

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

TESE DE DOUTORAMENTO

**EQÜIDADE NA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS
RECURSOS EM SAÚDE:**

Uma contribuição para o caso brasileiro

SILVIA MARTA PORTO

Orientador:

DALTON MARIO HAMILTON

RIO DE JANEIRO

AGOSTO/1997

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

TESE DE DOUTORAMENTO

**EQÜIDADE NA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS
RECURSOS EM SAÚDE:**

Uma contribuição para o caso brasileiro

SILVIA MARTA PORTO

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, Área de Concentração Planejamento em Saúde.

**RIO DE JANEIRO
AGOSTO/1997**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

TESE DE DOUTORAMENTO

**EQÜIDADE NA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS
RECURSOS EM SAÚDE:**

Uma contribuição para o caso brasileiro

SILVIA MARTA PORTO

Orientador:

DALTON MARIO HAMILTON

Aprovada em ____ de _____ de 1997 pela banca:

Claudia Travassos

Celia Landmann Szwarcwald

Dalton Mario Hamilton

Solon Magalhães Vianna

Cid Manso M. Vianna

RIO DE JANEIRO

AGOSTO/1997

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que contribuíram para a elaboração deste trabalho e, ao tentar mencioná-las, posso esquecer algumas; entretanto, gostaria de explicitar meus agradecimentos a:

- Dalton Mario Hamilton, meu orientador, que encorajou a realização deste estudo e que, com seu conhecimento e experiência, me ajudou a superar as dificuldades constantes;
- Francisco Viacava, que colaborou em todas as fases deste trabalho, especialmente na concepção dos bancos de dados;
- Mônica Martins, que me ajudou nas revisões e discussões finais;
- Claudia Travassos, pela troca permanente de idéias, que em vários momentos terminaram por redirecionar o desenvolvimento deste trabalho;
- Francisco Braga, cuja curiosidade intelectual me permitiu ter acesso a novas bibliografias;
- Suely Rozemfeld, companheira ‘telefônica’ de doutorado, com a qual compartilhei múltiplas angústias.
- Enfim, minha gratidão a todos os amigos brasileiros e argentinos que me brindaram com seu apoio afetivo.

RESUMO

Este trabalho aborda a temática da equidade em saúde, mais especificamente, na distribuição geográfica dos recursos financeiros. Teve por objetivo avaliar a distribuição entre Unidades Federadas dos recursos federais destinados ao custeio dos serviços de saúde e contribuir para a operacionalização de formas distributivas que visem à obtenção de patamares mais equitativos. Neste sentido, foi possível identificar que os mecanismos distributivos implementados pelo Ministério da Saúde na década de 90 não foram coerentes com o conceito de equidade preconizado para a política de saúde no texto constitucional, bem como que a distribuição efetuada em 1994 continuou caracterizada pela falta de equidade e que a alocação deveria estar norteada pela ‘igualdade de recursos para necessidades iguais’ com o objetivo da obtenção de partilhas mais equitativas.

Com essa finalidade, com base na discussão concernente às experiências internacionais, foi identificada como metodologia mais adequada a fórmula RAWP implementada na Inglaterra, que dimensiona as necessidades relativas a partir dos perfis tanto demográfico quanto epidemiológico. O resultado obtido na simulação efetuada para o caso brasileiro mostrou que a aplicação da proposta inglesa, utilizando como fonte de informação a mortalidade notificada para dimensionar as desigualdades entre os perfis epidemiológicos das diferentes UFs, definiria alocações semelhantes às realizadas pelo MS. Por sua vez, a distribuição obtida na simulação efetuada com base na mortalidade proporcional evidenciou que a partilha não se diferenciaria da estimada exclusivamente em base populacional. Estes resultados foram determinados pelo alto nível de sub-registro nos óbitos notificados, cuja maior magnitude observa-se nos estados das regiões Norte e Nordeste.

Conseqüentemente, realizaram-se adaptações da metodologia RAWP, utilizando-se, por um lado, a mortalidade corrigida segundo nível de sub-registro e, por outro, indicadores sócio-econômicos associados às condições de vida – renda per capita e percentual de domicílios com renda inferior a um salário mínimo. Os resultados obtidos permitiram verificar que, em todos os casos, para uma distribuição geográfica de recursos financeiros mais equitativa, seria necessário pôr em execução uma redistribuição em favor dos estados das regiões Norte e Nordeste. Ao mesmo tempo, tornou-se possível constatar especificamente que o tratamento menos equitativo tem-se dado entre os estados da região Nordeste e os correspondentes à região Sudeste, em favor destes últimos.

ABSTRACT

This work approaches the theme of the equity in health, specifically, equity in the geographical distribution of the financial resources. The objectives are to evaluate the federal resources distribution destined to the costing of the services of health between Federated Units (UF) and to contribute for the construction of distributive tools more equal. The distributive mechanisms implemented by Ministry of Health (MS) in 90's showed incoherent with the concept of justness express for the health policy in the constitutional text, which it referred although the allocation should be orientated by the "equality of resources for same needs" with the objective of obtaining a more equal distribution. In 1994, the distribution of resources continued being characterized by the lack of justness.

With these objectives, considering the international experiences was identified as more appropriate methodology the formula RAWP implemented in England. This methodology measure the relative needs using demographic and epidemic profile. This proposal was tested for the Brazilian case. The database used was the Mortality Information System (MIS), based on the mortality causes information. The results showed that the English proposal's application for measure inequalities among the differences in epidemiological profiles of the Federated Units would define resources allocations quite similar to accomplished for MS. The results of estimates with population and proportional based were also compared. In this comparison was observed that the resources distributions obtained were similar. High sub-registration level in the notified deaths can explain these results, whose larger magnitude observed was in North and Northeast states.

Consequently, adaptations in the methodology RAWP were done, using the following variables: (i) the mortality rate corrected by sub-registration level; (ii) the socioeconomic conditions indicators (per capita income and percentile of households with minimum income).

The results obtained in this work allowed to verify, in all analyses accomplished that, for a larger equity in geographical resources distribution would be necessary to redistribute resources in favor of North and Northeast States. Particularly, it was still possible to verify that unequal distribution of resources has been observed among the Northeast and Southeast States, in favor of these last ones.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	9
LISTA DE FIGURAS ,GRÁFICOS E MAPAS.....	10
APRESENTAÇÃO	11
I. JUSTIÇA SOCIAL E EQÜIDADE EM SAÚDE	14
Introdução.....	14
I.1 TEORIAS DE JUSTIÇA SOCIAL	15
Antecedentes	15
Teorias de justiça social no pensamento contemporâneo	24
I.2 CONCEITO DE EQÜIDADE.....	33
I.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
II. EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL NA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS.....	45
II.1 INGLATERRA.....	45
II.1.1 Metodologia distributiva proposta pelo RAWP.....	48
Crítica à metodologia RAWP.....	54
II.1.2 Revisão do RAWP.....	57
II.1.3 Nova fórmula distributiva.....	58
II.2 ESPANHA.....	61
II.3 ITÁLIA.....	65
II.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
III. IMPLEMENTAÇÃO DO CONCEITO DE EQÜIDADE NO CASO BRASILEIRO	73
Principais características da política de financiamento	73
III.1 CONCEITO DE EQÜIDADE NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....	76
Constituição de 1988 e Lei Orgânica da Saúde.....	76
Resultados obtidos com a implementação do OSS.....	79
Distribuição geográfica dos recursos na LOS.....	82
Distribuição geográfica de recursos financeiros efetuada pelo Ministério da Saúde – 1993-1996.....	83
Estimativa da distribuição geográfica de recursos de custeio efetuada pelo MS em 1994.....	92
III.2 CRITÉRIOS DA LEI ORGÂNICA DA SAÚDE: CAMINHO PARA DISTRIBUIÇÃO EQÜITATIVA DE RECURSOS FINANCEIROS?.....	95
Operacionalização dos critérios da LOS.....	95
Novos Critérios Propostos.....	101
III.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
IV. PROCURANDO EQÜIDADE NA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS.....	107
Algumas estimativas para o caso brasileiro.....	107
Introdução.....	107
IV.1 ESTIMATIVAS DISTRIBUTIVAS PARA FINANCIAMENTO DO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO A FÓRMULA RAWP.....	110
IV.1.1 Aspectos metodológicos.....	110
Fontes de informação	110
A. População.....	110
B. Utilização de serviços de saúde	110
B.1 Utilização de internações não psiquiátricas	111
B.2 Utilização de Internações Psiquiátricas.....	111
B.3 Utilização de Atendimentos ambulatoriais	111
C. Mortalidade.....	112
D. Recursos financeiros.....	113
Memória de cálculo	113
A. Internações não psiquiátricas	114
B. Internações psiquiátricas	115
C. Atendimentos ambulatoriais	116
D. Síntese distributiva de recursos financeiros para custeio dos serviços de saúde.....	116
IV.1.2 Resultados obtidos.....	117
IV.2 ESTIMATIVAS DISTRIBUTIVAS A PARTIR DA ADAPTAÇÃO DA FÓRMULA RAWP.....	121
IV.2.1 Estimativa distributiva a partir da mortalidade proporcional	121
IV.2.2 Estimativa distributiva a partir da mortalidade corrigida segundo nível de sub-registro.....	124
IV.3 ESTIMATIVA DISTRIBUTIVA DE RECURSOS FINANCEIROS SEGUNDO UF A PARTIR DE INDICADORES RELACIONADOS COM A DESIGUALDADE DA RENDA.....	130
IV.3.1 Estimativa distributiva em função da diferença de renda per capita.....	130
IV.3.2 Estimativa distributiva em função da percentagem de domicílios com renda inferior a um salário mínimo	135

IV.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
CONCLUSÕES.....	141
ANEXOS.....	150
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. DESPESA EXECUTADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL – 1994	92
TABELA 2. COMPARAÇÃO ENTRE A DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL E A ESTIMATIVA DE DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS EFETUADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE SEGUNDO UFS. BRASIL – 1994	94
TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ESTIMADA PARA 1986 E DA DISTRIBUIÇÃO OBTIDA A PARTIR DO CRITÉRIO SITUAÇÃO SANITÁRIA, SEGUNDO REGIÕES. BRASIL – 1989	99
TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, DO TOTAL DE RECURSOS FEDERAIS APLICADOS EM 1989 E REPARTIÇÃO (%) SIMULADA SEGUNDO ALGUNS CRITÉRIOS DA LEI 8.080/90	101
TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL SIMULADA SEGUNDO NOVOS CRITÉRIOS, COMPARADA COM A DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO E COM A REPARTIÇÃO DOS RECURSOS OBSERVADA EM 1989	104
TABELA 6. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DA POPULAÇÃO E DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO METODOLOGIA RAWP. BRASIL – 1994	120
TABELA 7. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DA POPULAÇÃO E DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, A PARTIR DA MORTALIDADE PROPORCIONAL. BRASIL – 1994	123
TABELA 8. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DA POPULAÇÃO E DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA MORTALIDADE/91 CORRIGIDA POR SUB-REGISTRO. BRASIL – 1994	127
TABELA 9. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DA POPULAÇÃO, E DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP EM FUNÇÃO DA DIFERENÇA DE RENDA PER CAPITA. BRASIL – 1994	132
TABELA 10. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DA POPULAÇÃO, E DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP EM FUNÇÃO DA DIFERENÇA DA PERCENTAGEM DE DOMICÍLIOS COM RENDA MENOR DE 1 SALÁRIO MÍNIMO. BRASIL – 1994	136
TABELA 11. COMPARAÇÃO ENTRE A MÉDIA DAS DISTRIBUIÇÕES ESTIMADAS A PARTIR DAS SIMULAÇÕES EFETUADAS E OS ALOCADOS PELO MS, SEGUNDO MACRORREGIÕES. BRASIL – 1994	140

LISTA DE FIGURAS ,GRÁFICOS E MAPAS

FIGURA 1 – MODELO SIMPLIFICADO DE DEMANDA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	59
GRÁFICO 1. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO A ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA MORTALIDADE/91 CORRIGIDA PELO SUB-REGISTRO E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL – 1994	128
MAPA 1. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA MORTALIDADE/91 CORRIGIDA PELO SUBREGISTRO, E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1994.....	129
GRÁFICO 2. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA RENDA PER CAPITA, E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL – 1994.....	133
MAPA 2. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA RENDA PER CAPITA, E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 1994.....	134
GRÁFICO 3. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA PERCENTAGEM DE DOMICÍLIOS COM RENDA INFERIOR A UM SALÁRIO MÍNIMO, E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL – 1994.....	137
MAPA 3. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA PERCENTAGEM DE DOMICÍLIOS COM RENDA INFERIOR A UM SALÁRIO MÍNIMO, E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 1994	138

APRESENTAÇÃO

Dentre os princípios que norteiam as políticas sociais, em geral, e as políticas de saúde, em particular, a equidade é um dos que têm alcançado maior consenso, em especial nas últimas décadas. Ainda assim, em muitos casos, as políticas implementadas não garantem seu efetivo exercício, terminando por restringir sua validade à definição formal de um direito.

Esta incoerência entre discurso e prática ganha dimensão especial no caso brasileiro, uma vez que não se modificou a realidade social – caracterizada pelas desigualdades – ao mesmo tempo em que se estabeleceu no texto constitucional direitos condizentes com o estado de bem-estar. Em outras palavras, se o discurso é avançado, o mesmo não pode ser dito em relação à prática.

Nesse sentido, este trabalho pretende subsidiar a discussão e a operacionalização de um sistema de saúde mais equitativo. Entretanto, dentre os distintos aspectos que a temática da equidade abrange, tomar-se-á aqui, como tema central, a equidade no que concerne à distribuição de recursos financeiros. O objetivo será avaliar a distribuição geográfica de recursos públicos efetuada pelo Ministério da Saúde (MS) em função da sistemática implementada na década de 90 e, partindo da hipótese de que a mesma não foi equitativa, contribuir para operacionalização de formas alocativas mais justas.

Cabe destacar que as análises e propostas estarão limitadas aos recursos financeiros públicos de origem federal administrados pelo MS, não incorporando aqueles destinados pelos orçamentos estaduais e municipais. Mesmo reconhecendo que a distribuição mais equitativa dos recursos públicos de origem federal não assegura que a distribuição geográfica do total de recursos públicos também o seja – em razão de as alocações efetuadas pelos governos

estaduais e municipais poderem alterar os resultados obtidos no repasse dos recursos federais – considera-se que sua partilha mais justa contribuiria para alterar de modo significativo a distribuição geográfica do total de recursos disponíveis.

Dentro desta perspectiva, a análise ficará limitada aos recursos destinados ao custeio dos serviços de saúde, excluindo os referentes a despesas de capital. Tal exclusão se justifica, de um lado, pela falta de base comparativa, já que nos últimos anos o Ministério da Saúde praticamente não repassou recursos para investimentos, e de outro, por considerar-se que as mesmas seguem lógica diferente, em que a decisão alocativa descentralizada pode contribuir para o aumento das iniquidades na distribuição da oferta.

As avaliações e propostas fundamentaram-se na distribuição de recursos realizada pelo MS em favor das Unidades Federadas - UFs. Assim, levando-se em conta as limitações mencionadas e entendendo-se que as distribuições geográficas mais equitativas de recursos financeiros são condição necessária, ainda que não suficiente, para o alcance de um sistema mais justo, este trabalho se propõe:

- Discutir o conceito de equidade em geral, bem como este referido à distribuição de recursos financeiros, em particular.
- Analisar a experiência de países que implementaram sistemáticas orientadas pelo objetivo da equidade para distribuição de recursos financeiros, tais como as propostas elaboradas especificamente na Inglaterra, Espanha e Itália.
- Conhecer os objetivos explícitos e implícitos enunciados na legislação brasileira e avaliar a forma alocativa posta em prática pelo Ministério da Saúde.
- Efetuar simulações a partir das metodologias consideradas mais apropriadas para o caso brasileiro, comparando-se os resultados assim obtidos com a partilha efetuada pelo MS.

Desse modo, ainda que limitado a um aspecto específico da temática da equidade, este estudo pretende contribuir para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais justo no sentido de assegurar o respeito dos direitos de cidadania estabelecidos no texto constitucional.

I. JUSTIÇA SOCIAL E EQÜIDADE EM SAÚDE

Introdução

A busca de justiça, em geral, e de justiça social, em particular, tem sido objeto de preocupação permanente, da mesma forma que a temática da eqüidade vem ocupando lugar de relevância tanto na discussão teórica acerca da justiça como na implementação das políticas sociais; contudo, a formulação de uma teoria de justiça social e a conceituação do termo eqüidade caracterizam-se pela falta de consenso, constituindo esses temas, ainda hoje, pontos centrais no desenvolvimento das filosofias moral e política.

Entretanto, a diferenciação de dois tipos de justiça é ponto pacífico. Formulada inicialmente por Aristóteles, a distinção entre justiça corretiva e distributiva mantém-se até nossos dias. A primeira, que deve estar orientada pelo tratamento igualitário, desempenha função corretiva nas relações entre as pessoas; a segunda, guiada pela concepção de que o justo é o proporcional e o injusto aquilo que viola a proporcionalidade, manifesta-se na distribuição de funções e bens que devem ser divididos entre os cidadãos (Aristóteles, 1992:95-97).

É indubitável que, em função do conjunto de valores predominantes, o termo eqüidade ganha dimensão diferente em cada teoria da justiça, mas as dificuldades enfrentadas para sua conceituação resultam também da falta de desenvolvimento do pensamento teórico que lhe sirva de sustento.

Neste capítulo, o componente distributivo encontrado nas diferentes teorias de justiça social será tomado como ponto central das análises, tendo-se como objetivo subsidiar a discussão da *conceituação* do termo *eqüidade*. Por conseguinte, sem a pretensão de esgotar o tema em

todos os seus aspectos, serão sintetizadas as distintas teorias de justiça social, implícitas ou explícitas, bem como as diferentes abordagens efetuadas em relação ao termo equidade.

O estudo das teorias de justiça social tem por objetivo identificar as bases de uma definição conceitual do termo equidade, uma vez que se formula a hipótese de que as definições efetuadas a partir de áreas específicas, como Saúde e Educação, por exemplo, têm-se caracterizado pelo enfoque centrado em aspectos operacionais. Por outro lado, busca-se estabelecer as diferenças existentes, ou não, entre os termos equidade e igualdade, utilizados freqüentemente como sinônimos.

As teorias de justiça social serão analisadas a partir da discussão efetuada por Rousseau em relação à origem das desigualdades, confrontando-a, quando possível, à de outros autores do pensamento político clássico (Hume, Hobbes, Locke e Kant), às idéias da corrente utilitarista, à proposta marxista acerca do desenvolvimento da sociedade comunista e às formulações contemporâneas realizadas por autores como Rawls, Sen e Fleurbaey. Serão analisadas, igualmente, as distintas acepções do termo equidade a partir das conceituações elaboradas em especial por autores preocupados com a temática na área da saúde.

Importa destacar que este capítulo deve ser compreendido como primeira aproximação à construção de um referencial teórico-conceitual que visa à avaliação de propostas alternativas de distribuição regional de recursos financeiros.

I.1 TEORIAS DE JUSTIÇA SOCIAL

Antecedentes

Dentre os pensadores políticos clássicos, Rousseau foi o único que manifestou preocupação explícita com as desigualdades, estabelecendo que a obtenção da liberdade pressupõe determinados níveis de igualdade, os quais não se limitam aos aspectos jurídicos, mas que também se relacionam com as condições políticas, sociais e econômicas.

Para o autor, há duas espécies de desigualdades: uma, estabelecida pela natureza e que consiste na diferença das idades, da saúde¹, das forças corporais e das qualidades do espírito; outra, por ele denominada desigualdade moral ou política, que foi estabelecida ou ao menos consentida pelos homens e que consiste nos diferentes privilégios desfrutados por alguns em prejuízo dos demais, como o de serem mais ricos, mais respeitados ou mais poderosos (Rousseau, 1986:143).

Ao mesmo tempo, o pensador francês destaca uma relação causal entre a introdução da propriedade e o desaparecimento da igualdade própria do estado de natureza, pois com a instauração da propriedade privada é que aparece a escravidão e a miséria, aprofundam-se as desigualdades, acabando por limitar ou pôr término à liberdade dos seres humanos.

No pensamento político clássico, entretanto, nem sempre o surgimento da propriedade é considerado como fator causal de maiores desigualdades. Na concepção de Hobbes, por exemplo, é preciso que seja constituído um Estado absolutista para impedir o desenvolvimento dos sentimentos egoístas e a conseqüente destruição entre os seres humanos – ‘o homem é o lobo do homem’ –, assegurando e outorgando, desse modo, diversos direitos individuais, dentre os quais o direito à propriedade (Hobbes, 1993). Em Hume (1977:725), observa-se que a propriedade configura uma relação especial entre objetos e pessoas, em razão do que as preocupações desse pensador centram-se no exame dos sentimentos egoístas dos homens – em especial, os dos excluídos – que podem ameaçar o direito de propriedade (Bobbio, 1986, 1987). Por sua parte, Locke e Kant consideram a propriedade como direito natural, portanto um dos principais direitos que devem ser preservados (Locke, 1993:96-98; Kant, 1985).

¹ A referência efetuada pelo autor em relação à saúde limita-se às doenças por ele denominadas doenças naturais, uma vez que, no contexto do trabalho, diferencia as doenças naturais comuns a todos os animais – por exemplo, as decorrentes do processo de envelhecimento – das doenças desenvolvidas pelos homens que vivem em sociedade, compartilhando com Platão a noção de que se pode escrever a história das doenças humanas tomando como base a história das sociedades civis.

Pode-se concluir pelo exposto que, contrariamente à relação entre liberdade e igualdade concebida por Rousseau, o binômio fundamental no pensamento dos autores mencionados é liberdade/propriedade. As desigualdades existentes não são tidas como impedimento para a preservação das liberdades individuais, preocupação central do pensamento liberal da época.

Outro aspecto pertinente à discussão diz respeito às circunstâncias especiais que dão origem à propriedade². Para Rousseau, o trabalho é elemento indispensável para que se possa compreender a propriedade, uma vez que “É o trabalho que dá ao lavrador o direito sobre o produto da terra, conseqüentemente lhe dá sobre o solo, ao menos até a colheita, e assim de ano em ano, mantendo uma posse contínua, que facilmente transformar-se-á em propriedade” (Rousseau, 1986:185). Na concepção de Hobbes, coerentemente com sua proposta de Estado absolutista, o direito à propriedade está relacionado em última instância à vontade do soberano que atua como árbitro nessa distribuição (Hobbes, 1993:71).

Entretanto, Hume identifica quatro formas diferentes que podem dar origem à propriedade, quais sejam: ocupação, prescrição, acessão e sucessão. Considera que a falta de clareza quanto à origem da primeira ocupação obriga o surgimento do processo de prescrição que autoriza o direito de propriedade de uma pessoa sobre um objeto com o qual tem-se relacionado por longo tempo. A acessão justifica a expansão da propriedade a tudo o que lhe é conexo, e a sucessão permite a transferência de propriedade a outras pessoas (Hume, 1977:735-47). Por sua vez, no que diz respeito a este ponto, Locke apresenta uma base comum com o pensamento de Rousseau ao identificar o trabalho como origem da propriedade, embora finalize seu raciocínio pelo apelo aos supostos desígnios de Deus para justificar a expansão da propriedade e o aumento dos ganhos que não tenham origem no trabalho próprio (Locke, 1993).

² O problema da origem da propriedade foi ponto central dos trabalhos realizados pelos teóricos do direito natural, entre os quais se destacam os autores mencionados. As teorias elaboradas podem ser diferenciadas em dois grandes grupos, as que consideram a propriedade como direito natural – Locke e Kant – e as que sustentam que o direito à propriedade surge com a constituição do Estado, sendo, portanto, direito positivo – Hobbes, Hume e Rousseau.

Fundamentando-se em posição conservadora, Kant nega a possibilidade de o trabalho ser a origem da propriedade e define três momentos na aquisição originária: (1) a apreensão do objeto que não pertence a ninguém; (2) a declaração de posse, bem como a proibição da posse do objeto para outros; (3) a apropriação ou acordo estabelecido por meio da legislação (Kant, 1985; Bobbio, 1992).

Outro aspecto importante no pensamento de Rousseau está relacionado ao sentimento de ‘comiseração’, o qual, segundo seu entendimento, se apresenta com mais energia quando existe maior identificação entre ‘espectador’ e ‘sofredor’, e essa identificação é mais profunda no estado de natureza, em que as desigualdades são menores. Assim, pode-se pensar que, para Rousseau, os sentimentos que devem orientar a escolha de princípios de justiça social requererão certo patamar de identificação entre as partes que participem na sua definição. Por fim, cabe destacar que a posição exposta por esse pensador na obra *Discurso sobre as Origens da Desigualdade* foi retomada em *O Contrato Social*, texto no qual afirma que a propriedade original deve ser entendida como a posse de uma porção de terra com o objetivo de produzir meios de vida. “Um homem deve ocupar apenas a quantidade que necessita para sua subsistência; e a posse deve ser tomada, não por cerimônia vazia, mas por trabalho e cultivo” (Rousseau, 1986:20).

Em resumo, é possível concluir que, à diferença dos pensadores da época, Rousseau manifesta clara preocupação com o aprofundamento das desigualdades introduzidas pelo processo de socialização, chegando a associar o alcance da liberdade com a necessidade de igualdade e destacando, como critério distributivo, “a cada um segundo seu próprio trabalho”; de determinado ponto de vista, Rousseau teria superado os critérios adotados por grande parte dos pensadores da época – “a cada qual segundo seu mérito” ou “a cada qual segundo seu status” – ao considerar necessário que haja uma situação de profunda identificação entre os homens para a melhor definição dos princípios de justiça social.

Abordagem diferente quanto ao tratamento das desigualdades é a desenvolvida pela corrente utilitarista. Esta linha de pensamento tem seus precursores no século XVIII, com Helvétius e Hume, mas é no século XIX, com Bentham e J. Mill, que adquire consistência doutrinária.

Para Bentham (1979), o único critério admissível de bem-estar é a obtenção da maior felicidade para o maior número de indivíduos, entendendo a quantidade de prazer individual e o menor sofrimento por 'felicidade' e tomando a obtenção de bens materiais como 'medida de felicidade'. Em consequência, os indivíduos procuram maximizar suas riquezas; para tanto, buscam aumentar seu poder sobre outros e em detrimento de outros. Desse modo, a busca do prazer de um indivíduo pode acarretar o desprazer de outros, tornando preciso que se regule as relações sociais pela elaboração de um conjunto de leis que limitem os excessos destrutivos e que permitam a maximização de felicidade para o maior número de pessoas.

O fim mais geral das leis, segundo Bentham, pode ser dividido em quatro fins subordinados: garantir a subsistência; ensejar abundância; favorecer a igualdade; manter a segurança (Bentham, 1979). Em relação aos dois primeiros, as leis devem atuar de forma indireta, fundamentalmente criando incentivos para garantir a subsistência e o aumento contínuo da produção, ou desestimulando e castigando atitudes contrárias. Intervenções mais diretas não se fazem necessárias, dado que fatores relativos à própria natureza do homem – por exemplo, o medo de sentir fome e a procura infindável de bens materiais – são suficientes para assegurar o trabalho incessante dos indivíduos e, assim, a consecução dos objetivos.

No que tange ao objetivo de favorecer a igualdade, a linha de pensamento de Bentham parte da suposição de que todos os indivíduos têm a mesma capacidade para o prazer e toma, como base de sustentação, a lei da utilidade decrescente, segundo a qual os aumentos sucessivos no nível de riqueza seriam acompanhados por aumentos consecutivos inferiores no nível de satisfação, ou seja, o mesmo aumento no nível de riqueza produzirá maior satisfação a um

indivíduo pobre do que a um rico. Nesse raciocínio, para obter a maior soma de satisfação será preciso atingir maior igualdade na distribuição das satisfações individuais.

O principal questionamento levantado no que diz respeito aos argumentos expostos refere-se à suposição de que todas as pessoas têm a mesma capacidade para o prazer. Macpherson (1978:35) afirma que Bentham, apesar de aceitar, em alguns aspectos, a existência de diferentes sensibilidades entre os homens, não as reconhece no momento de elaborar sua argumentação em favor da igualdade, por um lado, porque significaria destruir os pressupostos básicos de sua formulação e, por outro, porque talvez já tivesse concluído que a igualdade estaria subordinada à segurança. Manter a segurança significa, para Bentham, garantir a propriedade individual, condição necessária ao incentivo da produtividade, e manter a distribuição de propriedade existente. Nada mais esclarecedor que as palavras do próprio Bentham:

Consultado o grande princípio da segurança, que deve o legislador decretar com respeito à massa de propriedade já existente? Ele deve manter a distribuição tal como se acha na realidade estabelecida... nada há de mais diverso que o estado de propriedade na América, na Inglaterra, na Hungria e na Rússia. De modo geral, no primeiro desses países, o lavrador é proprietário; no segundo arrendatário; no terceiro, preso à gleba; no quarto, um escravo. Contudo, o supremo princípio de segurança exige a preservação de todas essas distribuições, embora sua natureza seja tão diferente, e ainda elas não ensejem a mesma soma de felicidade. (Bentham, 1931 apud Macpherson, 1978:37)

Em poucas palavras, a corrente utilitarista considera que uma sociedade é corretamente ordenada e, portanto, justa, quando obtém a maior soma de satisfação, independentemente de sua distribuição, entre os indivíduos pertencentes a essa sociedade. Com isso, justifica-se a penalização e exclusão de indivíduos, visando a obtenção de maior soma dessa satisfação, cujos benefícios, em última instância, serão apropriados por aqueles que se encontrem em situação favorável ao aumento da utilidade marginal a ser obtida. A maximização da satisfação é produto natural do livre atuar dos indivíduos e dos mercados. Desse modo, pode-

se afirmar que, para os utilitaristas, a igualdade decorre exclusivamente da liberdade e portanto adquire dimensão estritamente formal nas suas formulações.

Desde um ponto de vista ideológico oposto, Marx, influenciado por Rousseau, parte da premissa da existência de igualdade natural entre os homens e entende que um dos fatores que dão origem às desigualdades é a introdução da propriedade privada, porém destaca outro aspecto fundamental como determinante das diferenças existentes: a divisão social do trabalho. Sua proposta, por demais conhecida, é a formação e desenvolvimento da sociedade comunista (Marx, 1956). As idéias de Marx quanto ao pleno desenvolvimento da sociedade comunista, em geral, e à superação das noções de direito e justiça, em particular, encontram-se na “Crítica do Programa de Gotha”.

Na sua argumentação, Marx distingue duas fases da sociedade comunista: a primeira, denominada fase inferior da sociedade comunista, exige a manutenção de um aparelho de repressão – Estado de transição –, mas como instrumento da maioria sobre as minorias, como exercício da ditadura revolucionária do proletariado. Nesta etapa, os meios de produção deixariam de ser propriedade privada dos indivíduos para pertencer a toda a sociedade, e a distribuição seria a cada qual segundo sua contribuição – através do trabalho – na composição da produção social. Está presente a noção de um direito igualitário, mas que ainda seria direito burguês, uma vez que trataria como iguais os desiguais, mantendo níveis de injustiça. Os homens não são todos iguais – alguns são casados outros solteiros, têm diferente número de filhos etc. Desse modo, em tal proposta de distribuição igualitária, uns ainda receberão mais que outros (Marx, 1956:334). Na visão de Marx, estes defeitos são inevitáveis na primeira fase da sociedade comunista, dado que esta terá surgido da sociedade capitalista e que o direito nunca poderá estar acima da estrutura econômica da sociedade e de seu desenvolvimento cultural.

A segunda, fase superior da sociedade comunista, caracterizar-se-á pela extinção do Estado, já que não existirá a necessidade de repressão dada a inexistência de classes e, portanto, da luta de classes:

Numa fase superior da sociedade comunista, depois que haja desaparecido a subordinação escrava do indivíduo à divisão do trabalho, e com ela também a antítese entre a divisão intelectual e física do trabalho; uma vez que o trabalho se tenha transformado não apenas em um meio de vida mas no primeiro desejo vital; uma vez que as forças produtivas tenham sido também incrementadas pelo desenvolvimento pleno do indivíduo, e as fontes de riqueza social fluam com maior abundância, só então se poderá cruzar completamente o estrito horizonte do direito burguês, e a sociedade inscreverá em suas bandeiras: de cada um conforme sua capacidade, a cada qual segundo suas necessidades. (Marx, 1956:335)

Para Elster (1989), apesar de reconhecer a existência de numerosos textos nos quais Marx nega a possibilidade de ideais de justiça trans-históricos, sugerindo assim que o comunismo desenvolvido plenamente seria uma sociedade em que os direitos são superados em lugar de transformados, as análises de Marx sobre o capitalismo e o comunismo requerem um critério subjacente de justiça. Em primeiro lugar, porque a partir dos trabalhos de Marx, em especial de *O Capital*, é impossível negar que sua denúncia contra o capitalismo funda-se na injustiça que este implementa. A terminologia utilizada por Marx para qualificar a extração capitalista de mais-valia, furto, vigarice, assalto e roubo, permite observar a base moral de sua argumentação. Em *O Capital*, o conceito adotado para o termo exploração é normativo e crítico; entre o sentido neutro do termo ‘fazer uso de’ e o sentido crítico ‘tirar vantagem injusta de’, Marx assume este último, que tem conotações claramente normativas.

Nos documentos em que Marx expressa os delineamentos gerais da sociedade comunista diferenciando dois estágios em seu desenvolvimento, Elster considera que também é possível identificar um critério implícito de justiça:

A referência a ‘defeitos’ no princípio da contribuição pressupõe um critério normativo, isto é, um princípio superior de justiça. Para rejeitar um princípio, Marx apela para outro. O princípio da contribuição é avaliado à luz do princípio da necessidade. Ainda que Marx não especifique este último, a interpretação mais natural, em vista dos exemplos que ele aduz para refutar o princípio da contribuição, é de que os bens devem ser distribuídos para igualar o bem-estar. (Elster, 1989:113)

Esta última afirmação, relacionada ao critério distributivo segundo necessidades, deve ser entendida como interpretação de Elster, pois Marx, como afirma Heller (1986), apesar de utilizar frequentemente o termo ‘necessidade’ em sua teoria econômica do capitalismo, nunca definiu esse conceito nem realizou descrição que permita saber como o entendeu.

Heller (1986) entende que Marx apresentou, na maioria de suas obras, diferentes classificações de tipos de necessidades, destacando a realizada desde um ponto de vista “histórico-filosófico-antropológico”, que se baseia nas categorias “necessidades naturais” e “necessidades socialmente produzidas”³. Segundo essa autora, tal tipologia mostra sentidos distintos quanto a essa concepção nos diferentes trabalhos de Marx. Um, no qual as necessidades naturais são ligadas às necessidades físicas de origem biológica, dirigidas à conservação das condições vitais, e às necessidades “socialmente produzidas”, evidentemente as “não naturais”, criadas pela própria estrutura socioeconômica. E outro, em que todas as necessidades são socialmente determinadas, sentido que se fundamenta no entendimento de que a forma de satisfação das necessidades naturais é produto de cada contexto social. Porém, apesar da freqüente utilização do termo necessidade e das classificações encontradas nos diversos trabalhos, resulta quase impossível encontrar um conceito marxista de necessidade que não possa ser refutado. Entretanto, o legado marxista expresso no critério distributivo “a cada um segundo suas necessidades” continua sendo tema central das análises sobre justiça social.

³ Outras classificações utilizadas por Marx partem dos binômios Reais/Imaginárias – que não têm relação com conscientes ou não reconhecidas – e Radicais/Causais – referentes aos tipos de necessidades que dão origem à passagem do capitalismo ao comunismo. Estas classificações também apresentam, cada uma, diferentes sentidos. Para uma análise mais detalhada, ver os trabalhos de Ágnes Heller: *Teoria, praxis y necesidades humanas e Teoría de las necesidades en Marx* (1986).

Teorias de justiça social no pensamento contemporâneo

O ponto central que tem pautado a elaboração de propostas de justiça social no pensamento contemporâneo está relacionado com a necessidade de definir qual igualdade se procura, que desigualdades são aceitáveis e quais seriam, inclusive, desejáveis (Rawls, 1985; Sen, 1992; Freurbaey, 1995; Klein, 1988; Pinker, 1988; Collison, 1988; Culyer, 1988).

Nesse sentido, destaca-se a teoria da justiça desenvolvida por Rawls (1985), que deve ser compreendida no contexto da evolução do conceito de cidadania. Bom exemplo do pensamento que antecede o desse autor é a tipologia de cidadania e a definição das instituições públicas responsáveis pelo seu efetivo exercício apresentada por Marshall (1967:28-29):

- o Elemento Civil, que se compõe dos direitos necessários à liberdade individual, como, por exemplo, liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, sendo as instituições mais intimamente associadas com os direitos civis os tribunais de justiça;
- o Elemento Político, entendido como o direito de participar no exercício do poder político seja como membro de um organismo investido de autoridade política seja como eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e conselhos de governo local;
- o Elemento Social, referido a tudo o que abrange desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança até o direito de participar,. sendo as instituições mais intimamente ligadas àquelas relativas ao sistema educacional e aos serviços sociais.

É neste contexto, e com o pano de fundo contratualista de Rousseau e da racionalidade kantiana⁴, que Rawls desenvolve sua teoria de justiça. Para poder definir a teoria da justiça e seus correspondentes princípios norteadores, Rawls, que entende a sociedade como um sistema cooperativo cujo objetivo é a obtenção de vantagens mútuas, propõe partir de hipotética posição inicial, sem realidade histórica, na qual seria estabelecido um contrato “...já não como resultado de uma opção política, mas como discussão de uma questão filosófica” (Lacoste, 1992:138).

Na posição inicial, as pessoas livres e iguais deverão abandonar simpatias e ódios, colocando-se em situação de imparcialidade, denominada pelo autor “véu da ignorância”, na qual desconhecem tanto sua posição social original quanto suas capacidades e preferências, mas conhecem os princípios da teoria econômica, as questões políticas, as bases da organização social e as leis da psicologia humana. Segundo Rawls, as pessoas livres, iguais e racionais, assumindo o “véu da ignorância” como ponto de partida, chegariam a definir, na carta fundadora de sua associação, os seguintes princípios:

- 1- “... cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais amplo possível de liberdades básicas; todos os societários têm direitos à mais extensa liberdade compatível com a liberdade dos demais”
- 2- “As desigualdades econômicas e sociais devem ser tais que:
 - a) sirvam ao maior benefício dos mais desfavorecidos, dentro dos limites de um justo princípio de repartição;

⁴ A influência de Kant no pensamento de Rawls se destaca principalmente nas formas de conhecimento adotadas no momento da formulação da situação inicial e do véu da ignorância. Uma discussão detalhada das relações entre o pensamento de Kant e Rawls pode ser encontrada em: Wolff, R.P. *Para compreender a Rawls: Una reconstrucción y una crítica de la teoria de la justicia*. Fondo de Cultura Económica, 1981, e em Thiebaut, C. As racionalidades do contrato: Kant em Rawls. In: Krischke, P.J (Org.) *O contrato social: ontem e hoje*. Cortez, 1993.

b) devem estar relacionadas a funções e posições abertas a todos, em acordo com o princípio de justa igualdade de oportunidades” (Rawls, 1985:82).

Os princípios mencionados deverão ser lidos na ordem apresentada, com o que fica claramente exposta a prioridade dada à liberdade. É neste aspecto que não são admissíveis as desigualdades entre os indivíduos. O segundo dos critérios, que trata da forma de distribuição da renda, da riqueza, e das grandes linhas de organização, por um lado, pretende diminuir as desigualdades por meio da eleição de uma política “maximin” (maximizar o benefício dos menos favorecidos) e, por outro, manifesta a aceitação da desigualdade entre os homens sempre que se entenda que são justas.

Estes princípios de justiça são os que deverão ser utilizados para a distribuição dos “bens primários”, definidos pelo autor como os tipos de bens que todos os indivíduos preferem ter mais que menos, por exemplo: riqueza, posição social, oportunidades, habilidades, liberdade, e até mesmo auto-respeito.

Para Rawls, a garantia de que os princípios escolhidos serão equitativos está determinada pelas circunstâncias especiais de constituição da posição original, na qual devem existir relações simétricas entre as partes. Em outras palavras, os resultados equitativos estão assegurados pela característica equitativa da situação inicial. Mas considera que para a efetiva implementação dos critérios de justiça é necessária a intervenção governamental através de suas instituições, no sentido de assegurar um mínimo social, a partir da distribuição dos bens primários (Rawls, 1985:313-314).

Como foi destacado inicialmente, o pensamento de Rawls foi fortemente influenciado pelas idéias de Rousseau e de Kant, mas também pode-se pensar que tenham contribuído, para sua construção teórica, os princípios da teoria econômica keynesiana, em especial no que se refere à necessidade da intervenção do Estado na distribuição dos bens primários a partir dos critérios adotados no contrato original.

Keynes (1985), em contraposição à teoria neoclássica, considera que não existe um equilíbrio econômico natural, mas que o sistema capitalista tem um caráter intrinsecamente instável, já que, ao procurar maximizar seus ganhos, os agentes econômicos podem gerar crises que não podem ser superadas pela “mão invisível” do mercado. Para Keynes, o problema central é o comportamento da “demanda efetiva”, conformada pela demanda por bens de consumo e por bens de investimento. A primeira demanda depende primordialmente da renda corrente dos consumidores e a segunda, da expectativa de lucro futuro dos capitalistas. Assim, para evitar diminuições nos níveis da demanda efetiva deve existir, nas situações de crise, a real intervenção do Estado, destinada, por um lado, à manutenção dos níveis de investimento dos setores produtivos e, por outro, à implementação de políticas que possam atuar sobre fatores relacionados, direta ou indiretamente, com a demanda por bens de consumo, em especial os relativos à preservação dos níveis da massa salarial.

Certamente, a síntese aqui efetuada da proposta keynesiana pode ser considerada minimamente imprudente, dada a extensão e riqueza da obra desse autor, mas pode ser justificada na tentativa de destacar uma das características mais importantes da teoria econômica mais influente no século XX: o papel intervencionista do Estado.

A marcante importância do pensamento keynesiano pode ser avaliada pelas transformações introduzidas no desenvolvimento da social-democracia. Segundo Przeworski (1989:53), a revolução keynesiana forneceu aos social-democratas um objetivo e uma justificativa para seu papel no governo, transformando o significado ideológico de políticas distributivas que favoreciam a classe trabalhadora.

As políticas sociais adquiriram nova dimensão; por exemplo, os custos dos serviços de saúde passaram a ser considerados investimento no instrumento produtivo mais importante, tornando-se óbvio que o mesmo é válido para outras formas de consumo – alimentação, vestuário, habitação, lazer (Ohlim apud Przeworski, 1989:54).

O exposto permite contemplar a possibilidade de que o trabalho desenvolvido por Rawls, particularmente nos aspectos a que se refere o segundo dos critérios de justiça, tenha sido, em alguma medida, influenciado pelas idéias de Keynes. Ainda que seja em forma restrita, já que Rawls admite a necessidade da intervenção do Estado na distribuição exclusivamente dos bens primários, diferentes dos bens naturais entre os quais classifica, por exemplo, a saúde, é inegável a marcante distinção entre o papel reservado ao Estado em sua formulação e o explicitado nas propostas analisadas anteriormente, assim como a intencionalidade de uma discriminação positiva na aplicação de seu critério distributivo.

Não há dúvida de que estes são os aspectos inovadores que têm transformado a teoria da justiça elaborada por Rawls no objeto de análise de inúmeros trabalhos. Até sua formulação, as contribuições neste campo do conhecimento se limitaram a citar exemplos de injustiças permitidas na aplicação da concepção teórica utilitarista, sem apresentar proposta alternativa.

As opiniões acerca da obra complexa e ambiciosa de Rawls foram extremamente diversas. Alguns autores, como Stuart Hampshire, G.J. Warnosck e Marshall Cohen, qualificaram o trabalho de ‘magistral’, afirmaram tratar-se de refutação à acusação de que a filosofia analítica não pode contribuir para um pensamento moral e político substancial e endossaram a proposta rawlsiana em toda sua abrangência (Gorovitz, 1979). Outros, apesar de reconhecerem sua importância, consideram o trabalho de Rawls, incoerente, confuso e ainda marcado pelo pensamento utilitarista.

Na opinião de Wolff (1981), por exemplo, “o véu da ignorância” coloca o problema das negociações, necessárias ao estabelecimento do contrato, infinitamente indeterminado e totalmente insolúvel. É por esse motivo que Rawls apela para um conhecimento genérico da sociedade, que os indivíduos deverão ter na posição inicial. Cabe perguntar-se, segundo Wolff, se é possível contar com esse tipo de saber e em que consistiria. Sua resposta é negativa, pois considera que as características de “atemporalidade e impessoalidade” da

posição original, impossibilitam o desenvolvimento dessa espécie de conhecimento, tendo-se em vista que “...o conhecimento social é histórico, auto-reflexivo, e constitutivo ao mesmo tempo que descritivo” (Wolff, 1981:73).

Mas a crítica mais radical ao trabalho de Rawls – em especial, à idéia de que “o véu da ignorância” conduziria à definição de princípios distributivos justos – é realizada por Nozick, o qual, em seu trabalho *Anarquia, Estado e Utopia*, vai defender que unicamente pode ser de intolerável injustiça o resultado da aplicação dos critérios distributivos adotados por indivíduos em situação na qual desconhecem suas capacidades, talentos e seus correspondentes investimentos prévios em educação e trabalho.

Para Nozick, uma distribuição é justa se existiu justiça na aquisição inicial e nas transferências efetuadas posteriormente. Algumas situações concretas podem não estar geradas de acordo com os princípios de justiça na propriedade, os de justiça na aquisição e na transferência, como no caso de roubo, fraudes ou confiscos (Nozick, 1993:194). Este exemplo permite dimensionar melhor o que o autor considera por injustiças distributivas, e qual o papel reservado ao Estado na obtenção de resultados justos – reparador das injustiças mencionadas ou, no dizer de Aristóteles, corretivo das relações entre os indivíduos.

Nozick sustenta, desse modo, a necessidade de um Estado mínimo ultraliberal que não teria nenhuma intervenção na distribuição dos bens, considerando que as distribuições se dão naturalmente, segundo a capacidade e o mérito de cada pessoa. As desigualdades se justificariam em nome da liberdade (Nozick, 1991:201-244).

Outra crítica importante, talvez a que mais tenha desagradado a Rawls, que tentou formular uma teoria oposta e superadora do utilitarismo, é a efetuada por autores, como Lacoste, que entendem que a igualdade preconizada no primeiro dos postulados é atenuada por um realismo utilitarista manifesto no segundo princípio, uma vez que:

...para Rawls, não existe injustiça no fato de um pequeno número obter vantagens superiores à média, contanto que justamente por aí – mas como é possível saber – a situação dos mais desfavorecidos seja melhorada. (Lacoste, 1992:139)

Porém, as críticas mais fundamentais são as que destacam, por um lado, a ausência de qualquer concepção de geração, desenvolvimento, limitações ou simplesmente problemas do poder político e, por outro, a desconsideração dos fatores relacionados à estrutura de produção, limitando suas propostas aos padrões de distribuição (Wolff, 1981).

Apesar das críticas mencionadas, a teoria da justiça de Rawls aporta bases fundamentais à busca de uma conceituação do termo equidade. Basta destacar a incorporação de interesses coletivos como resultado do contrato original entre indivíduos, o papel do Estado na distribuição dos bens básicos e a preocupação com a diminuição das desigualdades por intermédio de políticas que, em alguma medida, melhorem a situação dos menos favorecidos.

Por fim, cabe salientar que alguns autores (Barr, 1987; Pereira, 1990) diferenciam duas teorias no pensamento liberal: a Libertária ou Conservadora / Libertária, cujo principal representante é Nozick, e a Liberal, na qual podem ser identificados distintos princípios distributivos, dentre os quais se destacam o adotado pelos utilitaristas e o “maximin” rawlsiano.

Os princípios norteadores dos conservadores/ libertários são a liberdade, o individualismo e, possivelmente, a desigualdade. Por um lado, a corrente libertária considera a liberdade como meio necessário e suficiente para o alcance de todos os fins desejáveis pelos indivíduos. Por outra parte, o binômio liberdade/individualismo faz com que os problemas sociais sejam tratados como “...resultantes de causas individuais e que requerem, inevitavelmente, ação individual para sua resolução” (Pereira, 1990:404).

