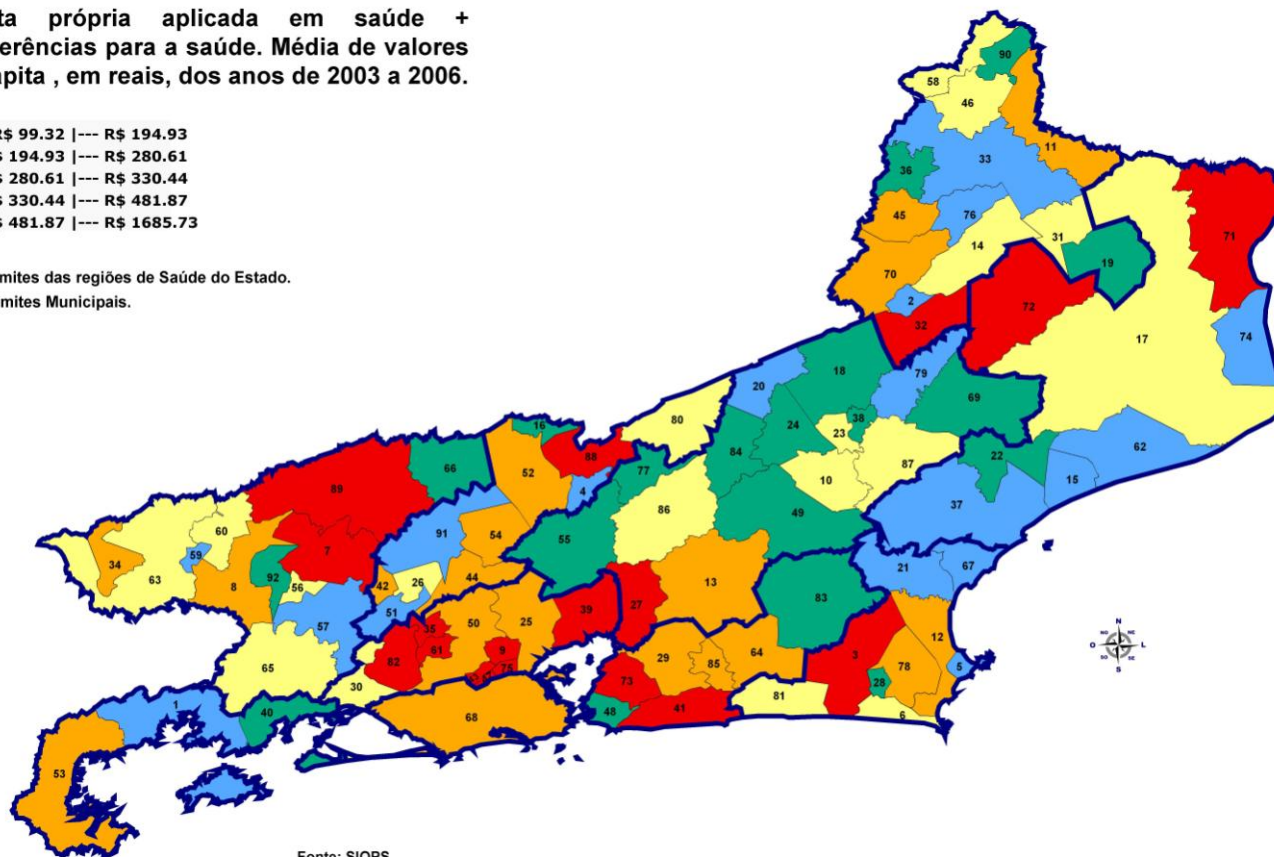
Observa-se que, ainda que se acrescentem as transferências estaduais aos recursos oriundos dos demais entes, o panorama continua sendo bastante heterogêneo, de concentração de recursos nas regiões norte e noroeste fluminense, e escassez na região metropolitana. Ainda que não se desconsidere a presença da saúde suplementar no panorama da saúde do Estado, os usuários do SUS contam com oportunidades extremamente desiguais para o atendimento às suas demandas no campo da saúde.

Mapa 4. Somatório dos recursos próprios aplicados em saúde e transferências para a Saúde. Municípios do estado do RJ. Média de valores 2003-2006.

Receita própria aplicada em saúde + transferências para a saúde. Média de valores per capita , em reais, dos anos de 2003 a 2006.



■ Limites das regiões de Saúde do Estado.
 — Limites Municipais.



Fonte: SIOPS

Mapa construído no Terraview 3.3.1

Município			
Angra dos Reis	1	Nilópolis	47
Aperibé	2	Niterói	48
Araruama	3	Nova Friburgo	49
Areal	4	Nova Iguaçu	50
Armação de Búzios	5	Paracambi	51
Arraial do Cabo	6	Paraíba do Sul	52
Barra do Pirai	7	Parati	53
Barra Mansa	8	Paty do Alferes	54
Belford Roxo	9	Petrópolis	55
Bom Jardim	10	Pinheiral	56
Bom Jesus do Itabapoana	11	Pirai	57
Cabo Frio	12	Porciúncula	58
Cachoeiras de Macacu	13	Porto Real	59
Cambuci	14	Quatis	60
Carapebus	15	Queimados	61
Comendador Levy Gasparian	16	Quissamã	62
Campos dos Goytacazes	17	Resende	63
Cantagalo	18	Rio Bonito	64
Cardoso Moreira	19	Rio Claro	65
Carmo	20	Rio das Flores	66
Casimiro de Abreu	21	Rio das Ostras	67
Conceição de Macabu	22	Rio de Janeiro	68
Cordeiro	23	Santa Maria Madalena	69
Duas Barras	24	Santo Antônio de Pádua	70
Duque de Caxias	25	São Francisco de Itabapoana	71
Engenheiro Paulo de Frontin	26	São Fidélis	72
Guapimirim	27	São Gonçalo	73
Iguaba Grande	28	São João da Barra	74
Itaboraí	29	São João de Meriti	75
Itaguaí	30	São José de Ubá	76
Italva	31	São José do Vale do Rio Preto	77
Itaocara	32	São Pedro da Aldeia	78
Itaperuna	33	São Sebastião do Alto	79
Itatiaia	34	Sapucaia	80
Japeri	35	Saquarema	81
Laje do Muriaé	36	Seropédica	82
Macaé	37	Silva Jardim	83
Macuco	38	Sumidouro	84
Magé	39	Tanguá	85
Mangaratiba	40	Teresópolis	86
Maricá	41	Trajano de Morais	87
Mendes	42	Três Rios	88
Mesquita	43	Valença	89
Miguel Pereira	44	Varre-Sai	90
Miracema	45	Vassouras	91
Natividade	46	Volta Redonda	92

7.3. Análise das condições de financiamento das Regiões de Saúde do Estado RJ.

As condições de financiamento nas regiões de saúde refletem o binômio autonomia X interdependência inerente aos sistemas federativos, visto que a composição das receitas destinadas à saúde, nos municípios que compõem cada uma delas, sofre mais ou menos a influência dos contingenciamentos dos gastos pelas demais esferas de governo.

Assim, a governabilidade redistributiva do Estado RJ na alocação dos recursos para a saúde – em cada região - guarda relação com o peso dessas fontes de receita no orçamento total destinado a saúde.

Conforme se discutiu anteriormente, o ente estadual não atua na alocação do gasto dos recursos próprios municipais, sendo essa uma prerrogativa da esfera local, que tem autonomia para aplicá-los nas funções que mais atenda aos objetivos definidos nos instrumentos locais de planejamento, tais como a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), nem sempre em consonância com as necessidades regionais, o que contribui para desigualdades na oferta dos serviços de saúde nas regiões.

Os municípios do Estado do RJ, considerados em seu conjunto, aplicaram, entre 2003 e 2006, aproximadamente 41% da receita própria no financiamento da saúde, conforme se observa na tabela 7. Dentre as regiões de saúde, *Norte Fluminense, Baixada Litorânea e Baía da Ilha Grande* foram as que apresentaram maiores valores per capita desse tipo de receita que, em cálculos percentuais, superaram os 65% da receita disponível nas regiões.

Na Região Norte Fluminense estão os dois municípios com a maior receita própria do estado: *Quissamã* e *Carapebus*, que informam valores per capita de, respectivamente, R\$1.546,36 e R\$1.027,02. Contrastando com esses, *São Fidélis*, com R\$ 114,59, município altamente dependente das transferências constitucionais e legais do estado, que aplica em 18% dos recursos próprios na saúde em cumprimento da EC29. Na Baixada Litorânea encontra-se o município de *Armação de Búzios* (R\$894,98), com a terceira maior receita própria per capita aplicada em saúde, e *Rio das Ostras* (R\$669,28), na quarta posição.

As transferências federais para a Atenção Básica representam aproximadamente 23% da receita disponível para o gasto em saúde do conjunto dos municípios. Quando esses recursos são somados à receita própria aplicada em saúde, representam em torno de 63% da receita disponível para a saúde nos 92 municípios do Estado RJ. Observa-se que todas as regiões de saúde apresentam percentuais superiores à média do conjunto dos municípios, destacando-se as Regiões Norte Fluminense e Baixada Litorânea, com mais de 96% da sua receita disponível para a saúde representada por esses recursos, cuja capacidade alocativa do estado é nula.

Tabela 2 - Composição da receita disponível para a saúde, em reais per capita, das regiões de saúde do Estado RJ. Média de valores dos anos 2003 a 2006.

Região de Saúde	Receita própria aplicada em saúde	Transferências Federais AB	Transferências Federais MAC	Transferências Estaduais	Receita disponível para a saúde
B. Ilha Grande	331,63 (65,97%)	118,45 (23,56%)	40,33 (8,02%)	12,31 (2,45%)	502,72 (100,00%)
Centro Sul	198,48 (40,13%)	198,42 (40,12%)	81,19 (16,42%)	16,45 (3,33%)	494,54 (100,00%)
Norte Fluminense	349,14 (73,52%)	118,38 (24,93%)	2,13 (0,45%)	5,25 (1,11%)	474,90 (100,00%)
Noroeste Fluminense	193,16 (43,81%)	169,58 (38,46%)	69,03 (15,66%)	9,12 (2,07%)	440,89 (100,00%)
Serrana	202,77 (51,32%)	109,65 (27,75%)	77,36 (19,58%)	5,36 (1,36%)	395,14 (100,00%)
Médio Paraíba	190,48 (52,36%)	118,88 (32,68%)	53,05 (14,58%)	1,39 (0,38%)	363,80 (100,00%)
Baixada Litorânea	258,88 (66,24%)	118,31 (30,27%)	11,85 (3,82%)	1,80 (0,58%)	309,84 (100,00%)
Rio de Janeiro	170,90 (59,95%)	18,98 (6,66%)	70,38 (24,69%)	24,83 (8,71%)	285,09 (100,00%)
Metropolitana II	125,14 (49,92%)	87,29 (34,82%)	35,84 (14,30%)	2,42 (0,97%)	250,69 (100,00%)
Metropolitana I	95,12 (42,72%)	83,18 (37,35%)	43,93 (19,73%)	0,45 (0,20%)	222,68 (100,00%)
Conjunto de Municípios Estado RJ	164,14 (40,89%)	90,36 (22,51%)	134,88 (33,60%)	11,57 (2,88%)	401,45 (100,00%)

Fonte: MS/Datasus/SIOPS

O município do Rio de Janeiro, considerado para os efeitos dessa análise como um das regiões de saúde do Estado RJ, é a que apresenta menor percentual de recursos citados acima. Isso se deve à maior relevância das transferências federais para a Média e Alta Complexidade no município, coerente com o maior adensamento tecnológico da Capital que, historicamente, concentra grande parte dos estabelecimentos de saúde, principalmente os hospitais federais e serviços de referência.

