

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

**IMPACTO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL DA
ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A MÉDIA COMPLEXIDADE
(SUS) ENTRE 1998 E 2002**

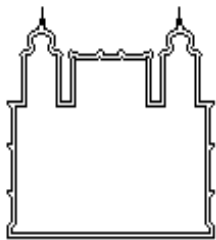
Por

Ricardo Laino Martins

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
em Ciências na Área de Saúde Pública*

Orientador: Prof. Dr^a Clarice Melamed

Rio de Janeiro, outubro de 2004



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUB-ÁREA: Políticas Públicas e Saúde

**IMPACTO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL DA
ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A MÉDIA COMPLEXIDADE
(SUS) ENTRE 1998 E 2002**

Apresentada por

Ricardo Laino Martins

Dissertação de Mestrado Avaliada pela Banca Examinadora
composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Dr^a Clarice Melamed (Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Tatiana Wargas de Faria Baptista

Prof^a Dr^a. Ana Cecília de Sá Campello Faveret

Dissertação defendida e aprovada em 29 de outubro de 2004

AGRADECIMENTOS

"Não temas, porque eu sou contigo;
não te assombres, porque eu sou teu Deus;
eu te fortaleço, e te ajudo,
e te sustento com a minha destra fiel."
Isaías 41:10

A Deus toda honra, toda a glória e todo louvor! A esse Deus maravilhoso, dedico esse trabalho e agradeço por todas as condições necessárias para a conclusão dessa etapa da vida. O sentido da totalidade é inalcançável à inteligência humana, mas a plenitude do teu amor move o universo!

Aos meus pais, espelho e motivação para toda luta. Obrigado pela dedicação de suas vidas a mim e à nossa família, por me suportarem durante horas de lamúria e desabafo ao telefone, pelas orações, e pelo incentivo e confiança sempre. Amo vocês! Por seu incentivo sou capaz de alcançar os mais longínquos e inimagináveis objetivos.

Ao meu irmão, cunhada e sobrinho Alexandre, Raquel e Arthur, que ficaram na torcida aparentemente discreta, mas calorosa e festiva por dentro! Arthur, apesar da distância, você ocupa um espaço enorme em minha vida!

Ao meu Tio Elias, imprescindível nos primeiros momentos de retorno à cidade grande e violenta. Obrigado pelo orgulho, disposição incomparável e pelo incentivo sempre!

Aos meus avós paternos e maternos. Torcedores e incentivadores, muitas vezes, sem nem mesmo entender porque de tanta correria e dedicação. Obrigado pela preocupação e pelas orações por proteção divina.

Aos meus padrinhos e primo. Importantes nas horas mais difíceis. Vocês são meu porto seguro na emergência! Obrigado por tudo!

À Amiga, mestre e professora Marluce. Mestre é aquele que ensina para a vida! Obrigado pelo incentivo, pelas horas de terapia ainda na graduação, e pelas dicas para a preparação para o mestrado! Aqui brota a semente plantada na iniciação científica! Meu carinho é inversamente proporcional ao espaço que te dedico nesses agradecimentos!

Ao Domício, Ana Pacífico, Mônica, Cynthia, e todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho. Obrigado pela disposição, pelas dicas e paciência ao me ensinar! Que Deus os abençoe sempre!

Ao Alex Molinaro, companheiro de turma, de sala, de computador, de angústia. Você também faz parte dessa Vitória! Obrigado pelo apoio e disponibilidade a todo momento!

À Francisca, amiga cativante, que me estendeu a mão num dos muitos momentos difíceis dessa jornada. Deus te enviou na hora certa!

Ao Marcello, Márcia, Lenildo, Juarez, Lili, Marcão, Michely, e tantos outros que os limites do papel não me permitem citar. Marcello, Marica, Lenildo e Juarez, obrigado pelo incentivo na prova do mestrado, Lili, Marcão e Michely, obrigado pelo ânimo nos momentos de angústia, por tolerar as minhas chatices nos inúmeros momentos de estresse! Valeu a força! "Amigo é pra essas coisas!"

A todos os que oraram por essa conquista! Deus os retribua múltiplas vezes!

E a tantos outros, que não foram mencionados, mas não esquecidos. Vocês foram muito importantes nessa jornada. Obrigado por tudo. Perdoem a gafe!

À minha turma do mestrado. Obrigado por compartilhar angústia nos créditos e na história do mestrado. Todos sabemos como é bom escrever essa parte final! Sucesso a vocês todos!

E, obviamente, como poderia esquecer? À melhor orientadora que um mestrando pode querer ter – CLARICE MELAMED! A mais presente, que causava inveja a muitos colegas, a mais amiga, sempre disposta e pronta a ajudar em TUDO! Obrigado pelos ensinamentos, pelos papos, pelas horas de terapia e aconselhamentos. Por dividir seu espaço, seu computador, e por me guiar sempre para o melhor! Digo que esse é "nosso" trabalho. Não consigo me referir à "minha" dissertação, porque esse não foi um trabalho solitário, foi dividido e construído a dois. Aqui tem um pouco de mim e de você também! MUITO OBRIGADO é pouco, mas nossa língua não possui expressão de gratidão maior que essa. Que Deus te guarde os caminhos!

RESUMO

A partir de 1998, a Atenção Básica tem sido a prioridade da política do Ministério da Saúde (MS), sendo alvo da publicação de portarias e normatizações. A NOB 01/96, implantou o Piso Assistencial Básico (PAB), propondo uma forma mais equitativa na distribuição dos recursos financeiros, aplicando a lógica do cálculo *per capita*. Além disso, propõe estratégias de assistência à saúde condizentes com o novo conceito proposto pela VIII Conferência Nacional de Saúde, e estimula a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS e PSF, respectivamente), que incluiu paulatinamente no atendimento uma parcela da população que não tinha acesso aos serviços anteriormente. Dessa forma, supõe-se que a elevação da produção de serviços de Atenção Básica tenha induzido a aumento da demanda correspondente ao nível de hierarquia imediatamente superior – elenco de procedimentos de Média Complexidade – nível 1. Esta situação teria levado à necessidade de ampliação da oferta de procedimentos de apoio diagnóstico. O objetivo desta dissertação é avaliar o impacto da elevação da produção ambulatorial da Atenção Básica a partir de 1998 sobre a Média Complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde, apresentando como objetivos específicos: conhecer a política de financiamento proposta para as ações de Média Complexidade, identificar o comportamento da demanda por serviços de Média Complexidade; quantificar o comportamento da demanda para a Média Complexidade; quantificar a oferta de serviços de Média Complexidade. O universo da pesquisa compreende 510 municípios que são sede de módulo assistencial e recebem financiamento para o custeio das ações do primeiro nível de Média Complexidade no período de 1998 a 2002, analisados por regiões geográficas, e por grupos classificados a partir dos recursos financeiros recebidos a título de implantação do piso de atenção básica (Grupos PAB). Foram utilizados dados relativos aos procedimentos ambulatoriais extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/ DATASUS. Os procedimentos utilizados para análise descritiva foram a produção de consultas totais, e exames de radiodiagnóstico e patologia clínica. Quando a produção é analisada por grupos PAB, percebe-se que os grupos PAB 1 e 2, foram os que tiveram, de fato, maior elevação na produção ambulatorial de consultas totais (GPAB 1: 2,62 em 1998 e 3,42 em 2002; GPAB 2: 3,36 em 1998 e 4,12 em 2002), elevadíssimo número de consultas produzidas (5,11 em 1998 e 5,31 em 2002), atingindo quase que o dobro de procedimentos preconizado pelo parâmetro nacional de consultas por habitante/ano (2 a 3 consultas/hab/ano). Para o radiodiagnóstico, a Portaria GM 1101/02 aponta o parâmetro de 5 a 8% do número total de consultas. A produção desse procedimento vinha sendo realizada abaixo do preconizado pela Portaria. O crescimento da produção desse procedimento é impressionante, porém alguns municípios ainda mantêm índices de produção negativos. Com relação aos procedimentos de Patologia Clínica, observamos comportamento semelhante aos procedimentos de radiodiagnóstico.

Palavras – Chaves: Economia da Saúde; Análise de Impacto; Produção Ambulatorial; Atenção Básica; Média Complexidade, Avaliação de Políticas, Políticas Públicas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Primary Care has been a priority at Health's Ministry since 1998. There have been published many laws about this theme. One of the most important, NOB 01/96, had created Piso Assistencial Básico (PAB), proposing an equal form of distributing financing resources per capita at the national level. NOB 01/96 had also encouraged some health strategies related to the new health conception adopted at VIII National Health Conference, the Health Community Agent Program and Family Health Program (PACS and PSF, respectively). These new programs began, slowly, delivering health services to the population who had not health care assessment, before. This dissertation presents as its main hypothesis the following argument: the new programs in Primary Care services production have increased demand for Secondary Care services – level 1. The object of this dissertation it's to evaluate the Impact of the Primary Care increasing health services increasing production over the Secondary Care inside the SUS. As specific objectives it's pointed out: to study Secondary Care financing policy; to identify demand behavior on Secondary Care assistance; to quantify demand behavior on Secondary Care; to quantify Secondary Care assistance supply. **METHODOLOGY:** The research universe comprehends 510 townships which are assistance module seat and that had received funds to deliver services on primary level of Secondary Care between 1998 and 2002. These municipalities were analyzed in the present dissertation by geographic regions, PAB groups, and populational size. It was used the data available on the SIAB-DATASUS site (Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB- DATASUS).. The Procedures chosen to be used for data descriptive analysis were consults production, radiodiagnosis, and clinical pathology exams. **CONCLUSIONS:** When analyzed by PAB groups we can see that PAB Group 1 and 2 had both of them increased the % of consults per capita (GPAB 1: 2,62 in 1998 and 3,42 in 2002; GPAB 2: 3,36 em 1998 and 4,12 in 2002). They also had major increasement in consults production (5,11 in 1998 and 5,31 in 2002), doing almost double of national parameter adopted (2 to 3 consults/inhabitants/year). Radiodiagnosis has 5 to 8% of the total number of consults as national parameter. This procedure production had been realized under the preconized oficial parameter. Is impresionant his increasement, but some townships have negative parameter. Is impresionant his increasement, but some townships have negative indices. Clinical Pathology has similar behavior as radiodiagnosis.

Key Words: Health Economic; Impact Analysis; Primary Care; Secondary Care; Public Policy Evaluation; Public Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas em Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES – Conselho Estadual de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS – site do Ministério da Saúde onde estão disponíveis todos os dados referentes à produção municipal.
DOTS – Directly Observed Treatment, Short-course (Tratamento Diretamente Observado)
DPT – Vacina Tríplice Bacteriana
EPM 1 – Elenco de Procedimentos de Média Complexidade – Nível 1
EPM 2 – Elenco de Procedimentos de Média Complexidade – Nível 2
EPM 3 – Elenco de Procedimentos de Média Complexidade – Nível 3
FAE – Fator de Apoio ao Estado
FAM – Fundo de Apoio ao Município
FEGE – Fator de Estímulo à Gestão Estadual
FEM – Fator de Estímulo à Municipalização
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GED – Grupo Especial de Descentralização
GPAB – Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICD – 10 – Código Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-X)
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IVH – Índice de Valorização Hospitalar
LACEN – Laboratório Central
M1 – Procedimentos de Média Complexidade nível 1, conforme a NOAS
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOAS – SUS – 01/01 – Norma Operacional da Assistência à Saúde – 01/01
NOAS – SUS – 01/02 – Norma Operacional da Assistência à Saúde – 01/02
NOB – Norma Operacional Básica
NOB – SUS – 01/91 – Norma Operacional Básica – SUS – 01/91
NOB – SUS – 01/92 – Norma Operacional Básica – SUS – 01/92
NOB – SUS – 01/93 – Norma Operacional Básica – SUS – 01/93
NOB – SUS – 01/96 – Norma Operacional Básica – SUS – 01/96

NOB's – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB – Piso Assistencial Básico
PABA – Piso Assistencial Básico Ampliado
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBVS – Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDAVS – Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PDI – Plano Diretor de Investimentos
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PED – Pesquisa Estratégica, Desenvolvimento e Inovação
PPI – Programação Pactuada Integrada
PPI-ECD – Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RCA – Recursos para Cobertura Ambulatorial
SAS/MS – Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde
SES – Secretaria de estado da Saúde
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB – Sistema de informações da Atenção Básica
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
SPS/MS – Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde
SPSS – Software de tabulações estatísticas para pesquisa social
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TABNET/TABWIN – Softwares de tabulação dos dados capturados no DATASUS
TFA – Teto Financeiro da Assistência
TFECD – Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
TFGM – Teto Financeiro da Gestão Municipal
UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial UCA
UF – Unidade Federativa

LISTA DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1: Principais funções das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT E CIB).....	45
QUADRO 2: Normas Operacionais Básicas e da Assistência à Saúde e suas datas de publicação.....	47
QUADRO 3: Portarias 15, 16, 17, 18, 19 e 20 de 8 de janeiro de 1991, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e principais resoluções.....	48
QUADRO 4: Instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução das ações e serviços de saúde – NOB – SUS – 01/91.....	50
QUADRO 5: Pressupostos da proposta de descentralização das ações e serviços de saúde contidas no Documento da Ousadia que foi base para elaboração da NOB – SUS – 01/93.....	53
QUADRO 6: Atribuições da Secretaria de Estado da Saúde por forma de Gestão, segundo a NOB – SUS – 01/93.....	55
QUADRO 7: Atribuições da Secretaria Municipal de Saúde, por forma de gestão, segundo a NOB – SUS – 01/93.....	56
QUADRO 8 : Conceitos chave, segundo a NOAS – SUS – 01/01.....	74
QUADRO 9: Resumo das definições e categorizações das principais variáveis estudadas.....	108

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: Número de municípios que aderiram à municipalização de 1991 até 1993.....	50
Tabela 2: Situação da habilitação de municípios de acordo com a NOB – SUS – 01/93, por estado e regiões do Brasil, 1997.....	59
Tabela 3: Habilitação de municípios por condição de gestão e por estado conforme a NOB`s sus 01/96.....	73
Tabela 4 Municípios brasileiros distribuídos por grupos PAB –1996.....	88
Tabela 5: Distribuição de consultas por habitante/ano por grupo PAB 96 de 1998 a 2001.....	89
Tabela 6: Estatística descritiva de consultas totais pela média de população dos municípios sede de módulo assistencial - Brasil e por Região 1998 – 2002.....	112
Tabela 7: Estatística descritiva das consultas totais dos municípios sede de módulo assistencial por Grupo PAB 1998 – 2002.....	114
Tabela 8: Estatística descritiva da produção ambulatorial de Radiodiagnóstico em relação ao parâmetro oficial por REGIÕES do país - 1998/2002.....	120
Tabela 9: Estatística descritiva da produção ambulatorial de Radiodiagnóstico em relação ao parâmetro oficial por GRUPOS PAB - 1998/2002.....	121
Tabela 10: Estatística descritiva da produção ambulatorial de exames de patologia clinica por REGIÕES do país - 1998/2002.....	124
Tabela 11: Estatística descritiva da produção ambulatorial de exames de patologia clinica por GRUPOS PAB - 1998/2002.....	124

LISTA DE MAPAS

	Pág.
Mapa I: Mapa dos Municípios da Região Norte Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que são Sede de Módulo Assistencial.....	94
Mapa II: Mapa dos Municípios da Região Nordeste Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que são Sede de Módulo Assistencial.....	95
Mapa III: Mapa dos Municípios da Região Centro - Oeste Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que são Sede de Módulo Assistencial....	96
Mapa IV: Mapa dos Municípios da Região Sudeste Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que são Sede de Módulo Assistencial.....	97
Mapa V: Mapa dos Municípios da Região Sul Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que são Sede de Módulo Assistencial.....	98

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: BoxPlot da produção ambulatorial de consultas totais do Grupo PAB 1, 1998 – 2002.....	117
Gráfico 2: BoxPlot da produção de procedimentos de Radiodiagnóstico por Região Norte – 1998 – 2002.....	118
Gráfico 3: BoxPlot da produção de procedimentos de Radiodiagnóstico por Região Nordeste – 1998 – 2002.....	119
Gráfico 4: BoxPlot da produção de procedimentos de Radiodiagnóstico por Região Sul – 1998 – 2002.....	122
Gráfico 5: BoxPlot da produção de procedimentos de exames de Patologia Clínica por Grupo PAB 5 – 1998 – 2002.....	123

LISTA DE DIAGRAMAS

	Pág.
Diagrama I: Fluxo de envio de documentos e instâncias de aprovação do PDR.....	84

SUMÁRIO

	Pág.
Apresentação	i
Introdução	18
1 – Capítulo 1: Mercado, Oferta e Demanda por Serviços de Saúde	22
1.1 - As Finanças Públicas e o <i>Welfare</i> Econômico	22
1.2 – O Mercado e a Saúde	26
1.3 - O Papel do Estado	28
1.4 - Oferta e Demanda em Saúde	30
2 – Capítulo 2: O Sistema Único de Saúde: Atenção Básica e Média Complexidade	35
2.1 – Atenção Básica	35
2.2 – As Normas Operacionais Básicas (NOB’S) e a Atenção Básica	43
2.2.1 – A Norma Operacional Básica - 01/91	47
2.2.2 - A Norma Operacional Básica – 01/92	51
2.2.3 - A Norma Operacional Básica – 01/93	52
2.2.4 - A Norma Operacional Básica – 01/96	60
2.3 – A NOB 96 e a Proposta de Pactuação entre Gestores	67
2.3.1 – A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/01	71
2.3.2 – A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/02	82
3 – Capítulo 3: A Produção de Ações e Serviços de Média Complexidade no Âmbito do SUS 1998 – 2002	88
3.1 – Desenho do Estudo	90
3.2 – A Regionalização e os Parâmetros de Avaliação para a Construção da PPI	99
4 – Capítulo 4: Produção Ambulatória dos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e Sede de Módulos Assistenciais	102
5 – Capítulo 5: Conclusões	124
Referências Bibliográficas	132
Anexos	137

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é fruto de continuidade da pesquisa Custo e Impacto da Implantação da Parte Fixa do PAB – REFORSUS (2002), realizada pela equipe de pesquisadores da FIOCRUZ, aliado a meus questionamentos, estimulados por minha prática como enfermeiro no trabalho em saúde pública em municípios do Estado do Espírito Santo (Nova Venécia, Pancas e Santa Leopoldina - ES).

Em minha trajetória pelo Sistema Único de Saúde - SUS, vivi muitas questões relacionadas à organização do sistema no nível municipal, como coordenador do serviço de epidemiologia (Nova Venécia e Santa Leopoldina) e do Programa de Saúde da Família (Santa Leopoldina).

A epidemiologia se tornou um setor chave para o sistema, pois a proposta apresentada pela legislação, para a organização do sistema, passa pela construção do perfil epidemiológico, como sendo a base de dados para o planejamento da assistência.

Por fazer parte desse serviço, participei de vários momentos de discussões sobre o planejamento dos serviços de saúde do município de Nova Venécia. Também participei das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, ora apresentando dados epidemiológicos, ora como ouvinte das discussões em pauta. Além disso, tive a oportunidade de conhecer os trabalhos do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e suas Câmaras Técnicas quando coordenador de Epidemiologia e Programa de Saúde da Família em Santa Leopoldina - ES.

Tive a oportunidade de viver a realidade de um município habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (Nova Venécia), e a de um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica (Santa Leopoldina).

Essa oportunidade me levou a refletir sobre a construção e a formação do SUS, a necessidade de conhecimentos mais consistentes, que pudessem me

tornar apto para decidir, planejar e participar mais ativamente do processo de implementação do SUS no estado do Espírito Santo

Dessa forma, uni minhas angústias e questionamentos aos resultados da pesquisa de impacto supra citada, para a criação do presente estudo.

Assim assumi um desejo de conhecer e estudar sobre o Sistema Único de Saúde, o que culminou com a idéia de aperfeiçoamento profissional e o desejo de atuação mais ativa, porém com a necessidade de embasamento teórico, histórico e cultural. Dessa forma foi construído o presente trabalho.

No **Capítulo 1**, é feita uma breve discussão teórica sobre o comportamento do Estado frente aos sistemas de saúde, as possíveis combinações entre setor público e privado, a partir dos compromissos constitucionais de cada país em termos dos objetivos estabelecidos para o setor. São apresentados, ainda, de forma sucinta os conceitos de mercado, oferta e demanda por serviços de saúde.

No **Capítulo 2** é feita uma rápida revisão histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da década de 60, os debates sobre a Reforma Sanitária, abordando a legislação do sistema, desde a inclusão dos artigos sobre a seguridade social na Constituição Federal e a publicação da Lei Orgânica criadora do SUS. Não foi objetivo do trabalho fazer uma construção histórica aprofundada, por entender que a literatura sobre o assunto é vasta e consistente. Ao invés disso, preferi um estudo mais detalhado das Normas Operacionais Básicas e dos parâmetros consensuados em órgãos colegiados reguladores do sistema, com base na bibliografia existente, bem como na própria legislação, pela pouca bibliografia encontrada sobre o assunto.

A partir de 1996, com a implantação da Norma Operacional Básica (NOB – SUS – 01/96), e depois com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS – 01/01 e 01/02) é proposto um instrumento de avaliação e programação para o sistema, a Programação Pactuada Integrada (PPI). A PPI trabalha com índices e parâmetros de assistência à saúde. Tais parâmetros e

índices foram pesquisados em literatura internacional, porém sem muito êxito, o que determinou que o presente estudo fosse realizado apenas baseado na legislação brasileira.

No **capítulo 3** é apresentada a produção de ações e serviços de Média Complexidade no âmbito do SUS 1998 – 2002. Na última década, foram introduzidos pela OMS, entre outras agências internacionais, estudos de corte longitudinal e transversal, como metodologia de avaliação dos efeitos da Reforma em Saúde, com os seguintes indicadores: eficiência técnica; equidade no acesso; equidade e sustentabilidade no financiamento). Tais estudos serviram de base para o pensamento metodológico a ser utilizado nessa pesquisa. Nesse capítulo foram incluídos, também, mapas que identificam espacialmente a localização dos municípios que fazem parte do universo da pesquisa.

No **capítulo 4** é feita a discussão dos dados e achados produzidos por sua interpretação, através de dados de estatística descritiva.

No **capítulo 5** foram discutidas as conclusões da pesquisa.

INTRODUÇÃO

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, a Atenção Básica foi alvo das principais políticas de saúde no país. Tal fato, se explica pela necessidade de se criar um grande programa de impacto nacional e que incorporasse a prática de todas as idéias discutidas e reivindicadas exaustivamente pelo movimento da Reforma Sanitária durante a década anterior.

A descentralização do poder político-administrativo foi o primeiro passo para o que se convencionou chamar de consolidação do Sistema Único de Saúde. A partir desse princípio preconizado pela Lei 8.080/90, criadora do SUS, os municípios e estados passariam a ter crescente autonomia gerencial e financeira do sistema de saúde local.

Para que o sistema fosse regulamentado, foram propostas as publicações de Normas Operacionais Básicas (NOB's), que têm o caráter normatizador, servindo como um manual operacional do SUS, complementando as duas leis, do SUS (Leis 8.080 e 8.142/90).

O processo de implantação das NOB's foi, na maior parte das vezes, bastante democrático, gestado em fóruns de discussão com ampla participação de representantes da sociedade civil e gestores, passando pela aprovação dos órgãos colegiados do governo (Comissão Intergestores Bipartite - CIB, Comissão Intergestores Tripartite - CIT, Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS) e de representação social (Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde).

Em 1991, foi publicada a primeira NOB, que implantou a política de financiamento com o intuito de normalizar os recursos financeiros, automáticos e regulares para a cobertura da assistência à saúde.

Após essa Norma, foi publicada a NOB – SUS – 01/92, implantada ainda no governo Collor, que se ocupou em tratar mais detalhadamente da questão do financiamento.

Logo a seguir ao “*Impeachment*” do presidente Fernando Collor (1992), uma nova Conferência de Saúde foi convocada, resultando na NOB – SUS – 01/93. Essa NOB obteve maior sucesso com relação à descentralização, porém ainda não o suficiente para atingir a totalidade dos municípios do país. Ela inicia uma nova proposta de conformação do Sistema Único de Saúde em estados e municípios, propondo a habilitação destas unidades federativas a diferentes formas de gestão de acordo com a capacidade apresentada, até então, de auto-regulação.

Em 1996 foi implantada a NOB – SUS – 01/96. A NOB 96, como é mais conhecida, foi responsável pela implantação do Piso de Atenção Básica – PAB, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e do Programa de Saúde da Família – PSF.

A grande inovação dessa NOB foi o pensamento inovador para o financiamento (PAB), que previa o cálculo de um valor per capita, multiplicado pelo número de habitantes do resultando no montante de recursos a que o município tem reservado como transferência federal Fundo a Fundo, rompendo com a lógica de pagamento por produção de serviços.

Dessa forma, o município seria capaz de gerenciar seu sistema local, tomando por base o gasto per capita em saúde. O PACS e o PSF, seriam responsáveis pela mudança do modelo assistencial em saúde, implantando uma visão preventiva, trabalhando com uma população adscrita, em determinado território, a fim de diminuir a demanda espontânea que sobrecarregava as emergências, causando filas e desordem no atendimento.

Essas três estratégias organizaram ainda mais o sistema, o que se supõe, melhorou o acesso, sendo necessário apoio diagnóstico para atender a essa demanda.

Estudos de avaliação de impacto do PAB (Relatório do projeto Custo e Impacto da Implantação da Parte Fixa do PAB – REFORSUS - 2002) sobre a produção dos municípios do país, realizados por uma equipe da FIOCRUZ, demonstraram que os municípios de menor porte populacional foram os que apresentaram maior impacto com essa política.

Tal fato chama a atenção por haver a necessidade de apoio diagnóstico para continuidade da assistência, privilegiando a integralidade e o acesso universal, diretrizes básicas do SUS.

Muito se discute acerca desse assunto e o senso comum afirma que há estrangulamento de demanda para exames, considerados de Média Complexidade.

O governo federal implantou no ano de 2001 e 2002 as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, a NOAS, com o objetivo de estabelecer regiões de saúde, chamadas módulos assistenciais, compostas por municípios sede de módulos assistenciais e municípios satélites.

Dessa forma, pretendia-se estabelecer o processo de regionalização e hierarquização, sendo a Atenção Básica, a porta de entrada para o sistema.

A demanda por procedimentos de Média Complexidade, triada pelos municípios satélites, seria drenada para os municípios sede de módulo, que receberiam recursos federais para atender a sua própria população, bem como a população dos municípios satélite.

Para isso, o PAB se transformou em PAB – Ampliado (PABA) em 2001, e os municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica tiveram suas responsabilidades aumentadas, a fim de resolverem maior quantidade de problemas, para que a demanda por procedimentos de Média Complexidade fosse mais controlada.

Esse movimento, seria regulado pela Programação Pactuada Integrada – PPI, que é o estabelecimento da quantificação de indicadores de saúde, facilitando a fixação de metas a serem atingidas pelos municípios. A PPI também regula os fluxos de atendimentos entre municípios sede de módulo e satélites.

A NOAS (2001 e 2002) prevê, ainda, como forma organizativa do processo, a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização – PDR e um Plano Diretor de Investimentos – PDI.

A relação entre a demanda gerada pelos municípios satélite e a oferta de serviços dos municípios sede de módulo, é o que se pretende estudar no presente trabalho.

CAPÍTULO 1: Mercado, Oferta e Demanda por Serviços de Saúde

1.1 - As Finanças Públicas e o *Welfare* Econômico

No campo das finanças públicas, atribui-se ao Estado três funções: alocativa, distributiva e de estabilização. (MUSGRAVE, 1989)

A função alocativa compreende a produção de bens públicos e a forma de financiá-los. Em seu papel distributivo, o governo deve garantir que a renda dos indivíduos esteja alocada de forma ótima. A função estabilizadora visa criar a demanda agregada adequada ao pleno emprego sem inflação.

Para efeito dos estudos no campo do *Welfare* há uma grande interseção das funções alocativa e distributiva.

Por definição, bens públicos (defesa nacional, infra-estrutura urbana, estradas e pontes) são bens que só o Estado pode prover porque não há interesse individual em fornecê-los. Uma importante justificativa nesta direção é que, à medida que estes bens são fornecidos, o provedor não pode excluir de seu uso indivíduos que não queiram contribuir com o custo de provê-los. Esta situação explica-se teoricamente pela existência de “falhas de mercado” (*market failures*).

O mecanismo de mercado funciona por meio do equilíbrio baseado na lei da oferta e da procura, no caso dos bens privados, em que se aplica o princípio da exclusão. Ou seja, o consumo de A se torna contingente à medida que A paga o preço, enquanto B, que não pagou, é excluído.

A troca não pode ocorrer sem a propriedade privada, e os direitos de propriedade requerem exclusão. Dada esta exclusão, o mercado funciona como um sistema de leilão. A exclusão não se aplica ao caso de bens públicos porque seu consumo é não rival, isto é, são bens tais que a participação de um elemento a mais no consumo não reduz os benefícios dos demais. (MELAMED, 2000)

MUSGRAVE (*op. cit., ant.*) utiliza o conceito de bem comum ou público justificando a participação do governo no provimento de vários bens entendidos como de interesse comum, pois está implícito que sem tal intervenção o mercado poderia relaxar o suprimento de tais bens. O setor privado não teria incentivos para produzir bens com essas características, dada a dificuldade de excluir do rol de consumidores de tais produtos aqueles que não contribuem para o custo de sua produção (*free riders*). Dessa forma, se o Estado não intervém, o mercado poderá subproduzir ou superproduzir estes bens ou atividades.

Outra razão é que, à medida que são produzidos, eles podem ser consumidos coletivamente; sendo assim, seria ineficiente excluir alguns indivíduos do seu usufruto. A aplicação da exclusão torna-se indesejável, mesmo que fosse possível, pois tornaria menos eficiente o sistema em seu conjunto. Dadas tais condições, os lucros provenientes dos bens sociais não podem ser transformados em direitos privados e o mercado não pode funcionar. Sendo os benefícios disponíveis a todos, os consumidores não se dispõem a pagar voluntariamente aos ofertantes destes bens. Não há uma ligação, via mercado, entre produtor e consumidor; o governo deve tornar-se o provedor destes bens.

Em estrita correlação aos bens públicos está o conceito de externalidade. O reconhecimento de que o consumo, ou a produção de alguns bens pode gerar externalidades positivas ou negativas que não se refletem no preço desses bens gerou um caso adicional de fracasso de mercado que exigiu a intervenção estatal.

Ocorre externalidade positiva em situações em que os benefícios do consumo são repartidos e não podem se limitar a consumidores particulares. A externalidade negativa ocorre quando a atividade econômica resulta em custos sociais que não são pagos pelos produtores ou consumidores que os causam.

Em função das circunstâncias criadas pelas externalidades, criou-se a expectativa de que o governo aumentasse o custo privado da produção de

bens de consumo de indesejada externalidade, e que reduzisse o custo de bens de externalidade desejável.

As externalidades tornaram-se termo comum em discursos políticos pela justificação da expansão do papel do Estado em áreas como saúde, educação, pesquisa, transporte, formação profissional e muitas outras. O argumento geralmente apresentado tornou-se familiar: sem intervenção governamental, o mercado teria produção insuficiente ou excessiva de determinados bens, conquanto fossem boas ou ruins as externalidades. O papel do governo poderia ser desempenhado por meio de subsídios ao setor privado – com repasses diretos ou através de incentivos fiscais, por meio de produção pública de alguns bens, ou através de regulamentação, como no caso da saúde ou da educação.

A questão que transcende em parte a teoria econômica é de como o governo deve determinar o volume, o tipo e a qualidade dos bens a serem produzidos, e encontrar um meio social e politicamente aceito de financiá-los. Nestas circunstâncias, o processo político substitui as regras de mercado. O processo de decisão pelo voto transforma-se em um substituto das preferências no mercado e o método de financiamento adquire a forma de um sistema tributário. (MELAMED, 2000)

Na perspectiva redistributiva, o papel do governo é assegurar que a renda dos cidadãos seja alocada de uma forma ótima. No mercado são geradas rendas para quem participa da produção de bens e serviços. Dependendo das posições iniciais dos indivíduos como proprietários de ativos reais, recursos financeiros, capital humano e talento em geral, e da propensão a poupar, sorte e propensão ao risco, um determinado padrão de distribuição da renda e riqueza é constituído. Mesmo que o sistema de preços esteja em equilíbrio, determinado competitivamente, incluindo salários e outros retornos sobre serviços prestados, o padrão de distribuição resultante pode não ser satisfatório. Este envolve tipicamente um substancial grau de desigualdade, especialmente na distribuição da renda do capital. Essa distribuição pode ou

não corresponder à percepção predominante do grau de desigualdade considerada aceitável pela sociedade em questão.

Além disso, devido a dificuldades de ordem física ou mental, ou por outras características ou situações – como idade avançada, desemprego, número de dependentes na família – alguns indivíduos podem não ser capazes de gerar uma renda suficiente para sustentar a si mesmos e às suas famílias. Nestes casos, neste século e em alguns países, era esperado que o Estado provesse esses grupos com transferências dirigidas a aumentar seu consumo acima de um mínimo considerado essencial.

Mesmo que não haja um consenso, sob o ponto de vista teórico, sobre a extensão da distribuição adequada compatível com o equilíbrio macroeconômico, há um certo reconhecimento a respeito da necessidade de ajustes. A tributação e as transferências monetárias são a maneira tecnicamente eficiente de desempenhar esta tarefa. A questão central na perspectiva distributiva não seria o método, mas a quantidade em que isto é feito. MUSGRAVE atribui esta função à escolha social (EECKE, 1996), um problema que não pode ser resolvido exclusivamente com métodos econômicos de análise, envolvendo questões de filosofia moral e julgamento de valor.

A definição do *Welfare* Econômico encontra-se, em parte, associada à produção de bens públicos e meritórios, e sujeita, mais amplamente, a interpretações permeadas pela análise política e ideológica do papel a ser exercido pelo Estado no campo distributivo em países capitalistas.

Em *A Riqueza das Nações*, ADAM SMITH defende que: 1) a principal motivação humana é o interesse individual; 2) a mão invisível da competição automaticamente transformaria o interesse individual de muitos no bem comum; 3) desta forma, a melhor política governamental para o crescimento da riqueza das nações seria a que menos intervém sobre o mercado.

Após mais de duzentos anos, pró-smithianos ainda defendem que o mercado e a produção econômica de bens e serviços devem ser assumidos, na sua maior parte, por vendedores e compradores privados atuando em competição entre si.

Anti-smithianos de diferentes origens, no entanto, afirmam que: 1) os mercados são, em geral, monopolizados na ausência da intervenção governamental, mutilando a mão invisível da competição; 2) mesmo que os mercados sejam competitivos, a existência de externalidades, bens públicos, informação assimétrica e outras falhas de mercado impedem que o *laissez-faire* leve naturalmente ao bem comum; 3) de uma maneira geral, o *laissez-faire* produz grau intolerável de desigualdade. (*Apud*, MELAMED, 2000)

1.2 - O Mercado e a Saúde

ARROW (1963), em trabalho considerado clássico sobre o assunto, define que o objeto do estudo da saúde em termos macroeconômicos está relacionado à indústria de cuidados médicos; mais precisamente, refere-se ao complexo de serviços centrados no médico, grupos privados de atenção à saúde, hospitais e saúde pública.

Apesar desta definição deixar claro qual o espaço de mercado reservado ao setor saúde *strito sensu*, reabre o debate sobre sua especificidade. Uma das principais características do mercado de serviços de saúde é de que parte dos bens aí produzidos são considerados bens públicos e/ou meritórios. No primeiro caso, encontram-se os bens que só o Estado deve prover devido a suas externalidades. No caso de bens meritórios a situação é mais complexa porque, em geral, corresponde a um estágio particular de pacto social alcançado em distintos países a respeito do que sejam os direitos sociais básicos reconhecidos pela coletividade.

Além das dificuldades de operacionalizar o equilíbrio entre oferta e procura visando a inclusão universal da população; a alocação de recursos no setor saúde envolve escolhas e dificuldades específicas e mais complexas. A

alocação não pode ser baseada somente no custo-efetividade, que focaliza a eficiência, mas ignora a equidade. A incerteza associada ao risco financeiro potencial, gerado pela ocorrência de doenças graves, legitima a demanda por subsídios ou seguro público.

Seguros contra problemas de saúde apresentam características próprias relacionadas a várias formas de falhas de mercado – *market failures* – (ARROW, 1985).

Uma das questões que se observa é o que se convencionou chamar de risco moral (*moral hazard*), ou seja, situações nas quais o seguro social ou privado atua como um fundo de financiamento coletivo ao consumo de serviços de saúde, estimulando o consumo dos que pagam menos e que teriam menos acesso a estes serviços, caso tivessem que pagá-los a partir de sua própria renda. Em decorrência, indivíduos que participam com igual contribuição no financiamento usufruem de forma diferenciada dos serviços ofertados.

Quando várias seguradoras que atuam segundo as regras de mercado maximizando lucro competem para vender planos, tanto a teoria como a evidência empírica mostram que ocorre a seleção adversa (*adverse selection*) e a seleção de risco (*risk-selection*), as quais comprometem seriamente a eficiente operação dos mercados de seguro.

A primeira se refere a seleção de potenciais compradores que não interessaria às empresas terem como clientes. Fundamentalmente encontra-se associada ao perigo de incorporar como clientes indivíduos cujos tratamentos custarão mais do que em média a seguradora está disposta a financiar. Com o objetivo de protegerem-se da combinação de planos baratos e riscos potenciais altos, as seguradoras investem na seleção de risco: gastam mais em administração, criando barreiras à inscrição de indivíduos com potenciais problemas de saúde ou idosos. (FARIAS & MELAMED, 2003)

A seleção adversa e o risco moral emergem em um contexto onde consumidores e seguradoras possuem apenas informação incompleta, o que

também acarreta falha de mercado à medida que é condição necessária para competição perfeita que compradores e vendedores possuam informação completa. Uma dificuldade adicional corresponde à informação assimétrica (*asymmetry information*), isto é, informação disponível somente a um dos lados do mercado. Por exemplo, consumidores que conheçam seus riscos de saúde têm um incentivo para omiti-los das seguradoras para evitar mensalidades muito altas. As seguradoras, em contraste, geralmente conhecem mais sobre riscos médios e custos da assistência do que os consumidores; a ignorância dos consumidores nestes assuntos também pode conduzir à ineficiência. (FARIAS & MELAMED, *op. cit., ant.*)

O debate em torno do papel dos setores público e privado na saúde se organiza teoricamente em torno de como e em que profundidade ocorrem as falhas de mercado.

Há exceções, no entanto, à toda esta concepção teórica quando se trata de situações de pobreza. Definida, neste caso, pela existência de pessoas que não apresentam condições para pagar pelos mais simples serviços de saúde ou uma adequada parcela de seguro. Estas situações tornariam necessariamente mais amplas as funções do Estado. A falta de condições para acessar serviços médicos não é muito diferente de outros tipos de carência em relação às necessidades mais básicas que podem ser tecnicamente compensadas por meio de transferências e subsídios em espécie ou suplementação de renda. Mais uma vez, o caso da saúde é excepcional, o risco de um grupo populacional necessitar de tratamentos de alto custo pode tornar mais eficiente o subsídio ao seguro do que a transferência de renda, no caso da ausência de serviços públicos com cobertura universal.

1.3 - O Papel do Estado

Entre as agências internacionais que atuam na saúde, há um certo consenso quanto a um papel genérico que o Estado deva desempenhar na área da saúde. Aceita-se a idéia de que os governos seriam responsáveis pela criação de instituições que financiem diretamente os serviços de saúde e a distribuição

do risco. No entanto, a situação combinada em que o mercado e o governo atingem maior eficiência varia em função da forma como são financiadas estas instituições, assim como em que circunstâncias se dá a provisão dos serviços. Situações extremadas são consideradas igualmente ineficientes, ou seja, a existência apenas de seguro privado ou a provisão pública exclusiva de serviços. (FARIAS & MELAMED, *op. cit.*, *ant.*)

De uma maneira geral, há um consenso sobre as atividades básicas a serem desempenhadas pelo Estado: (1) financiar e prover publicamente bens meritórios como educação para a saúde, imunização, atenção materno-infantil; (2) subsidiar a atenção primária e serviços hospitalares para os pobres; (3) estabelecer seguro nacional ou regional para o setor formal de trabalhadores e suas famílias; (4) regular as falhas do mercado e monitorar sua *performance*; (5) educar o público para que esteja informado sobre os serviços de saúde.