No que tange à teoria denominada ‘Liberal’, contrariamente ao tratamento unificado dado pelos autores, os comentários efetuados oportunamente em relação ao utilitarismo e aos princípios enunciados por Rawls evidenciam diferenças que impedem a consideração das

propostas sob uma linha de pensamento comum, diferenciadas exclusivamente a partir dos critérios distributivos. Representam posições filosóficas e políticas diferentes. É preciso lembrar que, contrariamente ao individualismo utilitarista e ao papel não intervencionista do Estado, para Rawls, o sistema social é um sistema de cooperações que visa a obter vantagens mútuas, e o Estado, o responsável pela distribuição dos bens sociais primários.

Portanto, com base no binômio liberdade/igualdade, parece mais adequado distinguir, no pensamento liberal, duas linhas teóricas: as que tratam a igualdade como subordinada e decorrente das liberdades individuais – os clássicos, em geral, e os utilitaristas – e as que centram suas análises, para além da preservação das liberdades individuais, no atingimento de um patamar mais igualitário a partir de intervenções redistributivas a cargo do Estado. Em outras palavras, dois tipos de teorias, cada uma das quais põe ênfase diferente nos componentes do binômio liberdade/igualdade.

Outra contribuição importante no campo da justiça social é a elaborada por Sen (1992), que assume, como valores centrais, a igualdade e a liberdade, mas entendendo-se esta última em sentido amplo, no qual, além da possibilidade de escolha individual, se inclui o requisito de segurança social e econômica.

Sen considera que a vida pode ser vista como um conjunto de funções inter-relacionadas e que as realizações, ou resultados, pessoais podem ser entendidas como o vetor resultante dessas funções. Como exemplo de funções relevantes, menciona ser bem nutrido, ter boa saúde, bem como algumas mais complexas, como ser feliz, ter auto-estima (Sen, 1992:39). Mas, o ponto central, segundo esse autor, está na capacidade de os indivíduos exercerem essas funções, na capacidade de as pessoas transformarem bens em funções. O conjunto de capacidades do indivíduo representa sua efetiva oportunidade de consecução do bem-estar, assegurando a liberdade de escolha entre formas de vida – escolha entre o conjunto de vetores de funcionamentos possíveis (1992:40-41).

A igualdade na distribuição dos bens primários proposta por Rawls, na compreensão de Sen, não é suficiente para assegurar tratamento equitativo, pois a desigualdade de capacidades é o princípio primordial de ajuste para a obtenção da equidade.

Importa distinguir capacidades de bens primários e de realizações; por exemplo, uma pessoa pode ter mais bens primários que outra, medidos tanto em recursos como em liberdade, mas ser portadora de algum tipo de incapacitação, ou mesmo duas pessoas podem ter igualdade de capacidades, mas chegarem a estados de bem-estar diferentes simplesmente como resultado da liberdade de escolha (Sen, 1992: 81-82).

Nesta proposta, o estado de saúde depende da capacidade de funcionar que as pessoas têm a sua disposição, incorporando, a esse conceito de 'capacidade', diferentes fatores determinantes das necessidades tanto os relacionados com as características biológicas e sociais dos indivíduos quanto os decorrentes da oferta existente, produto das políticas sociais implementadas, incluindo variáveis referentes à qualidade dos serviços. Ou seja, tal capacidade é determinada pelos bens – por exemplo, cuidados de saúde, educação, alimentação – e pelas características dos bens – eficácia clínica, conhecimentos, composição protéica da dieta. Por sua vez, as características dos bens religam-se aos fatores ambientais – disponibilidade de cuidados médicos, de boa educação, de alimentação nutritiva – e a características pessoais – idade, nível socioeconômico, dimensão da família.

Com base no exposto, pode-se afirmar que, para Sen, a equidade deve ser entendida como igualdade de oportunidades e que, para sua efetiva consecução, torna-se necessário compensar as desigualdades de capacidade.

Finalmente, destaca-se a contribuição realizada nos últimos anos por Fleurbaey (1995a), para o qual importa a obtenção de “igualdade de realizações fundamentais”. Para tanto, propõe listar todas as realizações expressivas para os indivíduos, indicando, em cada caso, se o resultado é responsabilidade pessoal ou social.

Para o conjunto de realizações de responsabilidade social, denominado “Equalisanda” – entre as quais, segundo o autor, encontra-se a saúde – devem ser definidos os recursos distribuíveis, os talentos ou *handicaps* que não são redistribuíveis, mas justificam intervenção pública, os resultados esperados – que podem ser entendidos como as funções de Sen; os centros de decisão responsáveis pelas realizações – governo, autoridades locais, empresas públicas; e o âmbito de exercício das responsabilidades, por exemplo, quanto à distribuição dos recursos ou aos resultados (Fleurbaey, 1995a:30-33; 1995b:684-88).

Esta forma de abordagem conserva os aspectos interessantes das teorias contemporâneas mencionadas; o acento não é posto nos recursos em si mesmos, mas no que eles permitem fazer (Sen), porém limitando a abrangência de igualdade (Rawls), referida neste caso às realizações fundamentais de responsabilidade social.

Assim, pode-se dizer que a contribuição do pensamento contemporâneo centra-se, na valorização da noção de igualdade como objetivo final, seja de bens primários, de oportunidades e condições (capacidades) seja de realizações fundamentais, bem como no reconhecimento explícito de fatores determinantes das diferenças existentes, que dizem respeito a aspectos biológicos, sociais e político organizacionais. Em outras palavras, assume a necessidade de assegurar direitos igualitários para além das diferenças individuais. Cabe lembrar que a maior parte dessas propostas incorpora a necessidade de tratamento igualitário no campo da saúde.

I.2 CONCEITO DE EQÜIDADE

A preocupação com a conceituação do termo eqüidade, que já estava presente no pensamento filosófico grego – conforme mencionado na Introdução – tem-se mantido no centro das discussões de distintas áreas do conhecimento, dando lugar a numerosos trabalhos. Entretanto, em razão do interesse especial na problemática da política de saúde, serão

sintetizadas à continuação fundamentalmente contribuições contemporâneas efetuadas por autores que priorizaram o estudo da temática da equidade relativa a essa política social.

Uma primeira abordagem é a diferenciação estabelecida por distintos autores (West, 1979; Carr-Hill, 1994; Van Doorslaer et al., 1993), fundamentando-se na conceituação aristotélica dos distintos tipos de justiça, entre equidade horizontal – tratamento igual para iguais – e equidade vertical – tratamento desigual para desiguais.

A distinção entre equidade horizontal e vertical coloca dois problemas cruciais: (i) quais os aspectos relevantes para dimensionar, em cada caso, a igualdade ou a desigualdade; (ii) que se entende por tratamento (Culyer, 1993:305).

Por exemplo, parece razoável que duas pessoas com o mesmo problema de saúde devam receber igual tratamento (Equidade horizontal). Uma, entretanto, por desfrutar de condições físicas superiores, ou melhor estado nutricional, reage mais rapidamente à terapêutica. Neste caso, a igualdade de tratamento resulta em desigualdade de resultado. Em consequência, teria sido mais equitativo proporcionar melhores cuidados ao paciente cuja capacidade de resposta fosse presumivelmente pior (Equidade vertical) (Le Grand, 1988:57).

Assim, um mesmo caso pode ser entendido de formas diferentes em função das variáveis que sejam utilizadas para dimensionar a igualdade. Por sua vez, a igualdade de tratamento pode, por exemplo, ser dimensionada como igualdade no consumo de serviços de saúde (através dos *inputs*), ou a partir da igualdade dos resultados esperados (centrando-se nos *outcome*) (Culyer, 1993:306). Desse modo, conforme as definições prévias efetuadas pelo avaliador, um mesmo caso pode ser abordado em termos de equidade horizontal ou vertical.

Entretanto, a diferenciação efetuada entre equidade horizontal e vertical pode também ser questionada por todos aqueles que consideram não haver duas pessoas iguais nem duas situações idênticas. Neste caso, a equidade horizontal perderia aplicabilidade.

Outros autores, como Jardanovski e Guimarães (1993), têm feito diferente leitura dos conceitos de equidade horizontal e vertical, associando a primeira ao tratamento intranecessidades e a segunda ao relativo a internecessidades. A equidade horizontal é entendida como tratamento igual para necessidades de saúde iguais, considerando a existência de necessidades diferentes segundo gênero, idade ou condições sociais. A equidade vertical busca o tratamento “apropriadamente desigual” de necessidades de saúde distintas, incorporando a questão das prioridades, por exemplo, entre ações preventivas e cirurgias reparadoras ou entre tratamento de pacientes com deficiências renais crônicas e cobertura integral em programas de assistência ao parto.

Sem dúvida, a equidade vertical, entendida como a priorização internecessidades, serve de sustento a propostas atuais – como as de cobertura de pacotes mínimos de necessidades de saúde – e parte de pressupostos questionáveis – como, por exemplo, que as necessidades, quer sejam individuais quer regionais, sempre respondem à mesma ordem de prioridade – acreditando que é possível efetuar hierarquização geral das necessidades.

Ainda reconhecendo que na prática, a escassez de recursos pode impor limites à cobertura das necessidades existentes, a hierarquização das mesmas é variável que não faz parte do conceito de equidade *per se*.

Outra distinção importante entre tipos de equidade é a efetuada por Turner (1986:35-36), que relaciona:

- igualdade ontológica;
- igualdade de oportunidades;
- igualdade de condições;
- igualdade de resultados.

A idéia de que existe igualdade ontológica entre os seres humanos é própria de certas concepções religiosas e tradições morais, e se funda na noção de igualdade ante Deus.

No que tange à igualdade de oportunidades, Turner identifica a existência de um critério meritocrático e a considera um evidente legado das Revoluções Francesa e Americana. O alcance das realizações pessoais depende do mérito individual, deixando aparentemente de lado distinções de idade, sexo ou riqueza. Aparentemente, porque resulta fácil demonstrar a existência de diferenças de oportunidades, quando baseadas exclusivamente no mérito entre indivíduos de distintos grupos sociais: pessoas que, por herança, partem de situações mais favoráveis tanto em relação a seu nível econômico quanto a sua posição social, têm mais oportunidades que outras que não contam com a mesma herança.

Considera, portanto, que é necessário levar em conta as desigualdades existentes nos pontos de partida (condições/*handicaps*) para que a igualdade de oportunidade tenha algum significado real. Como exemplo da implementação deste tipo de objetivo, cita as políticas Welfarianas em alguns países da Europa. Para finalizar, Turner associa a igualdade de resultados às políticas socialistas que pretendem compensar, para além das desigualdades de condições, as diferenças de talento e habilidade.

No âmbito da saúde, especificamente, Julian Le Grand é um dos autores que mais contribuições têm trazido em relação à temática da equidade. Ele distingue cinco tipos de equidade concernentes à distribuição da despesa pública:

- a) aquele que objetiva a igualdade da despesa pública per capita;
- b) o que persegue a igualdade de rendimento, procurando compensar os rendimentos das populações de mais baixa renda mediante a despesa pública com políticas sociais, obtendo-se, desta maneira, equiparação entre os rendimentos dos diferentes grupos sociais;

- c) o que procura a igualdade de utilização, em que a despesa pública deverá favorecer a igualdade no consumo dos diferentes serviços;
- d) o que está referido à igualdade do gasto, para o qual os recursos públicos deverão ser alocados de forma tal que todos os indivíduos tenham o mesmo gasto pessoal por unidade de serviço utilizado;
- e) o que tem por finalidade a consecução da igualdade nos níveis de saúde por meio de distribuição da despesa pública orientada para obtenção de iguais resultados (Le Grand, 1982).

Pode-se perceber a falta de conceituação do termo equidade nesta tipologia apresentada por Le Grand, devendo ser, na verdade, entendida como diferentes formas de operacionalização. De outro ponto de vista, é possível afirmar que, excetuando as distribuições estabelecidas a partir da igualdade de despesa e da igualdade de gasto, as restantes, para uma efetiva operacionalização, deverão levar em conta fatores relativos à determinação biológica e social das necessidades da população, tratando desigualmente os desiguais. Outro aspecto importante na classificação apresentada está relacionado com o papel intervencionista do Estado no alcance de melhores patamares equitativos, já que se trabalha a partir da distribuição da despesa pública em todos os casos.

Em trabalhos mais recentes, Le Grand (1988) afirma que a maioria dos tipos de equidade mencionados, por representar variações de mesma idéia ou objetivo, pode ser sintetizada em três:

- a) tratamento igual para necessidades iguais;
- b) igualdade de acesso;
- c) igualdade de saúde.

Cabe destacar que, neste caso, a igualdade de acesso é entendida como igualdade de custos pessoais para a obtenção de tratamento, incluindo variáveis como distância dos serviços e tempo de espera para o atendimento. Porém, o que é denominado pelo autor como simples síntese, pode ser visto como mudança implícita no conceito de equidade, já que a nova classificação, em todos os casos e em alguma medida, está vinculada a fatores determinantes das desigualdades de necessidades existentes.

Por sua vez, Artells (1983) e Mooney (1983) consideram que é possível, a partir da bibliografia existente, diferenciar sete formas distintas de definir operacionalmente equidade:

- a) *igualdade de despesa per capita*: que parte do pressuposto de que a distribuição é equitativa quando efetuada em função do tamanho populacional.
- b) *igualdade de recursos per capita*: que incorpora à distribuição, realizada em base populacional, correções em função das diferenças de preço observadas em cada região.
- c) *igualdade de recursos para necessidades iguais*: que estabelece que, para obter distribuições equitativas, devem ser levadas em conta as diferentes necessidades sanitárias existentes, efetuando correções com base tanto no perfil demográfico quanto no epidemiológico.
- d) *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 (por exemplo, a distância aos serviços).
- e) *igualdade de utilização para iguais necessidades*: que considera não só a distribuição da oferta e os custos sociais, como outros fatores condicionantes da demanda. Neste caso deverá efetuar-se uma discriminação positiva em favor dos grupos regionais ou sociais com menos predisposição para a utilização dos serviços de saúde.

- f) *igualdade de satisfação de necessidades marginais*: que parte do pressuposto de que as necessidades mantêm a mesma ordem de prioridades nas diferentes regiões. Assim, a equidade seria alcançada quando um incremento ou corte nos recursos, o aumento ou a diminuição na cobertura das necessidades, fossem os mesmos em todas as regiões.
- g) *igualdade nas condições de saúde*: que tem por objetivo a igualdade nos indicadores de saúde.

Como se pode observar, a tipologia apresentada por Le Grand está contemplada na revisão realizada por Artells e Mooney e, em termos gerais, cabem os comentários já efetuados. Entretanto, cabe destacar que a “igualdade de satisfação de necessidades marginais”, é equivalente ao conceito de equidade vertical assumido por Jardanovski e Guimarães (1993).

Importa assinalar também que, para distribuições regionais de recursos, são consideradas apropriadas exclusivamente as três primeiras definições operacionais mencionadas: igualdade de despesa per capita, igualdade de recursos per capita e igualdade de recursos para necessidades iguais (Mooney, 1983:179-83).

Por sua vez, Travassos (1992) distingue entre “equidade em saúde” e “equidade de utilização dos serviços de saúde”, observando que nem todos os fatores determinantes das desigualdades nos níveis de saúde intervêm na determinação das desigualdades no uso dos serviços de saúde e que a obtenção da “igualdade no uso dos serviços de saúde” não assegura a “igualdade nos resultados”

Priorizando a discussão da igualdade de utilização dos serviços de saúde, elabora um esquema para análise de suas determinações com base em duas suposições centrais:

- 1) as necessidades em saúde são socialmente determinadas;
- 2) o uso dos serviços de saúde é determinado tanto pelas necessidades de saúde da população quanto pelas características da oferta do mercado de serviços de saúde (política de saúde).

Neste caso, para além da determinação biológica e social das necessidades, são considerados fatores relacionados com a efetiva implementação da política de saúde, suas características organizacionais e gerenciais – por exemplo, oferta de serviços, composição em termos do mix público/privado, estrutura do financiamento, formas de pagamento etc. – e também o nível de conhecimento e experiência dos profissionais, sua ideologia⁵ e grau de autonomia. Assim, esta interpretação de “igualdade no uso dos serviços de saúde” resulta mais abrangente que a apresentada na tipologia elaborada por Artells (1983) e Mooney (1983), já que incorpora fatores relacionados com a qualidade dos atendimentos e serviços.

Em termos gerais, pode-se dizer que o modelo de determinações elaborado por Travassos se enquadra no esquema de Sen, mas incorpora fatores não considerados no conceito de capacidades básicas tanto em relação às políticas organizacionais e às formas gerenciais quanto no que se refere à qualidade dos atendimentos e serviços.

Encerrado este ponto, é oportuno assinalar alguns aspectos observados nos trabalhos tomados como referência da temática da equidade e, em especial, da equidade em saúde.

O primeiro, relacionado ao emprego dos termos equidade e igualdade. Todos os autores trabalham equidade no sentido de alcance do maior patamar de ‘igualdade’, diferenciando alternativas que, em alguns casos, vão desde a igualdade de despesa per capita até a igualdade de resultados.

O segundo, referente à conceituação do termo equidade. Ainda considerando que na maior parte dos trabalhos existem contribuições importantes para a construção de uma definição conceptual de ‘equidade’, observa-se uma centralização nas definições operacionais e na escolha dos fatores mais adequados para sua implementação.

⁵ A autora se refere à possibilidade de um profissional escolher tratamentos diferentes para necessidades iguais em função do grupo social a que pertence cada paciente. Em outras palavras, a ideologia poderia determinar tratamento de primeira para cidadão de primeira e tratamento de menor qualidade para pessoas de baixa renda.

Por último, a existência de certo consenso, explícito ou implícito, quanto à necessidade de intervenção do Estado no processo distributivo.

I.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As sínteses efetuadas mostraram que, em termos gerais, as distintas teorias de justiça, implícitas ou explícitas, abordam a temática da igualdade, mas diferenciam-se de modo substancial em relação ao tipo de igualdade que deve ser procurada para o conjunto dos indivíduos – como, por exemplo, igualdade de utilidade, igualdade de bens primários, igualdade de resultados ou realizações.

Entretanto, é possível dizer que a questão da equidade não é preocupação efetiva nas teorias que centram seu objetivo no princípio da liberdade, tratando os aspectos relativos à justiça distributiva como decorrentes do exercício da liberdade dos mercados e dos indivíduos. Assim, deve-se considerar que, nesses casos, ‘equidade’ foi categoria imposta desde fora e que não faz parte de suas elaborações teóricas. Da mesma forma, é necessário destacar que a formação de mercados perfeitamente livres e competitivos, condição fundamental para efetivar sua capacidade auto-reguladora, não tem ocorrido em nenhuma realidade concreta. A mencionada capacidade auto-reguladora do mercado é questionada no que se refere à distribuição de bens sociais básicos, inclusive por autores identificados com a corrente de pensamento liberal, como Rawls.

No que diz respeito ao pensamento marxista, cabe assinalar sua contribuição no estabelecimento da justiça distributiva fundada no critério “a cada qual segundo suas necessidades” e na definição de seus correspondentes fatores determinantes, a qual, como se pôde observar, tem permeado a maior parte dos trabalhos relativos à temática da equidade.

Finalmente, assinala-se que, dentre as teorias contemporâneas, aquelas elaboradas por Rawls e Sen podem ser tidas como referencial teórico para conceituar o termo equidade. Contudo, mesmo reconhecendo a importância da contribuição efetuada por Rawls, em sua *Teoria da*

Justiça, quanto à prioridade explícita pelo princípio da liberdade, é o aporte da concepção elaborada por Sen, fundada no conceito de “capacidades básicas” e com o entendimento de que para exercício efetivo da liberdade é preciso garantir patamares igualitários nos aspectos sociais e econômicos, a que apresenta sustentação teórica mais apropriada para definir conceitualmente equidade.

Desse modo, garantindo a liberdade de escolha e compensando as desigualdades entre as correspondentes capacidades básicas determinadas por fatores biológicos, socioeconômicos e pela disponibilidade de oferta existente, seria possível assegurar a efetiva igualdade de oportunidades na consecução do bem-estar.

No que diz respeito aos trabalhos que enfocam a temática da equidade, em especial os realizados desde o âmbito da saúde, cabe destacar que têm-se caracterizado pela sua definição operacional e pela busca de instrumental apropriado para sua implementação.

As abordagens efetuadas pelos diferentes autores representam, por sua vez, graus diferentes de aproximação, que vão desde as características mais gerais até aspectos específicos, porém entre os quais existem inter-relações que são sintetizadas no quadro seguinte:

TUNER	LE GRAND	ARTELLS/MOONEY
Igualdade de oportunidade	Igualdade de despesa per capita Igualdade de gasto per capita	Igualdade de despesa per capita Igualdade de recursos per capita Igualdade de satisfação de necessidades marginais
Igualdade de oportunidades/condições	de Igualdade de rendimentos Igualdade de utilização	Igualdade de recursos para necessidades iguais Igualdade de acesso Igualdade de utilização
Igualdade de resultados	Igualdade nos níveis de saúde	Igualdade de condições de saúde

Contudo, foi possível verificar que, também nas definições operacionais, a equidade é sempre entendida como o alcance de maior patamar de igualdade.

Tomando como base o exposto, equidade será entendida como o princípio que rege funções distributivas, as quais têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas. Portanto, desde um ponto de vista teleológico, equidade e igualdade são sinônimos. Não existem propostas equitativas que tenham por objetivo final o alcance de maiores desigualdades. Pode ser este um dos fatores que motivam o uso indistinto dos termos equidade e igualdade.

Resultados equitativos, todavia, pressupõem redistribuições desigualitárias de recursos, produto de ajustes efetuados em função dos fatores biológicos, sociais e político-organizacionais determinantes das desigualdades existentes.

Distribuições igualitárias – por exemplo, de recursos financeiros e físicos – que podem ser consideradas mais justas que outras distribuições determinadas segundo a capacidade de barganha dos distintos grupos sociais, comprometem a obtenção de patamares mais igualitários nos resultados esperados quando medidos em outras unidades que não a igualdade de recursos, como a partir de variáveis relativas às efetivas necessidades populacionais. **No âmbito da saúde, destaca-se como desejável a igualdade de oportunidades no uso de serviços de saúde, no sentido de oportunidades e condições de Turner, e incorporando além da igualdade no acesso a igualdade no tratamento necessário e na qualidade do mesmo.**

Quanto ao que diz respeito mais especificamente à distribuição geográfica equitativa de recursos financeiros no setor saúde, deve-se lembrar que é condição necessária – porém, não suficiente – para o alcance do tratamento equitativo entre grupos sociais e entre indivíduos, e que, em função do exposto, o critério mais apropriado é “definição de recursos segundo necessidades”, entendendo-se que as necessidades estão determinadas por um conjunto de fatores, dentre os quais sobressaem os biológicos e socioeconômicos.

Nesse sentido, distribuições geográficas mais equitativas de recursos financeiros deveriam efetuar redistribuições em favor das regiões com condições sanitárias e socioeconômicas mais precárias, para as quais corresponderiam percentuais superiores aos estimados em função do tamanho populacional.

Finalmente destaca-se que, em função dos objetivos deste trabalho, não se procurará definir conceitualmente o termo necessidade, no entanto, esta noção será analisada em sua forma de operacionalização nos países que implementaram políticas distributivas para o setor saúde norteadas pelo objetivo de atingir maior patamar de equidade na distribuição geográfica de recursos financeiros.

II. EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL NA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Tomando como referência o conceito de equidade, em geral, e para distribuição de recursos, em particular, neste capítulo serão analisadas as experiências realizadas na Inglaterra, Espanha e Itália, países que têm procurado efetuar a distribuição inter-regional dos recursos financeiros destinados ao setor saúde com base em critérios técnicos, objetivando o alcance de maior patamar de equidade. Os três modelos distributivos serão discutidos em função de sua aplicabilidade ao caso brasileiro.

Neste contexto, o caso da Inglaterra apresenta particular relevância não apenas por ser a experiência mais prolongada, mas, essencialmente, pela discussão que tem suscitado tanto a partir de sua proposta inicial quanto de suas sucessivas reformulações. Cabe destacar que a forma distributiva, implementada a partir de 1976 e que continuou vigente até 1991 (Sheldon et al., 1993:835), foi adotada por outros países do Reino Unido e considerada base de discussão importante para definição das formas distributivas de outros países, inclusive Espanha e Itália. Igualmente, a metodologia aplicada na Inglaterra nesse período foi também utilizada para avaliar a equidade na distribuição geográfica de recursos em estudos referidos a outros países, tais como Índia, Gana, França, Holanda e Finlândia (Bevan, 1991).

II.1 INGLATERRA

O sistema de saúde inglês surgiu nos moldes do seguro social, transformando-se posteriormente num sistema regido por princípios vinculados aos modelos de seguridade social. Desde o início do século, a Inglaterra tem avançado, do ponto de vista legal, no sentido da universalização da cobertura conquistada, por meio do decreto que, ao mesmo

tempo, nacionalizou os hospitais e estabeleceu o financiamento do sistema com recursos gerais de Estado, sancionado em 1944, e em especial com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1948.

Os princípios definidos como básicos para a construção de um sistema mais equitativo consistiram em cobertura universal tanto para serviços assistenciais quanto preventivos; em proporcionalidade, no financiamento, em função da capacidade de pagamento, em igualdade na oportunidade de acesso aos serviços; e, por fim, em distribuição geográfica equitativa de recursos físicos e financeiros (Whitehead, 1994:1285).

Entretanto, apesar da adoção de um sistema norteado pelos princípios welfaristas, este alocava seus recursos, até a década de 60, por meio de uma dinâmica orçamentária incrementalista, cujo efeito era a manutenção das desigualdades regionais existentes, verificando-se que as regiões mais favorecidas na distribuição dos recursos financeiros não eram aquelas mais necessitadas (Cuyler et al., 1981:143).

Identificada a necessidade de promover um patamar inter-regional mais equitativo no repasse dos recursos, procurou-se de início equilibrar a oferta de serviços mediante programas de investimento que tinham por objetivo igualar a relação leitos/população entre as regiões. Uma proposta ambiciosa, que foi desenvolvida lentamente em razão da falta de recursos financeiros disponíveis (Maynard & Ludbrook, 1983 apud Giraldes, 1987).

Em um segundo momento, no início da década de 70, implementou-se a primeira metodologia para o cálculo dos recursos correspondentes às atividades hospitalares de cada região. Esta aplicava-se unicamente à distribuição de recursos de custeio e considerava três tipos de indicadores regionais: (i) demográficos – composição da população segundo sexo e idade; (ii) estoque de leitos disponíveis e, (iii) fluxo inter-regional de casos (Mays, 1995).

No entanto, as distribuições efetuadas nos anos posteriores pouco se diferenciavam da tendência antes observada basicamente em função dos critérios escolhidos que expressavam apenas de forma marginal os diferentes perfis das necessidades (Grã-Bretanha, 1976:7).

Assim, com o objetivo de realizar uma proposta para distribuição dos recursos financeiros que favorecesse a obtenção de igualdade da oportunidade de acesso para necessidades iguais (Bloor & Maynard, 1995:2), designou-se uma comissão que apresentou suas recomendações no Resource Allocation Working Party (RAWP).

O método formulado no RAWP partiu de alguns princípios básicos: deveria ser aplicado visando distribuir o total dos recursos, incluídos os relativos aos médicos gerais (*General Practitioners - GPs*); deveria ser definido um tratamento diferenciado para as transferências de custeio e de capital, e determinados critérios específicos para cada item de despesa – internações não psiquiátricas, serviços ambulatoriais, saúde coletiva, ambulâncias, internações psiquiátricas, internações de incapacitados mentais, administração –; e, finalmente, deveria ser aplicável tanto para regiões (Regional Health Authorities - RHA) quanto para áreas (Área Health Authorities - AHA).

Cabe destacar que, apesar da recomendação efetuada na proposta original do RAWP, as despesas relativas aos GPs – parte essencial do gasto em atenção primária – não foram incluídas no total a ser distribuído (Bloor & Maynard, 1995:3), o que perpetuou um sistema fracionado e impossibilitou o efetivo redimensionamento equitativo do total de recursos financeiros (Majeed et al., 1994:1426). As diferenças regionais de número de GPs per capita e, em consequência, das despesas correspondentes têm-se mantido praticamente constantes (Le Grand, 1993).

Ao tratar diferenciadamente os distintos tipos de serviços – internações não psiquiátricas, serviços ambulatoriais, saúde coletiva etc. – tornou-se necessário definir o volume de recursos destinados a cada um dos mesmos, cálculo efetuado a partir dos gastos observados, o que

significou consolidar a estrutura existente e aceitá-la como a mais adequada. Por sua vez, como o método deveria ser aplicável ao rateio dos recursos destinados tanto às regiões quanto às áreas e distritos, a seleção dos indicadores viu-se restrita pela possibilidade de obter e processar os dados correspondentes a estes três diferentes níveis administrativos.

Em 1985, considerando que as distintas regiões tinham alcançado, em termos gerais, os objetivos distributivos definidos a partir da aplicação da fórmula RAWP, solicitou-se ao NHS Management Board (Grupo de Gestão do Sistema Nacional de Saúde) a elaboração de uma metodologia de repasses de recursos financeiros que refletisse da forma mais justa possível as necessidades relativas de cada região. Em outras palavras, buscou-se demarcar uma metodologia que tivesse maior sensibilidade para mensurar as desigualdades existentes.

Apesar das reformulações efetuadas, a nova fórmula distributiva – aplicada a partir de 1991 – manteve as principais características da anterior (Carr-Hill RA, 1990; Sheldon et al., 1993:839). Finalmente, em 1994, com base em um modelo de demanda de serviços de saúde formulado por Carr-Hill et al. (1994), elaborou-se nova proposta para distribuição inter-regional dos recursos financeiros, a qual não chegou a ser implementada ao menos até os últimos meses de 1996. Por conseguinte, em função do exposto e dos objetivos deste trabalho, a análise do caso inglês centrar-se-á na metodologia proposta no RAWP para recursos de custeio do sistema de saúde.

II.1.1 Metodologia distributiva proposta pelo RAWP

Como já mencionado, o objetivo do RAWP foi elaborar uma proposta para distribuição inter-regional dos recursos financeiros que favorecesse o alcance de uma *igualdade de oportunidades de acesso para necessidades iguais* (Bloor & Maynard, 1995:2). Para tanto, tratou-se separadamente a distribuição dos recursos destinados ao custeio dos serviços hospitalares dos correspondentes às despesas de capital. É importante frisar que a proposta relativa às despesas de capital nunca foi implementada.

Distribuição dos recursos de custeio

Na distribuição dos recursos de custeio, foram determinados critérios específicos para cada item de despesa: internações não psiquiátricas, serviços ambulatoriais, saúde coletiva, ambulâncias, internações psiquiátricas, internações de incapacitados mentais e gastos administrativos.

Internações não psiquiátricas

Para obtenção das percentagens distributivas correspondentes a cada região, a população discriminada por sexo e faixa etária foi corrigida a partir de indicadores relacionados com o perfil demográfico e a mortalidade.

O estabelecimento da composição da população segundo sexo e idade tomou como base as estimativas efetuadas para a metade do ano mais próximo ao exercício orçamentário e destacou nove faixas etárias: 0-4; 5-14; 15-19; 20-24; 25-34; 35-44; 45-64; 65-74; 75 e mais, que por sua vez seriam discriminadas por sexo.

O primeiro ajuste efetuado foi em função do perfil demográfico. Com esse objetivo, calculou-se a utilização esperada a partir da base populacional de cada subgrupo na região correspondente e das taxas de utilização observadas para o respectivo subgrupo populacional em nível nacional, segundo causa básica - em função dos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID) – excluindo-se as relativas às doenças psiquiátricas (Cap V), que são tratadas em separado.

Tal procedimento equivale à pressuposição de haver, para cada subgrupo populacional nas diferentes regiões, a mesma taxa de utilização observada em nível nacional. Assim, o total de utilização esperado para cada região é determinado pelas características regionais dimensionadas em função do tamanho da população e das correspondentes estruturas de sexo e idade. A seguir, a expectativa de utilização para cada grupo populacional, segundo os

capítulos da CID, deve ser corrigida em função de alguma medida de morbidade, entendendo-se que a mesma seria o melhor *proxy* de necessidades.

O RAWP, ante a falta de informação em relação à morbidade e à pouca confiabilidade daquela existente, optou por trabalhar com mortalidade como *proxy* de morbidade e, portanto, de necessidades. Neste caso, utiliza-se a *Standardised Mortality Ratios* (SMRs) como fator de correção, definindo-a como a relação entre a mortalidade observada por sexo, idade e causa básica em cada região e a esperada em função da correspondente taxa nacional (Grã-Bretanha, 1976:16; Carr-Hill et al., 1994:9).

Destaque-se que a SMR não se aplica à ponderação da utilização estimada no caso das causas básicas referentes às doenças de pele (Cap XII), uma vez que não existe o mesmo grau de correlação entre morbidade e mortalidade, nem para as relativas à gravidez, parto e atendimento ao recém-nascido (Cap XI), para as quais se considera que o ajuste efetuado em função das diversas estruturas demográficas é suficiente para dimensionar as necessidades regionais.

Note-se que as SMRs, quando calculadas para cada subgrupo populacional, expressam desigualdades entre a mortalidade observada e a esperada não referentes à estrutura demográfica segundo sexo e idade, mas a outros fatores determinantes das necessidades regionais.

Sintetizando, para cada subgrupo populacional serão efetuados os seguinte cálculos:

Utilização Esperada $R_{i,j,k}$ em R= População $R_{i,j}$ * Taxa de utilização nacional $U_{i,j,k}$
Valor base $R_{i,j,k}$ = Utilização esperada $R_{i,j,k}$ * SMR $R_{i,j,k}$
R= Região
i= sexo
j= faixa etária
k= causa básica segundo CID

Finalmente, para determinar os valores base distributivos, é preciso obter os subtotais regionais e um total nacional resultantes, no primeiro caso, do somatório dos valores calculados por subgrupo populacional e conforme aos capítulos da CID em cada região e, no segundo, do somatório dos subtotais regionais. A comparação entre os subtotais regionais e o total nacional permite estabelecer a distribuição percentual de recursos de custeio para internações não psiquiátricas.

Caso seja possível, recomenda-se realizar uma correção adicional em função do fluxo de pacientes de uma região para outra. A diferença entre o número de pacientes derivados e os recebidos é o fluxo líquido tomado como base quantitativa para compensações inter-regionais. O volume de recursos que o fluxo quantitativo representa seria calculado a partir de estimativas dos custos médios nacionais para as internações de cada especialidade.

Internações psiquiátricas

Neste caso, a população é discriminada por sexo, faixa etária e estado civil. Esta última variável foi introduzida por considerar-se, a partir do perfil de utilização observado, que as pessoas casadas são menos sujeitas às doenças mentais. As faixas etárias foram as mesmas aplicadas no caso de internações não psiquiátricas e a unidade de utilização foi internação psiquiátrica.

A mortalidade não foi considerada variável apropriada para determinar os níveis de necessidades deste tipo de serviço, em virtude de raras vezes as doenças mentais constituírem causa direta de morte.

Assim as percentagens distributivas foram calculadas exclusivamente a partir dos totais de utilização estimada para cada região. Também neste caso considerou-se conveniente efetuar correções adicionais em função do fluxo inter-regional de pacientes. Por fim, recomendou-se

que fosse efetuado um ajuste capaz de refletir diferenças quanto à proporção de internações permanentes ou com vários anos de duração.

Internação de incapacitados mentais

A metodologia aplicada ao caso de incapacitados mentais é a mesma que a apresentada para internações psiquiátricas. Os totais obtidos, como ocorre com as internações psiquiátricas, deverão ser ajustados de acordo com o fluxo de pacientes e os tratamentos de longa duração.

Serviços ambulatoriais

O procedimento utilizado para o cálculo dos valores regionais para o custeio dos atendimentos ambulatoriais é similar ao efetuado para internações não psiquiátricas. A utilização ambulatorial esperada para cada subgrupo populacional em função das taxas nacionais é corrigida a partir da correspondente SMR.

Cabe destacar que, neste caso, não foi efetuada a abertura por capítulo da CID, dada a falta de informação assim discriminada acerca da utilização. Em consequência, também as SMRs foram calculadas exclusivamente segundo sexo e idade. Na simulação efetuada no relatório, consideraram-se os grupos etários de 0 a 4; 5 a 14; 15 a 44; 45 a 64; 65 a 74; 75 e mais, dimensionando-se a utilização tomando como unidade o número de atendimentos ambulatoriais.

Os valores base distributivos e as correspondentes percentagens são igualmente calculados a partir do somatório de subtotais regionais e de sua comparação com o total nacional.

Serviços de Saúde Coletiva

Nesta situação, foram distinguidas quatro faixas etárias – 0 a 4; 5 a 14; 15 a 64; e 65 e mais – sem haver discriminação por sexo. Entretanto, dada a informação disponível, o ajuste em função das desigualdades existentes nos perfis demográficos foi estabelecido com base na

estimativa do gasto com programas de saúde coletiva para cada subgrupo populacional de cada região em função do correspondente gasto nacional per capita. O gasto assim estimado para cada faixa etária foi corrigido a partir das respectivas SMRs. As percentagens distributivas são calculadas a partir dos subtotais regionais, da mesma forma que nos casos anteriores.

Serviços de ambulância

Estudos demonstraram que as variáveis idade e sexo não tinham poder explicativo no que concerne à necessidade de remoções. Portanto, os totais distributivos foram obtidos a partir da população corrigida em função das SMRs globais.

Custos administrativos

Estes recursos estão referidos exclusivamente aos custos administrativos gerados pelos GPs – os recursos para remuneração dos GPs, como já se mencionou, ficaram excluídos da fórmula distributiva. Os gastos administrativos restantes incluem-se na distribuição correspondente a cada tipo de serviço. Para rateio desta despesa, tomou-se como base o número de habitantes.

Total regional para recursos de custeio

A síntese distributiva para financiamento do custeio dos serviços de saúde é calculada mediante a média ponderada das distribuições obtidas para cada tipo de serviço – internações não psiquiátricas, atendimentos ambulatoriais etc. Os fatores de ponderação são determinados em função da participação relativa de cada tipo de serviço no total do gasto executado no ano anterior. Para concluir, são efetuados dois ajustes adicionais sobre a síntese distributiva, um em função dos custos especiais dos serviços com atividades de ensino e pesquisa e outro, para compensar, ainda que parcialmente, as desigualdades existentes entre os custos das diferentes regiões.

No primeiro caso, criou-se o fator de ajuste *Service Increment for Teaching* (SIFT), calculado a partir de um estudo já existente acerca de 45 hospitais que contavam, além dos serviços assistenciais, com programas de ensino e pesquisa. A metodologia consistiu basicamente na discriminação do gasto efetuado com os programas mencionados, estimando-se o custo adicional por estudante. Também definiu-se que o fator de ajuste fosse considerado com peso de 0,75 para atividades de ensino e 0,25 para pesquisa, recomendando-se, entretanto, a realização de estudos especiais para determinar com maior precisão os custos adicionais. No segundo, foram efetuadas correções em função das desigualdades nas estruturas de custos, fundamentalmente a partir das diferenças salariais existentes entre as regiões.

Crítica à metodologia RAWP

A metodologia RAWP, aplicada na Inglaterra entre 1976 e 1991, tem sido objeto de numerosas análises críticas, em especial dirigidas ao questionamento concernente à utilização da mortalidade como *proxy* de morbidade e, conseqüentemente, de necessidades.

Por exemplo, a comparação entre as taxas de mortalidade padronizadas por sexo e idade, com as correspondentes de morbidade calculadas a partir do Inquérito Nacional de Saúde GHS dos anos 1972-1973, mostrou que, contrariamente ao observado em relação às doenças crônicas, não existe correlação entre as taxas padronizadas no caso de doenças agudas (Forster, 1977).

Ao mesmo tempo, estudo realizado nos EUA pelo National Center for Health Statistics, em 1973, demonstrou que a mortalidade é indicador sensível do estado de saúde apenas quando as doenças infecciosas configuram problema de saúde significativo (Giraldes, 1987).

Por sua vez, Wiles (1984 apud Giraldes, 1987) destacou as diferenças existentes quanto às necessidades de recursos, inclusive em uma mesma causa de morte, entre mortes prematuras e aquelas que aconteceram depois de longo período de tratamento. Da mesma forma, foi assinalado que a mortalidade não reflete a ampla gama de morbidade que um indivíduo pode apresentar no decorrer de sua vida; por conseguinte, não permite dimensionar a necessidade

de recursos que demandaria seu atendimento (Ferrer, 1977 apud Giraldes). Ao mesmo tempo apontou-se que as SMRs não refletem ou expressam, na sua totalidade, variações nas morbidades associadas com condições sociais e econômicas (Mays, 1994:S99).

Outro questionamento importante diz respeito ao fato de que o RAWP assume, sem base empírica de comprovação, uma correlação de 1:1 entre mortalidade e necessidades em saúde, já que o peso atribuído à SMR é igual a 1 (Barr & Logan, 1977:994-96).

Em relação à abertura segundo capítulos da CID, cabe destacar que, em determinados capítulos, existe importante número de doenças que apresentam alta demanda e requerem expressivo volume de recursos, mas que raramente são causa de morte. Por conseqüência, não seria correto efetuar uma ponderação a partir da taxa de mortalidade determinada por outras doenças que compartilham o mesmo capítulo. Em 1976, realizou-se um estudo na Inglaterra e Gales para analisar a correlação existente entre o número de mortes, o número de internações e a média por dia de leitos/dia ocupados para cada capítulo da CID. Os resultados mostraram que existia correlação entre número de óbitos e internações em nove dos 14 capítulos considerados (os capítulos V; XI e XII- Doenças Psiquiátricas, Complicações da gravidez, parto e puerpério, e Doenças da pele - foram excluídos, como recomendado no RAWP), e em 12 dos 14, entre número de óbitos e a média leitos ocupados por dia. Entretanto, cabe destacar que, em alguns casos, o coeficiente de correlação indica associação ‘moderada’ entre as variáveis analisadas. Ao mesmo tempo, os dados permitiram observar que existem doenças responsáveis por 5% das mortes e por mais de 50% das internações em alguns capítulos, quando utilizada a classificação de três dígitos (Goldacre & Harris, 1980:1516-17).

Todavia, se a abertura segundo capítulos da CIDs foi questionada, a utilização da SMR global, conforme efetuada em outros países do Reino Unido, foi também criticada pelo fato de poder estar determinada por alto número de mortes correspondentes às faixas etárias de mais

idade. Por exemplo, a mortalidade na faixa etária de mais de 75 anos, em lugar de refletir níveis de morbidade e, portanto, de necessidades de serviços de saúde, pode ser interpretada como consequência inevitável da idade (Carr-Hill et al., 1994:14).

Na verdade, existe certo consenso de que a escolha da mortalidade como *proxy* de morbidade, realizada no RAWP, pode ser no mínimo considerada incompleta. Entretanto, não está claro quais as outras alternativas que poderiam ser utilizadas no seu lugar (Carr-Hill, Maynard & Slack, 1990).

Outras críticas relevantes à metodologia do RAWP (Carr-Hill et al., 1994) dizem respeito:

- à utilização do ‘número de internações’ como medida da demanda, uma vez que não expressa o total de recursos hospitalares necessários. Alega-se que alguma medida adicional de custos associados deveria ser incorporada;
- ao conservadorismo da fórmula, já que assume as taxas nacionais de utilização segundo causa como satisfatórias, não levando em conta, possíveis demandas induzidas ou eventuais demandas reprimidas ;
- à aceitação, estimando-as como satisfatórias, das taxas nacionais de utilização entre diferentes grupos demográficos.

O ajuste realizado para considerar a existência de desigualdades nas estruturas dos custos entre as regiões, empregado tanto na fórmula RAWP quanto na resultante de sua revisão, também foi objeto de questionamentos, por diminuir a capacidade redistributiva da fórmula, uma vez que sua aplicação favorece as regiões capitais, onde os salários pagos são mais elevados, ao mesmo tempo em que nelas se observa demanda proporcionalmente maior e mais complexa, e porque os critérios básicos para sua implementação nunca foram totalmente claros, permitindo a alocação de recursos conforme os interesses das autoridades centrais (Judge & Mays, 1994:1363-4).

Apesar das apreciações desfavoráveis, a aplicação do RAWP tem apresentado benefícios importantes. Segundo Carr-Hill (1994b:1195), a metodologia RAWP apresentou a vantagem de estar fundada em princípios claros e de fácil entendimento, permitindo a compreensão e conscientização das desigualdades regionais existentes e impossibilitando poderosos argumentos que pretendiam a obtenção de benefícios especiais para determinadas regiões. Em decorrência desses ganhos, junto à diminuição das desigualdades observadas na Inglaterra, surgiu o interesse pela adoção de sistemas alocativos baseados no RAWP em outros países do Reino Unido (Ver Anexo 1).

II.1.2 Revisão do RAWP

Em 1985, levando-se em conta que as distintas regiões tinham atingido, em termos gerais, os objetivos distributivos definidos desde a aplicação da fórmula RAWP, solicitou-se ao NHS Management Board a elaboração de metodologia de repasse dos recursos financeiros que refletisse, da forma mais justa possível, as necessidades relativas de cada região. Em outras palavras, que tivesse maior sensibilidade para mensurar as desigualdades existentes. A proposta final, apresentada em 1988, recomendava várias mudanças na fórmula alocativa (Carr-Hill, 1994:12), sendo as principais:

- inclusão da faixa etária ‘mais de 85 anos’ para efetuar a ponderação conforme a estrutura demográfica e, em consequência, o abandono da discriminação segundo sexo, já que as simulações efetuadas mostraram que, ao incorporar essa faixa etária, a abertura por sexo tem seu efeito minimizado;
- trabalhar-se com a SMR sem distinção por causas e para a população de menos de 75 anos;
- modificar-se a ponderação efetuada a partir da SMR, reduzindo sua elasticidade de 1 (como estabelecido no RAWP) para 0,44;
- incorporar, com peso 0,56, um fator de privação social.

As modificações propostas não foram aceitas em sua totalidade pelo governo, uma vez que não foi incorporado o fator de privação social, mas optou-se por diminuir o peso da SMR de menos de 75 anos para 0,50 (Sheldon et al., 1993:835).

Desse modo, a nova fórmula distributiva, resultado da revisão efetuada entre 1985 e 1988, apesar das reformulações acima mencionadas, manteve as características principais da fórmula RAWP (Sheldon, 1993:839). Em outras palavras, a partir da base populacional, efetuam-se duas ponderações: a primeira, para considerar as desigualdades nos perfis demográficos – dimensionados exclusivamente em função das faixas etárias – e a segunda, que expressa as diferentes necessidades regionais, conservando a mortalidade (SMR) como *proxy* de morbidade. Também foram mantidas as correções adicionais efetuadas em função das atividades de ensino e pesquisa dos estabelecimentos e das diferentes estruturas dos custos regionais.

