

CONDICIONANTES LOCAIS DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE¹

Eduardo Marques
Marta Arretche

RESUMO: Este é um trabalho sobre desenhos institucionais e seus resultados redistributivos, que toma como objeto de análise a política de saúde no Brasil. O modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS – caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal, assim como financiar a política de saúde através de um sistema abrangente de transferências interregionais. Este sistema pretendeu, em período recente, acentuar seus objetivos redistributivos com a introdução do Piso da Atenção Básica – PAB, na Norma de Operação Básica – NOB98.

Este trabalho pretende examinar a extensão em que um sistema descentralizado, cujo desenho institucional concentra autoridade no governo central para implementar políticas com finalidades redistributivas, logra reduzir as diferenças regionais no acesso aos serviços públicos. Para isto, testaremos inicialmente a extensão do processo de descentralização da política de saúde no Brasil, para em seguida analisarmos a extensão da equalização na provisão de serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: política de saúde, descentralização, federalismo, desenhos institucionais, Brasil

INTRODUÇÃO

Trabalho sobre desenhos institucionais e seus resultados redistributivos, tomando como objeto de análise a descentralização da política de saúde no Brasil.

As políticas organizadas de forma a prover bens e/ou serviços públicos de modo descentralizado podem assumir uma diversidade de formatos institucionais.

No desenho institucional das políticas, a extensão da autoridade do governo central e, por conseqüência, o espaço de autonomia dos

¹ Este trabalho foi apresentado no XXVI Encontro Anual da ANPOCS no GT de Políticas Públicas, em outubro de 2002.

governos locais variam significativamente, quer entre países, quer entre políticas de um mesmo país.

Federações como a Alemanha, Austrália, Bélgica, Canadá e Estados Unidos apresentam razoável grau de variação em seus sistemas nacionais de saúde tanto no tocante à distribuição de funções entre governo federal, estados e municípios; quanto aos formatos institucionais através dos quais as decisões são tomadas e aos mecanismos de coordenação das relações entre os diferentes níveis de governo (Banting e Corbett, 2003).

Em países latino-americanos como Colômbia, Chile e Bolívia, que implementaram programas abrangentes de descentralização da saúde, o espaço de decisão dos governos locais variou significativamente entre os países e ao longo do tempo (Bossert, 2000).

Além disto, a análise de sistemas descentralizados mostra que o desempenho dos governos locais é, em grande parte, resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais. Bossert (1996) demonstra como as ações dos governos locais dependem da extensão e forma em que suas decisões são reguladas pela autoridade central. Banting e Cobbert (2003) demonstram que os países federativos que alcançaram reduzir significativamente as diferenças regionais no acesso aos serviços de saúde são aqueles que concentraram autoridade no governo federal e desenvolveram sistemas de transferências interregionais abrangentes, assim como as federações que concentraram autoridade no governo federal e instituíram mecanismos efetivos de coordenação intergovernamental foram as mais efetivas em suas estratégias de redução de custos. Tandler (1998) mostra que o desempenho dos governos locais na política de saúde no Ceará dependeu em grande parte da natureza dos incentivos derivados de regras estabelecidas pelo governo estadual.

Este trabalho pretende testar empiricamente as proposições acima tomando como objeto a política de saúde no Brasil. O modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal e financiar a política de saúde através de um sistema de transferências interregionais abrangente, cuja extensão, no âmbito do sistema de saúde, é significativa no Brasil. O sistema nacional de saúde pretendeu ainda acentuar seu caráter redistributivo com a introdução do Piso da Atenção Básica

(PAB), na Norma de Operação Básica (NOB98), que é um mecanismo de transferências federais para os programas municipais de saúde, calculado em termos per capita.

Este trabalho pretende, portanto, examinar a extensão em que um sistema descentralizado, cujo desenho institucional concentra autoridade no governo central para implementar políticas com finalidades redistributivas, logra reduzir as diferenças regionais no acesso aos serviços públicos. Para isto, testaremos inicialmente a extensão do processo de descentralização da política de saúde no Brasil, para em seguida testar a extensão da equalização na provisão de serviços de saúde.

METODOLOGIA

Para realizar nossa análise, montamos um banco de dados sobre políticas de saúde e sobre os municípios que as implementam. Esse banco é composto de informações de três ordens: da política de saúde; do que denominamos de variáveis estruturais: dados fiscais, porte populacional, estado da federação; e, por fim, localização na rede urbana. As primeiras informações, quanto à política de saúde, foram obtidas diretamente do *site* do Ministério da Saúde (repassadas originalmente para pesquisa desenvolvida pelo NEPP/UNICAMP) ou do DATASU.

As informações obtidas junto ao DATASUS incluem, em números absolutos a proporção dos serviços municipais quanto a:

- a. rede ambulatorial: municipal, estadual, privada e outros para os anos de 1998, 1999 e 2000;
- b. produção de serviços ambulatoriais: municipal, estadual, privada e outros para os anos de 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000;
- c. leitos em unidades hospitalares: do município, estado, setor privado e outros, para os anos de 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000;
- d. hospitais: municipais, estaduais, privados e outros para os anos de 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000;
- e. internações hospitalares: em unidades municipais, estaduais, privadas e outras para os anos de 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000.

Além dessas, utilizamos as seguintes informações do Ministério da Saúde:

- a. repasses do PAB para os municípios em 1997;
- b. repasses dos componentes fixo e variável do PAB por programa em 1998 e 1999: farmácia básica, agentes comunitários de saúde/saúde da família, combate às carências nutricionais e vigilância sanitária;
- c. consultas básicas em 1997, 1998 e 1999;
- d. visitas domiciliares em 1997, 1998 e 1999;
- e. procedimentos odontológicos coletivos em 1997, 1998 e 1999;
- f. unidades ambulatoriais com serviços de nebulização e inalação (em percentagem) em 1999;
- g. cobertura vacinal dos menores de 1 ano de idade pela 3ª dose da DTP em 1999;
- h. repasses da Autorização de Internação Hospitalar – AIH em 1997, 1998 e 1999 (em Reais); repasses do Sistema Ambulatorial – SIA em 1997, 1998 e 1999 (em Reais);
- i. repasses federais para gastos em alta complexidade nos municípios e em unidades sob gestão do município em 1997, 1998 e 1999 (em Reais).

Tentamos, ainda, utilizar informações relativas à condição de habilitação na qual foram enquadrados os municípios segundo a NOB 93. Essas informações, porém, não se mostraram consistentes.

Utilizamos uma variável adicional sobre saúde, a existência de cursos de medicina e da área da saúde no município, em especial se o curso é oferecido em uma unidade de ensino público municipal.