Em grande parte dos casos, é a forma como o Estado está organizado para produzir os serviços de saúde que dá os contornos e a profundidade do setor privado. Este tende a emergir quando ocorre uma percepção coletiva de que o sistema público oferece serviços de baixa qualidade, não permite possibilidade de escolha do provedor ou por cobrir apenas alguns tipos de serviços. Em geral, o papel do seguro privado pode ser de três tipos: cobertura de indivíduos que são inelegíveis ao seguro público. Neste caso, o principal exemplo são os EUA onde apenas uma parte da população é elegível (idosos e pobres); cobertura de indivíduos que optam por retirar-se do programa de seguro público universal, por exemplo, a Alemanha; cobertura suplementar de serviços coexistindo com um sistema público universal, por exemplo, Reino Unido e Brasil.

Frente à questão que nos importa nesta dissertação seria necessário distinguir, primeiro qual o papel que cabe genericamente o Estado desempenhar na conformação do mercado de saúde em diferentes países; posteriormente, ao longo dos capítulos seguintes veremos qual o impacto que, no caso brasileiro, a aplicação da proposta de Sistema Único de Saúde e suas mais recentes

Normas Operacionais vêm causando sobre a produção de serviços de saúde no Brasil, em particular os de Média Complexidade.

1.4 - Oferta e Demanda em Saúde

Independente dos critérios que cada sociedade admite como justos e da forma como está organizado em cada país o sistema de saúde, as decisões quanto a oferta e demanda de serviços de saúde obedecem a lógica do consumo verificada nos demais setores da economia.

Três escolhas básicas determinam a organização da saúde e serviços médicos. A primeira escolha é determinada tanto pela quantia que será despendida em saúde e serviços médicos e a composição destes serviços. A Segunda escolha refere-se a seleção dos melhores métodos para produzir serviços médicos.

Mesmo dado um determinado sistema de saúde, as escolhas devem ser feitas considerando as quantidades de capital e equipamento empregadas relativas às quantidades e tipos de trabalho em prover o serviço. A terceira escolha é a seleção de um método que distribua serviços de saúde entre a população. As duas primeiras escolhas estão relacionadas com questões de eficiência econômica, a terceira com equidade no uso de serviços de saúde.

Cada país deve decidir sobre quanto deve dispender em serviços médicos e os melhores métodos para produzi-los e distribuí-los. Uma assertiva crucial subjacente a aplicação de métodos de caráter econômico nestes processos de *decisionmaking* é de que existem alternativas para cada uma das três decisões a tomar em uma situação de escassez de recursos

O primeiro conjunto de decisões relativas aos cuidados médicos a serem feitas referem-se a determinação do *output*. Quanto deve ser alocado e o que deve ser a composição dos serviços médicos?

Teoricamente, o consumidor deve selecionar aqueles serviços que dada a sua renda e os preços maximizem a sua satisfação. Assume-se que o consumidor faz suas escolhas racionalmente e que tem informação tanto sobre os benefícios derivados dos diferentes serviços e sobre os preços desses serviços. Se estas assertivas estão corretas, os consumidores vão alocar seus recursos escassos (renda e tempo) a aqueles serviços e atividades que os provenham com a maior quantidade de benefícios.

Um segundo conjunto de decisões que devem ser feitas em qualquer tipo de sistema de saúde é a seleção dos melhores métodos para produzir a quantidade de serviços a ser oferecida.

O terceiro conjunto de decisões que deve ser feito em qualquer sistema médico refere-se às condições em que ocorre a distribuição dos serviços socialmente produzidos.

Pode-se selecionar um número de alternativas quando se faz esta decisão. Dois valores de julgamento governam a distribuição de serviços médicos. O primeiro é se consumidores devem ou não determinar a quantidade de recursos que eles gostariam de dispendem em serviços médicos. O segundo relaciona-se ao método e tamanho do subsídio a ser estendido aos grupos de menor renda, cujo utilização de serviços de saúde ficam abaixo do que a sociedade acredita ser o básico.

O traço institucional central nos mercados de saúde é que o preço pago por consumidores com seguro quando os serviços de saúde são demandados podem ser estabelecidos de forma desarticulada do preço pago pelos provedores quando o serviço é ofertado. Esse fato sugere duas estratégias alternativas de controle de custos da assistência médica: - o co-pagamento por parte dos consumidores (*demand-side cost*), ocorrendo também contrapartidas do lado da oferta (*supply-side cost sharing*) que constituem um conjunto de práticas que procuram interferir sobre incentivos aos trabalhadores de saúde a buscar maior eficiência e eficácia em seu processo de trabalho.

Durante os anos 70, grande parte dos provedores em saúde, tanto nos EUA, quanto no Brasil eram pagos, na forma de uma taxa fixa por procedimento (*fee-for-service*), que no Brasil convenciou-se chamar de pagamento por produção.

No caso brasileiro, como será exposto no capítulo 2 desta dissertação, a substituição desta forma de pagamento foi um dos grandes alvos da reforma sanitária discutida ao longo dos anos 80 e que começou a ser implementada a partir da década seguinte. Este processo se deu paralelamente à redemocratização do país, as reivindicações do movimento sanitário estiveram concentradas na descentralização do financiamento à saúde na ausência de um debate técnico-político que acumulasse na compreensão das características específicas do setor saúde.

A literatura norte americana que trata da capacidade ótima de seguros atenderem a demanda em saúde conclui que a curva de demanda por estes serviços refletem corretamente o benefício marginal gerado por estes serviços.

Em outras palavras, esta literatura veio a confirmar que quanto maior a resposta da demanda ao que os consumidores/pacientes devem pagar por serviços de saúde, maiores devem ser as contrapartidas propostas pelos planos de saúde. No entanto, como já observado acima a contrapartida no pagamento pelos serviços coloca riscos adicionais aos consumidores, negando desta forma o papel do seguro.

Até 1982 nos EUA, o pagamento por serviço pretendia cobrir o custo que os hospitais praticavam por paciente; pagadores com substancial força de mercado como o programa Medicare (destinado a idosos) e Medicaid (mulheres e crianças abaixo da linha de pobreza), assim como planos que abrangem massivas camadas da população como os da Blue Cross praticavam preços essencialmente próximos dos custos dos hospitais, enquanto as companhias de seguros comerciais com pequenas fatias do mercado pagavam em geral preços mais altos pelos mesmos serviços.

No entanto, o pagamento a hospitais mudou radicalmente em 1983 com a introdução do sistema de pagamento prospectivo introduzido pelo Medicare - *Medicare's Prospective Payment System* (PPS), que fixa faixas de pagamento de acordo com os *Diagnosis Related Group* (DRG) a partir do qual o paciente é classificado na data de sua alta. O pagamento prospectivo (PPS) baseia-se na idéia de que o “output” dos hospitais pode ser calculado a partir do número de altas em várias categorias de morbidade e procedimentos e que por meio da manipulação de incentivos a hospitais pode-se reduzir o nível e a taxa de crescimento dos custos.

Reconhecendo que o pagamento prospectivo é uma forma de provocar o surgimento de contrapartidas do lado da oferta (*supply-side cost sharing*) leva a analogias sobre a forma de como se pratica contrapartidas do lado da demanda. Como já afirmamos acima, os extremos do lado da demanda são seguro completo e a ausência de seguro. Os extremos do lado da oferta são pagamento puramente prospectivo e puro reembolso baseado em custos. (ELLIS & MCGUIRE, 1993)

Apesar de ser uma forma eficiente de redução e controle de custos o pagamento prospectivo apresenta também desvantagens, os prestadores de serviços de saúde neste tipo de sistema vão privilegiar pacientes que potencialmente lhes permitam maiores lucros.

Um sistema justo para com os interesses dos provedores seria o que aproximasse os custos das expectativas de pagamentos. Como este mercado é considerado imperfeito - para o qual concorrem a informação assimétrica e o risco moral, tecnicamente os sistemas mistos em que se utiliza o co-pagamento como contrapartida pelo lado da demanda somado a incentivos variados pelo lado da oferta seriam os mais adequados para lidar com as especificidades do setor.

Por último, mas não menos importante, aparece na literatura sobre economia da saúde a situação de países europeus em que como parte do pacto social estabelecido no pós-guerra, os serviços de saúde foram incorporados como

direitos universais, neste caso, como não ocorre a co-participação dos usuários no financiamento do sistema, a contenção de custos em saúde ocorre principalmente pelo lado da oferta. (FELDSTEIN, 1988)

Desta forma, nestes países ao longo dos anos 80 e 90 praticaram-se vários tipos de incentivos pelo lado da oferta tais como: pagamentos per capita, emprego assalariado de profissionais de saúde, pagamentos por diagnóstico, orçamento global e planejamento em saúde, tendo sido a elevação do custo em saúde bem menos expressiva do que nos EUA.

Atualizando este debate para avaliar o caráter da reforma sanitária brasileira da qual o Sistema Único de Saúde é tributário, como veremos nos capítulos a seguir, as propostas de descentralização financeira estiveram associadas aos grandes objetivos definidores do sistema de saúde brasileiro, da forma como encontram-se cunhados na Constituição de 1988 e Lei Orgânica da Saúde (8080/90) a saber: universalização, descentralização, integralidade na assistência e equidade; permanecendo, contudo, distanciadas da discussão técnica travada nos EUA e países europeus que procuraram durante as duas últimas décadas articular noções estratégicas sobre o mercado em saúde, interesses de usuários e provedores sob a égide da intervenção estatal dirigida a redução de custos e associada à necessidade de elevação da eficácia e eficiência em saúde.

CAPÍTULO 2:

O Sistema Único de Saúde: Atenção Básica e Média Complexidade

2.1 – Atenção Básica

A partir de 1964, durante o período do regime militar, o sistema de saúde brasileiro passa a ser centralizado pelo Governo Federal, sofre grande influência da indústria farmacêutica, e foi estruturado em grande medida por meio da compra de serviços de saúde da rede privada.. Nesse momento histórico, a política de saúde estava ligada à Previdência Social, e os serviços de saúde eram concedidos como benefícios aos trabalhadores do mercado formal. (BRAGA & PAULA, 1981)

Tais premissas enfatizavam o denominado **modelo médico-assistencial privatista**, em que o sujeito da ação era o médico especialista, participando, os paramédicos, de ações complementares. A doença e as ações curativas eram o objeto da ação dos serviços, através da valorização da tecnologia médica, que incentivava, cada vez mais, a compra de serviços privados. Esse modelo foi adotado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS e vigorou durante o período da ditadura militar (1964 – 1985). (ANDRADE, 2001; CORDEIRO, 1991; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986)

Durante este período, o Ministério da Saúde, era responsável pelas ações preventivo-coletivas, e o Ministério da Previdência Social pela assistência médica e arrecadação de contribuições previdenciárias; constata-se uma corrida pela compra de serviços da rede privada que leva ao auge a crise do Sistema de Saúde. (BRAGA & PAULA, *op. cit., ant.*)

Em vista disso, mudanças significativas no sistema se faziam necessárias. A proposta de mudança visava um modelo em que o sujeito da ação passa a ser uma equipe de saúde, que sofre e também influencia o controle social. O objeto da atenção passa a ser os danos, riscos e determinantes dos modos de vida e saúde, empregando ações preventivas, considerando as condições de vida e trabalho. A tecnologia empregada envolve a comunicação social e o planejamento da assistência. São utilizadas políticas públicas saudáveis, ações

intersectoriais para a promoção da saúde, a prevenção da doença e a recuperação das seqüelas. Esse é o chamado **modelo da vigilância da saúde**. (ANDRADE, 2001)

É um modelo pautado na saúde, com ênfase no atendimento humanizado, socialmente justo, e com oferta pública, universal e gratuita dos serviços de saúde, visando ações prioritárias no campo da atenção primária em saúde (Atenção Básica).

Paralelamente, havia a discussão no campo internacional sobre um sistema voltado para a promoção da saúde. Essas idéias advinham, principalmente de países, em que a política do *Welfare State* já estava consolidada. Essa discussão culminou na proposta de inversão do modelo de atenção à saúde, baseado no resultado de discussões anteriores que permearam a história, desde antes da Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, cujo documento divulgava para o mundo a gravidade do quadro sanitário de países em desenvolvimento e a necessidade de sua reversão. (STARFIELD, 2002)

A Organização Mundial de Saúde definiu Atenção Primária, como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível do contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (WHO, 1978)

STARFIELD (*op. cit., ant.*), afirma que a atenção básica, *“oferece suporte filosófico para a organização de um sistema de serviços de saúde”*. Isso porque a atenção básica se encarrega de fazer uma espécie de triagem de problemas, sendo responsável pelo encaminhamento daqueles aos quais não é possível solucionar num serviço com baixa tecnologia e especialização médica.

A concepção do modelo proposto pelos governos militares era oposta a todas essas idéias. Assim, durante a segunda metade da década de 70, surge um movimento que se caracterizou pela oposição. Esse grupo era composto por parlamentares, lideranças políticas progressistas, sindicais e populares, exilados políticos, profissionais universitários, profissionais de saúde envolvidos no campo da pesquisa, formação de recursos humanos, serviços e formulação da política de saúde, dentre outras representações. (LUCCHESI, 1996)

A participação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES foi de grande valia para o movimento, neste fórum foram elaboradas as bases teóricas do projeto de mudanças no setor saúde, baseado em experiências bem sucedidas no Exterior.

Em 1979, no 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, foi apresentado o projeto elaborado pelo Movimento da Reforma Sanitária, intitulado “Sistema Único de Saúde”.

O projeto contemplava as mudanças no modelo de assistência à saúde descritas acima, ansiadas por aqueles intelectuais.

Nesse momento de mudanças, as idéias e reivindicações que o movimento da Reforma Sanitária e as Conferências Internacionais de Saúde vinham pleiteando, influenciavam o pensamento sobre a concepção de saúde da época.

É introduzido um conceito ampliado de saúde, como um dos pilares da Reforma Sanitária, em que seus fatores determinantes são vistos de forma diferenciada, localizando o ser humano, como um agente inserido num contexto, interagindo com o meio em que vive, influenciando-o e sofrendo influências dele. (LALOND, *op. cit., ant.*; STARFIELD, *op. cit., ant.*)

Segundo LALOND (*op. cit., ant.*), a saúde é composta por quatro grandes áreas: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde.

Dessa forma, ações intersetoriais de atenção primária, relacionadas ao meio ambiente, saneamento básico, trabalho, lazer, educação, renda, posse de terra, ações de promoção da saúde no campo das doenças transmissíveis e imunopreveníveis, dentre outras, se faziam necessárias para a mudança dos indicadores sociais, de saúde, e do perfil epidemiológico do país. (LALOND, *op. cit., ant.*)

Além de uma ampliação no conceito de saúde, a reforma sanitária também tinha como princípios: o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; a promoção da justiça social, por meio de ações de equidade, universalização da assistência e da informação em saúde, integralidade da atenção à saúde, e o controle social; e princípios organizacionais, tais como a descentralização político-administrativa da gestão do sistema de saúde, a regionalização, com a construção de territórios delimitando a área de abrangência de uma unidade de saúde, e a hierarquização dessas unidades, de forma a contemplar a integralidade da atenção e o acesso aos serviços de saúde.

Essas idéias foram discutidas ao longo das décadas de 70 e 80, em várias conferências Internacionais e Nacionais de Saúde (Alma – Ata, em 1978; Ottawa, 1986; VII Conferência Nacional de Saúde; Adelaide, 1988, Sundsvall, em 1991 e Bogotá, em 1992).

Como resultado da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, sob o Tema “Serviços Básicos de Saúde”, sem qualquer participação popular, composta apenas por técnicos da área de saúde pública e alguns nomes importantes da medicina, foi anunciado pelo governo federal o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE. Essa conferência foi marcada pelo debate referente à Descentralização organizacional e assistencial, do modelo de atenção à Saúde. (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994)

NORONHA & LEVCOVITZ (*op. cit., ant.*), citam que a proposta de municipalização da assistência à Saúde no Brasil aconteceu durante a III

Conferência Nacional de Saúde em 1963, e que foi interrompida devido ao início do Governo Militar, responsável pela centralização do poder decisório, destruindo a autonomia dos governos sub-nacionais.

Assim, o PREV-SAÚDE foi lançado em resposta às idéias do Movimento da Reforma Sanitária, no momento mais crítico da crise do sistema previdenciário de assistência médica, “elaborado por um grupo técnico composto por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social” (OLIVEIRA & TEIXEIRA, *op. cit., ant.*)

Esse projeto também visava as áreas de saneamento e habitação. Suas idéias se baseavam na carta da Conferência de Alma-Ata. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, *op. cit., ant.*)

O PREV-SAÚDE já discute a necessidade de haver uma hierarquização, bem como uma territorialização e regionalização, tornando a atenção primária porta de entrada para o sistema. Além disso, prevê a participação comunitária. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, *op. cit., ant.*)

“No entanto, como produto de transição política (...), plena de ambigüidade, o PREV-SAÚDE foi elaborado como qualquer outro dos projetos tecnocráticos que caracterizaram o período autoritário, no qual a dissociação Estado/sociedade concentrava exclusivamente na tecnocracia, com seus anéis burocráticos, o processo decisório.”
(OLIVEIRA & TEIXEIRA, *op. cit., ant.*)

A verdade é que o governo, lança a o debate sobre a proposta do PREV-SAÚDE, porém não tem base de sustentação política para colocá-la em prática. Dessa forma, o PREV-SAÚDE, foi deixado de lado, não sendo colocado em prática.

“Os anos 80 inauguram-se sob a marca da crise financeira da Previdência Social, caracterizada por um déficit operacional crescente já a partir de 1980, que vai atingir seu ápice em 1981, em decorrência da adoção de políticas econômicas fortemente recessivas”. (NORONHA & LEVCOVITZ, *op. cit., ant.*)

Em 02 de setembro de 1982, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), *“com a competência de operar sobre a organização e aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para esse fim, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social”*. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, *op. cit., ant.*)

O CONASP foi responsável pela publicação da portaria 3046, de 20 de julho de 1982. Essa portaria, até recentemente (2001) era a única referência de indicadores de parâmetros de produção utilizada para a programação da assistência em saúde. O número de consultas/segurado/ano é reduzido de 4,5 para 2, além de estabelecer a taxa máxima de 5 exames para cada 100 consultas médicas, na tentativa de diminuir custos com procedimentos, como medida regulatória da crise financeira da Previdência Social. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, *op. cit., ant.*)

Na tentativa de amenizar efeitos da crise financeira da previdência, adotou-se o Plano do CONASP, efetivamente implantado no período entre 1982 e 1984. Esse plano teve uma característica gradualista de implantação e *“traduzia a preocupação em não excluir explicitamente nenhum dos grupos de interesse vinculados ao complexo médico – previdenciário”* (NORONHA & LEVCOVITZ, *op. it., ant.*)

“A partir do plano do CONASP, foi implementada a política de Ações Integradas em Saúde (AIS), visando alcançar níveis de articulação institucional que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes. O primeiro período das AIS caracterizou-se pelas fortes limitações da conjuntura daquele momento, advindos da crise da previdência social e da completa incompetência do governo militar de organizar sua base de sustentação política numa coalizão eficaz de apoio,” (NORONHA & LEVCOVITZ, *op. cit., ant.*)

Segundo CORDEIRO (1991), *“as AIS proporcionaram uma base técnica e princípios estratégicos para momentos posteriores da reforma sanitária, mas estavam longe de ser, na prática, uma política de saúde assumida pelo governo”*.

“As AIS contavam com enormes resistências dos prestadores privados de serviços médico-hospitalares e de suas articulações de poder existentes no seio do aparelho institucional da previdência social, representadas por expressivos segmentos da burocracia previdenciária, além da oposição expressa da ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo – e da AMB – Associação Médica Brasileira”. (NORONHA & LEVCOVITZ, *op. cit., ant.*)

Toda essa conjuntura que permeava o debate promovido pelo movimento da Reforma Sanitária, as políticas de resposta do governo federal, a influência da Carta de Ottawa, documento produzido pela Conferência Internacional de Saúde sediada naquela cidade, em 1986, serviram de subsídio para as discussões ocorridas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, enfatizando a necessidade de implementação de políticas de promoção da saúde.

Em 20 de julho de 1987, através do Decreto 94.657, o presidente da República cria os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS.

O SUDS foi criado num contexto promovido pelas AIS, com o desenvolvimento de ações de melhorias na *“infra-estrutura fundamental de rede física de cuidados básicos de saúde, essencial ao posterior desenvolvimento das políticas de universalização e descentralização”*. (NORONHA & LEVCOVITZ, *op. cit., ant.*)

Além disso, as AIS também promoveram o debate sobre a necessidade de fortalecimento das instâncias estaduais e municipais, incorporado na discussão que levou ao decreto de implantação do SUDS.

“As diretrizes do SUDS assumiam: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações em saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos”. (NORONHA & LEVCOVITZ, *op. cit. ant.*)

Como se pode perceber a base do Sistema Único de Saúde estava montada. O que ainda era problema, segundo NORONHA & LEVCOVITZ (*op. cit., ant.*) era

a estrutura federalista do país, havendo a necessidade de fortalecimento dos três poderes.

Durante o processo de implantação do SUDS, acontecem, na Assembléia Nacional Constituinte, os debates sobre a elaboração do capítulo referente à saúde na Constituição Federal.

Com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, passa a ser direito de todo cidadão brasileiro, o acesso aos serviços de saúde. (Constituição Brasileira, Art. 196) É o princípio da universalidade contemplado na Lei 8.080 que seria publicada em 1990.

O que antes era um benefício concedido apenas ao contribuinte assalariado e seus dependentes, passa a ser direito de todos, na intenção da promoção social, por meio do princípio da equidade, também exposto naquela lei.

Os principais pontos do documento da VIII Conferência deram origem aos artigos do capítulo sobre Seguridade Social da Constituição Brasileira (Título VIII, seções II e III, Art. 196 a 202).

A inclusão desse capítulo na Constituição foi uma grande conquista no caminho da justiça social.

Em 1990, foram publicadas duas leis complementares à Constituição cidadã, iniciando a implantação das reformas propostas por ela, a chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e a Lei 8.142/90. Elas *“são consideradas Leis Infraconstitucionais que disciplinam legalmente o cumprimento do mandamento constitucional da proteção e da defesa da saúde.”* (ANDRADE, *op. cit., ant*)

A Lei 8.080/90 cria o Sistema Único de Saúde – SUS e *“Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”*, estabelecendo suas normas de funcionamento, quanto à definição de papéis

de cada instância de governo e das regras de financiamento e de transferência de recursos. Essa lei foi publicada em 19 de setembro, porém com alguns artigos sobre o financiamento do sistema vetados.

Em 28 de dezembro do mesmo ano, foi publicada a Lei 8.142/90, que *“dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”*, criando, assim, os Conselhos de Saúde e instituindo as Conferências de Saúde, além de tentar resgatar os artigos vetados na Lei 8.080/90.

Dessa forma, todos os esforços estavam voltados para o cumprimento dos princípios propostos pela Lei Orgânica, que pretendia atender a dez princípios básicos:

- a) a universalidade do acesso ao sistema e da informação em saúde;
- b) a integralidade da assistência;
- c) a equidade;
- d) a programação da oferta dos serviços de saúde, baseado em dados epidemiológicos;
- e) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- f) a intersetorialidade entre órgãos das três esferas de governo;
- g) a resolutividade;
- h) a participação da comunidade nesses serviços;
- i) a regionalização e
- j) a hierarquização dos serviços de saúde. (Lei 8.080/90)

Após a publicação da Lei Orgânica da Saúde, o primeiro movimento para a consolidação do SUS foi o fortalecimento da Atenção Básica.

A partir de então, o Ministério da Saúde edita e publica Normas Operacionais Básicas (NOB'S) e Portarias, como forma complementar à legislação vigente.

2.2 – As Normas Operacionais Básicas (NOB'S) e a Atenção Básica

Antes da discussão sobre cada NOB publicada, faz-se necessário um estudo sobre sua conceituação, responsabilidade e participantes do processo de normalização.

Conceitualmente,

“Do ponto de vista formal, as NOB'S são portarias do ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Tais instrumentos definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para a normalização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da Saúde (8.080 e 8.142 de 1990).”
(LEVCOVITZ, et. al. 2001)

Em geral, as NOB's são o resultado da discussão em órgãos colegiados. Porém, esse processo apenas se deu após 1993, com a publicação da NOB – SUS – 01/93.

Diferentemente disso, as NOB's – SUS 01/91 e 01/92 não passaram por esse processo. A NOB – SUS – 01/91 foi o resultado de um conjunto de portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e da resolução n.º 258, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), como veremos a seguir, na abordagem de cada NOB.

A NOB – SUS - 01/92 foi instituída pelo Ministério da Saúde ainda durante o Governo Collor (1990-1992).

A partir de 1993, como já mencionado, as NOB's passam a ser produto das discussões ocorridas nos órgãos colegiados instituídos ao longo do processo democrático, a saber: a Comissão Intergestores Tripartite – CIT; a Comissão Intergestores Bipartite – CIB; o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; as Conferências e os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo.

“A Comissão Intergestores Tripartite – CIT foi instituída pela Portaria n.º 1180, de 22 de julho de 1991, conforme Resolução n.º 02, de 26 de abril de 1991, do Conselho Nacional de Saúde.

A CIT é constituída, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Cada entidade representante indica cinco titulares e respectivos suplentes” (www.ensp.fiocruz.br/conjuntura/cit1.html)

“As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foram instituídas gradativamente nos estados brasileiros durante os anos de 1993 e 1994, a partir de determinação da Portaria do Ministério da Saúde nº 545 de 20 maio de 1993, que estabeleceu a Norma Operacional Básica SUS (NOB SUS) 01/93. Segundo dados da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em dezembro de 1994 todos os estados brasileiros, com exceção do Distrito Federal, já apresentavam Comissões Intergestores Bipartites constituídas e funcionando.

Formadas paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), tais comissões se configuram no âmbito estadual, como a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS tendo, como eixo principal, a prática do planejamento integrado entre as instâncias municipais e estadual de governo”. (http://www.saude.rj.gov.br/cib/Historic/Historic2.htm)

No **Quadro 1**, apresentamos as principais funções da CIT e CIB.

QUADRO 1: Principais funções das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB).

CIT	CIB
<ol style="list-style-type: none"> 1. Discutir e elaborar propostas; 2. Definir diretrizes e estratégias para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde; 3. Promover a articulação entre as três esferas de governo, de forma a otimizar a execução das ações; 4. Garantir a direção única em cada instância. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de propostas para a implantação e operacionalização da gestão descentralizada do sistema (normatização, planejamento, programação integrada, controle e avaliação); 2. Acompanhamento da implantação e adaptação das NOB's, reguladoras do processo de organização do sistema de saúde, às condições específicas de cada estado; 3. Proposição de medidas reguladoras das relações estado/municípios e intermunicipais; 4. Acompanhamento e avaliação da implantação da gestão descentralizada das ações e serviços de saúde nos estados e municípios (processos de habilitação dos municípios numa das formas de gestão); 5. Definição e aprovação de critérios para a alocação de recursos federais, de custeio e de investimento para a cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar nos municípios (definição dos tetos financeiro globais dos municípios); 6. Desenvolvimento de estudos específicos para o equacionamento de problemas identificados na operacionalização das políticas de saúde regional e estadual.

Fonte: www.ensp.fiocruz.br/conjuntura/cit1.html, <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Historic/Historic2.htm>

“A criação das CIB's não fere a estrutura gestora do SUS com relação à importância deliberativa dos Conselhos de Saúde e ao incentivo à participação e ao controle social nas questões pertinentes à política de saúde. Tanto as CIB's quanto os Conselhos Estaduais de Saúde são estruturas deliberativas; no entanto, cabe aos Conselhos referendar e aprovar as definições e propostas encaminhadas pelas CIB's, assim como fiscalizar suas ações. Além disso, em caso de divergências no fórum da CIB, é responsabilidade do Conselho Estadual de Saúde deliberar primeiramente sobre o assunto antes de remetê-lo à Comissão Intergestores Tripartite, em nível federal, para apreciação. Em caso de não resolução do conflito existente, ou quando alguma das partes (estado ou municípios) se sinta lesada pela decisão em alguma destas instâncias, o caso pode ser levado ao Conselho Nacional de Saúde para resolução”. (<http://www.saude.rj.gov.br/cib/Historic/Historic2.htm>)

O CONASS foi criado em 03 de fevereiro de 1982 e o CONASEMS, antes do decreto que instituiu o Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS (em 20/07/1987), entre a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a Constituição de 1988, em 10 de julho de 1987.

A Lei 8.142/90 instituiu como órgãos colegiados, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, em cada esfera de governo. Dessa forma, acontece uma extensão da realização das conferências de saúde, já realizadas no âmbito nacional, também para Estados e Municípios. “O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.” (Lei 8142/90, Art. 1º, § 3º)

Ao todo, desde 1990, foram publicadas quatro NOB's e duas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), conforme mostra o **Quadro 2**.

QUADRO 2: Normas Operacionais Básicas e da Assistência à Saúde e suas datas de publicação

NORMA OPERACIONAL	DATA DE PUBLICAÇÃO
NOB – SUS – 01/91	8 de janeiro de 1991
NOB – SUS – 01/92	7 de fevereiro de 1992
NOB – SUS – 01/93	20 de maio de 1993
NOB – SUS – 01/96	06 de novembro de 1996
NOAS – SUS – 01/01	26 de janeiro de 2001
NOAS – SUS – 01/02	27 de fevereiro de 2002

Fonte: Comissão Intergestores Tripartite

2.2.1 – A Norma Operacional Básica - 01/91

Definidas as participações e suas respectivas contribuições para o processo, passemos à discussão das NOB's, propriamente ditas.

A primeira NOB publicada, a NOB – SUS – 01/91, como dito anteriormente, não passou pelo processo de discussões nas instâncias apontadas acima. Ela foi, de fato, um conjunto de portarias do Sistema Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (Portarias 15, 16, 17, 18, 19 e 20 de 8 de janeiro de 1991) e da Resolução n.º 258 do INAMPS, que a aprovou. No **Quadro 3**, podemos ver o conteúdo das resoluções a que cada portaria ministerial se referia. (MELAMED, 2000)

QUADRO 3: Portarias 15, 16, 17, 18, 19 e 20 de 8 de janeiro de 1991, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e principais resoluções.

PORTARIA	RESOLUÇÃO
Portaria n.º 15	<ul style="list-style-type: none"> • Extinção do Índice de Valorização Hospitalar (IVH); • Criação de um Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS).
Portaria n.º 16	<ul style="list-style-type: none"> • Normalização do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) com tabela única de remuneração pela assistência à saúde em âmbito hospitalar para todos os prestadores.
Portaria n.º 17	<ul style="list-style-type: none"> • Normalização do Sistema de Informatização Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), também com tabela única de remuneração para todos os prestadores de assistência ambulatorial.
Portaria n.º 18	<ul style="list-style-type: none"> • Normalização da tabela única para o Sistema de Informação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.
Portaria n. 19	<ul style="list-style-type: none"> • Definição da Quantidade de Autorização para Internação Hospitalar (AIH), a ser distribuída mensalmente para cada Estado.
Portaria n.º 20	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de critérios para aplicação da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), nas transferências de recursos do SUS aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Fonte: ANDRADE, 2001

Com a publicação da NOB – SUS –01/91, deu-se início à organização do SUS. O primeiro passo foi o incentivo à descentralização político-administrativa, que significou a transferência do poder de planejamento e decisão política da esfera federal para a esfera municipal.

Foram criados os Sistemas de Informação ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH/SUS), com caráter organizador da informação, de auxílio na implantação de mecanismos de controle e avaliação e também como instrumento de transferência de recursos, através de uma tabela única, usada até hoje.

Também foram definidas as quantidades de AIH's a serem distribuídas mensalmente por estado e os critérios para aplicação da UCA nas transferências de recursos aos estados, municípios e Distrito Federal.

A UCA era o valor de base de cálculo, que multiplicado pela população, produzia o teto de cada estado para implementação das ações ambulatoriais.

“Para o estabelecimento do valor adotado como Unidade de Cobertura Ambulatorial, efetuou-se uma divisão em grupos, dos estados e Distrito Federal de acordo com critérios como população, capacidade de desempenho da rede de serviços e série histórica de custeio.”
(ANDRADE, *op. cit.*, *ant.*)

Para efeito de transferência dos recursos financeiros, foi estabelecido um convênio entre a União, estados, Distrito Federal e municípios, ferindo a Constituição e a Lei Orgânica do SUS. (ANDRADE, *op. cit., ant*; LEVCOVITZ, *et. al., op. cit., ant*)

LEVCOVITZ, *et al.* (2001) apontam que o fato de ter sido estabelecido um convênio entre a União e os municípios foi motivo de críticas, inclusive de ação judicial, por ser contra a proposta de descentralização feita pela Lei 8.080/90.

Em relação aos recursos de investimentos, a NOB – SUS – 01/91, apenas menciona aqueles destinados ao reequipamento e ampliação das unidades assistenciais já existentes.

Alguns critérios foram estabelecidos para que os repasses dos recursos fossem feitos para estados e municípios. Da mesma forma, esses requisitos serviram de instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução das ações e serviços de saúde, conforme demonstrado no **Quadro 4**.

QUADRO 4: Instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução das ações e serviços de saúde – NOB – SUS – 01/91.

INSTRUMENTOS	DEFINIÇÃO/PAPEL
1. Conselhos de Saúde	Conselhos em caráter permanentes e deliberativos com representação tripartite. Caberia aos conselhos aprovação dos planos de saúde e acompanhamentos dos fundos de saúde.
2. Fundos de Saúde	Fundos de natureza contábil financeira, vinculados aos objetivos do SUS. Deveriam ser previamente autorizados pelo Legislativo.
3. Consórcios administrativos intermunicipais	Em conformidade com o artigo 18, inciso VII, da Lei 8.80/90, os municípios poderiam formar consórcios administrativos intermunicipais, visando à articulação e integração da assistência à saúde.
4. Relatório de Gestão	O relatório de gestão seria um requisito básico para a transferência automática de recursos aos municípios. Deveria tratar dos seguintes aspectos: a) finalidades essenciais; b) plano de trabalho elaborado; c) plano de trabalho executado; d) resultados alcançados.
5. Programação e Orçamentação da Saúde – PROS	A PROS constituiria a base das atividades e ações de cada nível de direção do SUS, devendo demonstrar-se às diretrizes, objetivos e metas a serem atingidos, o diagnóstico das necessidades da população, bem como as estratégias que levariam à obtenção dos objetivos propostos.
6. Planos de Aplicação	Os planos de aplicação dos Fundos de Saúde deveriam obrigatoriamente acompanhar a Lei do Orçamento, como se depreendia do artigo 2º, parágrafo 2º, da Lei 4.320 de 17/03/64.
7. Prestação de Contas dos Fundos de Saúde	As prestações de contas relativas aos fundos de saúde integrariam a prestação de contas correspondente aos recursos gerais da respectiva entidade ou unidade gestora.

Fonte: ANDRADE, 2001

Embora a NOB – SUS 01/91 tenha sofrido *“críticas em relação ao seu formato centralizador, relacionado aos mecanismos de transferência convencional, ao repasse condicionado à produção e à própria legitimidade da regulamentação do sistema através de normas e portarias que colidiam com as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde”*, 1.074 municípios aderiram à municipalização até o final de 1993, como nos mostra a **Tabela 1**. (LEVCOVITZ, et. al., *op. cit., ant.*; ANDRADE, *op. cit., ant.*)

Tabela 1: Número de municípios que aderiram à municipalização de 1991 até 1993.

ANO	N.º DE MUNICÍPIOS MUNICIPALIZADOS
1991	321 (30%)
1992	565 (53%)
1993	188 (17%)
Total	1.074 (100%)

Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde/ Ministério da Saúde *apud* ANDRADE (2001)

Com a descentralização, o município passaria a ser responsável pelo gerenciamento do sistema local de saúde, passando a ser diretamente responsável pela oferta de serviços necessária para o atendimento da demanda de seus municípios.

Outros pontos são apontados como crítica à essa norma:

“a) o privilégio das atividades de assistência médica em detrimento das ações voltadas para a saúde coletiva, cujo financiamento sequer é previsto; b) a tendência de a oferta de assistência médica privilegiar a produção, sem considerar adequadamente o perfil de necessidades de saúde da população; c) o estímulo a tal oferta sem qualquer articulação com o controle de qualidade dos serviços prestados ou preocupação de evitar fraude; d) o predomínio da influência da capacidade previamente instalada na fixação dos tetos financeiros, favorecendo estados e municípios em melhores condições econômicas”.(LEVCOVITZ, et al., *op. cit., ant.*)

Além disso, a forma de repasses e a fixação de convênios acabaram por diminuir a autonomia dos estados, que perderam sua função de articulação e negociação observada no período do SUDS. Isso provocou ausência de integração entre as instâncias, o que é de extrema necessidade para a pactuação entre elas, e o cumprimento da regionalização, hierarquização e integralidade. (LEVCOVITZ, et. al., *op. cit., ant*)

2.2.2 - A Norma Operacional Básica – 01/92

A NOB – SUS – 01/92 pode ser considerada um avanço em relação à sua predecessora, pois já se nota um certo movimento municipalista. (ANDRADE, *op. cit., ant*)

No texto desta norma, se procurou definir um conceito de integralidade, por meio da definição de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Um de seus pontos principais, em relação ao financiamento, foi a alocação de recursos do INAMPS, para a constituição do Fundo Nacional de Saúde. Em relação ao financiamento das ações hospitalares e ambulatoriais, manteve as cotas de 10% de AIH's para os estados, propondo que 8% fossem para os estados e 2% para uma Câmara de Compensação Estadual. Foram mantidas

as funções de repasse de verbas para ações ambulatoriais pelo SIA/SUS e seu processamento foi transferido para as companhias estaduais de informática.

A NOB – SUS – 01/92 propôs dois mecanismos de estímulo à municipalização: o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE), que não saíram do papel. Além deles, também foi criado o Pró-Saúde, que tinha o objetivo de reorganizar os serviços de saúde com a participação das três instâncias governamentais, para pólo de referência macroregional, porém foi mais uma ação planejada e não executada. Não houve mudanças nos critérios de municipalização.

“De 9 a 14 de agosto de 1992, foi realizada, em Brasília, a IX Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema central ‘Saúde: municipalização é o caminho’.” (ANDRADE, op. cit. ant)

Com o *Impeachment* do Presidente da República, Fernando Collor de Mello, criou-se uma nova expectativa de avanço democrático. Nessa época, um grupo técnico/político pertencente ao movimento da Reforma Sanitária, incentivador da municipalização assumiu a gestão do Ministério da Saúde, e então foi publicado o documento “A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (a NOB – SUS – 01/93). (ANDRADE, 2001 *op. cit. ant*)

2.2.3 - A Norma Operacional Básica – 01/93

A NOB – SUS – 01/93 é o resultado da análise e discussão do relatório da IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”, pela CIT e posterior aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde.

LUCCHESI (1996) analisa a conjuntura política da época e afirma que a maioria dos documentos que dissertavam sobre o assunto avaliavam o processo de descentralização e municipalização como incipientes.

“Além disso, defendia-se que o processo de municipalização não deveria restringir-se ao repasse direto de recursos financeiros, mas deveria igualmente viabilizar a efetiva gestão da atenção à saúde pelo município, com direção única e controle social, para a democratização e descentralização do sistema.” (LUCCHESI, 1996)

Durante a IX Conferência foi formado um Grupo Especial de Descentralização (GED), com a participação do CONASS, CONASEMS e outras entidades representativas da sociedade civil, responsável por fazer um diagnóstico da situação do modelo assistencial brasileiro.

Em linhas gerais, o relatório da IX Conferência apresentou alguns pressupostos para a proposta de descentralização e municipalização, conforme demonstrado no **Quadro 5**.