II.1.3 Nova fórmula distributiva

A nova fórmula elaborada em 1994 pela Universidade de York – que não tinha sido implementada até 1996 – tomou por base o modelo de demanda formulado por Carr-Hill et al. (1994) (FIGURA 1). Assim, variações na utilização são provocadas por variações nas necessidades (N) e variações na oferta (O). Em outras palavras, a utilização é função das necessidades e da oferta. Ao mesmo tempo, a oferta é função das necessidades (N), da utilização (U) e de variáveis socioeconômicas não relacionadas de forma direta com as necessidades em saúde (X). As equações correspondentes são:

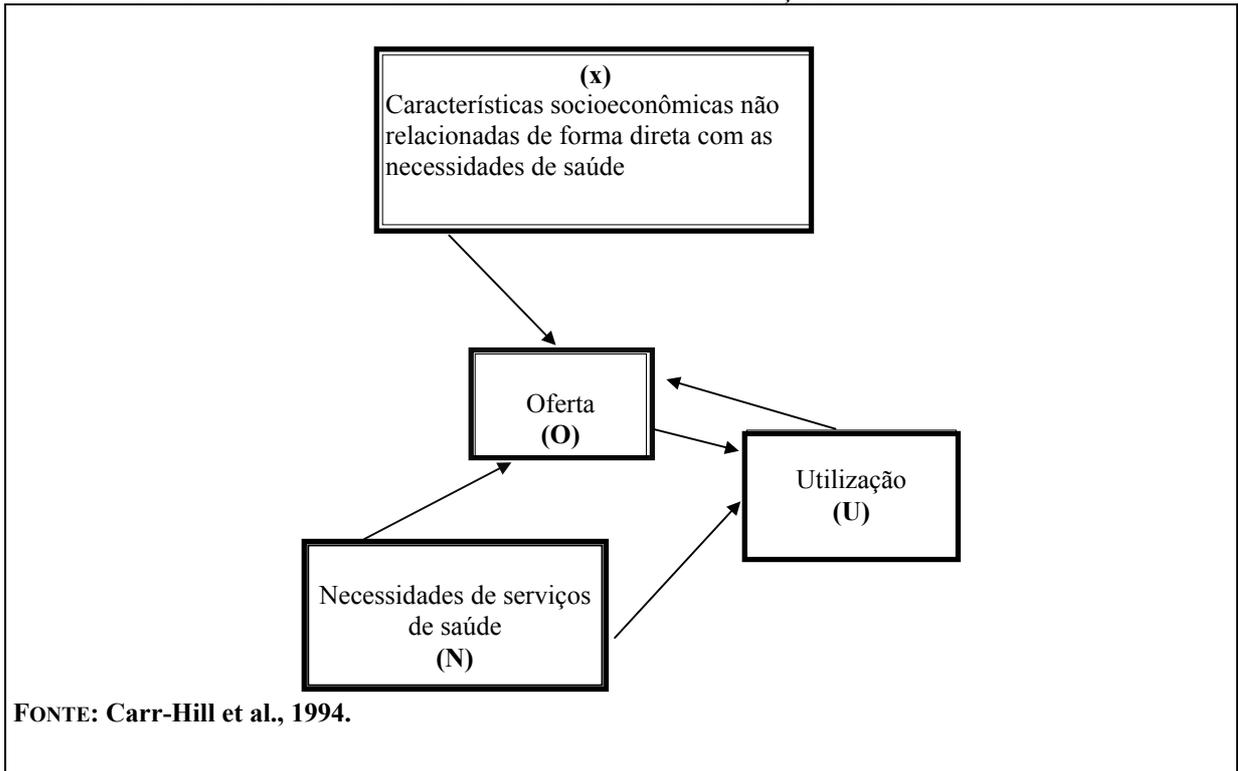
$$\begin{array}{l} U_i = f_1(N_i, O_i) \\ O_i = f_2(N_i, U_i, X_i) \end{array}$$

Em conseqüência, a utilização e a oferta se determinam mutuamente; isto quer dizer que as variáveis relativas à utilização e oferta são endógenas ao sistema. Contrariamente, as

variáveis de necessidades e as relativas a outras características socioeconômicas são tidas como exógenas, já que são determinadas de fora do sistema.

Dada a situação de endogeneidade das variáveis correspondentes à utilização e oferta, a técnica estatística aplicada para estimar a equação $U_i = f_1(N_i, O_i)$ foi a de regressão em duas etapas (Sheldon et al., 1994:1061).

FIGURA 1. MODELO SIMPLIFICADO DE DEMANDA DE SERVIÇOS DE SAÚDE



Outro pressuposto importante para estimativa da utilização gerada conforme as necessidades foi a consideração de que a distribuição da oferta segundo os diferentes distritos poderia estar determinada por variáveis não relacionadas com as necessidades locais reais, mas por políticas alocativas influenciadas por outros parâmetros. Portanto, a oferta deveria ser normatizada e suas variáveis, tratadas em função da média relativa observada em nível nacional.

Na aplicação do modelo, foram trabalhadas em separado as estimativas concernentes à utilização psiquiátrica e não psiquiátrica. De acordo com Smith et al. (1994:1051), as variáveis escolhidas foram relacionadas com:

- acesso à oferta de leitos do NHS;
- acesso aos Gps;
- acesso aos leitos hospitalares privados;
- densidade populacional;
- mortalidade;
- morbidade (população incapacitada de realizar suas tarefas habituais nos últimos 15 dias);
- população aposentada que mora só;
- população economicamente ativa desempregada;
- número de dependentes por família;
- famílias cujo chefe é empregado da classe manual.

Cabe destacar que as variáveis socioeconômicas utilizadas, ainda que não apresentem correlação significativa com as variáveis de necessidades de saúde, permitem considerar outros fatores que configuram implicações na demanda de serviços de saúde (Smith et al., 1994:1051). Por exemplo, estudos comparativos demonstram que os homens desempregados apresentam mais problemas de saúde e risco relativo maior de morte que o observado em relação àqueles empregados (Costa & Segnen, 1987; Moser et al., 1986-1987).

No entanto, resultados de alguns desses estudos foram questionados uma vez que, para determinar a existência de relação entre as variáveis, seria necessário definir melhor o que se entende por desemprego (Morris et al., 1994), bem como considerar os efeitos produzidos pela nova situação financeira, o isolamento social e a perda de auto-estima, os hábitos de vida e a repercussão que um período de desemprego exerce nos subseqüentes padrões de emprego (Bartley, 1994), além de anular o efeito de um leque de variáveis de confundimento, como, por exemplo, idade, classe social, doenças preexistentes, consumo de álcool e cigarros, obesidade etc. Mesmo assim, os resultados obtidos com base em estudos que efetuaram os ajustes em função das variáveis mencionadas confirmaram a relação entre desemprego e

mortalidade quando considerado o total de causas, não se comprovando quanto a causas específicas, tais como o câncer (Morris et al., 1994).

É preciso considerar, no entanto, que as variáveis escolhidas para o desenvolvimento da metodologia inglesa podem não ser apropriadas ao cálculo da distribuição de recursos de outros países. As variáveis relacionadas ao desemprego, por exemplo, apresentarão comportamento diferenciado em conformidade com a existência ou não de seguros desemprego e da dimensão do mercado informal. Por sua vez, aquelas referentes a acesso, deverão levar em conta fatores concernentes ao modelo assistencial. Em consequência, a definição das variáveis deverá corresponder à realidade de cada país.

Apesar de esta metodologia não ter sido implementada até os últimos meses de 1996, simulações efetuadas com dados relativos a 1992 mostraram que o modelo correspondente à utilização não psiquiátrica determinaria uma partilha inter-regional de recursos não muito diferente da obtida por meio das fórmulas anteriores, enquanto o referente à utilização psiquiátrica permitiria redistribuição expressiva em favor das regiões menos privilegiadas (Peacoc & Smith, 1995:14).

II.2 ESPANHA

A reforma sanitária espanhola – cujo processo de formulação iniciou-se no final da década de 70 – foi consolidada, do ponto de vista legal, em 1986, na *Ley General de la Sanidad* (LGS), a qual, em coerência com o estabelecido na Constituição de 1978, ou seja, o direito de todo cidadão à proteção à saúde, criou o *Servicio Nacional de Salud* (SNS). Previu-se que o financiamento deste serviço deveria advir de recursos provenientes de ingressos gerais do Estado, da necessidade de integração das diferentes redes assistenciais existentes e da transferência gradual de sua gestão às *Comunidades Autónomas* (CCAA), tendo, como princípios norteadores, a universalidade, a equidade, a solidariedade, a participação e o controle comunitário.

Entretanto, até o início dos anos 90, as reformas aprovadas foram implementadas apenas de modo parcial, em função, por um lado, da abertura permitida a partir da própria LGS, que se limitou a estabelecer diretrizes gerais para a reorganização do sistema, dando lugar à adoção de medidas que terminaram por expressar mais a correlação de forças existente do que os princípios norteadores do SNS, e, por outro, da política de contenção de custos predominante em parte da década de 80 (Almeida, 1995:341-343).

Nos três primeiros anos após a aprovação da LGS, por exemplo, a fonte principal de financiamento setorial continuou sendo a Seguridade Social, oriunda das contribuições sobre a folha salarial e administrada pelo *Instituto Nacional de Salud* (INSALUD), ficando os ingressos gerais do Estado responsáveis por menos de 20% do total do gasto sanitário público. Todavia, a partir de 1989, a participação destas fontes de financiamento se inverteu, e os recursos do orçamento geral do Estado passaram a financiar cerca de 75% do gasto (Carmona *et al.*, 1992: 451-52). Ainda assim, até o início dos anos 90, continuaram existindo diversas fontes de financiamento (Martinez, 1992:36), foi mantida a multiplicidade de instituições públicas com superposição de atividades e permaneceu a configuração de diferentes redes assistenciais (Rodriguez, Calonge & Reñe, 1992:201).

No que se refere à descentralização em favor das CCAA, o processo iniciado anteriormente à LGS, tinha sido efetivado até 1991 apenas para seis das dezessete CCAA existentes, as quais, em conjunto, davam cobertura assistencial para 58% da população, continuando centralizada a responsabilidade dos serviços correspondentes ao restante da população (Costas i Terrones, 1988; Yrigoyen, 1992; Carmona *et al.*, 1992; Almeida, 1995).

Pode-se considerar que o maior sucesso do SNS consistiu na extensão da cobertura da assistência pública para quase o total da população espanhola. Inquéritos populacionais mostraram que, em 1987, a cobertura era de 97,1 % (Elola *et al.*, 1988) e, em 1990, de 98,9%

(Elola, 1991 apud Almeida 1995:326), porém observaram-se diferenças entre as coberturas das distintas CCAA, com valores extremos de 93,2% e 99,9% (Elola, 1988).

Quanto à participação e ao controle comunitário, a política implementada limitou-se à elaboração do Estatuto dos direitos do paciente e ao desenvolvimento de serviços para atendimento de queixas e sugestões, mas não foram criados efetivos canais de participação. Desse modo, a política foi orientada muito mais para defender os direitos dos consumidores que para permitir a sua participação efetiva (Elola, 1992).

Examinando especificamente o objetivo da equidade, cabe destacar que o mesmo não foi reconhecido explicitamente na legislação espanhola até a promulgação da LGS (Rodríguez, Calonge y Reñe, 1992), na qual se estabelece, em diversos artigos, que *o acesso aos serviços de saúde deve-se dar em condições de igualdade efetiva para todos os cidadãos*, que a política de saúde deverá estar orientada à superação dos desequilíbrios territoriais e sociais, que as normas de utilização dos serviços sanitários serão iguais para todos e que a política de gasto sanitário consistirá em instrumento fundamental para a correção das desigualdades existentes (Ruiz Alvarez et al., 1992; Rodríguez, Calonge y Reñe, 1992).

No que se refere à superação das desigualdades territoriais, quer dizer, entre as diferentes CCAA, tem-se optado por critérios distributivos diversos entre instâncias descentralizadas ou não.

Os recursos da seguridade social destinados à cobertura assistencial foram repassados às CCAA, que assumiram então as funções transferidas pelo INSALUD, segundo a população protegida – população total, menos população protegida por sistemas especiais: Mutual Geral de Funcionários Civis do Estado (MUFACE); Instituto Social das Forças Armadas (ISFAS); Mutual Geral Judicial (MUGEJU); Mutual Nacional de Previsão da Administração Local (MUNPAL) –; já os recursos correspondentes às CCAA que ainda não incorporaram as

funções do INSALUD, continuaram sendo alocados por orçamento global definido em função do gasto histórico observado.

Existem igualmente diferenças entre as bases sobre as quais é aplicado o critério da população protegida. No caso da Galícia, a base correspondente é estimada por meio do desconto, no orçamento total do INSALUD, dos recursos destinados a financiar os centros especiais administrados de forma centralizada – Centro Nacional de Paraplégicos, Instituto Nacional de Silicosis –; daqueles previstos para financiamento da atenção sanitária efetuada pelos próprios serviços do INSALUD; e, por fim, dos necessários para as amortizações do INSALUD. Para o cálculo dos recursos da Região Vasca e Navarra não são descontados os recursos administrados centralizadamente nem os destinados ao financiamento dos serviços próprios do INSALUD (Carmona et al., 1992:469; Yrigoyen, 1992:413).

Cabe destacar que a LGS previu um período de dez anos para ajustar a diferença observada entre o gasto histórico dos serviços transferidos e o total dos recursos calculados a partir do novo critério per capita mencionado. Em resumo, seriam efetuadas correções anuais de 10%. Esta forma de distribuição dos recursos financeiros utilizada como instrumento para corrigir as desigualdades existentes entre as diferentes regiões (CCAA) foi amplamente criticada por distintos autores.

A objeção principal está referida à adoção exclusiva do critério população *protegida* para distribuição dos recursos do INSALUD, já que, na melhor das hipóteses, caso fosse aplicado sobre a mesma base monetária, obter-se-ia igualdade de recursos financeiros per capita, mas não se favoreceria o acesso aos serviços de saúde em condições de igualdade efetiva para todos os cidadãos, conforme estabelecido na LGS, uma vez que não são contempladas as diferentes necessidades regionais (Carmona et al., 1992; 1992b; Ruiz Alvarez et al., 1992; Ortún, 1992; Coll Cuota, 1992; Costa i Terrones, 1992).

Ao mesmo tempo, questiona-se, por um lado, a forma de estimar a dimensão da população *protegida*, em virtude de as listas de beneficiários tanto do INSALUD como dos sistemas específicos (MUNPAL, MUFACE etc.) registrarem exclusivamente os titulares, sendo calculado de forma aproximada o total de população protegida em cada caso. O inquérito realizado em Cataluña demonstrou a inexatidão das estimativas efetuadas (Costa i Terrones, 1992). Por outro lado, considera-se possível que sejam favorecidas as CCAA que ainda não administram seus serviços sanitários, porque os mesmos continuam sendo de responsabilidade do INSALUD, instituto que também é responsável pela distribuição dos recursos financeiros entre as diferentes CCAA (Costa i Terrones, 1992).

Fundamentando-se nas críticas efetuadas e com o objetivo de subsidiar a efetiva implementação de política redistributiva coerente com os princípios do SNS, em especial no que se refere à equidade e solidariedade, foram elaboradas propostas alternativas que, com base no esquema de Carr Hill, incorporaram, como *proxy* de necessidades, variáveis referentes ao quadro de mortalidade e indicadores relativos à oferta de serviços (Carmona et al., 1992; 1992b).

Cabe destacar que, apesar da existência de propostas alternativas mais apropriadas para o alcance dos princípios enunciados na legislação, o repasse dos recursos destinados às instâncias descentralizadas continuou sendo efetuado segundo a estimativa da população *protegida*.

II.3 ITÁLIA

Até a década de 70, o modelo italiano de políticas sociais, em geral, e de saúde, em particular, caracterizava-se pela alta fragmentação e heterogeneidade institucional. No campo específico da saúde, o sistema assistencial estava configurado de modo predominante pelas mutualidades, organizadas por categoria ocupacional, que ofereciam cobertura a cerca de 93% da população, e sua principal fonte de financiamento era a contribuição obrigatória de

trabalhadores e empresas calculada sobre a folha salarial. A transformação do modelo mutualista para outro, norteado por princípios de universalidade, equidade e solidariedade foi um processo gradual, iniciado nos debates da década de 60, e que culminou com a criação do Serviço Sanitário Nacional (SSN), em 1978, por meio da Lei nº 833.

Assim, no início da década de 80, passou-se a um sistema público universal, unificado e descentralizado em favor dos “Enti locali” (municípios), reconhecendo o direito de cidadania e preconizando que se assegurasse, em sentido amplo, *tratamento igual para necessidades iguais* (Buratti, 1987:53) e, de forma específica, *igualdade de acesso aos serviços de saúde a toda a população* (Almeida, 1995:273-279).

Do ponto de vista do financiamento, as contribuições – transformadas em impostos específicos para saúde – centralizam-se no Fundo Sanitário Nacional (FSN). Esta centralização, inspirada tanto na experiência nacional do Fundo Nacional para a Assistência Hospitalar (FNAH), criado em 1975, quanto no sistema vigente na Inglaterra (Arcangeli, 1991), foi considerada como exigência decorrente dos objetivos explicitados na reforma de 1978, em especial no que se refere à *diminuição das desigualdades existentes entre regiões e ao alcance da igualdade de acesso* (Hanau, 1987; Arcangeli, 1991).

Desta forma, a reforma italiana, análoga à espanhola, pauta-se, por uma parte, na centralização financeira e, por outra, na autonomia de decisão delegada aos sistemas regionais e locais.

Os repasses dos recursos do FSN foram efetuados em 1979 – uma vez que a aprovação da legislação da reforma sanitária ocorreu no final de 1978 –, tomando-se como base a despesa histórica de cada região, incorporando-se critérios distributivos que objetivavam diminuir as desigualdades existentes a partir do Plano Sanitário Nacional, implementado de 1980 a 1982.

Nesse documento, definiram-se dois tipos de tetos financeiros: um, fundado na despesa histórica de cada região e outro, teórico, calculado em função da população subdividida em três grupos etários – 0-12; 13-60; mais de 60 anos – e corrigida segundo indicadores específicos: mortalidade infantil, doenças profissionais e acidentes de trabalho e mortalidade de idosos. O volume de recursos determinados em função da despesa histórica seria considerado como ponto de partida, e as diferenças existentes em razão do cálculo do teto teórico segundo os critérios acima mencionados deveriam ser superadas em um período de seis anos (Buratti, 1992). Por sua vez, perante os desequilíbrios existentes na oferta de serviços, os recursos de capital seriam destinados exclusivamente às regiões mais desfavorecidas.

Cabe destacar que parte importante dos recursos, considerados como destinados a despesas predeterminadas, deveria permanecer excluída da base redistributiva dos novos critérios e transferida em base populacional.

Esta forma de partilha tornou-se objeto de numerosas críticas centradas fundamentalmente nos indicadores adotados para dimensionar as necessidades, sua forma de utilização e no critério per capita utilizado para repartir os recursos excluídos, por serem considerados predeterminados. Em 1981, em um seminário realizado em Milão, foi discutida a forma de distribuição vigente, destacando-se que a despesa total definida para cada região não se diferenciava muito da resultante quando utilizado o critério per capita. Concluiu-se, nesse seminário, que se deveria subdividir a despesa por tipo de função e distribuí-la com indicadores específicos (Buratti, 1992).

Entretanto, os repasses efetivamente realizados até 1981, inclusive, responderam a uma lógica totalmente diferente da explicitada nos planos e projetos governamentais. Com o objetivo de conter o déficit público, o teto de recursos financeiros do FSN foi subestimado em todos os anos do período mencionado, induzindo as regiões a autorizarem ou a tolerarem o

endividamento dos sistemas locais fosse com o tesouro nacional fosse com os diferentes fornecedores. Outro fator que motivou o endividamento consistiu nas demoras significativas quanto à liberação dos recursos. Assim, pode-se dizer que o critério prático para distribuição dos recursos consistiu no denominado “pie de lista”, que significa, em outras palavras, financiar as despesas efetuadas (Hanau, 1987).

No ano de 1982, distribuíram-se 79% dos recursos apoiando-se na despesa histórica, 20% em função da população residente e 1% destinado a programas específicos, como o hanseniano e a cura termal, com base no peso relativo da população alvo quanto ao total de habitantes. A mesma forma distributiva foi aplicada no período 1983-1984, sendo que o gasto histórico foi utilizado para o repasse de 69% dos recursos e a população residente para os restantes 30% (Buratti, 1992).

Por conseguinte, a sistemática distributiva implementada no período 1982-1984, baseada fundamentalmente no gasto histórico observado em cada região, foi amplamente criticada dada sua incoerência com o espírito da reforma sanitária explicitado na legislação de 1978.

Em 1985, na tentativa de retomar os princípios centrais da criação do SSN, adotou-se nova forma distributiva para determinação dos tetos financeiros regionais que, por um lado, levava em conta as desigualdades existentes nas estruturas etárias regionais e, por outro, os custos relativos dos distintos serviços para as diferentes populações. Adotando-se como base a despesa de 1983, subdividiu-se o total de recursos orçamentários segundo a sua destinação – gastos hospitalares, atenção ambulatorial etc. – e distribuiu-se entre as regiões em proporção à população residente diferenciada em três grupos etários 0-12; 13-60; mais de 60 anos, ponderada com índices que representaram o custo relativo que, para a função específica, impunha cada faixa etária.

Para a assistência hospitalar, os índices foram respectivamente 0,8-1-1,5, e para a assistência farmacêutica especializada, reabilitativa e próteses, 1,1-1-1,5. A despesa correspondente à

assistência ambulatorial foi repartida proporcionalmente à população residente discriminada por grupos etários e ponderada com os valores per capita conveniados com os médicos. Os recursos relativos à higiene e prevenção foram distribuídos em função da população residente sem ponderação. Em relação à despesa de assistência hospitalar, cabe destacar que existiu uma compensação inter-regional em função do fluxo de transferências existentes, calculada com base na informação apresentada pelas regiões em 1984 e o custo unitário atribuído a cada tipo de internação (Buratti, 1992).

Em vista da existência de diferenças importantes entre a despesa observada em 1984 e o teto calculado segundo a metodologia exposta, previu-se um período de três anos para efetuar os ajustes correspondentes. O resultado da aplicação desta metodologia evidenciou a diminuição das diferenças existentes entre os valores per capita regionais e a correspondente média nacional. Por exemplo, a diferença da região mais favorecida passou de 20% a 13,6% e a da região que contava com o menor valor per capita passou de -23,6% para -11,3% (Buratti, 1992).

As críticas efetuadas a esta metodologia referem-se:

- 1- aos índices utilizados para ponderar as populações dos distintos grupos etários, já que uma pesquisa realizada na Lombardia mostrou que os custos relativos entre grupos etários diferem segundo a forma da prestação – farmacêutica, medicina especializada, reabilitadora ou próteses – porém tratadas com índices iguais na metodologia. Com base nestas observações, pensou-se que os índices utilizados não surgiram de estudo específico, mas de estimativa efetuada a partir dos valores anteriormente definidos pelo Instituto Nacional de Seguro de Doenças (INAM);
- 2- aos recursos para higiene e prevenção, distribuídos unicamente de forma proporcional à população, que poderiam ser repassados mediante a divisão de uma parte em função da

população e outra, em forma inversamente proporcional ao nível de renda per capita regional (Buratti, 1992; Hanau, 1987; Quirino, 1991).

Apesar de haver o reconhecimento dos ganhos obtidos quanto à distribuição mais equitativa dos recursos financeiros e em discrepância com o espírito da lei da reforma sanitária, os repasses nos últimos anos da década de 80 foram efetuados fundamentalmente em base populacional, como recomendara o *Rapporto sanitario* do documento *Relazione generale sulla situazione economica del paese*, de março de 1987, no qual se afirma que o indicador mais apropriado para a repartição do FSN é a população residente (Quirino, 1991).

Por fim, a contra-reforma, realizada em 1992, propôs uma distribuição em função das contribuições arrecadadas em cada região, a compensação dos possíveis déficit operacionais por parte das instâncias locais e a cobertura de “*níveis uniformes de assistência*” ou, em outras palavras, a definição do pacote básico de serviços de saúde (Almeida, 1995).

Assim, pode-se dizer que, apesar das tentativas efetuadas para realizar distribuições financeiras tendentes a diminuir as desigualdades regionais, a contra-reforma propôs uma partilha baseada na capacidade de arrecadação de cada instância local, forma alocativa que necessariamente tende a consolidar as desigualdades existentes.

II.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em primeiro lugar é necessário destacar que, com distinto grau de explicitação, a distribuição dos recursos nos três países está, do ponto de vista legal, norteada pela igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais. Entretanto, resulta óbvio que a distribuição inter-regional de recursos financeiros, por mais equitativa que seja, *nunca poderá assegurar* “igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais”, já que seu alcance estará determinado por outros fatores, como, por exemplo, alocações intra-regionais.

No caso específico dos países analisados, pode-se dizer que as formas distributivas foram orientadas, de acordo com as classificações realizadas por Artell (1983) e Mooney (1983), pela *igualdade de recursos para necessidades iguais* na Inglaterra e, em parte dos recursos financeiros, em determinados períodos na Itália, ou a simples *igualdade de despesa per capita*, na Espanha e, parcialmente na Itália. Em alguns casos, na prática, as distribuições foram determinadas pelos *gastos historicamente observados* ou pelas *despesas efetivamente realizadas* (Espanha e Itália).

Em relação à aplicabilidade de cada experiência ao caso brasileiro, é importante assinalar, por um lado, que a igualdade de despesa per capita – que apresenta a vantagem da simplificação de seu cálculo dado o nível de desigualdades regionais existentes – não seria apropriada para a consecução de uma alocação inter-regional mais eqüitativa.

Entretanto, é preciso assinalar que o critério de população protegida implementado na Espanha ganha relevância particular no caso brasileiro, em que importante parcela da população conta com seguros privados de saúde. Certamente, distribuir recursos em função do critério ‘população protegida’, em vista da concentração das populações beneficiárias dos mencionados seguros nos estados das regiões mais favorecidas, permitiria uma alocação mais eqüitativa, em especial diante de um quadro de recursos escassos. Cabe destacar que a exclusão da população protegida por seguros privados de saúde estaria limitada ao cálculo distributivo, garantindo o atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS) para toda a população, sendo que os gastos efetuados pelo SUS com serviços prestados a beneficiários de sistemas privados deveriam ser ressarcidos financeiramente pela correspondente empresa seguradora.

Por sua vez, a metodologia aplicada na Itália para distribuição de recursos em função de critérios de necessidades baseados em indicadores específicos – como mortalidade infantil, doenças profissionais e acidentes de trabalho, e mortalidade em idosos – apresentaria

problemas relativos à utilização da taxa de doenças profissionais e acidentes de trabalho, já que a mesma poderia não ser representativa em um país com aproximadamente 50% de sua população economicamente ativa inserida no mercado informal de trabalho, especialmente considerando que esse mercado tem importância relativa diferente nas diversas categorias ocupacionais. Ao mesmo tempo, destaca-se que, na metodologia inglesa, estão contemplados os outros indicadores relacionados com o quadro de mortalidade.

No que se refere à metodologia aplicada na Inglaterra (RAWP) é importante ressaltar que, se ela teve sensibilidade suficiente para dimensionar necessidades relativas em uma sociedade com patamar de desigualdades menos significativas que as observadas no caso brasileiro, certamente pode dar conta da avaliação inter-regional ou interestadual no Brasil.

Entretanto, no caso brasileiro, os resultados obtidos ver-se-ão afetados pela precariedade das estatísticas de registro tanto no que se refere à utilização de serviços de saúde – em especial, os ambulatoriais – quanto à mortalidade notificada. Em consequência, é possível que seja necessário efetuar adaptações na metodologia, de modo a permitir que sejam superadas, ou ao menos minimizadas, as deficiências existentes nas correspondentes fontes de informação.

III. IMPLEMENTAÇÃO DO CONCEITO DE EQUIDADE NO CASO BRASILEIRO

Tomando como referência a definição de equidade tanto em termos gerais quanto no que se refere à distribuição geográfica de recursos adotada neste trabalho e considerando a experiência internacional na operacionalização de critérios para a obtenção de tais distribuições geográficas equitativas, neste capítulo será identificado o conceito de equidade explícito e implícito na legislação brasileira, bem como efetuar-se-á uma análise e discussão acerca da sistemática implementada no Brasil, vigente desde 1991, para distribuição dos recursos financeiros do Ministério da Saúde (MS) entre Unidades Federadas (UFs).

Em um segundo momento, serão apresentadas as propostas alternativas para distribuição de recursos financeiros elaboradas por Vianna et al. (1990), com o objetivo de examinar os critérios e variáveis empregados e comparar seus resultados com a alocação efetuada pelo MS.

Principais características da política de financiamento

Para melhor compreender o caso brasileiro no que se refere aos aspectos relativos à equidade e à sistemática distributiva de recursos financeiros públicos adotada na década de 90, cabe sintetizar inicialmente as características principais da política de financiamento.

As políticas públicas de financiamento do setor saúde no Brasil têm-se caracterizado pela insuficiência de recursos, pela regressividade na captação das receitas, pela vulnerabilidade das mesmas face aos ciclos econômicos, pela centralização na esfera federal e pela iniquidade do ponto de vista de sua alocação.

Em fins da década de 80, o gasto total em saúde foi estimado entre 3,66% (Mendes, 1994:130) e 4,2% do PIB (Médici, 1991:20; Carvalho, 1991:10-11), tendo sido de aproximadamente US\$121,32 o gasto total per capita para 1990 (Mendes, 1994:130). Comparado com outros países latino-americanos com igual nível de desenvolvimento, o Brasil teve um gasto público em saúde, dimensionado como percentagem do PIB (2,76%), abaixo da média (Médici, 1995:69).

Ao mesmo tempo, estudos efetuados com base nos custos de sistemas para cobertura de assistência hospitalar e odontológica de funcionários de órgãos governamentais – que incorporaram estimativas de recursos para financiamento de outros tipos de prestações, como, por exemplo, ações de alcance coletivo, serviços essenciais voltados para problemas de saúde pública e assistência farmacêutica – consideraram necessário, para 1992, um dispêndio mínimo per capita de cerca de US\$ 215 (Vianna e Piola, 1994:13).

Do total gasto em saúde, os recursos públicos foram responsáveis por volta de 67% e os gastos privados pelos restantes 33% (Médici, 1991:20). Por sua vez, os recursos públicos apresentaram alto grau de centralização no nível federal, o que tem representado mais de 70% do total do gasto público desde o início dos anos 80, chegando a quase 86% em alguns anos (Médici, 1994:22).

Entretanto, até as propostas mais radicais em relação à descentralização, as quais preconizam a municipalização do financiamento dos serviços de saúde mediante a criação de taxa municipal específica para as prestações de saúde (Rezende, 1992:54), reconhecem a necessidade de contemplar um fundo central compensatório das desigualdades existentes.

O compromisso de cada esfera de governo com o financiamento setorial pode ser avaliado a partir da percentagem de recursos que cada uma destinou à área nos últimos anos. O nível federal, que alocou aproximadamente 10% do total de seus recursos nos primeiros anos da década de 90 (Médici, 1994:23), destinou não mais que 2% do orçamento fiscal, ficando o

restante por conta das contribuições sociais (Carvalho, 1992:32). O conjunto dos governos estaduais contribuiu com percentagens muito abaixo de 10% e, em alguns casos, praticamente nada destinaram à saúde, trabalhando exclusivamente com recursos federais (Médici, 1994:23). Os municípios, ao contrário, aumentaram sua participação, superando em alguns casos 15% de seus orçamentos (Médici, 1994:23; Carvalho, 1992:32).

A regressividade na captação dos recursos é em geral conseqüência das características do sistema tributário brasileiro e, em particular, da contribuição dos trabalhadores sobre a folha salarial, o que acaba por penalizar proporcionalmente mais as populações de baixa renda. Estudos efetuados na década de 80 mostraram que as populações de baixa renda destinavam 36% de seus rendimentos ao pagamento de imposto, sendo de 14% a incidência da carga tributária no caso dos que ganhavam mais de 100 salários mínimos (Serra, 1984:57-58). No caso das contribuições, a existência de teto contributivo traz como conseqüência que quem recebe um salário mínimo desconta 8% em quanto aqueles que recebem 100 salários mínimos contribuem com apenas 2% (Rezende e Azeredo, 1987).

No que se refere à vulnerabilidade das receitas, basta acompanhar a evolução do gasto setorial nos primeiros anos da década de 80, na qual se observa significativa diminuição do gasto federal em saúde como resultado da crise econômica (Médici, 1994:16).

Em relação à alocação de recursos efetuada pelo MS, a distribuição correspondente a 1989 foi considerada não eqüitativa, dado que estados com situação sanitária reconhecidamente precária, como os da Região Nordeste, tiveram uma participação, em relação ao total das aplicações, inferior aos correspondentes percentagens populacionais, ao passo que ocorreu o oposto nos estados da Região Sudeste (Vianna et al., 1990).

Em síntese, pode-se dizer que os aspectos mencionados da política de financiamento setorial, até fins da década de 80, caracterizavam a iniquidade do sistema tanto no que diz respeito à captação quanto à alocação dos recursos financeiros. Entretanto, a reforma constitucional de

1988 assentava as bases legais para um sistema mais justo ao estabelecer a saúde como “um direito de todos e dever do Estado” e ao definir a necessidade de políticas sociais e econômicas que garantam o “acesso universal e igualitário” aos serviços de saúde (Art 196), princípios esses confirmados na nova legislação setorial.

III.1 CONCEITO DE EQÜIDADE NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Constituição de 1988 e Lei Orgânica da Saúde

A constituição de 1988 estabeleceu que a ordem social tem por objetivo o bem-estar e a justiça social e que a organização da Seguridade Social, destinada a assegurar os direitos relativos à Saúde, Previdência e Assistência, deveria responder aos seguintes princípios (Art 194):

- universalidade da cobertura e do atendimento;
- uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços para populações urbanas e rurais;
- seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- irredutibilidade do valor dos benefícios;
- eqüidade na forma de participação quanto ao custeio;
- diversidade da base de financiamento;
- caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa;

Embora no texto da Constituição a palavra eqüidade apareça relacionada exclusivamente à participação no custeio e de forma pouco clara, uma vez que não está explicitado entre quem se espera a mencionada eqüidade, uma possível compreensão seria que esta fosse promovida entre instâncias governamentais; outra, entre indivíduos com diferentes níveis de renda, em forma implícita pode ser vislumbrada na preconizada justiça social como objetivo da ordem social, assim como na universalidade da cobertura e do atendimento e na uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços para populações urbanas e rurais.

Tal entendimento é explicitado, desde o ponto de vista da saúde, a partir do reconhecimento de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurando-se acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196). Em síntese, o conceito presente no texto constitucional em relação à saúde estabelece a *igualdade de oportunidade de acesso*.

Se o texto constitucional, no que diz respeito à Seguridade Social, em geral, e à Saúde, em particular, permite diferentes interpretações quanto à preconizada igualdade de oportunidades, seu real objetivo pode ser inferido no conteúdo das disposições da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080 de 19.09.90, Art. 2), nas quais se expressa formalmente que os fatores determinantes e condicionantes da saúde são a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Art. 3), definindo-se também as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constituído pelos serviços públicos e privados, contratados ou conveniados, dentre as quais destacam-se (Art. 7):

- universalização de acesso;
- integralidade de assistência;
- igualdade da assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie;
- utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, alocação dos recursos e orientação programática;
- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Assim, os princípios norteadores explicitados no texto constitucional, conjuntamente com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e os determinantes e condicionantes das condições de saúde enunciados na LOS, permitem inferir que o conceito de *igualdade de oportunidades de acesso aos serviços de saúde* refere-se à *igualdade de oportunidade* no sentido da proposta elaborada por Sen (1992) e à igualdade de condições da tipologia de Tuner (1986).

Cabe, todavia, analisar a coerência existente entre os princípios enunciados e a política de financiamento adotada.

Nesse sentido, definiu-se no texto constitucional que a Seguridade Social seria financiada por meio dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), criado nessa oportunidade, e daqueles provenientes dos orçamentos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O OSS foi constituído pelas seguintes fontes de financiamento (Art.195):

- recursos fiscais oriundos do Orçamento da União;
- contribuição dos trabalhadores sobre a folha de salário;
- contribuições dos empregadores sobre a folha de salário, sobre seu faturamento e sobre seu lucro líquido;
- receitas provenientes de concursos de prognósticos.

Em síntese, o OSS reuniu as fontes que até o momento financiaram os diferentes programas da Seguridade Social, anexou o total de recursos da contribuição sobre o faturamento das empresas, que anteriormente financiava também outros programas sociais, e incorporou a recém-criada contribuição sobre o lucro das empresas.

Tendo em conta o exposto pode-se dizer que a criação do OSS teve por objetivo:

- (i) ampliar a diversificação das fontes de financiamento para diminuir a vulnerabilidade das receitas face aos ciclos econômicos recessivos, respondendo à preocupação com a extrema dependência das receitas em relação ao comportamento da massa salarial (Marques, 1992:21; Fernandes, 1995:64) e atenuar a regressividade na arrecadação dos recursos, por meio da criação da contribuição das empresas sobre o lucro;
- (ii) aumentar os recursos destinados à Seguridade Social, a partir tanto da criação da contribuição sobre o lucro quanto da vinculação total da contribuição sobre o faturamento ao OSS (Porto, 1993);

(iii) vincular fontes específicas para financiamento da Seguridade Social, de modo a evitar a utilização desses recursos para outros fins que escapassem ao âmbito da Assistência, Previdência e Saúde (Porto, 1993).

Resultados obtidos com a implementação do OSS

Não era esperado certamente que, em razão das mudanças introduzidas nas fontes de financiamento, as características indesejáveis, como, por exemplo, a regressividade na captação dos recursos, fossem totalmente revertidas, mas ao menos atenuadas. Entretanto, a realidade observada a partir da implementação do OSS, em 1990, mostrou que os objetivos que orientaram sua criação e os resultados previstos não foram alcançados.

O total de recursos foi inferior ao previsto dado que a participação do orçamento fiscal foi substituída pelas contribuições sobre o faturamento e o lucro, as quais passaram a ser consignadas como transferências da União, apesar de constituírem, por definição, fontes próprias do OSS, escamoteando-se desse modo a real diminuição dos recursos fiscais no total da receita da Seguridade Social e, por conseqüência, o descompromisso do governo com estes programas sociais. Em poucas palavras, os novos recursos, destinados a dar suporte à ampliação dos direitos previdenciários e à universalização da cobertura em saúde, acabaram por ser utilizados para viabilizar a redução das despesas da União (Marques, 1992:21; Fernandes, 1995:62; Scotti, 1994:31).

Ao mesmo tempo, a arrecadação efetuada a partir das contribuições sobre o faturamento e o lucro não apresentou o desempenho esperado, já que as empresas contestaram-nas judicialmente, deixando de efetuar seus aportes ou efetuando-os por meio de depósitos judiciais (Piola, 1994:35). Todavia, estas contribuições foram revalidadas posteriormente, quando o Supremo Tribunal de Justiça deu ganho de causa ao governo federal.

Outro motivo para a diminuição dos recursos reais, quando comparados com os alocados nos anos anteriores à criação do OSS, foi a incorporação de despesas a este orçamento que até o

momento eram financiadas com outros recursos (Piola, 1994:35). O Relatório Final da Comissão Parlamentar Especial para Estudos da Seguridade Social de 1992 revelou que a incorporação dessas despesas representou 11,8% do total do OSS (Scotti, 1994:31).

No caso específico da saúde, levantamento efetuado pelo Deputado Antônio Brito concernente ao orçamento de 1992, mostrou que por volta de 5% das despesas previstas estavam referidas a programas que anteriormente não faziam parte das ações do Ministério da Saúde (Rezende, 1992:12). Esta transferência de despesas foi favorecida pela indefinição do conceito de Seguridade Social, uma vez que, não havendo definição precisa da abrangência da Assistência Social, Previdência e Saúde, as interpretações quanto aos diferentes conceitos tornam-se ilimitadas.

Por sua vez, a vulnerabilidade dos recursos face aos ciclos recessivos e a regressividade na arrecadação da receita não foram modificadas, já que estes resultados eram esperados desde a criação da contribuição sobre o lucro das empresas; estudos posteriores mostraram que tais fontes também são bastantes sensíveis ao desempenho econômico (Marques, 1992:21).

Pode-se concluir, por conseguinte, que não foram alteradas as características negativas que historicamente têm marcado as fontes de financiamento da Seguridade Social, em geral, e da Saúde, em particular, apesar das mudanças efetuadas na legislação. Aspectos fundamentais para o alcance de maior patamar de equidade, tal como a progressividade na captação dos recursos e o aumento do volume de recursos destinados à cobertura destes programas sociais, permaneceram praticamente inalterados.

Finalmente, outro aspecto inquietante desde o ponto de vista da saúde consiste na disputa que necessariamente esta área enfrenta para obtenção de recursos financeiros, em razão de o setor saúde disputar recursos do OSS com os aposentados e com os setores sociais menos favorecidos aos quais se destinam os programas da assistência social.

Cabe destacar que, a partir de 1992, em decorrência da retenção por parte do Ministério da Previdência Social dos recursos oriundos das contribuições dos empregados e empregadores sobre folha de salário, na prática foi efetuada uma especificação de fontes de financiamento, ficando estabelecido que seriam os recursos arrecadados em função da contribuição sobre o faturamento os destinados ao financiamento da assistência médica (Marques, 1992:20; Piola, 1994:35). Apesar de todos os reconhecidos efeitos negativos, a vinculação de recursos financeiros – seja através da especificação de fontes seja da proposta mais consensual de fixação de alíquotas sobre cada fonte – tem sido considerada como alternativa importante para assegurar um mínimo de recursos ao setor saúde e, ao mesmo tempo, para evitar a disputa entre os programas sociais financiados pelo OSS (Piola, 1994:38; Vianna, 1994:45; Vianna & Piola, 1994:151; Brasil, 1995b:28). Entretanto, em função dos problemas já apontados no que diz respeito ao desempenho da contribuição das empresas sobre o faturamento, os resultados da especificação de fontes têm sido significativamente negativos para o financiamento do setor saúde. É possível exemplificar tal situação com o fato de, em 1993, o dispêndio federal com saúde per capita ter sido de US\$ 44,6, o mais baixo desde 1980 (Piola, 1994:38; Vianna & Piola, 1994:151). Da mesma forma, em 1994, os recursos destinados pelo OSS para financiamento da saúde foram por volta de US\$ 62 per capita⁶, valor também inferior ao observado nos últimos anos da década de 80 (Médici, 1994:22).

Em síntese, os aspectos definidos no texto constitucional relativos às fontes de financiamento da Seguridade Social – portanto, ao setor saúde – apesar das mudanças introduzidas, não davam conta de reverter os condicionantes negativos que comprometiam a obtenção da igualdade de oportunidade de acesso e o desempenho observado impossibilitou a consecução de melhorias ainda que parciais.

⁶ Cálculo efetuado a partir do Demonstrativo da Despesa Realizada/MS e da projeção populacional estimada pelo IBGE.

Distribuição geográfica dos recursos na LOS

No que concerne à distribuição regional dos recursos públicos federais destinados ao financiamento setorial, não foram definidos os objetivos que deveriam nortear a alocação inter-regional; todavia, na LOS foram explicitados os critérios que deveriam ser implementados (Art.35):

- perfil demográfico;
- perfil epidemiológico;
- características qualitativas e quantitativas da rede de saúde;
- desempenho técnico, econômico e financeiro;
- nível de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- previsão do plano quinquenal de investimentos;
- ressarcimento do atendimento a serviços prestados a outras esferas de governo.

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

Com base nos critérios mencionados, pode-se supor que existiu preocupação no sentido de realizar distribuições mais equitativas, considerando-se as desigualdades nas características demográficas e nos quadros epidemiológicos, e ao mesmo tempo de introduzir mecanismos incentivadores de melhorias nos níveis de desempenho tanto do ponto de vista técnico quanto nos relativos à gestão financeira de recursos. Outro incentivo explícito está associado ao aumento do comprometimento dos governos estaduais e municipais com o financiamento setorial.

Ressalte-se que o texto da LOS não permite afirmar o objetivo procurado em cada critério, motivo pelo qual a interpretação dada acima somente pode ser levada em conta como uma das leituras possíveis, talvez a mais plausível. Entretanto, ainda que se concorde ter sido correta a

interpretação do objetivo de cada critério, fica difícil inferir o resultado final esperado. A utilização de critérios com objetivos diferentes sem ponderação impossibilita interpretar o espírito da lei no que se refere à alocação inter-regional de recursos.

Contudo, se a legislação foi pouco clara quanto ao objetivo final da distribuição regional de recursos públicos de origem federal destinados ao financiamento da saúde, o mesmo não pode ser dito quanto à implementação efetuada pelo Ministério da Saúde.

Distribuição geográfica de recursos financeiros efetuada pelo Ministério da Saúde – 1993-1996

O Ministério da Saúde adotou, a partir de 1991, um conjunto de medidas que implementaram uma sistemática de repasses financeiros da esfera federal para os níveis estaduais e municipais, cuja regulamentação foi introduzida a partir da Norma Operacional Básica nº 1 de 1991 (NOB nº 1/91), reeditada com modificações no documento “*Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei*” e sua correspondente Norma Operacional Básica nº 1, de 1993 (NOB nº 1/93)

Porém, cabe destacar que, apesar das modificações introduzidas, as principais características da forma de repasse financeiro vigente entre 1993 e 1996 já tinham sido implementadas em 1991, segundo o estabelecido na Norma Operacional Básica n.º 1/1990. Por sua vez, a Norma Operacional Básica n.º 01/93 abordou três subtemas:

- *gerenciamento do processo de descentralização* – no qual foram criadas Comissões de Intergestores nos níveis federal e estadual como instâncias de planejamento e de negociação, visando a incentivar uma prática de planejamento integrado, e reafirmado o papel deliberativo dos correspondentes Conselhos de Saúde;
- *condições de gestão* – em que foram definidos os estágios de gestão incipiente, parcial e semiplena, estipulando-se requisitos e responsabilidades crescentes (Anexo II);
- *financiamento com recursos arrecadados pela União* – que estabeleceu a sistemática de repasse de recursos financeiros desde o nível federal para estados e municípios.

Os aspectos referidos aos dois primeiros subtemas serão tratados exclusivamente à medida que forem pertinentes à distribuição de recursos financeiros, já que a princípio não estão relacionados com essa temática. Portanto, a análise será centrada no terceiro ponto e, em função do objetivo deste trabalho, restringida à sistemática de repasses destinados ao custeio dos serviços de saúde.

A sistemática distributiva de recursos financeiros de custeio desde o nível federal para os estados e municípios, vigente no período de 1993 a 1996, estava composta por quatro fluxos de recursos:

- financiamento das atividades hospitalares;
- financiamento das atividades ambulatoriais;
- apoio às instâncias estaduais e municipais;
- financiamento das ações de vigilância em saúde.

A partir de 1991, a forma de pagamento que vinha sendo utilizada para remuneração das internações hospitalares feitas pelos serviços contratados e conveniados pelo setor público federal, passou a ser utilizada também para financiar as internações realizadas pelo próprio setor público, transformado-se em um dos critérios mais importantes na alocação de recursos entre UFs.

O repasse dos recursos financeiros foi, e continua sendo, efetuado por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH)⁷ faturadas pelos diferentes prestadores – hospitais públicos, filantrópicos ou privados. Esse instrumento aplica-se exclusivamente ao pagamento das internações hospitalares, as quais são remuneradas por ‘procedimento’ e não pela quantidade de atos médicos efetuados em cada internação; o valor de cada procedimento é previamente definido pelo nível central, sem distinção entre os diferentes tipos de prestadores, excetuando-

⁷ Adotado em 1983, esse instrumento de pagamento teve utilização restrita às internações feitas pelos hospitais privados contratados pelo INAMPS na época. Sua extensão a hospitais filantrópicos e beneficentes foi efetuada em 1986; para hospitais universitários em 1987; e, em 1991, para hospitais públicos. Assim, a partir de 1991, tornou-se o único instrumento para remuneração das internações hospitalares com recursos públicos.

se os hospitais universitários que recebem valor diferenciado por acumularem funções de ensino. Em outras palavras, os recursos foram distribuídos mediante o mecanismo de pagamento prospectivo por procedimento.

Para cada estado, estabeleceu-se uma quota máxima em número de AIHs e definiu-se um teto financeiro. O teto quantitativo anual, delimitado em número de AIH correspondente a cada unidade da federação, foi calculado em base populacional, tomando-se como parâmetro 0,10 AIHs/habitante-ano⁸, ou seja, quota máxima em número de AIHs por unidade da federação = número de habitantes x 0,10. No entanto, a definição realizada apenas expressa o tamanho populacional de cada UF, sem considerar fatores fundamentais para a determinação de valores distributivos que favoreçam o alcance de efetiva igualdade de oportunidade de acesso, como, por exemplo, as desigualdades demográficas, perfil epidemiológico e as condições socioeconômicas regionais (Médici, 1991:43-44; Rezende, 1992:12).

Por sua vez, o teto financeiro foi calculado como o produto encontrado entre o número de AIH e o valor médio histórico da AIH no correspondente estado. Assim, foram estabelecidos limites máximos tendentes a perpetuar as distribuições vigentes até o momento. Em síntese, para cada UF seriam repassados recursos em função do faturamento de AIHs, sempre respeitando os correspondentes tetos quantitativos e financeiros. Caso existisse saldo positivo entre o volume de recursos faturados e o correspondente teto financeiro, a diferença deveria ser repassada para as instâncias locais, quando enquadradas no tipo de gestão parcial ou simplena. Tal decisão limitava a possibilidade de receber o total de recursos definidos para cada UF às instâncias locais que preenchessem o leque de requisitos e responsabilidades estabelecidos para os estágios de gestão mais avançados; os restantes receberiam em função da produção faturada.