Paradoxalmente, chama a atenção o baixo valor per capita desses recursos (R\$70,38), o que sugere o subfinanciamento de alguns serviços de média e alta complexidade ou a falta de qualidade das informações sobre a produção de

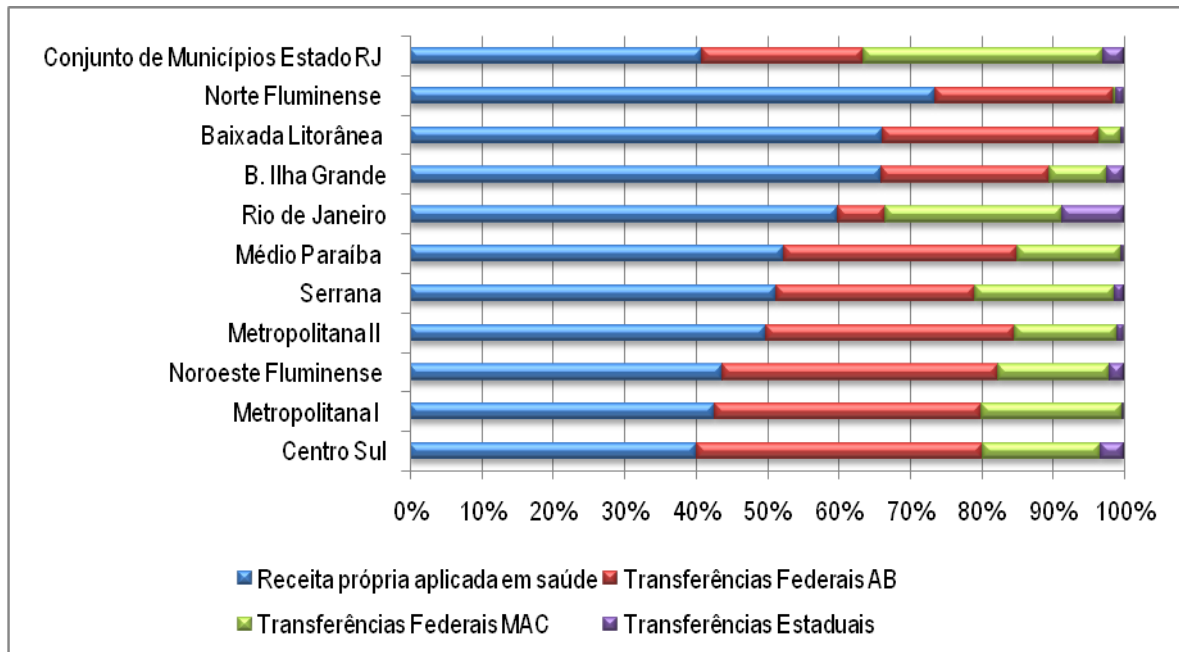
serviços, base para o cálculo do montante dessas transferências, o que não foi investigado no âmbito dessa pesquisa, por fugir ao seu objeto.

A análise da distribuição dos recursos estaduais nas regiões, embora não permita inferências sobre os critérios alocativos utilizados por essa esfera de governo, permite entrever, por alguns aspectos, uma tentativa de correção de desigualdades em algumas regiões, embora o baixo volume dessas transferências não permita afirmar o alcance dessas iniciativas.

As transferências do estado para a saúde representam menos de 3% da receita disponível para a saúde do conjunto dos municípios. O município do Rio de Janeiro recebeu a maior parcela desses recursos (8,71%), o que sugere a preocupação do gestor estadual na ampliação da capacidade de gasto, frente às características da organização de serviços dessa região, já citadas anteriormente. O segundo maior volume de transferências estaduais (3,33%) encontra-se na Região Centro Sul, que possui menor capacidade de financiamento da saúde com recursos próprios do Estado RJ. Entretanto, a Região Metropolitana I (Baixada Fluminense), que concentra grande número de municípios com pouca capacidade de autofinanciamento em saúde, recebeu R\$ 0,45 *per capita*.

O gráfico abaixo apresenta os dados da tabela acima, onde se pode visualizar melhor o peso de cada tipo de receita nas regiões de saúde.

Gráfico 9 - Composição percentual da receita disponível para a saúde, em reais per capita, das regiões de saúde do Estado RJ. Média de valores dos anos 2003 a 2006

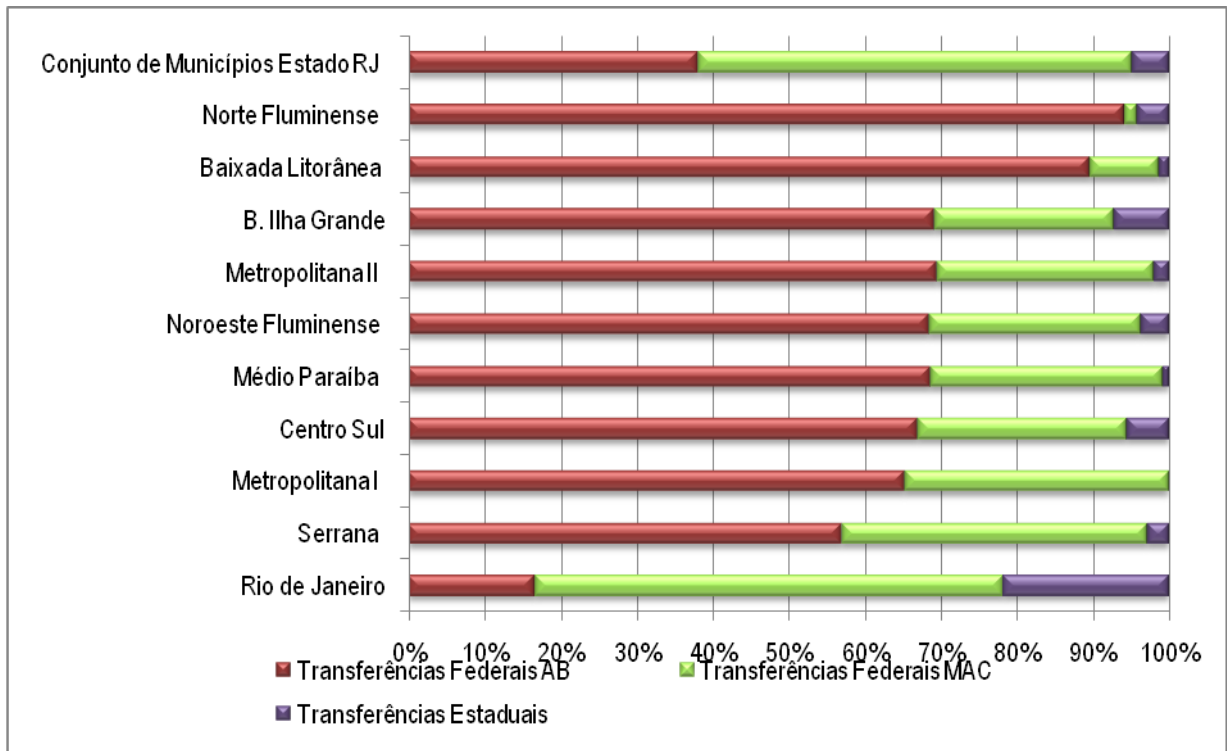


Fonte: MS/Datasus/SIOPS

Quando se isola a participação da receita própria aplicada em saúde, observa-se melhor o peso das transferências regulares e automáticas nas regiões de saúde. O gráfico abaixo apresenta a composição percentual dessas transferências, onde se pode observar que as transferências federais para a Atenção Básica representam mais de 50% dos recursos transferidos para as regiões de saúde, com exceção do Município do Rio de Janeiro.

O gráfico acima permite ainda inferir que, embora tenha havido aumento das transferências regulares e automáticas do SUS ao longo do período do estudo, as condições de financiamento nas regiões de saúde continuam ainda bastante heterogêneas.

Gráfico 10 - Composição percentual das transferências para a saúde, em reais *per capita*, nas regiões de saúde do Estado RJ. Média de valores dos anos 2003 a 2006



Fonte: MS/Datasus/SIOPS

Isso se comprova quando se observa a grande importância das transferências federais da Atenção Básica para as regiões, com exceção do Município do Rio de Janeiro. Essas transferências, com destino limitado pelas imposições normativas, embora possibilitem a organização do primeiro nível de atenção, não são adequadas para a organização da continuidade do cuidado, inviabilizando o desenvolvimento integral das ações e serviços de saúde, conforme estipulado na LOS.

Por outro lado, a situação do Município do Rio, no que respeita ao volume de recursos que viabilizam o investimento na produção de serviços de maior densidade tecnológica, incentiva a manutenção desse ente como referência para os serviços não executados nas demais regiões, gerando desigualdades na oportunidade de

acesso aos referidos serviços pela população, abstração feita àqueles serviços que necessariamente precisam estar concentrados.

A análise desenvolvida acima permite concluir, preliminarmente, que os critérios de alocação equitativa dos recursos estaduais nas regiões de saúde devem considerar não somente os montantes de recursos propriamente ditas, mas a capacidade de gasto que surge da correlação das diversas fontes de recursos destinados ao ente local, no sistema de partilha de recursos do SUS.

O próximo capítulo analisa os municípios e regiões de saúde em função de critérios de necessidade, a fim de fornecer subsídios para a discussão da alocação de recursos de que trata essa pesquisa.

8. ALOCAÇÃO GEOGRÁFICA EQUITATIVA POR CRITÉRIOS DE NECESSIDADES: CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O ESTADO RJ

A capacidade de gasto em saúde dos municípios do Estado RJ foi analisada considerando critérios de necessidade estabelecidos para esse estudo. Criou-se um Índice de Necessidades em Saúde (INS) a partir de indicadores socioeconômicos e de um indicador de mortalidade. Os indicadores socioeconômicos - a taxa de analfabetismo e a cobertura de esgotamento sanitário – embora não diretamente relacionados à saúde, compõem o conjunto dos determinantes para a sua garantia, conforme expressa a CF88 (Brasil, 1988).

Como mencionado anteriormente, para calcular o INS, utilizou-se um procedimento de análise estatística multivariada de componentes principais. No primeiro fator, cargas grandes e positivas foram encontradas para os indicadores referentes à taxa de analfabetismo e proporção da população sem instalações sanitárias no domicílio, apresentadas no quadro 4. Esse fator representa 52,8% da variação original, como se observa no quadro 5.

Quadro 4 – Análise estatística multivariada de componentes principais

Component Matrix ^a	Component 1
Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos	-,125
Taxa de analfabetismo	,883
Proporção da população sem instalações sanitárias	,889

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Quadro 5 – Porcentagem da variância explicada pelo fator 1

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	1,586	52,857	52,857	1,586	52,857	52,857
2	,997	33,245	86,102			
3	,417	13,898	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Os escores foram transformados para variar entre 1 e 2. A tabela 8 em anexo apresenta os escores e os índices dos 92 municípios do Estado RJ.

A visualização do índice de necessidade (Mapa 5) permite observar que os municípios que possuem menores INS foram: *Nilópolis, Rio de Janeiro, Volta Redonda, Niterói, São João de Meriti, Resende, São Gonçalo, Barra Mansa, Petrópolis, Barra do Pirai, Arraial do Cabo, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Cordeiro, Três Rios, Valença, Pinheiral e Mesquita.*

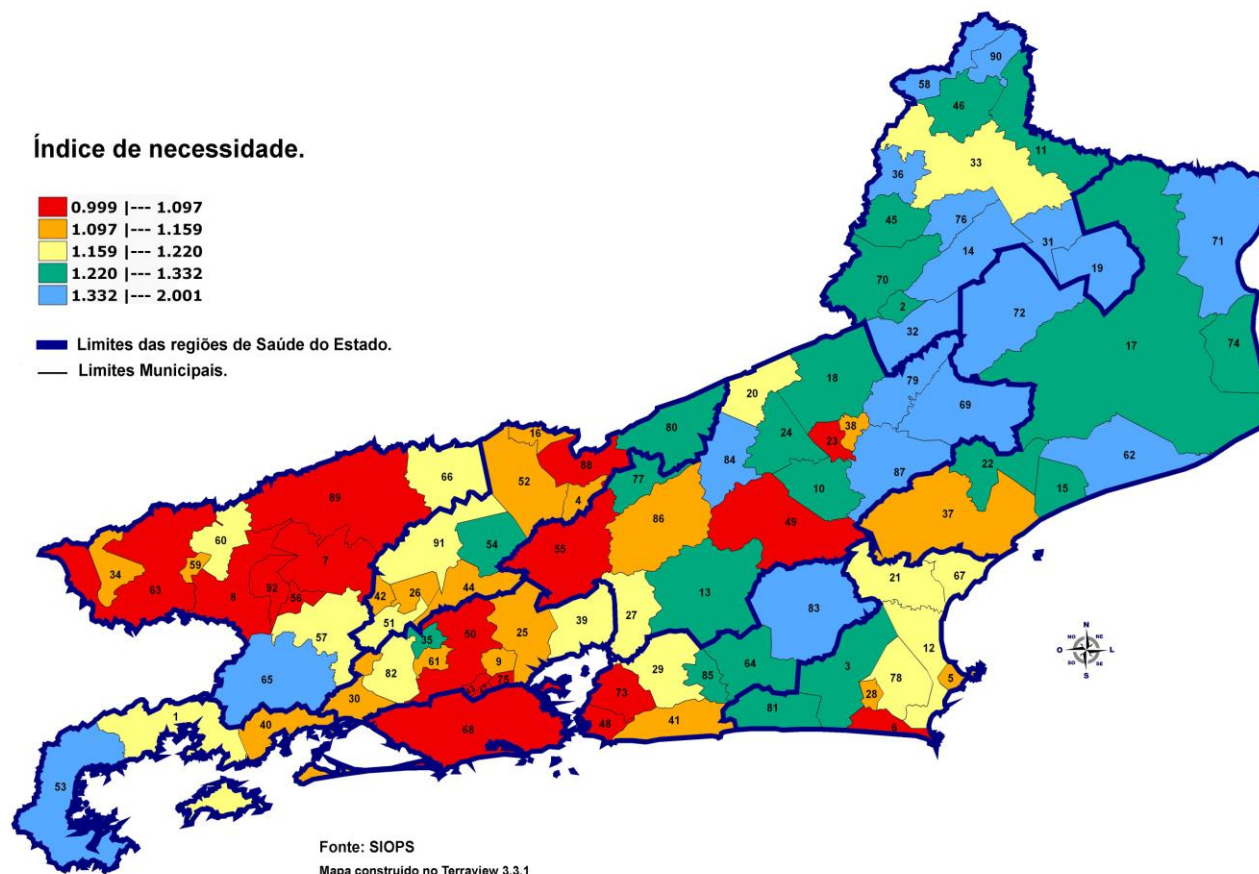
Desses municípios, seis pertencem aos municípios com menor receita disponível para a saúde: *Barra do Pirai, Mesquita, São Gonçalo, Valença, Nilópolis, Três Rios e São João de Meriti.* Os demais municípios distribuem-se entre os quintis intermediários.