QUADRO 5: Pressupostos da proposta de descentralização das ações e serviços de saúde contidas no Documento da Ousadia que foi base para elaboração da NOB – SUS – 01/93.

a) a descentralização tem de ser compreendida como um processo de transformação que envolve redistribuição de poder e recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social;
b) como em todo processo que envolve dimensões políticas, sociais e culturais, sua realização inclui diálogo, negociação e pactuação entre os atores, que vão construir a base de legitimação das decisões, mediante: 1) imediata implementação dos Conselhos de Saúde paritários e deliberativos, mecanismos privilegiados de participação e controle social; 2) ação integrada entre os gestores do sistema nas três esferas de governo, com a articulação permanente entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, por meio de Comissão Tripartite e de Comissões Bipartite Intergestores, compostas por representantes das secretarias estaduais e por membros das entidades de representação dos secretários municipais de saúde.
c) a flexibilidade e a gradualidade do processo de transformação do sistema de saúde, que não comportam rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem as novas. Assim, um período de transição será imprescindível, ao longo do qual coexistirão estruturas e instrumentos que, em prazo definido, se organizarão de modo que as novas substituam as antigas para que se observe solução de continuidade na atenção à saúde da população.

Fonte: ANDRADE, 2001

Esse relatório previa a descentralização de forma a respeitar as diversidades regionais, para que os municípios pudessem ter maior autonomia no processo decisório. A descentralização deveria ser feita de forma progressiva, evitando mudanças bruscas nas práticas existentes.

A última versão do relatório da IX Conferência resultou na publicação da Portaria do Ministério da Saúde n.º 545, de 20 de maio de 1993

A NOB – SUS – 01/93 estabeleceu três formas de gestão, como estratégia de transição para um modelo de descentralização plena do sistema de saúde.

“A NOB – SUS – 01/93 definiu procedimentos e instrumentos operacionais que visavam ampliar e aprimorar as condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo...” (ANDRADE, op. cit., ant.)

Para o fortalecimento desse processo de transição, foram instituídos fóruns de discussão e deliberação: as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) nos estados para operacionalização da descentralização. (LUCCHESE, op. cit., ant.; ANDRADE, op. cit., ant)

“...Às CIB's foi atribuído o papel de adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado e propor medidas reguladoras das relações estado/municípios e município/município na implementação do Sistema Único de Saúde, para se conduzir, assim, o processo de descentralização na esfera estadual.” (LUCCHESE, op. cit., ant.)

Com esse nível de organização, pretendia-se construir uma rede hierarquizada, regionalizada, que pudesse garantir a referência e a contra-referência, promovendo atendimento integral às necessidades do indivíduo, universalizando o acesso de forma equânime. (LUCCHESE, op. cit., ant.)

Para isso, seria necessário que os recursos financeiros fossem transferidos Fundo a Fundo, ou seja, diretamente das contas do Governo Federal para as contas dos Governos estaduais e municipais, de forma automática e regular.

A NOB – SUS – 01/93 estabeleceu duas formas de gestão para estados: **Gestão Parcial e Semiplena**, conforme o **Quadro 6**.

QUADRO 6: Atribuições da Secretaria de Estado da Saúde por forma de Gestão, segundo a NOB – SUS – 01/93.

Gestão Parcial	Gestão Semiplena
<ul style="list-style-type: none"> • Assumir a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, o que abrange a manutenção de serviços e investimentos, além da gestão dos recursos de investimentos próprios e os transferidos pela esfera federal, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios incluídos nas condições de gestão municipais. • Assumir o cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, e o controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados. • Coordenar a rede de referência estadual e gerir os sistemas de alta complexidade. • Formular e coordenar as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais. • Coordenar, em seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública. • Assumir a formulação, execução e controle das 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assumir, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios enquadrados em alguma condição de gestão, a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços no estado, quais sejam: planejamento, cadastramento, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados, além das demais atribuições previstas na condição anterior.

Fonte: LUCCHESI, 1996

Para os municípios foram criadas três formas de gestão: a **Gestão Incipiente**, a **Gestão Parcial** e a **Gestão Semiplena**. Suas atribuições estão demonstradas no **Quadro 7**.

QUADRO 7: Atribuições da Secretaria Municipal de Saúde, por forma de gestão, segundo a NOB – SUS – 01/93.

Gestão Incipiente	Gestão Parcial	Gestão Semiplena
<ul style="list-style-type: none"> Assumir, imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com a CIB em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores, para programar e autorizar as internações e os procedimentos ambulatoriais a serem realizados por unidade de saúde, e controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos. Demonstrar disposição e condição de assumir os gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município, para incorporar à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária. Desenvolver 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Assumir na íntegra as responsabilidades previstas na condição anterior, recebendo mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre um teto estabelecido para suas atividades ambulatoriais e hospitalares (custeadas com recursos federais) e o gasto efetivamente realizado correspondente aos serviços produzidos pelas unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, mais as contratadas suplementarmente (pagas pelo Ministério da Saúde). 	<ul style="list-style-type: none"> Assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados. Assumir o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual. Assumir a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na CIB.

Fonte: LUCHESE, 1996

Tendo em vista o objeto desse estudo, apenas deter-nos-emos, mais especificamente nas propostas que se referiam ao financiamento ambulatorial presente no interior das NOB's – 1993 e 1996 – analisadas deste ponto em diante.

Na prática poucos avanços acontecem em relação ao financiamento ambulatorial da NOB – SUS – 01/93.

O SIA/SUS passou a ser utilizado como instrumento operacional do sistema de financiamento para custeio das ações e serviços ambulatoriais públicos e privados que integram o SUS. (ANDRADE, *op. cit., ant.*)

A UCA, criada pela NOB – SUS – 01/93, foi mantida e compôs os Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA), com cálculo semelhante ao descrito na NOB – SUS – 01/91 (população X o valor da UCA = valor total a ser repassado a UF dividido em parcelas mensais, constituindo-se no RCA). (ANDRADE, *op. cit., ant.*)

O FEGE, criado pela NOB – SUS – 01/92 foi substituído pelo Fator de Apoio ao Estado (FAE), ou seja, recursos de custeio aos estados habilitados em uma das formas de gestão, para atividades de Tratamento Fora do Domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais, através de uma programação que seria aprovada pela CIB. (ANDRADE, *op. cit., ant.*)

“A programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais deveria ser produto do trabalho conjunto dos municípios e do estado na Comissão Intergestores Bipartite, sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendado ao Conselho Estadual de Saúde”. (ANDRADE, *op. cit., ant.*)

Da mesma forma, *“os tetos financeiros municipais deveriam ser definidos nas CIB’s com base na série histórica de gastos”.* (LUCCHESE, *op. cit., ant.*)

“De acordo com as diferentes condições de gestão, esses recursos seriam utilizados mensalmente pelo MS para o pagamento direto aos prestadores de serviços dos municípios em gestão incipiente e parcial, para o repasse de saldos no caso de economia de recursos aos gestores estaduais e municipais em gestão parcial, e para compor o repasse (do Fundo Nacional aos Fundos Municipais de Saúde) do volume total de recursos federais para cobertura dos serviços ambulatoriais e hospitalares para os municípios em gestão plena. Os estados em gestão semiplena receberiam do MS os recursos correspondentes à transferência direta e automática (Fundo Nacional aos Fundos Estaduais) do volume de recursos federais para as suas atividades ambulatoriais e hospitalares, deduzidas as transferências efetuadas a municípios em gestão parcial e semiplena. (LUCCHESE, *op. cit., ant.*)

O FEM, criado pela NOB – SUS – 01/92 foi substituído pelo Fundo de Apoio ao Município (FAM). Seu cálculo era semelhante ao do FAE, correspondendo a 5% da UCA estadual X número de habitantes, em repasses mensais. Porém, assim como o FEGE e o FEM, o FAE e o FAM, não foram de fato

implementados, por falta de recursos financeiros, de acordo com o Ministério da Saúde. (ANDRADE, *op. cit., ant.*)

Somente em 1994, foi possível efetuar a transferência dos recursos Fundo a Fundo, para os municípios habilitados em gestão semiplena, devido à regulamentação das condições de transferências diretas, pelo decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994, da Presidência da República. (LEVCOVITZ, et. al., *op. cit., ant.*)

Ainda que tivesse sido efetivamente implementada pela NOB – SUS – 01/93, a transferência Fundo a Fundo, não representou grandes mudanças, pelo fato de permanecer a lógica do pagamento pós-produção, ou seja, respeitando a produção apresentada. Essa lógica, além dos problemas já apresentados, ainda era usada como medida de cálculo dos tetos financeiros, que eram calculados pela série histórica de gastos como citado por LUCCHESI (1996) e LEVCOVITZ, et. al. (2001).

Segundo LEVCOVITZ, et. al. (2001), os municípios que se habilitaram em gestão semiplena, tiveram, de início, maior autonomia na execução dos recursos federais transferidos, pela ausência de controle dos gastos, diferentemente do que ocorria quando a transferência dos recursos era feita diretamente aos prestadores.

Um outro avanço promovido por essa NOB foi o fato de o município ter autonomia para planejar a execução dos recursos nas diferentes áreas assistenciais. Além disso houve o rompimento da forma convencional de habilitação. A CIB foi de vital importância para o processo de descentralização, pois assume o papel “bigestor” do gerenciamento da atenção à saúde, com decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa dos serviços. (LEVCOVITZ, et. al., *op. cit., ant.*)

A habilitação dos municípios pela NOB – SUS – 01/93 foi mais significativa que pela NOB – SUS – 01/91, porém o mesmo não aconteceu com os estados. Segundo LUCCHESI (1996), dos 27 estados brasileiros, incluindo o Distrito

Federal, apenas 5 haviam sido habilitados à condição de gestão parcial e 4 à gestão simplena, em dezembro de 1995. Isso pode ser atribuído ao fato da não implementação do FAE. (LEVCOVITZ, et. al., *op. cit. ant*)

A **Tabela 2** descreve a situação de habilitação dos municípios de acordo com a NOB – SUS – 01/93.

Tabela 2: Situação da habilitação de municípios de acordo com a NOB – SUS – 01/93, por estado e regiões do Brasil, 1997

Região/ Estado	Total de Municípios	Gestão Incipiente		Gestão Parcial		Gestão Simplena		Total de Municípios Habilitados	
		Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Região Norte	398	34	8,54	16	4,02	6	1,51	56	14,07
AC	22	5	22,73	2	9,09	0	0,00	7	31,82
AM	62	1	1,61	0	0,00	0	0,00	1	1,61
AP	15	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PA	128	20	15,63	6	4,69	2	1,56	28	21,88
RO	40	7	17,50	3	7,50	3	7,50	13	32,50
RR	8	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TO	123	1	0,81	5	4,07	1	0,81	7	5,69
Região Nordeste	1.559	851	54,59	39	2,50	33	2,12	923	59,20
AL	100	54	54,00	4	4,00	0	0,00	58	58,00
BA	415	170	40,96	4	0,96	0	0,00	174	41,93
CE	184	136	73,91	0	0,00	12	6,52	148	80,43
MA	136	30	22,06	6	4,41	9	6,62	45	33,09
PB	171	101	59,06	0	0,00	1	0,58	102	59,65
PE	177	117	66,10	6	3,39	5	2,82	128	72,32
PI	148	100	67,57	0	0,00	1	0,68	101	68,24
RN	153	116	75,82	19	12,42	5	3,27	140	91,50
SE	75	27	36	0	0,00	0	0,00	27	36,00
Região Centro Oeste	428	164	38,32	64	14,95	9	2,10	237	55,37
GO	232	11	4,74	13	5,60	0	0,00	124	53,45
MS	77	30	38,96	17	22,08	8	10,39	55	71,43
MT	118	23	19,49	34	28,81	1	0,85	58	49,15
DF	1	*	*	*	*	*	*	*	*
Região Sudeste	1.533	800	52,19	261	17,03	78	5,09	1.139	74,30
ES	71	54	76,06	1	1,41	3	4,23	58	81,69
MG	756	488	64,55	201	26,59	18	2,38	707	93,52
RJ	81	3	3,70	14	17,28	7	8,64	24	29,63
SP	625	255	40,80	45	7,20	50	8,00	350	56,00
Região Sul	1.058	518	48,96	236	22,31	18	1,70	772	72,97
PR	371	285	76,82	44	11,86	3	0,81	332	89,49
SC	260	28	10,77	176	67,69	11	4,23	215	82,69
RS	427	205	48,01	16	3,75	4	0,94	225	52,69
Brasil	4.976	2.367	47,57	616	12,38	144	2,89	3.127	62,84

Fonte: Banco de dados de Habilitações/SPSA/MS apud ANDRADE (2001). * Não procede

Nela, podemos ver que as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste foram as que mais aderiram às formas de gestão. Em todas as regiões, observa-se que a opção pela gestão incipiente é a predominante.

2.2.4 - A Norma Operacional Básica – 01/96

O processo de discussão que levou à publicação da NOB – SUS – 01/96 durou cerca de um ano, e envolveu vários segmentos da sociedade, o CONASS e o CONASEMS. A NOB – SUS – 01/96 foi publicada em 05 de novembro de 1996. (LEVCOVITZ, et. al., *op. cit., ant.*)

Esse mesmo autor cita alguns objetivos gerais dessa norma. Dentre eles, destacam-se:

- a reorganização do modelo assistencial, com a responsabilização do município pela gestão e execução direta da atenção básica;
- aumentar o percentual de transferências fundo a fundo, diminuindo a remuneração por produção de serviços;
- o fortalecimento da gestão do SUS compartilhada entre as três esferas de governo, através da CIT e CIB's;
- estabelecimento de vínculo entre o usuário e o sistema de saúde, promovendo a adscrição da clientela de saúde, dentre outros. (LEVCOVITZ, et. al., *op. cit., ant.*)

Para isso, a NOB propõe algumas medidas:

- a elaboração de um planejamento de saúde, e da Programação Pactuada Integrada (PPI), entre os gestores das três instâncias de governo, a fim de fixar responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais recursos e tetos financeiros, para que seja possível o acesso universal aos serviços de saúde;
- a melhoria do sistema de avaliação, controle e auditoria;
- a criação de novos mecanismos de incentivos financeiros, através da criação de novas formas de gestão;

➤ a adoção, como estratégia principal, da ampliação da cobertura o Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

➤ a criação de um mecanismo de financiamento da saúde, baseado num parâmetro per capita, a ser transferido em parcelas mensais, o Piso de Assistência Básica - PAB. (LEVCOVITZ, et. al., *op. cit., ant.*)

Além disso, a NOB – SUS – 01/96 também define os papéis de cada instância na gestão.

Como forma de gestão, foram criadas duas, para os Estados (**Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual**) e duas para os municípios (**Gestão Plena da Atenção Básica - GPAB e Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM**).

Com relação às responsabilidades do município em GPAB, é proposto:

a) *“Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus munícipes, com incorporação negociada à programação estadual.*

b) *Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da união, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidade.*

c) *Gerência de unidades ambulatoriais próprias.*

d) *Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.*

e) *Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.*

f) *Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.*

g) *Operação do SIA/SUS quanto aos serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do SUS, alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.*

h) *Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados, que continuam sendo pagos por produção de serviços.*

i) *Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.*

j) *Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente.*

k) *Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no [Piso Básico de Vigilância Sanitária] PBVS*

l) *Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no [Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças] TFECD.*

m) *Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS". (NOB – SUS 01/96)*

Com relação aos requisitos, além dos mencionados na NOB – SUS – 01/93, a NOB – SUS – 01/96, propõe:

a) *“Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.*

b) *Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.*

c) *Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.*

d) *Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.*

e) *Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.*

f) *Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.*

g) *Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados”.(NOB – SUS – 01/96)*

As ações a serem desenvolvidas pelos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica são:

- Ações básicas de enfermeiros e outros profissionais de nível médio,
- Ações médicas básicas,
- Ações básicas em odontologia,
- Ações executadas por outros profissionais de nível superior e
- Procedimentos básicos em vigilância sanitária; (Tabela de Procedimentos SIA/SUS)

Os municípios habilitados em GPAB, recebem:

a) *“Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).*

b) *Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).*

c) *Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações básicas de epidemiologia e de controle de doenças.*

d) *Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal”. (NOB – SUS – 01/96)*

As responsabilidades dos municípios habilitados em GPSM, segundo a NOB – SUS – 01/96, são as mesmas da GPAB, e:

a) Diferente da GPAB, que não precisa assegurar a oferta de serviços em seu território, podendo contar com a compra de serviços, ou o referenciamento, ou ainda com a formação de consórcios intermunicipais, o município habilitado em GPSM deve garantir a *“prestação dos serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.*

b) *Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal.*

c) *Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.*

d) *Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.*

e) *Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do [Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária] PDAVS”. (NOB – SUS – 01/96)*

Os requisitos necessários aos municípios habilitados em GPSM, são os mesmos exigidos dos municípios em GPAB, acrescidos de:

a) *“Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.*

b) *Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo [Conselho Municipal de Saúde] CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema*

municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.

c) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

d) Assegurar a oferta em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.

e) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

f) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados”. (NOB – SUS – 01/96)

As prerrogativas, no caso do município habilitado em GPSM, são:

a) “Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).

b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quando a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.

c) Transferência, regular e automática, fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e de alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.

e) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas) estabelecidas no território municipal.

f) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças, conforme definição da CIT”. (NOB – SUS – 01/96)

Para os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, temos os seguintes grupos de procedimentos:

- Procedimentos especializados de profissionais médicos e outros de nível superior e médio,
- Cirurgias ambulatoriais especializadas,
- Procedimentos traumato-ortopédicos,
- Ações especializadas em odontologia,
- Exames de patologia clínica,
- Radiodiagnóstico,
- Exames ultra-sonográficos,
- Fisioterapias, dentre outros. (Tabela SIA/SUS)

Nesse modelo de gestão, dentre outras condições, é requisitado ao município que assegure a “oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo [Piso de Atenção Básica] PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica” (NOB – SUS – 01/96).

Ainda que o município atenda a essa condição, ele não está obrigado a se habilitar na forma de GPSP, podendo optar por se habilitar apenas GPAB. Por sua vez, o Ministério da Saúde tem o poder de vetar o pleito a uma ou à outra forma de Gestão. (NOB – SUS – 01/96)

O fato é que não é necessário ter capacidade instalada própria para ofertar os serviços previstos em cada forma de gestão. O gestor tem autonomia para comprar serviços da rede privada. Os municípios habilitados em GPSP incorporam maior autonomia, porque *“têm os recursos do teto financeiro alocados integralmente no Fundo Municipal”* (BONFIM, 2002), enquanto os municípios habilitados em GPAB recebem como transferências - SUS apenas as parcelas referentes ao PAB (NOB – SUS – 01/96).

Para que seja possível a habilitação em uma das formas de gestão, o município envia um pleito contendo documentos comprovantes dos pré-requisitos especificados na NOB – SUS – 01/96 à CIB, que, depois de aprovado, o encaminha à CIT, para que os recursos sejam liberados e

depositados no Fundo Municipal de Saúde, através de transferência Fundo a Fundo. Esse processo é acompanhado pelos respectivos Conselhos (nos níveis municipal, estadual e nacional).

Para que o município receba os recursos financeiros destinados ao tipo de gestão em que se enquadra, é necessário que ele alimente os bancos de dados do Ministério da Saúde, dentre eles os Sistemas de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e da Atenção Básica – SIAB. (NOB – SUS – 01/96)

A grande novidade na forma de financiamento, a partir da implantação do PAB é a forma de cálculo, que privilegia o porte populacional do município, na tentativa de tornar a distribuição dos recursos mais equânime.

O valor de referência para a base de cálculo do montante a ser repassado foi obtido através da série histórica de valores repassados aos municípios, estabelecendo-se como valores mínimos R\$ 10,00 per capita/ano e máximos de R\$ 18,00 por hab/ano. O valor total do PAB é dividido em 12 parcelas, repassadas Fundo a Fundo aos municípios.

O PAB é dividido em parte fixa e variável. A parte fixa corresponde ao cálculo dos valores de referência máximo e mínimo per capita multiplicado pelo número de habitantes. A parte variável corresponde aos incentivos financeiros para custeio de programas preventivos verticais implantados pelo município.

2.3 - A NOB 96 e a Proposta de Pactuação entre Gestores

A implantação do Piso de Assistência Básica - PAB pela NOB – SUS – 01/96, propõe a programação da assistência à saúde, como forma de organização da demanda.

A concentração dos esforços estabelecidos pelas NOB's estava voltada, até então, para a descentralização, habilitação dos municípios e para as formas de gestão e financiamento. Com uma proposta segura e consistente de

financiamento da assistência básica, o próximo passo seria pensar a programação da oferta e estruturação dos serviços de saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é implantado, visando uma inversão na lógica de pensamento do modelo de atenção à saúde, até então vigente. Passa a existir a necessidade de se pensar a assistência, a fim de utilizar os recursos de uma maneira mais racional, eficaz e eficiente.

O objetivo da implantação do PSF é a reorientação do Modelo Assistencial via o atendimento interdisciplinar a ser efetuado por uma equipe de saúde, com ênfase em profissionais generalistas, trabalhando com um conceito positivo e ampliado de saúde, numa lógica de atendimento de uma população setorizada, adstrita, em que seriam atendidas cerca de 80% das ocorrências. (BRASIL (b), 2001)

Dessa forma,

“(...) a programação das ações assistenciais representa um instrumental básico para alocação de recursos com equidade, para a explicitação das responsabilidades de cada gestor na organização das ações e serviços de saúde, para acompanhamento e avaliação dos resultados, e que contribui para conferir transparência dos critérios utilizados na distribuição dos recursos (...)”.(BRASIL (b), 2001)

Isso acontece em oposição ao modelo adotado na década de 70, em que os serviços eram comprados da rede privada, sem controle e auditoria das ações, privilegiando a cura, e agravando ainda mais, também por outros fatores, a crise financeira do sistema de saúde. (Brasil (b), 2001)

Note-se que após mais de trinta anos de discussões sobre a Reforma Sanitária, a questão do planejamento das ações e serviços de saúde sob controle social ainda carece de solução adequada. Apesar de oficialmente haver um privilégio das atividades de promoção, os incentivos financeiros para que isso ocorra no nível do SUS, ainda são muito reduzidos frente ao volume de dispêndios em atividades assistenciais tradicionais.

O instrumento que regulamenta a programação da assistência foi instituído pela NOB – SUS – 01/96 - a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A PPI tem a função de programação da demanda local e de outras regiões dentro e fora do município, também servindo de base para a alocação de recursos financeiros. Visa a melhoria do acesso e da resolubilidade da atenção e deve viabilizar a operacionalização das diretrizes e prioridades expressas nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

Segundo a NOB – SUS – 01/96, a PPI deve envolver *“atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças”*. Ela se constitui num *“instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas.”* (NOB –SUS – 01/96)

Essa programação deveria traduzir a responsabilidade dos municípios para a garantia do acesso aos serviços de saúde no nível local, ou em outros municípios, através de encaminhamentos, estabelecidos nos mecanismos de Referência e Contra-Referência. Essas ações entre municípios devem ser mediadas pelo gestor estadual. (NOB – SUS – 01/96)

Entende-se por referência, o mecanismo de estabelecimento de fluxos de encaminhamentos de pacientes para Unidades de Atendimento que ofereçam serviços de maior complexidade (exames diagnósticos ou internações) hierarquicamente superiores, sejam unidades básicas, ou hospitalares.

A contra-referência seria o retorno do paciente à sua unidade de origem, com laudos e histórico do atendimento, a fim de prosseguir o tratamento em uma unidade adscrita ao seu território, visando a continuidade do tratamento. Esses mecanismos atenderiam aos princípios de acessibilidade, e atendimento integral à saúde do indivíduo, propostos pela Lei Orgânica e resgatada pela NOAS – SUS – 01/01.

A PPI deve ser aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e encaminhada à Secretaria de Estado da Saúde, que consolida os dados dos municípios, e negocia a pactuação na CIB. Após esse processo, o Conselho Estadual de Saúde aprova e delibera sobre o Pacto. (NOB – SUS – 01/96)

O processo deveria acontecer de forma ascendente (onde os municípios constituem a base), visando um atendimento integral, regionalizado e hierarquizado.

Todo o processo seria definido, tomando por base normas e critérios eleitos pela União, que também definiriam os instrumentos e prazos necessários para a realização da pactuação, bem como definiriam e alocariam os recursos necessários para a execução nos municípios e estados. Tudo isso seria negociado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. (NOB – SUS – 01/96)

A programação seria feita de acordo com uma agenda fixada pelo Ministério da Saúde. Cada estado e/ou município seria responsável por editar sua agenda, baseando-se na realidade local. A agenda seria um instrumento que priorizaria ações naquele ano. (BRASIL (b), 2001)

Essa seria uma forma de dar uma direção única à política nacional, atendendo aos princípios da lei 8.080/90.

Contudo, ainda estamos vivendo um momento de transição dos modelos de atenção, pois ainda não concluímos a reforma do setor saúde. Ainda convivemos com Unidades de Saúde que funcionam nos moldes do INAMPS, e isso dificulta o processo de programação da demanda.

O fato é que a

“rede assistencial é, em geral, fragmentada e desarticulada, onde a própria população busca solução de seus problemas de saúde deslocando-se para os municípios-pólo das regiões. Estes recebem uma demanda regional de maneira desorganizada, com conseqüente dificuldade de acolhimento, inclusive das situações de urgência/emergência”. (BRASIL (b), 2001)

Por isso, a necessidade de trabalho com territórios definidos, em que seja possível a instalação de unidades básicas de saúde, servindo de porta de entrada para o sistema, se faz premente.

Com essa forma de organização, seria possível adstringir a população a ser trabalhada, estudando-se seu perfil epidemiológico, possibilitando a programação das ações assistenciais.

Em nível macro, seria possível planejar a demanda para serviços mais complexos, além de possibilitar o planejamento da referência para outros municípios ou estados.

Tal proposta ainda está em fase de implantação com a Norma Operacional da Assistência à Saúde, publicada em 2001 – NOAS – SUS – 01/2001, com uma segunda publicação atualizada e revista em 2002, NOAS – SUS – 01/2002.

A NOAS prevê a regionalização dos municípios, instituindo municípios sede de módulos assistenciais, onde serão instaladas unidades de maior complexidade, oferecendo serviços de custo médio, para atender à demanda da população dos municípios sede de módulo e dos municípios satélites, utilizando-se dos mecanismos de referência e contra-referência.

Tal estruturação se faz necessária para otimizar o custo de alguns serviços, que onerariam alguns municípios menores.

Dessa forma, atender-se-iam aos princípios de acessibilidade, atendimento integral à saúde, resolubilidade, dentre outros.

2.3.1 – A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001.

A idéia da implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde surgiu da avaliação dos resultados do processo de descentralização e habilitação dos municípios em uma das formas de gestão propostas pela NOB – SUS – 01/96, no ano 2000.

A partir de 1996, com a publicação da NOB – SUS – 01/96, que definiu e melhorou o processo de financiamento, a Atenção Básica sofreu maiores incrementos financeiros por meio da criação do Piso de Assistência Básica – PAB.

A política de financiamento da saúde, com base num valor per capita, com repasses em parcelas mensais Fundo a Fundo seria uma forma de organizar o sistema aproveitando melhor os recursos financeiros, por meio do planejamento das ações.

A NOB – SUS – 01/96, foi a que obteve maior sucesso na adesão dos municípios quanto à habilitação em uma das formas de gestão propostas, chegando a atingir 98,98% dos municípios do país com pleitos aprovados em 2000. (ANDRADE, *op. cit., ant.*)

A **Tabela 3** mostra que 99,59% dos municípios do país estavam habilitados em alguma forma de gestão, até maio de 2002, de acordo com a CIT. Os Estados com menor proporção de municípios habilitados eram em 2002, o Acre (86,36%) e o Amapá (87,5%).

Tabela 3: Habilitação de municípios por condição de gestão e por estado conforme a NOB's sus 01/96

UF	TOTAL DE	GPAB		GPSM		TOTAL HABILITADOS	
	MUNICÍPIOS	Nº MUNICIPIOS	%	Nº MUNICIPIOS	%	Nº MUNICIPIOS	%
AC	22	19	86,36	0	0	19	86,36
AL	102	87	85,29	15	14,71	102	100
AM	62	55	88,71	7	11,29	62	100
AP	16	13	81,25	1	6,25	14	87,5
BA	417	397	95,20	19	4,56	416	99,76
CE	184	155	84,24	29	15,76	184	100
ES	78	43	55,13	35	44,87	78	100
GO	246	231	93,90	15	6,10	246	100
MA	217	171	78,80	44	20,28	215	99,08
MG	853	784	91,91	57	6,68	841	98,59
MS	77	68	88,31	9	11,69	77	100
MT	139	138	99,28	1	0,72	139	100
PA	143	98	68,53	44	30,77	142	99,3
PB	223	215	96,41	8	3,59	223	100
PE	185	166	89,73	19	10,27	185	100
PI	222	221	99,55	1	0,45	222	100
PR	399	386	96,74	13	3,26	399	100
RJ	92	70	76,09	22	23,91	92	100
RN	167	157	94,01	10	5,99	167	100
RO	52	41	78,85	11	21,15	52	100
RR	15	14	93,33	1	6,67	15	100
RS	497	486	97,79	11	2,21	497	100
SC	293	273	93,17	20	6,83	293	100
SE	75	73	97,33	2	2,67	75	100
SP	645	482	74,73	161	24,96	643	99,69
TO	139	130	93,53	9	6,47	139	100
Brasil	5.560	4.973	89,44	564	10,14	5.537	99,59

Fonte: Comissão Intergestores Tripartite – maio 2002.

A partir dessa avaliação, em 31 de janeiro de 2001, foi publicada a Portaria GM-MS 95/2001, que estabeleceu as diretrizes para o processo de regionalização da assistência; fortalecimento da capacidade de gestão; e atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (ANDRADE, *op. cit., ant.*)

Para o processo de Regionalização, a NOAS – SUS – 01/01, propôs a seguinte metodologia de trabalho:

- a) a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização - PDR; e
- b) a elaboração de um Plano Diretor de Investimentos – PDI. (NOAS – SUS – 01/01; ANDRADE, *op. cit., ant.*; BRASIL (b), 2002)

De acordo com essa legislação, o Plano Diretor de Regionalização é um *“instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população (...).”* (NOAS – SUS 01/01)

“Esse plano, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.” (ANDRADE, *op. cit. ant*)

A NOAS – SUS – 01/01 propôs alguns conceitos chave, como definições para a construção do PDR, conforme o **Quadro 8**:

QUADRO 8: Conceitos chave, segundo a NOAS – SUS – 01/01*.

Região e/ou Microrregião de Saúde	Território base de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios.
Módulo Assistencial	Território com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de assistência (mínimo da Média Complexidade), constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica.
Município – Sede de Módulo Assistencial	Município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços, com suficiência, para a sua população e para a população a ele adscrita ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.
Município – Pólo	Município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.
Unidade Territorial de Qualificação na Assistência à Saúde	Representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e CIT para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas Ufs em que o modelo de regionalização não admitir microrregiões de saúde).

Fonte: ANDRADE, 2001

* A NOAS – SUS – 01/02 permanece com as mesmas definições acima. A única diferença é que os municípios sede de módulo e pólo podem estar habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal ou Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, o que antes só era permitido a municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.

Além disso, alguns itens devem ser explicitados no PDR:

- a) *“A descrição da organização do Território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios sede e municípios pólo de dos demais municípios abrangidos;*
- b) *a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;*

c) o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;

d) a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;

e) os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização dos fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso de população aos serviços;

f) a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;

g) a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual". (NOAS – SUS 01/01)

A NOAS – SUS – 01/01 estabeleceu novos níveis de gestão, sendo dois para os municípios e dois para os estados. Os municípios são habilitados em: a) **Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada** e b) **Gestão Plena do Sistema Municipal**. Os estados são habilitados em: a) **Gestão Avançada do Sistema Estadual** e b) **Gestão Plena do Sistema Estadual**.

Foram definidas algumas ações estratégicas mínimas para a totalidade dos municípios, independente do tipo de gestão a que estão habilitados, a saber: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle do Diabetes Mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher, e a saúde bucal. (NOAS – SUS – 01/01)

Alguns procedimentos são acrescentados às responsabilidades dos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, conforme **Anexo I**.

Uma vez ampliados os serviços de atenção básica a serem oferecidos pelos municípios, também o PAB passa a ser Ampliado, sendo chamado de PAB-A ou PABA. O PABA mantém as mesmas características do PAB, porém seus

valores, segundo a Norma, seriam divulgados em portaria posteriormente. Provavelmente haveria um aumento no valor a ser repassado fundo a fundo.

Os requisitos necessários para a habilitação dos municípios são mais consistentes e exigentes. Os municípios passariam a assumir maiores compromissos, uma vez que se entende que a Atenção Básica já estaria organizada, após a construção do SUS municipal, ao longo dos anos.

Passa-se a exigir que o município comprove a disponibilidade de serviços em quantidade e qualidade suficientes em seu território, para executar o elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada.

Além disso, é necessário manter a alimentação de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos – SIOPS, que comprova a dotação orçamentária para a saúde, e as contrapartidas do município ao financiamento federal.

O município passa a ser cobrado quanto à prática da avaliação, controle e auditoria, através da comprovação do médico autorizador das Internações Hospitalares (através da Autorização das Internações Hospitalares – AIH), bem como a comprovação da capacidade de atender aos princípios da lei 8.080/90, no que tange à vigilância sanitária e epidemiológica e saúde do trabalhador, além das outras ações de saúde, previstas nas prerrogativas do município habilitado. (NOAS – SUS – 01/01)

Com relação à Gestão Plena do Sistema Municipal, a NOAS – SUS – 01/01 inclui, (as mais importantes):

a) *“A gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressalvado as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública (...).*

b) *Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta de serviços.*

c) *Garantia do atendimento, em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território.*

e) *Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente.*

f) *Cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS.*

g) *Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual.*

h) *Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS". (NOAS – SUS – 01/01)*

Além das disposições acima e de outras expressas na norma, o município deve obedecer aos requisitos propostos para a Gestão Plena da Atenção Básica.

Os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) foram responsabilizados por ofertar um elenco mínimo de procedimentos de média complexidade, descritos no anexo 3 da Norma, descritos nesse trabalho no **ANEXO II**

O município habilitado em GPSM receberia o valor per capita referente aos procedimentos mínimos destinados à população de seu município e também à população vinda dos municípios satélites.

Os municípios sede de módulo seriam responsáveis por receber a demanda referenciada dos municípios ligados à microrregião, sendo o primeiro nível de referência intermunicipal.

Dessa forma, a regionalização tornar-se-ia um mecanismo importante na promoção da continuidade dos fluxos de atendimento, de maneira mais justa, permitindo, de fato, o acesso da população aos serviços de saúde.

A NOAS tem o propósito de resgatar o papel do Estado, atribuindo-lhe a função de coordenador, mediador de conflitos entre municípios, gerente do sistema na realidade local, uma vez define funções específicas de atuação, que até então não estavam claras. (NOAS – SUS – 01/01) Tal resgate vem sendo construído ao longo das NOB's 93 e 96.

Após a descentralização político-administrativa, o município passaria a definir a sua própria política de atenção à saúde. Dessa forma o Estado perde influência no poder decisório dentro do município.

A NOAS resgataria esse papel, a partir do momento em que determina ao Estado a função de capacitação de profissionais, controle e auditoria, bem como, de mediador da PPI.

São responsabilidades das duas formas de gestão estadual:

- a) Elaboração do Plano Estadual de Saúde e PDR;
- b) Coordenação do processo de PPI e alocação de recursos;
- c) Gestão e gerência das unidades estatais de Hemocentros e hemonúcleos e de laboratórios de referência (LACEN);
- d) Formulação e execução da política de sangue, de acordo com a política nacional.
- e) *“Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a normalização e operação de câmara de compensação para internações, procedimentos especializados de alto custo e*

ou alta complexidade, viabilizando com os municípios-pólo os Termos de Compromisso para Garantia do Acesso;

- f) Gestão dos municípios não habilitados;
- g) Formulação de uma política de assistência farmacêutica;
- h) Estabelecimento de normas complementares referentes a oferta e controle de da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, de tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais;
- i) Manutenção do cadastro de prestadores de serviço ao SUS;
- j) Cooperação técnica e financeira com os municípios no processo de descentralização, regionalização, hierarquização, ações de epidemiologia, controle de doenças, de vigilância sanitária, planejamento, controle, avaliação e auditoria;
- k) Estruturação e operação do Sistema Estadual de Auditoria;
- l) Integração entre as políticas de saneamento e de saúde;
- m) Coordenação de vigilância epidemiológica complementar, conforme pactuação com a Fundação Nacional de Saúde;
- n) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;
- o) Coordenação das atividades de vigilância sanitária no nível estadual;
- p) Execução da vigilância sanitária em municípios não habilitados;
- q) Execução das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária, exceto em municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal;
- r) Apoio logístico estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, de acordo com critérios estabelecidos pela CIT. (NOAS – SUS – 01/01)

Porém, a NOAS – SUS – 01/01 apresentou alguns pontos de conflito que dificultaram sua implementação. Um dos maiores problemas foi a formação do PDR e a pactuação do fluxo de atendimento da demanda dos municípios satélites para os municípios sede de módulo assistencial. Cada município satélite pode fixar seu fluxo de referência, de acordo com a oferta do município sede de módulo.

A NOAS – SUS – 01/01 previa que os municípios estivessem ligados a apenas um módulo assistencial, e, conseqüentemente, a um município sede de módulo. Além disso, o município somente poderia sediar um módulo, caso já estivesse ou se habilitasse na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, e os municípios satélites deveriam estar habilitados em Gestão Plena da Atenção básica.

Obviamente, da mesma forma que o município receberia a população a ele adscrita, receberia, também, o montante de recursos destinados ao atendimento dessa população.

Assim, a questão dos repasses financeiros, aliados ao fluxo engessado da demanda causou muitas discussões, gerando a necessidade de ajustes na Norma.

A NOAS – SUS – 01/01 estabelece um precedente, permitindo aos casos de municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, que possuam laboratório com capacidade de atendimento suficiente para a sua própria população, atende-la provisoriamente em seus territórios.

Embora a conformação política exija que os municípios sede de módulo sejam habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e os satélites, em Gestão Plena da Atenção Básica, as referências a serviços de Média Complexidade poderiam ser feitas a mais de um pólo, desde que estabelecidos os fluxos de referência, pactuação e disponibilidade de oferta.

Uma inovação da NOAS – SUS – 01/01 foi a publicação das condições de desabilitação dos municípios, caso descumpram com suas responsabilidades.

Para os municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, a desabilitação acontece, caso:

a) O município não alimente os bancos de dados por mais de 4 meses consecutivos;

- b) A cobertura vacinal seja menor que 70% do preconizado, para vacinas BCG, anti-poliomielite; anti-sarampo e Tríplice Bacteriana (DPT);
- c) o município apresente produção insuficiente, de acordo com os parâmetros definidos pelo MS, de alguns procedimentos básicos estratégicos;
- d) o município não firme o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;
- e) o município apresente irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo Sistema Estadual de Auditoria. (NOAS – SUS – 01/01)

Para os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, além dos fatores apresentados como regra de desabilitação para os municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, também serão desabilitados, caso descumpram o Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

Os estados serão desabilitados quando descumprirem qualquer das responsabilidades definidas para a forma de gestão a que estão habilitados.

Além da desabilitação a NOAS – SUS – 01/01 propõe algumas situações que impedem imediatamente o repasse de recursos fundo a fundo para municípios e estados. São eles:

- a) *“Não pagamento aos prestadores de serviço públicos ou privados sob sua gestão, até sessenta dias após apresentação da fatura pelo prestador;*
- b) *Falta de habilitação dos bancos de informações nacionais por dois meses consecutivos ou três meses alternados;*
- c) *Indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do Sistema Nacional de Avaliação, respeitando o prazo de defesa dos municípios envolvido”.* (NOAS – SUS – 01/01)

2.3.2 - A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS – SUS – 01/02.