⁸ A partir de 1996, foi estabelecido como parâmetro 0,09 AIH/habitante-ano.

Os requisitos e responsabilidades definidos para os distintos estágios de gestão (ver Anexo II) compunham extenso e crescente conjunto de condicionantes para o repasse de recursos financeiros e para a efetiva implementação do processo de descentralização, dentre os quais merecem destaque: o funcionamento dos Conselhos de Saúde, a constituição de Fundos Únicos de Saúde e a necessidade de dispor de condições técnicas para programar e acompanhar a prestação de serviços.

Em vista dessas exigências, em 1993, dentre 3.376 municípios consultados – 68% do total de municípios existentes – 38% não tinham implementado ainda seus respectivos Conselhos de Saúde. Entretanto, esta percentagem chegava a 63% no caso de municípios com até 2.000 habitantes e 51% nos que contavam entre 2.000 e 5.000 habitantes. Contrariamente, nos municípios com maior número de habitantes, as percentagens diminuía para 13% quando o número de habitantes oscilava entre 100.000 e 200.000 e para 4% quando o tamanho populacional variava entre 200.000 e 500.000 habitantes (Brasil, 1995a).

Assim, pode-se afirmar que 38% dos municípios não reuniam os requisitos para serem enquadrados no tipo de gestão incipiente, percentagem que deveria aumentar de modo significativo quando considerado o leque total de prescrições estipuladas pelo nível federal.

No que se refere aos governos estaduais, em 1995 unicamente oito deles tinham sido enquadrados na gestão parcial e apenas quatro na gestão semiplena⁹.

Foram identificadas também diferenças regionais, como era de se esperar, os estados que apresentaram percentagem mais baixas de instâncias locais com Conselhos de Saúde estavam localizados das Regiões Norte e Nordeste (Brasil, 1995a). Assim, conclui-se que a exigência de requisitos de gestão para o repasse dos recursos, “outra peça primorosa” da cultura

⁹Dados apresentados pelo representante do MS no II Encontro Internacional de Economia da Saúde, realizado no Rio de Janeiro, em 1996.

centralista brasileira (Rezende, 1992:12), terminou atuando como mais um fator para tratamento desigual entre as UFs, favorecendo os estados das regiões mais desenvolvidas.

Finalmente, no que se refere à forma de implementação da variável tamanho populacional, tomando-se como exemplo a experiência da Espanha – que adotou como base de cálculo a 'população protegida' – seria possível considerar apenas aquela população que efetivamente demanda atendimento nos serviços próprios ou contratados do SUS, descontando-se o número de pessoas que contam com cobertura de seguros privados de saúde. Esta exclusão pode ser entendida como contraditória com a formação de um Sistema Único de Saúde orientado para a extensão universal da cobertura. Entretanto a proposta seria dar atendimento à toda a população, mas num quadro de recursos escassos pode ser um tratamento mais equitativo, limitar a abrangência da variável populacional, exclusivamente para efetuar o cálculo distributivo, àqueles que não contam com um sistema privado de cobertura.

Completando a idéia, o setor público deveria cobrar das instituições de seguro privado os serviços demandados pelos beneficiários destas. Desde o ponto de vista legal, o decreto lei No 73/66 – que instituiu os seguros saúde e regulamentou os seguros em geral – estabelece, nos artigos 130, 133 e 135, que a seguradora estaria obrigada a reembolsar à instituição prestadora do serviço seja ela privada ou pública, sob pena de enriquecimento ilícito, no caso de o segurado obter assistência médico-hospitalar, não importando onde e quem a fornecesse. Este procedimento refere-se a todas as modalidades da medicina supletiva – medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e outras – e não afeta o direito de cidadania, já que o reembolso diz respeito à seguradora e não ao cidadão (Santos, 1992:28-29).

Entretanto, deve-se pensar que o reembolso por parte do setor privado ao setor público, caso fosse implementado com base no faturamento dos atendimentos efetuados, poderia criar duas classes de usuários, os portadores da carteirinha do seguro privado e os despossuídos. Para evitar esta possível segmentação dos usuários, seria possível definir um pagamento global,

calculado em bases atuariais por uso potencial, que sabidamente concentra-se nos atendimentos de emergência e de alto custo (Uga, 1995:18; Santos, 1995:19).

Quanto à possibilidade de excluir da base populacional os beneficiários dos sistemas privados, a dificuldade reside na falta de informações acerca do número de pessoas que contam com cobertura dos diferentes sistemas de medicina privada supletiva, bem como sua distribuição segundo unidades federadas. No ano de 1992, os dados apresentados em diferentes trabalhos oscilam entre pouco mais de 31 milhões de pessoas (Teixeira, 1992:7; Médici, 1992:24), 35 milhões (Carvalho, 199:10) e 37 milhões (Mozart, 1994:71-72).

No que se refere à distribuição segundo unidades federadas, dados de 1994 relativos à medicina de grupo têm mostrado que esta modalidade de seguro privado dava cobertura a 28% da população de São Paulo, 21% do RJ, 16% do Rio grande do Sul, 6% do Espírito Santo, mais de 5% em Brasília e 4% da Bahia, Paraná e Pernambuco (Giovanela & Bahia, 1995:11).

Além das considerações efetuadas no que diz respeito à capacidade redistributiva desta metodologia, cabe lembrar algumas conseqüências advindas de sua utilização como forma de remuneração das internações hospitalares na implementação de sistemas similares de pós-pagamentos prospectivos por procedimento já observadas em outros países. A primeira, consiste no incentivo à maior eficiência na utilização dos recursos – sempre desejável – e à ausência de estímulo à qualidade dos atendimentos (Médici, 1991:43-44; Rezende, 1992:12).

Como exemplo, é possível citar a diminuição da média de permanência por internação, que tanto pode ser conseqüência de maior eficiência quanto produto de alta precoce estimulada pela possibilidade de faturamento da reinternação. A segunda, concerne à mudança no perfil epidemiológico da demanda atendida. Esta forma de pagamento pode transformar-se em incentivo para o não atendimento ou para a derivação de pacientes que demandem procedimentos nos quais a relação preço/custo seja pouco vantajosa ou deficitária para outras

instituições (Guterman & Dobson, 1986). Por conseguinte, torna-se preciso pensar acerca de instrumentos de acompanhamento e avaliação que permitam detectar efeitos indesejáveis provocados pela forma de pagamento implementada.

Ao mesmo tempo, o pagamento por produção estabeleceu uma competição entre prestadores com autonomia administrativa diferenciada; basta lembrar que as instituições públicas não têm autonomia para definir políticas salariais, criar incentivos para aumento da produtividade ou realizar investimentos.

As atividades ambulatoriais efetuadas pelos distintos prestadores – públicos, filantrópicos ou privados – foram remuneradas a partir dos valores prefixados em âmbito federal na correspondente tabela de práticas ambulatoriais. Entretanto, o total de recursos repassados para cada unidade da federação não poderia superar o teto financeiro definido segundo o número de habitantes e o correspondente valor da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) – teto financeiro para cada unidade da federação = número de habitantes x UCA.

O valor da UCA, que representava o volume de recursos per capita para financiamento das atividades ambulatoriais, era estabelecido pelo Ministério da Saúde com prévia consulta à Comissão de Intergestores e aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

Assim, para definição dos tetos financeiros destinados à cobertura dos serviços ambulatoriais, foi mantida a modalidade incorporada a partir de 1991, que consiste em uma combinação de formas distintas de alocação de recursos, ou seja, o volume total de recursos é definido per capita, enquanto o pagamento dos serviços é efetuado por ato médico. Essa combinação apresenta, ao menos de início, a vantagem de auto-regulação. Quem recebe per capita efetuará controle rigoroso sobre possíveis prestações desnecessárias e superfaturamentos. Por outro lado, como os serviços são remunerados por produção, fica excluída a possibilidade de subprestações, o principal perigo da modalidade de pagamento per capita (Porto, 1994:55).

Todavia, o problema crucial deste fluxo financeiro centrou-se na forma de definição dos correspondentes valores de UCA. Os Estados com características similares em relação a sua população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual no ano anterior, contaram com mesmo valor de UCA; desta forma, em junho de 1994, o maior valor de UCA correspondia ao estado de São Paulo e o menor, o estabelecido para os estados de Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte, Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins. O valor definido para esse conjunto de estados foi cerca de 58% daquele correspondente a São Paulo¹⁰.

Conseqüentemente cabe questionar a alta regressividade dos valores de UCA determinados para os distintos grupos de estados. Ainda que se aceite a existência de relações entre custo do ato médico, grau de complexidade e desenvolvimento socioeconômico regional, assim como diferenças regionais na utilização dos serviços, os valores determinados, longe de diminuir as diferenças existentes, no mínimo contribuíram para sua consolidação (Porto & Ugá, 1992:189) já que os valores de UCA foram definidos com base em critérios que são naturalmente regressivos, tais como, complexidade da capacidade instalada, qualidade dos serviços, desempenho técnico (Médici, 1991:51), desconsiderando qualquer tipo de critério tendente a compensar ou diminuir as desigualdades existentes (Médici, 1991:51; Rezende, 1992:12). Ao mesmo tempo, destaca-se a falta de transparência na definição dos valores de UCA, uma vez que se desconhecem os indicadores através dos quais foram implementados os critérios explicitados e a incidência de cada um sobre o valor total, permitindo pensar que existiu determinação arbitrária dos correspondentes valores (Médici, 1991:43).

Contudo, as exigências colocadas neste caso para repasse dos recursos foram menores que as estabelecidas para o financiamento das atividades hospitalares, bastando as Secretarias

¹⁰ Fonte: MS/FNS/DATASUS/ SINTESE.

Estaduais serem enquadradas na gestão incipiente para receberem a diferença entre o faturamento e teto definido.

Com relação ao critério populacional, cabem os mesmos comentários efetuados anteriormente.

De acordo com o estabelecido em relação ao fluxo financeiro destinado a apoio das instâncias locais, os estados e municípios podiam receber adicional de recursos da ordem de 5% do correspondente teto ambulatorial; no primeiro caso, quando enquadrados na gestão parcial ou semiplena e, no segundo, a partir da gestão incipiente. Este fluxo de recursos pretendeu ser incentivo ao alcance dos requisitos de gestão definidos como desejáveis pelo nível federal para efetivar o processo de descentralização.

Porém, este estímulo à melhoria das condições de gestão não conseguiu ser implementado dado a falta de recursos; foram transferidos exclusivamente os recursos correspondentes ao Fator de Apoio aos Municípios e unicamente aqueles referentes aos primeiros meses de 1994. Cabe destacar que, pelo mesmo motivo, não foram repassados os saldos positivos existentes entre o faturamento e os correspondentes tetos financeiros¹¹.

Pouco se pode dizer em relação ao financiamento das ações de vigilância em saúde, que incluiria tanto a vigilância epidemiológica quanto a sanitária, já que a norma operacional explicitou, unicamente, que a modalidade a ser adotada deveria ser definida em normas complementares no prazo de 90 dias, o que de fato não aconteceu. Assim, a maior parte dos recursos destinados à vigilância em saúde continuaram centralizados no nível federal, sendo os relativos à vigilância sanitária repassados fundamentalmente em função da produção – em inspeções sanitárias – valorizada com o mesmo preço fixado na tabela de prestações ambulatoriais para as consultas médicas.

¹¹ Dados apresentados pelo representante do MS no II Encontro Internacional de Economia da Saúde, realizado no Rio de Janeiro, em 1996.

Sintetizando as características anteriormente mencionadas para cada fluxo de financiamento, é possível concluir que a lógica norteadora do repasse dos recursos esteve fundamentalmente ligada aos correspondentes níveis de produção, introduzindo relação de compra-venda de serviços entre os diferentes níveis de governo e deixando de levar em conta fatores fundamentais para o alcance de patamar mais equitativo na distribuição inter-regional de recursos financeiros, condição necessária, ainda que não suficiente, para a obtenção da efetiva igualdade de oportunidades de acesso garantida na legislação.

Estimativa da distribuição geográfica de recursos de custeio efetuada pelo MS em 1994

No ano de 1994, a despesa do Ministério da Saúde foi de US\$ 9.544.156.727. Desse valor, somente foram considerados passíveis de distribuição US\$ 6.677.044.145. Assim, para 1994, dentre as despesas efetuadas pelo Ministério da Saúde (Tabela 1), foram consideradas como redistribuíveis 69,96% do total executado. O percentual restante (30,04%) correspondeu ao pagamento de pessoal ativo, amortização da dívida, gastos com administração central, despesas da Fiocruz e participação em organismos internacionais, despesas consideradas como não distribuíveis, e ao pagamento de pessoal inativo e auxílio aos servidores, entendido como não relacionado de forma direta com as despesas em saúde.

TABELA 1. DESPESA EXECUTADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL – 1994

	US\$	%
Pessoal (ativo e inativo)	2.521.487.562	26,42
Amortização da dívida	39.637.624	0,42
Auxílios aos servidores /FNS/FUNASA/CEME	145.895.580	1,53
Administ. Central/ FNS/FUNASA/CEME	62.076.077	0,65
FIOCRUZ	94.281.485	0,99
Participação em Org. Internacionais	3.734.254	0,04
Subtotal 1	2.867.112.582	30,04
AIH/SAI-SUS	5.158.413.956	54,05
Manutenção de Hosp. e Unid. Próprias FNS	168.853.087	1,77
INCA	36.172.704	0,38
GHC/ Porto Alegre	11.377.218	0,12
Manutenção unidades próprias/FUNASA	75.118.741	0,79
Programas de Imunizações	78.540.768	0,82
Controle de Doenças/ FUNASA	19.1422.884	2,01
CEME	209.488.567	2,19
Outros	747.656.220	7,83
Subtotal 2	6.677.044.145	69,96
Total	9.544.156.727	100,00

FONTE: MS/ Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Demonstrativo da despesa realizada em US\$ – 1994.

A estimativa distributiva segundo UFs mostrou que a alocação efetuada pelo MS privilegiou as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, nas quais o conjunto dos estados receberam percentagem maior do total de recursos disponíveis que a correspondente caso o repasse tivesse sido realizado em base populacional (Tabela 2). Nessas regiões, as exceções foram Minas Gerais (-2,30%), Espírito Santo (-22,11%), Santa Catarina (-12,91%) e Mato Grosso (-4,39%). Todos os estados da região Nordeste e Norte, excluindo-se neste caso o Estado de Roraima (+29,41%), contaram com percentagem menores que os estabelecidos em função do tamanho populacional.

TABELA 2. COMPARAÇÃO ENTRE A DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL E A ESTIMATIVA DE DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS EFETUADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE SEGUNDO UFS. BRASIL – 1994

UF	% POPULAÇÃO 1994	% DISTRIBUTIVO MS 1994	DIF. %
RO	0,84	0,79	-6,44
AC	0,29	0,25	-14,28
AM	1,48	1,12	-24,08
RR	0,16	0,21	29,41
PA	3,47	2,23	-35,84
AP	0,21	0,14	-32,96
TO	0,64	0,54	-16,26
NORTE	7,09	5,27	-25,69
MA	3,36	2,97	-11,67
PI	1,75	1,68	-4,18
CE	4,31	4,08	-5,28
RN	1,65	1,43	-13,20
PB	2,15	2,10	-2,13
PE	4,79	4,16	-13,11
AL	1,72	1,52	-11,35
SE	1,03	0,82	-19,99
BA	8,1	5,89	-27,28
NORDESTE	28,86	24,66	-14,54
MG	10,63	10,39	-2,30
ES	1,78	1,39	-22,11
RJ	8,58	11,84	38,03
SP	21,61	23,54	8,91
SUDESTE	42,6	47,15	10,68
PR	5,63	6,35	12,82
SC	3,1	2,70	-12,91
RS	6,16	7,04	14,35
Sul	14,89	16,10	8,10
MS	1,22	1,25	2,16
MT	1,46	1,40	-4,39
GO	2,76	2,82	2,16
DF	1,11	1,36	22,45
CENTRO-OESTE	6,55	6,82	4,14

FONTE: IBGE e Anexo 3.

Assim, considerando que a partilha das transferências tem favorecido os estados com melhor nível de saúde e de condições socioeconômicas, pode-se dizer que a distribuição efetuada pelo MS em 1994 não foi equitativa.

III.2 CRITÉRIOS DA LEI ORGÂNICA DA SAÚDE: CAMINHO PARA DISTRIBUIÇÃO EQÜITATIVA DE RECURSOS FINANCEIROS?

Com o objetivo de estimar o comportamento da partilha interestadual de recursos, a partir da aplicação dos critérios da Lei foi realizada uma simulação relativa a 1989, cujos resultados foram publicados pela Organização Pan-Americana da Saúde (Vianna et al., 1990). O trabalho, além de avaliar os critérios da Lei em função dos resultados obtidos, apresenta nova proposta distributiva.

Operacionalização dos critérios da LOS

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

Dos critérios operacionalizados, os dois primeiros foram trabalhados em conjunto, uma vez que, para os autores, o perfil epidemiológico assenta-se sobre a base populacional. O critério síntese dos dois foi denominado *situação sanitária* (Vianna et al., 1990).

A população estimada para 1986 foi discriminada em três grupos etários: menores de 1 ano, de 1 a 4 anos e de 5 a 64 anos. A última faixa etária também foi diferenciada segundo sexo.

Em todos os casos, a população de cada subgrupo populacional de cada estado foi corrigida em função da correspondente relação entre óbitos observados e óbitos esperados, estes últimos calculados a partir das taxas nacionais – População corrigida = população * óbitos observados/óbitos esperados. Cabe destacar que, no caso da mortalidade infantil, os cálculos não foram efetuados a partir dos óbitos notificados, mas sim daqueles calculados pelo IBGE em função de subregistros estimados. Calculou-se, por fim, a distribuição percentual da população corrigida segundo cada subgrupo em relação ao correspondente total nacional.

Uma vez obtidas as distribuições percentuais das populações *corrigidas* para cada faixa etária, calculou-se a média ponderada dos percentuais correspondentes a cada estado, chegando-se assim à composição percentual a ser utilizada para a distribuição dos recursos segundo o critério denominado *situação sanitária*. Na ponderação efetuada entre as percentagens distributivas das faixas etárias, as percentagens correspondentes a menores de 1 ano e a de 1 a 4 anos participaram na composição final com peso aproximado de 94%.

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

Na falta de informação sobre o custo médio da manutenção de cada um desses tipos de unidade, utilizou-se a área física média de cada um. Segundo os padrões do Ministério da Saúde, cada leito hospitalar requer em média uma área física similar a de um posto de saúde, enquanto um centro de saúde equivaleria em tamanho a 4,33 postos de saúde (ou leitos). Postos de assistência médica, policlínicas e prontos-socorros foram considerados, na falta de informação específica, com o mesmo ‘peso’ dos Centros de Saúde. (Vianna et al., 1990)

No caso do critério ‘características qualitativas da rede de saúde’, tomou-se como base o Índice de Valorização Hospitalar (IVH), definido pelo Instituto Nacional de Assistência

Médica da Previdência Social (INAMPS) para diferenciação da remuneração das internações segundo a complexidade dos prestadores conveniados ou contratados. O mencionado índice foi utilizado como multiplicador do número de leitos contratados e conveniados, obtendo-se assim o número corrigido desses leitos. A distribuição em função deste critério seria efetuada com base na distribuição percentual dos leitos – contratados ou conveniados – corrigidos.

Para operacionalizar o critério ‘desempenho técnico’, foi empregada a cobertura vacinal de rotina – excluindo-se os resultados obtidos nas campanhas. Os tipos de vacinas considerados foram: anti-sarampo, Tríplice, BCG e antipoliomielite. Trabalhou-se com a cobertura vacinal média do período 1987-89. Foram calculados números-índices a partir da comparação entre a cobertura vacinal observada em cada Estado e a cobertura vacinal média verificada em nível nacional. As populações menores de 1 ano foram multiplicadas pelos números-índices, obtendo-se assim as populações corrigidas que deram origem a nova distribuição percentual.

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

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

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

A síntese da proposta de implementação dos critérios da LOS acima apresentada permite efetuar alguns comentários. Em primeiro lugar, como a simulação tinha por objetivo comparar a alocação realizada pelo MS em 1989 com a estimada a partir da implementação dos critérios da LOS, a base populacional sobre a qual deveriam ser efetuadas as correções precisaria ser, para todos os critérios, a projetada para esse mesmo ano. Os índices utilizados para corrigir a população sempre serão calculados a partir de informações correspondentes a anos anteriores, mas as correções deverão tomar como base a população estimada para o ano de aplicação da estimativa distributiva.

Por sua vez, os resultados obtidos no caso do critério 'Situação Sanitária' foram determinados pela forma de implementação adotada, na qual foram priorizadas as faixas etárias de menores de 1 ano e de 1 a 4 anos. Como mencionado, o ajuste efetuado em função da mortalidade infantil foi operacionalizado a partir da mortalidade corrigida segundo subregistro estimado pelo IBGE, sendo que o realizado para outras faixas tomou como base exclusivamente a mortalidade notificada. Ao mesmo tempo, a síntese distributiva do critério, conforme a forma de ponderação feita, expressa fundamentalmente os resultados distributivos obtidos para as faixas de menores de 1 ano e de 1 a 4 anos.

Caso os resultados obtidos para cada faixa etária tivessem uma participação igual na composição final, a síntese distributiva do critério seria diferente, obtendo-se nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste maior distribuição percentual que a calculada em base populacional (Tabela 3, coluna C).

TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ESTIMADA PARA 1986 E DA DISTRIBUIÇÃO OBTIDA A PARTIR DO CRITÉRIO SITUAÇÃO SANITÁRIA, SEGUNDO REGIÕES. BRASIL – 1989

REGIÃO	% POPULAÇÃO	% SITUAÇÃO SANITÁRIA	
	A	B	C
NORTE	5,86	8,56	4,75
NORDESTE	28,54	45,27	24,82
SUDESTE	43,60	30,87	49,64
SUL	15,16	9,97	14,77
CENTRO-OESTE	6,84	5,34	6,02
BRASIL	100,00	100,00	100,00

FONTES: A e B Vianna et al. (1990).

C- Elaboração própria. Dados brutos em Vianna (1990).

Cabe destacar que a operacionalização do critério ‘Situação Sanitária’, ao utilizar a relação entre óbitos observados e óbitos esperados como fator de ajuste, incorporou o mesmo *proxy* de necessidade adotado na metodologia RAWP. Entretanto, essa metodologia pressupõe a correção segundo o perfil demográfico em função da estrutura populacional por sexo e idade, bem como a utilização da relação entre óbitos observados/óbitos esperados para cada subgrupo de sexo, idade e segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CIDs).

No que tange aos critérios ‘características quantitativas da rede de saúde’, ‘características qualitativas da rede’ e ‘desempenho técnico’, é fundamental analisar a propriedade de sua aplicação para a obtenção de distribuições mais equitativas que discutir a adequação das variáveis utilizadas para sua implementação ou a confiabilidade das fontes de informação correspondentes. Cabe lembrar que estes critérios, quando tomados como base para definição dos valores de UCAs, foram considerados de caráter regressivo (Médici, 1991:51). Como os próprios autores assinalaram, a aplicação na razão direta dos critérios mencionados teria como conseqüência o favorecimento dos estados mais desenvolvidos e a penalização dos que tivessem capacidade instalada proporcionalmente menor, de qualidade comparativamente inferior e que apresentassem desempenho técnico mais deficiente.

Em relação ao último critério implementado, ‘nível de participação do setor saúde no orçamento estadual ou municipal’, é importante observar que a fonte mais apropriada seria a consolidação efetuada pelo IBGE na publicação “Balanços Estaduais e Municipais”, já que nela aparecem discriminadas as despesas realizadas pelos governos estaduais e municipais com o programa ‘Saúde’. Ainda que essas informações não tenham mais sido publicadas desde 1985, sabe-se que o IBGE continua levantando os dados em questão.

Certamente, o objetivo perseguido com este critério é aumentar a participação relativa do volume de recursos comprometidos com o setor saúde pelas distintas instâncias governamentais e evitar a retração dos recursos estaduais e municipais, como se tem observado em alguns casos a partir do processo de descentralização iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e aprofundado com o Sistema Único Descentralizados de Saúde (SUDS) (Médici, 1994:23).

Os resultados observados na Tabela 4 permitem comprovar que a síntese destes critérios estabeleceria transferências de recursos das regiões Norte e Nordeste para as Sul e Sudeste. Na verdade, uma contribuição importante deste trabalho é a comprovação de que o conjunto de critérios explicitados na Lei para repasses dos recursos financeiros, pelo menos quando implementados em igualdade de participação na distribuição final, terminam anulando o efeito redistributivo do critério ‘situação sanitária’.

TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, DO TOTAL DE RECURSOS FEDERAIS APLICADOS EM 1989 E REPARTIÇÃO (%) SIMULADA SEGUNDO ALGUNS CRITÉRIOS DA LEI 8.080/90

GRANDES REGIÕES	POPULAÇÃO ¹	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL RECURSOS					MÉDIA ³	SÍNTESE ⁴	
		Aplicados ²	C1	C2	C3	C4			C5
		NORTE	5,86	6,03	8,56	3,45			1,58
NORDESTE	28,54	22,02	45,26	21,28	19,76	24,62	34,46	28,90	28,72
SUDESTE	43,60	48,58	30,08	49,36	53,93	44,56	41,54	43,78	43,69
SUL	15,16	12,69	9,97	18,92	17,45	11,10	15,13	15,13	15,14
CENTRO	6,64	10,67	5,33	6,99	6,07	7,59	6,46	6,79	6,81
BRASIL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FORNTE: Vianna et al., 1990.

¹ Distribuição percentual.

² Inclui transferência, gastos com serviços federais próprios e pagamento de serviços contratados e conveniados.

³ Média aritmética dos percentuais obtidos para os critérios C1,C2,C3,C4 e C5.

⁴ Média aritmética de (1) e (3).

C1 Perfil demográfico e epidemiológico.

C2 Características quantitativas da rede.

C3 Características qualitativas de rede.

C4 Desempenho técnico.

C5 Nível de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais.

Como assinalaram os autores, os percentuais obtidos para cada região a partir da simulação efetuada com os cinco critérios trabalhados, pouco diferem dos calculados exclusivamente em base populacional.

Novos Critérios Propostos

Tentando contribuir para uma alocação inter-regional mais equitativa dos recursos financeiros, os autores elaboraram nova proposta cuja implementação exigiria mudanças na LOS, em especial por desconsiderar o disposto no artigo 35, parágrafo 1, onde se estabelece que 50% dos recursos devem ser repassados pelo critério populacional.

Para tanto, foram utilizados cinco critérios, sendo que três deles aplicados na razão inversa – situação sanitária, nível de renda e grau de cobertura – e os outros dois na razão direta – desempenho técnico e participação do setor saúde no orçamento estadual. Cada critério teria igual participação no cálculo da distribuição síntese.

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

Quanto ao critério ‘nível de renda’, a variável utilizada foi o rendimento per capita das pessoas de dez anos e mais. No caso do critério ‘grau de cobertura’, a implementação foi realizada através do número de consultas e de internações per capita. Observe-se que este último critério aparece considerado duplamente, já que sua operacionalização foi realizada a partir de dois indicadores de cobertura, sem ter sido efetuada a síntese das correspondentes distribuições.

A metodologia de cálculo adotada nos dois casos foi similar àquela já descrita para os outros critérios, ou seja, os totais populacionais foram corrigidos a partir de números-índices obtidos por meio da comparação com as correspondentes médias nacionais e, a seguir, calculou-se a distribuição percentual da população corrigida.

A distribuição percentual síntese do conjunto dos critérios foi estimada a partir da média aritmética dos percentuais correspondentes a cada Estado.

Quanto aos critérios utilizados, cabem as mesmas considerações efetuadas anteriormente para aqueles relativos a ‘situação sanitária’, ‘desempenho técnico’ e ‘nível de participação do setor saúde no orçamento estadual’, restando comentar ‘nível de renda’ e ‘grau de cobertura’.

O critério ‘nível de renda’ poderia ser também operacionalizado por meio de variáveis que levassem em conta a composição percentual segundo faixa de renda, como o percentual de domicílios com renda familiar inferior a um salário mínimo, por exemplo. As informações necessárias para implementar indicadores desse tipo são divulgadas pelo IBGE, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNADs).

No que concerne às variáveis selecionadas para o critério ‘grau de cobertura’, deve-se observar que ambos os casos – consultas e internações por habitante – indicam muito mais a média de produção per capita do que efetivamente a cobertura populacional. Para exemplificar, tomando-se uma população de 10.000 habitantes com concentração média de três consultas/ano, poderiam estar sendo cobertos apenas 5.000 habitantes, havendo concentração de seis consultas/habitantes/ano quando calculadas em relação à população efetivamente coberta. Nesse caso, uma concentração de consultas aparentemente aceitável estaria encobrindo a cobertura de apenas 50% da população. Certamente, a variável mais apropriada para expressar o grau de cobertura é fornecida pelo número de pessoas atendidas/habitantes. Entretanto, as informações requeridas só seriam obtidas por intermédio de inquéritos populacionais que permitissem identificar necessidades atendidas.

Conclui-se que esta proposta tem priorizado a utilização de critérios que podem ser entendidos como *proxy* de necessidades desde o ponto de vista da situação sanitária ou do grau de cobertura ou dos diferentes níveis de renda. Os resultados obtidos podem ser observados na Tabela 5.

TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL SIMULADA SEGUNDO NOVOS CRITÉRIOS, COMPARADA COM A DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO E COM A REPARTIÇÃO DOS RECURSOS OBSERVADA EM 1989

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

FONTES: Vianna et al. (1990)

Créritos: C1 - Situação sanitária; C2 - Desempenho técnico; C3 - Participação do setor saúde no orçamento estadual; C4 - Nível de renda; C5 - Grau de cobertura (consultas Médicas); C6 - Grau de cobertura (Internações Hospitalares).

Como salientam os autores:

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

A mesma tabela permite verificar que os mais prejudicados seriam o Estado do Rio de Janeiro e o Distrito Federal, em especial quando a comparação é feita com os recursos aplicados em 1989. Este resultado está determinado pelo gasto direto tanto em pessoal quanto para manutenção da rede própria que o Ministério da Saúde efetua nas duas Unidades Federadas.

Comparando tal distribuição regional com a obtida a partir da simulação efetuada para implementação dos critérios da LOS e entendendo que distribuições equitativas devem determinar valores per capita superiores para as regiões com piores condições sanitárias, pode-se afirmar que a nova proposta elaborada pelos autores, ainda que incorpore critérios relacionados com outros objetivos que não a equidade, ao priorizar os relativos à situação sanitária e às condições socioeconômicas, permite alocação de recursos mais equitativa.

Finalmente, destaca-se que os resultados distributivos obtidos em 1994 (Tabela 2) são semelhantes aos observados para 1989 (Tabela 5), sendo que a diferença correspondente aos percentuais do Estado do Rio de Janeiro está motivada pela inclusão, na distribuição de 1989, dos gastos com pessoal que reconhecidamente se concentram nesse estado.

III.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi identificado no primeiro ponto deste capítulo, o conceito de equidade implícito na legislação brasileira é o de igualdade de oportunidades de acesso, tanto no sentido em que se apresenta na conceituação efetuada por Sen como no entendimento da igualdade de condições presente na tipologia de Turner.

Para a implementação da equidade foram introduzidas, no âmbito legislativo pertinente, mudanças relacionadas com as correspondentes fontes de financiamento e com os critérios de alocação inter-regional, que se bem não podem ser consideradas suficientes para adequar a política de financiamento ao objetivo enunciado na legislação, permitem identificar uma reorientação para seu alcance.

Entretanto, os resultados obtidos no desempenho das fontes de financiamento, tal como na alocação inter-regional efetuada, mostraram que as características negativas que marcaram o financiamento setorial permaneceram inalteradas.

Ao mesmo tempo, em relação à distribuição inter-regional de recursos financeiros – tema central deste trabalho – cabe destacar que a solução para alocações mais eqüitativas não estaria na implementação dos critérios explicitados na LOS.

IV. PROCURANDO EQÜIDADE NA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Algumas estimativas para o caso brasileiro

Introdução

Como já foi mencionado anteriormente neste trabalho, a distribuição mais eqüitativa dos recursos públicos de origem federal não assegura que a distribuição geográfica do total de recursos públicos também o seja, dado que as alocações efetuadas pelos governos estaduais e municipais podem alterar os resultados obtidos na descentralização efetuada pelo Ministério da Saúde (MS). A hipótese mais plausível é que as alocações efetuadas pelo governos estaduais e municipais contribuam para o aumento da iniquidade na distribuição geográfica dos recursos financeiros, já que os valores *per capita* destinados pelas instâncias locais devem estar correlacionados de forma direta com sua capacidade arrecadadora.

Por outra parte, cabe destacar que é de fundamental importância realizar, de forma prévia ou concomitantemente, um investimento com vistas a equilibrar inter-regionalmente a oferta existente. Esta condição, explicitada nas experiências dos distintos países analisados, ganha maior relevância no caso brasileiro, caracterizado pelas grandes desigualdades regionais na distribuição da oferta de serviços (Fiocruz, 1995; 1996). Em outras palavras, distribuições mais eqüitativas de recursos destinados ao custeio dos serviços de saúde requerem políticas de investimento que equacionem a disponibilidade de serviços de saúde.

Ao mesmo tempo, deve-se assinalar que a equidade na alocação geográfica de recursos financeiros e a maior igualdade na distribuição inter-regional da oferta, não garantem por si só a solução de outro grave problema do setor saúde no Brasil, a iniquidade intra-regional entre grupos sociais. Estudos realizados no Brasil, com dados relativos a 1989, mostraram que a morbidade concentra-se nos grupos de mais baixa renda, que a utilização de serviços de saúde é maior nos grupos de renda mais alta e que o tipo de atendimento recebido foi diferente entre os grupos de renda, delineando três padrões de consumo que expressam a existência de seletividade social na composição do consumo de serviços de saúde. Assim, pode-se afirmar que os mais pobres têm mais problemas de saúde e recebem menos cuidados de saúde a partir de um mercado de serviços de saúde de menor qualidade e eficiência (Travassos et al., 1995, 1996).

Cabe destacar que, embora estas evidências se remetam a período anterior à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que posteriormente não existam estudos que analisem a iniquidade entre grupos sociais, é possível supor que esse quadro não foi revertido.

Outro fator que certamente condiciona o alcance de maior patamar de equidade está relacionado com o volume dos recursos destinados ao setor, que, no Brasil, são reconhecidamente insuficientes para dar cobertura às necessidades populacionais.

Entretanto, apesar de todas as limitações mencionadas, é necessário destacar a importância da obtenção de distribuição geográfica mais equitativa dos recursos financeiros federais, já que os mesmos, no início da década de 90, representavam cerca de 70% (Médici, 1994:22) do total das despesas públicas em saúde e, ainda que seu alcance não garanta melhoria da equidade intra-regional entre grupos sociais, é condição necessária para a implementação de políticas que centrem seu objetivo em outras dimensões da equidade em saúde.

Nesse sentido, este capítulo tem por objetivo avaliar a distribuição de recursos financeiros destinados ao custeio dos serviços efetuada pelo Ministério da Saúde (MS) e contribuir para a

operacionalização de metodologias que permitam a obtenção de distribuição mais equitativa desses recursos entre unidades federadas.

Em consequência, com base na experiência internacional analisada e considerando as limitações encontradas para implementação das propostas de alocação espanhola e italiana, efetuou-se a simulação da metodologia aplicada na Inglaterra por intermédio da fórmula *Resource Allocation Working Party* (RAWP). Cabe reiterar que a falta de informação pertinente impossibilitou a aplicação do conceito de ‘população protegida’ empregado no caso espanhol. No que se refere à metodologia executada na Itália, por um lado, se a falta de informações confiáveis sobre doenças profissionais e acidentes de trabalho inviabiliza o uso deste tipo de dados, por outro lado, os ajustes efetuados a partir do perfil de mortalidade estão contemplados e trabalhados com maior detalhamento na proposta inglesa.

Ao mesmo tempo, foram realizadas outras simulações tomando como base os lineamentos gerais da metodologia RAWP, mas utilizando como *proxy* de necessidade outros indicadores de mortalidade e sócio-econômicos.

Para poder comparar com a alocação efetuada pelo MS, o ano tomado como base para todas as simulações foi 1994, já que os resultados distributivos obtidos a partir da metodologia aplicada pelo MS desde 1991 (segundo o estabelecido nas Normas Operacionais Básicas N. 001/91 e 001/93) não podem ser considerados representativos nos anos anteriores, dado que os hospitais públicos passaram por período de adaptação à nova política de reembolso. Por exemplo, na capital do Estado do Rio de Janeiro, o faturamento dos 15 hospitais municipais – efetuado mediante as Autorização de Internação Hospitalar (AIHs) – representou cerca de 30% da sua capacidade no período 1991-92 (Melamed & Ribeiro, 1993:38).

IV.1 ESTIMATIVAS DISTRIBUTIVAS PARA FINANCIAMENTO DO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO A FÓRMULA RAWP

IV.1.1 Aspectos metodológicos

Da discriminação proposta pelo RAWP, foram estimadas as distribuições segundo UF relativas a:

- (i) internações não psiquiátricas;
- (ii) internações psiquiátricas;
- (iii) atendimentos ambulatoriais.

Não foram efetuadas simulações distributivas para serviços de saúde coletiva por falta da informação pertinente; para internações de incapacitados mentais, por considerar-se que segue a mesma lógica das internações psiquiátricas quanto aos custos administrativos, dado que, na proposta, os mesmos estão referidos exclusivamente aos custos gerados pelos *General Practitioner* (GPs), incluindo-se o restante dos gastos administrativos na distribuição de cada tipo de serviço, e para o serviço de ambulância, por ser despesa não discriminada no caso brasileiro.

Fontes de informação

As fontes de informação utilizadas para efetuar a simulação foram:

A. População

Para os dados populacionais de 1994 segundo UFs foi utilizada a projeção efetuada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Sua discriminação segundo sexo e faixa etária foi estimada a partir dos dados do Censo Populacional-1991/IBGE, excluindo-se a população cuja idade é ignorada (aproximadamente 0,20%).

B. Utilização de serviços de saúde

Em função da metodologia RAWP, a utilização para os diferentes tipos de serviços de saúde (internações psiquiátricas e não psiquiátricas e serviços ambulatoriais) em cada UF foi estimada a partir das correspondentes taxas observadas de utilização nacional.

B.1 Utilização de internações não psiquiátricas

Dimensionou-se a utilização nacional com dados correspondentes a 1994, a partir do número de internações. A fonte de informação foi o Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e contabilizaram-se exclusivamente as AIHs Principal¹². Os dados foram discriminados segundo sexo, faixa etária e causa básica do atendimento, de acordo com os capítulos da Classificação Internacional das Doenças – Nona versão (CID-9) (OMS, 1975). Excluiu-se a utilização não classificada segundo a CID-9, como, por exemplo, conforme a natureza da lesão ou a demanda de serviço, o que representou 5,5% do total.

Cabe destacar que, dentre as informações que constam nas AIHs, as que foram consideradas as mais confiáveis, com base em estudo específico feito no Município do Rio de Janeiro, são sexo, grupo etário e tempo médio de permanência. Em relação aos diagnósticos, observou-se maior confiabilidade quando os mesmos são codificados com maior nível de agregação (Veras & Martins, 1994).

B.2 Utilização de Internações Psiquiátricas

A utilização nacional foi dimensionada com dados correspondentes a 1994, a partir do número de internações classificadas no capítulo V (Transtornos Mentais) da CID-9. A fonte de informação foi também o SIH/SUS, sendo contabilizadas exclusivamente as AIHs Principal. Os dados foram discriminados segundo sexo e faixa etária.

B.3 Utilização de atendimentos ambulatoriais

Uma vez que o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) não permite conhecer a utilização ambulatorial discriminada por sexo e faixa etária para estimar as taxas nacionais por subgrupo populacional para 1994 foram utilizados os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelo IBGE em 1989. Esta

¹² As AIHs são classificadas em três tipos diferentes: Tipo 1 – Normal ou Principal, emitida para cada internação; Tipo 3 – AIHs de continuação, utilizada somente em caso de erro na AIH Tipo 1 ou para preenchimento de informação no campo de serviços profissionais que, por falta de espaço na AIH Tipo 1, são reportadas na AIH Tipo 3; Tipo 5 – AIHs de longa permanência, usada para casos de pacientes psiquiátricos ou crônicos com finalidade administrativa de reembolso parciais. Portanto, as informações relativas às características demográficas do paciente, ao diagnóstico do processo de atendimento e ao resultado estão descritas na AIH Tipo 1 ou Principal.

pesquisa foi feita com base em uma mostra estratificada das cinco macrorregiões do país e das populações urbana e rural, não contemplando informações relativas à população rural da Região Norte. Os dados da pesquisa permitem obter informações nacionais e regionais quanto à morbidade, à procura e utilização de serviços de saúde.

Dentre os dados da pesquisa, escolheu-se como *proxy* de utilização a procura de serviços de saúde, por considerar que as informações relativas ao uso dos serviços excluiriam demandas necessárias, mas não atendidas.

Cabe destacar que os dados acerca da procura incluem também parte da demanda por serviços de internação, não sendo possível discriminar a demanda exclusiva por serviços ambulatoriais. Entretanto, considerou-se que os resultados refletem principalmente a procura de serviços ambulatoriais, uma vez que a pergunta relacionada com a procura de serviços limita-se aos últimos 15 dias, período insuficiente para dimensionar a demanda de serviços de internação, cuja frequência é comparativamente menor que a associada às práticas ambulatoriais.

Os dados desta pesquisa foram utilizados para conhecer a distribuição percentual da procura nacional por serviços ambulatoriais segundo subgrupos de sexo/idade. A distribuição obtida foi aplicada ao total da produção ambulatorial informada para 1994 pelo SIA/SUS, obtendo-se a produção estimada para cada subgrupo em nível nacional e, conseqüentemente, as correspondentes taxas estimadas de utilização (Anexo 7).

O total da produção ambulatorial inclui todo tipo de tratamento efetuado: consulta médica, atendimentos efetuados por outros profissionais de saúde, exames laboratoriais e radiológicos, outros métodos de diagnóstico e terapêuticos, procedimentos de saúde coletiva etc.

C. Mortalidade

A fonte de informação utilizada foi o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), a base de dados foi a mortalidade notificada referente a 1991 segundo lugar de residência, o último ano com informações completas disponíveis em nível nacional no início da elaboração deste trabalho. Foram excluídos os casos com sexo e/ou idade ignorados e os óbitos não classificados segundo os capítulos da CID-9. Os casos excluídos representaram cerca de 1,40% do total de óbitos observados em cada ano.

D. Recursos financeiros

A fonte de informação relativa aos recursos financeiros alocados em 1994 pelo MS consistiu no demonstrativo de despesas realizadas 1994-95 (MS/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 1996).

Em função da experiência dos países analisados, definiu-se o volume de recursos passível de distribuição no caso das despesas de custeio, excluindo-se as estabelecidas como predeterminadas ou não distributíveis e as não consideradas relacionadas diretamente como despesas em saúde.

Assim, para 1994, dentre as despesas de custeio efetuadas pelo Ministério da Saúde (Capítulo III, Tabela 4) foram consideradas como passíveis de serem redistribuídas exclusivamente 69,96% do total executado. O percentual restante (30,04%) corresponde ao pagamento de pessoal ativo, amortização da dívida, gastos com administração central, despesas da Fiocruz e participação em organismos internacionais, consideradas como não distributíveis; e ao pagamento de pessoal inativo e auxílio aos servidores, entendidos como não relacionados de forma direta com as despesas em saúde.

Memória de cálculo

A metodologia de alocação inglesa (RAWP) pode ser sintetizada como a obtenção de valores base distributivos que levam em conta as características demográficas e o perfil

epidemiológico dos diferentes estados. As bases distributivas surgem da ponderação do uso estimado dos serviços pela *Standard Mortality Ratio* (SMR), entendida como a relação entre óbitos observados e óbitos esperados. Vale lembrar que, em função da metodologia RAWP, a síntese distributiva para o total dos recursos de custeio é estimada a partir das distribuições obtidas para os distintos tipos de serviços.

A. Internações não psiquiátricas

Para o cálculo da distribuição correspondente às internações não psiquiátricas criou-se uma base de dados que consta de 7.776 registros, contemplando as 27 unidades federadas segundo os dois sexos, nove faixas etárias e 16 capítulos da CID-9, excluindo-se o capítulo V, relativo à Psiquiatria (Anexo 4 – Dados correspondentes ao Estado do Rio de Janeiro).

As faixas etárias utilizadas foram: menores de 1 ano, 1 a 4; 5 a 14; 15 a 24; 25 a 34; 35 a 44; 45 a 54; 55 a 64; e + de 65 anos.

Note-se que a abertura adotada, diferentemente da implementada na Inglaterra, discrimina a população de 0 a 4 anos em duas faixas etárias: menores de 1 ano e de 1 a 4 anos. Esta escolha justifica-se como meio adequado para tratar mais detalhadamente as necessidades relativas à infância. Igualmente, a opção por não discriminar a população de idade superior a 65 anos foi determinada pelo patamar médio de esperança de vida ao nascer no Brasil (65,5 anos), no início da década de 90 (Simões, s/d; Duchiate, 1995)

As informações contidas nessa base de dados estão relacionadas à população de 1994, à utilização estimada de internações não psiquiátricas para 1994 e à mortalidade de 1991.

De início, a partir das taxas de utilização nacional para cada grupo de sexo e idade segundo capítulos da CID-9, estimou-se a utilização dos correspondentes grupos populacionais em cada UF para 1994. Isto implica em dizer que, aceitando-se que cada subgrupo populacional das diferentes UFs deveria apresentar taxa de utilização igual à média nacional observada para esse mesmo subgrupo populacional, a diferença no número de internações estimadas entre

UFs expressaria exclusivamente as desigualdades existentes entre as respectivas estruturas demográficas dimensionadas em função das variáveis: número de habitantes, sexo e faixa etária.

Posteriormente, o número de internações estimadas para o ano 1994 por cada grupo de sexo, idade e CID-9 foi ponderado em função do respectivo SMR (calculado com os dados relativos à mortalidade de 1991). Quando o SMR for igual a 0 (zero), resultado obtido no caso da mortalidade observada ser igual a 0, ou quando este for indeterminado, como consequência de ambas mortalidades (observada e estimada) serem iguais a zero, o SMR foi substituído pelo valor 1 (um). Esta substituição tem por objetivo não desconsiderar a utilização estimada no caso de causas básicas com alta demanda, que requerem recursos financeiros importantes e que raramente são causa de morte. Vale lembrar que, em função da metodologia RAWP, o SMR não foi utilizado para ajustar as internações correspondentes aos capítulos XI (Complicações de gravidez, parto e puerpério) e XII (Doenças da pele e tecido celular subcutâneo) da CID-9.

Por fim, o somatório dos valores obtidos para cada UF, produto das estimativas e dos ajustes mencionados, foram comparados ao total resultante do somatório de todas as UFs, originando a distribuição percentual a ser aplicada para alocação dos recursos destinados ao financiamento das internações não psiquiátricas.

Este mesmo cálculo também foi efetuado desconsiderando a abertura por capítulos da CID-9 (Anexo 5).

B. Internações psiquiátricas

O cálculo da distribuição de recursos financeiros destinados ao custeio das internações psiquiátricas segundo a metodologia RAWP deve ser realizado em função exclusivamente da utilização estimada com base nas taxas nacionais. Ou seja, os resultados devem refletir

unicamente desigualdades no perfil demográfico dimensionado pelo número de habitantes e sua correspondente estrutura conforme sexo e faixa etária.

Em consequência, elaborou-se uma base de dados contemplando 27 UFs, sexo e nove faixas etárias – empregando-se as mesmas faixas que as utilizadas para internações não psiquiátricas –, no qual consta a população estimada para 1994, as taxas nacionais de internações psiquiátricas segundo sexo e idade observadas em 1994 e a utilização estimativa correspondente para cada subgrupo populacional de cada UF (Anexo 6, exemplo para o caso do Rio de Janeiro).