Os municípios com maiores INS foram: *São Francisco de Itabapoana, São José de Ubá, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes, Cardoso Moreira, Paraty, Laje do Muriaé, Silva Jardim, Sumidouro, Santa Maria Madalena, São Fidélis, Italva, Varre-Sai, Cambuci, Quissamã, Porciúncula, Rio Claro e Itaocara*. Dentre esses municípios estão alguns que possuem grande capacidade de financiamento em saúde, como *São José de Ubá, São Sebastião do Alto e Quissamã*.

A maior relação entre necessidade de saúde e capacidade de gasto é encontrada nos municípios de *São Francisco de Itabapoana, São Fidélis e Itaocara*. São municípios que apresentam as menores receitas disponíveis à saúde, entre R\$153,00 e R\$195,00 *per capita*. Em seguida, encontram-se os municípios de *Paraty e Porciúncula*, com receita disponível entre R\$277,00 e R\$293,00 *per capita*.

Os municípios de *Trajano de Moraes, Italva, Cambuci e Rio Claro* apresentam receitas per capita para a saúde entre R\$285,00 e R\$326,00.

Mapa 5. Índice de Necessidade em Saúde. Municípios do estado do RJ. Média 2003-2006



Município			
Angra dos Reis	1	Nilópolis	47
Aperibé	2	Niterói	48
Araruama	3	Nova Friburgo	49
Areal	4	Nova Iguaçu	50
Armação de Búzios	5	Paracambi	51
Arraial do Cabo	6	Paraíba do Sul	52
Barra do Pirai	7	Parati	53
Barra Mansa	8	Paty do Alferes	54
Belford Roxo	9	Petrópolis	55
Bom Jardim	10	Pinheiral	56
Bom Jesus do Itabapoana	11	Pirai	57
Cabo Frio	12	Porciúncula	58
Cachoeiras de Macacu	13	Porto Real	59
Cambuci	14	Quatis	60
Carapebus	15	Queimados	61
Comendador Levy Gasparian	16	Quissamã	62
Campos dos Goytacazes	17	Resende	63
Cantagalo	18	Rio Bonito	64
Cardoso Moreira	19	Rio Claro	65
Carmo	20	Rio das Flores	66
Casimiro de Abreu	21	Rio das Ostras	67
Conceição de Macabu	22	Rio de Janeiro	68
Cordeiro	23	Santa Maria Madalena	69
Duas Barras	24	Santo Antônio de Pádua	70
Duque de Caxias	25	São Francisco de Itabapoana	71
Engenheiro Paulo de Frontin	26	São Fidélis	72
Guapimirim	27	São Gonçalo	73
Iguaba Grande	28	São João da Barra	74
Itaboraí	29	São João de Meriti	75
Itaguaí	30	São José de Ubá	76
Italva	31	São José do Vale do Rio Preto	77
Itaocara	32	São Pedro da Aldeia	78
Itaperuna	33	São Sebastião do Alto	79
Itatiaia	34	Sapucaia	80
Japeri	35	Saquarema	81
Laje do Muriaé	36	Seropédica	82
Macaé	37	Silva Jardim	83
Macuco	38	Sumidouro	84
Magé	39	Tanguá	85
Mangaratiba	40	Teresópolis	86
Maricá	41	Trajano de Moraes	87
Mendes	42	Três Rios	88
Mesquita	43	Valença	89
Miguel Pereira	44	Varre-Sai	90
Miracema	45	Vassouras	91
Natividade	46	Volta Redonda	92

As transferências estaduais para a saúde nos anos do estudo beneficiaram alguns dos municípios com menores necessidades de saúde. Com exceção de *Cardoso Moreira, Laje do Muriaé, Sumidouro, Santa Maria Madalena, Italva, Cambuci e Rio Claro*, os municípios com maiores índices de necessidades de saúde receberam o maior montante desse tipo de transferência.

Do exposto acima depreende-se que os municípios com os melhores indicadores não são, necessariamente, os que apresentam maior receita disponível à saúde. Assim, a almejada igualdade de oportunidade de acesso para as necessidades iguais não pode ser reduzida ao quanto os governos gastam para o provimento das ações de saúde.

Questões do âmbito das relações intergovernamentais, no escopo do federalismo, são tão importantes de serem discutidas quanto a que toca aos patamares mínimos a serem assegurados para o gasto em saúde e devem ser consideradas quando da definição de critérios de alocação e de redistribuição dos recursos estaduais nos municípios, que diminuam as desigualdades regionais sem, contudo, fomentar outras.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi norteado pela concepção de equidade operacionalizada através da definição de *igualdade de oportunidades de Sen (2008)*, além da definição de *igualdade de condições*, da tipologia de Turner (1986). Embora tenha se mostrado incompleto para identificar um padrão de alocação de recursos estaduais nos municípios, considerou-se ser esse o conceito mais amplo para conduzir a discussão, que busca igualar as capacidades para o exercício da saúde em cada município.

Esse conceito pode ser inferido através dos princípios e diretrizes do SUS assegurados em âmbito nacional pela CF88 e regulamentados pela LOS.

De fato, a LOS enuncia como determinantes e condicionantes da saúde uma série de *funcionamentos*, como diria Sen, que são: *alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer*. (Brasil, 1990a). Nesta lógica, o conjunto desses funcionamentos expressa a capacidade de cada pessoa, em relação às condições de vida e saúde.

No que concerne às fontes de financiamento da saúde, os critérios de alocação entre as esferas federativas não são suficientes para garantir a equidade. Os municípios, tanto quanto as regiões de saúde, apresentam condições de financiamento bastante díspares, relacionadas às características do

desenvolvimento regional, à importância de determinadas fontes de recursos em detrimento de outras, às condições de elegibilidade para o recebimento de transferências constitucionais e legais, à capacidade fiscal e a outras condições.

Dentre as condições de desigualdades que importam ser corrigidas para o alcance da equidade na alocação geográfica dos recursos, citem-se:

A principal fonte de financiamento da saúde no Estado RJ é a receita própria municipal. Os municípios que se beneficiam dos *royalties* do petróleo, além daqueles com atividades industriais geradoras de altas somas de impostos, apresentam maiores montantes de recursos aplicados na saúde, conforme a prioridade dada pelos governos locais a esse setor. Sendo recursos de livre aplicação, são utilizados para o desenvolvimento da saúde no nível local, que refletem, muitas vezes, condições de imensas desigualdades com relação a municípios contíguos, levando a população a desenvolver estratégias informais de acesso a esses serviços, situações definidas como *invasões* pelos gestores locais de saúde, mas que expressam a desigualdade no acesso às condições que fomentam a saúde.

Ainda que sejam legítimos os investimentos que muitos desses municípios fazem, a falta de uma lógica sistêmica, no campo da organização de serviços, contribui para a acentuação das desigualdades regionais.

As transferências federais para a Atenção Básica não modificam essa disparidade inter-regional, nem mesmo nos municípios com menores montantes de recursos próprios para o gasto em saúde.

As transferências federais para a média e alta complexidade, baseadas na lógica da produção de serviços, favorecem os municípios com maior capacidade

instalada, consolidando as desigualdades existentes, devido à existência de critérios mais sensíveis às desigualdades.

No âmbito das relações intergovernamentais na saúde, predominam as relações diretas entre a União e os municípios, dados em função do grande percentual de transferências automáticas e regulares de origem federal diretamente para os entes locais, baseados em critérios definidos em normativas de abrangência nacional, descolados, muitas vezes, das prioridades regionais.

Com relação aos recursos próprios estaduais, objeto de livre alocação por essa esfera de governo, o baixo percentual de cumprimento da EC29, denota falta de prioridade no desenvolvimento das ações desse setor. Além, disso, grande parte dos recursos é utilizada para custeio das ações assistenciais, nas unidades próprias estaduais, em detrimento de investimentos em serviços novos, que ampliem a capacidade de atendimento da população.

A realidade observada em relação à alocação geográfica dos recursos estaduais transferidos aos municípios permite concluir que ela não altera as características das desigualdades no financiamento da saúde, por não beneficiarem municípios com menores transferências, embora sejam recursos sobre os quais o gestor estadual tem maior governabilidade para alocar, utilizando-se de critérios que visem maior equidade, conforme visto anteriormente.

Diante do protagonismo dos municípios no financiamento da saúde, dado pela participação dos recursos de seu tesouro no gasto em saúde, tanto quanto nas relações com o governo federal – observadas pelo grande volume de transferências da União diretamente realizadas aos Fundos Municipais, sem intermediação do governo estadual, depreende-se que a atuação do Estado RJ não vem facultando

maior igualdade de oportunidade para a população dos municípios/regiões de saúde, na garantia da saúde.

Ressalte-se ainda que, quando se consideram os critérios de necessidade utilizados nesse estudo, desenvolvidos em função de condições determinantes da saúde, os municípios que possuem maiores recursos *per capita* possuem, ainda assim, maiores necessidades, o que referencia a discussão para o campo mais amplo do que o da simples alocação de recursos.

Assim, a atuação da instância estadual na alocação de recursos financeiros nos municípios do estado RJ passa pela resposta à pergunta de Sen. *Igualdade de quê?* Que capacidades dos municípios devem ser igualadas, para que a população tenha acesso ao mesmo conjunto de determinantes e condicionantes para a sua saúde?

As respostas a essa pergunta serão múltiplas, variadas em função da maior ou menor governabilidade redistributiva do ente estadual sobre os recursos destinados ao SUS. Inevitavelmente, passam pela discussão em torno do planejamento regional.

Ainda que em um contexto de pouca governabilidade na gestão dos recursos destinados ao SUS, cabe ao ente estadual organizar a atenção à saúde no seu território através de um Plano de Investimentos Regional, com ampliação da capacidade instalada que assegure às regiões de saúde auto-suficiência de serviços, até determinado nível de densidade tecnológica, considerando fatores como extensão territorial e densidade geográfica, capacidade instalada já existente, e outros critérios que facilitem a organização dos serviços, evitando maiores deslocamentos da população na busca de maior acesso aos serviços de saúde.

Além disso, a definição de critérios para a incorporação tecnológica baseados nas definições de escala e escopo, a fim de evitar que os municípios com maiores recursos construam hospitais e adquiram aparelhos que manterão a capacidade ociosa se utilizados somente para a clientela local, gerando altos custos fixos.

Destaque-se também o co-financiamento de algumas ações, definidas *a priori* como de responsabilidade local, tais as ações referentes ao primeiro nível de atenção e, ainda, as ações especializadas, que demandam concentração de população para o alcance de maior eficiência, podem ser estratégias de alcance, no âmbito estadual, de maior igualdade de oportunidade para necessidades iguais, no campo da saúde.

Com relação às transferências federais onde a produção de serviços é o principal critério de alocação de recursos, a PPI deve ser elaborada em função de um desenho de organização de serviços que não contemple somente a oferta existente – o que muitas vezes gera dificuldade de acesso à população, que tem que percorrer longos trajetos para cumprir a referência intermunicipal definida para o atendimento de determinada ação – mas que tenha como metas o desenvolvimento desses serviços nas regiões de saúde, através de métodos de pagamentos que torne atraente ao gestor estadual o investimento das ações em seu território, em vez de comprar os serviços das regiões vizinhas, nos casos em que a base territorial assim o permita.

Finalmente, importa deixar claro que, ao analisar as receitas disponíveis para a saúde no horizonte temporal definido pelo estudo, não se buscou estabelecer parâmetros de qualidade dos serviços ofertados e, sim, compreender a totalidade de recursos, dadas as suas distintas origens, disponíveis para o gasto em saúde. Assim, não se discute o mérito de se quem gasta mais gasta melhor ou, se aqueles

municípios que têm poucos recursos disponíveis possuem piores condições de vida e de saúde.

A criação do índice de necessidade buscou estabelecer outros parâmetros, conforme descrito no capítulo específico para tal fim, não tendo como objetivo nortear qualquer distribuição de recursos de forma única e exclusiva.

Aliás, essa seria uma tarefa considerada superior ao esforço empreendido nessa pesquisa, por tocar de maneira indelével em questões relacionadas ao sistema de partilha federativo, às questões relacionadas à autonomia / interdependência federativas.