A NOAS – SUS – 01/01 foi reeditada no início de 2002 (07/02/2002), após alguns entraves enfrentados em alguns estados, que impediram a implementação dessa versão da norma, como por exemplo, a

“dificuldade em estabelecer um comando único sobre os prestadores de serviços do SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais”. (NOAS – SUS – 01/02)

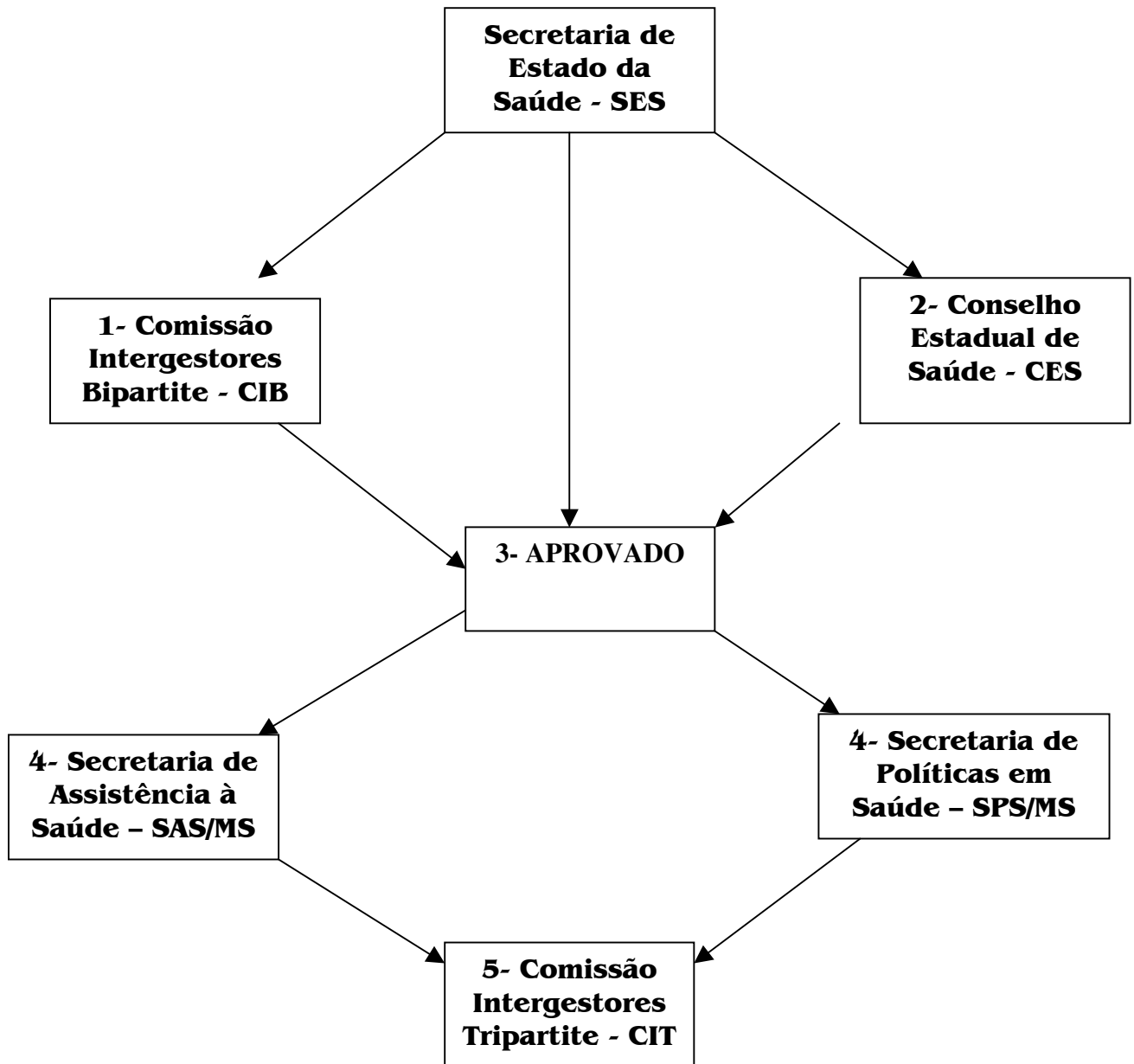
A NOAS – SUS – 01/02 propôs algumas mudanças no seu texto, a fim de solucionar tais dificuldades.

Logo na definição de módulo assistencial, a NOAS – SUS – 01/02, inclui os municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, como sendo, também sede de módulo, o que na NOAS – SUS – 01/01, só era permitido aos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal.

Informações mais detalhadas sobre a qualificação dos estados e Distrito federal sobre a elaboração do PDR, sua tramitação, requisitos e meios de verificação são dadas nessa Norma, antes de se falar em habilitação de estados e municípios.

Essas informações especificam que é responsabilidade do estado e Distrito Federal, a elaboração do PDR e estabelecem o fluxo de envio de documentos e instâncias de aprovação do Plano, conforme **Diagrama I** abaixo:

Diagrama I: Fluxo de envio de documentos e instâncias de aprovação do PDR.



Fonte: Elaboração própria, a partir da NOAS – SUS – 01/02

A Secretaria de Estado da Saúde - SES, responsável pela elaboração do PDR, o encaminha para a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Após sua aprovação, a CIB o encaminha ao Conselho Estadual de Saúde – CES. Aprovado nas duas instâncias estaduais, a SES o encaminha para a Secretaria de Assistência à Saúde - SAS/MS e para a Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/MS, que encaminham seus pareceres para a Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

A NOAS – SUS – 01/02 nomeia os procedimentos mínimos de Média Complexidade a serem ofertados pelos municípios sede de módulo assistencial.

Para tanto, os procedimentos de média complexidade são divididos, de acordo com uma metodologia de análise, apresentada no documento do Ministério da Saúde, chamado Relatório Final da Proposta para a Organização da Atenção de Média Complexidade Ambulatorial. (BRASIL (b), 2001)

Esse documento é a resultante de um estudo que classificou os procedimentos de Média Complexidade em três grupos, sendo chamados de Elenco de Procedimentos de Média Complexidade – 1, 2 e 3 (EPM-1, 2 e 3, respectivamente), de acordo com o nível de complexidade tecnológica e com os custos referentes ao procedimento.

Os municípios sede de módulo, portanto, como já estabelecido na NOAS – SUS – 01/01, devem ofertar uma cesta mínima de procedimentos (**ANEXO II**) de média complexidade como primeiro nível de referência municipal, com um financiamento baseado num valor per capita nacional mínimo, definido em portaria do Ministério da Saúde, diferente do que é apresentado na primeira versão da norma (pagamento por produção). Todo o processo de financiamento, apresentado pelas duas versões da NOAS é regido pela PPI.

Segundo a NOAS – SUS – 01/02, o financiamento dos procedimentos realizados pelos municípios sede de módulo sofre alterações em relação à primeira versão da Norma.

Primeiramente, a NOAS – SUS – 01/02 define a qualificação da região/microrregião:

“A qualificação compreende o reconhecimento formal da constituição das regiões/microrregiões, da organização dos sistemas funcionais de assistência à saúde e do compromisso firmado entre o estado e os municípios componentes dos módulos assistenciais, para a garantia do acesso de toda a população residente nesses espaços territoriais a um conjunto de ações e serviços correspondente ao nível de assistência à

saúde relativo ao M1, acrescidos de um conjunto de serviços com complexidade acima do módulo assistencial, de acordo com o definido no PDR". (NOAS – SUS – 01/02)

O recurso referente ao financiamento dos procedimentos listados no **ANEXO II**, procedimentos de M1, destinados à cobertura da população do município sede de módulo, acrescido do montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos seriam transferidos ao estado, fundo a fundo, quando o município sede de módulo estiver habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e ao próprio município sede de módulo, também fundo a fundo, quando ele estiver habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme obediência aos termos propostos na norma. (NOAS – SUS – 01/02)

O precedente aberto para municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, que possuem laboratórios, com capacidade suficiente para atendimento de sua própria população e que não seja sede de módulo, atender a sua própria população, foi mantido pela NOAS – SUS – 01/02.

Foi excluído o artigo que diz que não deve haver um município em dois módulos distintos. Isso significa que o acesso seria aumentado e facilitaria a construção do PDR, pois nem todos os municípios ofertam os serviços essenciais para a construção do PDR, conforme a idéia contida na NOAS – SUS – 01/01.

A definição dos papéis do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais é mantida pela NOAS – SUS – 01/02, porém a responsabilidade por serviços de alta complexidade seria passada ao município, quando ele estiver habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal e do gestor estadual nas demais situações.

A NOAS – SUS – 01/02 manteve a definição de Limite financeiro, como sendo *“o montante máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria*

e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI". (NOAS – SUS – 01/02)

A programação do Limite Financeiro deveria ser apresentada explicitando-se cada tipo de demanda. Para atendimento da população residente, sob gestão municipal ou estadual; para o atendimento das referências intermunicipais, outros recursos, etc.

Foi mantido o repasse do valor integral da população residente e da população referenciada, fundo a fundo, para os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, e o repasse para o fundo estadual para o caso de municípios habilitados, em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

À NOAS – SUS – 01/02 foi acrescido um item sobre a responsabilidade de cada nível de governo na garantia de acesso da população referenciada.

Basicamente, a NOAS – SUS – 01/02 não trouxe mudanças quanto às responsabilidades, requisitos, prerrogativas e desabilitação de estados e municípios.

As mudanças feitas na NOAS – SUS – 01/02 resultaram de muitas discussões sobre a prática da regionalização, a fixação dos fluxos de demanda dos municípios satélites para municípios sede de módulo, que foi objeto de muitas discussões e que impediram a implementação da NOAS – SUS – 01/01. Porém, ainda hoje, após cerca de dois anos de implementada a norma, o processo de adesão de estados e municípios não aconteceu por completo no país e as negociações entre estas entidades federadas e o Ministério da Saúde durante a administração de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2004) ficaram limitadas a questões de ordem financeira dissociadas de caráter técnico, a ponto de não haver avanços no processo

CAPÍTULO 3:

A Produção de Ações e Serviços de Média Complexidade no Âmbito do SUS 1998 – 2002

Para efeito de análise da implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), MELAMED & COSTA (2003) propuseram como metodologia para a avaliação do impacto produzido pelo PAB, a criação de cinco categorias que agrupam os municípios brasileiros; desconsideraram inicialmente a forma de habilitação a que os municípios haviam aderido a partir da NOB – SUS – 96, e tomaram como referência inicial a quantia que os municípios estavam recebendo a título de atenção básica em 1996, isto é, antes da instituição do novo piso pois foi suposto que os já habilitados como plena do sistema, em sua maior parte, por serem municípios de mais elevado porte populacional, não tiveram seus valores PAB significativamente alterados.

A esses grupos foi dado o nome de Grupos PAB. Sua classificação é vista na **Tabela 4**, abaixo. Usaremos essa mesma classificação para a parte do tratamento de dados que daremos à produção de serviços de média complexidade na presente dissertação.

Tabela 4 : Municípios brasileiros distribuídos por grupos PAB –1996

Grupos PAB 96	N.º Municípios	%
Grupo 1 (R\$ 0,0 a 3,00)	787	16.23
Grupo 2 (R\$ 3,01 a 7,00)	1399	28.86
Grupo 3 (R\$ 7,01 a 10,0)	1081	22.30
Grupo 4 (R\$ 10,01 a 20,0)	1436	29.62
Grupo 5 (R\$ + de 20,0)	145	2.99
Total	4848	100.00

Fonte: Melamed & Costa, 2003

Segundo a mesma pesquisa que deu origem ao artigo acima (Costa *et. al.*, 2002), os serviços de saúde correspondentes aos municípios dos Grupos PAB 1 e 2 foram os que mais apresentavam impacto positivo com a mudança na lógica de financiamento, conforme mostra a **tabela 5**.

Tabela 5: Distribuição de consultas por habitante/ano por grupo PAB 96 de 1998 a 2001

	1998	1999	2000	2001	% Var. 98-01
Grupo 1	0,70	0,83	0,90	1,01	43,0
Grupo 2	1,03	1,14	1,21	1,21	17,4
Grupo 3	1,31	1,37	1,44	1,45	10,5
Grupo 4	1,50	1,50	1,57	1,60	6,8
Grupo 5	1,59	1,61	1,52	1,63	2,6
NÃO CLASSIFICADOS	0,08	0,08	0,08	0,10	20,5
TOTAL	0,60	0,62	0,65	0,67	12,8

Fonte: Costa *et. al.*, 2002

Podemos ver que a maior variação no número de consultas aconteceu junto ao Grupo PAB 1, que recebia o menor valor per capita antes da mudança de política. A Segunda maior variação aconteceu no Grupo PAB 2, que recebia até R\$ 7,00 per capita.

Com o incremento constatado na produção de ações e serviços de saúde no campo da Atenção Básica, após a elevação “espontânea” da oferta pública desses serviços, supõe-se que tenha ocorrido um impacto sobre a demanda por consultas especializadas e exames complementares, que são classificados pelo Ministério da Saúde com procedimentos de Média Complexidade. Esta é a hipótese principal da presente dissertação.

A Organização Mundial de Saúde, propõe vários documentos de avaliação das políticas de saúde adotadas nos países desenvolvidos, e em desenvolvimento, comparando, inclusive os resultados alcançados. (WHO, 1978; 1997; 1999; 2002; 2003).

CASSEL (1995) *apud* WHO (1997), em estudos sobre a reforma no setor saúde de países desenvolvidos sugere seis categorias de componentes dos programas de reforma a serem considerados, para estudos de avaliação de políticas, saber: a) melhorar a qualidade do serviço público b) *descentralização* c) melhorar o funcionamento da componente nacional, reguladora do sistema de saúde d) *diversificação das formas de financiamento*; e) *Introduzir managed competition*; f) discutir formas de relacionamento entre o público e o privado. (WHO, 1997)

Para uma avaliação adequada dos efeitos de uma política, é necessário haver a descrição das mudanças adotadas, bem como identificar quais dessas mudanças podem ser atribuídas à adoção da nova política. (WHO, *op. cit., ant.*)

O primeiro passo no processo de avaliação das reformas é subsidiar uma descrição clara e detalhada (1) do contexto de fatores que dirigem a reforma; (2) a reforma, propriamente dita e seus objetivos, e (3) o processo pelo qual a reforma é ou está sendo implementada. Caso a política da reforma envolva a introdução de mecanismos que não sejam previamente utilizados, não haveria dúvidas de que esses indicadores refletem alguma mudança associada à reforma. (WHO, *op.cit, ant.*)

Além da análise descritiva é necessária a adoção de outros métodos para associar mudanças nos indicadores e na política. Dois tipos de métodos são apontados pelo documento da OMS:

- Estudos Longitudinais que comparam a mesma unidade de observação ao longo do período em que há mudanças na política.
- Estudos de Corte Transversal que comparam diferentes unidades de observação entre as quais há diferença na política adotada, simultaneamente .

O ideal, segundo o estudo, seria associar as duas técnicas. Os estudos longitudinais podem ser prospectivos ou retrospectivos. Porém, em ambos tipos de estudos, há dificuldades em encontrar indicadores que traduzam, de fato, os efeitos das políticas adotadas

Nesta dissertação, procuramos combinar metodologia de estudo longitudinal e de corte transversal. Na primeira dessas perspectivas, utilizamos dados correspondentes à evolução de ações e serviços de saúde produzidos entre 1998 e 2002. Na segunda, foi feita a análise comparativa da mesma série temporal, por regiões geográficas e Grupos PAB.

3.1 – Desenho do Estudo

Essa pesquisa tem o objetivo de analisar o impacto que a organização da assistência ambulatorial da Atenção Básica causou na assistência de Média Complexidade.

Como objetivos específicos, definimos:

1. Conhecer a política de financiamento proposta para as ações de Média Complexidade, para:
 - 1.1. Identificar o comportamento da demanda por serviços de Média Complexidade;
 - 1.2. Quantificar o comportamento da demanda para a Média Complexidade;
 - 1.3. Quantificar a oferta de serviços de Média Complexidade;
 - 1.4. Calcular a relação de impacto demanda/oferta de serviços.

A área de abrangência do estudo corresponde ao conjunto dos municípios do território brasileiro habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e que são sede de módulos assistenciais (510 municípios), categorizados por regiões geográficas do país e por grupos PAB..

Para efeito do estudo, definimos como município habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, os municípios que recebem verbas federais, fundo a fundo, para ações de Média Complexidade, pois, conforme a legislação, o repasse é feito somente após a publicação de uma portaria no Diário Oficial, oficializando a condição de habilitação e autorizando o repasse federal.

Por meio de uma consulta aos dados publicados no DATASUS, foi possível acessar os municípios que recebem verbas federais para ações de Média Complexidade (571 municípios), bem como definição de valores e ações executadas por eles. Desses, 61 municípios foram excluídos, por não serem sede de módulo assistencial.

Para a conformação das sedes de módulo assistencial foram utilizados os Planos Diretores de Regionalização (PDR) dos Estados habilitados numa das formas de Gestão, conforme a NOAS – SUS – 01/2002, aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite, e propostas de PDR realizada por técnicos da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde para os Estados ainda não habilitados.

Cada módulo assistencial é composto por um município sede de módulo e outros municípios satélites. Para efeito do estudo, foi calculada a população total do módulo assistencial, bem como a média de população que o município sede terá como referência para programação do atendimento, demonstrado no **Anexo III**.

No documento “Organização e Programação da Assistência: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar” (Brasil (b), 2001), consta que um módulo somente seria economicamente viável, ou seja, atenderia à proposta de otimização de recursos financeiros, caso tivesse população maior ou igual a 25 mil habitantes, porém, a partir de análise dos dados manipulados, observa-se que este critério não foi isso observado no momento da execução. (**Anexo III**).

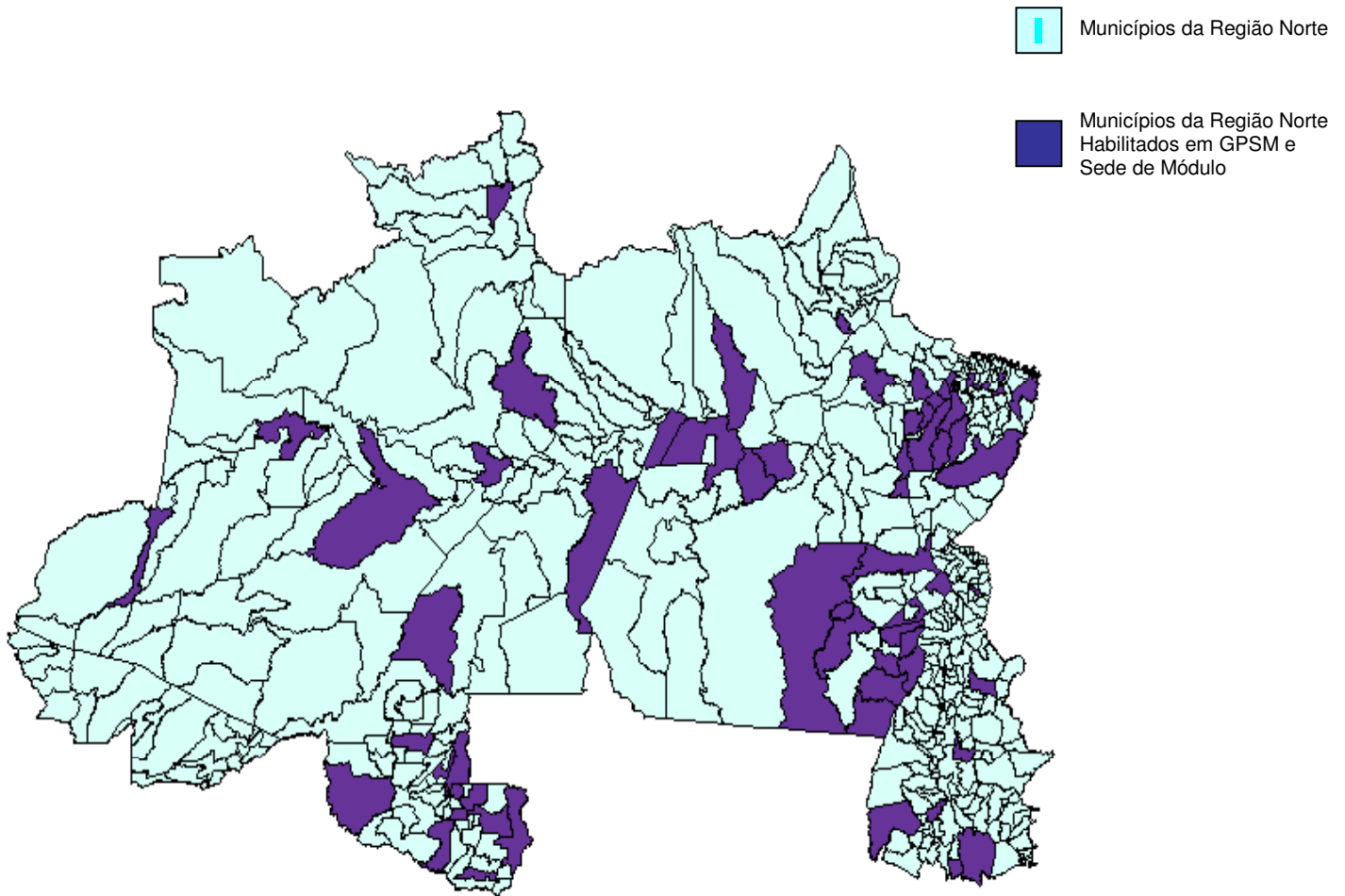
Cada município satélite, como demonstrado na discussão feita sobre a NOAS no capítulo 2, poderia encaminhar sua demanda e fazer parte de vários municípios sede de módulo assistencial. Um município poderia ser sede de módulo dele mesmo, não servindo como referência para outros municípios satélite, desde que atendesse aos seus munícipes, ofertando os serviços necessários, de acordo com os termos de compromisso, e com a pactuação entre gestores municipais.

Esta prática impossibilitou uma análise desagregada dos dados referentes às consultas e procedimentos de média complexidade. No entanto, a avaliação de impacto, conforme proposta entre os objetivos desta dissertação, foi passível de ser realizada a partir da análise da produção total de serviços tabulados por regiões e Grupos PAB.

Nem todos os estados brasileiros haviam passado pelo processo de adesão à NOAS até agosto de 2002. Segundo dados da CIT, até àquela data, apenas 01 estado estava habilitado em Gestão Avançada do Sistema Estadual, 12, em Gestão Plena do Sistema Estadual e 14 não estavam habilitados. (**Anexo IV**)

O **Mapa I** mostra os municípios da Região Norte habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e que são Sede de Módulo Assistencial.

Mapa I: Mapa dos Municípios da Região Norte Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que são Sede de Módulo Assistencial



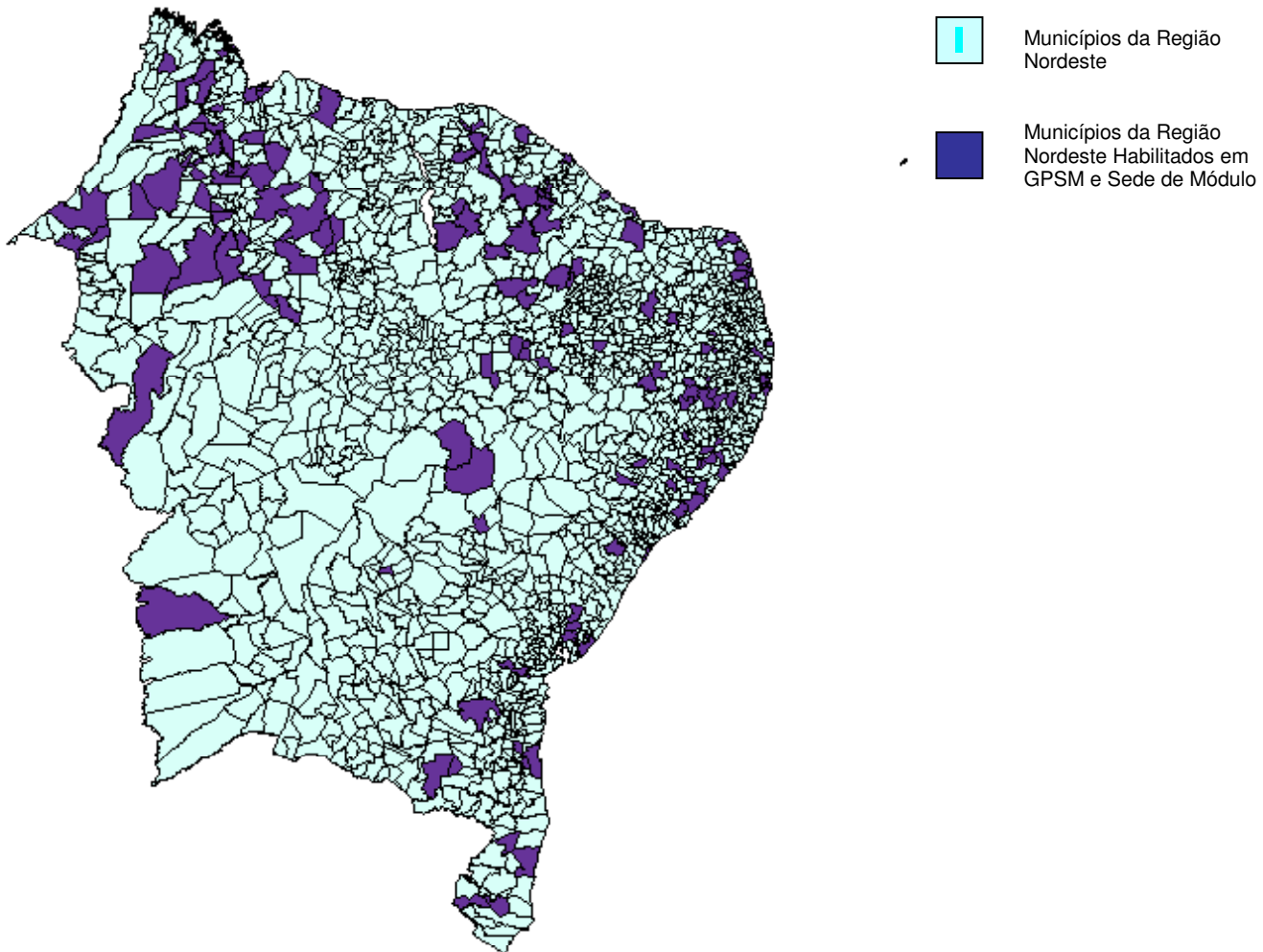
Fonte: Elaboração Própria

No mapa I Podemos observar que na Região Norte há concentração de municípios sede de Módulo em alguns pontos isolados, em detrimento de outros locais, salvaguardada a área da Floresta Amazônica. Alguns fazem divisa entre si Muitos municípios satélites vizinhos não têm nenhum município sede de módulo em sua proximidade. No caso dos procedimentos de M1, que são os de mais baixa complexidade dentro da Média Complexidade, por assim dizer, ficariam quase que inviabilizados pela distância entre os municípios. Aqui é notória a necessidade de uma organização espacial mais apropriada à realidade local. Não foi levado em conta, para a análise espacial, o acesso viário, seja por meio de rodovias, ferrovias, ou outro meio de transporte. Apenas a visualização da localização no mapa, nos permite supor que existem

problemas na conformação espacial dos módulos assistenciais. Essa análise merece ser tema de um trabalho de pesquisa, tendo em vista a importância do assunto para o cumprimento dos mecanismos de referência e contra-referência, apontados na NOAS – SUS – 01/01 e 01/02.

O **Mapa II** mostra os municípios da Região Nordeste habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e que são Sede de Módulo Assistencial.

Mapa II: Mapa dos Municípios da Região Nordeste Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que são Sede de Módulo Assistencial

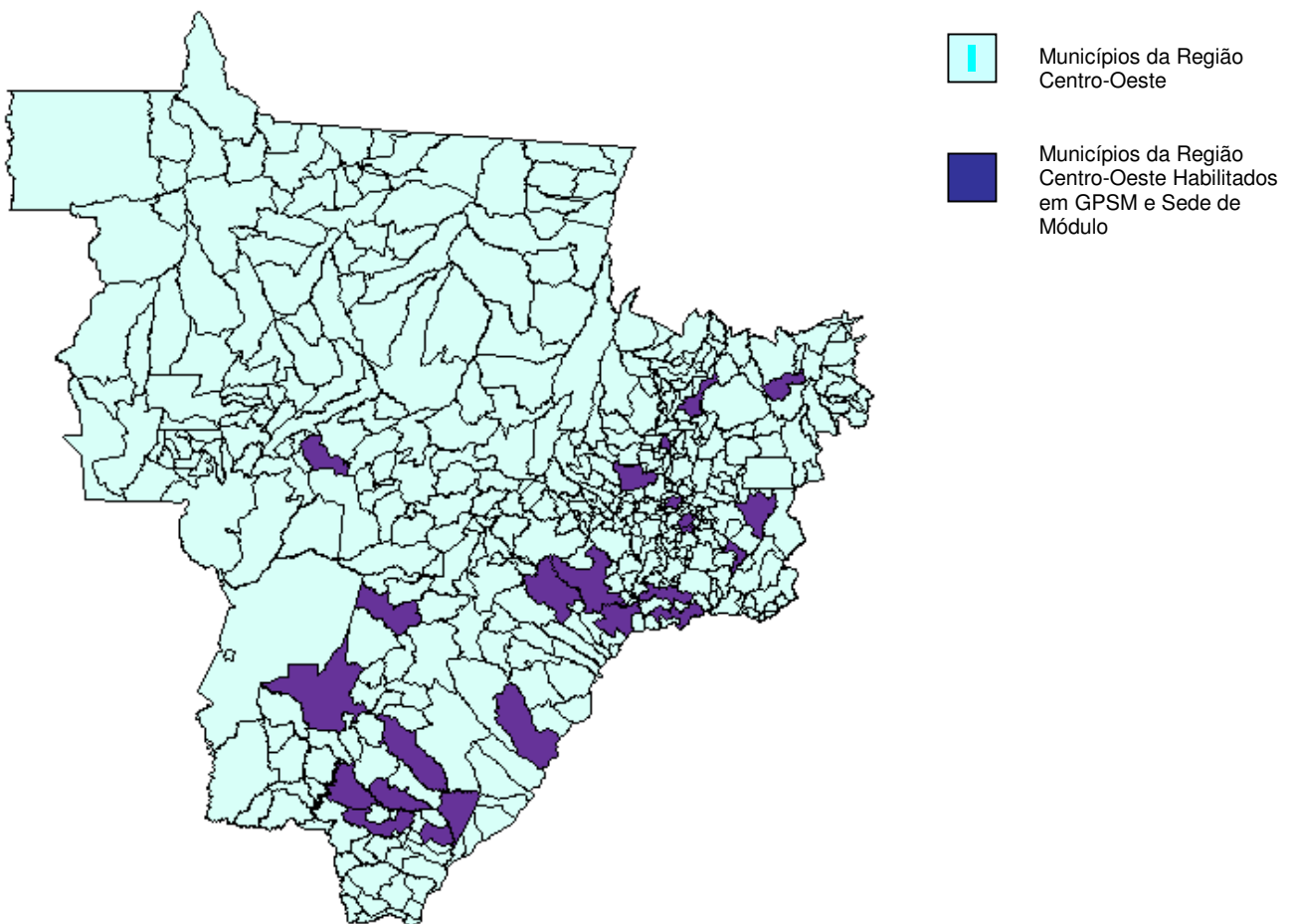


Fonte: Elaboração própria

A evidência aqui é que a área do sertão nordestino não apresenta municípios que produzem procedimentos de Média Complexidade, o que indica a necessidade de deslocamento por parte da população para obter acesso aos serviços de saúde de Média Complexidade. Novamente fica configurada a necessidade de intervenção do Ministério da Saúde, a fim de prover assistência adequada a essa área, já que um dos propósitos da NOAS é facilitar o acesso, atendendo os princípios da acessibilidade e integralidade

O **Mapa III** mostra os municípios da Região Centro-Oeste habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e que são Sede de Módulo Assistencial.

Mapa III: Mapa dos Municípios da Região Centro - Oeste Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que são Sede de Módulo Assistencial

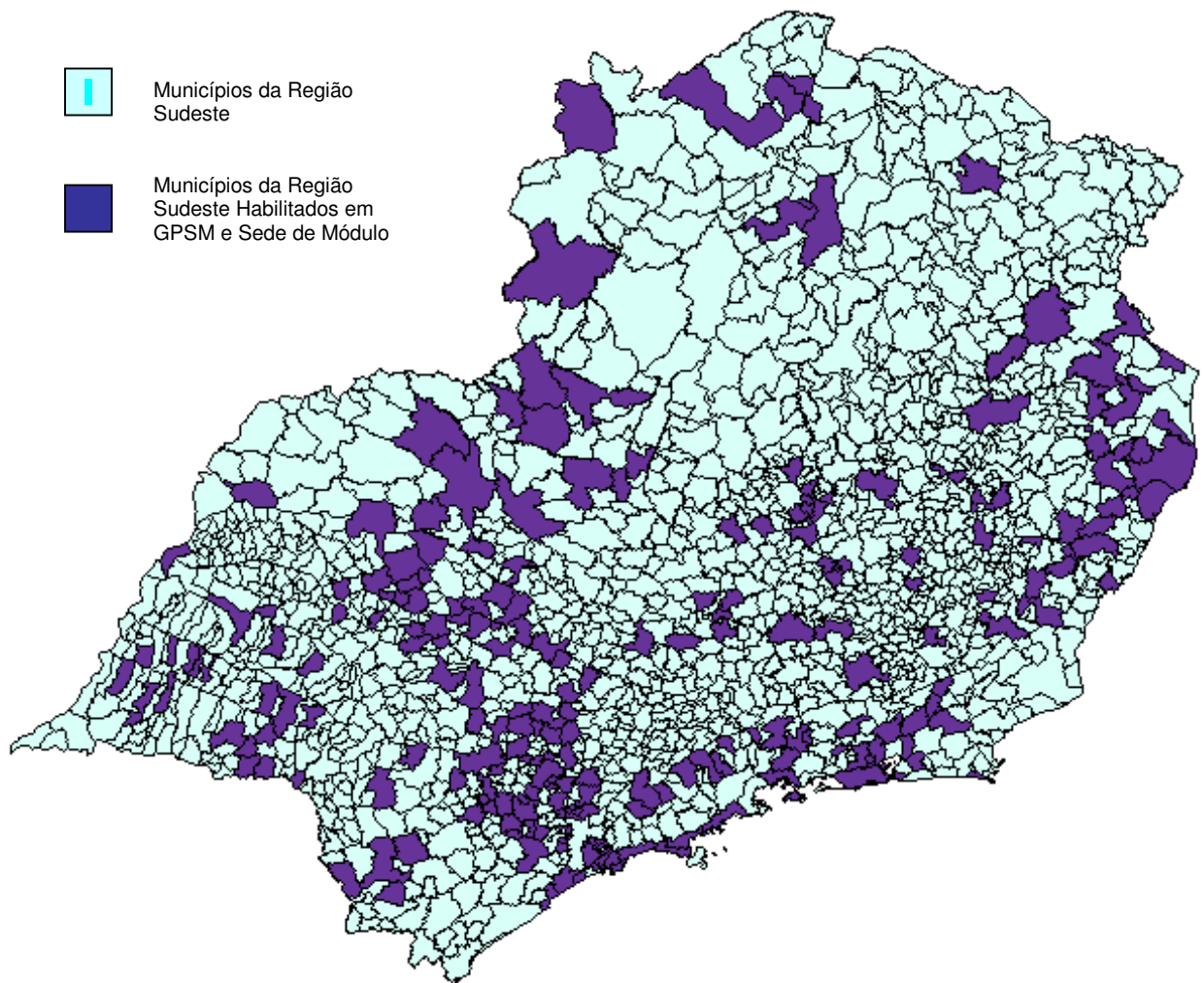


Fonte: Elaboração própria

Novamente aqui, temos uma região muito ampla sem a presença de sedes de módulo habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica.

O **Mapa IV** mostra os municípios da Região Sudeste habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e que são Sede de Módulo Assistencial.

Mapa IV: Mapa dos Municípios da Região Sudeste Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que são Sede de Módulo Assistencial



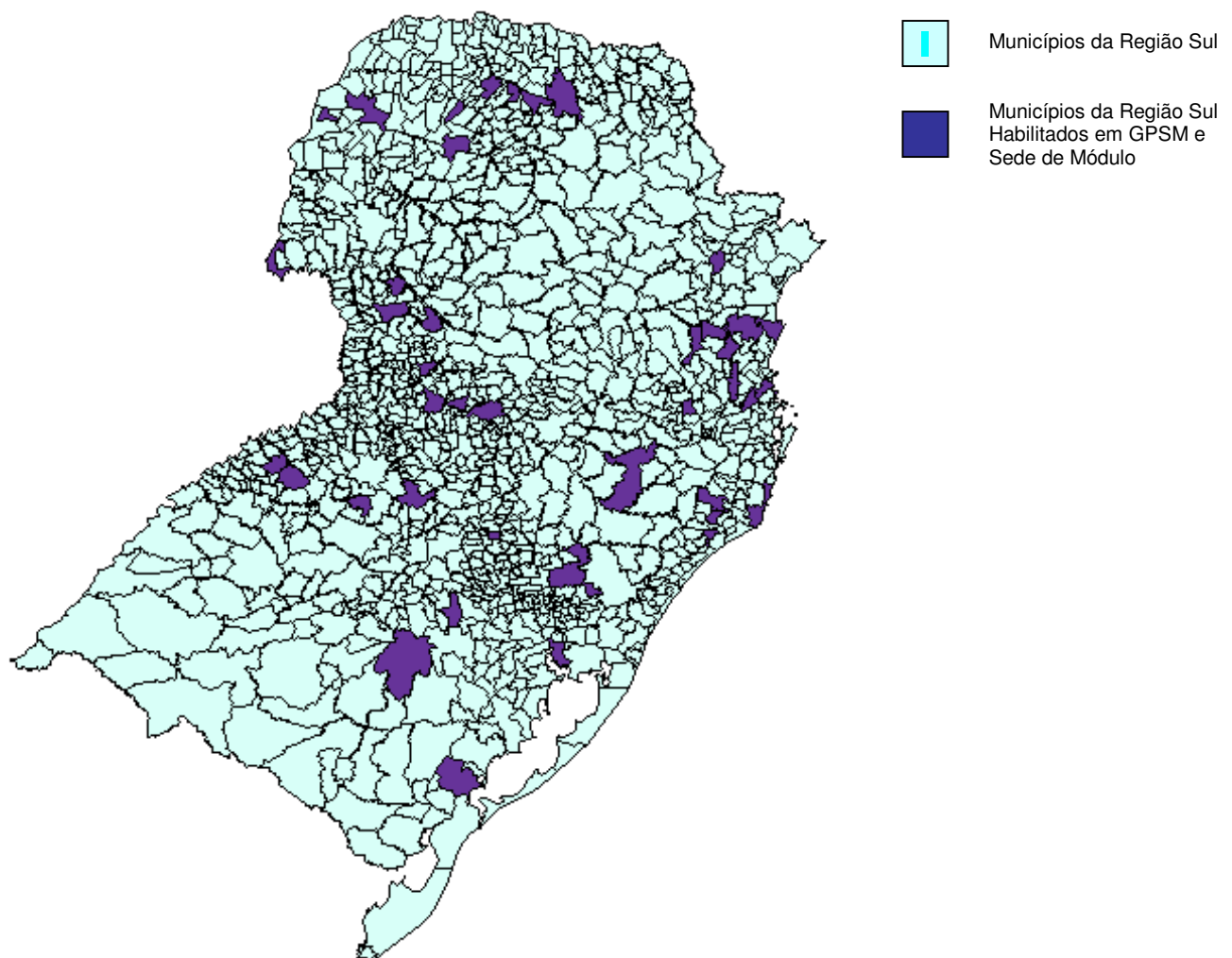
Fonte: Elaboração própria

Aqui é evidente a deficiência de oferta de serviços de Média Complexidade no estado de Minas Gerais, com menor concentração de municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e sede de módulo assistencial. Muitos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal são vizinhos, e sem municípios satélite a sua volta. A NOAS permite que municípios sejam

habilitados como sede de módulo deles mesmos, desde que sejam capazes de suprir a demanda para seus municípios, porém não serviriam de referência para municípios satélites. Isso pode influenciar a análise espacial da distribuição dos municípios sede de módulo. O objetivo final da NOAS é promover a referência e a contra-referência entre os municípios, permitindo a continuidade e a integralidade da assistência.

O **Mapa V** mostra os municípios da Região Sul habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e que são Sede de Módulo Assistencial.

Mapa V: Mapa dos Municípios da Região Sul Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal que são Sede de Módulo Assistencial



Fonte: Elaboração própria

O mapa da região Sul evidencia uma grande área descoberta por municípios habilitados em Média Complexidade e que são sede de módulo assistencial.

O que fica claro, através da visualização das áreas nos mapas é que a disposição geográfica dos municípios sede de módulo, responsáveis pelo atendimento de Média Complexidade está muito distante dos municípios ao seu redor, possivelmente, seus satélites. Isso dificulta o acesso.

Há que se considerar que a distância, a organização do município e a cooperação entre eles, é decisiva para o sucesso do fluxo de encaminhamento dos pacientes.