O somatório dos valores obtidos para cada UF foram comparados ao total resultante do somatório de todas as UFs, originando a distribuição percentual a ser aplicada para alocação dos recursos destinados ao financiamento das internações psiquiátricas.

C. atendimentos ambulatoriais

Para obter a distribuição de recursos financeiros destinados ao financiamento do custeio dos serviços ambulatoriais, a utilização esperada para cada subgrupo populacional (sexo /faixa etária) em função das respectivas taxas nacionais estimadas (Anexo 7) foi ajustada através do correspondente SMR (excluindo-se a mortalidade correspondente aos capítulos XI e XII da CID-9) (Anexo 8).

Calcula-se o total distributivo para serviços ambulatoriais a partir da comparação do somatório dos valores distributivos da UF com o somatório de todas as UFs.

D. Síntese distributiva de recursos financeiros para custeio dos serviços de saúde

A síntese distributiva foi estimada com base na média ponderada das distribuições obtidas para os distintos tipos de serviços. A ponderação foi realizada em todos os casos em função da estrutura de despesa observada em 1994 (Anexo 3), entre internações não psiquiátricas (59,57%), psiquiátricas (2,94%) e atendimentos ambulatoriais (37,49%).

Cabe lembrar que esta forma de ponderação tem um componente conservador e que significa aceitar que a estrutura da despesa observada é adequada, o que é difícil de afirmar, em particular no Brasil, onde as variáveis que determinam a composição dos gastos pouco têm a ver com as necessidades da população. Serve como exemplo a mudança observada entre 1994 e 1995. Em 1995, a despesa com internações faturadas representou cerca de 49% e os gastos ambulatoriais, 51% (Reis, 1996). A hipótese mais plausível para explicar esta modificação na estrutura está relacionada com a implementação por parte do MS de sistemas de controle sobre o faturamento de AIHs, provocando acréscimo no faturamento dos gastos ambulatoriais não submetidos a formas sistemáticas de fiscalização.

Foram efetuadas duas sínteses distributivas:

- (i) entre distribuição percentual para internações não psiquiátricas estimada com discriminação por sexo/idade e causa básica, distribuição percentual para internações psiquiátricas e distribuição percentual para serviços ambulatoriais estimados discriminando sexo e idade (Anexo 9);
- (ii) entre distribuição percentual para internações não psiquiátricas estimada mediante a discriminação por sexo/idade (sem causa básica), distribuição percentual para internações psiquiátricas e distribuição percentual para serviços ambulatoriais estimados discriminando sexo e idade (Anexo 10).

IV.1.2 Resultados obtidos

Na Tabela 6, podem ser observados os percentuais alocados pelo MS em 1994, a distribuição efetuada exclusivamente em base populacional e os resultados distributivos estimados de acordo com as diferentes simulações efetuadas em função da metodologia RAWP, a partir da mortalidade notificada, com e sem discriminação da causa básica.

Inicialmente é necessário realizar alguns comentários quanto à comparação entre a alocação de recursos efetuada pelo MS e a distribuição observada exclusivamente através da aplicação

do critério populacional. Observa-se que os recursos destinados aos estados da Região Norte passariam de 5,27% a 7,09%, representando um aumento de 34,53%, e, no caso da Região Nordeste, de 24,66% para 28,86%, o que implica acréscimo de 17,03%. Em outras palavras, o volume de recursos repassados através da forma de distribuição adotada pelo MS difere do total que seria obtido através da alocação per capita, critério este implícito na normatização vigente nesse período.

Entretanto, é importante destacar que a simulação efetuada através da aplicação da fórmula RAWP, tomando-se como fonte de informação a mortalidade notificada, mostrou que os resultados distributivos não se diferenciam muito do padrão de alocação do MS e que seriam menos eqüitativos que a simples distribuição per capita. Como já foi mencionado, espera-se que distribuições mais eqüitativas realizem partilha de recursos proporcionalmente maior que o tamanho populacional, em favor das UFs das regiões com condições sanitárias mais precárias, que no caso brasileiro são reconhecidamente localizadas no Norte e Nordeste.

Observa-se que a região Norte, a qual pelo critério populacional receberia 7,09%, contaria com 6,07% segundo a metodologia RAWP e a região Nordeste passaria de 28,86% para 23,73%. Contrariamente, a região Sudeste teria seus recursos aumentados de 42,6% para 49,25%.

Entretanto, os resultados apresentados não devem ser interpretados como consequência da inadequação da metodologia RAWP para o caso brasileiro, mas de sua implementação a partir da mortalidade notificada. Em função da existência de sub-registro nos óbitos notificados (Szwarcwald et al., 1996), cuja maior magnitude encontra-se nos estados das regiões Norte e Nordeste, a relação entre os óbitos observados e os esperados é, na maior parte desses estados, menor que um, indicando melhor situação sanitária que a observada na média nacional e não condizente com a realidade.

Contudo, as simulações efetuadas a partir da metodologia RAWP permitiram observar que diferenciam-se pouco as distribuições obtidas tomando como base a mortalidade notificada, discriminando ou não por causa básica. Entretanto, esta afirmativa poderia não ser conclusiva, uma vez que pressupõe serem semelhantes os níveis de sub-registro entre as distintas causas básicas de mortalidade, hipótese pouco provável, dada a reconhecida concentração de sub-registro de óbitos em menores de 1 ano, implicando necessariamente na subestimação dos óbitos relativos às causas de mortalidade mais frequentes neste grupo etário.

Porém, o fato de serem semelhantes os valores base distributivos obtidos para internações não psiquiátricas, com e sem discriminação por causa básica, nos estados (Anexo 9 e 10: RJ, SP e RS), para os quais a cobertura de registro de óbitos estima-se em aproximadamente 100% (Szwarcwald et al., 1996), permitem concluir que, efetivamente, a discriminação segundo causa básica não justificaria a realização dos cálculos com tal detalhamento.

TABELA 6. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DA POPULAÇÃO E DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO METODOLOGIA RAWP. BRASIL – 1994

UF	Recursos (1) MS -1994	População (2) 1994	RAWP (3) c/ CIDs	RAWP (4) s/ CIDs
RO	0,79	0,84	0,90	0,91
AC	0,25	0,29	0,35	0,33
AM	1,12	1,48	1,20	1,15
RR	0,21	0,16	0,20	0,19
PA	2,23	3,47	2,77	2,70
AP	0,14	0,21	0,25	0,22
TO	0,54	0,64	0,41	0,36
Norte	5,27	7,09	6,07	5,85
MA	2,97	3,36	1,84	1,75
PI	1,68	1,75	0,99	0,80
CE	4,08	4,31	3,01	2,98
RN	1,43	1,65	1,22	1,16
PB	2,10	2,15	1,87	2,14
PE	4,16	4,79	5,24	5,75
AL	1,52	1,72	1,72	1,83
SE	0,82	1,03	0,96	1,13
BA	5,89	8,1	6,89	6,81
Nordeste	24,66	28,86	23,73	24,36
MG	10,39	10,63	11,22	10,91
ES	1,39	1,78	1,83	1,78
RJ	11,84	8,58	11,41	11,88
SP	23,54	21,61	24,80	24,27
Sudeste	47,15	42,6	49,25	48,84
PR	6,35	5,63	5,69	5,76
SC	2,70	3,1	2,66	2,69
RS	7,04	6,16	6,33	6,26
Sul	16,10	14,89	14,68	14,71
MS	1,25	1,22	1,21	1,24
MT	1,40	1,46	1,26	1,20
GO	2,82	2,76	2,39	2,40
DF	1,36	1,11	1,40	1,40
Centro Oeste	6,82	6,55	6,26	6,24

Legenda:

(1)- Distribuição percentual da estimativa de recursos financeiros alocados pelo MS em 1994 segundo UF. Fonte: Anexo 3.

(2)- Distribuição percentual da população estimada para 1994. Fonte: IBGE.

(3) Distribuição percentual estimada a partir do RAWP discriminando sexo, faixa etária e causa básica. Fonte: Anexo 9.

(4) Distribuição percentual estimada a partir do RAWP discriminando sexo e faixa etária. Fonte: Anexo 10.

Finalmente, cabe assinalar que não foram realizados os ajustes adicionais propostos pelo RAWP relacionados, por um lado, aos custos especiais de instituições com atividades de ensino e pesquisa e, por outro, com as desigualdades existentes entre os custos regionais, em função da inexistência de sistemas de custos hospitalares, em geral, e das características do sistema de custos dos hospitais universitários, em particular, o que não permite identificar os custos adicionais. Outro aspecto não considerado foi a compensação dos fluxos de demanda atendida entre os estados, uma vez que em 1994 se registrava apenas o lugar de ocorrência nos formulários básicos relativos ao uso de serviços de saúde, não sendo preenchido o campo correspondente ao lugar de residência do usuário.¹³

Cabe assinalar que a não realização dos ajustes em função das atividades de ensino e pesquisa pode implicar na subestimação dos recursos relativos às UFs nas quais se concentram os centros universitários, subestimação esta que também ocorrerá no caso das UFs cujos serviços atuam como referência nacional.

IV.2 ESTIMATIVAS DISTRIBUTIVAS A PARTIR DA ADAPTAÇÃO DA FÓRMULA RAWP

Considerando os limites colocados pelo sub-registro nas notificações de mortalidade, optou-se por trabalhar com duas estratégias de adaptação do RAWP: (i) mediante a utilização da mortalidade proporcional; (ii) com base na utilização da mortalidade corrigida pelo nível de sub-registro.

Em todos os casos, as estimativas tomaram como base as fontes de informações utilizadas na simulação da fórmula RAWP e foram calculadas como síntese das distribuições obtidas para os distintos tipos de serviços.

IV.2.1 Estimativa distributiva a partir da mortalidade proporcional

Os valores base distributivos para internações não psiquiátricas foram calculados ajustando a utilização estimada segundo sexo, idade e causa básica a partir do índice obtido por meio da

¹³ A partir de 1995 o SIH/SUS passou a incorporar a variável lugar de residência permitindo no futuro estimar os fluxos de demanda entre UFs.

comparação entre a mortalidade proporcional observada (por sexo, idade e causa) e a mortalidade proporcional esperada (Anexos 4). Efetuou-se o mesmo procedimento sem discriminar a causa básica (Anexo 5).

Da mesma forma, a utilização estimada para serviços ambulatoriais, segundo sexo e idade, foi ajustada por intermédio da razão entre mortalidades proporcionais (Anexo 8).

Para internações psiquiátricas, cuja distribuição deve refletir exclusivamente o perfil demográfico, utilizaram-se os valores base calculados na simulação da fórmula RAWP (Anexo 6).

As sínteses distributivas foram calculadas a partir da média ponderada das distribuições correspondentes a cada tipo de serviço, utilizando-se, como fatores de ponderação, a estrutura do gasto por tipo de serviço observada em 1994 (internações não psiquiátricas 59,57%, psiquiátricas 2,94% e atendimentos ambulatoriais 37,49%).

As sínteses distributivas efetuadas foram:

- (i) entre distribuição percentual para internações não psiquiátricas estimadas com a discriminação por sexo/idade e causa básica; distribuição percentual para internações psiquiátricas; e distribuição percentual para serviços ambulatoriais estimados discriminando sexo e idade (Anexo 11);
- (ii) entre distribuição percentual para internações não psiquiátricas estimada com a discriminação por sexo/idade (sem causa básica); distribuição percentual para internações psiquiátricas; e distribuição percentual para serviços ambulatoriais estimados discriminando sexo e idade (Anexo 12).

Os resultados obtidos com a adaptação da metodologia RAWP utilizando a razão entre mortalidades proporcionais como forma de ajuste, mostram que sua implementação definiria uma partilha de recursos que, ao nível de macrorregiões, não se diferencia da estimada em função do critério populacional (Tabela 7). As diferenças mais significativas em termos

relativos corresponderiam aos Estados de Roraima, Amapá e Acre, que teriam seus recursos aumentados quando aplicada a adaptação do RAWP, e a Maranhão e Alagoas, que contrariamente sofreriam diminuições. Nas restantes UFs, as diferenças são mínimas.

TABELA 7. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DA POPULAÇÃO E DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, A PARTIR DA MORTALIDADE PROPORCIONAL. BRASIL – 1994

UF	Recursos MS - 1994	População 1994	Dist c/ Mort % c/ CIDs	Dist c/ Mort % s/ CIDs
RO	0,79	0,84	0,88	0,88
AC	0,25	0,29	0,34	0,31
AM	1,12	1,48	1,42	1,43
RR	0,21	0,16	0,22	0,21
PA	2,23	3,47	3,51	3,58
AP	0,14	0,21	0,26	0,23
TO	0,54	0,64	0,63	0,64
Norte	5,27	7,09	7,26	7,27
MA	2,97	3,36	2,93	3,19
PI	1,68	1,75	1,68	1,61
CE	4,08	4,31	4,20	4,50
RN	1,43	1,65	1,54	1,55
PB	2,10	2,15	2,00	2,30
PE	4,16	4,79	4,68	4,99
AL	1,52	1,72	1,62	1,69
SE	0,82	1,03	0,93	1,09
BA	5,89	8,1	8,25	8,41
Nordeste	24,66	28,86	27,82	29,31
MG	10,39	10,63	11,01	10,60
ES	1,39	1,78	1,70	1,80
RJ	11,84	8,58	9,02	8,97
SP	23,54	21,61	22,24	21,18
Sudeste	47,15	42,6	43,96	42,55
PR	6,35	5,63	5,46	5,44
SC	2,70	3,1	2,81	2,86
RS	7,04	6,16	6,11	5,96
Sul	16,10	14,89	14,38	14,26
MS	1,25	1,22	1,26	1,30
MT	1,40	1,46	1,53	1,51
GO	2,82	2,76	2,63	2,68
DF	1,36	1,11	1,16	1,11
Centro Oeste	6,82	6,55	6,58	6,60

Legenda:

1) Distribuição percentual da estimativa de recursos financeiros alocados pelo MS em 1994 segundo UF. Fonte: Anexo 3.

2) Distribuição percentual da população estimada para 1994. Fonte: IBGE.

3) Distribuição percentual estimada a partir da adaptação do RAWP em função da mortalidade proporcional por sexo, faixa etária e causa básica. Fonte: Anexo 11.

4) Distribuição percentual estimada a partir da adaptação do RAWP em função da mortalidade proporcional por sexo e faixa etária. Fonte: Anexo 12.

Estes resultados certamente estão influenciados pela distribuição desigual do sub-registro entre faixas etárias, o qual se concentra na faixa etária de menores de 1 ano (Szwarcwald, s/d) e se reflete diferenciadamente entre causas básicas de mortalidade.

Assim, a utilização do índice comparativo entre as mortalidades proporcionais, que pode resultar mais apropriado que o SMR calculado a partir da mortalidade notificada, também não resolve totalmente o problema do sub-registro existente nas estatísticas de mortalidade.

Contudo, cabe destacar que os resultados possibilitaram corroborar que, em termos gerais, a distribuição obtida a partir dos dados discriminados segundo causa básica não se diferenciam substantivamente daquela calculada exclusivamente com base no sexo e na idade.

IV.2.2 Estimativa distributiva a partir da mortalidade corrigida segundo nível de sub-registro

Com o objetivo de obter um indicador que reflita de forma mais aproximada a relação entre o quadro de mortalidade efetivo de cada UF e o esperado em função das taxas nacionais, foi adotado como *proxy* de necessidade a SMR obtida entre os óbitos observados corrigidos, com base na estimativa da cobertura de registro da mortalidade em cada lugar e nos óbitos esperados corrigidos por meio da mesma estimativa em relação ao total de mortalidade informada no país. A correção da mortalidade notificada foi realizada em função da estimativa de cobertura de registro de óbitos segundo UF efetuada por Szwarcwald et al. (1996)¹⁴.

Entretanto, dado que as estimativas de cobertura de registro de óbito são calculadas em média para a mortalidade total observada em cada UF, isto é, não existem estimativas específicas para cada grupo de sexo e idade, os ajustes foram realizados com a SMR que expressa a relação entre o total de óbitos observados corrigidos e o total de óbitos esperados corrigidos

¹⁴ O cálculo do sub-registro foi efetuado inicialmente para as macrorregiões por Szwarcwald & Castilho (1995) com base na adaptação do modelo geral de construção de tábuas de vida das Nações Unidas para ajustar as taxas de mortalidade observada a uma curva modelo. Mediante regressão múltipla, modelaram-se os desvios entre os logaritmos das taxas observadas e taxas de um padrão selecionado, em que a estimativa do coeficiente linear fornece o grau de cobertura do registro. Posteriormente, Szwarcwald et al. (1996) efetuaram, a partir da comparação entre as taxas regionais corrigidas e as taxas observadas em cada UF da correspondente região, uma estimativa do nível de registro de óbitos para cada UF.

segundo os correspondentes níveis de sub-registro. Cabe destacar que o total mortalidade esperada em cada UF, tomada como base para cálculo da mortalidade esperada corrigida, foi estimado como somatório dos resultados obtidos a partir das taxas observadas em nível nacional para cada grupo de sexo e idade.

Sintetizando, a utilização total esperada para internações não psiquiátricas e serviços ambulatoriais em cada UF, que continuou sendo estimada a partir das taxas nacionais segundo sexo e idade de modo a refletir o perfil demográfico correspondente, foi ajustada através da SMR entre as mortalidades corrigidas (Anexos 13 e 14).

De modo igual aos casos anteriores, o total distributivo foi calculado a partir da média ponderada das distribuições obtidas para cada tipo de serviço (Anexo 15). Vale lembrar que, para internações psiquiátricas, continuou sendo utilizada a distribuição estimada inicialmente (Anexo 6).

Observa-se assim que a síntese distributiva obtida em função da mortalidade corrigida a partir dos níveis de sub-registro estimados (Tabela 8) modificaria a alocação efetuando transferências das Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste em favor das Regiões Norte e Nordeste, tanto quando comparada com a distribuição realizada pelo MS em 1994 como com a observada a partir do critério populacional. A Região Norte teria acréscimo de 57,51% quando comparado com os recursos destinados pelo MS, e o correspondente à Região Nordeste seria de 41,12%. Neste caso, os estados que receberiam proporcionalmente menos recursos seriam Rio Grande do Sul – 30,30%; Rio de Janeiro – 26,69%; Distrito Federal – 26,33%; São Paulo – 21,78%; e Paraná, com 21,68%.

Cabe destacar que, para os estados das regiões Norte e Nordeste, as percentagens estimadas a partir da mortalidade corrigida são sempre superiores às observadas em relação à alocação do MS e àquelas calculadas segundo distribuição per capita.

O aumento ou a diminuição dos recursos referentes a cada UF como resultado do ajuste efetuado através da mortalidade corrigida, quando comparados com a alocação do MS, pode ser melhor visualizada no Gráfico 1 e no Mapa 1.

Quando a comparação é efetuada com a distribuição populacional, as diferenças são menores, mas, em geral, as tendências observadas para cada UF são mantidas; as exceções dizem respeito aos Estados de Santa Catarina, que receberia -11,95%; que na alocação por população, o Espírito Santo que contaria com -5,23% , Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul que ganhariam um total de recursos aproximadamente equivalente ao definido per capita.

TABELA 8. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DA POPULAÇÃO E DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA MORTALIDADE/91 CORRIGIDA POR SUB-REGISTRO. BRASIL – 1994

UF	Recursos (1) M.S.-1994	População (2) 1994	Dist % (3) c/ Mort. Cor	DIF % (3)/(1)	DIF% (3)/(2)
RO	0,79	0,84	1,11	41,03	31,94
AC	0,25	0,29	0,42	69,17	45,00
AM	1,12	1,48	1,72	53,18	16,29
RR	0,21	0,16	0,22	6,78	38,18
PA	2,23	3,47	3,88	74,44	11,93
AP	0,14	0,21	0,27	92,79	29,24
TO	0,54	0,64	0,67	25,34	4,96
Norte	5,27	7,09	8,30	57,51	17,04
MA	2,97	3,36	4,79	61,48	42,64
PI	1,68	1,75	2,01	20,05	15,04
CE	4,08	4,31	4,74	16,06	9,93
RN	1,43	1,65	2,06	44,02	25,02
PB	2,10	2,15	2,24	6,65	4,38
PE	4,16	4,79	5,57	33,78	16,24
AL	1,52	1,72	2,28	49,65	32,66
SE	0,82	1,03	1,50	82,48	45,99
BA	5,89	8,1	9,60	63,03	18,55
Nordeste	24,66	28,86	34,81	41,12	20,61
MG	10,39	10,63	9,02	-13,15	-15,15
ES	1,39	1,78	1,69	21,68	-5,23
RJ	11,84	8,58	8,68	-26,69	1,19
SP	23,54	21,61	18,41	-21,78	-14,81
Sudeste	47,15	42,6	37,80	-19,83	-11,27
PR	6,35	5,63	4,97	-21,68	-11,65
SC	2,70	3,1	2,73	1,11	-11,95
RS	7,04	6,16	4,91	-30,30	-20,29
Sul	16,10	14,89	12,61	-21,63	-15,29
MS	1,25	1,22	1,24	-0,72	1,42
MT	1,40	1,46	1,58	13,16	8,19
GO	2,82	2,76	2,66	-5,54	-3,50
DF	1,36	1,11	1,00	-26,33	-9,79
C.Oeste	6,82	6,55	6,48	-4,98	-1,04

Legenda:

1)- Distribuição percentual da estimativa de recursos financeiros alocados pelo MS em 1994, segundo UF. Fonte Anexo 3

2)- Distribuição percentual da população estimada para 1994. Fonte: IBGE.

3) Distribuição percentual estimada em função da mortalidade corrigida por sub-registro. Fonte: Anexo 15.

GRÁFICO 1. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO A ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA MORTALIDADE/91 CORRIGIDA PELO SUB-REGISTRO E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL – 1994

MAPA 1. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA MORTALIDADE/91 CORRIGIDA PELO SUBREGISTRO, E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1994

As simulações anteriormente apresentadas foram calculadas a partir dos dados de mortalidade relativos a 1991, já que era o último ano do qual se conseguia informações completas segundo lugar de residência no momento da elaboração do banco de dados correspondente. Entretanto, no primeiro semestre de 1997 foram divulgados os dados referentes a 1994. Assim, com o objetivo de validar os resultados anteriores, comparou-se a distribuição obtida com a mortalidade de 1991 corrigida pelo nível de sub-registro com a distribuição estimada a partir dos dados de 1994, igualmente corrigidos (Anexo 19). As percentagens distributivas ao nível de macrorregiões são praticamente iguais, existindo diferenças intra-regionais não superiores a 17%.

IV.3 ESTIMATIVA DISTRIBUTIVA DE RECURSOS FINANCEIROS SEGUNDO UF A PARTIR DE INDICADORES RELACIONADOS COM A DESIGUALDADE DA RENDA

Em função da precariedade das estatísticas de mortalidade, realizaram-se também simulações tomando como base os lineamentos gerais da metodologia RAWP, mas adotando como *proxy* de necessidade outros indicadores associados às diferenças nas condições de vida: (i) a razão entre a renda per capita de cada UF e a correspondente média nacional; (ii) a razão entre a percentagem de domicílios com renda inferior a 1 (um) salário mínimo em cada UF e a percentagem média em nível nacional.

A fonte de informação utilizada no primeiro caso foi a renda média anual per capita para 1994, estimada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), e no segundo, os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a partir do Censo Populacional 1991.

IV.3.1 Estimativa distributiva em função da diferença de renda per capita

Como nas simulações anteriores, inicialmente foi calculada a utilização estimada para cada tipo de serviço de forma a refletir as desigualdades entre os perfis demográficos das diferentes UFs.

À continuação, foram estimados os valores base distributivos como produto entre a utilização esperada e o indicador adotado como *proxy* de necessidade neste caso, a razão entre a renda per capita da UF e a renda média nacional (Anexo 20).

Da mesma forma que na proposta RAWP, a síntese distributiva foi calculada a partir da média ponderada das distribuições obtidas para cada tipo de serviço em função do peso relativo de cada um no total do gasto (Anexo 21).

A tabela 9 apresenta a distribuição percentual para recursos financeiros que seria obtida aplicando-se como fator de ajuste a razão entre a renda per capita local e a média nacional, e a comparação tanto com a alocação realizada pelo MS quanto com a partilha per capita.

Como se pode observar, caso fosse aplicada esta forma distributiva, as regiões Norte e Nordeste teriam acréscimo de recursos, em relação aos destinados pelo MS, de 73,78% e 95,18%, respectivamente. Esta redistribuição beneficiaria fundamentalmente os estados da região Nordeste e implicaria em diminuições importantes nos recursos alocados para 1994 em estados de outras regiões, em especial nos correspondentes ao Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul e Distrito Federal (Gráfico 2 e Mapa 2).

Quando se efetua a comparação com a distribuição populacional em termos gerais, mantêm-se as tendências observadas para cada UF; as exceções remetem-se aos Estados do Amazonas, que perderia 22,87% na alocação por população; do Espírito Santo, que ficaria com menos 16,70%; do Amapá, que contaria com menos 9,56%; e de Roraima, que ganharia 10,64% em relação à definição per capita.

TABELA 9. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DA POPULAÇÃO, E DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP EM FUNÇÃO DA DIFERENÇA DE RENDA PER CAPITA. BRASIL – 1994

UF	Recursos (1) MS-1994	População (2) 1994	Dist. % (3) c/ renda p/cap.	DIF % (3)/(1)	DIF % (3)/(2)
RO	0,79	0,84	1,04	32,83	24,27
AC	0,25	0,29	0,30	22,13	4,68
AM	1,12	1,48	1,14	1,60	-22,87
RR	0,21	0,16	0,18	-14,51	10,64
PA	2,23	3,47	3,86	73,48	11,31
AP	0,14	0,21	0,19	34,92	-9,56
TO	0,54	0,64	2,43	353,69	279,92
Norte	5,27	7,09	9,15	73,68	29,06
MA	2,97	3,36	7,22	143,11	114,75
PI	1,68	1,75	4,80	186,46	174,50
CE	4,08	4,31	7,90	93,49	83,28
RN	1,43	1,65	2,21	54,21	33,85
PB	2,10	2,15	4,64	120,40	115,70
PE	4,16	4,79	7,10	70,62	48,24
AL	1,52	1,72	2,89	89,55	68,04
SE	0,82	1,03	1,22	48,39	18,72
BA	5,89	8,1	10,16	72,51	25,44
Nordeste	24,66	28,86	48,14	95,18	66,80
MG	10,39	10,63	9,05	-12,87	-14,87
ES	1,39	1,78	1,48	6,94	-16,70
RJ	11,84	8,58	5,01	-57,66	-41,56
SP	23,54	21,61	11,57	-50,83	-46,45
Sudeste	47,15	42,6	27,12	-42,49	-36,35
PR	6,35	5,63	3,73	-41,30	-33,77
SC	2,70	3,1	2,20	-18,34	-28,89
RS	7,04	6,16	4,23	-40,02	-31,41
Sul	16,10	14,89	10,16	-36,89	-31,78
MS	1,25	1,22	0,93	-25,10	-23,48
MT	1,40	1,46	1,46	4,68	0,09
GO	2,82	2,76	2,65	-5,94	-3,91
DF	1,36	1,11	0,39	-71,47	-65,07
C.Oeste	6,82	6,55	5,43	-20,32	-17,03

Legenda:

1) Distribuição percentual da estimativa de recursos financeiros alocados pelo MS em 1994, segundo UF. Fonte: Anexo 3.

2) Distribuição percentual da população estimada para 1994. Fonte: IBGE.

3) Distribuição percentual estimada a partir da adaptação do RAWP em função da diferença de renda per capita. Fonte: Anexo 21.

GRÁFICO 2. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA RENDA PER CAPITA, E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL – 1994

MAPA 2. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA RENDA PER CAPITA, E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 1994

IV.3.2 Estimativa distributiva em função da percentagem de domicílios com renda inferior a um salário mínimo

Finalmente, foi calculada a distribuição percentual tomando, como *proxy* de necessidades, a razão entre a percentagem de domicílios com renda inferior a 1 (um) salário mínimo em cada UF e a correspondente média nacional.

Da mesma maneira que no caso anterior, os valores base distributivos para cada tipo de serviço, segundo UF, foram calculados como produto entre a utilização esperada e o índice adotado como *proxy* de necessidade (Anexo 22).

Igualmente, a partilha síntese foi obtida através da média ponderada das percentagens relativas a internações não psiquiátricas, internações psiquiátricas e atendimentos ambulatoriais (Anexo 23).

Os resultados apresentados na Tabela 10 mostram que, neste caso, a região mais beneficiada seria a Nordeste, na qual todos os estados teriam aumentos superiores a 80% comparativamente com a alocação efetuada em 1994. Entretanto, entre os estados da região Norte, observa-se um padrão polar, por exemplo, se o Pará tivesse aumento de 54,17%, Roraima contaria com menos 42,99% em relação aos recursos destinados pelo MS.

Cabe destacar que a redistribuição fundamentalmente em favor dos estados da região Nordeste implicaria, para a maior parte dos estados das regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, em diminuições ainda maiores que as observadas na simulação anterior, em especial no que se refere aos Estados de São Paulo (-69,57%), Rio de Janeiro (-52,52%) e Distrito Federal (-74,06%) (Gráfico 3 e Mapa 3).

Deve-se assinalar que, tanto os resultados obtidos nesta simulação quanto na anterior, realizariam redistribuições tão radicais que certamente inviabilizariam o funcionamento dos serviços de saúde de alguns estados.

TABELA 10. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DA POPULAÇÃO, E DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP EM FUNÇÃO DA DIFERENÇA DA PERCENTAGEM DE DOMICÍLIOS COM RENDA MENOR DE 1 SALÁRIO MÍNIMO. BRASIL – 1994

UF	Recursos (1) M.S.-1994	População (2) 1994	Dist. % (3) s/Dom.<1SM	DIF % (3)/(1)	DIF % (3)/(2)
RO	0,79	0,84	0,85	8,48	1,49
AC	0,25	0,29	0,32	29,05	10,62
AM	1,12	1,48	1,06	-5,66	-28,38
RR	0,21	0,16	0,12	-42,99	-26,23
PA	2,23	3,47	3,43	54,17	-1,08
AP	0,14	0,21	0,11	-22,70	-48,18
TO	0,54	0,64	0,91	69,09	41,60
Norte	5,27	7,09	6,80	29,05	-4,11
MA	2,97	3,36	6,62	123,05	97,02
PI	1,68	1,75	3,65	117,54	108,46
CE	4,08	4,31	8,16	99,76	89,21
RN	1,43	1,65	2,65	85,24	60,79
PB	2,10	2,15	4,12	96,02	91,84
PE	4,16	4,79	7,63	83,38	59,33
AL	1,52	1,72	2,83	85,28	64,26
SE	0,82	1,03	1,56	88,90	51,13
BA	5,89	8,1	14,04	138,30	73,29
Nordeste	24,66	28,86	51,25	107,79	77,58
MG	10,39	10,63	11,35	9,33	6,81
ES	1,39	1,78	1,71	23,12	-4,10
RJ	11,84	8,58	5,62	-52,52	-34,46
SP	23,54	21,61	7,16	-69,57	-66,86
Sudeste	47,15	42,6	25,85	-45,18	-39,33
PR	6,35	5,63	4,64	-26,97	-17,61
SC	2,70	3,1	1,97	-27,03	-36,45
RS	7,04	6,16	4,93	-30,02	-19,98
Sul	16,10	14,89	11,54	-28,32	-22,51
MS	1,25	1,22	0,91	-26,73	-25,15
MT	1,40	1,46	1,02	-27,05	-30,25
GO	2,82	2,76	2,28	-19,05	-17,30
DF	1,36	1,11	0,35	-74,06	-68,24
C.Oeste	6,82	6,55	4,57	-33,05	-30,28

Legenda:

1) Distribuição percentual da estimativa de recursos financeiros alocados pelo MS em 1994 segundo UF. Fonte: Anexo 3.

2) Distribuição percentual da população estimada para 1994. Fonte: IBGE.

3) Distribuição percentual estimada a partir da adaptação do RAWP em função da diferença de domicílios com renda menor que 1 salário mínimo.

GRÁFICO 3. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA PERCENTAGEM DE DOMICÍLIOS COM RENDA INFERIOR A UM SALÁRIO MÍNIMO, E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL – 1994

MAPA 3. DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS ESTIMADOS SEGUNDO ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA RAWP, EM FUNÇÃO DA PERCENTAGEM DE DOMICÍLIOS COM RENDA INFERIOR A UM SALÁRIO MÍNIMO, E OS RECURSOS ALOCADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 1994

IV.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sintetizando, os resultados apresentados neste capítulo permitem concluir que, no caso brasileiro, a distribuição efetuada através da aplicação da metodologia RAWP a partir da mortalidade notificada não conseguiria modificar a característica não eqüitativa da alocação realizada pelo MS.

Ao mesmo tempo, foi possível observar que a adaptação da metodologia RAWP, usando-se a razão entre mortalidades proporcionais como forma de ajuste, definiria uma divisão dos recursos entre UFs similar à determinada em função do critério populacional.

Os resultados obtidos nessas estimativas não devem ser interpretados como consequência da inadequação da metodologia RAWP para o caso brasileiro, mas como resultado do alto nível de sub-registro na mortalidade notificada.

Cabe destacar que a mesma metodologia RAWP, implementada a partir da mortalidade corrigida segundo o nível de sub-registro de cada UF, permitiria transferência de recursos das regiões mais favorecidas para aquelas com condições sócio-econômicas e sanitárias mais precárias.

Por sua vez, as distribuições obtidas tomando-se como *proxy* de necessidade outros indicadores relacionados com as condições de vida, tais como a renda per capita e a percentagem de domicílios com renda inferior a um salário mínimo, embora manifestem as desigualdades sócio-econômicas existentes entre as diferentes regiões, comprometeriam o funcionamento dos sistemas de saúde de alguns estados.

Uma opção que permitiria considerar as vantagens comparativas das diferentes *proxy* de necessidade e, ao mesmo tempo, atenuar possíveis desvantagens, seria calcular a média aritmética das distribuições estimadas nas diferentes simulações efetuadas (Tabelas 8, 9 e 10).

TABELA 11. COMPARAÇÃO ENTRE A MÉDIA DAS DISTRIBUIÇÕES ESTIMADAS A PARTIR DAS SIMULAÇÕES EFETUADAS E OS ALOCADOS PELO MS, SEGUNDO MACRORREGIÕES. BRASIL – 1994

Região	Dist. % (1) MS – 1994)	Dist. % (2) c/ Mort Corr	Dist. % (3) c/ renda p/cap	Dist. % (4) s/ Dom.<1SM	Dist. % (5) média (2, 3 e 4)	Dif. % (5)/(1)
Norte	5,27	8,30	9,15	6,80	8,08	53,38
Nordeste	24,66	34,81	48,14	51,25	44,73	81,40
Sudeste	47,15	37,80	27,12	25,85	30,26	-35,83
Sul	16,10	12,61	10,16	11,54	11,44	-28,96
Centro Oeste	6,82	6,48	5,43	4,57	5,49	-19,45

FONTE: Tabelas 8, 9, e 10.

Assim, os recursos para a região Norte aumentariam pouco mais de 53% e, o correspondente à região Nordeste, em cerca de 81%, observando-se maior diminuição para a região Sudeste.

As diferenças entre as propostas distributivas estimadas a partir das diferentes simulações e a realizada pelo MS permitem inferir que o tratamento menos equitativo do ponto de vista da alocação de recursos financeiros tem-se dado entre a região Nordeste e a Sudeste, em favor desta última.

Finalmente, cabe lembrar que os resultados obtidos devem ser entendidos dentro dos limites deste trabalho; nesse sentido, expressam estimativas para distribuição dos recursos financeiros destinados ao custeio dos serviços de saúde que não refletem as necessidades específicas de cada estado, mas as necessidades em termos comparativos entre UFs. Em síntese, os resultados apontam para como distribuir os recursos financeiros existentes de forma mais equitativa, independentemente da avaliação quanto ao volume de recursos destinados ao financiamento setorial, tema fundamental para o financiamento das políticas de saúde, mas que não foi objeto deste estudo.

CONCLUSÕES

Como foi mencionado no início deste trabalho, a necessidade de alcançar maior patamar de equidade é um dos objetivos que têm obtido maior consenso tanto no que se refere às políticas sociais, em geral, quanto às políticas de saúde, em particular. Entretanto, em muitos casos, sua validade termina restringida à definição formal de um direito, já que as políticas implementadas não garantem seu efetivo exercício. Em outras palavras, o conceito de equidade presente na legislação de forma implícita ou explícita, não é sempre o que está por trás da implementação das políticas correspondentes, chegando, em alguns casos, a destacar-se pela ausência.

Especificamente no caso brasileiro, a análise dos princípios norteadores explicitados no texto constitucional, conjuntamente com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, e dos determinantes e condicionantes das condições de saúde enunciados na LOS (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e acesso aos bens e serviços essenciais) permitiu inferir que o conceito de *igualdade de oportunidades de acesso aos serviços de saúde* refere-se à igualdade de oportunidade no sentido da proposta elaborada por Sen (1992) e à igualdade de condições conforme se encontra na tipologia de Tuner (1986), implicando em uma discriminação positiva compensatória das desigualdades existentes, dimensionadas a partir de variáveis relacionadas com os mencionados condicionantes.

Entretanto, as mudanças introduzidas na legislação no que concerne às fontes de financiamento do sistema e aos critérios de alocação inter-regional, embora manifestem reorientação da política de financiamento, não podem ser consideradas suficientes para

garantir a obtenção dos objetivos enunciados em relação à equidade. Do ponto de vista das fontes de financiamento, apesar de ter-se procurado diminuir a regressividade na captação dos recursos por meio da criação da contribuição sobre o lucro das empresas, as principais fontes de financiamento – a contribuição dos trabalhadores sobre folha de salário e a contribuição das empresas sobre o faturamento – continuaram penalizando proporcionalmente mais a população de renda mais baixa. De outra perspectiva, se dentre os critérios definidos para distribuição inter-regional de recursos financeiros alguns expressam a preocupação com a obtenção de patamar distributivo mais equitativo, a incorporação, com igual participação, de outros critérios destinados, por exemplo, a incentivar melhorias nos níveis de desempenho, terminou conformando um conjunto híbrido que não permite estabelecer o resultado final esperado.

Ainda assim era de esperar que características negativas – tais como a regressividade na captação e na alocação de recursos financeiros – fossem ao menos atenuadas. Mas a realidade observada em relação ao desempenho das fontes de financiamento e à alocação geográfica de recursos efetuada pelo MS permite concluir que essas características permaneceram inalteradas.

Conseqüentemente, pode-se dizer que o conceito de equidade presente na *igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde* preconizada na legislação, não fez parte dos princípios que nortearam a definição e implementação da política de financiamento setorial.

Em relação à distribuição inter-regional de recursos financeiros, tema central deste trabalho, deve-se assinalar que a lógica que orientou a sistemática adotada pelo MS, no período 1991-1997, esteve relacionada com os correspondentes níveis de produção, deixando de considerar fatores que expressam as desigualdades determinantes dos distintos níveis de necessidades regionais. Desta forma, a partilha de recursos entre UFs manteve o padrão de alocação observado no final da década de 80. Como foi assinalado, a distribuição efetuada em 1994 pouco se diferencia da realizada em 1989, mantendo para as regiões Norte e Nordeste –

reconhecidamente, as que apresentam condições sanitárias e sócio-econômicas mais precárias – percentuais de participação no total dos recursos inferiores aos percentuais de participação dessas mesmas regiões na população total do país.

Cabe destacar que a solução para alocações mais eqüitativas não estaria na implementação dos critérios explicitados na LOS. As simulações efetuadas (Vianna et al., 1990) mostraram que os resultados redistributivos obtidos por intermédio do critério relacionado com o perfil epidemiológico de cada região poderiam ser anulados pelos relativos à eficiência e à manutenção da capacidade instalada.

Por outra parte, deve-se assinalar que, em função do conceito de eqüidade implícito na *igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde* preconizado na legislação, a distribuição geográfica de recursos financeiros necessariamente deveria ser efetuada procurando-se obter *igualdade de recursos para necessidades iguais*.

Nesse sentido, com base na experiência internacional analisada, a metodologia que foi considerada mais adequada é a posta em prática na Inglaterra por meio da fórmula RAWP, já que incorpora ajustes em função de dois determinantes fundamentais das necessidades de saúde: o perfil demográfico e o epidemiológico. A proposta italiana tem adotado, desde a década de 80, diferentes critérios, dos quais o que melhor expressaria as necessidades relativas está relacionado com o perfil epidemiológico de cada região, sendo que o mesmo foi trabalhado com menor nível de detalhamento que o implementado no caso inglês. Por sua vez, a Espanha, ao efetuar a partilha regional dos recursos a partir exclusivamente do conceito ‘população protegida’ – certamente mais eqüitativo que a simples distribuição per capita – limitou-se a dimensionar para cada região a população usuária do Sistema Nacional de Saúde, sem considerar diferenças nas necessidades relativas.

Entretanto, a simulação efetuada para o caso brasileiro com a metodologia RAWP, utilizando-se a mortalidade notificada como fonte de informação para dimensionar desigualdades nos

perfis epidemiológicos, mostrou que os resultados distributivos não seriam muito diferentes do padrão de alocação efetuado pelo MS.

É importante lembrar que, se a fórmula RAWP teve sensibilidade suficiente para dimensionar necessidades relativas em uma sociedade com patamar de desigualdades menos significativas que as observadas no caso brasileiro, certamente pode dar conta da avaliação das necessidades relativas entre regiões geográficas no Brasil. Portanto, os resultados obtidos nessa estimativa não devem ser interpretados como consequência da inadequação da metodologia RAWP para o caso brasileiro, mas sim motivados pelo alto nível de sub-registro na mortalidade notificada e pela diferença de sua magnitude entre UFs.

Foi possível também observar que a adaptação da mesma metodologia, usando-se a razão entre mortalidades proporcionais como forma de ajuste, definiria uma divisão dos recursos entre UFs similar à determinada em função do critério populacional.

Contudo, as simulações efetuadas tanto com base na mortalidade notificada quanto na mortalidade proporcional mostraram que os resultados obtidos discriminando-se por sexo, idade e causa básica seriam similares aos observados discriminando-se exclusivamente por sexo e idade, o que permite concluir que, no caso brasileiro, não se justificaria trabalhar com o nível de detalhamento recomendado na metodologia RAWP para internações não psiquiátricas.

Tendo em vista os resultados distributivos obtidos nas simulações mencionadas, recomenda-se, no caso de países com estatísticas precárias de mortalidade, a utilização de *proxys* de necessidade estimados a partir da mortalidade corrigida, em função dos correspondentes níveis de sub-registro, ou através de variáveis sócio-econômicas indicativas de condições de vida.

Cabe destacar que, no caso brasileiro, tanto a adaptação da metodologia RAWP realizada a partir da utilização da mortalidade corrigida segundo o nível de sub-registro de cada UF,

quanto as estimativas distributivas obtidas através de indicadores relacionados com a renda per capita e a percentagem de domicílios com ingresso inferior a um salário mínimo, determinariam transferências de recursos das regiões mais favorecidas Sudeste, Sul e Centro-Oeste, para aquelas com condições sócio-econômicas e sanitárias mais precárias, Norte e Nordeste. Ao mesmo tempo, os resultados das três simulações, quando comparados com a distribuição efetuada pelo MS, evidenciaram que o tratamento mais não eqüitativo tem-se dado entre a região Nordeste e a Sudeste, e obviamente em favor desta última.

Neste contexto, os resultados distributivos observados nas simulações efetuadas com indicadores sócio-econômicos determinariam uma redistribuição mais radical que a estimada a partir da utilização da mortalidade corrigida, representando para alguns estados perdas superiores a 50%.

Assim, com o objetivo de considerar as vantagens comparativas dos diferentes *proxy* de necessidade e ao mesmo tempo atenuar possíveis desvantagens, pode-se adotar como proposta distributiva a média aritmética das distribuições estimadas nas diferentes simulações efetuadas.

É importante destacar que, como aponta a experiência internacional, a redistribuição regional dos recursos deveria ser efetuada de forma gradual. Esta observação ganha especial relevância no caso brasileiro dada a magnitude da diferença entre a alocação observada e as partilhas estimadas através da adaptação do RAWP. Redistribuições radicais poderiam comprometer o funcionamento dos serviços de saúde no estados que passariam a contar com volume inferior de recursos.

Ao mesmo tempo, para a obtenção de maior eqüidade inter-regional, a redistribuição de recursos financeiros destinados ao custeio dos sistemas de saúde deveria ser acompanhada de programas de investimento que tenham por objetivo equilibrar inter-regionalmente a oferta existente.

Cabe assinalar que os resultados obtidos devem ser entendidos dentro dos limites deste trabalho e, nesse sentido, expressam estimativas para distribuição dos recursos financeiros destinados ao custeio dos serviços de saúde, que não refletem as necessidades específicas de cada estado, mas as necessidades em termos comparativos entre UFs. Em síntese, os resultados apontam para como distribuir os recursos financeiros existentes de forma mais equitativa, independentemente da avaliação em relação ao volume de recursos destinados ao financiamento setorial, tema fundamental para o financiamento das políticas de saúde, mas que não foi objeto deste trabalho.

Finalmente, considerando a precariedade das estatísticas de mortalidade e as oscilações observadas nos resultados obtidos através dos ajustes efetuados a partir dos distintos proxy de necessidade utilizados, seria importante efetuar novas simulações com a formula RAWP em áreas geográficas onde o nível de sub-registro seja praticamente inexistente. Nesse sentido, a sistemática distributiva permitiria também testar a adequação da metodologia inglesa para distribuições intra-estaduais.

Uma outra estratégia a ser explorada seria realizar simulações com índices sínteses das condições de vida de cada região o que permitiria contemplar distintos aspectos determinantes das necessidades regionais.

Outra possibilidade seria explorar a potencialidade da nova metodologia inglesa que parte da construção de um modelo de utilização, e que incorpora tanto variáveis de oferta quanto de necessidade.

Em todos os casos, o objetivo seria aprofundar a operacionalização de propostas distributivas visando uma alocação de recursos financeiros mais equitativa.

A METODOLOGIA EM OUTRO PAÍSES DO REINO UNIDO

A metodologia aplicada na Inglaterra foi tomada como base para definição das fórmulas correspondentes a outros países do Reino Unido: Escócia (SHARE), País de Gales (SCRAW) e Irlanda do Norte (PARR). A comparação das diferentes propostas – apresentadas sinteticamente no quadro abaixo – permite observar que todas seguem o mesmo princípio geral, que consiste em ponderar a população em função das estruturas de sexo/ idade e a partir das SMRs.