Ainda que não possuam autonomia, no sentido em que essa palavra foi utilizada no estudo, relacionada à característica federativa do país, e mesmo não sendo objeto de transferências regionais de recursos financeiros, as regiões de saúde possibilitaram a análise das condições de financiamento da saúde no Estado RJ, permitindo maior embasamento para estudos futuros relacionados aos fluxos assistenciais que considerem não somente a oferta de serviços como também a possibilidade de investimentos visando à equidade em saúde.

Considera-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados, na medida em que as distintas fontes de receitas, antes dispersas e de significado pouco claro, foram agrupadas de modo a conferir certa racionalidade na compreensão de como se estrutura o financiamento do SUS, considerando, principalmente, a lógica federativa que preside ao sistema de partilha de recursos no caso geral do Brasil e, especificamente, no caso do Estado RJ.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.H.T. de. Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: Ideias, Hipóteses e Evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*. São Paulo, n. 51, 1º semestre 2001. PP.13-34

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, pp. S23-S36.

BANTING, K; CORBETT, S. Federalismo y políticas de atención a la salud. In: AUCLAIR C, CARRASCO C.H. Gardsden (Ed.) *Federalismo y políticas de la salud: descentralización y relaciones interguderaciones/Cuidad de México*: Instituto Nacional para El Federalismo y Desarrollo Municipal, 2002, p.5-41

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>. Acesso em: 12 jul 2008.

_____. Lei 8080/90, 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. *Diário Oficial*. Brasília, DF, 20 set 90. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>. Acesso em: 12 jul 2008.

_____. Lei 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial*. Brasília, DF, 31 dez 90. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>. Acesso em: 12 jul 2008.

_____. Resolução nº 258, 7 de janeiro de 1991. *Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91*, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 12 jul 2008.

_____. Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. *Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92)*. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 12 jul 2008.

_____. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 12 jul 2008.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 12 jul 2008.

_____. Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000. *Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde*. Diário Oficial, Brasília, DF, 19 dez 1989. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>. Acesso em: 12 jul 2008.

_____. Portaria nº. 95 GM/MS, de 26 de janeiro de 2001. *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01*. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 12 jul 2008.

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 12 jul 2008.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 322, de 8 de maio de 2003. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 12 jul 2008.

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. *Manual de Receita Nacional: Aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios*. Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Orçamento Federal. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. *Manual de Despesa Nacional: Aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios*.

Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Orçamento Federal. Brasília, 2008.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões temáticas sobre eqüidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde soc.* 2006, vol.15, n.2, pp. 23-33. Acesso em 23.04.2008

Dain S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva.* 12 (sup): 1851-1854, 2007

ESCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais.* Organização Pan Americana de Saúde. 2001

FLEURBAEY, M. Equal opportunity or equal social outcome? *Economics and Philosophy*, 11 –p 25-55.1995

LIMA, L.D. de. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde; a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais.* Rio de Janeiro. Museu da República, 2007.

LIMA, L.D. de. MACHADO, C.V. BAPTISTA, T.W.F. PEREIRA, A.M.M. O Pacto Federativo brasileiro e o papel do gestor estadual do SUS. In: A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro. UGÁ, M.A.D; SÁ, M.C. MARTINS, M; BRAGA NETO, F.C. (Orgs.). Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. pp. 27-58.2010

LOBO, R.L. *Federalismo Fiscal Brasileiro: discriminação das rendas tributárias e centralidade normativa.* Rio de Janeiro. Editora Lumem Juris. 2006

PAIM, J. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata, Rita. Barradas. (org.) *Condições de vida e situação de saúde.* Rio de Janeiro, Abrasco, 7-30.

PORTO, S.M.. *Eqüidade na Distribuição Geográfica dos Recursos em Saúde: uma contribuição para o caso brasileiro.* Tese de Doutorado Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1997

_____. Equidad y ditribución geográfica de recursos financieros em los sistemas de salud. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 18(4): 939-957, jul-ago. 2002.

PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (Orgs.). *Descentralização e Federalismo Fiscal no*

Brasil: desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer, 2003, p. 41-125

_____ (Coord.); QUADROS, W.; CAVALCANTI, C.E. Partilha de recursos na federação brasileira. São Paulo: FAPESP; FUNDAP/Brasília: IPEA, 2003

_____, S. *Equalização e federalismo fiscal: uma análise comparada*. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer, 2006.

RAWLS, J. Uma Teoria da Justiça. Tradução: PISETTA, A, ESTEVES, L.M.R. 2ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2002

REZENDE, F. Modernização tributária e federalismo fiscal. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A.(Orgs.). *Descentralização e Federalismo Fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer, 2003, p. 25-38

SEN, A. *A desigualdade reexaminada*. Tradução: Ricardo Doninelli Mendes. 2ed. Rio de Janeiro. Record. 2008

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5 (1): 133-149, 2000

TURNER, B. Types of Equality. In *Equality*. p. 35-55. London: Tavistock Publications. 1986

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M.O financiamento do SUS: trajetória, contexto e estrangulamentos. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; MANUEL SUÁREZ, J. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J.C. de; CARVALHO, A. I. de. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ. 2008

ANEXOS

Quadro 6 – Composição das variáveis segundo as contas contábeis.

Despesa Total com Saúde	
3.0.0.0.00.00.00	Despesas Correntes
4.0.0.0.00.00.00	Despesas de Capital
*(-) 3.1.90.01.00.00	Aposentadorias
*(-) 3.1.90.03.00.00	Pensões
Transferências para a Saúde	
1600.05.00.00	Serviços de Saúde
1721.33.00.00	Transferências de Recursos do SUS
1722.33.00.00	Transferência de Recursos do Estado para Programas de Saúde
1723.00.00.01	Recebimento pela Prestação de Serviços de Saúde a outros Municípios
1723.00.00.02	Recebimento pela Prestação de Serviços a Consórcios de Saúde
1723.01.00.00	Transferência de Recursos do SUS - Outros Municípios
1761.01.00.00	Transferência de Convênios da União para o SUS
1762.01.00.00	Transferências de Convênios dos Estados para o Sistema Único de Saúde
1763.01.00.00	Transferências de Convênios dos Municípios para o Sistema Único de Saúde
2421.01.00.00	Transferências da União para Programas de Saúde
2422.01.00.00	Transferência dos Estados para Programas de Saúde
2423.01.00.00	Transferência dos Municípios para Programas de Saúde
2471.01.00.00	Transferências de Recursos do SUS - Convênios
2472.01.00.00	Transferência de Convênios dos Estados para a saúde
2473.01.00.00	Transferência de Convênios dos Municípios para a saúde
Transferências da União para a Saúde	
1600.05.01.00	Serviços Hospitalares (SIH)
1600.05.02.00	Serv. de Reg. de Análise e de Cont.de Prod. Sujeitos a Normas de Vigilância Sanitária
1600.05.03.00	Serviços Radiológicos e Laboratoriais (SIA/SIH)
1600.05.04.00	Serviços Ambulatoriais (SIA)
1721.33.00.00	Transferências de Recursos do SUS
1761.01.00.00	Transferência de Convênios da União para o SUS
2421.01.00.00	Transferências da União para Programas de Saúde
2471.01.00.00	Transferências de Recursos do SUS - Convênios
Receita própria aplicada em Saúde	
3.0.00.00.00.00	Despesas Correntes com Saúde
4.0.00.00.00.00	Despesas de Capital com Saúde
*(-) 3.1.90.01.00.00	Aposentadorias
*(-) 3.1.90.03.00.00	Pensões
*(-) 1325.01.03.00	Remuneração de Depósitos Bancários - Fundo de Saúde
*(-) 1600.05.00.00	Serviços de Saúde
*(-) 1721.33.00.00	Transferências de Recursos do SUS
*(-) 1722.33.00.00	Transferências de Recursos do Estado para Programas de Saúde
*(-) 1723.00.00.01	Recebimento pela Prestação de Serviços de Saúde a outros Municípios
*(-) 1723.00.00.02	Recebimento pela Prestação de Serviços a Consórcios de Saúde
*(-) 1723.01.00.00	Transferência de Recursos do SUS - Outros Municípios
*(-) 1761.01.00.00	Transferência de Convênios da União para o SUS
*(-) 1762.01.00.00	Transferências de Convênios dos Estados para o Sistema Único de Saúde
*(-) 1763.01.00.00	Transferências de Convênios dos Municípios para o Sistema Único de Saúde
*(-) 2421.01.00.00	Transferências da União para Programas de Saúde
*(-) 2422.01.00.00	Transferência dos Estados para Programas de Saúde
*(-) 2423.01.00.00	Transferências dos Municípios para Programas de Saúde
*(-) 2471.01.00.00	Transferências de Recursos do SUS – Convênios
*(-) 2472.01.00.00	Transf. de Convênios dos Estados para a saúde
*(-) 2473.01.00.00	Transf. de Convênios dos Municípios para a saúde
*(-) 2114.02.00.00	Operações de Crédito Internas para Programas de Saúde
*(-) 2123.02.00.00	Operações de Crédito Externas Relativas à Programas de Saúde
*(-)	Compensação de Restos a Pagar Cancelados no exercício

Continua...

Quadro 6 – Composição das variáveis segundo as contas contábeis. (continuação)

Base de recursos vinculáveis à saúde pela EC29/2000 (Municípios)	
4.1.1.13.05.00.00	ISS
4.1.1.12.02.00.00	IPTU
4.1.1.12.08.00.00	ITBI
4.1.1.12.04.00.00	IRRF
4.1.7.21.01.02.00	Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM
4.1.7.21.01.05.00	Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade Rural
4.1.7.21.09.01.00	Transferência Financeira da Lei Complementar nº 87/96
4.1.7.22.01.01.00	Cota-Parte do ICMS
4.1.7.22.01.02.00	Cota Parte do IPVA
4.1.7.22.01.04.00	Cota-parte sobre do Imposto sobre Produtos Industrializados dos Estados Exportadores
1911.38.00.00	Multas e Juros de Mora sobre o IPTU
1911.39.00.00	Multas e Juros de Mora sobre o ITBI
1911.40.00.00	Multas e Juros de Mora sobre o ISS
1911.00.00.99	Outras Rec. Multas e Juros de Mora de Impostos
1913.11.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do IPTU
1913.12.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do ITBI
1913.13.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do ISS
1913.00.00.99	Outras Receitas Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa de Impostos
1931.11.00.00	Receita da Dívida Ativa do IPTU
1931.12.00.00	Receita da Dívida Ativa do ITBI
1931.13.00.00	Receita da Dívida Ativa do ISS
1931.00.00.99	Outras Receitas da Dívida Ativa de Impostos
Base de recursos vinculáveis à saúde pela EC29/2000 (Estados)	
4.1.1.13.02.00.00	ICMS
4.1.1.12.05.00.00	IPVA
4.1.1.12.07.00.00	ITCMD
4.1.7.21.01.00.00	Cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPE
4.1.7.21.01.12.00	Cota-parte do IPI – Exportação
4.1.7.21.36.00.00	Transferências Financeiras ICMS desoneração LC 87/96
4.1.1.12.04.00.00	IRRF
4.1.9.31.15.00.00	Receita da Dívida Ativa do ICMS
4.1.9.31.14.00.00	Receita da Dívida Ativa do IPVA
4.1.9.31.20.00.00	Receita da Dívida Ativa do ITCMD
4.1.9.11.20.00.00	Multas e Juros de Mora ITCMD
4.1.9.11.41.00.00	Multas e Juros de Mora IPVA
4.1.9.11.42.00.00	Multas e Juros de Mora ICMS
4.1.9.13.14.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa IPVA
4.1.9.13.15.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa ICMS
4.1.9.13.20.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa ITCMD
*(-) 3.3.3.40.81.00.01	Transferências Financeiras Constitucionais e Legais a Municípios – ICMS
*(-) 3.3.3.40.81.00.02	Transferências Financeiras Constitucionais e Legais a Municípios – IPVA
*(-) 3.3.3.40.81.00.03	Transferências Financeiras Constitucionais e Legais a Municípios – IPI Exportação
Transferências Federais do SUS destinadas ao financiamento da Atenção Básica	
1.7.21.33.00.10	Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)
1.7.21.33.00.30	Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)
Transferências Federais do SUS destinadas ao financiamento da Média e Alta Complexidade	
1.7.21.33.00.50	Média e Alta Complexidade (MAC-Gestão Plena)
1.7.21.33.00.60	Ações Estratégicas (MAC-FAEC)
1.7.21.33.00.70	Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo
1.6.00.05.00.00	Serviços de Saúde

Continua...

Quadro 6 – Composição das variáveis segundo as contas contábeis. (continuação)

Recursos próprios estaduais	
1.7.22.33.00.00	Transferências de Recursos do Estado para Programas de Saúde - Fundo a Fundo
1.7.62.01.00.00	Transferências de Convênio dos Estados para o Sistema Único de Saúde
2.4.22.01.00.00	Transferências dos Estados para Programas de Saúde
2.4.72.01.00.00	Transferências de Convênios do Estado para a área da saúde
1.7.22.01.33.00	Transferência de Recursos do SUS – Estado
1.7.22.09.00.01	Transferências do Fundo Estadual de Saúde
1.7.22.09.00.02	Contribuições do Estado para Manutenção de Consórcios de Saúde

*Reduz o valor.