Podemos supor, pela visualização do mapa, que a escolha dos municípios sede de módulo foi afetada por outros fatores que não a disposição geográfica

O período de referência adotado para o estudo foram os anos de 1998 a 2002, inclusive. A consolidação da implantação da NOB – SUS – 01/96 aconteceu em 1998, promovendo a mudança na forma de financiamento das ações de Atenção Básica, a partir dessa data, levando a supor que houve incremento na oferta pública desses serviços. Além disso, muitas equipes de Saúde da Família foram implantadas a partir de 1999. Isso pressupõe uma atenção diferenciada e uma cobertura maior, produzindo um maior número de consultas, aumento no diagnóstico de doenças e, conseqüentemente, maior necessidade de exames laboratoriais complementares.

Em 2002, foi publicada a segunda versão da NOAS (Brasil (b), 2002, incrementando a proposta de regionalização da assistência, prevendo a implantação dos municípios sede de módulo assistencial, que seriam os responsáveis pela oferta de ações de Média Complexidade. Além disso a NOAS – SUS – 01/02 propõe mudanças na forma de financiamento da assistência de Média Complexidade e na habilitação dos Estados e municípios, conforme exposição feita no capítulo 2. Dessa forma, o período de 1998 a 2002 torna-se rico em fatores sugestivos de mudanças no SUS, passíveis de análise.

3.2 - A Regionalização e os Parâmetros de Avaliação para a Construção da PPI

O processo de construção da Programação Pactuada Integrada é necessário para a implementação da reversão do modelo assistencial citado no capítulo 2 desse trabalho.

Por meio das práticas de programação da demanda, a assistência poderia abranger um maior número de pessoas, com ações específicas, voltadas para a realidade da população, bem como tornaria mais equânime a distribuição dos recursos financeiros, antes concentrados nos estados de maior produção, reforçando ainda mais as desigualdades, uma vez que a remuneração era por produção. Ou seja, aquele município ou estado que produzisse mais, receberia mais, investiria mais, e, conseqüentemente, produziria mais, reforçando o ciclo.

Já o município ou estado que apresentasse menor capacidade instalada, receberia menor aporte de recursos, dificultando os investimentos para a melhoria do atendimento, tornando seu crescimento inviável.

Segundo o Ministério da Saúde, a programação de demanda em nosso país é realizada através de um processo de análise da série histórica de produção de serviços, em contraposição à análise das médias históricas de concentração per capita (BRASIL (b), 2001).

Esse processo foi utilizado para a construção de índices que pudessem substituir a Portaria INAMPS nº 3.046, de 20 de julho de 1982. A pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, resultou na Consulta Pública nº 01 de 08 de dezembro de 2000, que permaneceu em estudos até abril de 2001. Os resultados finais dessa pesquisa foram publicados na Portaria 1.101/GM, de 12 de junho de 2002. (BRASIL (e), 2002)

Dessa forma, os parâmetros são a base de referência quantitativa para análise da produção efetivamente realizada.

Ainda, para efeito dessa dissertação, foi realizada uma pesquisa nos endereços eletrônicos da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS, e da Organização Mundial de saúde – OMS. Os documentos encontrados tratam do processo de avaliação, metodologia de coleta e análise de dados, formas e metodologias de programação e problemas encontrados para a programação. Alguns trabalhos utilizam estudos de caso para obterem os fatores descritos, e para tratar do *“Health Impact Assessment (HIA)”*. (WHO, 1997; 1999; 2002 (a); 2002 (b); 2003).

Abaixo listamos alguns indicadores de saúde propostos pela OMS e OPAS, que também permeiam os Pactos da Atenção Básica, PPI e PPI da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD):

- *“Prevalence and death rates associated with malaria;*
- *Proportion of population in malaria risk areas using effective malaria prevention and treatment measures;*
- *Prevalence and death rates associated with tuberculosis;*
- *Proportion of tuberculosis cases detected and cured under Directly Observed Treatment, Short-course (DOTS);*
- *HIV prevalence among pregnant women aged 15 to 24 years;*
- *Percent of population with sustainable access to an improved water source, urban and rural;*
- *Condom use rate of the contraceptive prevalence rate;*
- *Number of children orphaned by HIV/AIDS;* (WHO, 2003)

Foi importante perceber, embora não se tenha notícias dos índices adotados internacionalmente, que o Brasil incorporou, no processo de pactuação (PPI) a convenção de indicadores aceitáveis para os padrões internacionais. Isso permite a comparação da produção dos serviços de saúde no país, colocando - o no *“ranking”* mundial.

Através do estudo de indicadores, é possível a comparação de vários serviços de saúde.

A Organização Mundial de Saúde propõe a discussão de alguns indicadores (*“allocative efficiency, technical efficiency, equity in access to care, equity in finance e financial sustainability”*) como sendo indicadores de avaliação de políticas de saúde. (WHO, 1997)

CAPÍTULO 4:

Produção Ambulatorial dos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e Sede de Módulo Assistencial

O Ministério da Saúde apresenta a produção ambulatorial por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Esta é usada para fins de controle, avaliação e auditoria, além de pesquisas.

A quantidade apresentada significa o número de procedimentos executados pelo município, podendo exceder ao teto, cabendo ao gestor municipal o gerenciamento dos recursos para cobrir os excedentes. Dessa forma, a quantidade apresentada representa a realidade do quantitativo de procedimentos executados pelos municípios.

Sendo assim, para essa pesquisa, foram utilizados dados secundários de produção de procedimentos ambulatoriais dos municípios disponíveis através desse Sistema.

A Tabela de Procedimentos utilizada pelo SIA/SUS inclui uma infinidade de códigos, sendo necessário o apontamento de procedimentos que representassem a produção de Média Complexidade.

Alguns procedimentos são tidos como básicos para o diagnóstico e tratamento de doenças em consultas de Atenção Básica, sendo esse um primeiro critério para a escolha.

A partir do estudo do Relatório Final da Proposta para a Organização da Atenção de Média Complexidade Ambulatorial (BRASIL (d), 2002), constatou-se que os procedimentos de Média Complexidade estavam classificados em três grupos, sendo chamados de Elenco de Procedimentos de Média Complexidade – 1, 2 e 3 (EPM-1, 2 e 3, respectivamente).

O segundo critério foi a escolha de procedimentos que estavam classificados em EPM 1, 2 e 3, que fossem necessários para o diagnóstico de doenças em

consultas de Atenção Básica. Sendo assim, foram escolhidos alguns exames e consultas especializadas.

O passo seguinte, foi a consulta à uma médica, doutoranda do CPpAM, para que os procedimentos de maior expressão numérica que representassem procedimentos básicos em consultas de Atenção Básica fossem escolhidos, chegando-se ao elenco de procedimentos abaixo:

Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 1 – EPM 1:

Exames Complementares :

- Bioquímica:

- 11.011.20 – Glicose.

- Coprologia:

- 11.032.07 – Parasitológico (Métodos de Concentração).

- Hematologia:

- 11.043.20 – Hemograma completo.

- Microbiologia:

- 11.112.05 – cultura de urina com contagem de colônias.

- Urina:

- 11.142.14 – Pesquisa de Elementos Anormais/Sedimento na urina.

- Radiodiagnóstico:

- 13.052.03 – Tórax: P. A.
- 13.052.03 – Tórax: P. A. e perfil.

- Exames ultra-sonográficos:

- 14.012.01 – Ultra-sonografia obstétrica.

Consultas Médicas:

- Atendimento Médico em Urgência e Emergência: 07.011.01

Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 2 – EPM 2:

Consultas Médicas:

- Consulta em cardiologia: 07.012.05

- Consulta em Cirurgia Geral: 07.012.07

- Consulta em Oftalmologia: 07.012.25
- Consulta em Ortopedia: 07.012.26
- Consulta em Psiquiatria: 07.012.30

Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 3 – EPM 3:

- Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial: 17.032.03
- Eletroencefalografia: 17.061.01

Para a coleta de dados referentes a esses procedimentos, os códigos eram o ponto de partida para a geração dos dados de produção, porém foi necessária uma adequação dos códigos, pois *“no período entre 1995 e 2000, a tabela nacional de procedimentos do SIA/SUS sofreu grandes mudanças, tanto na composição dos procedimentos, havendo acréscimos e subdivisões e/ou agrupamentos, quanto na estrutura dos códigos que passou de 3 para 8 dígitos”* (Sá, 2002).

Em contato com o Ministério da Saúde, toda a produção ambulatorial referente aos procedimentos e série histórica escolhidos foi nos enviada para continuidade da pesquisa e revisada no ano de 1999. Como o período de referência adotado foi de 1998 a 2002, tornou-se necessária a correlação dos códigos dos procedimentos escolhidos, a fim de conseguir maior fidedignidade aos dados capturados no ano de 1999. Após contato com o autor supracitado, a correlação dos códigos foi realizada.

Foram excluídos os procedimentos abaixo, devido a ausência de correspondência na nova tabela:

- Radiodiagnóstico:
 - 13.052.03 – Tórax: P. A.
- Imunologia:
 - 11.061.59 – VDRL (quantitativo)

Após a adequação os códigos escolhidos são:

Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 1 – EPM 1:

Exames Complementares :

- Bioquímica:

- 11.011.20 – Glicose.

- Coprologia:

- 11.032.07 – Parasitológico (Métodos de Concentração).

- Hematologia:

- 11.043.20 – Hemograma completo.

- Microbiologia:

- 11.112.05 – cultura de urina com contagem de colônias.

- Urina:

- 11.142.14 – Pesquisa de Elementos Anormais/Sedimento na urina.

- Radiodiagnóstico:

- 13.052.03 – Tórax: P. A. e perfil.

- Exames ultra-sonográficos:

- 14.012.01 – Ultra-sonografia obstétrica.

Consultas Médicas:

- Atendimento Médico em Urgência e Emergência: 07.011.01

Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 2 – EPM 2:

Consultas Médicas:

- Consulta em cardiologia: 07.012.05

- Consulta em Cirurgia Geral: 07.012.07

- Consulta em Oftalmologia: 07.012.25

- Consulta em Ortopedia: 07.012.26

- Consulta em Psiquiatria: 07.012.30

Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 3 – EPM 3:

- Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial: 17.032.03

- Eletroencefalografia: 17.061.01

Ainda assim, foram necessários ajustes. Para a comparação dos dados coletados aos parâmetros adotados na consulta pública, foram necessários novos ajustes na escolha dos dados, para que fosse possível a sua tabulação.

Novos dados foram capturados sendo tabulados por ano de competência (pagamento), por meio do software de tabulação de dados do Ministério da saúde, disponível no site www.datasus.gov.br.

Os dados de 2002 não puderam ser coletados diretamente pela internet (tabnet) por conter uma forma de apresentação diferente (mês de apresentação).

Os dados de abril de 2002 em diante estão ainda contabilizados segundo a portaria SAS/SPS Nº 46, de 27/03/2003, ou seja, segundo o mês de recebimento das informações. A portaria SAS nº 103, de 09/05/2003, restabelece o critério anterior, segundo o mês de pagamento (também chamado de mês de competência). Assim, os dados de janeiro de 2002 em diante estão sendo reprocessados segundo este critério e serão recarregados brevemente.

Dessa forma, os procedimentos escolhidos para representação do grupo de procedimentos de Média Complexidade foram modificados, pois os parâmetros estão voltados para os grandes grupos de procedimentos, e não para procedimentos específicos, como detalhado acima. Sendo assim, os grupos finais escolhidos foram:

GRUPO 02 – Ações Médicas Básicas

GRUPO 07 – Procedimentos realizados por profissionais Médicos e outros Profissionais de Nível Superior e Profissionais de Nível Médio

GRUPO 11 – Patologia Clínica

GRUPO 13 – Radiodiagnóstico

GRUPO 14 – Exames Ultra-Sonográficos

Total de Consultas Médicas

Consultas Médicas Especializadas

Os grupos 02, 07, 14 e as consultas médicas especializadas não foram utilizados nesse estudo, por consistirem num volume acentuado de dados.

Para melhor visualização e entendimento, as variáveis adotadas no estudo foram resumidas no **Quadro 9**.

QUADRO 9: Resumo das definições e categorizações das principais variáveis estudadas.

Variável	Definição	Categorização
Período de Referência	Período em que os procedimentos foram realizados e registrados no SIA/SUS	1998 a 2002
Lugar	Local onde o procedimento foi realizado	Municípios do Brasil identificados pelo código do IBGE (5581 municípios).
Sedes de Módulo Assistencial	Municípios sede de módulo assistencial, conforme PDR's Estaduais.	Ver descrição dos municípios sede de módulo no Anexo I (1639 municípios)
Grupos PAB	Municípios agrupados conforme padrão de transferência de recursos PAB	Grupo 1 – R\$ 0,00 a R\$ 3,00 Grupo 2 – R\$ 3,01 a R\$ 7,00 Grupo 3 – R\$ 7,01 a R\$ 10,00 Grupo 4 – R\$ 10,01 a R\$ 20,00 Grupo 5 – + de R\$ 20,00
Procedimentos Ambulatoriais	Procedimentos ambulatoriais apresentados (ações e/ou atividades) registrados por códigos específicos pela tabela SIA/SUS	Ver lista de procedimentos acima

Fonte: elaboração própria.

Além dos dados apresentados abaixo, outros procedimentos (consultas especializadas, ultra-sonografia, ações médicas especializadas, procedimentos realizados por profissionais médicos e outros profissionais de nível superior e profissionais de nível médio) fizeram parte dos dados coletados.

As variáveis consideradas no estudo foram: a produção de consultas totais, a produção de exames de patologia clínica, e radiodiagnóstico.

Esses procedimentos foram tomados como *proxy* da forma como se apresentam a oferta/demanda de serviços de Atenção Básica e Média Complexidade, no âmbito do SUS.

O resultado de uma consulta básica, em uma parcela significativa das vezes, é a solicitação de exames complementares. As consultas representam, em nosso estudo, o principal procedimento de Atenção Básica. Já os exames complementares estão representados pelos exames de patologia clínica e de radiodiagnóstico. Os exames complementares estão classificados, pela tabela do SIA/SUS, como procedimentos de Média Complexidade.

Como parâmetros de referência para análise da produção ambulatorial dos municípios considerados no universo da pesquisa, usaremos os índices de produção, único parâmetro oficial para o país, publicados na consulta pública de 2002 (Portaria 1.101/GM, de 12 de junho de 2002).

Esses índices foram estabelecidos em função do número de consultas/habitante/ano. Para as consultas básicas, a portaria 1.101/02 GM preconiza de 2 a 3 consultas/habitantes/ano. Para os exames de patologia clínica é preconizado que o número ideal corresponderá de 30 a 50% do número de consultas básicas. Já para os exames de radiodiagnóstico, é preconizado de 5 a 8% do número de consultas básicas.

Nesse estudo utilizamos os valores de 30% do número de consultas, como parâmetro para os exames de patologia clínica e 5% do número de consultas, para os exames de radiodiagnóstico.

Utilizamos a estatística descritiva para o tratamento dos dados e comparação entre a produção e o parâmetro adotado pela Port. GM 1.101/02

Para efetuar a estatística descritiva do total de consultas, foi calculada a média de consultas totais distribuídas pela média de população do município sede de módulo assistencial. O município sede de módulo, segundo a NOAS – SUS – 01/02, ficaria responsável pela oferta de um elenco mínimo de procedimentos

de média complexidade suficientes para o atendimento de sua população, bem como para o atendimento da população dos municípios satélites, a ele ligado.

No caso dos procedimentos de patologia clínica e radiodiagnóstico, foram utilizados, respectivamente, os parâmetros, subordinados ao número de consultas por habitante/ano. Logo após, foi calculado o número esperado de procedimentos, pela porcentagem do número de consultas totais, e subtraída a produção apresentada. Esse valor corresponde a variação de procedimentos realizados em torno do parâmetro estabelecido em consulta pública. Os resultados estão demonstrados nos gráficos e tabelas abaixo.

Dessa forma, a **Tabela 6** apresenta os cálculos estatísticos gerais da tabulação e análise descritiva dos dados de consultas totais do Brasil e das Regiões geográficas do país.

Pode-se constatar que a média de consultas totais, divididas pela média de população que os municípios sede de módulo deverão atender, já incluídas a sua própria população foi de 5,11 para 1998 e 5,31 para 2002.

Isso representa quase o dobro de consultas preconizadas pela Portaria GM 1101/02, que é de 2 a 3 consultas/habitante/ano.

Não fez parte dos objetivos do trabalho a avaliação da qualidade do serviço oferecido. Embora, os estudos longitudinais incluam a avaliação da qualidade do serviço, não haveria tempo hábil para o tratamento adequado do assunto numa dissertação de mestrado.

Se o aporte de recursos promoveu esse aumento no número de consultas, pode-se supor que há a necessidade de melhoria no planejamento da assistência, de forma a atender, de fato, ao que está preconizado na NOB – SUS – 1996 e NOAS – SUS – 01/02.

Outro fator que nos chama a atenção é o fato de que a variação entre as médias é quase nula, o que sugere a negação de que a política de implantação

do Piso de Assistência Básica - PAB tenha surtido alguma efeito sobre os resultados de produção do país, no sentido de uma alocação mais equânime de recursos.

Isso é um fator importante, ainda que isolado, pois se supõe que houve avanço no processo de financiamento, até então o maior ponto de críticas apontado pelos autores consultados (BRAGA & PAULA, 1981; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; CORDEIRO, 1991; LEVCOVITZ; 2001; ANDRADE, 2001, entre outros.)

Análises mais detalhadas dos dados, e comparações com dados de financiamento poderiam nos dar maior certeza do comportamento dos resultados da política implantada no país desde 1998.

A **Tabela 6** também nos mostra que a maior parte dos municípios produz mais de 3 consultas por habitante/ano (3,28 em 1998 e 3,61 em 2002). Isso fica claro através do cálculo da mediana, que mostra o número que divide a amostra em duas partes iguais.

Da mesma forma, observamos que 25% dos municípios produzem menos que 2,07 (1998) e 2,38 (2002) de consultas, confirmando a elevada produção de consultas no país.

Quando analisada por região, a produção de consultas encontrada, demonstra que, embora apresente a menor produção do país (2,32 em 1998 e 3,15 em 2002), a Região Norte apresentou um bom desempenho dentro dos parâmetros preconizados pela Portaria GM 1101/02.

A Região Centro-Oeste foi a que apresentou um desempenho maior que o dobro preconizado pela consulta pública (8,21 em 1998 e 8,48 em 2002), seguido pelas regiões Sul (7,15 em 1998 e 7,45 em 2002), Sudeste (5,59 em 1998 e 5,61 em 2002) e Nordeste (4,33 em 1998 e 4,47 em 2002). Ainda assim, todas as regiões apresentaram um bom desempenho em número de consultas totais, por média de população do módulo assistencial.

Tabela 6: Estatística descritiva de consultas totais pela média de população dos municípios sede de módulo assistencial - Brasil e por Região 1998-2002

	Brasil		Região Norte		Região Nordeste		Região Sudeste		Região Centro-Oeste		Região Sul		
	Consultas Totais - 1998	Consultas Totais - 2002	Consultas Totais - 1998	Consultas Totais - 2002	Consultas Totais - 1998	Consultas Totais - 2002	Consultas Totais - 1998	Consultas Totais - 2002	Consultas Totais - 1998	Consultas Totais - 2002	Consultas Totais - 1998	Consultas Totais - 2002	
N	510	510	65	65	145	145	232	232	44	44	24	24	
Média	5,11	5,31	2,32	3,15	4,33	4,47	5,59	5,61	8,21	8,48	7,15	7,41	
Erro Padrão da Média	0,24	0,24	0,35	0,40	0,40	0,36	0,34	0,36	1,15	1,24	1,28	1,19	
Mediana	3,28	3,61	1,57	2,41	2,87	3,06	3,92	3,89	4,78	5,05	4,76	5,66	
Desvio Padrão	5,36	5,44	2,79	3,23	4,84	4,35	5,18	5,51	7,62	8,20	6,26	5,85	
Variância	28,78	29,59	7,79	10,45	23,45	18,94	26,84	30,35	58,05	67,22	39,18	34,24	
Intervalo	46,30	55,40	19,58	23,88	35,86	35,77	45,27	54,33	27,17	35,74	26,60	22,67	
Mínima	0,19	0,18	0,19	0,35	0,38	0,18	1,21	1,25	1,25	1,02	0,95	0,93	
Máxima	46,49	55,58	19,76	24,23	36,24	35,95	46,49	55,58	28,42	36,76	27,55	23,60	
Percentis													
	25	2,07	2,38	0,81	1,60	1,54	1,93	2,58	2,87	2,38	2,91	2,71	2,90
	50	3,28	3,61	1,57	2,41	2,87	3,06	3,92	3,89	4,78	5,05	4,76	5,66
	75	5,72	5,99	3,03	3,93	5,12	5,26	6,14	6,49	12,82	11,67	9,65	9,65

Fonte: DATASUS

Tabela 7: Estatística descritiva das consultas totais dos municípios sede de módulo assistencial por Grupo PAB 1998 - 2002

	GPAB 1		GPAB 2		GPAB 3		GPAB 4		GPAB 5		
	Consultas Totais - 1998	Consultas Totais - 2002	Consultas Totais - 1998	Consultas Totais - 2002	Consultas Totais - 1998	Consultas Totais - 2002	Consultas Totais - 1998	Consultas Totais - 2002	Consultas Totais - 1998	Consultas Totais - 2002	
N	31	31	132	132	144	144	184	184	13	13	
Média	2,62	3,42	3,36	4,12	5,14	5,29	6,88	6,62	5,07	4,49	
Erro Padrão da Média	0,82	0,83	0,23	0,28	0,43	0,45	0,48	0,49	0,78	0,77	
Mediana	0,91	1,86	2,49	3,35	3,24	3,29	4,54	4,32	4,15	3,61	
Desvio Padrão	4,56	4,64	2,63	3,19	5,20	5,35	6,57	6,70	2,81	2,78	
Variância	20,77	21,57	6,94	10,17	27,07	28,64	43,16	44,94	7,90	7,72	
Intervalo	19,58	23,81	14,29	22,06	26,64	30,60	45,40	54,85	9,55	9,97	
Mínima	0,19	0,42	0,38	0,18	0,91	0,64	1,08	0,73	2,29	1,78	
Máxima	19,76	24,23	14,68	22,24	27,55	31,24	46,49	55,58	11,84	11,74	
Percentis	25	0,50	1,23	1,63	2,21	2,23	2,27	2,75	2,73	3,02	2,49
	50	0,91	1,86	2,49	3,35	3,24	3,29	4,54	4,32	4,15	3,61
	75	2,78	3,15	4,39	4,88	5,59	6,30	8,26	8,41	6,36	5,54

Fonte: DATASUS

Quando a produção é analisada por Grupos PAB (**Tabela 7**), percebe-se que os grupos PAB 1 e 2, foram os que tiveram, de fato (GPAB 1: 2,62 em 1998 e 3,42 em 2002; GPAB 2: 3,36 em 1998 e 4,12 em 2002), maior elevação na produção ambulatorial de consultas totais. Ainda assim, a produção é maior ou igual ao parâmetro preconizado. Os outros grupos não apresentam variações significativas e mantêm uma alta produção (todos acima de 4,49)

Os grupos PAB 4 e 5, tiveram ligeira queda na média de procedimentos (GPAB 4: 6,88 em 1988 e 6,62 em 2002; GPAB 5: 5,07 em 1998 e 4,49 em 2002).

Os Grupos PAB 1 e 2 são representados por municípios que receberam maior aporte de recursos, proporcionalmente, em relação ao valor que recebiam anteriormente à implantação do PAB. Os grupos PAB 4 e 5 são representados por municípios mais estruturados, que recebiam maior recursos e com maior população. (CAVALCANTI, P.; SÁ, D. A.; MELAMED, C, 2002)

Isso confirma os achados de Melamed & Costa (2003), que afirmam que os municípios com menores valores alocados na atenção básica no momento pregresso a adoção da nova política foram os que obtiveram melhores resultados após a reorganização da assistência ambulatorial.

Ainda assim, a mediana mostra que os municípios do Grupo PAB 1 mantêm uma produção abaixo do preconizado (0,91 em 1998 e 1,86 em 2002), ainda que tenham conseguido duplicá-la, no período estudado, conforme demonstra o **Gráfico 1**.

A representação dos dados por meio de gráficos Box Plot se deu pela possibilidade de associação de várias informações no mesmo gráfico.

O gráfico Box Plot

“portrays the range and the quartiles of the data, possibility some outliers. The box contains the central 50% of the distribution, from the lower quartile to the upper quartile. The median is marked by a line drawn within the box. The line extending from the box are called whiskers. These extend to the maximum and minimum values, unless there are outliers. (...) Box Plots are

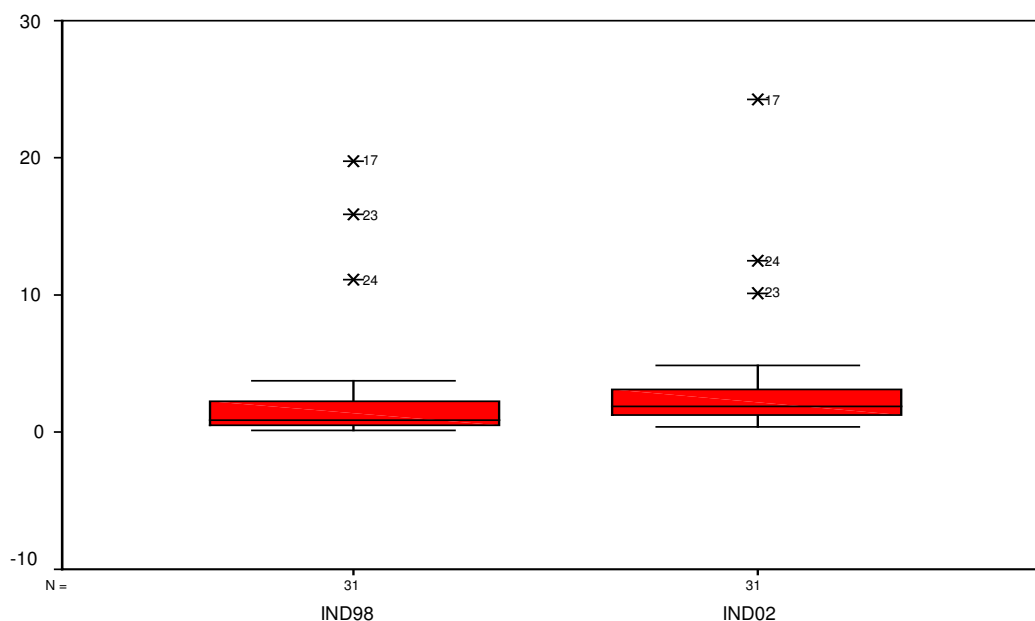
particularly useful for comparing two distributions side by side". (AGRESTI, A.; FINLAY, B,)

A definição de percentil é adotada como sendo *"a number such that p% of the scores fall below it and (100 – p)% fall above it"*. Assim, *"The 25th percentile is called the lower quartile. The 75th percentile is called the upper quartile. The lower quartile is the median for the observations that fall below the median, that is, for the bottom half of the data. The upper quartile is the median for the observations that fall above the median, that is, for the upper half of the data"*. (AGRESTI, A.; FINLAY, B, op.cit.ant.)

A mediana *"is usually more appropriate when the distribution is highly skewed. (...) the mean can be greatly affected by outliers, whereas the median is not"*. Portanto, tanto a mediana, quanto a média são boas medidas de comparação, não fugindo ao padrão da análise. (AGRESTI, A.; FINLAY, B, op.cit.ant.)

A curva de distribuição normal inclui 95% das observações entre os percentis 25 e 75 (*lower and upper*, respectivamente), sendo que 2,5% das observações à esquerda e à direita podem ser considerados *outliers*, após estudos que os confirmem como tal. (AGRESTI, A.; FINLAY, B, op.cit.ant.)

Uma observação é considerada outlier *"if it falls more than 1,5 IQR above the upper quartile or more than 1,5 IQR below the lower quartile"*. IQR (*interquartile range*) *"is another range-type statistic for describing variation. It is defined as the difference between the upper and lower quartiles"*. (AGRESTI, A.; FINLAY, B, op.cit.ant.)

Gráfico 1: BoxPlot da produção ambulatorial de consultas totais do Grupo PAB 1, 1998 – 2002

Fonte: Elaborado a partir das estatísticas descritivas da coleta de dados do Datasus

A **Tabela 8** demonstra um crescimento abundante do número de procedimentos de Radiodiagnóstico. A média de procedimentos é altíssima, passando do dobro na Região Norte (2.696 em 1998, e 7.219 em 2002), e mantendo uma tendência de aumento, próximo do dobro para as outras regiões.

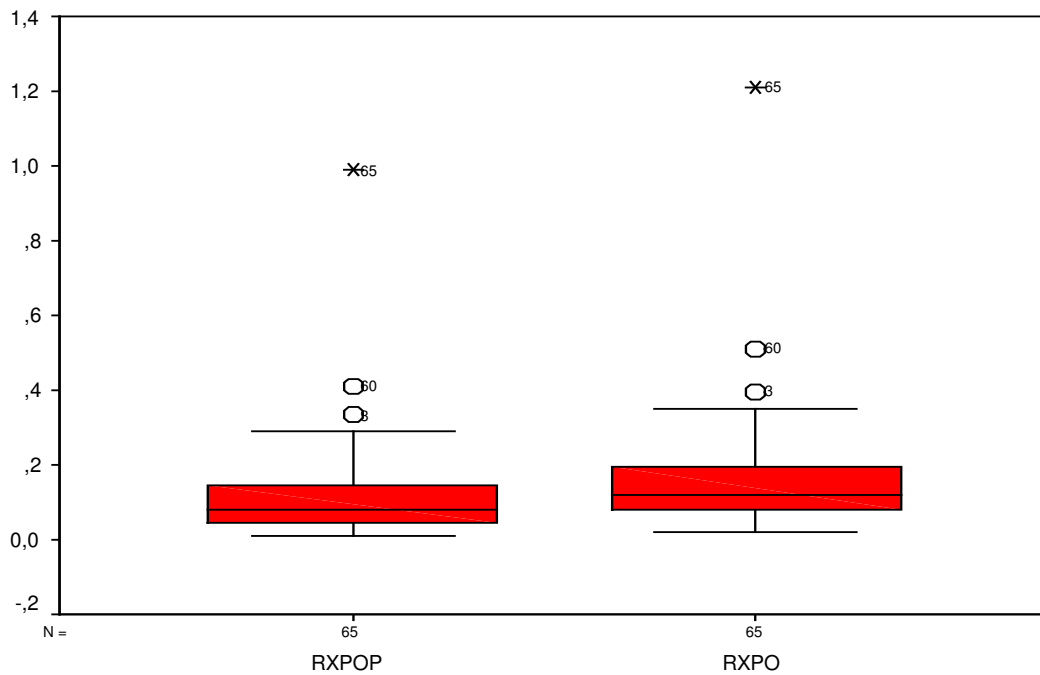
Os municípios das Regiões Norte e Nordeste apresentaram um crescimento suficiente (Região Norte: - 384 em 1998 e 2144 em 2002; Região Nordeste: - 384 em 1998 e 1067 em 2002) para tornar positivo o índice relativo entre a produção do procedimento e a sua diferença em relação ao parâmetro preconizado pela Portaria 1101/02.

O percentil 25, demonstra que as Regiões Norte e Nordeste, tiveram aumento em sua produção, porém permaneceram com índices de produção negativos, conforme observamos nos **Gráficos 2 e 3**.

Para o radiodiagnóstico, a portaria 1101/02 aponta o parâmetro de 5 a 8% do número total de consultas. Pode-se observar, portanto, que a produção desse

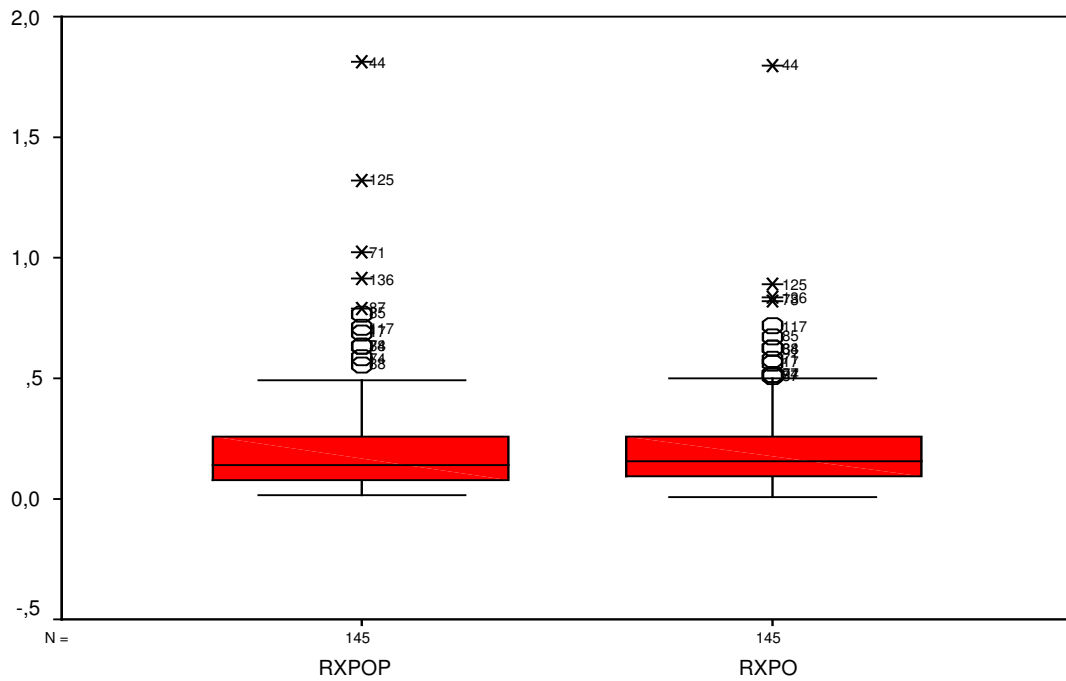
procedimento vinha sendo realizada abaixo do preconizado pela portaria. Tal fato pode ser explicado pela complexidade de manutenção do procedimento, uma vez que requer equipamentos dispendiosos, com a necessidade de salas preparadas com proteção contra a radiação e a necessidade de mão de obra qualificada para a operação do equipamento. Além disso, custo de manutenção do equipamento é alto.

Gráfico 2: BoxPlot da produção de procedimentos de Radiodiagnóstico por Região Norte – 1998 - 2002



Fonte: Elaborado a partir das estatísticas descritivas da coleta de dados do Datasus

Gráfico 3: BoxPlot da produção de procedimentos de Radiodiagnóstico por Região Nordeste – 1998 – 2002



Fonte: Elaborado a partir das estatísticas descritivas da coleta de dados do Datasus

Tabela 8: Estatística descritiva da produção ambulatorial de Radiodiagnóstico em relação ao parâmetro oficial por REGIÕES do país - 1998/2002

	<i>Região Norte</i>		<i>Região Nordeste</i>		<i>Região Sudeste</i>		<i>Região Centro Oeste</i>		<i>Região Sul</i>		
	<i>Radiodiag nóstico - 1998</i>	<i>Radiodiag nóstico - 2002</i>	<i>Radiodiag nóstico - 1998</i>	<i>Radiodiag nóstico - 2002</i>	<i>Radiodiag nóstico - 1998</i>	<i>Radiodiag nóstico - 2002</i>	<i>Radiodiag nóstico - 1998</i>	<i>Radiodiag nóstico - 2002</i>	<i>Radiodiag nóstico - 1998</i>	<i>Radiodiag nóstico - 2002</i>	
N	65	65	145	145	232	232	44	44	24	24	
Média	2.696	7.219	7.944	14.171	24.995	36.748	27.749	38.796	15.628	28.493	
Desv Pad da Média	1.834	2.041	2.660	4.646	5.269	7.190	11.018	13.414	11.599	15.494	
Mediana	-384	2144	-384	1067	5893	10591	6216	10271	3383	5555	
Desvio Padrão	14.786	16.454	32.026	55.951	80.253	109.521	73.084	88.977	56.824	75.905	
Percentis	25	-2043	-40	-1895	-794	942	2737	883	3657	-1130	66
	50	-384	2144	-384	1067	5893	10591	6216	10271	3383	5555
	75	2.310	7.315	4.722	6.053	22.325	33.938	26.717	36.675	11.253	18.904

Fonte: Datasus

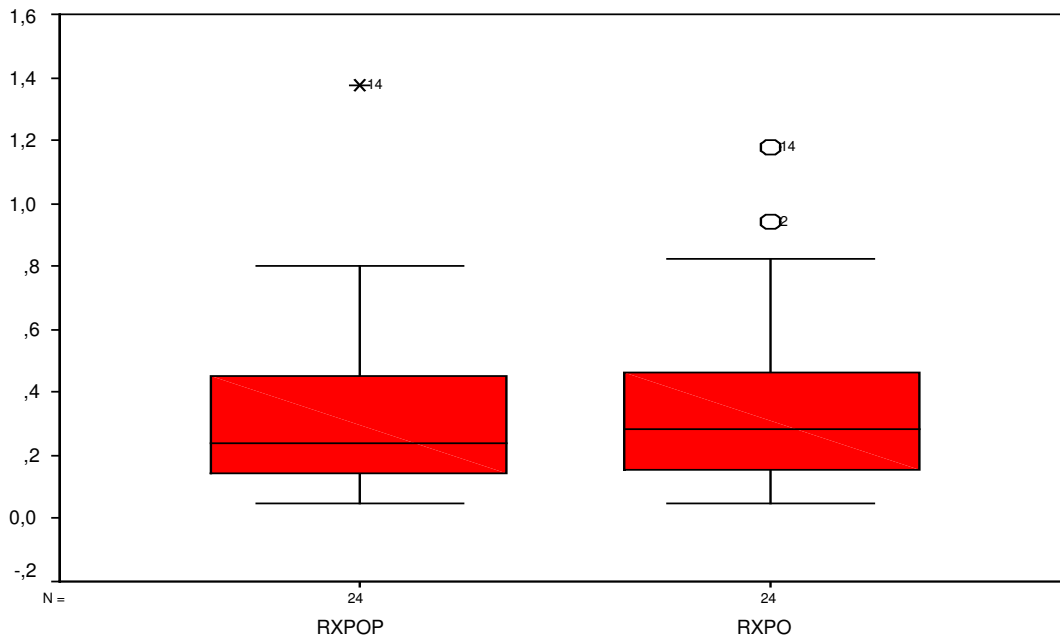
Tabela 9: Estatística descritiva da produção ambulatorial de Radiodiagnóstico em relação ao parâmetro oficial por GRUPOS PAB - 1998/2002

	GPAB 1		GPAB 2		GPAB 3		GPAB 4		GPAB 5		
	Radiodia gnóstico - 1998	Radiodiag nóstico - 2002	Radiodiag nóstico - 1998	Radiodiag nóstico - 2002	Radiodiag nóstico - 1998	Radiodiag nóstico - 2002	Radiodiag nóstico - 1998	Radiodiag nóstico - 2002	Radiodiag nóstico - 1998	Radiodiag nóstico - 2002	
N	31	31	132	132	144	144	184	184	13	13	
Média	2.638	7.957	11.964	21.246	17.275	25.947	23.308	33.275	21.151	38.883	
Desv Pad da Média	2.4115	3.375	6.841	10.401	2.974	3.817	5.273	6.531	17.263	30.294	
Mediana	-706	1439	957	2368	5189	8737	4204	6767	1458	3858	
Desvio Padrão	13.424	18.794	78.600	119.499	35.693	45.805	71.533	88.600	62.242	109.229	
Percentis	25	-1431	-207	-1313	61	-78	1355	-209	2215	-1023	-55
	50	-706	1439	957	2368	5189	8737	4204	6767	1458	3858
	75	579	6.235	9.463	10.628	19.920	34.963	14.751	22.999	6.464	14.142

Fonte: Datasus

Da mesma forma, 25% dos municípios da Região Sul obtiveram índice negativo em 1998 (- 1130), porém o aumento foi suficiente para positivar o índice. O **Gráfico 4** mostra o desempenho da Região 4.