COMPARAÇÃO DAS FÓRMULAS DE DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DE SAÚDE NO REINO UNIDO

	<i>RAWP</i>	<i>SHARE</i>	<i>SCRAW</i>	<i>PARR</i>
1.SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO NÃO PSIQUIÁTRICOS	<ul style="list-style-type: none"> •População ponderada pelas taxas de utilização hospitalar, em nível nacional, por grupos de idade, sexo e causas. <p>Utiliza a SMR específica por causas para ajuste em relação a todas as causas (com exceção das doenças de pele) de origem não psíquica, bem como a taxa de fertilidade estandardizada para as causas relacionadas com a situação de gravidez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •População ponderada pelas taxas de utilização hospitalar, em nível nacional, por grupos de idade, sexo e causas. •Trata os serviços obstétricos e não obstétricos separadamente. •Utiliza a SMR global e não por causas, por considerar-se que o número de mortes é pequeno. Aplica a SMR apenas à população abaixo de 65 anos, devido à morbilidade e à mortalidade estarem mais associadas nos grupos mais jovens. •Quanto aos serviços obstétricos, considera a população distribuída de acordo com a utilização esperada, determinada pelo número de nascimentos em cada grupo etário das mães, ponderado pela taxa de utilização nacional por nascimento e por grupo etário. 	<ul style="list-style-type: none"> •População ponderada com o custo médio anual de serviços de internamento não psiquiátricos, por grupos de idade, sexo e pela SMR global. <p>Utiliza a SMR global e não por causa, por considerar-se que o número de mortes é pequeno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Trata os serviços obstétricos e não obstétricos separadamente. <p>Utiliza a SMR global e não por causas, por considerar que o número de mortes é pequeno.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Quanto aos serviços obstétricos, considera a população distribuída de acordo com a utilização esperada, determinada pelo número de nascimentos em cada grupo etário das mães, ponderado pela taxa de utilização nacional por nascimento e por grupo etário.
2.SERVIÇOS DE DIA E CONSULTAS EXTERNAS	<ul style="list-style-type: none"> •Emprega a taxa de utilização de serviços por idade e sexo e a SMR global como fatores de ponderação. •Recomenda que a SMR só seja aplicada a doentes do foro não psíquico. 	<ul style="list-style-type: none"> •Emprega a taxa de utilização de serviços por idade e sexo e a SMR global como fatores de ponderação. •Restringe o uso da SMR à população abaixo dos 65 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> •Emprega a taxa de utilização de serviços por idade e sexo e a SMR global como fatores de ponderação. 	<ul style="list-style-type: none"> •Emprega a taxa de utilização de serviços por idade e sexo e a SMR global como fatores de ponderação.
3.SERVIÇOS DE SAÚDE NA	<ul style="list-style-type: none"> •Recomenda a ponderação da população pela taxa 	<ul style="list-style-type: none"> •Recomenda a ponderação pela taxa de utilização 	<ul style="list-style-type: none"> •Recomenda a ponderação da população pela taxa 	<ul style="list-style-type: none"> •Recomenda a ponderação da população pela taxa de

	RAWP	SHARE	SCRAW	PARR
COMUNIDADE	de utilização por idade e o seu ajustamento pela SMR.	por idade e o seu ajuste pela SMR	de utilização por idade e o seu ajustamento pela SMR	utilização por idade e o seu ajustamento pela SMR.
4.SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO PARA OS DOENTES MENTAIS E DEFICIENTES MENTAIS.	•População ponderada pela utilização dos leitos por idade e sexo e, no caso da doença mental, por estado civil.	•Aplica fator de correção de dispersão da população a alguns serviços. •Serviços não considerados nesta fórmula	•Aplica fator de correção da dispersão da população a alguns serviços •Serviços excluídos nesta fórmula.	•Aplica fator de correção da dispersão da população a alguns serviços •População ponderada pela utilização dos leitos por idade e sexo e, no caso da doença mental, por estado civil
5.SERVIÇOS DE AMBULÂNCIA.	•Recomenda a utilização da SMR global para ponderar.		•Recomenda a utilização da SMR global para ponderar. •Utiliza fatores de correção da dispersão da população (Milhas de estrada/per capita).	•Recomenda a utilização da SMR global para ponderar. •Utiliza fatores de correção da dispersão da população (ratio local em relação à média nacional, da Irlanda do Norte, das milhas por doente transportado).
6.ADMINISTRAÇÃO DO COMITÊ DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA.	•Apenas considerada nesta fórmula, com base na população não ajustada.			
7.SERVIÇOS SOCIAIS PERSONALIZADOS		•Distribuição da despesa inicial é realizada combinando-se as várias populações ponderadas na proporção da despesa recente em cada serviço. •Distribuição final resulta do ajuste feito em função das transferências de doentes e dos custos de ensino; considera-se também ajustes para outros serviços especializados (principalmente serviços laboratoriais).		•Apenas considerados nesta fórmula. A verba atribuída a deficientes é distribuída em função do número de deficientes físicos e mentais. A verba atribuída a idosos e para 'serviços gerais' toma em consideração indicadores de necessidades e o fator de dispersão da população.
8.COMBINAÇÃO DAS POPULAÇÕES PONDERADAS.	•Distribuição da despesa inicial é realizada combinando-se as várias populações ponderadas na proporção da despesa recente em cada serviço. •Distribuição final resulta do ajuste feito em função das transferências de doentes e dos custos de ensino.	•Considera o fluxo de doentes em serviços de internação, entre regiões, com base no custo médio dos grupos de hospitais em que se classifica o hospital que presta esses serviços, exceto no caso de hospitais escolares, em que se utiliza o custo médio equivalente de um grupo não escolar.. •Ajuste de serviços de dia e consultas externas parte do princípio que o fluxo inter-regiões é proporcional ao de doentes em internação	•Distribuição da despesa inicial é realizada combinando-se as várias populações ponderadas na proporção da despesa recente em cada serviço. •Distribuição final resulta do ajuste feito em função das transferências de doentes e dos custos de ensino.	•Distribuição da despesa inicial é realizada combinando-se as várias populações ponderadas na proporção da despesa recente em cada serviço. •Distribuição final resulta do ajuste feito em função das transferências de doentes e dos custos de ensino; considera-se também ajustes para outros serviços especializados (em especial, serviços laboratoriais)
9.FLUXOS DE DOENTES DE INTER-REGIÕES.	•Considera o fluxo de doentes em serviços de internação, entre regiões, com base no custo de	•Considera o fluxo de doentes em serviços de internação, entre regiões, com base no custo médio	•Considera o fluxo de doentes em serviços de internação, entre regiões, com base no custo de	•Considera o fluxo de doentes em serviços de internação, entre regiões, com base no custo médio

	RAWP	SHARE	SCRAW	PARR
	<p>cada especialidade em nível nacional. Em relação a serviços de dia e a consultas externas, leva em conta apenas “<i>formal agency relationships</i>”.</p>	<p>dos grupo de hospitais em que se classifica o hospital que presta esses serviços, exceto no caso de hospitais escolares em que se utiliza o custo médio equivalente de um grupo não escolar.</p>	<p>cada especialidade a nível nacional. Em relação a serviços de dia e a consultas externas, leva em conta apenas “<i>formal agency relationships</i>”. Considera os fluxos de consultas externas com base em um inquérito por amostragem.</p>	<p>dos grupo de hospitais em que se classifica o hospital que presta esses serviços, exceto no caso de hospitais escolares em que se utiliza o custo médio equivalente de um grupo não escolar.</p>
10.CUSTOS DE ENSINO	<ul style="list-style-type: none"> •Considera-se como custos adicionais de ensino 75% da Mediana de custo adicional de hospitais escolares. Este custo adicional é distribuído em proporção ao número de estudantes. 	<ul style="list-style-type: none"> •Ajuste de serviços de dia e consultas externas parte do princípio que o fluxo inter-regiões é proporcional ao de doentes em internação. •Distribui-se separadamente o custo de centros de ensino. •Recomenda que o custo adicional de ensino se considere igual para cada estudante na Escócia e Inglaterra e que a verba global destinada a ensino seja calculada de acordo com o n.º de estudantes. A parcela restante dos centros de ensino (cerca de 40%) será distribuída de acordo com a dimensão da população ponderada servida por cada centro. •Realizam-se ajustamentos adicionais para serviços de âmbito regional prestados por hospitais não escolares. 	<ul style="list-style-type: none"> •Considera-se como custos adicionais de ensino a diferença de custos entre hospitais escolares da província e outros grandes hospitais da Inglaterra e País de Gales. •Considera-se separadamente os custos reais de serviços de âmbito regional (<i>supra-area services</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> •Ajuste de serviços de dia e consultas externas parte do princípio que o fluxo inter-regiões é proporcional ao de doentes em internação. •Distribui-se separadamente o custo de centros de ensino, mas sem distinguir entre hospitais escolares e não escolares, dado que todos os hospitais se encontram reunidos num mesmo nível administrativo.
11.DESPESAS DE CAPITAL	<ul style="list-style-type: none"> •Considera as despesas de capital utilizando o mesmo raciocínio básico empregado na distribuição das despesas correntes. •Metas de distribuição das despesas de capital baseiam-se nas populações ponderadas consideradas de (1) a (5), exceto quanto aos “serviços de Saúde na comunidade”(3), em que a ponderação por idades é substituída pelas consultas de clínicos gerais por idade e sexo. •População base é projetada cinco anos e as populações são combinadas à proporção da despesa esperada em cada serviço nos três anos seguintes. 	<ul style="list-style-type: none"> •Não considera. 	<ul style="list-style-type: none"> •Não considera. 	<ul style="list-style-type: none"> •Não considera.

RAWP***SHARE******SCRAW******PARR***

Consideram-se alguns fluxos de doentes entre as regiões, mas em geral são ignorados, na medida em que se supõe que são, em parte, imputáveis à falta de serviços na região que dá origem a esses fluxos.

FONTE: Giraldes, M.R., 1987.

REQUISITOS EXIGIDOS PARA OS ESTADOS

Gestão Parcial

- Manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;
- Dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las.
- Dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;
- Dispor de Fundo Estadual de Saúde ou Conta Especial, comprovada semestralmente por extratos bancários;
- Dispor de Comissão Bipartite em atividade, comprovada semestralmente por apresentação de atas de reuniões.
- Apresentar anualmente, à Comissão Tripartite, o Plano Municipal de Saúde atualizado;
- Apresentar anualmente, à Comissão Tripartite, Relatório de Gestão atualizado;
- Comprovar anualmente, à Comissão Tripartite, a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde;
- Apresentar à Comissão Tripartite comprovante da existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o estado ou o plano já elaborado;
- Apresentar a Comissão Tripartite Termo de Compromisso, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo à mesma os indicadores de resultados com que se comprometem a ser avaliados. Dois descumprimentos sucessivos determinam a perda da condição;
- Manter, permanentemente, o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS.
- Manter o registro e a remessa mensal de dados para a manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

RESPONSABILIDADES E PRERROGATIVAS DOS MUNICÍPIOS

- Assume, imediata ou progressivamente, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores;
- Programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados pelas unidades;
- Controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos;
- Incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária;
- Desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho

Gestão Semiplena: Os mencionados na Gestão Parcial e:

- Assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços (planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores públicos e privados, ambulatoriais e hospitalares);
- Assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no estado, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão federal;
- Assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária e de saúde do trabalhador;
- Recebe o total de recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar.

ANEXO 3: ESTIMATIVA DE DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS ALOCADOS PELO MS, SEGUNDO UNIDADES FEDERADAS. BRASIL – 1994

UF	AHIs não Psiq.	AIH Psiq.	AMBULATÓRIO	SUBTOTAL	% SUBTOTAL	CEME	Hosp. Prop.	Prog. Imunizações	Cont. Doenças/FUNASA	Unidades FUNASA	TOTAL	%TOTAL
	(A)	(B)	(C)			(E)	(F)	(H)	(I)	(J)		
RO	21137910,85	141776,72	10056151,43	31335850,00	0,61	4462106,48		298454,92	5627832,79	4116507,01	45840740,19	0,79
AC	4819084,62	6110,39	3287587,97	8112782,98	0,16	4315464,48		15708,15	2048224,86	7511,87	14499692,34	0,25
AM	20054275,39	175591,03	24946991,05	45176857,47	0,88	9845962,65		604763,91	6412666,61	3500533,33	65540783,97	1,12
RR	2751013,63	3148,17	3287587,97	6041749,77	0,12	4064078,20		62832,61	1435671,63	473248,07	12077580,28	0,21
PA	67239446,25	413598,06	29781679,23	97434723,54	1,89	4734441,61		1335193,06	8250326,30	18118640,33	129873324,84	2,23
AP	1744565,42	75,72	2900812,91	4645454,05	0,09	1068391,69		117811,15	2124794,01	255403,72	8211854,63	0,14
TO	14682704,19	411847,65	8895826,26	23990378,10	0,47	1466419,97		243476,38	3924169,12	1637588,55	31262032,13	0,54
					4,20							5,27
MA	93760422,06	2482635,27	53568345,12	149811402,45	2,90	5362907,32		361287,53	11447088,46	6144713,01	173127398,77	2,97
PI	53820472,19	1703429,63	29588291,71	85112193,53	1,65	6263708,15		431974,22	4785572,10	1224435,48	97817883,48	1,68
CE	123155106,55	4997467,48	79675661,33	207828235,36	4,03	14161427,13		54978,54	10796250,66	5295871,24	238136762,92	4,08
RN	41714127,49	4403463,04	25913928,68	72031519,21	1,40	2032039,10		133519,31	7063504,42	2283609,73	83544191,77	1,43
PB	74075140,24	2446554,83	33842817,31	110364512,38	2,14	3058533,08		78540,77	7063504,42	2170931,61	122736022,26	2,10
PE	130929956,32	9272723,49	81222761,55	221425441,36	4,29	8044360,97		314163,07	8633172,07	4349375,10	242766512,57	4,16
AL	47030995,67	4313092,11	24173440,94	75517528,72	1,46	4671595,04		384849,76	5876682,54	2493942,20	88944598,26	1,52
SE	22227171,46	1035776,80	16244552,31	39507500,57	0,77	1738755,11		392703,84	4364441,76	2065765,38	48069166,65	0,82
BA	195397947,84	4587209,98	102108614,52	302093772,34	5,86	14035733,99	3496957,42	683304,68	19563418,74	3710865,81	343584052,98	5,89
					24,49							24,66
MG	338613728,30	17887545,03	222202269,09	578703542,42	11,22	12674058,30		7854,08	12365918,31	2028206,01	605779579,11	10,39
ES	48440273,24	1689653,64	23399890,83	73529817,71	1,43	4462106,48		7854,08	2852200,97	22535,62	80874514,85	1,39
RJ	226476349,47	19901307,14	195321402,77	441699059,38	8,56	22289583,53	201528833,58	3942746,55	19620845,61	1735242,92	690816311,56	11,84
SP	743417925,84	47920381,33	558889954,45	1350228261,62	26,17	21158345,27		54978,54	1225106,46	210332,47	1372877024,36	23,54
					47,38							47,15
PR	220648147,01	12560039,84	123961405,12	357169591,97	6,92	7520639,56		117811,15	5168417,87	525831,19	370502291,73	6,35
SC	90816618,24	2325684,67	58016258,25	151158561,16	2,93	3812691,92		7854,08	2450212,92	45071,24	157474391,31	2,70
RS	270497592,57	5742085,27	114678803,80	390918481,64	7,58	6263708,15	11377218,00	7854,08	2316216,90	15023,75	410898502,52	7,04
					17,43							16,10
MS	38019476,69	218234,79	19918915,33	58156626,81	1,13	9406036,66		39270,38	3809315,39	1292042,35	72703291,59	1,25
MT	46547107,59	1171534,90	24753603,52	72472246,01	1,40	3540356,78		62832,61	4862141,25	488271,82	81425848,48	1,40
GO	97413533,52	5312348,61	43318806,16	146044688,29	2,83	8840417,53		282746,76	9226583,01	82630,62	164477066,20	2,82
DF	37301058,26	683214,59	20499077,91	58483350,76	1,13	19335794,73		7854,08	1454813,92	0,00	79281813,49	1,36
					6,50							6,82

FONTE:

(A), (B): SIH/SUS.

(C): Total pago em 1994 distribuído segundo percentagens correspondentes a 1995 (SIA/SUS).

(E); (H); (I); (J): Total da despesa de 1994 distribuída segundo as percentagens observadas em 1993, em Piola et al. (1995).

(F) Total da despesa de 1994 distribuída segundo número de leitos de janeiro de 1995 (SIH/SUS) + Gasto do Instituto nacional do Câncer (INCA) no RJ, e o gasto do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em R\$. Os valores estão em US\$ (1994).

ANEXO 4. Estimativa dos valores base distributivos para internações não psiquiátricas segundo fórmula RAWP por sexo, faixa etária e capítulos da CID-9. Estado do Rio de Janeiro – 1994

S	FE	CIDs	POP91	POP94	TAXA IH	TAXA OB 91	AIHs ESP.	OB 91	OB ESP 91	SMR	V.B. DIST.(1)
1	01	I	114203	120799	108,33	386,49	13086,16	411	441,38	0,93	12170,13
1	01	II	114203	120799	1,24	4,38	149,79	10	5,00	2,00	299,58
1	01	III	114203	120799	15,97	84,54	1929,16	127	96,55	1,32	2546,49
1	01	IV	114203	120799	1,93	10,79	233,14	0	12,32	1,00	233,14
1	01	VI	114203	120799	6,12	53,77	739,29	92	61,41	1,50	1108,94
1	01	VII	114203	120799	2,64	17,76	318,91	24	20,28	1,18	376,31
1	01	VIII	114203	120799	132,23	283,70	15973,25	417	323,99	1,29	20605,49
1	01	IX	114203	120799	10,59	16,40	1279,26	21	18,73	1,12	1432,77
1	01	X	114203	120799	4,29	8,08	518,23	10	9,23	1,08	559,69
1	01	XI	114203	120799	0,08	N/U	9,66	N/U	N/U	N/U	9,66
1	01	XII	114203	120799	1,52	N/U	183,61	N/U	N/U	N/U	183,61
1	01	XIII	114203	120799	0,90	0,55	108,72	1	0,63	1,59	172,86
1	01	XIV	114203	120799	5,14	223,77	620,91	377	255,55	1,48	918,95
1	01	XV	114203	120799	40,86	1298,46	4935,85	2253	1482,88	1,52	7502,49
1	01	XVI	114203	120799	3,34	559,57	403,47	200	639,05	0,31	125,08
1	01	XVII	114203	120799	0,38	40,14	45,90	59	45,84	1,29	59,21
1	02	I	469674	483195	21,04	19,94	10166,42	90	93,65	0,96	9759,76
1	02	II	469674	483195	0,93	5,39	449,37	35	25,32	1,38	620,13
1	02	III	469674	483195	4,24	5,22	2048,75	20	24,52	0,82	1679,98
1	02	IV	469674	483195	0,75	1,33	362,40	4	6,25	0,64	231,94
1	02	VI	469674	483195	2,32	6,94	1121,01	53	32,60	1,63	1827,25
1	02	VII	469674	483195	0,46	2,69	222,27	29	12,63	2,30	511,22
1	02	VIII	469674	483195	41,44	19,89	20023,60	100	93,42	1,07	21425,25
1	02	IX	469674	483195	4,59	1,78	2217,87	9	8,36	1,08	2395,30
1	02	X	469674	483195	4,25	0,92	2053,58	3	4,32	0,69	1416,97
1	02	XI	469674	483195	0,01	N/U	4,83	N/U	N/U	N/U	4,83
1	02	XII	469674	483195	0,88	N/U	425,21	N/U	N/U	N/U	425,21
1	02	XIII	469674	483195	0,70	0,10	338,24	1	0,47	2,13	720,45
1	02	XIV	469674	483195	1,41	4,81	681,30	22	22,59	0,97	660,86
1	02	XV	469674	483195	0,48	0,00	231,93	0	0,00	1,00	231,93
1	02	XVI	469674	483195	0,88	31,88	425,21	100	149,73	0,67	284,89
1	02	XVII	469674	483195	0,38	20,41	183,61	126	95,86	1,31	240,53

Estimativa dos valores base distributivos a partir da mortalidade proporcional. Estado do Rio de Janeiro – 1994

M.% OB.	M.% ESP	RMPS	V. B. DIST.(2)
0,401	0,568	0,71	9238,70
0,010	0,006	1,52	227,13
0,124	0,124	1,00	1923,93
0,000	0,016	1,00	233,14
0,090	0,079	1,14	839,71
0,023	0,026	0,90	286,14
0,407	0,417	0,98	15587,08
0,021	0,024	0,85	1087,45
0,010	0,012	0,82	425,68
N/U	N/U	N/U	9,66
N/U	N/U	N/U	183,61
0,001	0,001	1,20	130,84
0,368	0,329	1,12	694,48
2,200	1,910	1,15	5685,70
0,195	0,823	0,24	95,74
0,058	0,059	0,98	44,79
0,088	0,121	0,73	7407,47
0,034	0,033	1,05	470,95
0,020	0,032	0,62	1266,97
0,004	0,008	0,49	175,85
0,052	0,042	1,23	1381,77
0,028	0,016	1,74	386,94
0,098	0,120	0,81	16250,60
0,009	0,011	0,82	1810,25
0,003	0,006	0,53	1081,23
N/U	N/U	N/U	4,83
N/U	N/U	N/U	425,21
0,001	0,001	1,61	545,66
0,021	0,029	0,74	503,05
0,000	0,000	1,00	231,93
0,098	0,193	0,51	215,31
0,123	0,123	1,00	182,98

S	FE	CIDs	POP91	POP94	TAXA IH	TAXA OB 91	AIHs ESP.	OB 91	OB ESP 91	SMR	V.B. DIST.(1)	M.% OB.	M.% ESP	RMPS	V. B. DIST.(2)
1	03	I	1255068	1290638	5,17	3,15	6672,60	35	39,53	0,89	5938,61	0,034	0,051	0,67	4479,23
1	03	II	1255068	1290638	0,75	4,09	967,98	69	51,33	1,34	1297,09	0,067	0,066	1,02	986,53
1	03	III	1255068	1290638	1,03	1,00	1329,36	19	12,55	1,51	2007,33	0,019	0,016	1,15	1525,88
1	03	IV	1255068	1290638	0,38	0,46	490,44	7	5,77	1,21	593,43	0,007	0,007	0,92	451,11
1	03	VI	1255068	1290638	1,37	2,60	1768,17	34	32,63	1,04	1838,90	0,033	0,042	0,79	1396,86
1	03	VII	1255068	1290638	0,56	1,93	722,76	37	24,22	1,53	1105,82	0,036	0,031	1,16	837,12
1	03	VIII	1255068	1290638	8,92	2,83	11512,49	59	35,52	1,66	19110,73	0,058	0,046	1,26	14498,25
1	03	IX	1255068	1290638	2,55	0,75	3291,13	15	9,41	1,59	5232,90	0,015	0,012	1,21	3977,54
1	03	X	1255068	1290638	2,86	0,47	3691,22	10	5,90	1,69	6238,16	0,010	0,008	1,29	4743,34
1	03	XI	1255068	1290638	0,00	N/U	1,00	N/U	N/U	N/U	1,00	N/U	N/U	N/U	1,00
1	03	XII	1255068	1290638	0,55	N/U	709,85	N/U	N/U	N/U	709,85	N/U	N/U	N/U	709,85
1	03	XIII	1255068	1290638	1,28	0,22	1652,02	1	2,76	0,36	594,73	0,001	0,004	0,27	453,81
1	03	XIV	1255068	1290638	0,57	0,73	735,66	6	9,16	0,66	485,54	0,006	0,012	0,50	365,34
1	03	XV	1255068	1290638	0,08	0,00	103,25	0	0,00	1,00	103,25	0,000	0,000	1,00	103,25
1	03	XVI	1255068	1290638	0,51	5,95	658,23	57	74,68	0,76	500,25	0,056	0,096	0,58	380,90
1	03	XVII	1255068	1290638	0,45	22,64	580,79	417	284,15	1,47	853,76	0,407	0,366	1,11	646,21
1	04	I	1134888	1169840	3,99	5,49	4667,66	90	62,31	1,44	6721,43	0,088	0,080	1,10	5111,53
1	04	II	1134888	1169840	0,79	6,17	924,17	87	70,02	1,24	1145,97	0,085	0,090	0,94	870,60
1	04	III	1134888	1169840	0,56	6,56	655,11	114	74,45	1,53	1002,32	0,111	0,096	1,16	760,54
1	04	IV	1134888	1169840	0,28	0,77	327,56	12	8,74	1,37	448,76	0,012	0,011	1,04	340,98
1	04	VI	1134888	1169840	1,24	3,61	1450,60	44	40,97	1,07	1552,14	0,043	0,053	0,81	1181,14
1	04	VII	1134888	1169840	1,14	7,88	1333,62	98	89,43	1,10	1466,98	0,096	0,115	0,83	1108,01
1	04	VIII	1134888	1169840	5,29	5,45	6188,45	96	61,85	1,55	9592,10	0,094	0,080	1,18	7282,50
1	04	IX	1134888	1169840	3,54	2,89	4141,23	31	32,80	0,95	3934,17	0,030	0,042	0,72	2967,45
1	04	X	1134888	1169840	2,17	1,09	2538,55	15	12,37	1,21	3071,65	0,015	0,016	0,92	2333,86
1	04	XI	1134888	1169840	0,01	N/U	11,70	N/U	N/U	N/U	11,70	N/U	N/U	N/U	11,70
1	04	XII	1134888	1169840	0,78	N/U	912,48	N/U	N/U	N/U	912,48	N/U	N/U	N/U	912,48
1	04	XIII	1134888	1169840	1,69	0,30	1977,03	6	3,40	1,76	3479,57	0,006	0,004	1,34	2645,15
1	04	XIV	1134888	1169840	0,20	0,71	233,97	12	8,06	1,49	348,62	0,012	0,010	1,13	264,10
1	04	XV	1134888	1169840	0,01	0,00	11,70	0	0,00	1,00	11,70	0,000	0,000	1,00	11,70
1	04	XVI	1134888	1169840	0,82	14,00	959,27	173	158,88	1,09	1045,60	0,169	0,205	0,83	791,93
1	04	XVII	1134888	1169840	1,01	152,36	1181,54	3695	1729,12	2,14	2528,50	3,608	2,227	1,62	1914,28
1	05	I	1078604	1112619	5,89	12,79	6553,33	215	137,95	1,56	10223,19	0,210	0,178	1,18	7743,65
1	05	II	1078604	1112619	1,10	10,72	1223,88	149	115,63	1,29	1578,81	0,145	0,149	0,98	1195,70

S	FE	CIDs	POP91	POP94	TAXA IH	TAXA OB. 91	AIHs ESP.	OB. 91	OB. ESP. 91	SMR	V. B. DIST.(1)	M.% OB.	M.% ESP	RMPS	V. B. DIST.(2)
1	05	III	1078604	1112619	1,52	26,50	1691,18	559	285,83	1,96	3314,71	0,546	0,368	1,48	2507,62
1	05	IV	1078604	1112619	0,36	0,82	400,54	6	8,84	0,68	272,37	0,006	0,011	0,51	206,12
1	05	VI	1078604	1112619	2,07	4,67	2303,12	66	50,37	1,31	3017,09	0,064	0,065	0,99	2288,00
1	05	VII	1078604	1112619	3,11	25,50	3460,25	411	275,04	1,49	5155,77	0,401	0,354	1,13	3920,31
1	05	VIII	1078604	1112619	6,54	12,02	7276,53	231	129,65	1,78	12952,22	0,226	0,167	1,35	9829,48
1	05	IX	1078604	1112619	7,55	15,35	8400,27	203	165,57	1,23	10332,33	0,198	0,213	0,93	7808,63
1	05	X	1078604	1112619	3,62	2,57	4027,68	22	27,72	0,79	3181,87	0,021	0,036	0,60	2423,55
1	05	XI	1078604	1112619	0,01	N/U	11,13	N/U	N/U	N/U	11,13	N/U	N/U	N/U	11,13
1	05	XII	1078604	1112619	1,10	N/U	1223,88	N/U	N/U	N/U	1223,88	N/U	N/U	N/U	1223,88
1	05	XIII	1078604	1112619	2,74	0,29	3048,58	4	3,13	1,28	3902,18	0,004	0,004	0,97	2953,81
1	05	XIV	1078604	1112619	0,13	0,60	144,64	8	6,47	1,24	179,35	0,008	0,008	0,94	135,59
1	05	XV	1078604	1112619	0,00	0,00	1,00	0	0,00	1,00	1,00	0,000	0,000	1,00	1,00
1	05	XVI	1078604	1112619	1,72	33,51	1913,70	358	361,44	0,99	1894,56	0,350	0,466	0,75	1437,10
1	05	XVII	1078604	1112619	1,32	185,81	1468,66	3609	2004,15	1,80	2643,59	3,524	2,581	1,37	2005,14
1	06	I	844908	871022	5,84	25,72	5086,77	309	217,31	1,42	7223,21	0,302	0,280	1,08	5483,88
1	06	II	844908	871022	1,71	31,27	1489,45	342	264,20	1,29	1921,39	0,334	0,340	0,98	1461,79
1	06	III	844908	871022	2,13	29,98	1855,28	557	253,30	2,20	4081,62	0,544	0,326	1,67	3093,12
1	06	IV	844908	871022	0,37	1,21	322,28	11	10,22	1,08	348,06	0,011	0,013	0,82	262,99
1	06	VI	844908	871022	2,41	6,99	2099,16	62	59,06	1,05	2204,12	0,061	0,076	0,80	1670,75
1	06	VII	844908	871022	7,55	90,90	6576,22	1192	768,02	1,55	10193,14	1,164	0,989	1,18	7738,33
1	06	VIII	844908	871022	7,37	23,38	6419,43	359	197,54	1,82	11683,36	0,351	0,254	1,38	8845,10
1	06	IX	844908	871022	10,30	45,06	8971,53	520	380,72	1,37	12291,00	0,508	0,490	1,04	9290,33
1	06	X	844908	871022	3,83	5,50	3336,01	70	46,47	1,51	5037,38	0,068	0,060	1,14	3809,96
1	06	XI	844908	871022	0,01	N/U	8,71	N/U	N/U	N/U	8,71	N/U	N/U	N/U	8,71
1	06	XII	844908	871022	1,11	N/U	966,83	N/U	N/U	N/U	966,83	N/U	N/U	N/U	966,83
1	06	XIII	844908	871022	3,13	0,51	2726,30	6	4,31	1,39	3789,56	0,006	0,006	1,06	2877,51
1	06	XIV	844908	871022	0,12	0,47	104,52	5	3,97	1,26	131,70	0,005	0,005	0,95	99,80
1	06	XV	844908	871022	0,00	0,00	1,00	0	0,00	1,00	1,00	0,000	0,000	1,00	1,00
1	06	XVI	844908	871022	1,81	66,48	1576,55	481	561,69	0,86	1355,83	0,470	0,723	0,65	1023,58
1	06	XVII	844908	871022	1,03	163,74	897,15	2191	1383,45	1,58	1417,50	2,140	1,782	1,20	1077,24
1	07	I	555848	572204	7,28	45,53	4165,65	336	253,08	1,33	5540,31	0,328	0,326	1,01	4193,06
1	07	II	555848	572204	3,73	115,02	2134,32	952	639,34	1,49	3180,14	0,930	0,823	1,13	2409,53
1	07	III	555848	572204	3,32	34,87	1899,72	446	193,82	2,30	4369,36	0,436	0,250	1,74	3314,31
1	07	IV	555848	572204	0,55	1,99	314,71	13	11,06	1,18	371,36	0,013	0,014	0,89	280,46

S	FE	CIDs	POP91	POP94	TAXAI H	TAXAOB 91	AIHs ESP.	OB 91	OB ESP 91	SMR	V. B. DIST.(1)	M.% OB.	M.% ESP	RMPS	V. B. DIST.(2)
1	07	VI	555848	572204	3,21	8,49	1836,77	57	47,19	1,21	2222,49	0,056	0,061	0,92	1682,08
1	07	VII	555848	572204	19,21	268,05	10992,04	2367	1489,95	1,59	17477,34	2,311	1,919	1,20	13239,51
1	07	VIII	555848	572204	11,65	48,71	6666,18	489	270,75	1,81	12065,79	0,478	0,349	1,37	9128,19
1	07	IX	555848	572204	14,05	77,27	8039,47	642	429,50	1,49	11978,81	0,627	0,553	1,13	9111,01
1	07	X	555848	572204	5,13	10,83	2935,41	82	60,20	1,36	3992,16	0,080	0,078	1,03	3031,47
1	07	XI	555848	572204	0,01	N/U	5,72	N/U	N/U	N/U	5,72	N/U	N/U	N/U	5,72
1	07	XII	555848	572204	1,45	N/U	829,70	N/U	N/U	N/U	829,70	N/U	N/U	N/U	829,70
1	07	XIII	555848	572204	3,75	0,91	2145,77	6	5,06	1,19	2553,47	0,006	0,007	0,90	1929,08
1	07	XIV	555848	572204	0,17	0,65	97,27	1	3,61	0,28	27,24	0,001	0,005	0,21	20,43
1	07	XV	555848	572204	0,00	0,00	1,00	0	0,00	1,00	1,00	0,000	0,000	1,00	1,00
1	07	XVI	555848	572204	2,21	133,77	1264,57	638	743,56	0,86	1087,53	0,623	0,958	0,65	822,65
1	07	XVII	555848	572204	0,92	143,94	526,43	1065	800,09	1,33	700,15	1,040	1,030	1,01	531,27
1	08	I	405046	419616	9,63	70,94	4040,90	288	287,34	1,00	4040,90	0,281	0,370	0,76	3070,73
1	08	II	405046	419616	7,56	306,13	3172,30	1644	1239,97	1,33	4219,16	1,605	1,597	1,01	3188,83
1	08	III	405046	419616	5,11	66,56	2144,24	564	269,60	2,09	4481,46	0,551	0,347	1,59	3400,95
1	08	IV	405046	419616	0,91	3,65	381,85	18	14,78	1,22	465,86	0,018	0,019	0,92	352,58
1	08	VI	405046	419616	5,13	11,70	2152,63	53	47,39	1,12	2410,95	0,052	0,061	0,85	1825,26
1	08	VII	405046	419616	41,50	667,94	17414,06	4326	2705,46	1,60	27862,50	4,224	3,485	1,21	21111,18
1	08	VIII	405046	419616	23,09	127,70	9688,93	858	517,24	1,66	16083,62	0,838	0,666	1,26	12185,35
1	08	IX	405046	419616	18,40	112,89	7720,93	629	457,26	1,38	10654,88	0,614	0,589	1,04	8052,38
1	08	X	405046	419616	9,29	24,61	3898,23	130	99,68	1,30	5067,70	0,127	0,128	0,99	3854,52
1	08	XI	405046	419616	0,03	N/U	12,59	N/U	N/U	N/U	12,59	N/U	N/U	N/U	12,59
1	08	XII	405046	419616	2,03	N/U	851,82	N/U	N/U	N/U	851,82	N/U	N/U	N/U	851,82
1	08	XIII	405046	419616	4,26	1,88	1787,56	9	7,61	1,18	2109,32	0,009	0,010	0,90	1602,82
1	08	XIV	405046	419616	0,26	0,86	109,10	3	3,48	0,86	93,83	0,003	0,004	0,65	71,31
1	08	XV	405046	419616	0,00	0,00	1,00	0	0,00	1,00	1,00	0,000	0,000	1,00	1,00
1	08	XVI	405046	419616	3,05	269,69	1279,83	891	1092,37	0,82	1049,46	0,870	1,407	0,62	791,46
1	08	XVII	405046	419616	0,84	134,06	352,48	708	543,00	1,30	458,22	0,691	0,699	0,99	348,45
1	09	I	309304	317891	18,32	141,38	5823,76	493	437,29	1,13	6580,85	0,481	0,563	0,85	4977,92
1	09	II	309304	317891	12,80	705,89	4069,00	3187	2183,35	1,46	5940,74	3,112	2,812	1,11	4503,12
1	09	III	309304	317891	9,85	179,39	3131,23	1097	554,86	1,98	6199,84	1,071	0,715	1,50	4693,59
1	09	IV	309304	317891	1,89	14,38	600,81	60	44,48	1,35	811,09	0,059	0,057	1,02	614,46
1	09	VI	309304	317891	11,16	24,47	3547,66	100	75,69	1,32	4682,91	0,098	0,097	1,00	3553,62
1	09	VII	309304	317891	91,69	2086,68	29147,43	9949	6454,18	1,54	44887,04	9,715	8,313	1,17	34064,79

S	FE	CIDs	POP91	POP94	TAXA IH	TAXA OB 91	AIHs ESP.	OB 91	OB ESP 91	SMR	V. B. DIST.(1)	M.% OB.	M.% ESP	RMPS	V. B. DIST.(2)
1	09	VIII	309304	317891	56,69	586,38	18021,24	2879	1813,70	1,59	28653,77	2,811	2,336	1,20	21688,42
1	09	IX	309304	317891	24,34	200,80	7737,47	872	621,08	1,40	10832,46	0,852	0,800	1,06	8236,35
1	09	X	309304	317891	20,58	98,30	6542,20	430	304,05	1,41	9224,50	0,420	0,392	1,07	7014,78
1	09	XI	309304	317891	0,04	N/U	12,72	N/U	N/U	N/U	12,72	N/U	N/U	N/U	12,72
1	09	XII	309304	317891	3,16	N/U	1004,54	N/U	N/U	N/U	1004,54	N/U	N/U	N/U	1004,54
1	09	XIII	309304	317891	4,69	5,08	1490,91	18	15,71	1,15	1714,55	0,018	0,020	0,87	1295,13
1	09	XIV	309304	317891	0,42	1,47	133,51	6	4,55	1,32	176,23	0,006	0,006	1,00	133,48
1	09	XV	309304	317891	0,15	0,06	47,68	0	0,19	1,00	47,68	0,000	0,000	1,00	47,68
1	09	XVI	309304	317891	5,72	1201,11	1818,34	1482	3715,08	0,40	727,34	1,447	4,785	0,30	549,95
1	09	XVII	309304	317891	0,86	163,76	273,39	781	506,52	1,54	421,02	0,763	0,652	1,17	319,60
2	01	I	110422	116016	88,06	307,82	10216,37	309	339,90	0,91	9296,90	0,302	0,438	0,69	7041,59
2	01	II	110422	116016	1,44	4,95	167,06	6	5,47	1,10	183,77	0,006	0,007	0,83	138,93
2	01	III	110422	116016	13,41	72,28	1555,77	108	79,81	1,35	2100,29	0,105	0,103	1,03	1596,17
2	01	IV	110422	116016	1,38	7,42	160,10	5	8,19	0,61	97,66	0,005	0,011	0,46	74,10
2	01	VI	110422	116016	5,33	40,07	618,37	87	44,25	1,97	1218,19	0,085	0,057	1,49	921,77
2	01	VII	110422	116016	2,57	15,09	298,16	14	16,66	0,84	250,45	0,014	0,021	0,64	189,96
2	01	VIII	110422	116016	101,90	226,92	11822,03	313	250,57	1,25	14777,54	0,306	0,323	0,95	11196,30
2	01	IX	110422	116016	5,23	10,84	606,76	20	11,97	1,67	1013,29	0,020	0,015	1,27	768,64
2	01	X	110422	116016	4,15	5,20	481,47	7	5,74	1,22	587,39	0,007	0,007	0,92	445,17
2	01	XI	110422	116016	0,73	N/U	84,69	N/U	N/U	N/U	84,69	N/U	N/U	N/U	84,69
2	01	XII	110422	116016	1,42	N/U	164,74	N/U	N/U	N/U	164,74	N/U	N/U	N/U	164,74
2	01	XIII	110422	116016	0,66	0,25	76,57	0	0,28	1,00	76,57	0,000	0,000	1,00	76,57
2	01	XIV	110422	116016	4,15	196,74	481,47	326	217,24	1,50	722,21	0,318	0,280	1,14	547,79
2	01	XV	110422	116016	40,39	995,30	4685,89	1719	1099,03	1,56	7309,99	1,679	1,416	1,19	5556,81
2	01	XVI	110422	116016	2,90	446,10	336,45	140	492,59	0,28	94,21	0,137	0,634	0,22	72,50
2	01	XVII	110422	116016	0,25	31,83	29,00	59	35,15	1,68	48,72	0,058	0,045	1,27	36,91
2	02	I	454563	470889	19,18	16,89	9031,65	72	76,78	0,94	8489,75	0,070	0,099	0,71	6421,23
2	02	II	454563	470889	0,81	4,39	381,42	20	19,96	1,00	381,42	0,020	0,026	0,76	289,76
2	02	III	454563	470889	4,12	5,01	1940,06	19	22,77	0,83	1610,25	0,019	0,029	0,63	1227,36
2	02	IV	454563	470889	0,59	1,20	277,82	7	5,45	1,28	355,61	0,007	0,007	0,97	270,54
2	02	VI	454563	470889	1,93	5,91	908,82	35	26,86	1,30	1181,47	0,034	0,035	0,99	897,86
2	02	VII	454563	470889	0,42	2,36	197,77	16	10,73	1,49	294,68	0,016	0,014	1,13	223,59
2	02	VIII	454563	470889	37,33	18,13	17578,29	125	82,41	1,52	26719,00	0,122	0,106	1,15	20215,00
2	02	IX	454563	470889	2,65	1,34	1247,86	9	6,09	1,48	1846,83	0,009	0,008	1,12	1398,16

S	FE	CIDs	POP91	POP94	TAXA IH	TAXAOB 91	AIHs ESP.	OB 91	OB ESP 91	SMR	V. B. DIST.(1)	M.% OB.	M.% ESP	RMPS	V. B. DIST.(2)
2	02	X	454563	470889	1,91	0,84	899,40	0	3,82	1,00	899,40	0,000	0,005	1,00	899,40
2	02	XI	454563	470889	0,02	N/U	9,42	N/U	N/U	N/U	9,42	N/U	N/U	N/U	9,42
2	02	XII	454563	470889	0,74	N/U	348,46	N/U	N/U	N/U	348,46	N/U	N/U	N/U	348,46
2	02	XIII	454563	470889	0,50	0,06	235,44	0	0,27	1,00	235,44	0,000	0,000	1,00	235,44
2	02	XIV	454563	470889	0,88	4,94	414,38	31	22,46	1,38	571,84	0,030	0,029	1,05	433,63
2	02	XV	454563	470889	0,44	0,00	207,19	0	0,00	1,00	207,19	0,000	0,000	1,00	207,19
2	02	XVI	454563	470889	0,73	31,06	343,75	76	141,19	0,54	185,63	0,074	0,182	0,41	140,29
2	02	XVII	454563	470889	0,29	13,19	136,56	76	59,96	1,27	173,43	0,074	0,077	0,96	131,23
2	03	I	1228059	1269353	4,54	2,48	5762,86	36	30,46	1,18	6800,17	0,035	0,039	0,90	5163,90
2	03	II	1228059	1269353	0,63	3,24	799,69	56	39,79	1,41	1127,56	0,055	0,051	1,07	853,30
2	03	III	1228059	1269353	0,97	0,88	1231,27	13	10,81	1,20	1477,52	0,013	0,014	0,91	1122,63
2	03	IV	1228059	1269353	0,32	0,46	406,19	6	5,65	1,06	430,56	0,006	0,007	0,81	327,04
2	03	VI	1228059	1269353	1,10	2,09	1396,29	34	25,67	1,32	1843,10	0,033	0,033	1,00	1402,15
2	03	VII	1228059	1269353	0,51	1,89	647,37	45	23,21	1,94	1255,90	0,044	0,030	1,47	951,61
2	03	VIII	1228059	1269353	8,13	2,44	10319,84	44	29,96	1,47	15170,16	0,043	0,039	1,11	11490,81
2	03	IX	1228059	1269353	1,70	0,66	2157,90	11	8,11	1,36	2934,74	0,011	0,010	1,03	2219,06
2	03	X	1228059	1269353	1,63	0,57	2069,05	6	7,00	0,86	1779,38	0,006	0,009	0,65	1344,60
2	03	XI	1228059	1269353	1,85	N/U	2348,30	N/U	N/U	N/U	2348,30	N/U	N/U	N/U	2348,30
2	03	XII	1228059	1269353	0,38	N/U	482,35	N/U	N/U	N/U	482,35	N/U	N/U	N/U	482,35
2	03	XIII	1228059	1269353	0,75	0,22	952,01	3	2,70	1,11	1056,73	0,003	0,003	0,84	801,98
2	03	XIV	1228059	1269353	0,34	0,93	431,58	9	11,42	0,79	340,95	0,009	0,015	0,60	257,87
2	03	XV	1228059	1269353	0,11	0,00	139,63	0	0,00	1,00	139,63	0,000	0,000	1,00	139,63
2	03	XVI	1228059	1269353	0,40	4,81	507,74	41	59,07	0,69	350,34	0,040	0,076	0,53	267,19
2	03	XVII	1228059	1269353	0,22	10,58	279,26	168	129,93	1,29	360,25	0,164	0,167	0,98	273,76
2	04	I	1167368	1201108	3,80	4,00	4564,21	53	46,69	1,14	5203,20	0,052	0,060	0,86	3928,12
2	04	II	1167368	1201108	1,21	4,42	1453,34	71	51,60	1,38	2005,61	0,069	0,066	1,04	1516,15
2	04	III	1167368	1201108	0,79	2,86	948,88	44	33,39	1,32	1252,52	0,043	0,043	1,00	948,01
2	04	IV	1167368	1201108	0,48	0,86	576,53	15	10,04	1,49	859,03	0,015	0,013	1,13	653,05
2	04	VI	1167368	1201108	1,01	2,33	1213,12	21	27,20	0,77	934,10	0,021	0,035	0,59	710,10
2	04	VII	1167368	1201108	1,31	5,85	1573,45	95	68,29	1,39	2187,10	0,093	0,088	1,05	1659,53
2	04	VIII	1167368	1201108	5,79	3,83	6954,42	83	44,71	1,86	12935,22	0,081	0,058	1,41	9788,17
2	04	IX	1167368	1201108	3,81	1,84	4576,22	31	21,48	1,44	6589,76	0,030	0,028	1,09	5007,28
2	04	X	1167368	1201108	9,36	1,25	11242,37	16	14,59	1,10	12366,61	0,016	0,019	0,83	9347,36
2	04	XI	1167368	1201108	108,95	N/U	130860,72	N/U	N/U	N/U	130860,72	N/U	N/U	N/U	130860,72

S	FE	CID	POP91	POP94	TAXA	TAXA OB	AIHs ESP.	OB 91	OB ESP	SMR	V. B.	M.% OB.	M.% ESP	RMPS	V. B.
		s			IH	91			91		DIST.(1)				DIST.(2)
2	04	XII	1167368	1201108	0,57	N/U	684,63	N/U	N/U	N/U	684,63	N/U	N/U	N/U	684,63
2	04	XIII	1167368	1201108	1,06	0,72	1273,17	10	8,41	1,19	1515,07	0,010	0,011	0,90	1147,77
2	04	XIV	1167368	1201108	0,16	0,53	192,18	1	6,19	0,16	30,75	0,001	0,008	0,12	23,54
2	04	XV	1167368	1201108	1,56	0,00	1873,73	0	0,00	1,00	1873,73	0,000	0,000	1,00	1873,73
2	04	XVI	1167368	1201108	1,32	8,23	1585,46	77	96,07	0,80	1268,37	0,075	0,124	0,61	963,44
2	04	XVII	1167368	1201108	0,28	22,94	336,31	399	267,79	1,49	501,10	0,390	0,345	1,13	379,91
2	05	I	1166738	1201108	5,03	6,37	6041,57	110	74,32	1,48	8941,52	0,107	0,096	1,12	6779,60
2	05	II	1166738	1201108	3,85	12,44	4624,27	178	145,14	1,23	5687,85	0,174	0,187	0,93	4299,75
2	05	III	1166738	1201108	1,41	6,40	1693,56	133	74,67	1,78	3014,54	0,130	0,096	1,35	2287,04
2	05	IV	1166738	1201108	0,64	1,07	768,71	14	12,48	1,12	860,96	0,014	0,016	0,85	653,80
2	05	VI	1166738	1201108	1,55	2,65	1861,72	31	30,92	1,00	1861,72	0,030	0,040	0,76	1415,15
2	05	VII	1166738	1201108	4,33	17,95	5200,80	315	209,43	1,50	7801,20	0,308	0,270	1,14	5930,74
2	05	VIII	1166738	1201108	7,60	6,59	9128,42	130	76,89	1,69	15427,03	0,127	0,099	1,28	11701,35
2	05	IX	1166738	1201108	7,99	4,89	9596,85	75	57,05	1,31	12571,87	0,073	0,073	1,00	9565,36
2	05	X	1166738	1201108	23,03	2,32	27661,52	27	27,07	1,00	27661,52	0,026	0,035	0,76	20917,90
2	05	XI	1166738	1201108	111,85	N/U	134343,93	N/U	N/U	N/U	134343,93	N/U	N/U	N/U	134343,93
2	05	XII	1166738	1201108	0,83	N/U	996,92	N/U	N/U	N/U	996,92	N/U	N/U	N/U	996,92
2	05	XIII	1166738	1201108	1,88	1,22	2258,08	17	14,23	1,19	2687,12	0,017	0,018	0,91	2045,27
2	05	XIV	1166738	1201108	0,14	0,42	168,16	8	4,90	1,63	274,10	0,008	0,006	1,24	208,15
2	05	XV	1166738	1201108	2,08	0,00	2498,30	0	0,00	1,00	2498,30	0,000	0,000	1,00	2498,30
2	05	XVI	1166738	1201108	2,66	14,66	3194,95	190	171,04	1,11	3546,39	0,186	0,220	0,84	2690,84
2	05	XVII	1166738	1201108	0,32	23,96	384,35	380	279,55	1,36	522,72	0,371	0,360	1,03	396,11
2	06	I	938045	969076	5,21	10,91	5048,89	130	102,34	1,27	6412,09	0,127	0,132	0,96	4862,51
2	06	II	938045	969076	8,20	41,98	7946,42	535	393,79	1,36	10807,13	0,522	0,507	1,03	8185,17
2	06	III	938045	969076	2,04	10,01	1976,92	176	93,90	1,87	3696,84	0,172	0,121	1,42	2809,33
2	06	IV	938045	969076	0,70	1,44	678,35	11	13,51	0,81	549,46	0,011	0,017	0,62	418,75
2	06	VI	938045	969076	1,84	3,08	1783,10	31	28,89	1,07	1907,92	0,030	0,037	0,81	1450,63
2	06	VII	938045	969076	9,78	56,68	9477,56	832	531,68	1,56	14784,99	0,812	0,685	1,19	11244,41
2	06	VIII	938045	969076	8,47	11,30	8208,07	169	106,00	1,59	13050,83	0,165	0,137	1,21	9921,77
2	06	IX	938045	969076	8,93	11,41	8653,85	116	107,03	1,08	9346,16	0,113	0,138	0,82	7110,97
2	06	X	938045	969076	19,19	4,31	18596,57	52	40,43	1,29	23989,58	0,051	0,052	0,98	18134,26
2	06	XI	938045	969076	29,66	N/U	28742,79	N/U	N/U	N/U	28742,79	N/U	N/U	N/U	28742,79
2	06	XII	938045	969076	0,99	N/U	959,39	N/U	N/U	N/U	959,39	N/U	N/U	N/U	959,39
2	06	XIII	938045	969076	2,60	1,43	2519,60	11	13,41	0,82	2066,07	0,011	0,017	0,62	1566,98