O conjunto de informações fiscais foi obtido nos sites do IPEA, da Secretaria do Tesouro Nacional, além de repassados pelo NEPP, tendo sido tratados originalmente por investigação sobre a dinâmica fiscal desenvolvida pelo IE/Unicamp. Essas informações incluem:

- a. total da receita orçamentária municipal;
- b. recursos orçamentários oriundos do IPTU, do ISS, do FPM e da cota parte municipal do ICMS;
- c. gastos com pessoal e com transferências a pessoas (que incluem os gastos de pensão e previdência municipais).

As variáveis de ordem locacional foram obtidas junto ao DATASUS, ao IBGE e ao IPEA e incluem:

- a. a população do município em 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000 (exceto 1996, todas em projeção calculadas pelo MS e incluídas no DATASUS);
- b. o grau de urbanização;
- c. o Índice de Desenvolvimento Humano por município calculado pelo IPEA.
- d. Utilizamos, também, uma classificação dos municípios por tipo (porte e localização da rede urbana) calculada pelo NESUR/UNICAMP, e, inicialmente, uma série de informações da Base de Informações Municipais (BIM) do IBGE. Não utilizamos estas informações, porém, por se mostrarem inconsistentes.

Por fim, foram consideradas como variáveis estruturais a localização dos municípios por estado e região.

Considerando a existência ou não de dados perdidos, a presença de discrepâncias (após análise de consistência por estado e por ano) e a sua distribuição estatística, escolhemos, dentre as listadas acima, as variáveis a serem utilizadas na análise.

A consideração da disponibilidade e confiabilidade de todas as variáveis para os municípios nos deixou com 5373 municípios. A distribuição dos municípios retirados da análise é relativamente uniforme pelas regiões e estados em termos proporcionais, não representando a introdução de viés na análise.

Algumas variáveis, especialmente as relativas às ações de saúde ao longo do tempo, foram usadas (ao longo do texto principal) para traçar um perfil da dinâmica do setor em período recente. Outras variáveis foram objeto quer da análise de caracterização dos tipos de municípios em saúde, quer dos cenários da dinâmica das políticas de saúde sob o ponto de vista municipal. Com vistas à realização de nossa classificação, realizamos sondagens preliminares em análise fatorial, que permitiram eliminar variáveis que apresentavam comunalidade muito baixa ou quase nada acrescentavam à explicação da variância total. Mantiveram-se na análise as seguintes variáveis:

- Participação municipal nas internações em 2000;
- Participação municipal nos hospitais em 2000;
- Internações por habitante em 2000;
- Procedimentos ambulatoriais por habitante em 2000;
- Consultas básicas por habitante em 1999;
- Repasses do PAB por habitante em 1999;
- Procedimentos odontológicos por habitante em 1999;
- Visitas domiciliares por habitante em 1999;
- Proporção do PAB variável sobre o PAB total em 1999
- Repasse variável do PAB por habitante em 1999
- Índice de capacidade de arrecadação - (iss+iptu)/rec. orç. em 1995;
- Receita orçamentária por habitante em 1995;
- Participação municipal na rede ambulatorial em 2000;
- Participação municipal na produção ambulatorial em 2000;
- Unidades com inalação sobre o total de unidades básicas;
- Transferências federais para pagamento de AIHs e SIAs por habitante em 1999;
- Transferências federais para pagamento de serviços de alta complexidade por habitante no município em 1999;
- Número de cursos de medicina no município.

O MODELO BRASILEIRO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

A Constituição de 1988 estabeleceu que o SUS deveria ser um sistema descentralizado e hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de prestar atendimento à população e à União e aos estados a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho desta função. A Lei 8080/90 não apenas reforçou a atribuição municipal de planejamento e execução dos serviços de saúde, como ampliou a função da União de alocação de recursos e regulação do desempenho das ações municipais e estaduais (Costa *et al*, 1999: 36). Em conjunto, a regra constitucional e a da Lei Orgânica da Saúde estabeleceram a distribuição de funções entre os níveis de governo no SUS.

No modelo brasileiro, é o governo federal que está encarregado das funções de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais. Este modelo de distribuição de funções – que, repetimos, não é o único adotado entre países federativos – tem como consequência que o governo federal – no nosso caso, o Ministério da Saúde – está encarregado de tomar as decisões mais importantes da política nacional de saúde. A concentração das funções de financiamento no governo federal significa que as políticas dos governos locais são fortemente dependentes das transferências deste Ministério. Além disto, a estratégia de construir um sistema descentralizado através de portarias editadas pelo Ministério da Saúde – as NOBs – (Lucchese, 1996; 2001; Carvalho, 2001; Goulart, 2001; Levcovitz, 2001) implica que no governo federal está concentrada a autoridade para formular as regras que definem as ações de saúde de estados e municípios.

A extensão das transferências interregionais no âmbito do sistema de saúde, por sua vez, é significativa no Brasil. De um lado, o sistema de saúde é financiado basicamente com recursos orçamentários, cuja base de arrecadação é diretamente proporcional ao nível de riqueza das regiões brasileiras. De outro lado, desde 1998, as transferências federais automáticas para financiar a atenção básica dos municípios são calculadas em termos per capita.

Esta regra de transferências federais calculadas per capita veio substituir o sistema de transferências para a saúde vigente até então, que remunerava estados e municípios de acordo com a produção de

serviços médico-assistenciais, mecanismo que gerava fortes incentivos à maximização dos procedimentos médico-assistenciais bem como reiterava as desigualdades existentes na medida em que premiava as esferas melhor equipadas.

As regras para as transferências federais direcionadas ao pagamento dos procedimentos hospitalares, entretanto, não foram modificadas, isto é, permaneceram sendo calculadas com base nos volumes de procedimentos realizados.

RESULTADOS

Foi municipalizada a provisão de serviços de saúde?

Sim e não. Nossa análise indica que no ano 2000 a participação municipal na produção de serviços de atenção básica já era quase total, ao passo que a participação municipal na produção de serviços hospitalares era bastante reduzida.

A análise da descentralização da política de saúde deve ser desdobrada em duas dimensões: os serviços básicos de atenção à saúde e os serviços hospitalares. Esta distinção é necessária devido ao desenho institucional da política de saúde no Brasil, herdada do modelo adotado durante o regime militar, modelo que condicionou a estratégia de descentralização.

A implantação do seguro público de saúde, através do sistema INPS/INAMPS, produziu uma divisão de tarefas entre os provedores de serviços, pela qual os serviços básicos de atenção à saúde eram realizados principalmente por provedores públicos e os serviços complexos, atendimentos hospitalares de média e alta complexidade, eram realizados principalmente por provedores privados. Esta divisão permaneceu e foi reiterada por ocasião do processo de reformas que, a partir do final dos anos 80, visou à universalização e à descentralização do sistema de saúde, condicionando as regras federais que orientaram o processo de descentralização.