Gráfico 4: BoxPlot da produção de procedimentos de Radiodiagnóstico por Região Sul – 1998 – 2002



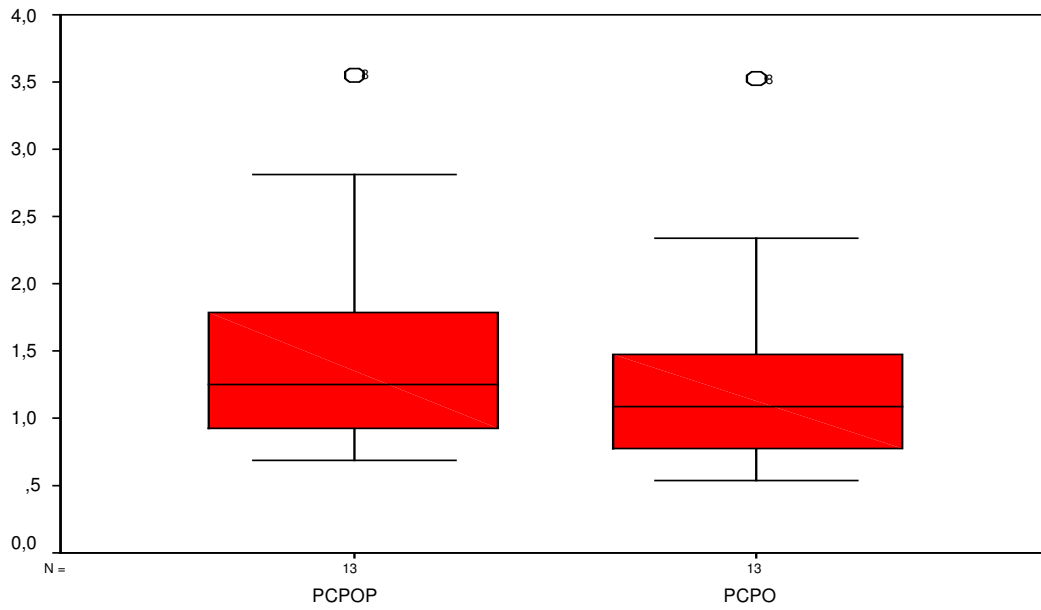
Fonte: Elaborado a partir das estatísticas descritivas da coleta de dados do Datasus

Analisando o comportamento da produção de procedimentos de radiodiagnóstico por Grupo PAB, vemos que nada difere do comportamento apresentado por Região, ou seja, o aumento é significativo.

O que chama a atenção é que em 1998, o percentil 25 é negativo para todos os grupos PAB. Isso nos permite supor um reflexo positivo da implantação do PAB.

Com relação aos procedimentos de Patologia Clínica, observamos comportamento semelhante aos procedimentos de radiodiagnóstico, conforme a **Tabela 10**. Porém a produção em 1998 não é negativa, ou seja, estava acima do valor preconizado pela portaria

Gráfico 5: BoxPlot da produção de procedimentos de exames de Patologia Clínica por Grupo PAB 5 – 1998 – 2002



Fonte: Elaborado a partir das estatísticas descritivas da coleta de dados do Datasus

Tabela 10: Estatística descritiva da produção ambulatorial de exames de patologia clínica por REGIÕES do país - 1998/2002

	Região Norte		Região Nordeste		Região Sudeste		Região Centro-Oeste		Região Sul		
	<i>Proced.em rel. ao parâm. 1998</i>	<i>Proced. em rel. ao parâm. 2002</i>	<i>Proced.em rel. ao parâm. 1998</i>	<i>Proced. em rel. ao parâm. 2002</i>	<i>Proced.em rel. ao parâm. 1998</i>	<i>Proced. em rel. ao parâm. 2002</i>	<i>Proced.em rel. ao parâm. 1998</i>	<i>Proced. em rel. ao parâm. 2002</i>	<i>Proced. em rel. ao parâm. 1998</i>	<i>Proced. em rel. ao parâm. 2002</i>	
N	65	65	145	145	232	232	44	44	24	24	
Média	62.064	104.891	106.637	171.818	135.523	223.793	187.800	283.814	117.194	189.358	
Desv Pad da Média	28.059	39.538	27.661	46.946	43.965	64.141	83.516	118.866	68.740	93.973	
Mediana	19.794	40.817	17.231	29.285	17.433	46.519	23.096	44.356	14.359	25.965	
Desvio Padrão	226.215	318.764	333.079	565.302	669.652	976.962	553.983	788.466	336.756	460.373	
Percentis											
	25	3.144	13.072	1.525	8.209	2.302	13.372	5.261	9.775	3.552	10.521
	50	19.794	40.817	17.231	29.285	17.433	46.519	23.096	44.356	14.359	25.965
	75	45.995	87.707	61.199	86.864	71.235	138.877	118.747	223.229	46.337	66.691

Fonte: Datasus

Tabela 11: Estatística descritiva da produção ambulatorial de exames de patologia clínica por GRUPOS PAB - 1998/2002

	GPAB 1		GPAB 2		GPAB 3		GPAB 4		GPAB 5		
	<i>Proced.em rel. ao parâm. 1998</i>	<i>Proced. em rel. ao parâm. 2002</i>	<i>Proced.em rel. ao parâm. 1998</i>	<i>Proced. em rel. ao parâm. 2002</i>	<i>Proced.em rel. ao parâm. 1998</i>	<i>Proced. em rel. ao parâm. 2002</i>	<i>Proced.em rel. ao parâm. 1998</i>	<i>Proced. em rel. ao parâm. 2002</i>	<i>Proced.em rel. ao parâm. 1998</i>	<i>Proced. em rel. ao parâm. 2002</i>	
N	31	31	132	132	144	144	184	184	13	13	
Média	33.775	77.877	119.987	198.751	96.097	159.116	153.620	235.567	227.151	431.441	
Desv Pad da Média	21.425	32.005	67.600	100.443	18.695	27.490	36.371	50.972	215.118	404.191	
Mediana	5.151	27.866	19.689	34.069	23.075	49.876	19.711	42.188	4.648	4.233	
Desvio Padrão	119.288	178.195	776.661	1.154.001	224.336	329.881	493.357	691.422	775.619	1.457.330	
Percentis											
	25	-3743	13288	3695	11416	3511	17804	2759	8046	-7384	-3719
	50	5.151	27.866	19.689	34.069	23.075	49.876	19.711	42.188	4.648	4.233
	75	23.191	57.745	53.463	109.970	81.578	146.553	71.503	121.609	39.627	66.052

Fonte: Datasus

Com a implantação do PSF, a tendência é o número de exames aumentar, tendo em vista que mais pessoas serão atendidas, na área adscrita, pelo início dos trabalhos se caracterizarem por uma fase de diagnóstico. Na fase de controle da população, a tendência é que a solicitação de exames diminua. Porém os dados não mostram queda, mas sim um uma tendência ao aumento do procedimento.

O que chama a atenção é o fato de que 25% dos municípios do Grupo PAB 1 apresentam produção negativa em 1998 (- 3743). Porém o seu crescimento é digno de nota (-3743 em 1998 e 13.288 em 2002).

Além disso, o percentil 25 do grupo PAB 5, demonstra um índice negativo em 1998 em 2002 (-7384 em 1998 e -3719 em 2002), apesar de ter sofrido um grande crescimento em sua produção. Isso pode ser visto também no **Gráfico 5**.

Capítulo 6: Conclusões

Esta dissertação pretende ser uma pequena contribuição ao debate urgente e necessário sobre a quantidade e a qualidade de serviços produzidos pelo Sistema Único de Saúde.

Partimos, no primeiro capítulo, da definição de oferta e demanda de serviços em saúde para caracterizar as condições em que, sob o ponto de vista econômico, se analisa a produção neste setor. Vimos que o processo político substituiu as regras de mercado no que se refere ao volume, o tipo e a qualidade de bens a serem produzidos pelo governo.

Três escolhas básicas determinam a organização da saúde e serviços médicos. A primeira é relacionada à quantia que será dispendida em saúde e serviços médicos e à composição destes serviços. A segunda refere-se à seleção dos melhores métodos para produzir serviços médicos. A terceira corresponde à seleção de um método que distribua serviços de saúde entre a população. As duas primeiras escolhas estão relacionadas com questões de eficiência econômica, a terceira com equidade no uso de serviços de saúde.

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) definem, em tese, a disposição generosa da sociedade brasileira em financiar o sistema de saúde de acordo com os ideais da universalização, descentralização, integralidade na assistência e equidade.

Sob o ponto de vista da questão do financiamento *stricto sensu*, o movimento pela reforma sanitária no Brasil destacava duas grandes bandeiras – o fim da remuneração por produção e a necessidade de municipalização traduzida pela descentralização do financiamento federal.

Há, na literatura sobre financiamento da saúde no Brasil, uma infinidade de referências relativas à concentrada aplicação de recursos federais nas áreas

mais ricas do País que teoricamente acentuariam desigualdades ao invés de minorá-las (MELAMED, 2000).

Nestes estudos, quase sempre toma-se como unidade de análise dados correspondentes às regiões geográficas e estados da federação, sendo ambos pré-definidos como ricos e pobres. Trabalha-se com indicadores excessivamente abrangentes, tais como: relação de profissionais de saúde e/ou número de leitos per capita, etc. na ausência de uma sintonia mais fina direcionada à apuração do quadro municipal, palco, de fato, da política de saúde brasileira a partir dos anos 90 e que em nossa compreensão, se observado mais de perto, descaracterizaria a divisão entre “regiões/estados ricos X regiões/estados pobres” tornando as conclusões necessariamente menos generalizáveis e dependentes de análises mais complexas, baseadas em um conjunto mais amplo de variáveis.

Outra área vulnerável da bibliografia existente torna-se nítida quando se relaciona dispêndios per capita em saúde, somados às transferências federais e afirma-se que estes apresentam baixo grau de correlação com o produto interno bruto per capita de cada estado, concluindo-se apressadamente que o governo federal não tem orientado a distribuição das transferências aos estados baseando-se em critérios de equidade ou de necessidade de recursos. (ver, *op. Cit*, Médici, 2001)

Na maior parte das avaliações realizadas, até o momento, para o caso brasileiro, tem-se ignorado, por exemplo, o peso do setor de saúde privado em cada região ou estado, o grau de dependência da população do sistema SUS, em seus diversos níveis de atenção, qual a parcela dos serviços de saúde ofertados financiados por recursos municipais próprios, em que medida a capacidade fiscal municipal afeta o gasto em saúde, como diferentes municípios se consorciam na oferta de diferentes serviços e, por último, como a capacidade gerencial expressa pelo poder de atração de transferências mais volumosas vêm impactando a produção de serviços e os principais indicadores de saúde em cada município.

Também, durante a fase de estudos que antecedeu a criação do Piso de Atenção Básica – PAB (1997-1998) foi reforçada a tese de que a distribuição dos dispêndios federais com procedimentos ambulatoriais - incluindo os de alta e média complexidade - acompanhava o quadro de concentração de renda e as desigualdades sociais. Contudo, não foi constatada relação significativa entre o montante per capita dos recursos federais transferidos para atenção básica e os indicadores de saúde selecionados. Além disso, observou-se que não havia uniformização e avaliação de qualidade dos dados sobre atenção básica a serem usados como base para a construção dos indicadores de saúde a serem coletados pelos municípios.

O presente estudo pretende chamar a atenção para uma grande lacuna na bibliografia que discute e avalia programas de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS. São raros os trabalhos que tornam explícitas questões relativas à quantia dispendida em saúde e serviços médicos, a composição destes serviços, métodos alternativos para produzi-los, quantidades de capital e equipamento empregadas relativas às quantidades e tipos de trabalho empregados na provisão dos serviços.

Em nossa compreensão para que ocorra uma mudança de qualidade na avaliação de programas de saúde, tão necessária, é fundamental a proliferação de trabalhos com base empírica e de caráter nacional para que seja possível a composição de um quadro crítico mais realista de quais são os principais problemas que envolvem hoje o sistema de saúde em nosso país, procurando transformar os ideais constitucionais em projetos e programas que os aproxime da realidade.

Neste sentido, consideramos a presente pesquisa uma pequena contribuição de caráter quantitativo que pretende reforçar no departamento das ciências sociais da ENSP iniciativas de pesquisa envolvendo estatística aplicada.

Sendo assim, apresentamos a seguir os principais achados da presente pesquisa.

As variáveis consideradas no estudo foram: a produção de consultas totais, a produção de exames de patologia clínica, e radiodiagnóstico para efeito da análise do impacto da produção ambulatorial da Atenção Básica sobre a Média Complexidade entre 1998 e 2002.

Esses procedimentos foram tomados como *proxy* da forma como se apresentam a oferta/demanda de serviços de Atenção Básica e Média Complexidade, no âmbito do SUS.

Nesta dissertação, procuramos combinar metodologia de estudo longitudinal e de corte transversal. Na primeira dessas perspectivas, utilizamos dados correspondentes à evolução de ações e serviços de saúde produzidos entre 1998 e 2002. Na segunda, foi feita a análise comparativa da mesma série temporal, por regiões geográficas e Grupos PAB.

MELAMED & COSTA (2003) definem Grupos PAB como sendo grupos classificados a partir de recursos financeiros recebidos a título de implantação do Piso de Atenção Básica

A Portaria GM 1.101, de 12 de junho de 2002 serviu de parâmetro para a análise da produção de procedimentos que constam dos dados coletados na pesquisa, por ser o instrumento mais atual produzido pelo Ministério da Saúde.

Quando a produção é analisada por Grupos PAB, percebe-se que os grupos PAB 1 e 2, foram os que tiveram, de fato, maior elevação na produção ambulatorial de consultas totais (GPAB 1: 2,62 em 1998 e 3,42 em 2002; GPAB 2: 3,36 em 1998 e 4,12 em 2002). Ainda assim, a produção é maior ou igual ao parâmetro preconizado. Os outros grupos não apresentam variações significativas e mantêm uma alta produção (todos acima de 4,49), confirmando a hipótese de que houve um aumento de demanda para a Média Complexidade em consequência da ampliação da Atenção Básica.

Outro achado importante é o elevadíssimo número de consultas produzidas (5,11 em 1998 e 5,31 em 2002), atingindo quase que o dobro de

procedimentos preconizados pelo parâmetro nacional de consultas por habitante/ano (2 a 3 consultas/hab/ano).

Outro fator que nos chama a atenção é o fato de que a variação entre as médias é quase nula, o que sugere a negação de que a política de implantação do Piso de Atenção Básica - PAB tenha surtido algum efeito sobre os resultados de produção do país, no sentido de uma alocação mais equânime de recursos.

Tal fato acontece, quando os dados são analisados por regiões e por Grupo PAB, sem obter-se diferença significativa entre as formas de análise.

Análises mais detalhadas dos dados, e comparações com dados de financiamento poderiam nos dar maior certeza do comportamento dos resultados da política implantada no país desde 1998.

Para o radiodiagnóstico, a portaria GM 1.101/02 aponta o parâmetro adotado para a análise foi o de 5 a 8% do número total de consultas. Pode-se observar, portanto, que a produção desse procedimento vinha sendo realizada abaixo do preconizado pela portaria. Tal fato pode ser explicado pela complexidade de manutenção do procedimento, uma vez que requer equipamentos dispendiosos, com a necessidade de salas preparadas com proteção contra a radiação e a necessidade de mão de obra qualificada para a operação do equipamento. Além disso, o custo de manutenção do equipamento é alto.

O crescimento da produção desse procedimento é impressionante, porém alguns municípios ainda mantêm índices de produção negativos.

Analisando o comportamento da produção de procedimentos de radiodiagnóstico por Grupo PAB, vemos que nada difere do comportamento apresentado por Região, ou seja, o aumento é significativo em ambas análises, reforçando a consistência da análise realizada.

Com relação aos procedimentos de Patologia Clínica, observamos comportamento semelhante aos procedimentos de radiodiagnóstico, porém a produção em 1998 não é negativa, ou seja, estava acima do valor preconizado pela portaria.

Quando analisado pelos Grupos PAB, o crescimento exagerado de procedimentos de patologia clínica fica evidente. Isso pode sugerir um desperdício de recursos.

Pesquisas mais detalhadas sobre a questão da produção de procedimentos do SUS se fazem necessárias, para que, de fato, se conheça a real situação da produção do país, para que se possa discutir com mais propriedade a oferta de serviços, a racionalização de recursos e, verdadeiramente, praticar a justiça social e todos os princípios propostos pela Lei Orgânica do SUS.

A implantação do sistema ainda não foi concluída, gerando a necessidade de constantes estudos e análises do que se tem produzido, a fim de melhorar a programação e otimização dos recursos disponíveis, antes de haver críticas infundadas ao financiamento.

**Anexo I – Elenco de Procedimentos a serem Acrescentados aos da
Relação Atual de Atenção Básica**

Nome do Procedimento	Código SIA/SUS
Grupo 02 – Ações Médicas Básicas	
Atendimento médico de urgência com observação (até 8 horas)	02.011.04-2
Grupo 04 – Ações Executadas por Outros Profissionais de Nível Superior	
Assistência domiciliar em Atenção Básica por Profissional de Nível Superior do Programa Saúde da Família	04.012.04-6
Grupo 07 – Proced. Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
Atendimento específico para alta do paciente em tratamento auto administrado	07.01105-9
Atendimento específico para alta do paciente em tratamento supervisionado	07.011.06-7
Teste específico para Diabetes Mellitus – Glicemia Capilar	07.031.03-3
Teste específico para Diabetes Mellitus – Glicosúria	07.031.04-1
Teste específico para Diabetes Mellitus – Cetonúria	07.03105-0
Coleta de material para exame citopatológico	07.051.01-8

Grupo 08 – Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	
Debridamento e curativo escara ou ulceração	08.011.07-9
Sutura de ferida de cavidade bucal e face	08.011.31-1
Exerese de calo	08.011.34-6
Curativo com debridamento em pé diabético	08.012.02-4
Redução manual de prolapso de reto	08.021.11-2
Remoção manual de fecaloma	08.021.12-0
Primeiro atendimento a paciente com pequena queimadura	08.151.01-6
Grupo 10 – Ações Especializadas em Odontologia	
Restauração com ionômero de vidro de uma face	10.011.02-1
Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces	10.011.01-3
Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente	10.041.01-0
Glossorrafia	10.051.15-0
Ulectomia	10.051.36-8
Grupo 11 – Patologia Clínica	
Gravidez, Teste imunológico (Látex)	1.061.31-6
Grupo 17 - Diagnose	
Eletrocardiograma	17.031.01-0

Fonte: NOAS – SUS – 01/02

Anexo II – Elenco Mínimo de procedimentos da Média Complexidade ambulatorial, a ser ofertado nos municípios sede de módulos assistenciais.

Nome do Procedimento	Código SIA/SUS
Grupo 07 – Procedimentos Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
Atendimento médico de urgência com observação ate 24 horas	07.011.01-6
Terapias em grupo executadas por prof. de nível superior	07.021.05-4
Terapias individuais executadas por prof. de nível superior	07.021.06-2
Grupo 08 – Cirurgias ambulatoriais especializadas	
Estirpação lesão de vulva/períneo (eletrocoagulação/fulguração)	08.031.07-0
Extração de corpo estranho na vagina	08.031.08-8
Himenotomia	08.031.09-6
Incisão e drenagem de glândula de Bartholine ou Skene	08.031.10-0
Ressutura de episiorrafia pós-parto	08.031.12-6
Grupo 09 – Procedimentos Traumato-Ortopédicos	
Imobilização provisória coluna cervical c/colar cervical gessado	09.011.01-3
Imobilização provisória coluna cervical c/imobilização cervical não gessada	09.011.02-1
Imobilização provisória membros inferiores com tala gessada cruro-podálica	09.011.03-0
Imobilização provisória membro inferiores com tala gessada suro-podálica	09.011.04-8
Imobilização provisória membros superiores/cintura escapular (tipo velpeau)	09.011.05-6
Imobilização provisória membros superiores com tala antebraquio-palmar	09.011.06-4
Imobilização provisória membros superiores com tala axiolo-palmar	09.011.07-2
Grupo 10 – Ações Especializadas em Odontologia	
Retratamento endodôntico em dente permanente uni-raficular	10.041.02-8
Tratamento endodôntico em dente decíduo uni-radicular	10.041.03-6
Retratamento endodôntico em dente decíduo uni-radicular	10.041.04-4
Tratamento endodôntico em dente permanente uni-radicular	10.041.05-2
Retratamento endodôntico em dente bi-radicular	10.041.01-6
Tratamento endodôntico em dente permanente bi-radicular	10.042.02-4
Tratamento endodôntico em dente permanente tri-radicular	10.043.01-2
Tratamento de perfuração radicular	10.043.02-0
Tratamento endodôntico em dente permanente tri-radicular	10.043.03-9
Tratamento endodôntico em dente decíduo multiradicular	10.044.01-9
Retratamento endodôntico em dente decíduo multiradicular	10.044.02-7
Rediografia peri-apical, interproximal (bitte-wing)	10.101.02-0

Grupo 11 – Patologia Clínica	
Ácido úrico (dosagem sanguínea)	11.011.03-3
Bilirrubina total e frações (dosagem sanguínea)	11.011.08-4
Colesterol total (dosagem sanguínea)	11.011.12-2
Creatinina (dosagem sanguínea)	11.011.14-9
Fosfatase alcalina	11.011.15-7
Glicose (dosagem sanguínea)	11.011.20-3
Potássio	11.011.27-0
Sódio	11.011.33-5
Transaminase Oxalacética – TGO (aspartato amino transferase)	11.011.36-0
Transaminase Pirúvica – TGP (alamina amino transferase)	11.011.37-8
Uréia (dosagem sanguínea)	11.011.38-6
Gama Glutamil Transferase – Gama GT	11.012.17-0
Triglicérides	11.012.24-2
Colesterol (LDL)	11.013.09-5
Colesterol (HDL)	11.013.10-9
Colesterol (VLDL)	11.013.11-7
Curva Glicêmica clássica 5 dosagens - oral	11.015.04-7
Pesquisa de larvas (método de baermann ou rugai)	11.031.06-9
Pesquisa de oxiurus com coleta por swab anal	11.031.09-3
Pesquisa de protozoários pelo método da hematoxilina férrica	11.031.10-7
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	11.031.11-5
Parasitológico de fezes (métodos de concentração)	11.032.07-3
Parasitológico e fezes – coleta múltipla com líquido conservante	11.032.08-1
Fator Rh	11.041.01
Grupo ABO – determinação	11.041.03
Fração do hemograma – plaquetas – contagem	11.041.13-7
Prova do laço	11.041.15
Retração do coágulo	11.041.18
Tempo de coagulação (celite)	11.041.20
Tempo de coagulação (Lee White)	11.041.21
Tempo de sangramento (duke)	11.041.26
Teste de falcização	11.041.29-3
Tripanossoma - pesquisa	11.041.32-3
Velocidade de hemossedimentação (VHS)	11.041.33-1
Hematócrito	11.041.34-0
Dosagem de hemoglobina	11.041.36
Tipagem sanguínea – grupo ABO fator Rh (inclui D fraco)	11.042.06-0
Leucograma	11.042.08
Tempo de sangramento de ivy	11.042.10
Hemograma completo	11.043.20-2
Coagulograma (T.sang., T. coag., P. laço, Ret. do coag. e cont. Plaquetas)	11.044.02
Fator reumatóide, testa do látex	11.061.27-8
Proteína C reativa (pesquisa)	11.061.51-0
Toxoplasmose, HÁ	11.061.56
Treponema pallidum, reação de hemaglutinação	11.061.58-8
VDRL (inclusive Quantitativo)	11.061.59-6
Citomegalovírus, EIE	11.062.24-0
Rubéola, anticorpos IGG	11.062.40-1
Rubéola, HÁ	11.062.41
Pesquisa sorológica para ANTI HBS (Elisa)	11.063.07-6
Pesquisa sorológica para ANTI HCV (Elisa)	11.063.08-4
Toxoplasmose, IFI-IGG	11.063.36

Toxoplasmose, IFI (IGI)	11.063.37
Anticorpos Anti HIV1 + HIV2 (Elisa)	11.064.01-3
Baciloscopia direta para pesquisa de Baar (diagnóstico da tuberculose)	11.111.02-0
Baciloscopia direta para pesquisa de Baar (controle do tratamento)	11.111.03-8
Baciloscopia direta para pesquisa de Baar (diagnóstico da hanseníase)	11.111.05-4
Bacterioscopia (por lâmina)	11.111.06-2
Exame a fresco	11.111.08
Secreção vaginal (bacterioscopia)	11.111.15-1
Secreção vaginal (exame a fresco)	11.111.16-0
Cultura para identificação de bactérias	11.112.01-8
Cultura de urina com contagem de colônias	11.112.05-0
Streptococcus Beta – Hemolítico do Grupo A (pesquisa)	11.112.17-4
Antibiograma	11.112.19-0
Elementos Anormais e Sedimento da Urina	11.142.14-6
Fungos (Exame Direto)	11.161.01-9
Monília (Exame Direto)	11.161.05-1
Grupo 13 - Radiodiagnóstico	
Crânio: PA+Lateral	13.011.02-2
Seios da Face – F.N. + M.N. + Lateral	13.011.06-5
Adenóides - Lateral	13.012.01-0
Coluna Cervical: AP + Lateral + T. O ou reflexão	13.021.01-0
Coluna dorsal: AP + Lateral	13.021.02-8
Coluna Lombo-Sacra	13.022.04-0
Braço (RX Simples)	13.031.04-0
Antebraço (RX Simples)	13.032.01-1
Cotovelo (RX Simples)	13.032.02-0
Mão – Duas incidências (RX Simples)	13.032.03-8
Punho; AP + Lateral + Oblíquos	13.032.05-4
Coxa (RX Simples)	13.041.04-5
Perna (RX Simples)	13.041.06-1
Articulação Tibio-Társica (RX Simples)	13.042.01-7
Joelho (RX Simples)	13.042.03-3
Pé ou Podóquitos (RX Simples)	13.042.06-8
Tórax (PA)	13.051.03-9
Tórax (PA e Perfil)	13.052.03-9
Abdômen simples (AP)	13.081.01-2
Grupo 14 – Exames Ultra-Sonográficos	
Ecografia Ginecológica	14.011.01-8
Ecografia Obstétrica	14.012.01-4
Grupo 18 – Fisioterapia (por sessão)	
Atendimento a alterações motoras (fisioterapia por sessão)	18.011.01-2
Alterações sensitivas (fisioterapia por sessão)	18.011.02-0
Grupo 19 – Terapias Especializadas (por terapia)	
Aerosolterapia por pressão positiva	19.071.01-9
Reeducação funcional respiratória (por sessão)	19.071.02-7

Fonte: NOAS – SUS – 01/01

Anexo III – Total e Média de População dos Municípios sede de módulo assistencial, conforme PDR's Estaduais

Código do Município	Nome do Município sede do Módulo	UF	Total de população do Módulo	Média de População do módulo
110001	Alta Floresta d'Oeste	RO	40.072	20.036
110002	Ariquemes	RO	105.449	21.090
110004	Cacoal	RO	85.317	11.321
110005	Cerejeiras	RO	30.846	10.282
110006	Colorado do Oeste	RO	28.922	14.461
110008	Costa Marques	RO	10.679	10.679
110009	Espigão d'Oeste	RO	25.985	25.985
110010	Guajará-Mirim	RO	38.679	38.679
110011	Jaru	RO	64.801	32.401
110012	Ji-Paraná	RO	107.869	107.869
110013	Machadinho d'Oeste	RO	32.119	16.060
110014	Nova Brasilândia D'Oeste	RO	17.216	17.216
110015	Ouro Preto do Oeste	RO	71.821	17.955
110018	Pimenta Bueno	RO	43.098	14.366
110020	Porto Velho	RO	363.207	121.069
110025	Presidente Médici	RO	26.164	26.164
110028	Rolim de Moura	RO	51.882	25.941
110029	Santa Luzia D'Oeste	RO	15.057	7.529
110030	Vilhena	RO	61.214	30.607
110032	São Miguel do Guaporé	RO	25.065	25.065
110033	Nova Mamoré	RO	15.692	15.692
110034	Alvorada d'Oeste	RO	19.770	19.770
110045	Buritis	RO	28.132	28.132
110050	Novo Horizonte do Oeste	RO	12.367	12.367
110100	Governador Jorge Teixeira	RO	14.497	14.497
110130	Mirante da Serra	RO	21.744	10.872
110140	Monte Negro	RO	25.850	12.925
110149	São Francisco do Guaporé	RO	11.963	11.963
110150	Seringueiras	RO	12.409	12.409
270020	Anadia	AL	18.023	18.023
270030	Arapiraca	AL	379.397	31.616
270040	Atalaia	AL	40.725	40.725
270070	Batalha	AL	27.644	9.215
270100	Boca da Mata	AL	24.461	24.461
270130	Cajueiro	AL	19.026	19.026
270170	Capela	AL	18.623	18.623
270210	Colônia Leopoldina	AL	33.300	11.100
270230	Coruripe	AL	48.130	24.065
270240	Delmiro Gouveia	AL	113.915	22.783
270280	Flexeiras	AL	11.993	11.993
270380	Joaquim Gomes	AL	25.574	12.787
270400	Junqueiro	AL	24.025	24.025
270430	Maceió	AL	861.967	143.661

270470	Marechal Deodoro	AL	43.716	21.858
270510	Matriz de Camaragibe	AL	24.350	24.350
270550	Murici	AL	24.159	24.159
270570	Olho D'água das Flores	AL	26.554	13.277
270630	Palmeira dos Índios	AL	185.984	16.908
270640	Pão de Açúcar	AL	64.216	16.054
270670	Penedo	AL	120.934	24.187
270690	Pilar	AL	31.391	31.391
270710	Piranhas	AL	27.840	13.920
270730	Porto Calvo	AL	60.666	15.167
270770	Rio Largo	AL	75.618	37.809
270800	Santana do Ipanema	AL	130.680	16.335
270830	São José da Laje	AL	36.010	18.005
270850	São Luís do Quitunde	AL	59.237	14.809
270860	São Miguel dos Campos	AL	104.332	26.083
270915	Teotônio Vilela	AL	37.741	37.741
270930	União dos Palmares	AL	81.923	27.308
270940	Viçosa	AL	44.655	11.164
310020	Abaeté	MG	42.181	7.030
310030	Abre Campo	MG	34.216	11.405
310090	Águas Formosas	MG	32.203	8.051
310100	Águas Vermelhas	MG	23.078	7.693
310110	Aimorés	MG	24.934	24.934
310150	Além Paraíba	MG	45.077	11.269
310160	Alfenas	MG	154.310	17.146
310170	Almenara	MG	40.852	20.426
310190	Alpinópolis	MG	23.474	11.737
310260	Andradas	MG	46.099	15.366
310270	Cachoeira de Pajeú	MG	8.489	8.489
310340	Araçuaí	MG	64.784	16.196
310350	Araguari	MG	111.317	37.106
310375	Araporã	MG	5.422	5.422
310400	Araxá	MG	107.184	21.437
310470	Ataléia	MG	22.597	11.299
310490	Baependi	MG	17.614	17.614
310510	Bambuí	MG	38.590	7.718
310560	Barbacena	MG	166.300	18.478
310590	Barroso	MG	26.674	13.337
310620	Belo Horizonte	MG	2.270.871	756.957
310650	Berilo	MG	23.261	11.631
310670	Betim	MG	449.255	49.917
310690	Bicas	MG	22.864	5.716
310710	Boa Esperança	MG	48.223	24.112
310730	Bocaiúva	MG	63.638	12.728
310740	Bom Despacho	MG	55.525	18.508
310750	Bom Jardim de Minas	MG	24.051	6.013
310780	Bom Jesus do Galho	MG	16.004	16.004
310800	Bom Sucesso	MG	27.064	9.021
310860	Brasília de Minas	MG	60.236	12.047

310900	Brumadinho	MG	27.503	27.503
310930	Buritis	MG	27.081	13.541
310940	Buritzeiro	MG	30.183	15.092
310990	Caetanópolis	MG	8.714	8.714
311000	Caeté	MG	45.646	15.215
311060	Cambuí	MG	53.759	10.752
311110	Campina Verde	MG	18.851	18.851
311120	Campo Belo	MG	91.136	13.019
311150	Campos Altos	MG	16.159	8.080
311160	Campos Gerais	MG	38.360	19.180
311180	Canápolis	MG	9.981	9.981
311230	Capelinha	MG	43.784	14.595
311260	Capinópolis	MG	14.286	14.286
311270	Capitão Enéas	MG	13.232	13.232
311300	Carai	MG	31.875	15.938
311320	Carandaí	MG	44.775	8.955
311330	Carangola	MG	81.135	11.591
311340	Caratinga	MG	119.412	14.927
311350	Carbonita	MG	9.044	9.044
311370	Carlos Chagas	MG	21.543	21.543
311430	Carmo do Paranaíba	MG	29.698	29.698
311450	Carmópolis de Minas	MG	22.886	11.443
311510	Cássia	MG	45.996	9.199
311530	Cataguases	MG	89.107	17.821
311550	Caxambu	MG	37.432	7.486
311660	Cláudio	MG	23.016	23.016
311680	Coluna	MG	9.246	9.246
311730	Conceição das Alagoas	MG	19.788	9.894
311750	Conceição do Mato Dentro	MG	18.584	18.584
311770	Conceição do Rio Verde	MG	12.513	12.513
311800	Congonhas	MG	51.274	17.091
311830	Conselheiro Lafaiete	MG	119.211	23.842
311860	Contagem	MG	548.637	548.637
311880	Coração de Jesus	MG	49.353	8.226
311930	Coromandel	MG	27.736	27.736
311940	Coronel Fabriciano	MG	98.636	98.636
312050	Cristina	MG	10.366	10.366
312080	Cruzília	MG	17.847	8.924
312090	Curvelo	MG	140.292	14.029
312160	Diamantina	MG	65.028	10.838
312200	Divino	MG	31.588	10.529
312230	Divinópolis	MG	213.242	71.081
312245	Divisópolis	MG	6.502	6.502
312360	Elói Mendes	MG	22.236	22.236
312390	Entre Rios de Minas	MG	20.018	10.009
312400	Ervália	MG	17.189	17.189
312430	Espínosa	MG	37.050	18.525
312470	Estrela do Indaiá	MG	18.848	6.283
312490	Eugenópolis	MG	11.493	5.747

312510	Extrema	MG	19.773	19.773
312560	Felisburgo	MG	20.622	6.874
312610	Formiga	MG	84.489	21.122
312670	Francisco Sá	MG	23.383	23.383
312690	Frei Inocência	MG	20.231	5.058
312710	Frutal	MG	92.860	11.608
312760	Gouvêa	MG	21.771	7.257
312770	Governador Valadares	MG	333.977	22.265
312780	Grão Mogol	MG	31.195	7.799
312800	Guanhães	MG	54.822	9.137
312810	Guapé	MG	13.839	13.839
312870	Guaxupé	MG	94.739	18.948
312940	Ibertioga	MG	16.073	4.018
312950	Ibiá	MG	24.319	12.160
312980	Ibirité	MG	157.995	78.998
313090	Inhapim	MG	46.834	11.709
313120	Ipanema	MG	313.120	7.207
313130	Ipatinga	MG	334.982	25.768
313170	Itabira	MG	110.835	27.709
313180	Itabirinha de Mantena	MG	20.382	6.794
313190	Itabirito	MG	38.613	38.613
313210	Itacarambi	MG	17.744	17.744
313220	Itaguara	MG	17.937	8.969
313240	Itajubá	MG	145.226	14.523
313250	Itamarandiba	MG	28.746	28.746
313270	Itambacuri	MG	48.653	6.950
313300	Itamonte	MG	15.266	7.633
313310	Itanhandu	MG	13.111	13.111
313330	Itaobim	MG	40.606	13.535
313350	Itapeçerica	MG	21.070	21.070
313380	Itaúna	MG	86.706	43.353
313400	Itinga	MG	13.855	13.855
313420	Ituiutaba	MG	112.229	22.446
313440	Iturama	MG	48.884	12.221
313470	Jacinto	MG	29.466	9.822
313490	Jacutinga	MG	18.711	18.711
313505	Jaíba	MG	35.725	17.863
313510	Janaúba	MG	70.382	35.191
313520	Januária	MG	86.629	21.657
313580	Jequitinhonha	MG	22.869	22.869
313600	Joáima	MG	36.173	9.043
313620	João Monlevade	MG	99.860	24.965
313630	João Pinheiro	MG	60.967	20.322
313640	Joaquim Felício	MG	3.782	3.782
313670	Juiz de Fora	MG	504.845	50.485
313680	Juramento	MG	10.984	3.661
313700	Ladainha	MG	15.708	15.708
313720	Lagoa da Prata	MG	39.710	39.710
313760	Lagoa Santa	MG	43.062	21.531

313770	Lajinha	MG	25.475	12.738
313780	Lambari	MG	25.680	8.560
313820	Lavras	MG	107.326	15.332
313840	Leopoldina	MG	76.445	15.289
313850	Liberdade	MG	10.751	5.376
313860	Lima Duarte	MG	22.288	5.572
313890	Machacalis	MG	9.777	4.889
313900	Machado	MG	93.954	18.791
313920	Malacacheta	MG	34.932	11.644
313930	Manga	MG	45.479	11.370
313940	Manhuaçu	MG	129.827	16.228
313950	Manhumirim	MG	40.786	10.197
313960	Mantena	MG	42.467	10.617
313980	Mar de Espanha	MG	15.659	5.220
314000	Mariana	MG	47.767	47.767
314070	Mateus Leme	MG	47.891	15.964
314090	Matipó	MG	16.536	16.536
314100	Mato Verde	MG	18.318	9.159
314110	Matozinhos	MG	39.046	19.523
314140	Medina	MG	21.580	21.580
314160	Mercês	MG	10.039	10.039
314180	Minas Novas	MG	30.819	30.819
314200	Mirabela	MG	32.925	8.231
314210	Miradouro	MG	13.680	6.840
314220	Mirai	MG	28.143	7.036
314240	Moema	MG	23.501	11.751
314270	Montalvânia	MG	23.216	11.608
314280	Monte Alegre de Minas	MG	17.995	17.995
314290	Monte Azul	MG	28.939	14.470
314310	Monte Carmelo	MG	64.873	10.812
314320	Monte Santo de Minas	MG	32.334	16.167
314330	Montes Claros	MG	321.870	160.935
314340	Monte Sião	MG	18.276	18.276
314390	Muriaé	MG	92.777	92.777
314400	Mutum	MG	26.653	26.653
314410	Muzambinho	MG	55.642	13.911
314430	Nanuque	MG	49.327	24.664
314460	Nepomuceno	MG	24.846	24.846
314470	Nova Era	MG	17.770	17.770
314480	Nova Lima	MG	87.749	29.250
314500	Nova Ponte	MG	9.398	9.398
314520	Nova Serrana	MG	44.739	22.370
314530	Novo Cruzeiro	MG	30.402	30.402
314560	Oliveira	MG	54.828	18.276
314590	Ouro Branco	MG	37.119	18.560
314600	Ouro Fino	MG	29.297	29.297
314610	Ouro Preto	MG	66.715	66.715
314630	Padre Paraíso	MG	24.843	12.422
314700	Paracatu	MG	76.708	76.708

314710	Pará de Minas	MG	108.035	18.006
314730	Paraisópolis	MG	44.635	8.927
314740	Paraopeba	MG	31.487	10.496
314760	Passa Quatro	MG	15.032	15.032
314790	Passos	MG	126.409	25.282
314800	Patos de Minas	MG	185.301	26.472
314810	Patrocínio	MG	100.941	20.188
314820	Patrocínio do Muriaé	MG	11.141	5.571
314850	Pavão	MG	22.999	7.666
314860	Peçanha	MG	30.015	7.504
314870	Pedra Azul	MG	23.752	23.752
314930	Pedro Leopoldo	MG	60.449	30.225
314990	Perdões	MG	19.022	19.022
315080	Piranga	MG	30.259	7.565
315110	Pirapetinga	MG	10.145	10.145
315120	Pirapora	MG	59.422	29.711
315130	Piraúba	MG	11.382	11.382
315140	Pitangui	MG	25.432	12.716
315150	Piumhi	MG	46.950	9.390
315180	Poços de Caldas	MG	156.500	52.167
315200	Pompéu	MG	26.723	26.723
315210	Ponte Nova	MG	202.807	10.674
315220	Porteirinha	MG	56.941	14.235
315240	Poté	MG	14.736	14.736
315250	Pouso Alegre	MG	298.880	12.453
315280	Prata	MG	23.275	23.275
315420	Resende Costa	MG	35.578	8.895
315430	Resplendor	MG	62.193	8.885
315460	Ribeirão das Neves	MG	259.203	259.203
315540	Rio Novo	MG	20.539	6.846
315560	Rio Pardo de Minas	MG	48.049	12.012
315580	Rio Pomba	MG	23.250	7.750
315600	Rio Vermelho	MG	14.813	14.813
315660	Rubim	MG	9.503	9.503
315670	Sabará	MG	118.429	118.429
315680	Sabinópolis	MG	25.393	8.464
315690	Sacramento	MG	27.401	13.701
315700	Salinas	MG	68.706	11.451
315710	Salto da Divisa	MG	6.693	6.693
315720	Santa Bárbara	MG	52.425	17.475
315780	Santa Luzia	MG	204.101	102.051
315800	Santa Maria de Itabira	MG	27.850	5.570
315820	Santa Maria do Suaçuí	MG	50.507	10.101
315930	Santa Rita de Jacutinga	MG	5.226	5.226
315980	Santa Vitória	MG	16.264	16.264
315990	Santo Antônio do Amparo	MG	16.405	16.405
316040	Santo Antônio do Monte	MG	81.484	11.641
316070	Santos Dumont	MG	54.825	13.706
316100	São Domingos do Prata	MG	33.395	11.132