S	FE	CID	POP91	POP94	TAXA	TAXA OB	AIHs ESP.	OB 91	OB ESP	SMR	V. B.	M.% OB.	M.% ESP	RMPS	V. B.
		s			IH	91			91		DIST.(1)				DIST.(2)
2	06	XIV	938045	969076	0,11	0,42	106,60	3	3,94	0,76	81,02	0,003	0,005	0,58	61,54
2	06	XV	938045	969076	0,50	0,43	484,54	5	4,03	1,24	600,83	0,005	0,005	0,94	455,79
2	06	XVI	938045	969076	2,38	32,16	2306,40	259	301,68	0,86	1983,50	0,253	0,389	0,65	1501,26
2	06	XVII	938045	969076	0,29	24,79	281,03	317	232,54	1,36	382,20	0,310	0,300	1,03	290,46
2	07	I	620546	641501	7,47	20,14	4792,01	110	124,98	0,88	4216,97	0,107	0,161	0,67	3197,69
2	07	II	620546	641501	10,11	105,98	6485,58	871	657,65	1,32	8560,97	0,851	0,847	1,00	6512,37
2	07	III	620546	641501	4,18	24,09	2681,47	271	149,49	1,81	4853,46	0,265	0,193	1,37	3685,51
2	07	IV	620546	641501	0,88	1,74	564,52	13	10,80	1,20	677,42	0,013	0,014	0,91	515,19
2	07	VI	620546	641501	2,69	4,27	1725,64	37	26,50	1,40	2415,90	0,036	0,034	1,06	1826,73
2	07	VII	620546	641501	21,45	158,23	13760,20	1467	981,89	1,49	20502,70	1,433	1,265	1,13	15586,88
2	07	VIII	620546	641501	13,17	24,20	8448,57	259	150,17	1,72	14531,54	0,253	0,193	1,31	11047,57
2	07	IX	620546	641501	11,45	23,05	7345,19	166	143,04	1,16	8520,42	0,162	0,184	0,88	6462,80
2	07	X	620546	641501	16,37	8,85	10501,37	63	54,92	1,15	12076,58	0,062	0,071	0,87	9133,20
2	07	XI	620546	641501	2,05	N/U	1315,08	N/U	N/U	N/U	1315,08	N/U	N/U	N/U	1315,08
2	07	XII	620546	641501	1,41	N/U	904,52	N/U	N/U	N/U	904,52	N/U	N/U	N/U	904,52
2	07	XIII	620546	641501	3,95	1,61	2533,93	16	9,99	1,60	4054,29	0,016	0,013	1,21	3076,93
2	07	XIV	620546	641501	0,16	0,59	102,64	3	3,66	0,82	84,16	0,003	0,005	0,62	63,79
2	07	XV	620546	641501	0,02	0,00	12,83	0	0,00	1,00	12,83	0,000	0,000	1,00	12,83
2	07	XVI	620546	641501	2,33	71,80	1494,70	379	445,55	0,85	1270,50	0,370	0,574	0,64	963,97
2	07	XVII	620546	641501	0,32	26,14	205,28	190	162,21	1,17	240,18	0,186	0,209	0,89	182,30
2	08	I	487006	505011	10,29	36,03	5196,56	133	175,47	0,76	3949,39	0,130	0,226	0,57	2986,29
2	08	II	487006	505011	7,79	211,95	3934,04	1380	1032,21	1,34	5271,61	1,348	1,329	1,01	3987,65
2	08	III	487006	505011	7,20	64,35	3636,08	488	313,39	1,56	5672,28	0,477	0,404	1,18	4292,75
2	08	IV	487006	505011	0,86	3,36	434,31	22	16,36	1,34	581,98	0,021	0,021	1,02	442,80
2	08	VI	487006	505011	4,58	7,27	2312,95	31	35,41	0,88	2035,40	0,030	0,046	0,66	1535,21
2	08	VII	487006	505011	37,29	377,58	18831,86	2668	1838,84	1,45	27306,20	2,605	2,368	1,10	20715,82
2	08	VIII	487006	505011	21,46	61,69	10837,54	411	300,43	1,37	14847,43	0,401	0,387	1,04	11240,78
2	08	IX	487006	505011	13,70	44,15	6918,65	256	215,01	1,19	8233,19	0,250	0,277	0,90	6245,54
2	08	X	487006	505011	10,92	16,58	5514,72	102	80,75	1,26	6948,55	0,100	0,104	0,96	5281,39
2	08	XI	487006	505011	0,16	N/U	80,80	N/U	N/U	N/U	80,80	N/U	N/U	N/U	80,80
2	08	XII	487006	505011	1,87	N/U	944,37	N/U	N/U	N/U	944,37	N/U	N/U	N/U	944,37
2	08	XIII	487006	505011	4,48	2,27	2262,45	13	11,06	1,18	2669,69	0,013	0,014	0,89	2016,20
2	08	XIV	487006	505011	0,24	1,06	121,20	4	5,16	0,78	94,54	0,004	0,007	0,59	71,23
2	08	XV	487006	505011	0,00	0,00	1,00	0	0,00	1,00	1,00	0,000	0,000	1,00	1,00

S	FE	CID	POP91	POP94	TAXA	TAXA OB	AIHs ESP.	OB 91	OB ESP	SMR	V. B.	M.% OB.	M.% ESP	RMPS	V. B.
		s			IH	91			91		DIST.(1)				DIST.(2)
2	08	XVI	487006	505011	2,40	147,41	1212,03	580	717,90	0,81	981,74	0,566	0,925	0,61	742,41
2	08	XVII	487006	505011	0,36	32,07	181,80	204	156,18	1,31	238,16	0,199	0,201	0,99	180,04
2	09	I	447404	464064	18,43	102,56	8552,70	426	458,86	0,93	7954,01	0,416	0,591	0,70	6020,04
2	09	II	447404	464064	9,84	456,69	4566,39	2920	2043,25	1,43	6529,94	2,851	2,632	1,08	4947,68
2	09	III	447404	464064	12,71	230,07	5898,25	1658	1029,34	1,61	9496,18	1,619	1,326	1,22	7203,04
2	09	IV	447404	464064	1,73	11,08	802,83	49	49,57	0,99	794,80	0,048	0,064	0,75	601,68
2	09	VI	447404	464064	10,82	18,94	5021,17	110	84,74	1,30	6527,52	0,107	0,109	0,98	4941,70
2	09	VII	447404	464064	81,18	1797,95	37672,72	11452	8044,10	1,42	53495,26	11,183	10,361	1,08	40662,86
2	09	VIII	447404	464064	44,79	390,15	20785,43	2580	1745,55	1,48	30762,44	2,519	2,248	1,12	23292,36
2	09	IX	447404	464064	18,25	141,60	8469,17	798	633,52	1,26	10671,15	0,779	0,816	0,96	8088,17
2	09	X	447404	464064	10,87	62,11	5044,38	379	277,88	1,36	6860,36	0,370	0,358	1,03	5216,23
2	09	XI	447404	464064	0,15	N/U	69,61	N/U	N/U	N/U	69,61	N/U	N/U	N/U	69,61
2	09	XII	447404	464064	3,22	N/U	1494,29	N/U	N/U	N/U	1494,29	N/U	N/U	N/U	1494,29
2	09	XIII	447404	464064	5,74	7,21	2663,73	29	32,26	0,90	2397,36	0,028	0,042	0,68	1815,48
2	09	XIV	447404	464064	0,53	1,43	245,95	3	6,40	0,47	115,60	0,003	0,008	0,36	87,41
2	09	XV	447404	464064	0,12	0,00	55,69	0	0,00	1,00	55,69	0,000	0,000	1,00	55,69
2	09	XVI	447404	464064	3,40	927,06	1577,82	1801	4147,70	0,43	678,46	1,759	5,342	0,33	519,43
2	09	XVII	447404	464064	0,64	77,29	297,00	475	345,80	1,37	406,89	0,464	0,445	1,04	309,31
TOTAL						1214229,60	102407	77642,42			1516311,01				1226688,17

LEGENDA

S = Sexo 1 (Masculino); 2 (Feminino).

FE = Faixas Etárias / 01(menos de 1 ano)/ 02 (1 a 4)/ 03 (5 a 14)/ 04(15 a 24)/ 05(25 a 34)/ 06(35 a 44)/ 07(45 a 54)/ 08(55 a 64)/ 09(+ de 65)

CIDs = Capítulos da Classificação Internacional das Doenças – Nona versão:

I. Doenças infecciosas e parasitárias.

II. Neoplasmas.

III. Doenças das Glândulas endócrinas, nutricionais, metabólicas e transtornos imunitários

IV. Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos.

VI. Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos.

VII. Doenças do aparelho circulatório.

VIII. Doenças do aparelho respiratório.

IX. Doenças do aparelho digestivo.

X. Doenças do aparelho geniturinário.

XI. Complicações da gravidez, parto e puerpério.

XII. Doenças da pele e tecido celular subcutâneo.

XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.

XIV. Anomalias congênitas.

XV. Algumas afecções originárias no período perinatal.

XVI. Sintomas, sinais e afecções mal definidas.

XVII. Causas externas.

POP 91 = População 1991 segundo Censo Populacional 1991 - IBGE.

POP 94 = População estimada para 1994 a partir da projeção por UF - IBGE e da distribuição segundo sexo e faixa etária observada em 1991.

TAXA IH = Taxa nacional de utilização (por 1.000 habitantes) para internações não psiquiátricas segundo sexo, faixa etária e capítulos da CID-9.

TAXA OB 91 = Taxa nacional de mortalidade (por 100.000 habitantes) segundo sexo, faixa etária e capítulo da CID-9.

AIH ESP = Número de AIHs estimadas para cada grupo de sexo e faixa etária segundo capítulo da CID-9 a partir da população estimada/94, e as correspondentes taxas nacionais (TAXA IH).

OB 91 = Óbitos observados em 1991 na UF segundo sexo, faixa etária e capítulos da CID-9. FONTE: SIM/ MS.

OB ESP 91= Número de óbitos esperados segundo sexo, faixa etária e capítulos da CID-9, a partir da população 1991/IBGE e as correspondentes taxas nacionais de mortalidade (TAXA OB 91).

SMR = *Standard mortality ratio* - Razão entre óbitos observados e óbitos esperados - (OB 91/OB ESP 91).

V. B. DIST (1) = Valor base distributivo obtido a partir do produto entre AIH ESP. e SMR.

M.% OB = Mortalidade proporcional observada (OB 91).

M.% ESP = Mortalidade proporcional esperada (OB ESP 91).

RMPS = Razão entre a mortalidade proporcional observada e a proporcional esperada (M. % OB/ M.% ESP).

V. B. DIST.(2)= Valor base distributivo obtido a partir do produto entre AIH. ESP e RMPS.

N/U = Não utilizada em função da metodologia RAWP.

Nota: o total correspondente a V. B. DIST (1) dá origem ao resultado observado no Anexo 9 o total correspondente a V. B. DIST (2) da origem ao resultado observado no Anexo 11. Estes totais correspondem ao Estado do Rio de Janeiro, os relativos às outras UFs foram estimados da mesma forma.

ANEXO 5. Estimativa dos valores base distributivos para internações não psiquiátricas segundo fórmula RAWP, por sexo e faixa etária. Estado do Rio de Janeiro - 1994
Estimativa dos valores base distributivos a partir da mortalidade proporcional. Estado do Rio de Janeiro - 1994

S	FE	POP. 94*	AIH ESP*	OB 91*	OB. ESP. 91*	SMR	V.B. DIST.(1)	M.% OB.	M. % ESP.	RMPS	V. B. DIST.
1	01	120799	40535,31	4002	3412,84	1,17	47532,94	3,908	4,396	0,89	36038,28
1	02	483195	40955,6	592	569,72	1,04	42557,25	0,578	0,734	0,79	32265,84
1	03	1290638	34886,95	766	587,61	1,30	45478,13	0,748	0,757	0,99	34480,38
1	04	1169840	27514,64	4473	2352,4	1,90	52318,05	4,368	3,030	1,44	39666,24
1	05	1112619	43148,37	5841	3571,79	1,64	70561,16	5,704	4,600	1,24	53497,70
1	06	871022	42437,19	6105	4150,26	1,47	62424,77	5,962	5,345	1,12	47328,90
1	07	572204	43854,73	7094	4947,21	1,43	62885,03	6,927	6,372	1,09	47677,85
1	08	419616	55008,45	10121	7285,18	1,39	76420,97	9,883	9,383	1,05	57940,46
1	09	317891	83401,89	21354	16730,73	1,28	106448,67	20,852	21,548	0,97	80706,71
2	01	116016	31784,9	3113	2606,85	1,19	37956,31	3,040	3,358	0,91	28777,52
2	02	470889	34158,29	486	478,75	1,02	34675,57	0,475	0,617	0,77	26290,15
2	03	1269353	29931,33	472	383,78	1,23	36811,68	0,461	0,494	0,93	27909,70
2	04	1201108	169908,74	916	696,45	1,32	223471,04	0,894	0,897	1,00	169430,14
2	05	1201108	210422,11	1608	1177,69	1,37	287307,15	1,570	1,517	1,04	217829,08
2	06	969076	97770,08	2647	1973,17	1,34	131158,19	2,585	2,541	1,02	99440,85
2	07	641501	62873,53	3845	2920,85	1,32	82766,57	3,755	3,762	1,00	62751,53
2	08	505011	62420,36	6292	4898,17	1,28	80182,78	6,144	6,309	0,97	60792,58
2	09	464064	103217,13	22680	18898,97	1,20	123867,31	22,147	24,341	0,91	93913,09
TOTAL		13195950	1214229,6	102407	77642,42		1604823,56	100,00	100,00		1216736,99

LEGENDA

S = Sexo 1 (Masculino); 2 (Feminino).

FE = Faixas Etárias / 01 (menos de 1 ano)/ 02 (1 a 4) / 03 (5 a 14) / 04 (15 a 24) / 05 (25 a 34) / 06 (35 a 44) / 07 (45 a 54) / 08 (55 a 64) / 09(+ de 65).

POP. 94 = População estimada para 1994 a partir da projeção por UF – IBGE e da distribuição segundo sexo e faixa etária observada em 1991.

AIH ESP. = Número de AIHs estimadas para cada grupo de sexo e faixa etária a partir da população estimada/94 e as correspondentes taxas nacionais (FONTE: Anexo 4).

OB 91 = Óbitos observados em 1991 na UF segundo sexo, faixa etária (FONTE: Anexo 4).

OB ESP 91 = Número de óbitos esperados segundo sexo, faixa etária, a partir da população 1991/IBGE e as correspondentes taxas nacionais de mortalidade (FONTE: Anexo 4).

SMR = *Standard mortality ratio* - Razão entre óbitos observados e óbitos esperados (OB 91/OB ESP 91).

V.B. DIST (1) = Valor básico distributivo obtido a partir do produto entre AIH ESP e SMR.

M.% OB = Mortalidade proporcional observada (OB 91).

M.% ESP = Mortalidade proporcional esperada (OB ESP 91).

RMPS = Razão entre a mortalidade proporcional observada e a proporcional esperada (M. % OB/ M.% ESP).

V.B. DIST. (2) = Valor básico distributivo obtido a partir do produto entre AIH. ESP e RMPS.

Nota: o total correspondente a V.B. DIST (1) dá origem ao resultado observado no Anexo 10; o total correspondente a V.B. DIST (2) dá origem ao resultado observado no Anexo 12.

Estes totais correspondem ao Estado do Rio de Janeiro; os relativos às outras UFs foram estimados da mesma forma.

Anexo 6: Estimativa de valores base distributivos para internações psiquiátricas segundo fórmula RAWP, por sexo e faixa etária. Rio de Janeiro - 1994

S	FE	POP. 94	TAXA IH	V.B. DIST.
1	01	120799	5,43	65,59
1	02	483195	0,27	13,05
1	03	1290638	0,96	123,90
1	04	1169840	18,7	2187,60
1	05	1112619	73,96	8228,93
1	06	871022	96,08	8368,78
1	07	572204	86,3	4938,12
1	08	419616	59,39	2492,10
1	09	317891	36,8	1169,84
2	01	116016	3,03	35,15
2	02	470889	0,16	7,53
2	03	1269353	0,62	78,70
2	04	1201108	9,14	1097,81
2	05	1201108	33,28	3997,29
2	06	969076	45,05	4365,69
2	07	641501	45,63	2927,17
2	08	505011	35,3	1782,69
2	09	464064	26,56	1232,55
				43112,50

LEGENDA:

S= Sexo 1 (Masculino) ; 2 (Feminino).

FE = Faixas Etárias / 01(menos de 1 ano)/ 02(1 a 4)/ 03(5 a 14)/ 04(15 a 24)/ 05(25 a 34)/ 06(35 a 44)/ 07(45 a 54)/ 08(55 a 64)/ 09(+ de 65).

POP 94 = População estimada para 1994 a partir da projeção por UF – IBGE e da distribuição segundo sexo e faixa etária observada em 1991.

TAXA IH = Taxa nacional de utilização (por 10.000 habitantes) para internações psiquiátricas segundo sexo e faixa etária.

V.B. DIST. = Valor básico distributivo obtido a partir das TAXA IH.

Nota: o total correspondente à V.B. DIST. dá origem ao resultado observado nos Anexos 9, 10, 11 e 12 para o RJ. Estes totais correspondem ao Estado do Rio de Janeiro; os relativos às outras UFs foram estimados da mesma forma.

ANEXO 7: Estimativa das taxas nacionais de utilização de serviços ambulatoriais, segundo sexo e faixa etária. BRASIL - Julho/1994-Junho/1995

S	FE	POP. 94	Núm. Pes. PROC	DIST. % PROC	DIST. % UTIL. AMB.	TAXA UTIL.
1	01	1698819	220	2,08	25636336,18	15,09
1	02	7085320	586	5,53	68285877,29	9,64
1	03	18275276	922	8,70	107439554,37	5,88
1	04	14843034	707	6,67	82385862,19	5,55
1	05	12138159	617	5,82	71898270,11	5,92
1	06	8852930	530	5,00	61760264,44	6,98
1	07	5772210	382	3,61	44514001,92	7,71
1	08	3904751	327	3,09	38104917,87	9,76
1	09	3344417	341	3,22	39736321,08	11,88
2	01	1651967	188	1,77	21907414,56	13,26
2	02	6884830	511	4,82	59546217,22	8,65
2	03	17886408	934	8,82	108837899,98	6,08
2	04	15083044	1102	10,40	128414738,52	8,51
2	05	12687033	1013	9,56	118043675,24	9,30
2	06	9240002	739	6,98	86114783,81	9,32
2	07	6027302	600	5,66	69917280,50	11,60
2	08	4334324	465	4,39	54185892,39	12,50
2	09	4031590	410	3,87	47776808,34	11,85
TOTAL		153741417	10594	100,00	1234506116,00	8,03

LEGENDA:

S= Sexo 1 (Masculino); 2 (Feminino).

FE = Faixas Etárias / 01 (menos de 1 ano)/ 02 (1 a 4) / 03 (5 a 14)/ 04 (15 a 24)/ 05 (25 a 34)/ 06 (35 a 44)/ 07 (45 a 54)/ 08(55 a 64)/ 09 (+ de 65).

POP 94 = População estimada para 1994 a partir da projeção por UF – IBGE e da distribuição segundo sexo e faixa etária observada em 1991 (FONTE: PNSN/INAN/IBGE-1989).

Núm. Pes. Proc. = Número de pessoas que procuraram serviços de saúde em um período de 15 dias, segundo sexo e idade, 1989.

(Fonte: PNSN/INAN/IBGE - 1989).

DIST. % UTIL. AMB = Distribuição percentual da produção ambulatorial correspondente ao período Julho/94-Junho/95 (FONTE SIA/SUS) em função da distribuição percentual da procura (FONTE:PNSN/INAN/IBGE-1989).

TAXA UTIL = Taxa nacional estimada de utilização ambulatorial por habitantes segundo sexo e faixa etária, a partir da DIST % UTIL. AMB e da POP. 94.

Anexo 8. Estimativa dos valores base distributivos para serviços ambulatoriais, segundo fórmula RAWP, por sexo e faixa etária. Estado do Rio de Janeiro – 1994

Estimativa dos valores base distributivos a partir da mortalidade proporcional. Estado do Rio de Janeiro -1994

S	FE	POP 94	TAXA UTIL.	UTIL. ESP.	SMR	V.B. DIST. (1)	RMPS	V.B. DIST. (2)
1	01	120799	15,09	1822939,22	1,17	2137633,98	0,89	1620700,49
1	02	483195	9,64	4656867,22	1,04	4838983,00	0,79	3668795,60
1	03	1290638	5,88	7587604,78	1,30	9891093,18	0,99	7499178,87
1	04	1169840	5,55	6493165,55	1,90	12346509,74	1,44	9360814,15
1	05	1112619	5,92	6590404,80	1,64	10777384,58	1,24	8171142,79
1	06	871022	6,98	6076468,36	1,47	8938437,43	1,12	6776899,17
1	07	572204	7,71	4412710,20	1,43	6327559,61	1,09	4797397,06
1	08	419616	9,76	4094866,28	1,39	5688828,78	1,05	4313127,36
1	09	317891	11,88	3776986,79	1,28	4820696,77	0,97	3654931,43
2	01	116016	13,26	1538535,94	1,19	1837260,45	0,91	1392964,81
2	02	470889	8,65	4072672,63	1,02	4134347,56	0,77	3134558,67
2	03	1269353	6,08	7723949,65	1,23	9499463,85	0,93	7202255,33
2	04	1201108	8,51	10226050,51	1,32	13449726,85	1,00	10197245,71
2	05	1201108	9,30	11175442,10	1,37	15258778,54	1,04	11568823,34
2	06	969076	9,32	9031574,91	1,34	12115823,16	1,02	9185913,37
2	07	641501	11,60	7441473,04	1,32	9795937,43	1,00	7427034,17
2	08	505011	12,50	6313434,74	1,28	8109994,42	0,97	6148794,45
2	09	464064	11,85	5499442,35	1,20	6599690,49	0,91	5003719,87
Total		13195950				146568149,81		111124296,64

LEGENDA

S= Sexo 1(Masculino); 2(Feminino).

FE = Faixas Etárias / 01 (menos de 1 ano)/ 02 (1 a 4) / 03 (5 a 14)/ 04 (15 a 24)/ 05 (25 a 34)/ 06 (35 a 44)/ 07 (45 a 54)/ 08 (55 a 64)/ 09 (+ de 65).

POP 94= População estimada para 1994 a partir da projeção por UF - IBGE e da distribuição segundo sexo e faixa etária observada em 1991.

TAXA UTIL = Taxa nacional estimada de utilização de serviços ambulatoriais (FONTE: ANEXO 7).

UTIL. ESP = Utilização estimada a partir da TAXA UTIL e da POP94.

SMR = *Standard mortality ratio* - Razão entre óbitos observados e óbitos esperados, por sexo e faixa etária (FONTE: Anexo 5).

V.B. DIST (1)= Valor base distributivo obtido a partir do produto entre UTIL. ESP e SMR.

RMPS = Razão entre a mortalidade proporcional observada e a esperada (FONTE Anexo 5).

V.B. DIST (2) = Valor base distributivo obtido a partir do produto UTIL. ESP e RMPS.

Nota: Os totais relativos ao V. B. DIST (1) originam os dados dos Anexos 9 e 10 e os V. B. DIST (2) originam os dados dos Anexos 11 e 12.

Os totais para as outras UFs foram calculados através do mesmo procedimento apresentado para o caso RJ.

ANEXO 9: Estimativa dos valores base distributivos a partir da metodologia RAWP, considerando a causa básica no caso das internações não psiquiátricas. Brasil – 1994

UF	Estimativa distributiva segundo metodologia RAWP						
	Inter. não Psiq.		Inter. Psiq.		S. Ambulatorial		Síntese
	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	%
RO	117797,85	0,87	3381,95	0,76	11825426,22	0,96	0,90
AC	48034,28	0,35	1058,25	0,24	4341255,50	0,35	0,35
AM	160393,53	1,18	5404,24	1,22	15031523,16	1,22	1,20
RR	27708,94	0,20	712,72	0,16	2396010,13	0,19	0,20
PA	373118,3	2,75	13057,51	2,94	34335774,99	2,78	2,77
AP	35139,12	0,26	725,44	0,16	2899755,58	0,23	0,25
TO	59146,9	0,44	2498,91	0,56	4371358,38	0,35	0,41
Norte							6,07
MA	251296,76	1,86	12209,19	2,75	21472520,91	1,74	1,84
PI	148605,33	1,10	6641,01	1,50	9548059,39	0,77	0,99
CE	405212,05	2,99	17245,34	3,89	36607839,90	2,97	3,01
RN	170845,58	1,26	6730,09	1,52	13997108,84	1,13	1,22
PB	232764,64	1,72	8543,10	1,93	26148739,23	2,12	1,87
PE	671149,68	4,95	19615,01	4,42	71106502,31	5,76	5,24
AL	220219,46	1,63	6598,93	1,49	23335727,70	1,89	1,72
SE	110737,05	0,82	3993,98	0,90	14565109,60	1,18	0,96
BA	930557,4	6,87	31764,01	7,16	85014435,80	6,89	6,89
Nordeste							23,73
MG	1565876,42	11,56	47943,63	10,81	132051255,34	10,70	11,22
ES	233271,66	1,72	7932,08	1,79	24608214,91	1,99	1,83
RJ	1516311,01	11,19	43112,50	9,72	146568149,81	11,88	11,41
SP	3427928,34	25,31	105145,66	23,70	297275074,98	24,09	24,80
Sudeste							49,25
PR	768834,94	5,68	25662,72	5,78	70529886,59	5,71	5,69
SC	356672,67	2,63	14383,10	3,24	32757447,46	2,65	2,66
RS	872959,88	6,44	30558,28	6,89	75261960,51	6,10	6,33
Sul							14,68
MS	159802,43	1,18	5389,59	1,21	15411202,92	1,25	1,21
MT	171799,34	1,27	6210,81	1,40	15386276,14	1,25	1,26
GO	319822,7	2,36	12243,49	2,76	29632753,85	2,40	2,39
DF	189272,48	1,40	4872,71	1,10	17687491,05	1,43	1,40
Centro-Oeste							6,26
TOTAL	13545278,74		443634,25		1234166861,20		100,00

FONTE:

Inter. não Psiq. Anexo 4.

Inter. Psiq. Anexo 6.

Serviço Ambulatorial Anexo 8.

Síntese = Média ponderada das distribuições percentuais.

NOTA: Os fatores de ponderação correspondem à estrutura do gasto observada em 1994:

59,57% Internações não psiquiátricas;

2,94% Internações Psiquiátricas;

37,49% Atendimentos ambulatoriais.

ANEXO 10: Estimativa dos valores base distributivos a partir da metodologia RAWP por sexo e faixa etária (sem discriminar por causa básica). Brasil – 1994

UF	Estimativa distributiva segundo metodologia RAWP						
	Inter. não Psiq.		Inter. Psiq.		S. Ambulatorial		Síntese
	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	%
RO	117625,22	0,88	3381,95	0,76	11825426,22	0,96	0,91
AC	42890,63	0,32	1058,25	0,24	4341255,50	0,35	0,33
AM	148637,54	1,11	5404,24	1,22	15031523,16	1,22	1,15
RR	24267,77	0,18	712,72	0,16	2396010,13	0,19	0,19
PA	353610,54	2,64	13057,51	2,94	34335774,99	2,78	2,70
AP	28113,93	0,21	725,44	0,16	2899755,58	0,23	0,22
TO	46756,07	0,35	2498,91	0,56	4371358,38	0,35	0,36
Norte							5,85
MA	229244,47	1,71	12209,19	2,75	21472520,91	1,74	1,75
PI	105628,06	0,79	6641,01	1,50	9548059,39	0,77	0,80
CE	393627,38	2,94	17245,34	3,89	36607839,90	2,97	2,98
RN	154714,7	1,16	6730,09	1,52	13997108,84	1,13	1,16
PB	289150,4	2,16	8543,10	1,93	26148739,23	2,12	2,14
PE	778185,53	5,82	19615,01	4,42	71106502,31	5,76	5,75
AL	242917,31	1,82	6598,93	1,49	23335727,70	1,89	1,83
SE	148903,65	1,11	3993,98	0,90	14565109,60	1,18	1,13
BA	902841,32	6,75	31764,01	7,16	85014435,80	6,89	6,81
Nordeste							24,36
MG	1477875,86	11,04	47943,63	10,81	132051255,34	10,70	10,91
ES	220007,6	1,64	7932,08	1,79	24608214,91	1,99	1,78
RJ	1604823,56	11,99	43112,50	9,72	146568149,81	11,88	11,88
SP	3266781,86	24,41	105145,66	23,70	297275074,98	24,09	24,27
Sudeste							48,84
PR	774344,09	5,79	25662,72	5,78	70529886,59	5,71	5,76
SC	358901,51	2,68	14383,10	3,24	32757447,46	2,65	2,69
RS	846884,66	6,33	30558,28	6,89	75261960,51	6,10	6,26
Sul							14,71
MS	165490,68	1,24	5389,59	1,21	15411202,92	1,25	1,24
MT	155724,71	1,16	6210,81	1,40	15386276,14	1,25	1,20
GO	318272,96	2,38	12243,49	2,76	29632753,85	2,40	2,40
DF	185646,54	1,39	4872,71	1,10	17687491,05	1,43	1,40
Centro-Oeste							6,24
TOTAL	13381868,60		443634,25		1218000179,48		100,00

FORNE:

Inter. não Psiq. ANEXO 5.

Inter. Psiq. ANEXO.

S. Ambulatorial ANEXO 8.

Síntese = Média ponderada das distribuições percentuais.

NOTA: Os fatores de ponderação correspondem à estrutura do gasto observada em 1994:

59,57% Internações não psiquiátricas;

2,94% Internações Psiquiátricas;

37,49% Atendimentos ambulatoriais.

ANEXO 11 : Estimativa dos valores base distributivos a partir da mortalidade proporcional, considerando a causa básica no caso das internações não psiquiátricas. Brasil – 1994

UF	Estimativa distributiva segundo mortalidade proporcional						
	Inter. não Psiq.		Inter. Psiq.		S. Ambulatorial		Síntese
	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	
RO	115921,32	0,86	3381,95	0,76	11562857,3	0,93	0,88
AC	46734,54	0,35	1058,25	0,24	4170630,87	0,33	0,34
AM	186166,45	1,37	5404,24	1,22	18962222,5	1,52	1,42
RR	30113,15	0,22	712,72	0,16	2698347,1	0,22	0,22
PA	460780,89	3,40	13057,51	2,94	46382138,4	3,72	3,51
AP	36953,58	0,27	725,44	0,16	3111477,82	0,25	0,26
TO	84003,82	0,62	2498,91	0,56	8087363,16	0,65	0,63
Norte							7,26
MA	371587,99	2,74	12209,19	2,75	40361037,9	3,23	2,93
PI	236774,39	1,75	6641,01	1,50	19859473,3	1,59	1,68
CE	542953,27	4,01	17245,34	3,89	56669599,1	4,54	4,20
RN	208995,28	1,54	6730,09	1,52	19090411	1,53	1,54
PB	246572,31	1,82	8543,10	1,93	28482091	2,28	2,00
PE	608657,91	4,49	19615,01	4,42	62208858,5	4,98	4,68
AL	209453,04	1,55	6598,93	1,49	21733237,3	1,74	1,62
SE	108869,53	0,80	3993,98	0,90	14175128,5	1,14	0,93
BA	1097202,14	8,10	31764,01	7,16	106855470	8,56	8,25
Nordeste							27,82
MG	1545221,00	11,41	47943,63	10,81	129758103	10,40	11,01
ES	219443,80	1,62	7932,08	1,79	22547989,5	1,81	1,70
RJ	1226688,17	9,06	43112,50	9,72	111124297	8,90	9,02
SP	3111321,25	22,98	105145,66	23,70	261431145	20,94	22,24
Sudeste							43,96
PR	743222,74	5,49	25662,72	5,78	67268928,6	5,39	5,46
SC	375236,20	2,77	14383,10	3,24	35327186,8	2,83	2,81
RS	848829,34	6,27	30558,28	6,89	72453905,7	5,80	6,11
Sul							14,38
MS	166492,68	1,23	5389,59	1,21	16354010,4	1,31	1,26
MT	203358,77	1,50	6210,81	1,40	19706073,8	1,58	1,53
GO	348432,15	2,57	12243,49	2,76	33700596,6	2,70	2,63
DF	160997,58	1,19	4872,71	1,10	14131215,5	1,13	1,16
Centro-Oeste							6,58
TOTAL	13540983,29		443634,25		1248213796		100,00

FONTE:

Inter. não Psiq. ANEXO 5.

Inter. Psiq. Anexo 6.

S. Ambulatorial Anexo 8.

Síntese = Média ponderada das distribuições percentuais.

NOTA: Os fatores de ponderação correspondem à estrutura do gasto observada em 1994:

59,57% Internações não psiquiátricas;

2,94% Internações Psiquiátricas;

37,49% Atendimentos ambulatoriais.

ANEXO 12 : Estimativa dos valores base distributivos a partir da mortalidade proporcional por sexo e faixa etária (sem considerar a causa básica). Brasil – 1994

UF	Estimativa distributiva segundo mortalidade proporcional						
	Inter. não Psiq.		Inter. Psiq.		S. Ambulatorial		Síntese
	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	%
RO	115013,50	0,85	3381,95	0,76	11562857,3	0,93	0,88
AC	41204,90	0,30	1058,25	0,24	4170630,87	0,33	0,31
AM	187505,83	1,38	5404,24	1,22	18962222,5	1,52	1,43
RR	27329,97	0,20	712,72	0,16	2698347,1	0,22	0,21
PA	477671,26	3,53	13057,51	2,94	46382138,4	3,72	3,58
AP	30166,64	0,22	725,44	0,16	3111477,82	0,25	0,23
TO	86502,47	0,64	2498,91	0,56	8087363,16	0,65	0,64
Norte							7,27
MA	430901,66	3,18	12209,19	2,75	40361037,9	3,23	3,19
PI	219700,95	1,62	6641,01	1,50	19859473,3	1,59	1,61
CE	609342,31	4,50	17245,34	3,89	56669599,1	4,54	4,50
RN	211012,66	1,56	6730,09	1,52	19090411	1,53	1,55
PB	314952,40	2,32	8543,10	1,93	28482091	2,28	2,30
PE	680810,22	5,02	19615,01	4,42	62208858,5	4,98	4,99
AL	226235,91	1,67	6598,93	1,49	21733237,3	1,74	1,69
SE	144916,75	1,07	3993,98	0,90	14175128,5	1,14	1,09
BA	1134790,02	8,37	31764,01	7,16	106855470	8,56	8,41
Nordeste							29,31
MG	1452211,63	10,72	47943,63	10,81	129758103	10,40	10,60
ES	243666,94	1,80	7932,08	1,79	22547989,5	1,81	1,80
RJ	1216736,99	8,98	43112,50	9,72	111124297	8,90	8,97
SP	2872889,78	21,20	105145,66	23,70	261431145	20,94	21,18
Sudeste							42,55
PR	738542,20	5,45	25662,72	5,78	67268928,6	5,39	5,44
SC	387056,43	2,86	14383,10	3,24	35327186,8	2,83	2,86
RS	815287,04	6,02	30558,28	6,89	72453905,7	5,80	5,96
Sul							14,26
MS	175614,86	1,30	5389,59	1,21	16354010,4	1,31	1,30
MT	199445,44	1,47	6210,81	1,40	19706073,8	1,58	1,51
GO	361963,94	2,67	12243,49	2,76	33700596,6	2,70	2,68
DF	148320,15	1,09	4872,71	1,10	14131215,5	1,13	1,11
Centro-Oeste							6,60
TOTAL	13549792,85		443634,25		1248213796		100,00

FONTE:

Inter. não Psiq. Anexo 5.

Inter. Psiq. Anexo 6.

S. Ambulatorial Anexo 8.

Síntese = Média ponderada das distribuições percentuais.

NOTA: Os fatores de ponderação correspondem à estrutura do gasto observada em 1994:

59,57% Internações não psiquiátricas;

2,94% Internações Psiquiátricas;

37,49% Atendimentos ambulatoriais;

ANEXO 13: Estimativa dos valores base distributivos para internações não psiquiátricas segundo fórmula RAWP a partir dos óbitos/91 corrigidos em função da estimativa de sub-registro por UF. Brasil – 1994

UF	AIH ESP	OB 91	OB ESP 91	% Cob. Mort	OB 91/Corr	OB EST 91/Corr	SMR	V. B. DIST
RO	101132,66	1632	1530,12	52,0	2711,51	2132,10	1,12	118810,60
AC	36374,58	1894	1819,56	49,3	3841,78	2463,53	1,56	56724,93
AM	181053,09	6673	8417,97	46,1	14475,05	11397,20	1,27	229947,17
RR	19533,46	752	846,89	43,6	1724,77	1146,62	1,50	29382,78
PA	434143,20	16619	22449,61	45,6	36445,18	30394,81	1,20	520563,30
AP	25662,95	1085	1164,22	48,4	2241,74	1576,25	1,42	36497,68
TO	81717,53	2378	4388,39	36,3	6550,96	5941,50	1,10	90099,95
MA	431121,32	12734	23935,59	26,1	48789,27	32406,70	1,51	649066,22
PI	228803,36	6232	12962,24	29,8	20912,75	17549,74	1,19	272648,32
CE	581013,04	22529	34875,30	43,0	52393,02	47218,12	1,11	644689,64
RN	225387,46	10089	13760,21	43,2	23354,17	18630,12	1,25	282538,98
PB	295727,16	17672	19248,94	65,4	27021,41	26061,39	1,04	306620,83
PE	648187,50	44743	39134,63	72,1	62056,87	52984,88	1,17	759169,16
AL	224768,25	13342	12425,79	57,5	23203,48	16823,44	1,38	310008,32
SE	135214,16	7814	7604,78	50,0	15628,00	10296,21	1,52	205233,49
BA	1052147,40	48015	60350,52	47,6	100871,85	81709,34	1,23	1298897,42
MG	1434916,53	87216	85701,44	88,8	98216,22	116032,28	0,85	1214593,69
ES	236990,12	14418	13211,32	84,0	17164,29	17886,98	0,96	227414,98
RJ	1214229,60	102407	77642,42	100,0	102407,00	105121,07	0,97	1182880,03
SP	2950618,85	196884	173144,72	100,0	196884,00	234422,85	0,84	2478127,16
PR	758685,35	46129	43996,22	87,6	52658,68	59567,05	0,88	670695,77
SC	416455,44	21784	23492,90	77,6	28072,16	31807,34	0,88	367550,59
RS	862480,42	57388	55246,81	100,0	57388,00	74799,36	0,77	661717,21
MS	161170,53	8175	8675,12	67,2	12165,18	11745,36	1,04	166931,36
MT	184285,05	6728	8616,93	50,2	13402,39	11666,57	1,15	211704,02
GO	362229,12	16794	19099,40	65,6	25600,61	25858,92	0,99	358610,70
DF	145714,87	8082	6457,02	100,0	8082,00	8742,24	0,92	134710,02

LEGENDA

AIH ESP = Número de AIHs estimadas para cada UF (Anexo 4 exemplifica o caso RJ).

OB 91 = Óbitos observados em 1991 por UF (Anexo 4 exemplifica o caso RJ).

OB ESP 91 = Número de óbitos esperados por UF (Anexo 4 exemplifica o caso RJ).

% Cob. Mort = Percentagens estimadas de cobertura de registro de óbitos por UF- (Szwarcwald, 1996).

OB 91/Corr = Óbitos 1991 corrigidos segundo % Cob. Mort.

OB EST 91/Corr = Óbitos esperados corrigidos segundo % de sub-registro nacional.

SMR = *Standard mortality ratio* – Razão entre óbitos observados corrigidos e óbitos esperados corrigidos- (OB 91/Corr /OB ESP 91/Corr).

V.B. DIST = Valor básico distributivo obtido a partir do produto entre AIH ESP. e SMR.

Anexo 14: Estimativa dos valores base distributivos para serviços ambulatoriais, segundo fórmula RAWP, a partir da mortalidade/91 corrigida por sub-registro. Brasil-1994

UF	POP94	UTIL. ESP	SMR	V. B. DIST
RO	1291260	10020144,84	1,43	14281014,76
AC	446247	3482437,23	1,56	5430743,29
AM	2268411	17572424,52	1,27	22317925,09
RR	251645	1918249,27	1,50	2885484,13
PA	5329487	41639152,12	1,20	49927799,48
AP	317441	2469889,90	1,42	3512660,84
TO	989794	7775638,14	1,10	8573247,34
MA	5160974	40845594,30	1,51	61494280,40
PI	2691614	21396934,46	1,19	25497170,14
CE	6632886	53361616,00	1,11	59209825,88
RN	2543458	20481750,41	1,25	25675309,43
PB	3307582	26786498,08	1,04	27773229,26
PE	7371110	59329460,91	1,17	69487759,47
AL	2645417	20997026,04	1,38	28959840,94
SE	1576429	12534391,20	1,52	19025202,85
BA	12458162	98687582,92	1,23	121831833,34
MG	16335452	131425758,61	0,85	111246120,71
ES	2743248	21882620,88	0,96	20998494,68
RJ	13195950	108534589,09	0,97	105732390,22
SP	33223169	268631890,16	0,84	225615037,74
PR	8651137	69452935,90	0,88	61398036,25
SC	4765448	38181616,74	0,88	33697904,43
RS	9471208	77550423,82	0,77	59498684,27
MS	1881868	14943349,14	1,04	15477479,73
MT	2244433	17505614,81	1,15	20110199,19
GO	4240813	33613824,85	0,99	33278046,27
DF	1706773	13484701,67	0,92	12466293,88

LEGENDA:

POP 94 = População estimada para 1994 a partir da projeção por UF - IBGE.

UTIL ESP = Utilização estimada para serviços ambulatoriais FONTE Anexo 8 exemplifica caso RJ.

SMR = *Standard mortality ratio* - Razão entre óbitos observados corrigidos e óbitos esperados corrigidos (OB 91/Corr /OB ESP 91/Corr)

(FONTE: Anexo 13).

V.B. DIST = Valor base distributivo obtido a partir do produto entre UTIL. ESP e SMR

ANEXO 15 : Estimativa dos valores base distributivos segundo adaptação da metodologia RAWP a partir da mortalidade/91 corrigida em função de sub-registro- Brasil 1994

UF	Estimativa distributiva segundo mortalidade corrigida						
	Inter. não Psiq.		Inter. Psiq.		S. Ambulatorial		Síntese
	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	%
RO	148840,6	1,10	3381,95	0,76	14281014,76	1,15	1,11
AC	56724,93	0,42	1058,25	0,24	5430743,29	0,44	0,42
AM	229947,17	1,70	5404,24	1,22	22317925,09	1,79	1,72
RR	29382,78	0,22	712,72	0,16	2885484,13	0,23	0,22
PA	520563,30	3,85	13057,51	2,94	49927799,48	4,01	3,88
AP	36497,68	0,27	725,44	0,16	3512660,84	0,28	0,27
TO	90099,95	0,67	2498,91	0,56	8573247,34	0,69	0,67
Norte							8,30
MA	649066,22	4,80	12209,19	2,75	61494280,40	4,94	4,79
PI	272648,32	2,02	6641,01	1,50	25497170,14	2,05	2,01
CE	644689,64	4,77	17245,34	3,89	59209825,88	4,75	4,74
RN	282538,98	2,09	6730,09	1,52	25675309,43	2,06	2,06
PB	306620,83	2,27	8543,10	1,93	27773229,26	2,23	2,24
PE	759169,16	5,62	19615,01	4,42	69487759,47	5,58	5,57
AL	310008,32	2,29	6598,93	1,49	28959840,94	2,33	2,28
SE	205233,49	1,52	3993,98	0,90	19025202,85	1,53	1,50
BA	1298897,42	9,61	31764,01	7,16	121831833,34	9,78	9,60
Nordeste							34,81
MG	1214593,69	8,99	47943,63	10,81	111246120,71	8,93	9,02
ES	227414,98	1,68	7932,08	1,79	20998494,68	1,69	1,69
RJ	1182880,03	8,75	43112,50	9,72	105732390,22	8,49	8,68
SP	2478127,16	18,33	105145,66	23,70	225615037,74	18,12	18,41
Sudeste							37,80
PR	670695,77	4,96	25662,72	5,78	61398036,25	4,93	4,97
SC	367550,59	2,72	14383,10	3,24	33697904,43	2,71	2,73
RS	661717,21	4,90	30558,28	6,89	59498684,27	4,78	4,91
Sul							12,61
MS	166931,36	1,24	5389,59	1,21	15477479,73	1,24	1,24
MT	211704,02	1,57	6210,81	1,40	20110199,19	1,61	1,58
GO	358610,70	2,65	12243,49	2,76	33278046,27	2,67	2,66
DF	134710,02	1,00	4872,71	1,10	12466293,88	1,00	1,00
Centro-Oeste							6,48
TOTAL	13515864,31		443634,25		1245402013,99		100,00

FONTE:

Inter. não Psiq. – ANEXO 13.

Inter. Psiq. – ANEXO 6.

S. Ambulatorial – ANEXO 14.

Síntese = Média ponderada das distribuições percentuais.

NOTA: Os fatores de ponderação correspondem à estrutura do gasto observada em 1994:

59,57% Internações não psiquiátricas;

2,94% Internações psiquiátricas;

37,49% Atendimentos ambulatoriais.