Fonte: MS/Datasus/SIOPS

Quadro 7 – Indicadores para análise da evolução das condições de financiamento em saúde.

Indicador	Interpretação	Método de cálculo
Despesa Total com Saúde por habitante	Mede o gasto total com Saúde (exceto inativos), inclusive aquela financiada por outras esferas de governo, por habitante.	Despesa Total com Saúde / População residente
Participação das transferências para a saúde na despesa total com saúde	Mede a importância dos recursos transferidos por outras esferas de governo no financiamento das despesas com saúde.	Transferências para a Saúde / Despesa Total com Saúde X 100
Participação da receita própria aplicada em saúde na despesa total com saúde	Mede a participação dos recursos próprios (excetuadas as transferências de outras esferas para a saúde) na despesa total com saúde. Expressa a capacidade de autofinanciamento em saúde.	Receita própria aplicada em saúde / Despesa Total em Saúde X 100
Participação da receita própria aplicada em saúde conforme EC29/2000	Expressa o montante de recursos próprios despendidos em saúde, como percentual dos recursos que formam a base de vinculação da EC 29/2000 (Resolução CNS 322/2003)	Receita própria aplicada em saúde / Base de recursos vinculáveis à saúde pela EC29/2000 X 100
Participação das transferências da União para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde	Mede a importância das transferências federais em relação às transferências para a saúde das demais esferas.	Transferências da União para a saúde / Transferências para a saúde X 100

Fonte: Elaboração própria

Quadro 8 – Indicadores utilizados no cálculo do índice de necessidade

Indicador	Interpretação	Método de cálculo	Fontes
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos	Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida.	Número de óbitos de residentes com menos de cinco anos de idade / Número de nascidos vivos de mães residentes X 1.000	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
Taxa de Analfabetismo	Mede o grau de analfabetismo da população adulta	Número de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem / População total residente desta faixa etária X 100	Instituto Brasileiro de Geográfico e Estatística (IBGE)
Proporção da população sem instalações sanitárias	Mede a cobertura populacional da disposição adequada do esgoto sanitário, através de rede coletora ou séptica. Expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social.	População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio / População total X 100	Instituto Brasileiro de Geográfico e Estatística (IBGE)

Fonte: Elaboração própria

Tabela 3 – Distribuição da população por municípios e região de saúde. Estado do RJ. 2006

Região de Saúde	Município	População 2006	%
Baia da Ilha Grande	Angra dos Reis	144.137	69,3
	Mangaratiba	30.057	14,5
	Parati	33.695	16,2
	Subtotal	207.889	1,3
Baixada Litorânea	Araruama	100.378	18,1
	Armação de Búzios	23.874	4,3
	Arraial do Cabo	26.842	4,8
	Cabo Frio	165.591	29,8
	Casimiro de Abreu	26.978	4,9
	Iguaba Grande	20.177	3,6
	Rio das Ostras	49.868	9,0
	São Pedro da Aldeia	78.717	14,2
	Saquarema	63.232	11,4
Total	555.657	3,6	
Centro-Sul	Areal	11.147	3,5
	Comendador Levy Gasparian	8.551	2,7
	Engenheiro Paulo de Frontin	12.240	3,9
	Mendes	17.800	5,6
	Miguel Pereira	27.195	8,6
	Paracambi	43.467	13,7
	Paraíba do Sul	39.988	12,6
	Paty do Alferes	27.766	8,8
	Sapucaia	18.434	5,8
	Três Rios	76.422	24,1
	Vassouras	33.522	10,6
	Total	316.532	2,0
Médio Paraíba	Barra do Pirai	95.380	11,2
	Barra Mansa	176.151	20,7
	Itatiaia	31.144	3,7
	Pinheiral	23.014	2,7
	Pirai	24.363	2,9
	Porto Real	15.309	1,8
	Quatis	12.182	1,4
	Resende	119.729	14,0
	Rio Claro	18.122	2,1
	Rio das Flores	8.493	1,0
	Valença	70.375	8,3
	Volta Redonda	258.145	30,3
Total	852.407	5,5	

Continua...

Tabela 3 – Distribuição da população por municípios e região de saúde. Estado do RJ. 2006 (continuação)

Região de Saúde	Município	População 2006	%
Metropolitana I (exceto capital)	Belford Roxo	489.002	13,4
	Duque de Caxias	855.010	23,5
	Itaguaí	95.757	2,6
	Japeri	96.209	2,6
	Magé	237.000	6,5
	Mesquita	185.552	5,1
	Nilópolis	150.475	4,1
	Nova Iguaçu	844.583	23,2
	Queimados	139.118	3,8
	São João de Meriti	466.996	12,8
	Seropédica	76.788	2,1
Total	3.636.490	23,3	
Metropolitana II	Itaboraí	220.981	11,8
	Maricá	99.052	5,3
	Niterói	476.669	25,4
	Rio Bonito	53.039	2,8
	São Gonçalo	973.372	51,9
	Silva Jardim	23.574	1,3
	Tanguá	30.097	1,6
Total	1.876.784	12,0	
Noroeste Fluminense	Aperibé	9.279	2,8
	Bom Jesus do Itabapoana	36.450	151,0
	Cambuci	14.398	26,3
	Cardoso Moreira	12.441	2,9
	Italva	12.515	59,9
	Itaocara	23.055	221,9
	Itaperuna	93.165	587,2
	Laje do Muriaé	8.238	41,4
	Miracema	28.522	142,8
	Natividade	15.485	145,1
	Porciúncula	16.980	18,8
	Santo Antônio de Pádua	42.686	26,6
	São José de Ubá	6.738	153,0
Varre-Sai	8.391	4,7	
Total	328.343	2,1	

Continua...

Tabela 3 – Distribuição da população por municípios e região de saúde. Estado do RJ. 2006 (continuação)

Região de Saúde	Município	População 2006	%
Norte Fluminense	Campos dos Goytacazes	429.667	57,2
	Carapebus	10.389	1,4
	Conceição de Macabu	19.875	2,6
	Macaé	160.725	21,4
	Quissamã	16.044	2,1
	São Fidélis	38.421	5,1
	São Francisco de Itabapoana	46.900	6,2
	São João da Barra	28.775	3,8
	Total	750.796	4,8
Serrana	Bom Jardim	24.145	2,6
	Cachoeiras de Macacu	54.703	5,8
	Cantagalo	20.876	2,2
	Carmo	15.866	1,7
	Cordeiro	19.973	2,1
	Duas Barras	10.673	1,1
	Guapimirim	90.502	9,6
	Macuco	4.405	0,5
	Nova Friburgo	178.102	18,8
	Petrópolis	310.216	32,8
	Santa Maria Madalena	10.200	1,1
	São José do Vale do Rio Preto	21.375	2,3
	São Sebastião do Alto	8.809	0,9
	Sumidouro	15.062	1,6
Teresópolis	150.921	16,0	
Trajano de Morais	9.593	1,0	
	Total	945.421	6,1
Capital	Rio de Janeiro	6.136.652	39,3
	Estado RJ	15.606.971	100,0

Fonte: IBGE (população estimada para 2006). Elaboração própria

Tabela 4 . Classificação dos municípios do estado RJ por porte populacional. 2006

Porte	Município	População 2006	%
< 5.000 hab.	Macuco	4.405	0,03
	São José de Ubá	6.738	
5.001 a 10.001 hab.	Laje do Muriaé	8.238	0,44
	Varre-Sai	8.391	
	Rio das Flores	8.493	
	Comendador Levy Gasparian	8.551	
	São Sebastião do Alto	8.809	
	Aperibé	9.279	
	Trajano de Moraes	9.593	
	Santa Maria Madalena	10.200	
10.001 a 20.000 hab.	Carapebus	10.389	1,89
	Duas Barras	10.673	
	Areal	11.147	
	Quatis	12.182	
	Engenheiro Paulo de Frontin	12.240	
	Cardoso Moreira	12.441	
	Italva	12.515	
	Cambuci	14.398	
	Sumidouro	15.062	
	Porto Real	15.309	
	Natividade	15.485	
	Carmo	15.866	
	Quissamã	16.044	
	Porciúncula	16.980	
	Mendes	17.800	
	Rio Claro	18.122	
Sapucaia	18.434		
Conceição de Macabu	19.875		
Cordeiro	19.973		

Continua...

Tabela 4 - Classificação dos municípios do estado RJ por porte populacional. 2006 (continuação)

Porte	Município	População 2006	%
20.001 a 50.000 hab.	Iguaba Grande	20.177	5,30
	Cantagalo	20.876	
	São José do Vale do Rio Preto	21.375	
	Pinheiral	23.014	
	Itaocara	23.055	
	Silva Jardim	23.574	
	Armação de Búzios	23.874	
	Bom Jardim	24.145	
	Piraí	24.363	
	Arraial do Cabo	26.842	
	Casimiro de Abreu	26.978	
	Miguel Pereira	27.195	
	Paty do Alferes	27.766	
	Miracema	28.522	
	São João da Barra	28.775	
	Mangaratiba	30.057	
	Tanguá	30.097	
	Itatiaia	31.144	
	Vassouras	33.522	
	Parati	33.695	
	Bom Jesus do Itabapoana	36.450	
	São Fidélis	38.421	
	Paraíba do Sul	39.988	
Santo Antônio de Pádua	42.686		
Paracambi	43.467		
São Francisco de Itabapoana	46.900		
Rio das Ostras	49.868		
50.001 a 100.000 hab.	Rio Bonito	53.039	6,69
	Cachoeiras de Macacu	54.703	
	Saquarema	63.232	
	Valença	70.375	
	Três Rios	76.422	
	Seropédica	76.788	
	São Pedro da Aldeia	78.717	
	Guapimirim	90.502	
	Itaperuna	93.165	
	Barra do Piraí	95.380	
	Itaguaí	95.757	
	Japeri	96.209	
Maricá	99.052		

Continua...

Tabela 4 - Classificação dos municípios do estado RJ por porte populacional. 2006 (continuação)

Porte	Município	População 2006	%
100.001 a 200.000 hab.	Araruama	100.378	10,71
	Resende	119.729	
	Queimados	139.118	
	Angra dos Reis	144.137	
	Nilópolis	150.475	
	Teresópolis	150.921	
	Macaé	160.725	
	Cabo Frio	165.591	
	Barra Mansa	176.151	
	Nova Friburgo	178.102	
	Mesquita	185.552	
200.001 a 500.000 hab.	Itaboraí	220.981	18,51
	Magé	237.000	
	Volta Redonda	258.145	
	Petrópolis	310.216	
	Campos dos Goytacazes	429.667	
	São João de Meriti	466.996	
	Niterói	476.669	
	Belford Roxo	489.002	
500.001 a 1.000.000 hab.	Nova Iguaçu	844.583	17,12
	Duque de Caxias	855.010	
	São Gonçalo	973.372	
> 1.000.000 hab.	Rio de Janeiro	6.136.652	39,31
Total		15.606.971	100,00

Fonte: IBGE (população estimada para 2006). Elaboração própria

Tabela 5 – Participação percentual de recursos próprios aplicados em Saúde pela Emenda Constitucional 29/2000. Dados informados no SIOPS. Municípios do estado RJ. 2003 a 2006

Municípios	2003	2004	2005	2006	2003-2006
Rio das Ostras	47,72	55,23	66,81	71,23	60,25
Carapebus	52,67	65,8	52,00	44,93	53,85
São João da Barra	33,6	41,26	59,59	55,45	47,48
Campos dos Goytacazes	24,27	39,19	39,67	85,34	47,12
Aperibé	50,17	40,69	39,54	27,3	39,43
Armação de Búzios	39,43	74,76	25,05	16,43	38,92
Macaé	35,04	50,82	32,00	35,36	38,31
Quissamã	31,42	23,29	27,39	61,18	35,82
Silva Jardim	50,24	35,81	28,57	26,02	35,16
Conceição de Macabu	45,22	33,37	25,33	28,97	33,22
São Sebastião do Alto	37,97	34,46	35,64	23,2	32,82
Saquarema	46,06	38,48	20,21	24,68	32,36
São Pedro da Aldeia	27,57	35,66	36,17	29,51	32,23
Mesquita	24,47	36,9	32,88	34,28	32,13
Casimiro de Abreu	24,71	31,26	29,83	41,88	31,92
São José do Vale do Rio Preto	36,35	41,09	25,00	24,54	31,75
Cordeiro	25,02	35,54	30,06	32,73	30,84
Japeri	34,89	27,31	26,25	34,47	30,73
Bom Jardim	23,99	35,79	34,07	27,33	30,30
Cachoeiras de Macacu	43,9	14,56	28,21	32,53	29,80
Iguaba Grande	27,46	31,12	32,49	26,80	29,47
Pinheiral	25,65	29,71	30,29	30,76	29,10
Laje do Muriaé	27,33	27,2	27,92	32,88	28,83
São Gonçalo	33,34	32,08	26,16	23,05	28,66
Sumidouro	27,44	27,88	32,82	25,96	28,53
Petrópolis	29,36	25,48	28,63	30,04	28,38
Cabo Frio	27,57	22,26	38,82	22,67	27,83
Araruama	30,41	27,03	27,74	25,55	27,68
Italva	33,66	25,93	24,1	25,66	27,34
Seropédica	25,18	29,82	23,84	30,49	27,33
Tanguá	11,04	16,79	26,19	54,03	27,01
Paracambi	21,2	39,22	18,54	27,32	26,57
Magé	25,45	22,45	24,19	34,14	26,56
Areal	26,95	25,72	26,12	26,77	26,39
Queimados	25,66	23,06	28,36	26,31	25,85
Sapucaia	22,5	24,43	26,75	28,91	25,65
Carmo	23,95	25,69	27,77	23,54	25,24
Nova Friburgo	24,51	24,11	22,87	28,74	25,06
Cardoso Moreira	25,06	26,81	24,82	23,13	24,96
Miracema	24,42	25,23	22,84	27,03	24,88
Rio Claro	22,65	22,39	31,36	22,89	24,82
Piraí	23,64	21,53	25,22	28,26	24,66
Porciúncula	26,99	21,19	24,99	24,31	24,37
Comendador Levy Gasparian	27,26	23,32	23,45	23,12	24,29
São Francisco de Itabapoana	21,44	28,87	26,12	20,72	24,29
Natividade	27,23	19,17	23,91	26,07	24,10
Angra dos Reis	29,38	19,45	23,84	23,53	24,05
Arraial do Cabo	18,2	24,84	25,83	24,75	23,41
Guapimirim	25,5	23,38	16,01	27,76	23,16
Belford Roxo	21,56	24,07	22,58	24,29	23,13
Cantagalo	25,18	23,21	18,61	25,42	23,11
Volta Redonda	19,18	17,41	21,61	32,05	22,56

Continua...