316110	São Francisco	MG	74.774	18.694
316200	São Gonçalo do Sapucaí	MG	26.024	13.012
316210	São Gotardo	MG	39.864	13.288
316240	São João da Ponte	MG	32.572	16.286
316250	São João del Rei	MG	11.078	16.244
316270	São João do Paraíso	MG	35.051	11.684
316280	São João Evangelista	MG	32.923	8.231
316290	São João Nepomuceno	MG	30.609	10.203
316370	São Lourenço	MG	76.092	10.870
316420	São Romão	MG	7.838	7.838
316470	São Sebastião do Paraíso	MG	315.290	20.866
316530	São Vicente de Minas	MG	313.910	5.539
316570	Senador Firmino	MG	25.404	5.081
316710	Serro	MG	29.274	9.758
316720	Sete Lagoas	MG	234.670	26.074
316800	Taiobeiras	MG	31.853	15.927
316840	Tarumirim	MG	32.103	8.026
316860	Teófilo Otoni	MG	128.741	128.741
316870	Timóteo	MG	97.527	16.255
316920	Tombos	MG	13.731	6.866
316930	Três Corações	MG	115.174	19.196
316935	Três Marias	MG	23.802	23.802
316940	Três Pontas	MG	68.821	22.940
316960	Tupaciguara	MG	23.242	23.242
316970	Turmalina	MG	45.702	9.140
316990	Ubá	MG	115.643	28.911
317010	Uberaba	MG	264.101	88.034
317020	Uberlândia	MG	516.870	516.870
317040	Unai	MG	112.447	16.064
317052	Urucuia	MG	9.911	9.911
317070	Varginha	MG	119.164	59.582
317080	Várzea da Palma	MG	38.420	19.210
317090	Varzelândia	MG	19.368	19.368
317100	Vazante	MG	33.311	11.104
317120	Vespasiano	MG	95.929	47.965
317130	Viçosa	MG	123.918	13.769
317200	Visconde do Rio Branco	MG	47.333	15.778
510170	BARRA DO BUGRES	MT	43.676	10.919
530001	PLANALTINA	DF	147.061	147.061
530002	SOBRADINHO	DF	129.059	129.059
530003	BRÁSÍLIA-ASA NORTE	DF	190.792	63.597
530006	GAMA	DF	321.615	107.205
530009	BRÁSÍLIA-ASA SUL	DF	125.027	62.514
530011	GUARÁ	DF	208.640	52.160
530015	PARANOÁ	DF	119.120	59.560
530017	TAGUATINGA	DF	406.159	203.080
530019	CEILÂNDIA	DF	343.000	343.000
530020	BRAZLÂNDIA	DF	52.696	52.696
120010	Brasília	AC	44.519	17.808

120020	Cruzeiro do Sul	AC	103.208	27.329
120040	Rio Branco	AC	328.893	46.985
120050	Sena Madureira	AC	39.073	13.024
120060	Tarauacá	AC	58.662	29.331
130014	Apuí	AM	14.866	14.866
130060	Benjamin Constant	AM	23.813	23.813
130070	Boca do Acre	AM	44.363	22.182
130120	Coari	AM	88.553	44.277
130140	Eirunepé	AM	46.225	23.113
130160	Fonte Boa	AM	56.668	28.334
130170	Humaitá	AM	32.045	32.045
130190	Itacoatiara	AM	127.190	21.198
130240	Lábrea	AM	28.425	28.425
130250	Manacapuru	AM	123.193	20.532
130260	Manaus	AM	1.729.551	123.539
130270	Manicoré	AM	55.836	27.918
130290	Maués	AM	52.151	26.076
130340	Parintins	AM	132.533	44.178
130353	Presidente Figueiredo	AM	20.568	20.568
130380	São Gabriel da Cachoeira	AM	40.736	20.368
130390	São Paulo de Olivença	AM	77.401	19.350
130406	Tabatinga	AM	48.896	24.448
130420	Tefé	AM	157.227	19.653
140005	Alto Alegre	RR	18.706	18.706
140010	Boa Vista	RR	234.162	58.541
140015	Bonfim	RR	15.914	7.957
140020	Caracaraí	RR	19.937	9.969
140045	Pacaraima	RR	13.144	6.572
140047	Rorainópolis	RR	18.903	18.903
140060	São Luiz	RR	16.471	5.490
150010	Abaetetuba	PA	121.415	121.415
150020	Acará	PA	75.085	37.543
150050	Almeirim	PA	80.972	26.991
150060	Altamira	PA	160.546	26.758
150080	Ananindeua	PA	410.234	410.234
150120	Baião	PA	42.057	21.029
150130	Barcarena	PA	65.385	65.385
150140	Belém	PA	1.304.314	1.304.314
150170	Bragança	PA	152.169	50.723
150180	Breves	PA	195.321	32.554
150210	Cametá	PA	142.762	47.587
150220	Capanema	PA	144.105	18.013
150240	Castanhal	PA	253.658	31.707
150270	Conceição do Araguaia	PA	43.626	43.626
150304	Floresta do Araguaia	PA	14.462	14.462
150320	Igarapé-Açu	PA	68.482	22.827
150330	Igarapé-Miri	PA	53.920	53.920
150360	Itaituba	PA	204.574	34.096
150390	Juruti	PA	32.186	32.186

150420	Marabá	PA	286.700	40.957
150442	Marituba	PA	128.767	42.922
150445	Medicilândia	PA	21.636	21.636
150470	Moju	PA	54.484	54.484
150480	Monte Alegre	PA	90.456	45.228
150490	Muaná	PA	92.182	23.046
150510	Óbidos	PA	47.000	47.000
150530	Oriximiná	PA	75.065	25.022
150540	Ourém	PA	14.599	14.599
150543	Ourilândia do Norte	PA	42.999	21.500
150550	Paragominas	PA	349.715	34.972
150570	Ponta de Pedras	PA	18.966	18.966
150613	Redenção	PA	81.624	20.406
150616	Rio Maria	PA	15.931	15.931
150618	Rondon do Pará	PA	60.260	20.087
150620	Salinópolis	PA	57.796	19.265
150650	Santa Isabel do Pará	PA	154.253	25.709
150658	Santa Maria das Barreiras	PA	11.646	11.646
150660	Santa Maria do Pará	PA	41.571	20.786
150670	Santana do Araguaia	PA	32.813	32.813
150680	Santarém	PA	330.857	82.714
150730	São Félix do Xingu	PA	35.698	35.698
150745	São Geraldo do Araguaia	PA	40.480	20.240
150760	São Miguel do Guamá	PA	147.772	36.943
150790	Soure	PA	57.171	14.293
150795	Tailândia	PA	40.693	40.693
150800	Tomé-Açu	PA	48.117	48.117
150808	Tucumã	PA	25.906	25.906
150810	Tucuruí	PA	220.963	44.193
150815	Uruará	PA	61.236	30.618
150830	Viseu	PA	51.462	51.462
150840	Xinguara	PA	37.645	18.823
160010	Amapá	AP	23.882	5.971
160050	Oiapoque	AP	13.551	13.551
160053	Porto Grande	AP	61.826	10.304
160060	Santana	AP	97.012	100.821
170070	Alvorada	TO	8.468	8.468
170100	Ananás	TO	19.387	4.847
170200	Araguaçu	TO	15.060	5.020
170210	Araguaína	TO	182.257	15.188
170220	Araguatins	TO	26.660	26.660
170230	Arapoema	TO	15.932	5.311
170240	Arraias	TO	16.841	5.614
170255	Augustinópolis	TO	73.211	7.321
170370	Brejinho de Nazaré	TO	4.753	4.753
170550	Colinas do Tocantins	TO	34.453	8.613
170555	Combinado	TO	11.056	2.764
170700	Dianópolis	TO	30.187	6.037
170730	Dueré	TO	4.586	4.586

170820	Formoso do Araguaia	TO	19.075	19.075
170900	Goiatins	TO	16.877	8.439
170930	Guaraí	TO	38.680	5.526
170950	Gurupi	TO	85.748	12.250
171050	Itacajá	TO	6.748	6.748
171070	Itaguatins	TO	9.388	4.694
171320	MIRACEMA DO TOCANTINS	TO	52.343	10.469
171420	Natividade	TO	12.347	6.174
171430	Nazaré	TO	5.272	5.272
171575	Palmeirópolis	TO	9.542	4.771
171610	PARAÍSO DO TOCANTINS	TO	85.278	6.560
171620	Paraná	TO	10.337	10.337
171650	Pedro Afonso	TO	20.239	3.373
171660	Peixe	TO	17.123	5.708
171670	Colméia	TO	14.163	7.082
171750	Pium	TO	5.301	5.301
171820	Porto Nacional	TO	71.350	8.919
171840	Presidente Kennedy	TO	5.727	2.864
172065	Silvanópolis	TO	4.572	4.572
172090	Taguatinga	TO	17.912	13.414
172100	Palmas	TO	177.572	17.757
172120	Tocantinópolis	TO	44.106	6.301
172210	Xambioá	TO	12.344	12.344
210005	Açailândia	MA	151.115	30.223
210100	Arari	MA	26.547	26.547
210120	Bacabal	MA	187.093	23.387
210140	Balsas	MA	157.291	14.299
210160	Barra do Corda	MA	92.922	30.974
210170	Barreirinhas	MA	40.623	40.623
210232	Buriticupu	MA	53.348	53.348
210300	Caxias	MA	214.995	35.833
210320	Chapadinha	MA	348.546	21.784
210330	Codó	MA	122.131	61.066
210340	Coelho Neto	MA	42.511	42.511
210350	Colinas	MA	172.281	17.228
210360	Coroatá	MA	121.822	30.456
210370	Cururupu	MA	119.428	13.270
210400	Esperantinópolis	MA	21.274	21.274
210467	Governador Nunes Freire	MA	136.570	11.381
210480	Grajaú	MA	105.947	26.487
210530	Imperatriz	MA	442.447	27.653
210540	Itapecuru Mirim	MA	139.064	17.383
210550	João Lisboa	MA	45.881	15.294
210570	Lago da Pedra	MA	66.027	16.507
210750	Paço do Lumiar	MA	80.371	80.371
210770	Paraibano	MA	18.079	18.079
210780	Parnarama	MA	32.907	32.907
210820	Pedreiras	MA	97.257	16.210
210830	Penalva	MA	30.410	30.410

210860	Pinheiro	MA	216.151	27.019
210870	Pio xll	MA	40.625	20.313
210890	Poção de Pedras	MA	41.660	10.415
210910	Presidente Dutra	MA	130.840	16.355
210960	Rosário	MA	151.235	15.124
210980	Santa Helena	MA	48.696	24.348
210990	Santa Inês	MA	228.087	25.343
211000	Santa Luzia	MA	74.999	74.999
211110	São João dos Patos	MA	87.745	87.745
211120	São José de Ribamar	MA	111.884	111.884
211130	São Luís	MA	953.457	238.364
211150	São Mateus do Maranhão	MA	35.361	35.361
211170	São Vicente Ferrer	MA	62.635	12.527
211220	Timon	MA	131.821	131.821
211230	Tuntum	MA	48.098	16.033
211270	Vargem Grande	MA	43.253	21.627
211280	Viana	MA	77.133	25.711
211290	Vitória do Mearim	MA	30.718	30.718
211300	Vitorino Freire	MA	39.215	19.608
211400	Zé Doca	MA	109.979	18.330
220020	Água Branca	PI	68.526	5.271
220050	Amarante	PI	43.311	10.828
220120	Barras	PI	97.690	16.282
220190	Bom Jesus	PI	51.951	7.422
220200	Buriti dos Lopes	PI	63.747	10.625
220220	Campo Maior	PI	73.284	10.469
220230	Canto do Buriti	PI	31.702	6.340
220260	Castelo do Piauí	PI	62.541	10.424
220290	Corrente	PI	65.184	8.148
220320	Curimatá	PI	38.288	7.658
220370	Esperantina	PI	110.458	12.273
220390	Floriano	PI	139.636	8.727
220430	Fronteiras	PI	54.599	6.825
220520	Jaicós	PI	42.436	7.073
220700	Oeiras	PI	75.131	6.830
220770	Parnaíba	PI	177.310	35.462
220780	Paulistana	PI	48.775	8.129
220800	Picos	PI	177.773	9.356
220830	Piracuruca	PI	35.154	11.718
220840	Piripiri	PI	131.417	18.774
221000	São João do Piauí	PI	57.019	5.702
221060	São Raimundo Nonato	PI	85.559	7.130
221070	Simões	PI	28.200	7.050
221080	Simplício Mendes	PI	35.857	5.976
221100	Teresina	PI	953.066	56.063
221120	Uruçuí	PI	43.646	7.274
221130	Valença do Piauí	PI	80.750	8.075
230020	ACARAÚ	CE	49.448	49.448
230030	ACOPIARA	CE	84.399	21.100

230075	AMONTADA	CE	33.236	33.236
230100	AQUIRAZ	CE	62.326	62.326
230110	ARACATI	CE	69.068	34.534
230120	ARACOIABA	CE	24.234	24.234
230130	ARARIPE	CE	29.055	14.528
230140	ARATUBA	CE	12.575	12.575
230170	AURORA	CE	25.559	25.559
230190	BARBALHA	CE	48.049	48.049
230210	BATURITÉ	CE	39.160	19.580
230220	BEBERIBE	CE	43.032	43.032
230240	BOA VIAGEM	CE	65.698	32.849
230250	BREJO SANTO	CE	97.648	16.275
230260	CAMOCIM	CE	140.571	28.114
230270	CAMPOS SALES	CE	46.508	15.503
230280	CANINDÉ	CE	86.266	43.133
230290	CAPISTRANO	CE	15.857	15.857
230300	CARIDADE	CE	15.983	15.983
230320	CARIRIAÇU	CE	26.274	26.274
230330	CARIÚS	CE	18.557	18.557
230350	CASCAVEL	CE	58.268	58.268
230370	CAUCAIA	CE	260.700	260.700
230380	CEDRO	CE	24.204	24.204
230400	COREAÚ	CE	27.380	13.690
230410	CRATEÚS	CE	162.566	27.094
230420	CRATO	CE	171.330	28.555
230423	CROATÁ	CE	16.214	16.214
230425	CRUZ	CE	33.295	16.648
230428	EUSÉBIO	CE	62.868	31.434
230430	FARIAS BRITO	CE	20.657	20.657
230440	FORTALEZA	CE	2.183.612	2.183.612
230445	FORTIM	CE	12.383	12.383
230500	GUARACIABA DO NORTE	CE	35.535	35.535
230523	HORIZONTE	CE	35.693	35.693
230530	IBIAPINA	CE	22.406	22.406
230535	ICAPUÍ	CE	16.344	16.344
230540	ICÓ	CE	87.445	21.861
230550	IGUATU	CE	126.072	42.024
230580	Ipu	CE	47.984	23.992
230590	IPUEIRAS	CE	50.403	25.202
230600	IRACEMA	CE	25.066	8.355
230630	ITAPAGÉ	CE	59.535	29.768
230640	ITAPIOCA	CE	119.685	39.895
230650	ITAPIÚNA	CE	16.671	16.671
230655	ITAREMA	CE	30.952	30.952
230670	JAGUARETAMA	CE	18.098	18.098
230690	JAGUARIBE	CE	44.237	22.119
230700	JAGUARUANA	CE	30.204	30.204
230710	JARDIM	CE	26.770	26.770
230730	JUAZEIRO DO NORTE	CE	221.926	110.963

230750	LAVRAS DA MANGABEIRA	CE	31.145	31.145
230760	LIMOEIRO DO NORTE	CE	119.448	23.890
230765	MARACANAÚ	CE	176.741	176.741
230770	MARANGUAPE	CE	99.722	49.861
230780	MARCO	CE	67.390	22.463
230810	MAURITI	CE	43.033	43.033
230830	MILAGRES	CE	27.323	27.323
230840	MISSÃO VELHA	CE	32.569	32.569
230850	MOMBAÇA	CE	41.243	41.243
230860	MONSENHOR TABOSA	CE	16.445	16.445
230870	MORADA NOVA	CE	74.597	37.299
230900	MUCAMBO	CE	34.589	11.530
230930	NOVA RUSSAS	CE	29.435	29.435
230950	ORÓS	CE	21.935	21.935
230960	PACAJUS	CE	86.117	28.706
230970	PACATUBA	CE	53.591	53.591
230980	PACOTI	CE	16.781	8.391
231020	PARACURU	CE	28.314	28.314
231025	PARAIPABA	CE	26.004	26.004
231030	PARAMBU	CE	32.533	32.533
231040	PARAMOTI	CE	11.033	11.033
231050	PEDRA BRANCA	CE	40.958	40.958
231070	PENTECOSTE	CE	75.543	15.109
231080	PEREIRO	CE	15.201	15.201
231085	PINDORETAMA	CE	15.376	15.376
231130	QUIXADÁ	CE	111.849	27.962
231135	QUIXELÔ	CE	15.584	15.584
231140	QUIXERAMOBIM	CE	58.896	58.896
231160	REDENÇÃO	CE	75.948	18.987
231170	RERIUTABA	CE	38.674	19.337
231180	RUSSAS	CE	66.791	33.396
231200	SANTANA DO ACARAÚ	CE	26.655	26.655
231220	SANTA QUITÉRIA	CE	69.579	23.193
231230	SÃO BENEDITO	CE	55.701	27.851
231240	SÃO GONÇALO DO AMARANTE	CE	36.301	36.301
231270	SENADOR POMPEU	CE	57.407	19.136
231290	SOBRAL	CE	304.396	27.672
231320	TAMBORIL	CE	25.928	25.928
231330	TAUÁ	CE	74.149	24.716
231340	TIANGUÁ	CE	59.744	59.744
231350	TRAIRI	CE	45.533	45.533
231360	UBAJARA	CE	27.449	27.449
231380	URUBURETAMA	CE	16.810	16.810
231400	VÁRZEA ALEGRE	CE	35.230	35.230
231410	VIÇOSA DO CEARÁ	CE	45.924	45.924
240020	Açu	RN	126.412	11.492
240050	Alexandria	RN	25.991	6.498
240100	Apodi	RN	50.558	16.853
240200	Caicó	RN	152.974	11.767

240220	Canguaretama	RN	51.467	12.867
240230	Caraúbas	RN	33.200	11.067
240260	Ceará-Mirim	RN	100.727	20.145
240310	Currais Novos	RN	103.811	11.535
240325	Parnamirim	RN	132.237	132.237
240580	João Câmara	RN	75.285	7.529
240670	Lajes	RN	21.015	5.254
240710	Macaíba	RN	73.550	24.517
240720	Macau	RN	34.074	17.037
240800	Mossoró	RN	304.775	33.864
240810	Natal	RN	742.250	371.125
240830	Nova Cruz	RN	61.006	15.252
240890	Parelhas	RN	27.582	9.194
240930	Patu	RN	46.200	5.775
240940	Pau dos Ferros	RN	127.987	5.818
240970	Pedro Avelino	RN	18.473	9.237
241120	Santa Cruz	RN	91.876	9.188
241150	Santo Antônio	RN	72.710	8.079
241200	São Gonçalo do Amarante	RN	72.274	72.274
241220	São José de Mipibu	RN	131.633	13.163
241230	São José do Campestre	RN	11.994	11.994
241250	São Miguel	RN	28.514	9.505
241260	São Paulo do Potengi	RN	50.920	6.365
241440	Touros	RN	45.749	15.250
250100	ARARUNA	PB	32.509	8.127
250130	AROEIRAS	PB	38.925	12.975
250150	BANANEIRAS	PB	104.745	14.964
250180	BAYEUX	PB	88.502	88.502
250250	BOQUEIRÃO	PB	31.804	6.361
250320	CABEDELO	PB	54.078	27.039
250370	CAJAZEIRAS	PB	114.053	12.673
250400	CAMPINA GRANDE	PB	502.443	38.649
250430	CATOLÉ DO ROCHA	PB	55.656	9.276
250510	CUITÉ	PB	60.664	12.133
250600	ESPERANÇA	PB	121.799	13.533
250625	GADO BRAVO	PB	8.478	8.478
250630	GUARABIRA	PB	159.813	10.654
250680	INGÁ	PB	51.081	10.216
250690	ITABAIANA	PB	71.613	11.936
250700	ITAPORANGA	PB	83.047	7.550
250750	JOÃO PESSOA	PB	674.141	134.828
250770	JUAZEIRINHO	PB	39.203	6.534
250890	MAMANGUAPE	PB	130.118	11.829
250970	MONTEIRO	PB	42.357	6.051
251080	PATOS	PB	155.352	10.357
251120	PEDRAS DE FOGO	PB	35.593	17.797
251130	PIANCÓ	PB	48.564	8.094
251140	PICUÍ	PB	46.644	7.774
251210	POMBAL	PB	45.755	9.151

251230	PRINCESA ISABEL	PB	76.569	10.938
251250	QUEIMADAS	PB	49.674	12.419
251340	SANTA LUZIA	PB	168.255	21.032
251390	SÃO BENTO	PB	60.587	12.117
251530	SAPÉ	PB	83.760	16.752
251620	SOUSA	PB	106.394	11.822
251630	SUMÉ	PB	50.816	5.082
251670	TEIXEIRA	PB	31.827	7.957
251690	UIRAÚNA	PB	43.775	7.296
260010	Afogados da Ingazeira	PE	103.461	14.780
260050	Águas Belas	PE	80.400	26.800
260110	Araripina	PE	117.598	39.199
260120	Arcoverde	PE	274.297	27.430
260140	Barreiros	PE	124.423	24.885
260170	Belo Jardim	PE	128.447	42.816
260190	Bezerras	PE	122.303	30.576
260200	Bodocó	PE	81.769	20.442
260210	Bom Conselho	PE	57.287	19.096
260260	Brejo da Madre de Deus	PE	270.257	67.564
260345	Camaragibe	PE	223.109	111.555
260400	Carpina	PE	143.340	35.835
260410	Caruaru	PE	386.993	48.374
260450	Chã Grande	PE	18.760	18.760
260520	Escada	PE	169.430	28.238
260570	Floresta	PE	39.215	13.072
260600	Garanhuns	PE	216.716	30.959
260620	Goiana	PE	129.156	43.052
260640	Gravatá	PE	101.559	33.853
260680	Igarassu	PE	135.954	33.989
260880	Lajedo	PE	66.781	16.695
260890	Limoeiro	PE	266.302	24.209
260940	Moreno	PE	50.401	50.401
260950	Nazaré da Mata	PE	122.559	24.512
260960	Olinda	PE	372.014	372.014
260990	Ouricuri	PE	80.834	26.945
261000	Palmares	PE	192.680	21.409
261070	Paulista	PE	358.853	179.427
261090	Pesqueira	PE	97.660	24.415
261100	Petrolândia	PE	58.388	19.463
261110	Petrolina	PE	255.014	85.005
261160	Recife	PE	2.047.596	511.899
261170	Riacho das Almas	PE	52.042	26.021
261220	Salgueiro	PE	175.410	19.490
261250	Santa Cruz do Capibaribe	PE	61.557	61.557
261260	Santa Maria da Boa Vista	PE	68.395	22.798
261320	São João	PE	85.907	17.181
261360	São José do Egito	PE	69.586	13.917
261390	Serra Talhada	PE	152.246	25.374
261390	Serra Talhada	PE	15.072	15.072

261450	Surubim	PE	72.719	24.240
261530	Timbaúba	PE	98.110	24.528
261620	Vertentes	PE	82.350	16.470
261640	Vitória de Santo Antão	PE	181.257	45.314
280030	Aracaju	SE	618.884	77.361
280130	Capela	SE	33.768	16.884
280210	Estância	SE	212.061	21.206
280290	Itabaiana	SE	200.721	16.727
280350	Lagarto	SE	123.280	41.093
280440	Neópolis	SE	65.570	10.928
280450	Nossa Senhora da Glória	SE	72.971	9.121
280460	Nossa Senhora das Dores	SE	239.598	21.782
280540	Poço Redondo	SE	82.622	20.656
280570	Propriá	SE	66.410	8.301
280710	Simão Dias	SE	37.360	37.360
280740	Tobias Barreto	SE	64.056	32.028
290070	Alagoinhas	BA	297.957	29.796
290100	Amargosa	BA	43.529	21.765
290160	Antas	BA	65.313	16.328
290200	Aracatu	BA	46.784	15.595
290270	Barra	BA	62.499	31.250
290290	Barra do Choça	BA	75.615	25.205
290320	Barreiras	BA	276.270	23.023
290340	Belmonte	BA	45.721	22.861
290350	Belo Campo	BA	18.056	18.056
290380	Boa Vista do Tupim	BA	22.902	11.451
290390	Bom Jesus da Lapa	BA	99.679	33.226
290410	Boquira	BA	22.390	22.390
290460	Brumado	BA	153.008	21.858
290470	Buerarema	BA	18.919	18.919
290490	Cachoeira	BA	48.275	24.138
290510	Caém	BA	12.003	12.003
290520	Caetité	BA	45.838	45.838
290560	Camacan	BA	72.273	18.068
290570	Camaçari	BA	166.985	166.985
290600	Campo Formoso	BA	70.989	35.495
290630	Canavieiras	BA	35.395	35.395
290650	Candeias	BA	90.328	45.164
290680	Cansanção	BA	86.762	43.381
290687	Capim Grosso	BA	75.549	15.110
290730	Castro Alves	BA	46.789	15.596
290750	Catu	BA	47.127	47.127
290780	Cícero Dantas	BA	115.321	19.220
290800	Coaraci	BA	28.057	28.057
290840	Conceição do Coité	BA	67.637	33.819
290850	Conceição do Jacuípe	BA	35.372	17.686
290930	Correntina	BA	30.896	30.896
290980	Cruz das Almas	BA	53.939	53.939
291005	Dias d'Ávila	BA	47.037	47.037

291040	Encruzilhada	BA	34.293	34.293
291060	Esplanada	BA	79.953	19.988
291070	Euclides da Cunha	BA	80.771	40.386
291072	Eunápolis	BA	155.302	31.060
291080	Feira de Santana	BA	692.487	49.463
291085	Filadélfia	BA	17.133	17.133
291120	Gandu	BA	89.873	14.979
291170	Guanambi	BA	227.914	18.993
291190	laçu	BA	52.886	17.629
291200	Ibiassucê	BA	74.776	14.955
291210	Ibicaraí	BA	28.647	28.647
291310	Ibititá	BA	58.703	14.676
291320	Ibotirama	BA	93.779	13.397
291340	Igaporã	BA	14.629	14.629
291360	Ilhéus	BA	253.841	126.921
291390	Ipiaú	BA	69.548	69.548
291400	Ipirá	BA	93.130	31.043
291440	Iraquara	BA	33.777	16.889
291460	Irecê	BA	185.724	23.216
291470	Itaberaba	BA	59.503	59.503
291480	Itabuna	BA	353.978	25.284
291520	Itagibá	BA	32.295	16.148
291560	Itamaraju	BA	102.715	34.238
291640	Itapetinga	BA	143.102	23.850
291680	Itarantim	BA	30.750	15.375
291690	Itiruçu	BA	22.004	11.002
291710	Itororó	BA	24.777	12.389
291730	Ituberá	BA	73.460	24.487
291750	Jacobina	BA	176.917	19.657
291760	Jaguaquara	BA	89.078	14.846
291770	Jaguarari	BA	26.935	26.935
291800	Jequié	BA	190.035	38.007
291810	Jeremoabo	BA	51.737	25.869
291840	Juazeiro	BA	360.246	51.464
291850	Jussara	BA	15.437	15.437
291880	Laje	BA	19.738	19.738
291920	Lauro de Freitas	BA	118.678	118.678
291950	Livramento de Nossa Senhora	BA	72.888	18.222
291980	Macaúbas	BA	42.675	42.675
292050	Maracás	BA	57.329	19.110
292060	Maragogipe	BA	40.508	40.508
292100	Mata de São João	BA	39.259	19.630
292110	Medeiros Neto	BA	31.278	10.426
292120	Miguel Calmon	BA	28.682	28.682
292170	Morro do Chapéu	BA	63.916	21.305
292190	Mucugê	BA	14.085	14.085
292210	Mundo Novo	BA	20.087	20.087
292250	Nazaré	BA	65.808	13.162
292360	Paramirim	BA	92.819	13.260

292370	Paratinga	BA	28.107	28.107
292400	Paulo Afonso	BA	169.342	24.192
292460	Pindobaçu	BA	20.416	20.416
292480	Piritiba	BA	18.372	18.372
292510	Poções	BA	91.325	22.831
292520	Pojuca	BA	84.829	21.207
292530	Porto Seguro	BA	103.155	103.155
292575	Presidente Tancredo Neves	BA	19.468	19.468
292600	Remanso	BA	94.854	31.618
292630	Riachão do Jacuípe	BA	62.340	15.585
292640	Riacho de Santana	BA	28.701	28.701
292660	Ribeira do Pombal	BA	75.119	25.040
292700	Rio Real	BA	44.159	22.080
292720	Ruy Barbosa	BA	101.771	12.721
292740	Salvador	BA	2.535.769	845.256
292800	Santaluz	BA	103.538	25.885
292810	Santa Maria da Vitória	BA	160.831	17.870
292840	Santa Rita de Cássia	BA	24.063	24.063
292860	Santo Amaro	BA	109.251	27.313
292870	Santo Antônio de Jesus	BA	128.175	21.363
292880	Santo Estêvão	BA	41.623	41.623
292910	São Felipe	BA	78.047	19.512
292930	São Gonçalo dos Campos	BA	27.308	27.308
292950	São Sebastião do Passé	BA	40.297	40.297
292960	Sapeaçu	BA	16.603	16.603
292990	Seabra	BA	109.462	15.637
293010	Senhor do Bonfim	BA	98.441	32.814
293050	Serrinha	BA	191.002	27.286
293070	Simões Filho	BA	96.601	96.601
293080	Souto Soares	BA	14.345	14.345
293130	Tapiramutá	BA	17.566	17.566
293135	Teixeira de Freitas	BA	242.068	34.581
293190	Tucano	BA	51.432	51.432
293210	Ubaíra	BA	65.987	16.497
293220	Ubaitaba	BA	113.273	18.879
293270	Uruçuca	BA	37.080	18.540
293290	Valença	BA	149.349	21.336
293330	Vitória da Conquista	BA	494.043	38.003
293360	Xique-Xique	BA	82.669	20.667
320010	Afonso Cláudio	ES	55.341	18.447
320020	Alegre	ES	97.713	16.286
320040	Anchieta	ES	49.016	16.339
320060	Aracruz	ES	65.859	65.859
320090	Barra de São Francisco	ES	71.930	17.983
320100	Boa Esperança	ES	13.752	13.752
320120	Cachoeiro de Itapemirim	ES	249.405	35.629
320140	Castelo	ES	33.134	33.134
320150	Colatina	ES	159.707	31.941
320190	Domingos Martins	ES	43.553	21.777

320210	Ecoporanga	ES	23.839	23.839
320240	Guarapari	ES	91.469	91.469
320245	Ibatiba	ES	56.606	18.869
320260	Iconha	ES	11.657	11.657
320280	Itapemirim	ES	60.061	30.031
320305	Jaguaré	ES	19.840	19.840
320313	João Neiva	ES	39.061	13.020
320320	Linhares	ES	133.104	66.552
320340	Mimoso do Sul	ES	26.395	26.395
320350	Montanha	ES	29.461	9.820
320390	Nova Venécia	ES	51.772	25.886
320400	Pancas	ES	27.204	13.602
320405	Pedro Canário	ES	21.784	21.784
320410	Pinheiros	ES	21.305	21.305
320435	Rio Bananal	ES	16.389	16.389
320455	Santa Maria de Jetibá	ES	29.423	29.423
320460	Santa Teresa	ES	57.405	14.351
320470	São Gabriel da Palha	ES	40.864	20.432
320480	São José do Calçado	ES	27.586	9.195
320490	São Mateus	ES	119.146	59.573
320500	SERRA	ES	334.840	334.840
320506	Venda Nova do Imigrante	ES	27.569	13.785
320520	Vila Velha	ES	355.739	355.739
320530	Vitória	ES	693.087	173.272
330010	Angra dos Reis	RJ	153.515	76.758
330015	Aperibé	RJ	8.205	8.205
330020	Araruama	RJ	101.602	50.801
330025	Arraial do Cabo	RJ	24.355	24.355
330030	Barra do Piraí	RJ	89.614	89.614
330040	Barra Mansa	RJ	188.017	94.009
330045	Belford Roxo	RJ	442.012	442.012
330050	Bom Jardim	RJ	33.243	16.622
330060	Bom Jesus do Itabapoana	RJ	34.094	34.094
330070	Cabo Frio	RJ	152.459	76.230
330080	Cachoeiras de Macacu	RJ	49.473	49.473
330093	Carapebus	RJ	27.802	13.901
330100	Campos dos Goytacazes	RJ	410.220	410.220
330120	Carmo	RJ	15.384	15.384
330130	Casimiro de Abreu	RJ	22.841	22.841
330150	Cordeiro	RJ	43.598	14.533
330170	Duque de Caxias	RJ	783.517	783.517
330180	Engenheiro Paulo de Frontin	RJ	29.569	14.785
330185	Guapimirim	RJ	39.151	39.151
330190	Itaboraí	RJ	370.451	92.613
330205	Italva	RJ	25.144	12.572
330210	Itaocara	RJ	23.007	23.007
330220	Itaperuna	RJ	102.183	34.061
330225	Itatiaia	RJ	25.792	25.792
330227	Japeri	RJ	85.294	85.294

330240	Macaé	RJ	136.145	136.145
330250	Magé	RJ	210.861	210.861
330260	Mangaratiba	RJ	25.705	25.705
330270	Maricá	RJ	80.241	80.241
330285	Mesquita	RJ	168.041	168.041
330290	Miguel Pereira	RJ	50.549	25.275
330300	Miracema	RJ	27.282	27.282
330310	Natividade	RJ	39.228	13.076
330320	Nilópolis	RJ	153.017	153.017
330330	Niterói	RJ	461.204	461.204
330340	Nova Friburgo	RJ	174.087	174.087
330350	Nova Iguaçu	RJ	764.879	764.879
330360	Paracambi	RJ	40.901	40.901
330370	Paraíba do Sul	RJ	37.800	37.800
330390	Petrópolis	RJ	290.139	290.139
330395	Pinheiral	RJ	20.068	20.068
330400	Piraí	RJ	22.447	22.447
330414	Queimados	RJ	124.495	124.495
330415	Quissamã	RJ	14.061	14.061
330420	Resende	RJ	130.557	43.519
330430	Rio Bonito	RJ	50.144	50.144
330452	Rio das Ostras	RJ	39.046	39.046
330455	Rio de Janeiro	RJ	5.897.485	5.897.485
330460	Santa Maria Madalena	RJ	20.228	10.114
330470	Santo Antônio de Pádua	RJ	53.922	26.961
330480	São Fidélis	RJ	37.043	37.043
330490	São Gonçalo	RJ	903.333	903.333
330500	São João da Barra	RJ	69.653	34.827
330510	São João de Meriti	RJ	452.109	452.109
330515	São José do Vale do Rio Preto	RJ	19.761	19.761
330520	São Pedro da Aldeia	RJ	65.472	65.472
330530	São Sebastião do Alto	RJ	8.467	8.467
330550	Saquarema	RJ	54.254	54.254
330560	Silva Jardim	RJ	21.619	21.619
330570	Sumidouro	RJ	14.314	14.314
330580	Teresópolis	RJ	140.144	140.144
330600	Três Rios	RJ	108.126	27.032
330610	Valença	RJ	74.721	37.361
330620	Vassouras	RJ	31.740	31.740
330630	Volta Redonda	RJ	244.715	244.715
350010	Adamantina	SP	37.432	18.716
350030	Aguaí	SP	28.750	28.750
350070	Agudos	SP	34.762	17.381
350100	Altinópolis	SP	15.701	15.701
350130	Álvares Machado	SP	29.420	9.807
350160	Americana	SP	401.340	133.780
350170	Américo Brasiliense	SP	29.303	29.303
350190	Amparo	SP	150.264	25.044
350210	Andradina	SP	72.553	24.184

350220	Angatuba	SP	24.901	12.451
350270	Apiaí	SP	42.263	8.453
350280	Araçatuba	SP	246.347	22.395
350320	Araraquara	SP	425.508	30.393
350330	Araras	SP	106.261	106.261
350370	Ariranha	SP	7.679	7.679
350400	Assis	SP	115.356	28.839
350410	Atibaia	SP	165.902	41.476
350450	Avaré	SP	124.191	20.699
350490	Bananal	SP	12.441	6.221
350520	Bariri	SP	35.089	11.696
350530	Barra Bonita	SP	58.737	29.369
350550	Barretos	SP	104.913	104.913
350570	Barueri	SP	309.646	103.215
350580	Bastos	SP	27.515	13.758
350590	Batatais	SP	57.718	28.859
350600	Bauru	SP	385.751	38.575
350610	Bebedouro	SP	112.495	16.071
350635	Bertioga	SP	33.289	33.289
350640	Bilac	SP	13.558	4.519
350650	Birigui	SP	110.415	27.604
350700	Boituva	SP	55.817	27.909
350750	Botucatu	SP	143.003	28.601
350760	Bragança Paulista	SP	200.669	28.667
350800	Buri	SP	18.057	18.057
350810	Buritama	SP	20.240	5.060
350850	Caçapava	SP	81.091	40.546
350870	Caconde	SP	18.510	18.510
350880	Cafelândia	SP	27.803	6.951
350900	Caieiras	SP	74.751	74.751
350920	Cajamar	SP	52.378	52.378
350930	Cajobi	SP	9.205	9.205
350940	Cajuru	SP	25.745	8.582
350950	Campinas	SP	982.977	982.977
350970	Campos do Jordão	SP	62.097	20.699
351000	Cândido Mota	SP	32.895	16.448
351020	Capão Bonito	SP	54.293	27.147
351040	Capivari	SP	64.812	21.604
351050	Caraguatatuba	SP	82.023	82.023
351060	Carapicuíba	SP	351.041	351.041
351070	Cardoso	SP	14.003	7.002
351110	Catanduva	SP	178.368	14.864
351150	Cerquilha	SP	30.670	30.670
351160	Cesário Lange	SP	13.047	13.047
351170	Charqueada	SP	13.279	13.279
351200	Colina	SP	16.747	16.747
351210	Colômbia	SP	6.038	6.038
351220	Conchal	SP	23.047	23.047
351230	Conchas	SP	30.814	7.704