Entre 1995 e 2000, cresceu muito significativamente a participação dos municípios brasileiros na produção de serviços ambulatoriais: em 1995, por exemplo, os municípios ofereciam em média 65% do total da produção ambulatorial no país, ao passo que no ano 2000

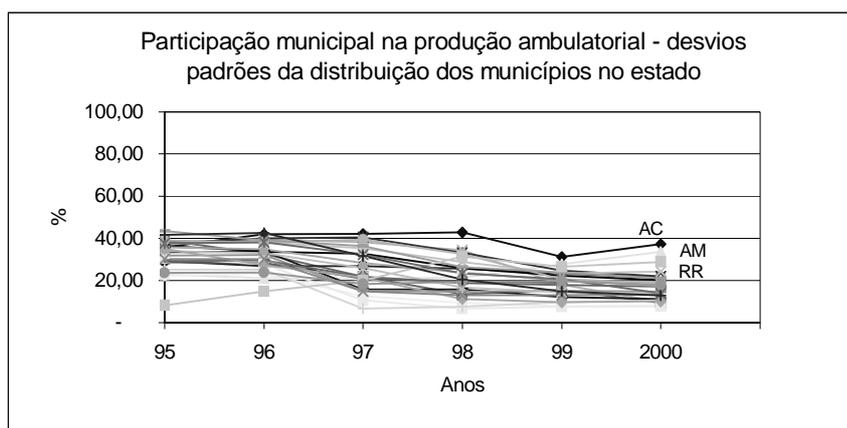
esta participação era de 89%. Mais significativo ainda é o comportamento do desvio-padrão, que caiu de 38% em 1995 para 19% no ano 2000. Esta elevada participação na produção expressa a capacidade instalada nos municípios. Em 1998, a média da participação municipal no total da rede ambulatorial do país era de 79%, passando para 84% em 2000. A elevação desta média foi acompanhada de uma redução dos respectivos desvios-padrão, de 27% em 1998 para 21% em 2000 (ver Tabelas 1 e 2 e Gráficos 1 e 2). Em outras palavras, em 2000, os municípios já eram, de longe, os maiores provedores de serviços ambulatoriais, detendo em média 84% do total da capacidade instalada para a produção dos serviços de atenção básica. Além disto, ao longo da segunda metade dos anos 90, ocorreu uma nítida tendência de redução das diferenças entre os municípios no tocante a estes indicadores.

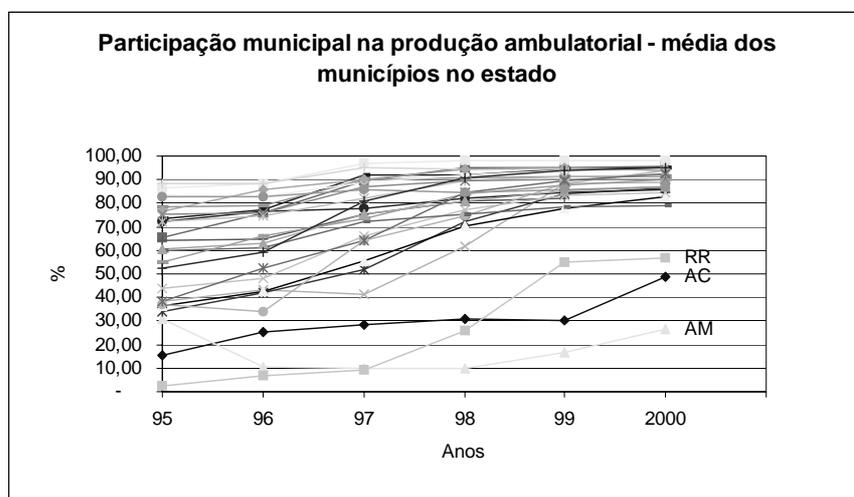
TABELA 1 - Participação Municipal no total da produção ambulatorial - 1995-2000

	N	Média	Desvio-padrão
1995	5364	64,80	38,00
1996	5361	67,23	37,19
1997	5362	78,57	29,76
1998	5364	83,85	24,29
1999	5364	87,55	20,47
2000	5364	88,77	18,75

TABELA 2 - Participação Municipal na rede ambulatorial total - 1998-2000

	N	Média	Desvio-padrão
1998	5364	79,09	27,32
1999	5364	83,12	22,63
2000	5364	84,23	21,49





O peso da rede pública municipal na provisão de serviços de atenção básica é expressão de um processo de municipalização ocorrido a partir do início dos anos 90. Nos anos 80 a provisão destes serviços era essencialmente realizada por prestadores públicos, mas os governos estaduais tinham uma larga participação nesta rede (ver Tabela 3).

TABELA 3 - Estabelecimentos de Atenção Básica à Saúde por Esfera Administrativa – 1989/1992

	Federal		Estadual		Municipal		Privado		Total
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
1989	989	5,2	9.312	49,0	8.359	44,0	336	1,8	18.996
1992	933	4,0	5.679	24,3	16.319	69,9	388	1,6	23.319

Fonte: IBGE/AMS

Nota: Estabelecimentos de atenção básica à saúde: (Postos de saúde + centros de saúde)

Trajetória muito diferente ocorreu com os serviços hospitalares. Em primeiro lugar, em cerca de 2.500 municípios não há internações registradas em hospitais municipais. Além disto, em 1995 a média das internações em hospitais municipais era de 23%, ao passo que esta havia se elevado para apenas 30% em 2000, sendo que o desvio-padrão entre os 3.318 municípios com registro de internações elevou-se de 40% para 44%. Em outras palavras, a média de internações em hospitais municipais cresceu muito ligeiramente no período 1995-2000, aumentando ainda a variação entre os municípios neste indicador (ver Tabela 4).

TABELA 4 - Participação dos hospitais municipais no total de internações – 1995/2000

	N	Média	Desvio-padrão
1995	3267	0,23	0,40
1996	3275	0,22	0,40
1997	3297	0,24	0,41
1998	3263	0,26	0,42
1999	3386	0,28	0,43
2000	3318	0,30	0,44

Esta participação na produção de serviços hospitalares é expressão do peso dos hospitais municipais no total da rede prestadora conveniada ao SUS. O número absoluto de hospitais municipais duplicou ao longo da década de 90, de 823 para 1643, o que representou uma igual duplicação em sua participação relativa no total de estabelecimentos hospitalares, de 13% para 25% (ver Tabela 5).