Tabela 5 – Participação percentual de recursos próprios aplicados em Saúde pela Emenda Constitucional 29/2000. Dados informados no SIOPS. Municípios do estado RJ. 2003 a 2006 (continuação)

Municípios	2003	2004	2005	2006	2003-2006
Macuco	17,02	21,96	25,16	25,37	22,38
Duas Barras	23,66	23,55	22,87	18,36	22,11
Parati	28,03	15	22,88	21,71	21,91
Rio das Flores	20,87	15,68	30,05	20,74	21,84
São José de Ubá	21,98	15,51	21,88	26,84	21,55
Niterói	19,75	19,32	23,12	21,85	21,01
Itaperuna	20,21	18,06	20,67	24,12	20,77
Santo Antônio de Pádua	26,21	15,28	18,72	22,04	20,56
Quatis	20,47	19,7	21,2	20,84	20,55
Nilópolis	19,83	17,55	21,17	23,43	20,50
Paraíba do Sul	33,87	18,05	15,56	14,13	20,40
Engenheiro Paulo de Frontin	15,29	9,02	15,00	41,21	20,13
Rio Bonito	20,03	19,91	19,06	21,32	20,08
Varre-Sai	22,76	21,58	16,79	18,86	20,00
Maricá	18,8	19,86	21,19	20,09	19,99
Teresópolis	14,35	19,82	23,24	22,24	19,91
Barra do Piraí	18,08	21,51	18,51	20,91	19,75
Valença	19,51	16,46	21,68	20,85	19,63
Itaocara	22,18	17,34	20,04	18,63	19,55
Itatiaia	23,76	19,5	15,37	18,93	19,39
Santa Maria Madalena	14,08	27,22	18,31	16,78	19,10
Vassouras	16,77	28,85	15,69	15,04	19,09
Porto Real	22,03	15,96	18,28	19,42	18,92
Itaguaí	19,29	24	16,79	15,48	18,89
Miguel Pereira	22,86	13,63	18,38	20,15	18,76
Trajano de Moraes	16,96	15,23	18,61	22,7	18,38
São Fidélis	17,7	17,73	18,56	18,45	18,11
Paty do Alferes	19,21	16,5	18,55	17,58	17,96
Resende	16,47	17,74	18,36	19,24	17,95
Duque de Caxias	19,9	15,42	15,48	19,16	17,49
Barra Mansa	12,22	19,24	19,45	17,85	17,19
Rio de Janeiro	17,72	17,05	16,99	15,73	16,87
Nova Iguaçu	12,01	21,84	16,04	17,46	16,84
Cambuci	16,64	17,69	15,95	17,04	16,83
Mangaratiba	24,23	7,36	15,7	16,26	15,89
Três Rios	15,81	15,24	15,68	16,39	15,78
Bom Jesus do Itabapoana	16,85	15,71	15,17	15,02	15,69
Itaboraí	8,69	13,07	21,14	19,41	15,58
Mendes	13	12,37	16,95	18,31	15,16
São João de Meriti	4,84	19,55	15,1	15,76	13,81

Fonte: MS/Datasus/SIOPS

Tabela 6 - Composição da receita disponível para a saúde, em reais per capita. Média de valores dos anos 2003 a 2006. Municípios do Estado RJ agrupados por Região de Saúde.

Município	Receita própria aplicada em saúde	Recursos Federais Atenção Básica	Recursos Federais MAC	Recursos Estaduais	Receita disponível para a saúde
Angra dos Reis	396,03	30,73	71,55	1,42	499,73
Mangaratiba	257,04	27,77	46,61	-	331,42
Parati	221,32	35,09	4,50	69,90	330,81
Baia da Ilha Grande	331,63	118,45	40,33	12,31	502,72
Araruama	138,06	27,16	17,74	-	182,96
Armação de Búzios	894,98	37,89	18,79	-	951,66
Arraial do Cabo	201,65	45,64	77,20	-	324,49
Cabo Frio	204,90	26,42	0,00	-	231,32
Casimiro de Abreu	505,66	49,69	82,34	24,34	662,03
Iguaba Grande	293,18	60,01	0,55	-	353,74
Rio das Ostras	669,28	20,43	12,24	-	701,95
São Pedro da Aldeia	163,90	29,34	1,68	-	194,92
Saquarema	214,53	36,54	53,58	5,47	310,12
Baixada Litorânea	258,88	118,31	11,85	1,80	390,84
Areal	350,27	68,62	62,97	-	481,86
Comendador Levy Gasparian	374,21	74,19	2,74	28,85	479,99
Engenheiro Paulo de Frontin	218,56	68,69	1,33	28,13	316,71
Mendes	140,00	52,5	39,11	0,13	231,74
Miguel Pereira	176,55	45,01	13,53	12,92	248,01
Paracambi	389,56	36,08	522,95	-	948,59
Paraíba do Sul	156,71	63,47	0,22	66,47	286,87
Paty do Alferes	148,45	48,28	0,34	39,89	236,96
Sapucaia	256,61	63,51	5,89	-	326,01
Três Rios	88,93	41,06	1,51	6,48	137,98
Vassouras	243,47	55,57	230,16	-	529,2
Centro Sul	198,48	198,42	81,19	16,45	494,54

Continua...

Tabela 6 - Composição da receita disponível para a saúde, em reais per capita. Média de valores dos anos 2003 a 2006. Municípios do Estado RJ agrupados por Região de Saúde. (continuação)

Município	Receita própria aplicada em saúde	Recursos Federais Atenção Básica	Recursos Federais MAC	Recursos Estaduais	Receita disponível para a saúde
Barra do Piraí	77,29	19,52	2,52	-	99,33
Barra Mansa	123,57	25,69	61,26	0,47	210,99
Itatiaia	232,25	20,53	12,25	-	265,03
Pinheiral	204,53	51,42	15,83	26,97	298,75
Piraí	515,81	65,6	54,74	-	636,15
Porto Real	585,56	61,32	17,76	-	664,64
Quatis	221,63	44,6	14,15	0,22	280,60
Resende	193,29	30,21	80,83	4,03	308,36
Rio Claro	248,94	51,15	0,00	-	300,09
Rio das Flores	340,43	62,49	3,71	-	406,63
Valença	94,17	28,38	0,34	-	122,89
Volta Redonda	247,28	29,31	116,63	-	393,22
Médio Paraíba	190,48	118,88	53,05	1,39	363,80
Belford Roxo	76,69	20,62	39,74	-	137,05
Duque de Caxias	133,68	20,94	48,49	-	203,11
Itaguaí	180,47	24,3	68,09	4,17	277,03
Japeri	86,99	17,99	2,84	-	107,82
Magé	69,7	28,09	7,80	0,15	105,74
Mesquita	85,48	18,52	0,34	3,76	108,1
Nilópolis	70,65	23,55	33,61	-	127,81
Nova Iguaçu	97,3	20,92	118,00	0,21	236,43
Queimados	79,8	20,27	4,57	2,34	106,98
São João de Meriti	71,37	20,73	61,13	-	153,23
Seropédica	104,74	23,15	0,34	-	128,23
Metropolitana I	95,12	83,18	43,93	0,45	222,68
Rio de Janeiro	170,90	18,98	70,38	24,83	285,09

Continua...

Tabela 6 - Composição da receita disponível para a saúde, em reais per capita. Média de valores dos anos 2003 a 2006. Municípios do Estado RJ agrupados por Região de Saúde. (continuação)

Município	Receita própria aplicada em saúde	Recursos Federais Atenção Básica	Recursos Federais MAC	Recursos Estaduais	Receita disponível para a saúde
Itaboraí	105,25	36,55	91,61	-	233,41
Maricá	123,29	24,39	27,55	-	175,23
Niterói	246,62	30,75	115,11	5,86	398,34
Rio Bonito	177,72	37,48	1,92	-	217,12
São Gonçalo	65,65	32,72	6,92	0,04	105,33
Silva Jardim	371,2	54,43	4,11	68,45	498,19
Tanguá	150,4	37,2	3,50	3,27	194,37
Metropolitana II	125,14	87,29	35,84	2,42	250,69
Aperibé	417,35	55,14	47,72	34,42	554,63
Bom Jesus do Itabapoana	126,94	52,44	47,09	2,15	228,62
Cambuci	206,97	64,69	4,03	-	275,69
Cardoso Moreira	276,2	34,39	32,52	-	343,11
Italva	265,68	38,2	0,70	-	304,58
Itaocara	121,54	34,2	29,71	19,63	205,08
Itaperuna	208,11	32,27	281,90	3,62	525,9
Laje do Muriaé	308,53	65,75	38,29	-	412,57
Miracema	151,12	39,85	3,16	8,74	202,87
Natividade	232,83	68,05	22,82	6,73	330,43
Porciúncula	204,94	52,22	7,67	17,43	282,26
Santo Antônio de Pádua	126,35	31,95	52,27	7,58	218,15
São José de Ubá	372,43	70,15	25,41	52,36	520,35
Varre-Sai	258,2	73,43	0,81	57,45	389,89
Noroeste Fluminense	193,16	169,58	69,03	9,12	440,89

Continua...

Tabela 6 - Composição da receita disponível para a saúde, em reais per capita. Média de valores dos anos 2003 a 2006. Municípios do Estado RJ agrupados por Região de Saúde. (continuação)

Município	Receita própria aplicada em saúde	Recursos Federais Atenção Básica	Recursos Federais MAC	Recursos Estaduais	Receita disponível para a saúde
Campos dos Goytacazes	268,60	30,66	8,72	3,06	311,04
Carapebus	1.027,02	56,37	22,52	33,94	1.139,85
Conceição de Macabu	264,56	33,68	28,75	-	326,99
Macaé	559,93	29,83	15,83	-	605,59
Quissamã	1.546,36	55,25	71,37	12,74	1685,72
São Fidélis	114,59	22,5	0,66	25,40	163,15
São Francisco de Itabapoana	161,93	21,03	2,29	17,80	203,05
São João da Barra	439,28	28,88	14,00	8,96	491,12
Norte Fluminense	349,14	118,38	2,13	5,25	474,90
Bom Jardim	226,17	44,73	14,11	36,11	321,12
Cachoeiras de Macacu	166,18	30,44	34,59	0,33	231,54
Cantagalo	345,64	64,25	7,78	22,42	440,09
Carmo	403,91	43,12	227,91	25,99	700,93
Cordeiro	231,31	48,07	5,32	-	284,70
Duas Barras	293,53	29,34	3,65	29,02	355,54
Guapimirim	94,88	17,00	21,59	7,10	140,57
Macuco	352,90	55,83	0,00	-	408,73
Nova Friburgo	187,79	21,07	117,93	-	326,79
Petrópolis	235,49	26,10	137,17	-	398,76
Santa Maria Madalena	311,25	56,21	8,43	-	375,89
São José do Vale do Rio Preto	263,74	53,18	9,26	36,02	362,2
São Sebastião do Alto	543,12	58,4	4,70	57,08	663,3
Sumidouro	324,26	55,37	53,82	-	433,45
Teresópolis	160,59	23,77	108,89	4,57	297,82
Trajano de Moraes	254,23	59,47	9,69	39,47	362,86
Serrana	202,77	109,65	77,36	5,36	395,14
Conjunto de Municípios Estado RJ	164,64	90,36	134,88	11,57	401,45

Fonte: MS/Datusus/SIOPS

Tabela 7 - Transferências da União para compensação de exploração de recursos naturais e base de recursos vinculáveis à saúde pela EC 29/2000. Municípios do Estado RJ. Média de valores em Reais *per capita* dos anos 2003-2006.