351300	Cotia	SP	153.070	153.070
351310	Cravinhos	SP	29.106	29.106
351340	Cruzeiro	SP	113.353	28.338
351350	Cubatão	SP	109.963	109.963
351380	Diadema	SP	362.663	362.663
351440	Dracena	SP	47.729	23.865
351450	Duartina	SP	23.563	5.891
351470	Echaporã	SP	9.424	4.712
351500	Embu	SP	213.017	213.017
351518	Espírito Santo do Pinhal	SP	47.016	23.508
351550	Fernandópolis	SP	98.720	8.975
351570	Ferraz de Vasconcelos	SP	147.966	147.966
351600	Flórida Paulista	SP	10.911	10.911
351620	Franca	SP	357.501	35.750
351630	Francisco Morato	SP	139.309	139.309
351640	Franco da Rocha	SP	110.755	110.755
351670	Garça	SP	56.737	14.184
351690	General Salgado	SP	10.819	10.819
351740	Guaíra	SP	35.032	35.032
351760	Guapiara	SP	19.900	19.900
351820	Guararapes	SP	31.384	15.692
351840	Guaratinguetá	SP	186.388	37.278
351860	Guariba	SP	31.319	31.319
351870	Guarujá	SP	271.902	271.902
351880	Guarulhos	SP	1.106.064	1.106.064
351940	Ibirá	SP	9.534	9.534
351970	Ibiúna	SP	66.193	66.193
351990	Iepê	SP	9.469	4.735
352044	Ilha Solteira	SP	63.278	12.656
352050	Indaiatuba	SP	152.462	152.462
352070	Indiaporã	SP	3.971	3.971
352190	Itajobi	SP	14.352	14.352
352210	Itanhaém	SP	75.124	75.124
352220	Itapecerica da Serra	SP	233.754	58.439
352230	Itapetininga	SP	181.814	36.363
352240	Itapeva	SP	115.133	28.783
352250	Itapevi	SP	264.391	132.196
352260	Itapira	SP	64.563	64.563
352310	Itaquaquecetuba	SP	285.610	285.610
352320	Itararé	SP	57.343	19.114
352340	Itatiba	SP	93.375	46.688
352360	Itirapina	SP	13.144	13.144
352390	Itu	SP	138.741	138.741
352410	Ituverava	SP	90.779	18.156
352420	Jaborandi	SP	6.419	6.419
352430	Jaboticabal	SP	68.403	68.403
352440	Jacareí	SP	216.632	72.211
352450	Jaci	SP	4.079	4.079
352470	Jaguariúna	SP	56.369	18.790

352480	Jales	SP	92.215	6.148
352510	Jardinópolis	SP	31.533	31.533
352530	Jaú	SP	196.852	28.122
352570	José Bonifácio	SP	37.572	9.393
352590	Jundiaí	SP	593.865	84.838
352600	Junqueirópolis	SP	26.427	8.809
352610	Juquiá	SP	66.825	16.706
352670	Leme	SP	85.763	42.882
352680	Lençóis Paulista	SP	56.276	56.276
352690	Limeira	SP	298.202	74.551
352710	Lins	SP	128.525	21.421
352720	Lorena	SP	97.698	32.566
352740	Lucélia	SP	19.783	9.892
352800	Macatuba	SP	16.034	16.034
352810	Macaubal	SP	7.145	7.145
352840	Mairinque	SP	56.377	28.189
352850	Mairiporã	SP	62.136	62.136
352900	Marília	SP	232.324	33.189
352920	Martinópolis	SP	31.748	10.583
352940	Mauá	SP	408.619	204.310
353030	Mirassol	SP	56.798	28.399
353050	Mococa	SP	66.409	66.409
353060	Moji das Cruzes	SP	399.068	99.767
353070	Mogi Guaçu	SP	136.128	68.064
353080	MoJi-Mirim	SP	83.412	83.412
353110	Mongaguá	SP	37.080	37.080
353130	Monte Alto	SP	44.064	44.064
353140	Monte Aprazível	SP	23.322	11.661
353150	Monte Azul Paulista	SP	19.776	19.776
353250	Neves Paulista	SP	8.987	8.987
353260	Nhandeara	SP	18.800	4.700
353350	Novo Horizonte	SP	32.662	32.662
353390	Olímpia	SP	75.360	15.072
353440	Osasco	SP	661.155	661.155
353460	Oswaldo Cruz	SP	50.916	10.183
353470	Ourinhos	SP	135.857	22.643
353490	Pacaembu	SP	12.528	12.528
353530	Palmital	SP	38.102	9.526
353540	Panorama	SP	22.021	7.340
353550	Paraguaçu Paulista	SP	46.652	11.663
353620	Pariquera-Açu	SP	139.332	15.481
353650	Paulínia	SP	133.154	44.385
353660	Paulo de Faria	SP	8.490	8.490
353670	Pederneiras	SP	37.154	37.154
353730	Penápolis	SP	87.504	12.501
353760	Peruíbe	SP	53.669	53.669
353780	Piedade	SP	84.289	28.096
353800	Pindamonhangaba	SP	128.627	128.627
353870	Piracicaba	SP	334.402	334.402

353880	Piraju	SP	60.788	12.158
353930	Pirassununga	SP	65.848	65.848
353950	Pitangueiras	SP	31.813	31.813
353980	Poá	SP	98.109	98.109
354000	Pompéia	SP	29.517	9.839
354020	Pontal	SP	30.497	30.497
354040	Populina	SP	4.417	4.417
354060	Porto Feliz	SP	46.498	46.498
354080	Potirendaba	SP	13.621	13.621
354100	Praia Grande	SP	200.199	200.199
354120	Presidente Bernardes	SP	17.687	8.844
354130	Presidente Epitácio	SP	44.113	22.057
354140	Presidente Prudente	SP	229.760	38.293
354150	Presidente Venceslau	SP	81.217	16.243
354190	Queluz	SP	17.085	5.695
354220	Rancharia	SP	44.621	14.874
354240	Regente Feijó	SP	25.934	8.645
354260	Registro	SP	67.895	33.948
354300	Ribeirão Branco	SP	21.470	21.470
354330	Ribeirão Pires	SP	106.700	106.700
354340	Ribeirão Preto	SP	572.830	81.833
354380	Rinópolis	SP	10.127	10.127
354390	Rio Claro	SP	200.354	40.071
354400	Rio das Pedras	SP	32.997	10.999
354420	Riolândia	SP	8.659	8.659
354425	Rosana	SP	34.949	17.475
354520	Salto	SP	95.717	95.717
354530	Salto de Pirapora	SP	36.284	36.284
354560	Santa Adélia	SP	13.554	13.554
354630	Santa Cruz das Palmeiras	SP	26.013	26.013
354640	Santa Cruz do Rio Pardo	SP	61.664	12.333
354660	Santa Fé do Sul	SP	41.815	6.969
354680	Santa Isabel	SP	106.017	53.009
354760	Santa Rosa de Viterbo	SP	21.694	21.694
354770	Santo Anastácio	SP	23.074	11.537
354780	Santo André	SP	652.305	652.305
354850	Santos	SP	417.817	417.817
354870	São Bernardo do Campo	SP	717.790	717.790
354880	São Caetano do Sul	SP	138.993	138.993
354890	São Carlos	SP	348.876	49.839
354910	São João da Boa Vista	SP	85.338	42.669
354940	São Joaquim da Barra	SP	151.906	21.701
354970	São José do Rio Pardo	SP	109.798	21.960
354980	São José do Rio Preto	SP	494.266	27.459
354990	São José dos Campos	SP	571.630	190.543
355010	São Manuel	SP	73.772	18.443
355030	São Paulo	SP	10.534.464	2.633.616
355060	São Roque	SP	79.243	39.622
355070	São Sebastião	SP	82.461	41.231

355090	São Simão	SP	13.887	13.887
355100	São Vicente	SP	306.860	306.860
355150	Serrana	SP	33.738	33.738
355170	Sertãozinho	SP	121.469	60.735
355220	Sorocaba	SP	529.256	264.628
355240	Sumaré	SP	401.091	133.697
355250	Suzano	SP	236.985	236.985
355260	Tabapuã	SP	10.549	10.549
355280	Taboão da Serra	SP	202.049	202.049
355330	Tambaú	SP	22.526	22.526
355360	Tapiratiba	SP	13.059	13.059
355370	Taquaritinga	SP	135.130	15.014
355400	Tatuí	SP	112.679	37.560
355410	Taubaté	SP	310.893	51.816
355450	Tietê	SP	34.553	17.277
355500	Tupã	SP	76.281	19.070
355510	Tupi Paulista	SP	21.390	5.348
355540	Ubatuba	SP	68.787	68.787
355560	Uchoa	SP	9.119	9.119
355580	Urânia	SP	8.835	8.835
355620	Valinhos	SP	84.601	84.601
355630	Valparaíso	SP	18.823	18.823
355640	Vargem Grande do Sul	SP	37.229	37.229
355645	Vargem Grande Paulista	SP	34.596	34.596
355670	Vinhedo	SP	48.761	48.761
355680	Viradouro	SP	16.301	16.301
355700	Votorantim	SP	97.808	97.808
355710	Votuporanga	SP	107.555	15.365
410110	Andirá	PR	21.917	21.917
410120	Antonina	PR	19.401	19.401
410140	Apucarana	PR	187.743	14.442
410150	Arapongas	PR	93.422	46.711
410180	Araucária	PR	111.612	55.806
410190	Assaí	PR	33.953	8.488
410200	Assis Chateaubriand	PR	32.513	32.513
410210	Astorga	PR	42.573	8.515
410240	Bandeirantes	PR	44.805	14.935
410345	Cafelândia	PR	14.437	7.219
410360	Cambará	PR	22.903	22.903
410370	Cambé	PR	95.150	31.717
410420	Campo Largo	PR	95.192	95.192
410430	Campo Mourão	PR	229.784	13.517
410442	Candói	PR	27.522	9.174
410460	Capitão Leônidas Marques	PR	26.763	8.921
410480	Cascavel	PR	329.905	36.656
410490	Castro	PR	151.345	30.269
410510	Centenário do Sul	PR	22.499	5.625
410540	Chopinzinho	PR	39.875	9.969
410550	Cianorte	PR	116.271	11.627

410590	Colorado	PR	50.338	7.191
410630	Corbélia	PR	23.853	7.951
410640	Cornélio Procópio	PR	109.464	10.946
410690	Curitiba	PR	2.234.236	117.591
410720	Dois Vizinhos	PR	58.796	11.759
410800	Florestópolis	PR	12.207	12.207
410820	Formosa do Oeste	PR	20.718	6.906
410830	Foz do Iguaçu	PR	266.771	266.771
410840	Francisco Beltrão	PR	134.780	13.478
410860	Goioerê	PR	50.276	12.569
410880	Guaíra	PR	28.504	28.504
410930	Guaraniaçu	PR	25.274	8.425
410940	Guarapuava	PR	271.720	38.817
410970	Ibaiti	PR	43.803	10.951
410980	Ibiporã	PR	54.478	27.239
411060	Iporã	PR	15.980	15.980
411070	Irati	PR	149.937	16.660
411125	Itaperuçu	PR	20.401	20.401
411140	Ivaí	PR	11.945	11.945
411150	Ivaiporã	PR	151.894	9.493
411180	Jacarezinho	PR	63.689	21.230
411210	Jandaia do Sul	PR	19.812	19.812
411320	Lapa	PR	42.240	42.240
411330	Laranjeiras do Sul	PR	70.477	11.746
411350	Loanda	PR	87.334	7.939
411370	Londrina	PR	514.754	85.792
411410	Mandaguacu	PR	17.056	17.056
411420	Mandaguari	PR	31.761	31.761
411460	Marechal Cândido Rondon	PR	57.533	11.507
411480	Marialva	PR	29.477	29.477
411520	Maringá	PR	325.394	40.674
411580	Medianeira	PR	71.810	14.362
411690	Nova Esperança	PR	41.863	8.373
411750	Paiçandu	PR	31.774	31.774
411770	Palmeira	PR	47.822	15.941
411790	Palotina	PR	31.771	15.886
411820	Paranaguá	PR	223.615	37.269
411840	Paranavaí	PR	162.026	9.531
411850	Pato Branco	PR	196.758	17.887
411915	Pinhais	PR	106.314	106.314
411960	Pitanga	PR	80.066	16.013
411990	Arapoti	PR	24.186	24.186
411990	Ponta Grossa	PR	292.048	146.024
412000	Porecatu	PR	15.714	15.714
412035	Pranchita	PR	33.619	5.603
412090	Quedas do Iguaçu	PR	32.905	16.453
412190	Ribeirão do Pinhal	PR	22.380	11.190
412220	Rio Branco do Sul	PR	29.536	29.536
412230	Rio Negro	PR	28.921	28.921

412240	Rolândia	PR	63.780	21.260
412350	Santa Helena	PR	28.954	9.651
412380	Santa Izabel do Oeste	PR	75.529	15.106
412410	Santo Antônio da Platina	PR	60.086	12.017
412440	Santo Antônio do Sudoeste	PR	17.907	17.907
412470	São Jerônimo da Serra	PR	11.563	11.563
412535	São Jorge do Patrocínio	PR	8.528	4.264
412550	São José dos Pinhais	PR	213.625	213.625
412560	São Mateus do Sul	PR	50.886	16.962
412570	São Miguel do Iguaçu	PR	50.945	16.982
412625	Sarandi	PR	74.266	74.266
412660	Siqueira Campos	PR	28.533	9.511
412710	Telêmaco Borba	PR	166.999	20.875
412720	Terra Boa	PR	15.860	15.860
412740	Terra Roxa	PR	14.689	14.689
412760	Tijucas do Sul	PR	12.508	12.508
412770	Toledo	PR	127.185	25.437
412780	Tomazina	PR	27.371	6.843
412800	Ubiratã	PR	46.668	15.556
412810	Umuarama	PR	239.813	12.622
412820	União da Vitória	PR	106.181	17.697
412850	Wenceslau Braz	PR	25.218	12.609
420140	Araranguá	SC	95.466	11.933
420200	Balneário Camboriú	SC	125.204	31.301
420240	Blumenau	SC	290.076	145.038
420280	Braço do Norte	SC	57.131	8.162
420290	Brusque	SC	95.233	31.744
420300	Caçador	SC	68.272	34.136
420320	Camboriú	SC	43.260	43.260
420330	Campo Alegre	SC	11.813	11.813
420360	Campos Novos	SC	48.855	8.143
420380	Canoinhas	SC	81.717	20.429
420420	Chapecó	SC	228.131	16.295
420430	Concórdia	SC	117.395	9.783
420460	Criciúma	SC	244.852	40.809
420480	Curitibanos	SC	59.177	11.835
420540	Florianópolis	SC	439.982	73.330
420590	Gaspar	SC	47.703	47.703
420650	Guaramirim	SC	24.542	24.542
420690	Ibirama	SC	45.051	7.509
420700	Içara	SC	49.886	49.886
420730	Imbituba	SC	49.431	24.716
420750	Indaial	SC	57.026	19.009
420810	Itaiópolis	SC	19.259	19.259
420820	Itajaí	SC	240.376	40.063
420840	Itapiranga	SC	24.212	8.071
420850	Ituporanga	SC	51.163	7.309
420890	Jaraguá do Sul	SC	167.666	27.944
420900	Joaçaba	SC	124.983	8.927

420910	Joinville	SC	490.735	98.147
420930	Lages	SC	251.156	16.744
420940	Laguna	SC	47.872	47.872
421010	Mafra	SC	75.509	25.170
421050	Maravilha	SC	57.594	5.759
421170	Orleans	SC	20.019	20.019
421360	Porto União	SC	45.110	15.037
421420	Quilombo	SC	32.900	4.700
421480	Rio do Sul	SC	147.380	9.825
421500	Rio Negrinho	SC	38.824	38.824
421550	Santa Cecília	SC	21.761	10.881
421570	Santo Amaro da Imperatriz	SC	44.946	6.421
421580	São Bento do Sul	SC	67.222	67.222
421620	São Francisco do Sul	SC	33.319	33.319
421650	São Joaquim	SC	39.758	9.940
421660	São José	SC	288.277	96.092
421670	São José do Cedro	SC	35.117	8.779
421690	São Lourenço do Oeste	SC	43.177	7.196
421720	São Miguel do Oeste	SC	111.445	7.430
421750	Seara	SC	24.400	6.100
421770	Sombrio	SC	67.198	9.600
421800	Tijucas	SC	64.806	10.801
421820	Timbó	SC	61.726	12.345
421870	Tubarão	SC	154.525	22.075
421900	Urussanga	SC	35.571	11.857
421930	Videira	SC	96.830	12.104
421950	Xanxerê	SC	116.317	8.308
421970	Xaxim	SC	27.380	9.127
430010	Agudo	RS	17.533	17.533
430020	Ajuricaba	RS	7.660	7.660
430040	Alegrete	RS	92.177	46.089
430060	Alvorada	RS	188.756	188.756
430080	Antônio Prado	RS	13.154	13.154
430090	Aratiba	RS	14.460	4.820
430100	Arroio do Meio	RS	19.541	9.771
430120	Arroio do Tigre	RS	22.850	7.617
430130	Arroio Grande	RS	19.280	19.280
430140	Arvorezinha	RS	12.980	6.490
430150	Augusto Pestana	RS	7.790	7.790
430160	Bagé	RS	133.171	33.293
430190	Barra do Ribeiro	RS	44.204	14.735
430210	Bento Gonçalves	RS	98.260	24.565
430220	Boa Vista do Buricá	RS	6.600	6.600
430230	Bom Jesus	RS	19.915	6.638
430235	Bom Princípio	RS	9.741	9.741
430240	Bom Retiro do Sul	RS	13.872	6.936
430250	Bossoroca	RS	7.736	7.736
430270	Butiá	RS	27.871	13.936
430280	Caçapava do Sul	RS	34.427	34.427

430300	Cachoeira do Sul	RS	103.315	25.829
430310	Cachoeirinha	RS	109.839	109.839
430330	Caibaté	RS	7.168	3.584
430350	Camaquã	RS	95.277	13.611
430370	Campina das Missões	RS	19.428	4.857
430380	Campinas do Sul	RS	17.433	3.487
430390	Campo Bom	RS	54.773	54.773
430400	Campo Novo	RS	9.793	4.897
430440	Canela	RS	61.276	20.425
430450	Canguçu	RS	60.206	30.103
430460	Canoas	RS	326.627	163.314
430463	Capão da Canoa	RS	50.588	12.647
430470	Carazinho	RS	95.391	11.924
430480	Carlos Barbosa	RS	21.029	21.029
430500	Catuípe	RS	18.472	9.236
430510	Caxias do Sul	RS	368.776	368.776
430520	Cerro Largo	RS	12.587	12.587
430535	Charqueadas	RS	30.585	30.585
430540	Chiapetta	RS	6.876	3.438
430600	Crissiumal	RS	27.304	9.101
430610	Cruz Alta	RS	79.808	15.962
430620	Cruzeiro do Sul	RS	11.792	11.792
430640	Dois Irmãos	RS	34.405	11.468
430650	Dom Feliciano	RS	13.447	13.447
430660	Dom Pedrito	RS	40.640	40.640
430680	Encantado	RS	39.616	5.659
430690	Encruzilhada do Sul	RS	24.194	24.194
430693	Entre-Ijuís	RS	9.643	9.643
430700	Erechim	RS	106.972	17.829
430720	Erval Grande	RS	5.446	5.446
430750	Espumoso	RS	25.350	6.338
430760	Estância Velha	RS	42.775	14.258
430770	Esteio	RS	81.189	81.189
430780	Estrela	RS	30.203	15.102
430790	Farroupilha	RS	59.258	29.629
430800	Faxinal do Soturno	RS	9.338	4.669
430810	Feliz	RS	22.163	4.433
430820	Flores da Cunha	RS	32.255	10.752
430850	Frederico Westphalen	RS	84.731	8.473
430860	Garibaldi	RS	31.762	10.587
430890	Getúlio Vargas	RS	33.880	5.647
430900	Giruá	RS	24.134	12.067
430910	Gramado	RS	34.177	17.089
430920	Gravataí	RS	244.566	122.283
430930	Guaíba	RS	101.470	50.735
430940	Guaporé	RS	23.837	7.946
430950	Guarani das Missões	RS	86.847	21.712
430960	Horizontina	RS	34.848	8.712
431000	Ibirubá	RS	34.434	6.887

431010	Igrejinha	RS	27.535	27.535
431020	Ijuí	RS	81.191	27.064
431030	Ilópolis	RS	15.156	5.052
431060	Itaqui	RS	40.277	40.277
431080	Ivoti	RS	15.833	15.833
431100	Jaguarão	RS	37.333	18.667
431110	Jaguari	RS	12.457	12.457
431120	Júlio de Castilhos	RS	20.500	20.500
431130	Lagoa Vermelha	RS	41.106	8.221
431140	Lajeado	RS	70.621	17.655
431180	Marau	RS	57.214	5.721
431205	Marques de Souza	RS	23.080	4.616
431240	Montenegro	RS	91.582	10.176
431250	Mostardas	RS	23.799	7.933
431260	Muçum	RS	12.247	3.062
431270	Nonoai	RS	17.422	8.711
431290	Nova Bassano	RS	7.964	7.964
431310	Nova Palma	RS	20.404	4.081
431320	Nova Petrópolis	RS	17.323	17.323
431330	Nova Prata	RS	34.851	5.809
431340	Novo Hamburgo	RS	239.790	239.790
431350	Osório	RS	40.001	20.001
431370	Palmeira das Missões	RS	28.440	5.688
431370	Palmeira das Missões	RS	71.198	6.473
431390	Panambi	RS	37.210	18.605
431390	Panambi	RS	6.500	6.500
431410	Passo Fundo	RS	191.867	27.410
431440	Pelotas	RS	376.449	53.778
431450	Pinheiro Machado	RS	24.705	8.235
431460	Piratini	RS	19.629	19.629
431470	Planalto	RS	28.551	9.517
431480	Portão	RS	25.249	25.249
431490	Porto Alegre	RS	1.373.313	1.373.313
431515	Progresso	RS	25.237	8.412
431530	Quaraí	RS	24.238	24.238
431550	Restinga Seca	RS	24.131	12.066
431560	Rio Grande	RS	188.215	188.215
431570	Rio Pardo	RS	48.910	24.455
431590	Rodeio Bonito	RS	19.744	3.949
431610	Ronda Alta	RS	26.645	5.329
431640	Rosário do Sul	RS	41.094	41.094
431645	Salto do Jacuí	RS	11.762	11.762
431660	Sananduva	RS	35.496	7.099
431670	Santa Bárbara do Sul	RS	10.008	10.008
431680	Santa Cruz do Sul	RS	188.351	26.907
431690	Santa Maria	RS	255.710	85.237
431710	Santana do Livramento	RS	92.036	92.036
431720	Santa Rosa	RS	65.862	65.862
431730	Santa Vitória do Palmar	RS	38.983	19.492

431740	Santiago	RS	63.087	12.617
431760	Santo Antônio da Patrulha	RS	37.284	37.284
431770	Santo Antônio das Missões	RS	12.657	12.657
431780	Santo Augusto	RS	25.825	6.456
431790	Santo Cristo	RS	152.011	7.979
431800	São Borja	RS	70.376	35.188
431810	São Francisco de Assis	RS	20.762	20.762
431830	São Gabriel	RS	66.934	22.311
431840	São Jerônimo	RS	49.221	12.305
431850	São José do Norte	RS	24.003	24.003
431860	São José do Ouro	RS	21.632	4.326
431870	São Leopoldo	RS	196.531	196.531
431880	São Lourenço do Sul	RS	43.996	43.996
431890	São Luiz Gonzaga	RS	74.950	9.369
431900	São Marcos	RS	19.342	19.342
431915	São Miguel das Missões	RS	7.355	7.355
431930	São Paulo das Missões	RS	7.021	7.021
431940	São Pedro do Sul	RS	29.793	5.959
431950	São Sebastião do Caí	RS	30.332	7.583
431960	São Sepé	RS	24.643	24.643
431970	São Valentim	RS	9.618	3.206
431980	São Vicente do Sul	RS	29.252	9.751
431990	Sapiranga	RS	90.677	30.226
432000	Sapucaia do Sul	RS	124.862	124.862
432010	Sarandi	RS	40.219	6.703
432040	Serafina Corrêa	RS	11.195	11.195
432060	Severiano de Almeida	RS	9.649	3.216
432070	Sobradinho	RS	25.445	6.361
432080	Soledade	RS	42.623	10.656
432090	Tapejara	RS	38.644	4.831
432110	Tapes	RS	16.567	16.567
432120	Taquara	RS	122.960	30.740
432130	Taquari	RS	29.961	14.981
432140	Tenente Portela	RS	23.395	5.849
432143	Terra de Areia	RS	8.709	8.709
432145	Teutônia	RS	37.110	7.422
432150	Torres	RS	59.334	8.476
432160	Tramandaí	RS	73.400	14.680
432170	Três Coroas	RS	19.963	19.963
432180	Três de Maio	RS	41.920	8.384
432190	Três Passos	RS	30.906	10.302
432200	Triunfo	RS	22.716	22.716
432220	Tupanciretã	RS	21.145	21.145
432230	Tuparendi	RS	12.283	6.142
432240	Uruguaiana	RS	132.124	66.062
432250	Vacaria	RS	72.824	12.137
432260	Venâncio Aires	RS	74.179	18.545
432280	Veranópolis	RS	29.439	7.360
432290	Viadutos	RS	20.256	5.064

432300	Viamão	RS	232.755	232.755
500060	Amambai	MS	59.444	14.861
500100	Aparecida do Taboado	MS	24.921	12.461
500110	Aquidauana	MS	123.205	20.534
500190	Bataguassu	MS	23.537	11.769
500210	Bela Vista	MS	26.752	13.376
500270	Campo Grande	MS	752.065	94.008
500290	Cassilândia	MS	20.290	20.290
500320	Corumbá	MS	112.309	56.155
500330	Coxim	MS	71.684	14.337
500370	Dourados	MS	216.202	43.240
500380	Fátima do Sul	MS	49.136	9.827
500410	Guia Lopes da Laguna	MS	41.566	13.855
500470	Ivinhema	MS	34.691	11.564
500500	Jardim	MS	22.890	22.890
500540	Maracaju	MS	26.593	26.593
500568	Mundo Novo	MS	46.734	11.684
500570	Naviraí	MS	58.390	19.463
500620	Nova Andradina	MS	58.388	14.597
500630	Paranaíba	MS	46.621	23.311
500660	Ponta Porã	MS	90.712	22.678
500720	Rio Brilhante	MS	33.612	16.806
500769	São Gabriel do Oeste	MS	67.568	13.514
500830	Três Lagoas	MS	103.726	34.575
510020	ÁGUA BOA	MT	22.102	7.367
510025	Alta Floresta	MT	101.440	14.491
510180	BARRA DO GARÇAS	MT	81.266	19.578
510190	BRASNORTE	MT	10.203	10.203
510250	CÁCERES	MT	185.728	14.287
510250	MIRASSOL D'OESTE	MT	71.048	8.881
510263	CAMPO NOVO DO PARECIS	MT	18.998	18.998
510267	CAMPO VERDE	MT	18.524	18.524
510270	CANARANA	MT	36.001	9.000
510320	COLÍDER	MT	33.417	16.709
510335	CONFRESA	MT	33.517	11.172
510340	CUIABÁ	MT	558.481	69.810
510350	DIAMANTINO	MT	45.208	11.302
510410	GUARANTÁ DO NORTE	MT	29.107	29.107
510460	ITUIQUIRA	MT	9.349	9.349
510480	JACIARA	MT	48.518	12.130
510510	JUARA	MT	52.740	13.185
510515	JUÍNA	MT	86.658	14.443
510525	LUCAS DO RIO VERDE	MT	20.873	20.873
510560	MATUPÁ	MT	11.347	11.347
510590	NOBRES	MT	15.044	15.044
510622	NOVA MUTUM	MT	14.534	14.534
510625	NOVA XAVANTINA	MT	30.238	15.119
510637	PEDRA PRETA	MT	13.956	13.956
510642	PEIXOTO DE AZEVEDO	MT	29.953	14.977

510650	POCONÉ	MT	30.902	30.902
510704	Primavera do Leste	MT	64.620	21.540
510710	SÃO JOSÉ DOS QUATRO MARCOS	MT	19.329	19.329
510730	SÃO JOSÉ DO RIO CLARO	MT	17.005	8.503
510735	SÃO JOSÉ DO XINGU	MT	6.341	3.171
510760	RONDONÓPOLIS	MT	25.703	6.426
510760	RONDONÓPOLIS	MT	171.673	42.918
510770	ROSÁRIO OESTE	MT	18.243	18.243
510780	SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER	MT	15.436	15.436
510785	São Félix do Araguaia	MT	21.402	3.567
510787	Sapezal	MT	8.688	8.688
510790	SINOP	MT	79.513	79.513
510792	SORRISO	MT	116.346	9.696
510795	TANGARÁ DA SERRA	MT	60.924	60.924
510805	TERRA NOVA DO NORTE	MT	13.314	13.314
510840	VÁRZEA GRANDE	MT	229.159	114.580
510860	VILA RICA	MT	22.583	35.310
520025	Águas Lindas de Goiás	GO	116.122	116.122
520060	Alto Paraíso de Goiás	GO	6.416	6.416
520085	Americano do Brasil	GO	4.937	4.937
520110	Anápolis	GO	410.753	31.596
520140	Aparecida de Goiânia	GO	374.813	124.938
520170	Aragarças	GO	27.040	9.013
520380	Britânia	GO	5.343	5.343
520450	Caldas Novas	GO	61.535	20.512
520490	Campos Belos	GO	38.798	9.700
520510	Catalão	GO	888	888
520510	Catalão	GO	70.718	23.573
520530	Cavalcante	GO	11.992	5.996
520540	Ceres	GO	95.975	7.998
520549	Cidade Ocidental	GO	41.769	41.769
520620	Cristalina	GO	35.200	35.200
520640	Crixás	GO	35.568	8.892
520725	Doverlândia	GO	8.347	8.347
520800	Formosa	GO	98.873	24.718
520850	Goiandira	GO	6.855	3.428
520860	Goianésia	GO	63.331	15.833
520870	Goiania	GO	1.339.469	74.415
520890	Goiás	GO	90.284	10.032
520910	Goiatuba	GO	68.678	68.678
521000	Inhumas	GO	70.734	10.105
521010	Ipameri	GO	27.323	13.662
521020	Iporá	GO	82.231	7.476
521040	Itaberaí	GO	38.167	12.722
521090	Itapaci	GO	19.993	6.664
521120	Itapuranga	GO	32.817	10.939
521150	Itumbiara	GO	104.572	26.143
521180	Jaraguá	GO	33.891	33.891
521190	Jataí	GO	93.683	18.737

521220	Jussara	GO	24.079	4.151
521250	Luziânia	GO	226.405	113.203
521308	Minaçu	GO	37.371	18.686
521310	Mineiros	GO	48.755	16.252
521380	Morrinhos	GO	41.942	13.981
521460	Niquelândia	GO	42.049	21.025
521550	Ouvidor	GO	7.220	3.610
521560	Padre Bernardo	GO	24.792	12.396
521570	Palmeiras de Goiás	GO	33.470	11.157
521640	Paraúna	GO	19.135	6.378
521710	Piracanjuba	GO	27.141	13.571
521720	Piranhas	GO	16.190	8.095
521740	Pires do Rio	GO	51.673	8.612
521760	Planaltina	GO	95.144	23.786
521770	Pontalina	GO	24.155	8.052
521800	Porangatu	GO	70.381	7.820
521830	Posse	GO	73.726	7.373
521850	Quirinópolis	GO	100.446	9.131
521880	Rio Verde	GO	198.293	28.328
521975	Santo Antônio do Descoberto	GO	56.369	56.369
522000	São João d'Aliança	GO	7.112	7.112
522010	São Luís de Montes Belos	GO	67.060	6.706
522020	São Miguel do Araguaia	GO	31.654	15.827
522045	Senador Canedo	GO	59.601	29.801
522060	Silvânia	GO	43.525	8.705
522160	Uruaçu	GO	72.069	9.009
522185	Valparaíso de Goiás	GO	99.592	99.592

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados recebidos do Ministério da Saúde.

ANEXO IV – HABILITAÇÃO DOS ESTADOS CONFORME AS NOAS SUS 2001 E 2002

Posição CIT de 14.08.2002

ESTADO	CONDIÇÃO DE GESTÃO	
	AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL	PLENA DO SISTEMA ESTADUAL
ALAGOAS		PT. GM nº 774 17.04.02
AMAPÁ	PT. GM nº 1260 10.07.02	
CEARÁ		PT. GM nº 775 17.04.02
DISTRITO FEDERAL		PT. GM nº 1122 17.06.02
GOIÁS		PT. GM nº 1123 17.06.02
MATO GROSSO		PT. GM nº 1556 29.08.02
MATO GROSSO DO SUL		PT. GM nº 1555 29.08.02
PARÁ		PT. GM nº 1262 10.06.02
PARAÍBA		PT. GM nº 1438 13.08.02
PARANÁ		PT. GM nº 1466 14.08.02
RIO DE JANEIRO		PT. GM nº 1439 13.08.02
SANTA CATARINA		PT. GM nº 1261 10.07.02
SERGIPE		PT. GM nº 1273 11.07.02

NÚMERO DE ESTADOS HABILITADOS

AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL	PLENA DO SISTEMA ESTADUAL	NÃO HABILITADOS
01	12	14

ANEXO V – HABILITAÇÃO DOS ESTADOS CONFORME AS NOAS SUS 2001 E 2002

Posição CIT de 14.08.2002

ESTADO	CONDIÇÃO DE GESTÃO	
	AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL	PLENA DO SISTEMA ESTADUAL
ALAGOAS		PT. GM nº 774 17.04.02
AMAPÁ	PT. GM nº 1260 10.07.02	
CEARÁ		PT. GM nº 775 17.04.02
DISTRITO FEDERAL		PT. GM nº 1122 17.06.02
GOIÁS		PT. GM nº 1123 17.06.02
MATO GROSSO		PT. GM nº 1556 29.08.02
MATO GROSSO DO SUL		PT. GM nº 1555 29.08.02
PARÁ		PT. GM nº 1262 10.06.02
PARAÍBA		PT. GM nº 1438 13.08.02
PARANÁ		PT. GM nº 1466 14.08.02
RIO DE JANEIRO		PT. GM nº 1439 13.08.02
SANTA CATARINA		PT. GM nº 1261 10.07.02
SERGIPE		PT. GM nº 1273 11.07.02

NÚMERO DE ESTADOS HABILITADOS

AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL	PLENA DO SISTEMA ESTADUAL	NÃO HABILITADOS
01	12	14

Referências Bibliográficas

AGRESTI, A.; FINLAY, B. Statistical methods for the social sciences. New Jersey: Prentice Hall, 3rd edition, 1997.

ANDRADE, L.O.M. SUS Passo a Passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec, 2001.

ARROW, K. J., “Uncertainty and the welfare economics of medical care,” *American Economic Review*, 53: 941-97, 1963.

ARROW, K. J., “Theoretical issues in health insurance”. *In :Collected Papers of Kenneth J. Arrow*, Vol. 6, Applied Economics. Cambridge: Havard University Press, 1985.

AZEVEDO, P. R. M. Saber & Ciência: modelos de regressão linear. Rio Grande do Norte: EDUFRN, V. 1.

BICKMAN, L & DEBRA, J. R. Handbook of applied social research methods. London: SAGE publications, 1997.

BONFIM, R. L. D. Programação e Financiamento. Parâmetros para uma universalização ou para racionamento? O caso da média complexidade. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social – UERJ. Rio de Janeiro, 2002.

BRAGA, J. C. & PAULA, S. G., Saúde e Previdência: estudos de Política Social. São Paulo: CEBES/HUCITEC; 1981.

BRASIL. Portaria INAMPS nº 3.046, de 20 de julho de 1982. Ministério da Previdência e Assistência Social.,1982.

BRASIL. Da Ordem Social – D Saúde. In: Constituição [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Senado, 1998. p.91-95, tit. 8, seção 2, 1988.

BRASIL (a) Decreto Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____ (b) Decreto Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

_____ Norma Operacional Básica – SUS/01. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1991.

_____ Norma Operacional Básica – SUS/01. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1993.

_____ Norma Operacional Básica – SUS/01 Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1996.

_____ Portaria Gabinete Ministerial nº831, Ministério da Saúde Brasília, DF, 1998.

_____ (a). Portaria Gabinete Ministerial nº 531, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1999.

_____ (b) Portaria Gabinete Ministerial nº 627, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1999.

_____ (c) Portaria Gabinete Ministerial nº 632, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1999.

_____ Proposta para a organização da Atenção de Média Complexidade Ambulatorial – Relatório Final. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, DF, 2000.

_____ (a) Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2001.

_____ (b) Organização e Programação da Assistência: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar. Secretaria de Assistência à Saúde/DDGA/Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2001.

_____ (a) Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2002. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002.

_____ (b) Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002., Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002.

_____ (c) Relatório de Gestão Secretaria de Assistência à Saúde 1998/2001. 2 ed. revista e modificada. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, DF, 2002.

_____ (d) Reduzindo desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998/2002. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, DF, 2002.

_____ (e) Portaria Gabinete Ministerial nº 1.101, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002.

_____ (f) O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2002.

CARVALHO, A. I., 1999. Política de Saúde e Organização do Setorial do País. Documento preparado para o curso de Especialização à Distância Auto Gestão em Saúde, pp. 15-44, Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ.

CAVALCANTI, P.; SÁ, D. A.; MELAMED, C., Relatório do projeto Custo e Impacto da Implantação da Parte Fixa do PAB – REFORSUS – Dez. 2002.

CORDEIRO, H., 1991. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial/ABRASCO;

COSEMS. Manual do Gestor/SUS. Rio de Janeiro. 1997.

DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring; the criteria and standards of quality. Michigan: Health Administration Press, v. II, 1982.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, n. 114, p. 1115-1118, 1990. In: SÁ, D. A. de. *Atenção à Saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informações do SUS (SIA/SUS)*. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ. Recife, 2002

EECKE, W. Ver. “The Concept ‘Merit Good’, The Ethical Dimension in Economic Theory and History of Economic Thought, Georgetown University, mimeo, 1996.

Ellis, Randall P and McGuire, Thomas G. Supply- Side and Demand –Side Cost Sharing in Health Care, *Journal of Economics Perspective*, 1993.

FARIAS, Luis Otavio ; MELAMED, Clarice. Segmentação de Mercado na Assistência à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 585-598, 2003

FELDSTEIN, P. J. *Health care economics*. New York, John Wiley and Sons, 1988.

GROSSMAN, M., Government and Health Outcomes. *American Economic Review*, May, p.192, 1982.

LALOND, M. *A New Perspective on the Health of Canadians*: Office The Canadian Minister Of National Health and Welfare, 1974.

LEVCOVITZ, Eduardo, LIMA, Luciana Dias de e MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2001, vol.6, no.2, p.269-291. ISSN 1413-8123.

LEVINE, D. M.; BERENSON, M. L.; STEPHAN, D. *Estatística: teoria e aplicações usando o Microsoft Excel em português*. Trad. Teresa Cristina Padilha de Souza. LTC editora, Rio de Janeiro, 1998.

LUCCHESI, P.T. R. 1996. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, DF, n. 14, p. 75 –152, dez.

MÉDICI, A. *Financiamiento Y Gasto Público en Salud en Los Años Noventa*, División de Programas Sociales 1 del Bnco Interamericano de Desarrollo, (BR-009). 2001.

MELAMED & COSTA, Inovação no financiamento federal à Atenção básica. *Revista de Saúde Coletiva*, 8(2), Jun. - Jul., 2003.

MELAMED, C. Estrutura tributária, gasto social e financiamento da saúde pública no Brasil – anos 90. *Tese de doutorado*, 2000.

MUSGRAVE, R. A. & Musgrave, Peggy B. *Public Finance in Theory and Practice*, 5th edition, Mc Graw International Edition. 1989.

NORONHA, J. C. de & LEVCOVITZ, E. *AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde*. In: Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80 (R. Guimarães & R. Tavares, orgs.), Rio de Janeiro: ABRASCO-IMS-UERJ, 1994.

OLIVEIRA, J. A. de ^a & TEIXEIRA, S. M. F., A (Im) Previdência Social Brasileira. Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes; 1986.

PIOLA, S.F. & BIASOTO JÚNIOR, G., Financiamento do SUS nos anos 90. In: Brasil: Radiografia da Saúde (B. Negri & G di Giovanni) p. 219-232. Campinas: Unicamp:NEPP. 2001.

Relatório de atividades do GTT – Grupo Técnico de Trabalho – do Ministério da Saúde, segundo semestre de 1997, mimeo

SÁ, D. A. de. Atenção à Saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informações do SUS (SIA/SUS). Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ. Recife, 2002.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health Care*. Geneva: World Health Organization, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Analysis, Research and Assessment. *Methods for evaluating effects of health reforms*, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach*, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO HFA indicators for the new health policy in Europe, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (a). *Report of the Review Group on Health systems Performance Assessment*, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (b). *Health Impact Assessment in Government policy-making: developments in Wales*, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Millenium Development Goals. The indicators: scope, definitions and measurement methods*, 2003.

Definição de Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em <www.ensp.fiocruz.br/conjuntura/cit1.html>, acesso em 20/10/2002.

Definição de Comissão Intergestores Bipartite. Disponível em www.saude.rj.gov.br/cib/Historic/Historic2.htm, acesso em 20/10/2002.