TABELA 5 - Hospitais do SUS por tipo e região 1992-2001

	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001
	Número											
Federal	41	15	48	10	45	19	6	1	1	0	141	45
Estadual	191	151	387	314	113	134	23	24	23	24	737	647
Municipal	57	156	331	795	240	316	100	155	95	221	823	1643
Privada	111	143	676	709	925	548	704	489	400	401	2816	2290
Filantrop.	23	40	314	369	606	810	394	423	72	89	1409	1731
Universit.	3	4	34	40	49	58	13	37	4	10	103	149
Sindicato	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	1	3
Total	426	510	1790	2239	1979	1885	1240	1129	595	745	6030	6508
	%											
Federal	9,6	2,9	2,7	0,4	2,3	1,0	0,5	0,1	0,2	0,0	2,3	0,7
Estadual	44,8	29,6	21,6	14,0	5,7	7,1	1,9	2,1	3,9	3,2	12,2	9,9
Municipal	13,4	30,6	18,5	35,5	12,1	16,8	8,1	13,7	16,0	29,7	13,6	25,2
Privada	26,1	28,0	37,8	31,7	46,7	29,1	56,8	43,3	67,2	53,8	46,7	35,2
Filantrop.	5,4	7,8	17,5	16,5	30,6	43,0	31,8	37,5	12,1	11,9	23,4	26,6
Universit.	0,7	0,8	1,9	1,8	2,5	3,1	1,0	3,3	0,7	1,3	1,7	2,3
Sindicato	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Região/ Brasil	7,1	7,8	29,7	34,4	32,8	29,0	20,6	17,3	9,9	11,4	100,0	100,0

Fonte: IBGE/AMS

Entre os provedores públicos de serviços hospitalares, os municípios são isoladamente e de longe os maiores provedores, dado que o governo federal e os governos estaduais restringiram sua participação

absoluta e relativa. Entretanto, os hospitais privados e filantrópicos continuam sendo os maiores prestadores de serviços de média e alta complexidade do SUS, pois em conjunto respondiam em 2001 por 61,8% da rede (ver Tabela 5).

A questão central da estratégia de descentralização da política de saúde no Brasil, no entanto, não diz respeito às municipalizações da rede hospitalar ou da provisão de serviços hospitalares, mas à municipalização da autoridade para gerir a rede hospitalar. A provisão pública de serviços hospitalares no Brasil dependeu, historicamente, da rede privada² e não esteve entre os objetivos dessa reforma estatizar a produção de serviços hospitalares. A estratégia brasileira de descentralização consistiu em transferir aos municípios a autoridade para contratar, auditar e pagar os provedores privados de serviços hospitalares, ainda que contando com recursos transferidos do governo federal.

Em maio de 2002, 5537 dos 5560 municípios – 99,6% do total – e 12 estados estavam habilitados na NOB96. Dos municípios, 564 estavam habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal e 4973, na Gestão Plena da Atenção Básica.³ Isto significa que apenas 10% dos municípios que aderiram à NOB96 estavam habilitados a desempenhar as atividades de gestão da rede hospitalar privada e que, em 90% dos municípios brasileiros, o governo estadual ainda exercia esta função.

Portanto, o balanço dos resultados da descentralização da política de saúde indica que ocorreu municipalização da provisão da atenção básica, mas não ocorreu descentralização nem da provisão nem da gestão dos serviços hospitalares.

A municipalização produziu equalização no acesso aos serviços?

Nossa análise indica que, desde 1998, com a implantação do PAB – o sistema de transferências federais pelo qual os municípios recebem um montante de recursos calculados em termos per capita para executar programas de atenção básica – aumentou o acesso aos serviços de atenção básica, mas a desigualdade entre os municípios não diminuiu. Entre 1997 e 2000, o número médio per capita de pro-

² Em 1988, 81% dos hospitais no Brasil eram privados (IBGE/AMS).

³ Consulta à Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.

cedimentos ambulatoriais totais passou de 7,5% para 9%, mas o desvio-padrão permaneceu em 4,5% (ver Tabela 6).

**TABELA 6 - Procedimentos ambulatoriais por habitante
Brasil - 1997-2000**

	Número de Municípios	Média	Desvio-padrão
1997	4824	7,48	4,55
1998	5347	6,98	3,88
1999	5361	8,04	4,04
2000	5363	8,91	4,52

Dois outros indicadores de atenção básica à saúde – a média de consultas básicas e visitas domiciliares – apontam na mesma direção. A média de consultas básicas no país entre 1997 e 1999 elevou-se de modo insignificante – de 1,3 para 1,4 por habitante –, assim como o desvio-padrão reduziu-se ligeiramente – de 0,9 para 0,8 (ver Tabela 7). Entretanto, o desvio-padrão está muito próximo à média nacional, o que indica elevada dispersão entre os municípios. As visitas domiciliares, que praticamente não existiam em 1997, saltaram para uma média de 1,2 por habitante em 1999, por efeito da implantação dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde; entretanto, o desvio-padrão em 2000 era superior à média (ver Tabela 7), indicando que estes procedimentos passaram a existir mas sua oferta permanece concentrada em uma minoria de municípios.

**TABELA 7 - Procedimentos selecionados de atenção básica à saúde
Brasil - 1997-1999**

	Número de Municípios	Média	Desvio-padrão
Consulta básica/hab 1997	5364	1,28	0,88
Consulta básica/hab 1998	5364	1,27	0,78
Consulta básica/hab 1999	5364	1,39	0,79
Visitas domiciliares/hab 1997	5364	0,00	0,03
Visitas domiciliares/hab 1998	5364	0,25	0,43
Visitas domiciliares/hab 1999	5364	1,17	1,98

O comportamento das internações hospitalares, por sua vez, não sofreu nenhuma alteração, entre 1996 e 2000. Observe-se na Tabela 8 que a média de internações hospitalares per capita permanece a mesma, assim como seu desvio-padrão, que é quase igual à média.

Portanto, não aumentou o volume médio de produção, que permanece inalterada e concentrada em uma minoria de municípios, a despeito da elevação, visível acima, do número de hospitais municipais.