Município	Transferências da União para compensação de exploração de recursos naturais	Base de Recursos Vinculáveis EC29/2000				Total
		Impostos diretamente arrecadados	Transferências Constitucionais da União	Transferências Constitucionais do Estado	MJM e Receita da dívida ativa	
Angra dos Reis	123,77	332,80	114,95	988,41	35,99	1.472,15
Aperibé	303,33	22,80	276,30	734,12	6,53	1.039,75
Araruama	34,15	125,32	122,06	168,11	40,52	456,01
Areal	16,46	212,64	303,47	694,41	0,00	1.210,52
Armação de Búzios	1.948,95	576,69	223,53	567,27	172,99	1.540,48
Arraial do Cabo	49,38	139,71	217,37	318,18	16,58	691,84
Barra do Pirai	2,90	57,96	126,87	184,05	11,24	380,12
Barra Mansa	39,75	106,89	122,38	215,95	6,12	451,34
Belford Roxo	15,17	32,56	45,69	103,31	3,32	184,88
Bom Jardim	142,31	49,43	220,23	402,37	5,57	677,60
Bom Jesus do Itabapoana	108,56	57,67	183,05	312,34	8,35	561,41
Cabo Frio	778,29	194,51	127,36	367,24	13,49	702,60
Cachoeiras de Macacu	207,79	65,07	167,69	298,72	12,74	544,22
Cambuci	280,59	38,86	308,67	603,91	4,65	956,09
Campos dos Goytacazes	957,64	104,63	54,63	352,04	13,45	524,75
Cantagalo	179,49	95,03	245,89	1.020,52	3,48	1.364,92
Carapebus	834,26	133,96	260,09	1.448,77	13,01	1.855,83
Cardoso Moreira	301,77	34,22	264,16	725,42	3,36	1.027,16
Carmo	215,18	42,65	262,44	732,82	5,59	1.043,50
Casimiro de Abreu	1.745,66	113,54	253,87	1.061,81	16,71	1.445,93
Comendador Levy Gasparian	7,42	104,35	295,66	880,32	4,95	1.285,28
Conceição de Macabu	220,01	42,47	250,02	447,22	8,38	748,09
Cordeiro	163,68	46,96	247,85	391,59	2,14	688,54
Duas Barras	248,66	47,08	311,07	811,88	7,08	1.177,11

Continua...

Tabela 7 - Transferências da União para compensação de exploração de recursos naturais e base de recursos vinculáveis à saúde pela EC 29/2000. Municípios do Estado RJ. Média de valores em Reais *per capita* dos anos 2002-2006. (continuação)

Município	Transferências da União para compensação de exploração de recursos naturais	Base de Recursos Vinculáveis EC29/2000				Total
		Impostos diretamente arrecadados	Transferências Constitucionais da União	Transferências Constitucionais do Estado	MJM e Receita da dívida ativa	
Duque de Caxias	27,19	146,82	30,64	363,96	19,76	561,18
Engenheiro Paulo de Frontin	155,53	35,69	302,99	608,61	7,74	955,03
Guapimirim	233,10	71,41	126,04	166,97	6,50	370,92
Iguaba Grande	150,14	189,87	246,47	419,97	43,21	899,52
Itaboraí	34,68	36,11	99,70	101,19	17,32	254,32
Itaguaí	78,80	374,70	136,34	464,46	22,05	997,55
Itaocara	141,27	47,17	219,83	393,10	2,59	662,69
Itaperuna	59,18	73,85	127,00	235,32	3,59	439,76
Itatiaia	17,94	261,33	197,90	677,18	23,25	1.159,66
Japeri	18,75	19,43	125,78	106,09	5,24	256,54
Laje do Muriaé	305,05	31,67	303,44	833,02	3,78	1.171,91
Macaé	1.291,65	688,88	134,65	774,64	24,60	1.622,77
Macuco	557,04	98,69	537,03	1.526,05	10,77	2.172,54
Magé	37,60	66,61	93,18	86,30	5,64	251,73
Mangaratiba	250,33	714,82	222,72	478,29	70,81	1.486,64
Maricá	43,66	159,98	126,19	146,31	35,07	467,55
Mendes	100,98	34,86	274,79	428,70	11,11	749,46
Mesquita	24,55	43,47	123,81	78,91	6,36	252,55
Miguel Pereira	70,93	141,79	216,03	351,59	29,40	738,81
Miracema	85,25	26,07	198,56	304,23	6,56	535,42
Natividade	192,48	37,09	291,53	519,66	0,00	848,28
Nilópolis	39,59	53,91	134,28	104,89	5,26	298,34
Niterói	69,26	462,26	46,33	238,03	65,09	811,71
Nova Friburgo	40,89	100,46	120,62	217,23	13,87	452,18

Continua...

Tabela 7 - Transferências da União para compensação de exploração de recursos naturais e base de recursos vinculáveis à saúde pela EC 29/2000. Municípios do Estado RJ. Média de valores em Reais *per capita* dos anos 2002-2006. (continuação)

Município	Transferências da União para compensação de exploração de recursos naturais	Base de Recursos Vinculáveis EC29/2000				Total
		Impostos diretamente arrecadados	Transferências Constitucionais da União	Transferências Constitucionais do Estado	MJM e Receita da dívida ativa	
Nova Iguaçu	10,78	59,07	29,41	95,86	6,42	190,76
Paracambi	65,35	76,71	170,40	222,81	12,90	482,82
Paraíba do Sul	12,19	61,57	186,03	300,73	10,69	559,02
Parati	137,46	194,26	200,93	377,80	27,50	800,49
Paty do Alferes	72,34	51,81	210,31	333,23	25,17	620,52
Petrópolis	18,80	239,92	70,47	204,89	30,84	546,12
Pinheiral	20,02	41,52	220,63	349,03	7,24	618,42
Piraí	195,24	248,31	253,07	1.333,94	21,73	1.857,05
Porciúncula	191,45	55,89	243,16	464,05	0,00	763,10
Porto Real	57,89	193,46	280,24	2.542,99	9,10	3.025,79
Quatis	40,37	46,86	278,06	640,18	7,07	972,17
Queimados	33,40	42,97	106,41	122,36	2,99	274,73
Quissamã	4.005,64	260,07	300,26	2.827,53	0,00	3.387,86
Resende	13,66	165,57	118,78	526,82	0,00	811,17
Rio Bonito	87,86	366,48	167,67	251,02	17,03	802,20
Rio Claro	15,29	48,22	268,25	569,78	7,21	893,46
Rio das Flores	20,42	119,21	302,88	991,97	0,66	1.414,72
Rio das Ostras	4.644,87	478,27	172,42	611,62	88,88	1.351,19
Rio de Janeiro	8,07	499,23	17,36	254,80	37,28	808,67
Santa Maria Madalena	315,90	31,51	325,58	1.157,72	5,62	1.520,43
Santo Antônio de Pádua	104,58	54,20	174,06	299,22	16,12	543,60
São Fidélis	100,11	33,35	191,94	325,53	9,27	560,09
São Francisco de Itabapoana	99,94	31,96	173,51	444,90	12,62	662,99
São Gonçalo	6,66	51,66	24,48	94,10	7,02	177,26

Continua...

Tabela 7 - Transferências da União para compensação de exploração de recursos naturais e base de recursos vinculáveis à saúde pela EC 29/2000. Municípios do Estado RJ. Média de valores em Reais *per capita* dos anos 2002-2006. (continuação)

Município	Transferências da União para compensação de exploração de recursos naturais	Base de Recursos Vinculáveis EC29/2000				MJM e Receita da dívida ativa	Total
		Impostos diretamente arrecadados	Transferências Constitucionais da União	Transferências Constitucionais do Estado			
São João da Barra	1.329,78	64,66	253,08	581,58	26,81	926,13	
São João de Meriti	12,96	41,99	47,17	82,17	20,11	191,44	
São José de Ubá	271,28	60,51	372,23	1.023,04	2,10	1.457,88	
São José do Vale do Rio Preto	178,76	42,21	231,04	397,36	3,83	674,44	
São Pedro da Aldeia	77,36	105,61	135,98	148,83	37,73	428,15	
São Sebastião do Alto	320,13	35,36	313,13	1.001,69	3,37	1.353,55	
Sapucaia	3,75	65,20	270,54	510,93	9,44	856,11	
Saquarema	70,95	155,69	150,70	173,62	45,71	525,72	
Seropédica	76,83	57,67	136,42	142,19	9,24	345,52	
Silva Jardim	451,63	61,91	227,52	477,59	21,13	788,15	
Sumidouro	265,73	31,82	275,08	616,52	3,91	927,33	
Tanguá	87,86	35,69	195,26	270,09	18,07	519,11	
Teresópolis	35,91	163,59	133,52	188,60	26,06	511,77	
Trajano de Moraes	272,67	28,94	278,96	1.061,18	0,98	1.370,06	
Três Rios	10,85	83,26	145,57	214,99	4,15	447,97	
Valença	62,44	60,46	143,08	233,78	0,05	437,37	
Varre-Sai	354,65	23,10	299,90	801,81	3,81	1.128,62	
Vassouras	61,20	51,25	197,10	324,88	12,45	585,68	
Volta Redonda	0,00	246,00	89,89	527,65	23,83	887,37	
Total	102,21	272,69	61,22	256,48	23,01	613,40	

Fonte: MS/Datasus/SIOPS

Tabela 8 - Análise estatística multivariada de componentes principais. Escore dos municípios do Estado RJ.

Município	Escore	INS
São Francisco de Itabapoana	4,59823	2,00
São José de Ubá	2,98408	1,73
São Sebastião do Alto	2,87916	1,72
Trajano de Moraes	2,12109	1,59
Cardoso Moreira	2,01251	1,57
Paraty	1,60828	1,50
Laje do Muriaé	1,40360	1,47
Silva Jardim	1,34111	1,46
Sumidouro	1,18560	1,43
Santa Maria Madalena	1,15378	1,43
São Fidélis	1,11033	1,42
Italva	0,95762	1,40
Varre-Sai	0,87016	1,38
Cambuci	0,79438	1,37
Quissamã	0,78460	1,37
Porciúncula	0,68595	1,35
Rio Claro	0,64311	1,34
Itaocara	0,58899	1,34
Natividade	0,56258	1,33
Araruama	0,49918	1,32
Miracema	0,46086	1,31
Carapebus	0,45855	1,31
Santo Antônio de Pádua	0,39748	1,30
Sapucaia	0,37493	1,30
Cantagalo	0,36385	1,30
Bom Jardim	0,36196	1,30
Paty do Alferes	0,35346	1,30
Duas Barras	0,32851	1,29
Conceição de Macabu	0,32722	1,29
Squarema	0,29804	1,29
Tanguá	0,26318	1,28
Rio Bonito	0,24917	1,28
Cachoeiras de Macacu	0,19799	1,27
Aperibé	0,19467	1,27
Japeri	0,14777	1,26
São José do Vale do Rio Preto	0,09874	1,25
Bom Jesus do Itabapoana	0,04095	1,24
São João da Barra	0,03843	1,24
Campos dos Goytacazes	0,03355	1,24
Casimiro de Abreu	-0,11450	1,22
Guapimirim	-0,11722	1,22
Itaperuna	-0,11758	1,22
Rio das Ostras	-0,12514	1,22
Cabo Frio	-0,12906	1,22
Piraí	-0,18946	1,21
São Pedro da Aldeia	-0,20972	1,20
Rio das Flores	-0,22846	1,20
Itaboraí	-0,23158	1,20

Continua...

Tabela 8 - Análise estatística multivariada de componentes principais. Escore dos municípios do Estado RJ (continuação)

Município	Escore	INS
Vassouras	-0,24337	1,20
Seropédica	-0,28865	1,19
Carmo	-0,32083	1,18
Quatis	-0,37676	1,18
Magé	-0,38539	1,17
Paracambi	-0,45614	1,16
Angra dos Reis	-0,46443	1,16
Queimados	-0,48086	1,16
Porto Real	-0,50846	1,15
Paraíba do Sul	-0,52409	1,15
Comendador Levy Gasparian	-0,52583	1,15
Armação dos Búzios	-0,53114	1,15
Teresópolis	-0,54037	1,15
Itaguaí	-0,55674	1,15
Maricá	-0,55674	1,15
Engenheiro Paulo de Frontin	-0,58905	1,14
Mendes	-0,59500	1,14
Mangaratiba	-0,60712	1,14
Duque de Caxias	-0,63416	1,13
Macaé	-0,63937	1,13
Belford Roxo	-0,68294	1,12
Iguaba Grande	-0,75360	1,11
Macuco	-0,76011	1,11
Areal	-0,76943	1,11
Miguel Pereira	-0,78696	1,11
Itatiaia	-0,82949	1,10
Mesquita	-0,85275	1,10
Pinheiral	-0,86882	1,09
Valença	-0,86923	1,09
Três Rios	-0,87580	1,09
Cordeiro	-0,89648	1,09
Nova Iguaçu	-0,89906	1,09
Nova Friburgo	-0,93497	1,08
Arraial do Cabo	-0,97263	1,08
Barra do Pirai	-0,98562	1,07
Petrópolis	-0,99559	1,07
Barra Mansa	-1,00208	1,07
São Gonçalo	-1,02627	1,07
Resende	-1,04061	1,07
São João de Meriti	-1,11454	1,05
Niterói	-1,17780	1,04
Volta Redonda	-1,22561	1,03
Rio de Janeiro	-1,25295	1,03
Nilópolis	-1,43358	1,00
Total	0,52050	-

Fonte: MS/Datasus/SIOPS

Tabela 9 - Composição da receita disponível para a saúde em reais. Média de valores dos anos 2003 a 2006. Municípios do Estado RJ agrupados por Região de Saúde.