ANEXO 16 : Estimativa dos valores base distributivos para internações não psiquiátricas segundo fórmula RAWP a partir dos óbitos/94 corrigidos em função da estimativa de sub-registro por UF. Brasil – 1994

UF	AIH ESP	OB 94	OB ESP 94	%Cob. MORT	OB 94/Corr	OB ESP 94/Corr	SMR	V. B. DIST
RO	104432,66	4734	5391,05	53,00	8932,08	7313,86	1,22	127538,686
AC	36374,58	2284	2030,64	49,30	4632,86	2754,91	1,68	61170,2061
AM	181053,09	8338	9491,68	46,10	18086,77	12877,05	1,40	254302,389
RR	19533,46	932	1019,43	43,60	2137,61	1383,02	1,55	30191,1321
PA	434143,2	18086	24177,31	45,60	39662,28	32800,59	1,21	524963,427
AP	25662,95	1457	1333,76	48,40	3010,33	1809,47	1,66	42694,3414
TO	81717,53	2785	4984,97	36,30	7672,18	6762,95	1,13	92703,8685
MA	431121,32	12306	26567,48	26,10	47149,43	36043,25	1,31	563964,751
PI	228803,36	8161	14333,73	29,80	27385,91	19446,11	1,41	322223,208
CE	581013,04	28978	38517,08	43,00	67390,70	52254,89	1,29	749305,5
RN	225387,46	11482	15410,08	43,20	26578,70	20906,37	1,27	286539,788
PB	295727,16	18341	21205,79	65,40	28044,34	28769,21	0,97	288275,987
PE	648187,5	49203	42944,03	72,10	68242,72	58260,79	1,17	759242,61
AL	224768,25	13953	13815,80	57,50	24266,09	18743,46	1,29	290994,665
SE	135214,16	8401	8481,50	50,00	16802,00	11506,58	1,46	197440,827
BA	1052147,4	53832	67086,74	47,60	113092,44	91014,43	1,24	1307374,16
MG	1434916,53	96487	94398,59	88,80	108656,53	128067,55	0,85	1217428,23
ES	236990,12	15805	14771,23	84,00	18815,48	20039,66	0,94	222512,841
RJ	1214229,6	116279	85530,62	100,00	116279,00	116036,65	1,00	1216765,56
SP	2950618,85	220053	194344,31	100,00	220053,00	263660,71	0,83	2462606,35
PR	758685,35	51790	47772,60	87,60	59121,00	64811,56	0,91	692071,561
SC	416455,44	25101	26004,81	77,60	32346,65	35279,90	0,92	381830,394
RS	862480,42	63342	61064,02	100,00	63342,00	82843,60	0,76	659450,25
MS	161170,53	10428	9670,46	67,20	15517,86	13119,60	1,18	190632,423
MT	184285,05	7944	9975,80	50,20	15824,70	13533,85	1,17	215478,635
GO	362229,12	21820	21274,22	65,60	33262,20	28862,06	1,15	417452,436
DF	145714,87	8001	7218,28	100,00	8001,00	9792,80	0,82	119053,21

LEGENDA:

AIH ESP.= Número de AIHs estimadas para cada UF (Anexo 4 exemplifica o caso RJ).

OB 94 = Óbitos observados em 1994 por UF. FONTE: SIM/MS.

OB ESP 94 = Número de óbitos esperados por UF.

% Cob. MORT = Percentagens estimadas de cobertura de registro de óbitos por UF (Szwarcwald, 1996).

OB 94/Corr= Óbitos 1994 corrigidos segundo %Cob. MORT.

OB EST 94/Corr = Óbitos esperados corrigidos segundo % de sub-registro nacional.

SMR = *Standard mortality ratio* - Razão entre óbitos observados corrigidos e óbitos esperados corrigidos (OB94/Corr /OBESP94/Corr).

V.B. DIST = Valor básico distributivo obtido a partir do produto entre AIH ESP. e SMR.

Anexo 17: Estimativa dos valores base distributivos para serviços ambulatoriais, segundo fórmula RAWP, a partir da mortalidade/94 corrigida por sub-registro. Brasil – 1994

UF	POP 94	UTIL. ESP	SMR	V. B. DIST
RO	1291260	10020144,84	1,22	12237130,65
AC	446247	3482437,23	1,68	5856326,12
AM	2268411	17572424,52	1,40	24681763,48
RR	251645	1918249,27	1,55	2964867,31
PA	5329487	41639152,12	1,21	50349820,02
AP	317441	2469889,90	1,66	4109049,15
TO	989794	7775638,14	1,13	8821017,18
MA	5160974	40845594,30	1,31	53431538,57
PI	2691614	21396934,46	1,41	30133250,04
CE	6632886	53361616,00	1,29	68817994,77
RN	2543458	20481750,41	1,27	26038877,34
PB	3307582	26786498,08	0,97	26111582,60
PE	7371110	59329460,91	1,17	69494482,34
AL	2645417	20997026,04	1,29	27183654,95
SE	1576429	12534391,20	1,46	18302821,01
BA	12458162	98687582,92	1,24	122626920,40
MG	16335452	131425758,61	0,85	111505739,37
ES	2743248	21882620,88	0,94	20545852,92
RJ	13195950	108534589,09	1,00	108761267,61
SP	33223169	268631890,16	0,83	224201983,55
PR	8651137	69452935,90	0,91	63354856,90
SC	4765448	38181616,74	0,92	35007110,85
RS	9471208	77550423,82	0,76	59294849,17
MS	1881868	14943349,14	1,18	17674985,99
MT	2244433	17505614,81	1,17	20468757,44
GO	4240813	33613824,85	1,15	38738390,40
DF	1706773	13484701,67	0,82	11017386,38

POP 94 = População estimada para 1994 a partir da projeção por UF - IBGE.

UTIL ESP = Utilização estimada para serviços ambulatoriais FONTE Anexo 8 exemplifica caso RJ.

SMR = *Standard mortality ratio* - Razão entre óbitos observados corrigidos e óbitos esperados corrigidos- (OB94/Corr /OBESP94/Corr) (FONTE: Anexo 16).

V.B. DIST = Valor base distributivo obtido a partir do produto entre UTIL. ESP e SMR.

ANEXO 18 : Estimativa dos valores base distributivos segundo da metodologia RAWP a partir da mortalidade/94 corrigida em função de sub-registro. Brasil – 1994

UF	Estimativa distributiva segundo a mortalidade/94 corrigida						
	Inter. não Psiq.		Inter. Psiq.		Ambulatorial		Síntese
	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	%
RO	127538,69	0,93	3381,95	0,76	12237130,65	0,97	0,94
AC	61170,21	0,45	1058,25	0,24	5856326,12	0,46	0,45
AM	254302,39	1,86	5404,24	1,22	24681763,48	1,96	1,88
RR	30191,13	0,22	712,72	0,16	2964867,31	0,23	0,22
PA	524963,43	3,83	13057,51	2,94	50349820,02	3,99	3,87
AP	42694,34	0,31	725,44	0,16	4109049,15	0,33	0,31
TO	92703,87	0,68	2498,91	0,56	8821017,18	0,70	0,68
Norte							8,35
MA	563964,75	4,12	12209,19	2,75	53431538,57	4,23	4,12
PI	322223,21	2,35	6641,01	1,50	30133250,04	2,39	2,34
CE	749305,50	5,47	17245,34	3,89	68817994,77	5,45	5,42
RN	286539,79	2,09	6730,09	1,52	26038877,34	2,06	2,06
PB	288275,99	2,11	8543,10	1,93	26111582,60	2,07	2,09
PE	759242,61	5,54	19615,01	4,42	69494482,34	5,51	5,50
AL	290994,66	2,12	6598,93	1,49	27183654,95	2,15	2,12
SE	197440,83	1,44	3993,98	0,90	18302821,01	1,45	1,43
BA	1307374,16	9,55	31764,01	7,16	122626920,40	9,72	9,54
Nordeste							34,62
MG	1217428,23	8,89	47943,63	10,81	111505739,37	8,84	8,93
ES	222512,84	1,62	7932,08	1,79	20545852,92	1,63	1,63
RJ	1216765,56	8,89	43112,50	9,72	108761267,61	8,62	8,81
SP	2462606,35	17,98	105145,66	23,70	224201983,55	17,77	18,07
Sudeste							37,44
PR	692071,56	5,05	25662,72	5,78	63354856,90	5,02	5,06
SC	381830,39	2,79	14383,10	3,24	35007110,85	2,77	2,80
RS	659450,25	4,82	30558,28	6,89	59294849,17	4,70	4,83
Sul							12,69
MS	190632,42	1,39	5389,59	1,21	17674985,99	1,40	1,39
MT	215478,64	1,57	6210,81	1,40	20468757,44	1,62	1,59
GO	417452,44	3,05	12243,49	2,76	38738390,40	3,07	3,05
DF	119053,21	0,87	4872,71	1,10	11017386,38	0,87	0,88
Centro-Oeste							6,90
TOTAL	13694207,44		443634,25		1261732276,50		100,00

FONTE:

Inter. não Psiq. ANEXO 16.

Inter. Psiq. ANEXO 6.

S. Ambulatorial ANEXO 17.

Síntese = Média ponderada das distribuições percentuais.

NOTA: Os fatores de ponderação correspondem à estrutura do gasto observada em 1994:

59,57% Internações não psiquiátricas;

2,94% Internações Psiquiátricas;

37,49% Atendimentos ambulatoriais.

Anexo 19 - Comparação entre os resultados obtidos segundo a metodologia RAWP, a partir da mortalidade/91 corrigida e a mortalidade/94 corrigida. Brasil – 1994

UF	RAWP/91	RAWP/94	Diferença(%)
RO	1,10	0,94	-14,57
AC	0,42	0,45	6,53
AM	1,70	1,88	10,23
RR	0,22	0,22	3,11
PA	3,85	3,87	0,38
AP	0,27	0,31	15,77
TO	0,67	0,68	2,30
Norte	8,23	8,35	1,46
MA	4,80	4,12	-14,17
PI	2,02	2,34	16,05
CE	4,77	5,42	13,60
RN	2,09	2,06	-1,23
PB	2,27	2,09	-8,03
PE	5,62	5,50	-2,12
AL	2,29	2,12	-7,69
SE	1,52	1,43	-5,88
BA	9,61	9,54	-0,72
Nordeste	34,99	34,62	-1,06
MG	8,99	8,93	-0,66
ES	1,68	1,63	-3,07
RJ	8,75	8,81	0,67
SP	18,33	18,07	-1,44
Sudeste	37,76	37,44	-0,84
PR	4,96	5,06	2,03
SC	2,72	2,80	2,83
RS	4,90	4,83	-1,28
Sul	12,58	12,69	0,91
MS	1,24	1,39	12,56
MT	1,57	1,59	1,30
GO	2,65	3,05	14,88
DF	1,00	0,88	-11,95
Centro-Oeste	6,45	6,90	6,99

Legenda:

RAWP/91: FONTE: Anexo 15.

RAWP/94: FONTE: Anexo 18.

ANEXO 20: Estimativa dos valores base distributivos para internações não psiquiátricas segundo adaptação da metodologia RAWP ajustando por diferença de níveis de renda/capita. BRASIL – 1994

UF	AIH ESP	REN p/ CAP	RRPC	V. B. DIST (1)	Dist % Int. não Psiq
RO	104432,66	1158	1,71	178563,62	1,04
AC	36374,58	1388	1,43	51888,81	0,30
AM	181053,09	1863	1,06	192423,57	1,12
RR	19533,46	1296	1,53	29842,79	0,17
PA	434143,2	1302	1,52	660217,77	3,83
AP	25662,95	1572	1,26	32323,56	0,19
TO	81717,53	382	5,18	423562,07	2,46
MA	431121,32	681	2,91	1253480,49	7,28
PI	228803,36	539	3,67	840502,14	4,88
CE	581013,04	831	2,38	1384363,20	8,04
RN	225387,46	1155	1,71	386378,50	2,24
PB	295727,16	715	2,77	818936,75	4,76
PE	648187,5	1034	1,91	1241210,11	7,21
AL	224768,25	885	2,24	502871,34	2,92
SE	135214,16	1263	1,57	211974,69	1,23
BA	1052147,4	1187	1,67	1755056,32	10,19
MG	1434916,53	1828	1,08	1554231,25	9,03
ES	236990,12	1849	1,07	253780,66	1,47
RJ	1214229,6	2830	0,70	849531,66	4,93
SP	2950618,85	3011	0,66	1940294,03	11,27
PR	758685,35	2371	0,84	633571,06	3,68
SC	416455,44	2197	0,90	375321,70	2,18
RS	862480,42	2368	0,84	721161,84	4,19
MS	161170,53	2006	0,99	159081,58	0,92
MT	184285,05	1464	1,35	249237,98	1,45
GO	362229,12	1575	1,26	455373,75	2,64
DF	145714,87	4578	0,43	63022,16	0,37
TOTAL				17218203,4	100,00

AIH ESP. = Número de AIHs estimadas FONTE: Anexo 13.

REN p/ CAP = Renda per capita 1994 FONTE: IPEA.

RRPC = Razão entre renda per capita da UF e renda per capita nacional (US\$ 1980).

Estimativa dos valores base distributivos para serviços ambulatoriais segundo adaptação da metodologia RAWP ajustando por diferença de níveis de renda/capita. BRASIL – 1994

UTIL. AMB. ESP.	V. B. DIST (2)	Dist % S. Amb
10020144,8	17132800,13	1,08
3482437,23	4967741,87	0,31
17572424,5	18676006,73	1,17
1918249,27	2930658,60	0,18
41639152,1	63322212,90	3,98
2469889,9	3110930,03	0,20
7775638,14	40303045,87	2,53
40845594,3	118758115,59	7,46
21396934,5	78600983,73	4,94
53361616	127143200,59	7,99
20481750,4	35111572,13	2,21
26786498,1	74177994,68	4,66
59329460,9	113609606,00	7,14
20997026	46976397,25	2,95
12534391,2	19650114,46	1,23
98687582,9	164617872,10	10,35
131425759	142353939,85	8,95
21882620,9	23432985,04	1,47
108534589	75935860,92	4,77
268631890	176649333,29	11,10
69452935,9	57999499,40	3,64
38181616,7	34410378,30	2,16
77550423,8	64843682,08	4,08
14943349,1	14749666,64	0,93
17505614,8	23675626,59	1,49
33613824,9	42257379,81	2,66
13484701,7	5832177,66	0,37
	1591229872,26	100,00

V. B. DIST(1) = Valor básico distributivo obtido a partir do produto entre AIH ESP. e RRPC.

UTIL. AMB. ESP. = utilização Ambulatorial esperada FONTE Anexo 14.

V. B. DIST.(2) = Valor básico distributivo obtido a partir do produto entre AIH. ESP e RRPC

ANEXO 21: Estimativa dos valores base distributivos a partir da adaptação da metodologia RAWP utilizando como forma de ajuste a diferença de renda per capita. Brasil – 1994

UF	Estimativa distributiva segundo adaptação da metodologia RAWP						
	Inter. não Psiqu.		Inter. Psiqu.		S. Ambulatorial		Síntese
	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	%
RO	178563,62	1,04	3381,95	0,76	17132890,13	1,08	1,04
AC	51888,81	0,30	1058,25	0,24	4967741,87	0,31	0,30
AM	192423,57	1,12	5404,24	1,22	18676006,73	1,17	1,14
RR	29842,79	0,17	712,72	0,16	2930658,60	0,18	0,18
PA	660217,77	3,83	13057,51	2,94	63322212,90	3,98	3,86
AP	32323,56	0,19	725,44	0,16	3110930,03	0,20	0,19
TO	423562,07	2,46	2498,91	0,56	40303045,87	2,53	2,43
Norte							9,15
MA	1253480,49	7,28	12209,19	2,75	118758115,59	7,46	7,22
PI	840502,14	4,88	6641,01	1,50	78600983,73	4,94	4,80
CE	1384363,20	8,04	17245,34	3,89	127143200,59	7,99	7,90
RN	386378,50	2,24	6730,09	1,52	35111572,13	2,21	2,21
PB	818936,75	4,76	8543,10	1,93	74177994,68	4,66	4,64
PE	1241210,11	7,21	19615,01	4,42	113609606,00	7,14	7,10
AL	502871,34	2,92	6598,93	1,49	46976397,25	2,95	2,89
SE	211974,69	1,23	3993,98	0,90	19650114,46	1,23	1,22
BA	1755056,32	10,19	31764,01	7,16	164617872,10	10,35	10,16
Nordeste							48,14
MG	1554231,25	9,03	47943,63	10,81	142353939,85	8,95	9,05
ES	253780,66	1,47	7932,08	1,79	23432985,04	1,47	1,48
RJ	849531,66	4,93	43112,50	9,72	75935860,92	4,77	5,01
SP	1940294,03	11,27	105145,66	23,70	176649333,29	11,10	11,57
Sudeste							27,12
PR	633571,06	3,68	25662,72	5,78	57999499,40	3,64	3,73
SC	375321,70	2,18	14383,10	3,24	34410378,30	2,16	2,20
RS	721161,84	4,19	30558,28	6,89	64843682,08	4,08	4,23
Sul							10,16
MS	159081,58	0,92	5389,59	1,21	14749666,64	0,93	0,93
MT	249237,98	1,45	6210,81	1,40	23675626,59	1,49	1,46
GO	455373,75	2,64	12243,49	2,76	42257379,81	2,66	2,65
DF	63022,16	0,37	4872,71	1,10	5832177,66	0,37	0,39
Centro-Oeste							5,43
TOTAL	17218203,4		443634,25		1591229872,26		100

FONTE:

Inter. não Psiqu. Anexo 20.

Inter. Psiqu. Anexo 6.

S. Ambulatorial Anexo 20.

Síntese = Média ponderada das distribuições percentuais.

NOTA: Os fatores de ponderação correspondem à estrutura do gasto observada em 1994:

59,57% Internações não psiquiátricas;

2,94% Internações Psiquiátricas;

37,49% Atendimentos ambulatoriais.

ANEXO 22

Estimativa dos valores base distributivos para internações não psiquiátricas segundo adaptação da metodologia RAWP, ajustando pela diferença entre o número de domicílios com renda menor de 1 salário mínimo. BRASIL – 1994

UF	AIH ESP	% Dom c/Rend< 1SM	RRPD	V. B. DIST (1)	Dist % Int. não Psiqu
RO	104432,66	22,5	1,12	117428,03	0,84
AC	36374,58	24,44	1,22	44427,52	0,32
AM	181053,09	15,94	0,80	144227,20	1,03
RR	19533,46	16,27	0,81	15882,53	0,11
PA	434143,2	21,82	1,09	473413,52	3,40
AP	25662,95	11,46	0,57	14697,52	0,11
TO	81717,53	30,92	1,55	126272,17	0,91
MA	431121,32	43,15	2,16	929679,41	6,67
PI	228803,36	45,04	2,25	515007,66	3,70
CE	581013,04	39,85	1,99	1157089,94	8,30
RN	225387,46	33,46	1,67	376884,78	2,70
PB	295727,16	39,82	1,99	588498,53	4,22
PE	648187,5	33,37	1,67	1080960,36	7,76
AL	224768,25	35,4	1,77	397640,98	2,85
SE	135214,16	32,47	1,62	219410,48	1,57
BA	1052147,4	37,53	1,88	1973367,91	14,16
MG	1434916,53	22,17	1,11	1589810,07	11,41
ES	236990,12	20,06	1,00	237582,30	1,70
RJ	1214229,6	12,79	0,64	776111,77	5,57
SP	2950618,85	6,33	0,32	933404,16	6,70
PR	758685,35	16,98	0,85	643801,96	4,62
SC	416455,44	12,97	0,65	269936,38	1,94
RS	862480,42	15,91	0,80	685760,29	4,92
MS	161170,53	15,62	0,78	125811,28	0,90
MT	184285,05	15,07	0,75	138789,39	1,00
GO	362229,12	17,43	0,87	315524,92	2,26
DF	145714,87	6,31	0,32	45950,07	0,33
TOTAL				13937371,14	100,00

Estimativa dos valores base distributivos para serviços ambulatoriais segundo adaptação da metodologia RAWP, ajustando pela diferença de domicílio com renda menor de 1 salário mínimo. BRASIL – 1994

UTIL. AMB. ESP.	V. B. DIST (2)	Dist % S. Amb
10020144,8	11267029,43	0,88
3482437,23	4253411,59	0,33
17572424,5	13998223,23	1,09
1918249,27	1559715,92	0,12
41639152,1	45405612,16	3,53
2469889,9	1414539,64	0,11
7775638,14	12015129,01	0,93
40845594,3	88080329,54	6,84
21396934,5	48161815,49	3,74
53361616	106269884,95	8,26
20481750,4	34248844,02	2,66
26786498,1	53305265,05	4,14
59329460,9	98941734,67	7,69
20997026	37146163,01	2,89
12534391,2	20339414,40	1,58
98687582,9	185094702,00	14,38
131425759	145612647,10	11,31
21882620,9	21937300,09	1,70
108534589	69373183,13	5,39
268631890	84979503,48	6,60
69452935,9	58936074,54	4,58
38181616,7	24748404,25	1,92
77550423,8	61660531,88	4,79
14943349,1	11664923,21	0,91
17505614,8	13183888,82	1,02
33613824,9	29279808,45	2,27
13484701,7	4252297,23	0,33
	1287130376,27	100,00

AIH ESP. = Número de AIHs estimadas (FONTE: Anexo 13).

% Dom. c/ renda < 1SM = Percentagem de domicílios com renda menor que 1 salário mínimo. FONTE: IBGE.

RRPD = Razão entre a percentagem de domicílio com renda menor a 1 SM de UF e a percentagem média nacional (20,01%).

V. B. DIST(1) = Valor básico distributivo obtido a partir do produto entre AIH ESP. e RRPD.

UTIL. AMB. ESP. = Utilização Ambulatorial Esperada. FONTE: Anexo 14.

V. B. DIST.(2) = Valor básico distributivo obtido a partir do produto entre AIH. ESP e RRPD.

ANEXO 23: Estimativa dos valores base distributivos a partir da adaptação da metodologia RAWP, utilizando como forma de ajuste a diferença entre percentagem de domicílios com renda menor de 1 salário mínimo. BRASIL – 1994

UF	Estimativa distributiva segundo adaptação da metodologia RAWP						
	Inter. não Psiq.		Inter. Psiq.		S. Ambulatorial		Síntese
	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	V.B. Dist.	%	
RO	117428,028	0,84	3381,95	0,76	11267029,43	0,88	0,85
AC	44427,523	0,32	1058,25	0,24	4253411,59	0,33	0,32
AM	144227,199	1,03	5404,24	1,22	13998223,23	1,09	1,06
RR	15882,5284	0,11	712,72	0,16	1559715,92	0,12	0,12
PA	473413,524	3,40	13057,51	2,94	45405612,16	3,53	3,43
AP	14697,5216	0,11	725,44	0,16	1414539,64	0,11	0,11
TO	126272,165	0,91	2498,91	0,56	12015129,01	0,93	0,91
Norte							6,80
MA	929679,408	6,67	12209,19	2,75	88080329,54	6,84	6,62
PI	515007,663	3,70	6641,01	1,50	48161815,49	3,74	3,65
CE	1157089,94	8,30	17245,34	3,89	106269884,95	8,26	8,16
RN	376884,778	2,70	6730,09	1,52	34248844,02	2,66	2,65
PB	588498,526	4,22	8543,10	1,93	53305265,05	4,14	4,12
PE	1080960,36	7,76	19615,01	4,42	98941734,67	7,69	7,63
AL	397640,982	2,85	6598,93	1,49	37146163,01	2,89	2,83
SE	219410,484	1,57	3993,98	0,90	20339414,40	1,58	1,56
BA	1973367,91	14,16	31764,01	7,16	185094702,00	14,38	14,04
Nordeste							51,25
MG	1589810,07	11,41	47943,63	10,81	145612647,10	11,31	11,35
ES	237582,299	1,70	7932,08	1,79	21937300,09	1,70	1,71
RJ	776111,773	5,57	43112,50	9,72	69373183,13	5,39	5,62
SP	933404,164	6,70	105145,66	23,70	84979503,48	6,60	7,16
Sudeste							25,85
PR	643801,961	4,62	25662,72	5,78	58936074,54	4,58	4,64
SC	269936,385	1,94	14383,10	3,24	24748404,25	1,92	1,97
RS	685760,294	4,92	30558,28	6,89	61660531,88	4,79	4,93
Sul							11,54
MS	125811,278	0,90	5389,59	1,21	11664923,21	0,91	0,91
MT	138789,39	1,00	6210,81	1,40	13183888,82	1,02	1,02
GO	315524,916	2,26	12243,49	2,76	29279808,45	2,27	2,28
DF	45950,0665	0,33	4872,71	1,10	4252297,23	0,33	0,35
Centro-Oeste							4,57
TOTAL	13937371,1		443634,25		1287130376		100,00

FONTE:

Inter. não Psiq. ANEXO 22.

Inter. Psiq. ANEXO 6.

S. Ambulatorial ANEXO 22.

Síntese = Média ponderada das distribuições percentuais.

NOTA: Os fatores de ponderação correspondem à estrutura do gasto observada em 1994:

59,57% Internações não psiquiátricas;

2,94% Internações Psiquiátricas;

37,49% Atendimentos ambulatoriais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C M; 1995 *As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição* -Tese de Doutorado -Rio de Janeiro- Escola Nacional de Saúde Pública –FIOCRUZ
- ARCANGELI,L 1991 La spesa sanitaria programmata:determinazione e ruolo del Fondo Sanitario Nazionale-In: Brunetta, R. & Tronti, L. Welfare State & redistribuzione. Gli effetti della spesa sanitaria e pensionistica in Italia negli anni '80.PP 221-239 Itália, Milano: Fraco Angeli
- ARISTÓTELES, 1992. *Ética a Nicômaco*. Brasília: UnB.
- ARTELLS, Joan, 1983. Notas sobre la consideración económica de la equidad: utilización y acceso. In ARTELLS, Joan (Org.). *Planificación y economía de la salud en las autonomías*. Madrid:Masson.P 23-30
- BARR, A & LOGAN, R., 1977. Policy alternatives for resource allocation. *Lancet*.
- BARR, N., 1987. *The Economics of the Welfare State*. London: Weindenfield & Nicolson.
- BARTLEY, M., 1994. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 48.
- BENTHAM, J., 1979. *Uma introdução aos princípios da moral e da legislação*. 2. ed. Série Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural.
- BEVAN, G., 1991. L'équité dans l'utilisation des moyens de soins - Question d'actualité. *Cahier SHS* (Genève), n. 3. WHO/SHS/CC/91.1.
- BLOOR, K. & MAYNARD, A., 1995. Equity in Primary Care. *Discussion Paper*, n. 141, Center for Health Economics. Inglaterra: University of York.

- BOBBIO, N. & BOVERO, M., 1986. *Sociedade e Estado na filosofia política moderna*. São Paulo: Brasiliense.
- BOBBIO, Norberto, 1985. *Diccionario de Política*. Mejico: Siglo XXI.
- BOBBIO, Norberto, 1987. *Estado, Governo, Sociedade: Para uma teoria geral da política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- BOBBIO, Norberto, 1992. *Direito e Estado no pensamento de Emanuel Kant*. Brasília: UnB.
- BRASIL, 1994/1995. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Demonstrativo da Despesa Realizada*.
- BRASIL, 1995a. Ministério da Saúde. *Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde*.
- BRASIL, 1995b. *Relatório Final do I Simpósio Internacional sobre Política de Saúde e Financiamento*. Câmara de Deputados. Comissão de Seguridade Social e Família. Brasília.
- BRASIL, 1997. *Constituição da Republica Federativa do Brasil -Promulgada em 5 de Outubro de 1988*. São Paulo: Saraiva.
- BRASIL, 1997. Ministério da Saúde. Lei n. 8080/90. Lei Orgânica da Saúde - 1990. In: *Manual de Gestor SUS*. Rio de Janeiro: Lidador.
- BRASIL, 1997. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS 01/1993 - Portaria MS n. 545, 20 de Maio de 1993. In: *Manual de Gestor SUS*. Rio de Janeiro: Lidador.
- BURATTI, C., 1987. Il servizio sanitario nazionale fra decentramento istituzionale e controllo centrale della spesa. In: Muraro, Gilberto. *Problemi finanziari del Servizio Sanitario Nazionale*. Pp 131-181 Itália, Milano: Fondazione Smith Kline.
- BURATTI, C., 1987. La ripartizione del fondo sanitario nazionale di parte corrente fra le regione: un bilancio delle prime esperienze e qualche proposta per il futuro. In: MURARO, Gilberto. *Problemi finanziari del Servizio Sanitario Nazionale*. Pp 53-95 Itália, Milano: Fondazione Smith Kline.
- CARMONA, G.; GOMEZ, SALA J.S.; MARTÍN, J.M.; MARTÍN MORENO, J.; MOLINA, A.; RUIZ, D.; SÁNCHEZ, J.M. & SANFRUTOS, N., 1992. Criterios de asignación Territorial de recursos sanitarios. In: *Sistema Nacional de Salud de los 90 - Estrategia*

de Salud, Planificación y Mercado. pp 123-145 XI Jornada de Economía de la Salud Alicante.

CARMONA, G.; MARTÍN, J.; SANFRUTOS, N.; MARTÍN, J.M.; SALVADOR, J.; MOLINA, A.; RUIZ, D. & SÁNCHEZ, 1992b. Metodología para un nuevo modelo de financiación sanitario simulacion y resultados. In: *Sistema Nacional de Salud de los 90 - Estrategia de Salud, Planificación y Mercado*.pp 146-167 XI Jornada de Economía de la Salud Alicante.

CARR-HILL, R. et al. 1994. *A Formula for Distributing NHS Revenues based on Small Area Use of Hospital Beds*. University of York, Centre for Health Economics,

CARR-HILL, R.A 1994. Efficiency and Equity Implications of the Health Care Reforms. *Soc.Sci Med.*, 9:1189-1201

CARR-HILL, R.A., 1990. RAWP is Dead - Long Live RAWP. *Health Policy*, 13.

CARR-HILL, R.A.; MAYNARD, A.K. & SLACK, R., 1990. Morbidity Variation and RAWP. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44(4).

CARVALHO, G. de C.M. de, 1991. O caos no financiamento da saúde... no fundo do poço. *Saúde em debate*, n. 33.

CARVALHO, G. de C.M. de, 1992. A doença da saúde tem cura. *Saúde em debate*, n. 35/julho.

COLL CUOTA P., 1988. Demografía y gasto sanitario: El criterio de financiación de la L.G.S. In: *Salud y Equidad*. Pp 199-206 VIII Jornada de Economía de la salud. Canarias.

COLLISON, P., 1988. Equality and its Bounds. In: GREEN, D.G. *Acceptable Inequalities*. IEA Health Unit Paper n.3. London.

COSTA, G. & SERGEN, N., 1987. Unemployment and mortality. *British Medical Journal*, v. 294.

COSTAS I TERRONES, J.C., 1988. Equidad territorial en España. Condicionantes económicos e institucionais. In: *Salud y Equidad*. Pp 207-226 VIII Jornada de Economía de la salud. Canarias.

CULYER, A.J., 1988. Inequality of Health Services is, in General, Desirable. In: GREEN, D.G. *Acceptable Inequalities IEA*. Health Unit Paper, n.3, pp 31- 45 London.

CULYER, A.J., 1993. Health, health expenditures, and equity. In: VAN DOORSLAER, E; WAGFTAFF, A. & RUTTEN, F. (Eds.). *Equity in the Finance and Delivery Care: An*

International Perspective. Inglaterra Oxford Medical Publications, Commission of the European Communities Health research, série n. 8. P 299-319

- CULYER, A.J.; MAYNARD, A. & WILLIAMS, A., 1981. Alternative Systems of Health Care Provision: An Essay on Motes and Beams. In: OLSON, M. (Ed.). *A new approach to the economics of health care*. Pp 137-151 Washington, DC: American Enterprise Institute.
- DATASUS, 1995. *Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)*. CD Rom.
- DATASUS, 1995. *Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)*. CD Rom.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1976. Sharing Resources for Health in England report of the Resource Allocation. Working Party. London: HMOS.
- DUCHIADE, M.P., 1995. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M.C. (Org.). *Os Muitos Brasis – saúde e população na década de 80*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. p. 14-56.
- ELOLA, F.J.S., 1992. Valoración da la Reforma Sanitaria Española. In: *Sistema Nacional de Salud de los 90 - Estrategia de Salud, Planificación y Mercado*. XI Jornada de Economía de la Salud Alicante.
- ELOLA, J.; MENGUAL GARCIA, E. & VELAYOS FLORIDO, J., 1988. Asistencia sanitaria pública en España. Gasto y cobertura. In: *Salud y Equidad*. VIII Jornada de Economía de la salud. Canarias.
- ELSTER, J., 1989. *Marx hoje*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- ELSTER, J., 1993. Exploração, liberdade e justiça. In: KRISCHKE, P. (Org.). *O Contrato Social: Ontem e Hoje*. São Paulo: Cortez.
- FERNANDES, H., 1995. O financiamento do Sus e as emendas à Constituição. *Saúde em debate*, n. 48/set.
- FIOCRUZ, 1996. Assistência Médico-Sanitária, Os Serviços de Saúde segundo o IBGE. *Dados/Radis*, n.20.
- FIOCRUZ, 1996. Perfil dos Médicos. *Dados/Radis*, n. 19.

- FLEURBAEY, M. 1995. Equal opportunity or equal social outcome? *Economics and Philosophy*, 11 –p 25-55.
- FLEURBAEY, M., 1995b. Equality and responsibility. *European Economic Review*, 39.p 683-90
- FOSTER, D.P., 1977. Mortality, morbidity and resource allocation. *Lancet*, p.: 997-98.
- GIOVANELLA, L & BAHIA, L., 1995. Saúde: o poder da atenção pública. *Saúde em Debate*, n.47/jul.
- GIRALDES, M R, 1987. *Distribuição Equitativa da Despesa em cuidados de saúde primários*. Tese para Concurso de Professor na ENSP /Portugal.
- GOLDACRE, M.J. & HARRIS, R.I., 1980. Mortality, Morbidity, resource allocation, and planning: a consideration of disease classification. *British Medical Journal*, v. 281.
- GOROVITZ, S., 1979. John Rawls: uma teoria da justiça. In: *Filosofia Política Contemporânea*. p 77-120 Brasília: UnB.
- GRÃ- BRETANHA- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1976. Sharing Resources for Health in England report of the Resource Allocation Working Party.London: HMOS.
- GUTERMAN, S. & DOBSON, A., 1986. Impact of the Medicare Prospective Payment System for Hospitals. *Health care Financing Review*, 7(6).
- HANAU, C., 1987. La ripartizione territoriale e la regolazione della spesa sanitaria in a Italia dopo la riforma. In: MURARO, Gilberto. *Problemi finanziari del Servizio Sanitario Nazionale*. Pp 23-53 Fondazione Smith Kline. Milano Italia.
- HELLER, A., 1986. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Gráficas Huorep.
- HOBBS, T., 1993. Leviatã. In: KRISCHKE (Org.). *O Contrato Social: Ontem e Hoje*. São Paulo: Cortez.
- HUME, D., 1977. *Tratado de la naturaleza humana*. Tomo II. Madrid: Ed. Nacional.
- INAN/IBGE, 1989. *Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição*. IBGE.
- JARDANOVSKI, E. & GUIMARÃES, P.C., 1993. O desafio da Equidade no setor saúde. In: *Revista de Administração de Empresas* (São Paulo), mai/jun. p38-51

- JUDGE, K & MAYS, N., 1994. Allocating resources for health and social care in England. *BMJ*, v. 308, May.
- KANT, E., 1985. *Moral e Política. Textos Seletos*. Petrópolis: Vozes.
- KEYNES, J.M., 1985. *A teoria geral do emprego do juro e da moeda*. Série: Os Economistas. São Paulo: Nova Cultura.
- KLEIN, R., 1988. Acceptable Inequalities. In: GREEN, D.G. *Acceptable Inequalities* pp 1-20 *IEA Health*. Unit Paper, n.3, London. LACOSTE, J., 1992. *A filosofia no século XX*. Campinas, São Paulo: Papyrus.
- LACOSTE, J., 1992. *A filosofia no século XX*. Campinas, São Paulo: Papyrus.
- LE GRAND, J., 1982. *The strategy of equity, Redistribution and Social Services*. London: George Allen e Unwin.
- LE GRAND, J., 1988. Equidad, Salud y Atención Sanitaria. In: *Salud y Equidad: VIII Jornada de Economía de la Salud*. España. P53-69
- LE GRAND, J., 1993. Equity in the distribution of health care: the british debate. In VAN DOORSLAER, E; WAGFTAFF, A. & RUTTEN, F (Eds.). *Equity in the Finance and Delivery of Care: An Internacional Perspective*. : Oxford Medical Publications Série n. 8. Pp 349-355 Inglaterra, Commission of the European Communities Health Research,
- LOCKE, J., 1993. Carta acerca da tolerância. In: KRISCHKE (Org.). *O Contrato Social: Ontem e Hoje*. São Paulo: Cortez.
- MACPHERSON, C.B., 1978. *A democracia liberal: Origens e Evolução*. Rio de Janeiro: Zahar.
- MAJEED, F.A.; CHATURVEDI, N.; READING, R. & BEN-SHLOMO, Y., 1994. Equity in the NHS: Monitoring and promoting in primary and secondary care. *British Medical Journal*, v. 308. Pp 1425-32
- MARQUES, R.M., 1992. O financiamento da Saúde e a Lei de Custeio da Seguridade Social. *Saúde em Debate*, n. 37/dez.
- MARSHALL, T.H., 1967. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar.
- MARTÍNEZ, E.A., 1992. La Financiación del gasto sanitario en el gasto público. In: *Sistema Nacional de Salud de los 90 - Estrategia de Salud, Planificación y Mercado*, XI Jornada de Economía de la Salud Alicante.

- MARX, C. & ENGELS, F., 1956. *Obras Escolhidas*. Moscou: Ed. Progreso. p. 327-346.
- MAYS, N., 1995. Geographical Resource Allocation in the English nacional health Service. *International Journal of Epidemiology*, v.24, n.3. pp 134-142 Great Britian.
- MÉDICI, A.C., 1991. Perspectivas do financiamento à saúde no governo Collor de Mello. *OPAS Série Economia e Financiamento*, n. 2.
- MÉDICI, A.C., 1992. Os serviços de assistência médica das empresas: Evolução e tendências recentes. *Relatórios Técnicos* n. 2/92, ENCE/IBGE.
- MÉDICI, A.C., 1994. Gasto com saúde nas três esferas de governo: 1980-1990. In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. OPAS Série Economia e Financiamento n. 4.
- MÉDICI, A.C., 1995. Necessidades de financiamento do setor saúde no Brasil em 1995. *Saúde em Debate*, n. 48/set.
- MELAMED, C. & RIBEIRO, J.M., 1993. Financiamento em Saúde no Brasil - 1988-1992: Novos problemas e Proposições. *Saúde em Debate*, n. 41/dez..
- MENDES, E.V., 1994. Comentários sobre financiamento e gastos em saúde no Brasil. In: *OPAS. O Financiamento da Saúde no Brasil*. Série Economia e Financiamento, n. 4.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, 1994. *Sistema de Informação sobre Mortalidade*. CD Rom.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS., 1995. *Sistema de Informação sobre Mortalidade*. CD Rom.
- MOONEY, G.H., 1983 Equity in health care: Confronting the confusion. In: *Effective Health Care.*, 1,p179-85
- MORRIS, J.K.; DEREK, G.C. & SHAPER, A.G., 1994. Loss of employment and mortality. *British Medical Journal*, v.308.
- MOSER, K.A.; FOX, A.J.; JONES, D.R. & GOLDABLATT, P.O., 1986. Unemployment and mortality: further evidence from the OPCS longitudinal study – 1971-81. *Lancet*.

- MOSER, K.A.; GOLDABLATT, P.O.; FOX, A.J. & JONES, D.R., 1987. Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census sample. *British Medical Journal*, v. 294.
- MOZART, de O.J., 1994. Financiamento do SUS: estrangalar para governar. *Saúde em Debate*, n. 43/jun.
- NOZICK, R., 1991. *Anarquia, Estado e Utopia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- NOZICK, R., 1993. A justiça distributiva. In: Krischke, P. (Org.). *O Contrato Social: Ontem e Hoje*. São Paulo: Cortez.
- ORTÚN, V., 1988. La equidad en la actual política sanitaria española: de la evidencia a la acción. In: *Salud y Equidad*. Pp 21-30 VIII Jornada de Economía de la salud. Canarias.
- PEACOCK, S. & SMITH, P., 1995. The Resource Allocation Consequences of the New NHS Needs Formula. *Discussion Paper* n. 134, Center for Health Economics, University of York.
- PEREIRA, J., 1990. Justiça Social no Domínio da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) ENSP, out/dez.
- PINKER, R., 1988. Towards a mixed Economy of Welfare in Health Care. In: GREEN, D.G. *Acceptable Inequalities* P49-64 IEA Health Unit Paper n. 3, London.
- PINKER, R., 1988. Towards a mixed Economy of Welfare in Health Care. In: GREEN, D.G. *Acceptable Inequalities*. IEA Health Unit Paper n. 3, London.
- PIOLA, S.F., 1994. Financiamento da Saúde e Revisão Constitucional. *Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde*. São Paulo.
- PORTO, S.M. & UGÁ, M.A., 1992. Avanços e Percalços do Financiamento do Setor Saúde no Brasil. In: Gallo, E. et al. (Org.). *Planejamento Criativo: Novos desafios teóricos em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- PORTO, S.M., 1993. A organização e a gestão do hospital: a gestão financeira. In: *Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro*. França: Editions École Nationale de la Santé Publique.
- PORTO, S.M., 1994. Distribuição equitativa de recursos financeiros no setor saúde. In: *OPAS, O financiamento de saúde no Brasil*. Série Economia e Financiamento, n. 4. Brasília: OPAS.

- PRZEWORSKI, A., 1989. *Capitalismo e Social-Democracia*. Rio de Janeiro: Companhia da Letras.
- QUIRINO P., 1991. I problemi connessi con una piú equilibrata ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale. In: BRUNETTA, R. & TRONTI, L. *Welfare State & redistribuzione. Gli effetti della spesa sanitaria e pensionistica in Italia negli anni '80*. Pp 313-333 Itália, Milano: Fraco Angeli.
- RAWLS, J., 1985. *Teoria de la Justiça*. Méjico: Fondo de Cultura Económica.
- RAWLS, J., 1993. A justiça como equidade. In: KRISCHKE, P. (Org.). *O Contrato Social: Ontem e Hoje*. São Paulo: Cortez.
- REZENDE, F & AZEREDO, B., 1987. Contribuições Sociais. IPEA – textos para discussão interna, n.107, Rio de Janeiro.
- REZENDE, F., 1992. O financiamento da saúde no marco das propostas de reforma do Estado e do sistema tributário brasileiro. *OPAS Série Economia e Financiamento*, n. 3.
- REZENDE, F., 1992. O Financiamento da Saúde: Pela Municipalização do contribuinte. *Saúde em Debate*, n.35/jul.
- RODRIGUEZ, M.; CALONGE, S. & REÑE, J., 1992. Analisis de la (in)equidad en la financiación y la provisión de los servicios en el sistema sanitario español. In: *Sistema Nacional de Salud de los 90 - Estrategia de Salud, Planificación y Mercado*. Pp 134-67 XI Jornada de Economía de la Salud Alicante.
- ROUSSEAU, J.J., 1986. *O Contrato Social e Outros Escritos*. São Paulo: Cultrix.
- RUIZ ALVAREZ, J.L.; GARCIA DEL VAL, M. & NEGRO LOPEZ, M., 1988. La equidad en el reparto de los recursos sanitarios: El caso español. In: *Salud y Equidad* – pp 171-180 VIII Jornada de Economía de la salud. Canarias.
- SANTOS, L., 1992. Aspectos do financiamento das ações e dos serviços de saúde no SUS: seguro saúde e outras modalidades da medicina supletiva. *Saúde em Debate*, n. 37.
- SANTOS, N.R, 1995. Da Regulação da oferta dos serviços de saúde: desafios inadiáveis. *Saúde em Debate*, n. 47, jul.

- SCOTTI, R.F., 1994. Financiamento da Saúde e Revisão Constitucional. *Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde*. São Paulo.
- SEN, A., 1992. *Inequality Reexamined*. Oxford: Clarendon Press.
- SERRA, J., 1984. A Crise Econômica e o Flagelo do Desemprego. *Revista de Economia Pública* 4(4) (São Paulo).
- SHELDON, T.; SMITH, P.; BOROWITZ, M.; MARTIN, S. & CARR-HILL, R. Attempt at deriving a formula for setting general practitioner fundholding budgets. *British Medical Journal*, v. 309, 1994.
- SHETDON, T.; SMITH, G.D. & BEVEN, G., 1993. Weighting in the dark: resource allocation in the new NHS. *British Medical Journal*, v. 306.pp 835-839
- SIMÕES, C.C.S.S., s/d. *Aspectos metodológicos das estimativas de mortalidade infantil no Brasil*. (Mimeo.)
- SMITH, P.; SHELDON, T.A.; CARR-HILL, R.A.; MARTIN, S.; PEACCK, S. & HARMAN, G., 1994. Allocating resources to health authorities: results and policy implications of small area analysis of use of inpatient services. *British Medical Journal*, v. 309.
- SZWARCWALD, C.L. & CASTILHO, E.A. de, 1995. Estimativas da mortalidade infantil no Brasil, década de oitenta: proposta de procedimento metodológico. *Revista de Saúde Pública*, 29 (6): 451-62.
- SZWARCWALD, C.L. & CASTILHO, E.A., 1995. Estimativas da mortalidade infantil no Brasil, década de oitenta: proposta de procedimento metodológico. *Revista de Saúde Pública*, 29(6):451-462.
- SZWARCWALD, C.L., s/d. *Apreciação das informações de registro sobre nascimentos e óbitos no Brasil*. (Mimeo.)
- SZWARCWALD, C.L.; LEAL, M.C.; CASTILHO, E.A. & ANDRADE, C.L.T., s/d. *Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária*. (Mimeo.)
- SZWARCWALD,C.L.; LEAL,MC; CASTILHO, E.A e ANDRADE, C.L.T (1997) Mortalidade Infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária. Cadernos de Saúde Pública 13 (3/julho-setembro): 503-516 Riode Janeiro - FIOCRUZ

- TEIXEIRA, C.F., 1992. Políticas de Saúde no Brasil; Situação atual e desafios estratégicos. *Saúde em Debate*, n. 35/jul.
- TRAVASSOS, C., 1992. *Equity in the use of private hospital contracted by a compulsory insurance scheme in the city of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986*. Thesis of Doctor of Philosophy. London School of Economics and Political Science.
- TRAVASSOS, C.; FERNANDES, C. & PÉREZ, M., 1996. *Avaliação de qualidade e tecnologia em saúde: desigualdade social, morbidade e uso de serviços de saúde no Brasil, 1989*. (Mimeo.)
- TRAVASSOS, C.; FERNANDES, C. & PÉREZ, M., 1995. *Desigualdade Social, Morbidade e uso de Serviços de Saúde no Brasil*. DAPS/ENSP, Série Estudos n.4.
- TURNER, B., 1986. *Equality*. London: Tavistock Publications.
- UGA MAD, 1994. Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: Uma proposta preliminar para a rede pública brasileira. In: *OPAS O Financiamento da Saúde no Brasil*. Série Economia e Financiamento, n. 4, Brasília.
- UGA MAD., 1995. A problemática do financiamento do SUS. *Saúde em debate*, n. 48/set.
- VERAS, C.M.T. & MARTINS, A., 1994. Confiabilidade dos Dados nos Formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde pública* (Rio de Janeiro), 10(3):339-355, jul./set.
- VIANNA, S.M. & PIOLA, S.F., 1994. Os desafios do Sistema Único de Saúde. *Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde*. São Paulo.
- VIANNA, S.M. & PIOLA, S.F., 1994. Reavaliando o gasto público em saúde. In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. *OPAS Série Economia e Financiamento*, n. 4.
- VIANNA, S.M., 1992. A Descentralização Tutelada. *Saúde em Debate*, n.35/jul.
- VIANNA, S.M., 1994. Financiamento da Saúde e Revisão Constitucional. *Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde*. São Paulo.

- WAGFTAFF, A. & VAN DOORSLAER, E. 1993 Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions In: VAN DOORSLAER, E; WAGFTAFF, A. & RUTTEN, F (Eds.),. *Equity in the Finance and Delivery of Care: An International Perspective*. Inglaterra: Oxford Medical Publications, Commission of the European Communities Health Research, Serie n. 8. P7-19
- WEST, P & CULLIS, J., 1979. *Introducción a la economía de la salud*. Oxford, Oxford University Press.
- WHITEHEAD, M. (1992) The Concepts and Principles of Equity in Health. *International Journal of Health Services* 22 (3): 429–445.
- WHITEHEAD, M., 1991. *Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé*. Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe Copenhague.
- WHITEHEAD, M., 1994. Equity issues in the NHS: Who cares about equity in the NHS? *British Medical Journal*, v. 308. pp1282-91
- WOLFF, R.P., 1981. *Para comprender a Rawls: Una reconstrucción y una crítica de la teoría de la justicia*. México Fondo de Cultura Económica.
- YRIGOYEN, P., 1992. Regimen financiero de las transferencias del Instituto Nacional de la a la Comunidad Autónoma de Galicia y a la Comunidad Foral de Navarra. In: *Sistema Nacional de Salud de los 90 - Estrategia de Salud, Planificación y Mercado*, pp 243-56 XI Jornada de Economía de la Salud Alicante.