A manutenção dos patamares e da distribuição intermunicipal da produção de serviços hospitalares é derivada do fato de que não se alteraram as regras das transferências para o pagamento destes serviços, diferentemente do que ocorreu com as transferências relacionadas à atenção básica. A produção de serviços hospitalares continua operando sob a forma de reembolso a serviços prestados, mecanismo que concentra os recursos naqueles municípios que já dispõem de capacidade instalada. Observe-se na Tabela 9 que a média per capita das transferências federais aos municípios para gastos com serviços hospitalares e ambulatoriais elevou-se ligeiramente entre 1997 e 1999, com razoável elevação de seu desvio-padrão, o qual, por sua vez, está muito próximo ou igual à média. O gasto médio per capita em serviços hospitalares de alta complexidade quase que dobrou, mas seu desvio-padrão é seis vezes superior à média, o que quer dizer que elevaram-se as transferências federais para reembolso dos provedores de serviços hospitalares – e muito significativamente para pagamentos dos serviços de alta complexidade. Entretanto, a produção de serviços não se elevou e a concentração da provisão permaneceu inalterada, sendo que, no que diz respeito aos serviços de alta complexidade, a elevação do gasto derivou do aumento da provisão em alguns municípios líderes nos quais está concentrada a oferta.

TABELA 8 - Número Médio de Internações Per capita
Brasil - 1996-2000

	Número de Municípios	Média de Internações	Desvio-padrão
1996	3553	0,08	0,06
1997	3553	0,08	0,05
1998	3586	0,08	0,05
1999	3586	0,08	0,05
2000	3586	0,07	0,05

TABELA 9 - Gasto Federal Per Capita nos Municípios em serviços de saúde selecionados 1996-2000

	Número de Municípios	Média per capita de gasto (R\$ 1,00)	Desvio-padrão
Transferências federais para alta complexidade em 1997	5364	0,53	3,42
Transferências federais para alta complexidade em 1998	5364	0,60	3,81
Transferências federais para alta complexidade em 1999	5364	0,96	6,36
Transferências federais em AIHs e SIAs em 1997	5364	24,22	21,85
Transferências federais em AIHs e SIAs em 1998	5364	23,29	21,31
Transferências federais em AIHs e SIAs em 1999	5364	25,46	25,49

A preservação – ou mesmo fortalecimento – das desigualdades intermunicipais na provisão de serviços hospitalares é facilmente explicada, como já vimos, pelo caráter não-redistributivo das regras para as transferências federais. É necessário examinar com mais cuidado, porém, como a concentração da autoridade na esfera federal combinada à orientação redistributiva das transferências interregionais não produziu redução das desigualdades intermunicipais na provisão dos serviços de atenção básica.

Pode-se argumentar que estas evidências não são ainda suficientes para negar a proposição de Banting e Corbett (2003), pois não está devidamente examinada a variável “tempo necessário à produção de resultados equalizadores”, isto é, quando, a partir da implantação de políticas redistributivas, os resultados equalizadores seriam alcançados. Dado o caráter recente da implantação do PAB, seria ingênuo esperar resultados significativos. Entretanto, a extensão da municipalização dos serviços de atenção básica (Tabelas 1, 2 e 3 e Gráfico 1), bem como a elevação na média de produção destes serviços (Tabela 6) indicam uma alteração significativa dos padrões prévios. O fato de que estes resultados estejam associados à manutenção do desvio-padrão da média de produção (Tabela 6) indicam que não há uma tendência equalizadora em curso.

Parece-nos que a explicação mais plausível para aquele resultado está nas regras que orientaram o processo de descentralização. Isto é, a manutenção de desigualdades entre os municípios na produção dos serviços de atenção básica pode antes confirmar do que contrariar a proposição de Banting e Corbett (2003). Em sistemas em que a provisão de serviços é feita com base na delegação, como o SUS, os agentes encarregados da execução – no caso do SUS, os municípios –

têm suas próprias prioridades, que podem diferir das pactuadas nacionalmente. Como têm controle sobre a execução dos serviços, os agentes podem implementar ações compatíveis com suas próprias preferências. Nestas condições, os sistemas de avaliação, controle, auditoria e monitoramento do desempenho dos agentes assumem relevância estratégica (Chai, 1995; Hurley *et al*, 1995). Não há dúvida de que o sistema de auditoria e monitoramento do Ministério da Saúde fez grandes progressos nos anos 90, mas trata-se de perguntar o que tem sido objeto da avaliação de desempenho dos gestores locais. Barros (2001) considera que têm sido minimizadas as exigências com relação aos resultados, o que permite aos gestores locais o uso de artifícios para adequar a aplicação dos recursos às suas necessidades. Neste caso, a desigualdade de resultado seria conseqüência de uma adaptação ótima dos municípios ao conteúdo do sistema de avaliação federal. Melhor dizendo, ao privilegiar regras que produzissem a adesão dos municípios ao SUS, no contexto de construção do sistema descentralizado, exigências orientadas a reduzir a desigualdade no acesso aos serviços estiveram em segundo plano na escala de prioridades, o que explica a preservação da desigualdade.

COMO SE DISTRIBUEM OS MUNICÍPIOS BRASILEIROS NA PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE?

Se os municípios brasileiros encontram-se, hoje, profundamente desiguais na provisão de serviços de saúde, é possível afirmar que existam grupos de municípios assemelhados por características particulares?

Para responder a esta pergunta, as variáveis dependentes e independentes do estudo apresentadas na “Metodologia” foram submetidas à análise fatorial (método de componentes principais com rotação varimax), sendo conservados 5 fatores que explicaram 67% da variância total. A análise das cargas fatoriais permitiu caracterizá-los como:

- a. fator hospitalar;
- b. fator de serviços de atenção básica;
- c. fator de incentivo para o PAB variável;

- d. fator de municipalização da atenção básica;
- e. fator de serviços de alta complexidade.

As cargas fatoriais dos fatores rotados são apresentadas na Tabela 10, a seguir.

O fator 1, hospitalar, expressa a oferta de serviços hospitalares no município, bem como a participação municipal em sua oferta no ano 2000. Mostra que há correlações elevadas entre a participação dos hospitais municipais nas internações e o número de internações por habitante. Em conjunto, este fator revela que a existência de hospitais municipais varia juntamente com o número per capita de internações hospitalares. Se, como vimos, houve uma pequena elevação na oferta de internações por habitante no país (Tabela 8), esta foi “puxada” pela ampliação da oferta municipal. Observe-se que este fator não apresenta correlação com os repasses federais referentes às Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) e Sistemas Ambulatoriais (SIAs). Isto ocorre porque as transferências referentes às SIAs referem-se a procedimentos ambulatoriais, o que significa que a presença dos dois tipos de transferências em um mesmo indicador reduz o índice de correlação.