Município	Receita própria aplicada em saúde	Recursos Federais Atenção Básica	Recursos Federais MAC	Recursos Estaduais	Recursos Disponíveis para a saúde
Angra dos Reis	57.082.576,11	4.429.330,01	10.313.002,35	204.674,54	72.029.583,01
Mangaratiba	7.725.851,28	834.682,89	1.400.956,77	-	9.961.490,94
Parati	7.457.377,40	1.182.357,55	151.627,50	2.355.280,50	11.146.642,95
Baía da Ilha Grande	72.265.804,79	6.446.370,45	11.865.586,62	2.559.955,04	93.137.716,90
Araruama	13.858.186,68	2.726.266,48	1.780.705,72	-	18.365.158,88
Armação de Búzios	21.366.752,52	904.585,86	448.592,46	-	22.719.930,84
Arraial do Cabo	5.412.689,30	1.225.068,88	2.072.202,40	-	8.709.960,58
Cabo Frio	33.929.595,90	4.374.914,22	-	-	38.304.510,12
Casimiro de Abreu	13.641.695,48	1.340.536,82	2.221.368,52	656.644,52	17.860.245,34
Iguaba Grande	5.915.492,86	1.210.821,77	11.097,35	-	7.137.411,98
Rio das Ostras	33.375.655,04	1.018.803,24	610.384,32	-	35.004.842,60
São Pedro da Aldeia	12.901.716,30	2.309.556,78	132.244,56	-	15.343.517,64
Saquarema	13.565.160,96	2.310.497,28	3.387.970,56	345.879,04	19.609.507,84
Baixada Litorânea	153.966.945,04	17.421.051,33	10.664.565,89	1.002.523,56	183.055.085,82
Areal	3.904.459,69	764.907,14	701.926,59	-	5.371.293,42
Comendador Levy Gasparian	3.199.869,71	634.398,69	23.429,74	246.696,35	4.104.394,49
Engenheiro Paulo de Frontin	2.675.174,40	840.765,60	16.279,20	344.311,20	3.876.530,40
Mendes	2.492.000,00	934.500,00	696.158,00	2.314,00	4.124.972,00
Miguel Pereira	4.801.277,25	1.224.046,95	367.948,35	351.359,40	6.744.631,95
Paracambi	16.933.004,52	1.568.289,36	22.731.067,65	-	41.232.361,53
Paraíba do Sul	6.266.519,48	2.538.038,36	8.797,36	2.658.002,36	11.471.357,56
Paty do Alferes	4.121.862,70	1.340.542,48	9.440,44	1.107.585,74	6.579.431,36
Sapucaia	4.730.348,74	1.170.743,34	108.576,26	-	6.009.668,34
Três Rios	6.796.208,46	3.137.887,32	115.397,22	495.214,56	10.544.707,56
Vassouras	8.161.601,34	1.862.817,54	7.715.423,52	-	17.739.842,40
Centro Sul	64.082.326,29	16.016.936,78	32.494.444,33	5.205.483,61	117.799.191,01

Tabela 9 - Composição da receita disponível para a saúde em reais. Média de valores dos anos 2003 a 2006. Municípios do Estado RJ agrupados por Região de Saúde (continuação).

Município	Receita própria aplicada em saúde	Recursos Federais Atenção Básica	Recursos Federais MAC	Recursos Estaduais	Recursos Disponíveis para a saúde
Barra do Pirai	7.371.920,20	1.861.817,60	240.357,60	-	9.474.095,40
Barra Mansa	21.766.979,07	4.525.319,19	10.791.010,26	82.790,97	37.166.099,49
Itatiaia	7.233.194,00	639.386,32	381.514,00	-	8.254.094,32
Pinheiral	4.707.053,42	1.183.379,88	364.311,62	620.687,58	6.875.432,50
Pirai	12.566.679,03	1.598.212,80	1.333.630,62	-	15.498.522,45
Porto Real	8.964.338,04	938.747,88	271.887,84	-	10.174.973,76
Quatis	2.699.896,66	543.317,20	172.375,30	2.680,04	3.418.269,20
Resende	23.142.418,41	3.617.013,09	9.677.695,07	482.507,87	36.919.634,44
Rio Claro	4.511.290,68	926.940,30	-	-	5.438.230,98
Rio das Flores	2.891.271,99	530.727,57	31.509,03	-	3.453.508,59
Valença	6.627.213,75	1.997.242,50	23.927,50	-	8.648.383,75
Volta Redonda	63.834.095,60	7.566.229,95	30.107.451,35	-	101.507.776,90
Médio Paraíba	166.316.350,85	25.928.334,28	53.395.670,19	1.188.666,46	246.829.021,78
Belford Roxo	37.501.563,38	251.192,84	19.432.939,48	-	57.185.695,70
Duque de Caxias	114.297.736,80	2.507.125,26	41.459.434,90	-	158.264.296,96
Itaguaí	17.281.265,79	440.364,60	6.520.094,13	399.306,69	24.641.031,21
Japeri	8.369.220,91	152.789,07	273.233,56	-	8.795.243,54
Magé	16.518.900,00	1.976.833,75	1.848.600,00	35.550,00	20.379.883,75
Mesquita	15.860.984,96	4.780.845,40	63.087,68	697.675,52	21.402.593,56
Nilópolis	10.631.058,75	20.074.184,85	5.057.464,75	-	35.762.708,35
Nova Iguaçu	82.177.925,90	10.229.921,84	99.660.794,00	177.362,43	192.246.004,17
Queimados	11.101.616,40	17.331.052,70	635.769,26	325.536,12	29.393.974,48
São João de Meriti	33.329.504,52	1.985.042,61	28.547.465,48	-	63.862.012,61
Seropédica	8.042.775,12	2.227.238,35	26.107,92	-	10.296.121,39
Metropolitana I	355.112.552,53	61.956.591,27	203.524.991,16	1.635.430,76	622.229.565,72
Rio de Janeiro	1.048.753.826,80	116.473.654,96	431.897.567,76	152.373.069,16	1.749.498.118,68

Tabela 9 - Composição da receita disponível para a saúde em reais. Média de valores dos anos 2003 a 2006. Municípios do Estado RJ agrupados por Região de Saúde (continuação).

Município	Receita própria aplicada em saúde	Recursos Federais Atenção Básica	Recursos Federais MAC	Recursos Estaduais	Recursos Disponíveis para a saúde
Itaboraí	23.258.250,25	8076855,55	20.244.069,41	-	51.579.175,21
Maricá	12.212.121,08	2415878,28	2.728.882,60	-	17.356.881,96
Niterói	117.556.108,78	14657571,75	54.869.368,59	2.793.280,34	189.876.329,46
Rio Bonito	9.426.091,08	1987901,72	101.834,88	-	11.515.827,68
São Gonçalo	63.901.871,80	31848731,84	6.735.734,24	38.934,88	102.525.272,76
Silva Jardim	8.750.668,80	1283132,82	96.889,14	1.613.640,30	11.744.331,06
Tanguá	4.526.588,80	1119608,4	105.339,50	98.417,19	5.849.953,89
Metropolitana II	239.631.700,59	61.389.680,36	84.882.118,36	156.917.341,87	542.820.841,18
Aperibé	3.872.590,65	511.644,06	442.793,88	319.383,18	5.146.411,77
Bom Jesus do Itabapoana	4.626.963,00	1.911.438,00	1.716.430,50	78.367,50	8.333.199,00
Cambuci	2.979.954,06	931.406,62	58.023,94	-	3.969.384,62
Cardoso Moreira	3.436.204,20	427.845,99	404.581,32	-	4.268.631,51
Italva	3.324.985,20	478.073,00	8.760,50	-	3.811.818,70
Itaocara	2.802.104,70	788.481,00	684.964,05	452.569,65	4.728.119,40
Itaperuna	19.388.568,15	3.006.434,55	26.263.213,50	337.257,30	48.995.473,50
Laje do Muriaé	2.541.670,14	541.648,50	315.433,02	-	3.398.751,66
Miracema	4.310.244,64	1.136.601,70	90.129,52	249.282,28	5.786.258,14
Natividade	3.605.372,55	1.053.754,25	353.367,70	104.214,05	5.116.708,55
Porciúncula	3.479.881,20	886.695,60	130.236,60	295.961,40	4.792.774,80
Santo Antônio de Pádua	5.393.376,10	1.363.817,70	2.231.197,22	323.559,88	9.311.950,90
São José de Ubá	2.509.433,34	472.670,70	171.212,58	352.801,68	3.506.118,30
Varre-Sai	2.166.556,20	616.151,13	6.796,71	482.062,95	3.271.566,99
Noroeste Fluminense	64.437.904,13	14.126.662,80	32.877.141,04	2.995.459,87	114.437.167,84

Continua...

Tabela 9 - Composição da receita disponível para a saúde em reais. Média de valores dos anos 2003 a 2006. Municípios do Estado RJ agrupados por Região de Saúde (continuação).

Município	Receita própria aplicada em saúde	Recursos Federais Atenção Básica	Recursos Federais MAC	Recursos Estaduais	Recursos Disponíveis para a saúde
Campos dos Goytacazes	115.408.556,20	13.173.590,22	3.746.696,24	1.314.781,02	133.643.623,68
Carapebus	10.669.710,78	585.627,93	233.960,28	352.602,66	11.841.901,65
Conceição de Macabu	5.258.130,00	669.390,00	571.406,25	-	6.498.926,25
Macaé	89.994.749,25	4.794.426,75	2.544.276,75	-	97.333.452,75
Quissamã	24.809.799,84	886.431,00	1.145.060,28	204.400,56	27.045.691,68
São Fidélis	4.402.662,39	864.472,50	25.357,86	975.893,40	6.268.386,15
São Francisco de Itabapoana	7.594.517,00	986.307,00	107.401,00	834.820,00	9.523.045,00
São João da Barra	12.640.282,00	831.022,00	402.850,00	257.824,00	14.131.978,00
Norte Fluminense	270.778.407,46	22.791.267,40	8.777.008,66	3.940.321,64	306.287.005,16
Bom Jardim	5.460.874,65	1.080.005,85	340.685,95	871.875,95	7.753.442,40
Cachoeiras de Macacu	9.090.544,54	1.665.159,32	1.892.176,77	18.051,99	12.665.932,62
Cantagalo	7.215.580,64	1.341.283,00	162.415,28	468.039,92	9.187.318,84
Carmo	6.408.436,06	684.141,92	3.616.020,06	412.357,34	11.120.955,38
Cordeiro	4.619.954,63	960.102,11	106.256,36	-	5.686.313,10
Duas Barras	3.132.845,69	313.145,82	38.956,45	309.730,46	3.794.678,42
Guapimirim	8.586.829,76	1.538.534,00	1.953.938,18	642.564,20	12.721.866,14
Macuco	1.554.524,50	245.931,15	-	-	1.800.455,65
Nova Friburgo	33.445.774,58	3.752.609,14	21.003.568,86	-	58.201.952,58
Petrópolis	73.052.765,84	8.096.637,60	42.552.328,72	-	123.701.732,16
Santa Maria Madalena	3.174.750,00	573.342,00	85.986,00	-	3.834.078,00
S. José do Vale do Rio Preto	5.637.442,50	1.136.722,50	197.932,50	769.927,50	7.742.025,00
São Sebastião do Alto	4.784.344,08	514.445,60	41.402,30	502.817,72	5.843.009,70
Sumidouro	4.884.004,12	833.982,94	810.636,84	-	6.528.623,90
Teresópolis	24.236.403,39	3.587.392,17	16.433.787,69	689.708,97	44.947.292,22
Trajano de Moraes	2.438.828,39	570.495,71	92.956,17	378.635,71	3.480.915,98
Serrana	197.723.903,37	26.893.930,83	89.329.048,13	5.063.709,76	319.010.592,09
Conjunto dos Municípios	2.633.069.721,85	369.444.480,46	959.708.142,14	332.881.961,73	4.295.104.306,18