TABELA 10 - Cargas dos Fatores e Variáveis

	Fatores				
	Hospitalar	Serviços de atenção básica	Incentivo para o PAB variável	Municipalização da atenção básica	Serviços de alta complexidade
Participação municipal nas internações em 2000	,950				
Participação municipal nos hospitais em 2000	,902				
Internações por habitante em 2000	,897				
Procedimentos ambulatoriais por habitante em 2000		,796			
Consultas básicas/hab 99		,748			
Pab em 99_pc		,740			
Procedimentos odontológicos99_hab		,468	-,284		
Visitas domiciliares/hab. 99		,408			
PRVARPAB			,912		
Repassé variável por habitante99			,881		
Índice de capacidade de arrecadação (ISS+IPTU)/rec orç (calculado)§ 97			-,647		
Receita orçamentária/hab(calculado)§ 97		,347	-,463	,331	
Participação municipal na rede ambulatorial – 20				,823	
Participação municipal na produção ambulatorial – 20				,781	
Unidades com inalação/ total de unidades básicas				,477	
AIH e SIA em 99_pc		,427		-,454	,368
Alta complexidade no município 99_pc					,829
No de cursos de medicina no município					,811

Obs.: Omitidos os coeficientes inferiores a 0,25.

O segundo fator, serviços de atenção básica, expressa a oferta de serviços de atenção básica no município. As correlações são elevadas com a produção per capita de serviços ambulatoriais e com a oferta de consultas básicas por habitante, indicando que estas estão diretamente correlacionadas com o componente fixo do PAB – as transferências federais destinadas a induzir a oferta de serviços de atenção básica pelos municípios. Este fator apresenta, ainda, uma importante correlação – embora a taxas menos elevadas – com a oferta per capita de atendimentos odontológicos e visitas domiciliares. Observe-se que este fator é distinto do quarto fator, o da municipalização da atenção básica, apresentado a seguir, que expressa a participação municipal na oferta destes serviços. Ao contrário dos serviços hospitalares, a oferta de serviços de atenção básica não varia juntamente com a municipalização.

O terceiro fator, incentivo para o PAB variável, expressa a disposição municipal para procurar receber o componente variável do PAB. Este fator apresenta uma correlação elevada e negativa com a capacidade de arrecadação e de gasto per capita, o que significa que municípios que se capacitam para receber a parte variável do PAB são predominantemente aqueles que têm mais baixa capacidade tributária e de gasto.

O quarto fator expressa a municipalização da atenção básica. Refere-se às variáveis que indicam participação na rede, na produção de serviços ambulatoriais, e de serviços mais avançados de atenção básica, tais como uma expressiva quantidade de unidades de saúde com inalação em relação ao total de unidades de saúde instaladas. Este fator também se correlaciona com a receita orçamentária per capita.

Por fim, o quinto fator expressa a presença de serviços de alta complexidade, evidenciados pelo elevado valor per capita das transferências federais para este tipo de serviços. A presença de informações referentes a procedimentos ambulatoriais neste indicador faz com que este fator, mais uma vez, se correlacione de forma mais fraca com as transferências referentes às AIHs e SIAs. Este fator expressa ainda elevada correlação com a presença de cursos de medicina, indicando que a oferta de serviços de alta complexidade está diretamente relacionada à oferta de profissionais da área médica e, mais que isto, a investimentos na produção de conhecimento médico e na constituição de uma comunidade local de profissionais da saúde, realizados no passado.

Distribuição dos fatores no universo

Esses 5 fatores então submetidos à análise de *cluster*, resultando em 5 agrupamentos de municípios, conforme apresentado na tabela 11.

TABELA 11 - Centros finais dos grupos e Distribuição dos Clusters no Universo

	Clusters				
	1	2	3	4	5
Hospitalar	-,10765	-,35258	-,22826	,23240	-,11437
Atenção Básica	1,49271	-,18906	-,01186	-,43887	,31410
PAB Variável	,34349	-,24742	-,46061	,03764	-,56534
Municipalização	,30697	-1,09365	-,06395	,51629	-,90280
Alta complexidade	-,12728	-,14296	11,37674	-,10075	3,33456
Número de Casos	976	1486	23	2773	105

A Tabela 12 apresenta as características dos grupos de acordo com a distribuição dos fatores. Ela revela os resultados da comparação no universo de municípios, isto é, traduz em termos de “alto”, “médio” e “baixo” os valores numéricos apresentados na Tabela 11 quando comparados com os demais municípios do universo.

TABELA 12 - Clusters de Municípios e Distribuição dos Fatores

GRUPOS	Fator Hospitalar	Fator Serviços de Atenção Básica	Fator Incentivo ao PAB Variável	Fator Municipalização	Fator Alta Complexidade	Número de Casos
1	Médio	Alto	Alto	Alto	Baixo	976
2	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo	1486
3	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Alto	23
4	Alto	Baixo	Médio	Alto	Baixo	2773
5	Médio	Médio	Baixo	Baixo	Médio	105

O primeiro grupo, que reúne 976 municípios, apresenta elevada capacidade per capita de oferta de serviços ambulatoriais, de consultas básicas e de procedimentos odontológicos, assim como elevada participação municipal na oferta destes serviços. Não são municípios que apresentam elevada produção de serviços hospitalares, muito menos contam com serviços de alta complexidade. Financiam a oferta de serviços com transferências federais (a componente fixa e variável do PAB), pois contam com relativamente baixa capacidade de arrecadação e de gasto. Tendem a ser os municípios que mais rigorosamente cumprem os objetivos esperados do SUS.

O segundo grupo reúne 1486 municípios que, em termos relativos, apresentam a menor capacidade de oferta de serviços hospitalares, baixa capacidade de oferta per capita de serviços de atenção básica e baixa participação municipal na oferta destes serviços, embora apresentem média capacidade de captar as transferências federais para a saúde. Pode-se levantar a hipótese de que estes sejam aqueles municípios que apreenderam os incentivos financeiros envolvidos nas regras de operação do SUS e adotaram uma estratégia para obter o máximo de recursos federais com o mínimo de esforço para a produção de serviços.

O terceiro grupo, que reúne apenas 23 municípios, refere-se àqueles que se constituem em centros de referência para a oferta de serviços de alta complexidade, mas que apresentam capacidade mais

baixa per capita de oferta de serviços hospitalares e de atenção básica, assim como mais baixa participação municipal na oferta destes serviços. Trata-se de municípios com população superior a 500.000 habitantes, onde estão concentrados os investimentos privados em equipamentos de saúde, o que tende a reduzir a participação relativa da rede municipal.

O quarto grupo reúne os 2773 municípios que têm a mais elevada participação municipal na oferta de serviços hospitalares e de atenção básica, embora não contem com serviços hospitalares de alta complexidade e apresentem a mais baixa oferta per capita de serviços ambulatoriais. Tendem a ser os municípios que concentram seus esforços na oferta de serviços hospitalares, em detrimento do volume per capita de serviços de atenção básica.

Finalmente, o quinto grupo reúne os 105 municípios que contam com serviços hospitalares de alta complexidade assim como uma rede hospitalar, em que os hospitais municipais têm uma participação importante, com expressiva capacidade de oferta de serviços. Estes municípios apresentam ainda expressiva capacidade de oferta de serviços ambulatoriais, ainda que – dada a complexidade da rede instalada –, a participação municipal em sua oferta seja relativamente menor, quando comparada com os demais grupos.

A distribuição regional dos grupos

A distribuição dos grupos entre os estados brasileiros está apresentada na Tabela 14 (ao final do texto) e resumida na tabela 15.

Na Tabela 15 estão listados os estados que apresentam pelo menos 15% de seus municípios em cada grupo. O destaque em negrito indica o grupo que reúne o maior número de municípios em cada estado. Grosso modo, este grupo caracteriza o estado na medida em que suas características estão presentes na maior parte de seus municípios. Em alguns estados a participação relativa dos municípios em cada grupo está tão próxima que os municípios estão quase perfeitamente distribuídos em dois grupos. Nestes casos o estado foi destacado em negrito nos dois grupos.

TABELA 15 - Distribuição dos Clusters de Municípios por estado

GRUPO	ESTADO
1	AL, AP, MG, MT, PI, PR, RJ , RO, RN, SE, SP, TO
2	AC, AM , BA, CE, ES, GO, MA, MG, PA, PB, PI, PR, RJ, RN, RR, RS , SC, SE, SP
3	
4	AP, BA, CE, ES, AL, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PI , PR, RJ, RN, RO, RR, RS, SC, SE, SP, TO
5	RJ

Observe-se que a grande maioria dos estados, independentemente de sua distribuição regional, caracteriza-se por ter a maior parte de seus municípios no grupo 4, cujas principais características são a elevada taxa de municipalização dos serviços de atenção básica e a presença de municípios líderes que elevam a oferta de serviços hospitalares e municipais. Esta distribuição apenas confirma o achado inicial de que a municipalização dos serviços de atenção básica generalizou-se no país e a oferta de serviços hospitalares está concentrada em municípios líderes.

Observe-se, entretanto, que o segundo principal grupo indica que um razoável número de estados tem pelo menos 15% de seus municípios apresentando os piores indicadores relativos em todos os fatores, isto é, municípios que apreenderam as regras do SUS e produzem serviços de modo a maximizar seus ganhos fiscais com o menor esforço relativo, quando comparados com os demais. Observe-se ainda que os estados da região Sul e região Norte estão caracterizados por este tipo de estratégia municipal.

Observe-se além disso que apenas os estados do Paraná e do Rio de Janeiro estão caracterizados por municípios que mais claramente desempenham suas funções na área da saúde de acordo com os objetivos preconizados pelo projeto do SUS, isto é, apresentam elevadas taxas de produção de serviços ambulatoriais assim como uma presença expressiva da rede municipal na provisão de serviços de atenção básica e hospitalares.

A distribuição dos grupos por tamanho de município

Examinamos a possibilidade, recorrente no senso comum, de que o tamanho populacional dos municípios pudesse interferir em seu desempenho na política de saúde. Examinamos, assim, inicialmente sua distribuição por classe de tamanho (Tabela 16, ao final do texto). Observe-se que 96% dos municípios brasileiros têm população inferior a 100 mil habitantes, sendo que 49% têm menos de 10 mil habitantes. Apenas 211 municípios têm população superior a 100 mil habitantes.

Extremamente importante, contudo, para o nosso problema são as informações trazidas pela Tabela 17, que examina a distribuição dos fatores por classe de tamanho de município.

TABELA 17 - Distribuição dos fatores por classe de tamanho de município

Tamanho Populacional	Fator	Média	Desvio-padrão
- 10 mil hab	Hospitalar	-,1118628	1,00677244
	Serviços de atenção básica	,1022259	1,07077192
	Incentivo PAB variável	,0055696	1,09086240
	Municipalização da atenção	,3784313	,89332196
	Alta complexidade	-,1551671	,28335566
	Valid N (listwise)		
10 mil a 100 mil hab	Hospitalar	,1195685	1,00684776
	Serviços de atenção básica	-,1035788	,91995239
	Incentivo PAB variável	,0500232	,89721012
	Municipalização da atenção	-,3358366	,94945090
	Alta complexidade	-,0436086	,64717884
	Valid N (listwise)		
100 mil a 500 mil hab	Hospitalar	-,0715407	,59415226
	Serviços de atenção básica	,0040275	,66774815
	Incentivo PAB variável	-,6834627	,73955687
	Municipalização da atenção	-,6198852	,82534507
	Alta complexidade	1,8801603	2,90981960
	Valid N (listwise)		
500 mil a 1 milhão hab	Hospitalar	,0933311	,46581659
	Serviços de atenção básica	-,2025703	,44161127
	Incentivo PAB variável	-,6200138	,74435818
	Municipalização da atenção	-,1968496	,87866510
	Alta complexidade	3,6774559	3,59080336
	Valid N (listwise)		
+ 1 milhão hab	Hospitalar	-,2966106	,22038759
	Serviços de atenção básica	-,7566872	,84125321
	Incentivo PAB variável	-,3838234	,46302139
	Municipalização da atenção	-,3084706	1,55397947
	Alta complexidade	9,6597060	6,04933721
	Valid N (listwise)		

O fator hospitalar, que expressa o número per capita de internações hospitalares e a participação dos hospitais municipais nestas internações tem média negativa nos municípios com população inferior a 500 mil habitantes assim como nos municípios com mais de um milhão de habitantes; entretanto, em todas as classes de municípios, o desvio-padrão da média é muitas vezes superior. Isto indica que municípios de mesmo porte não apresentam um padrão característico de oferta de internações hospitalares.

A média do fator produção per capita de serviços de atenção básica cai à medida que o tamanho populacional dos municípios aumenta, confirmando o senso comum de que a oferta de serviços ambulatoriais é mais elevada nos municípios menores. Entretanto, novamente, o desvio-padrão das médias é muito superior à média e, no caso dos municípios com menos de 10 mil habitantes o valor do desvio-padrão revela que a média de produção de serviços do grupo, na verdade, não expressa nenhum comportamento típico.

Embora a média do fator municipalização dos serviços de atenção básica seja mais elevada nos municípios com população inferior a 10 mil habitantes e negativa nas demais classes de municípios, em todos os grupos o desvio-padrão da média do grupo é novamente muitas vezes superior à média. Isto indica mais uma vez que este fator não se distribui de modo uniforme quando organizado por classe de tamanho de municípios.

Até mesmo o fator presença de serviços de alta complexidade – que apresenta valores positivos e crescentes à medida que aumenta o tamanho dos municípios de mais de 100 mil habitantes – apresenta em todas as classes de municípios um desvio-padrão igual ou superior à sua respectiva média.

Portanto, o tamanho do município não é um indicador capaz de expressar a distribuição do comportamento dos municípios brasileiros no que diz respeito à estratégias de oferta de serviços de saúde.

CONCLUSÕES

Com base na análise da política de saúde no Brasil, este trabalho não confirmou a hipótese de que sistemas nacionais de provisão de serviços públicos caracterizados pela concentração de autoridade no governo central e pela orientação redistributiva das transferências in-

terregionais tendam a produzir redução das desigualdades na provisão de serviços. No Brasil, este sistema permitiu a generalização da transferência das funções de oferta de serviços básicos de saúde para os municípios, mas não produziu nem equalização nos padrões de oferta destes serviços nem tendências visíveis nesta direção.

Esta constatação não é suficiente, entretanto, para negar a hipótese do impacto redistributivo potencial de um sistema deste tipo. Se acrescentarmos à análise a variável “regras que orientam as transferências federais”, observamos que no Brasil estas estiveram mais orientadas a promover a descentralização do que a promover a redução de desigualdades. Trabalhos futuros devem procurar explorar com mais precisão esta hipótese.

(Recebido para publicação em setembro de 2003)

(Aceito em outubro de 2003)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, Marta. *Estado Federativo e políticas sociais*. determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ARRETCHE, Marta. The politics of health care reform in Brazil. In: WORKSHOP “THE POLITICS OF EDUCATION AND HEALTH REFORM”. Washington, DC: Woodrow Wilson Center, 2002.

BANTING, Keith; CORBETT, Stan. Federalismo y políticas de atención a la salud. In: FÓRUM DAS FEDERAÇÕES/INSTITUCIONAL NACIONAL PARA EL FEDERALISMO Y EL DESARROLLO MUNICIPAL. *Federalismo y políticas de salud. Descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada*. México: 2003.

BARROS, Elizabeth. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo, v.6, n.2, 2001.

BOSSERT, Thomas. Decentralization. In: JANOVSKY, K. (Org.). *Health policy and systems development: an agenda for research*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996, p.147-60.

BOSSERT, Thomas. *Decentralization of health systems in Latin America: a comparative study of Chile, Colombia and Bolivia*. Publicação do The Latin America and the Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative, 2000. mimeo.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

CHAI, Yew-Ming. The Interaction effect of information asymmetry and decentralization on managers' Job satisfaction: A research note. *Human Relations*. [S.l.], v. 48, n. 6, 1995.

- COHEN, John M.; PETERSON, Stephen B. Methodological issues in the analysis of decentralization. *Development Discussion Paper n. 555*. Cambridge MA: Harvard Institute for International Development, 1996.
- COLLINS, Charles. Decentralization. In: JANOVSKY, K. (Org.). *Health policy and systems development: an agenda for research*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 1996, p. 161-78.
- CÔRTEZ, Soraya. Participação de usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e de Assistência Social de Porto Alegre. In: SEMINÁRIO “SOCIEDADE CIVIL E ESPAÇOS PÚBLICOS NO BRASIL”. Campinas: UNICAMP, Mimeo, 2002.
- COSTA, Nilson; SILVA, Pedro Luís; RIBEIRO, José. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, [S.l.], v. 50, n. 3, p. 5-30, 1999.
- COSTA, Nilson. A Descentralização do Sistema Público de Saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. *Radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia. 2001, p. 307-321.
- FERREIRA, Sérgio. Federalismo fiscal, municípios: despesa com saúde e transferências federais. *Informe-se*, n. 38. Rio de Janeiro: Banco Federativo do BNDES, 2002.
- GOULART, Flavio. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.
- GUIMARÃES, Luisa. *Arquitetura da cooperação intergovernamental: Os consórcios de saúde de Mato Grosso*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- HURLEY, Jeremiah *et al.* Geographically-decentralized planning and management in health care: some informational issues and their implications for efficiency. *Social Science and Medicine*. [S.l.], v. 41, n. 1, p. 3-11, 1995.
- LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana; MACHADO, Cristiani. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.
- LUCCHESI, Patricia. Descentralização do financiamento e da gestão da assistência “saúde no Brasil: A implementação do Sistema Único de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 14, p. 75-156, 1996.
- LUCCHESI, Patricia. A vigilância sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde In: ROSENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- MEDICI, Andre. *El desafío de la descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil*. Washington: BID, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estimativas do impacto da EC29/00*. 2000, Mimeo.
- NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo di. *Radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia. p. 63-90, 2001.
- PIOLA, Sergio Francisco; BIASOTO JR. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. *Radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia, 2001. p. 219-32.
- TENDLER, Judith. *Bom governo nos Trópicos*. Rio de Janeiro/Brasília: Revan/ Enap, 1998.

TABELA 14 - Distribuição dos Clusters de Municípios por Estado

UF		Grupo					Total
		1	2	3	4	5	
AC	No	1	14		2		17
	%	5,9	82,4		11,8		100,0
AL	No	25	5	1	70		101
	%	24,8	5,0	1,0	69,3		100,0
AM	No		47		7	1	55
	%		85,5		12,7	1,8	100,0
AP	No	5	1		8		14
	%	35,7	7,1		57,1		100,0
BA	No	15	111	1	280	1	408
	%	3,7	27,2	,2	68,6	,2	100,0
CE	No	18	58		105	3	184
	%	9,8	31,5		57,1	1,6	100,0
ES	No	3	27	1	46		77
	%	3,9	35,1	1,3	59,7		100,0
GO	No	46	42		148	1	237
	%	19,4	17,7		62,4	,4	100,0
MA	No	9	56		144	1	210
	%	4,3	26,7		68,6	,5	100,0
MG	No	283	174	3	342	20	822
	%	34,4	21,2	,4	41,6	2,4	100,0
MS	No	1	24		50	1	76
	%	1,3	31,6		65,8	1,3	100,0
MT	No	51	4		70	1	126
	%	40,5	3,2		55,6	,8	100,0
PA	No	3	47		83	1	134
	%	2,2	35,1		61,9	,7	100,0
PB	No	7	74		134	3	218
	%	3,2	33,9		61,5	1,4	100,0
PE	No	14	26	1	141	1	183
	%	7,7	14,2	,5	77,0	,5	100,0
PI	No	38	41		139	2	220
	%	17,3	18,6		63,2	,9	100,0
PR	No	173	99	2	115	8	397
	%	43,6	24,9	,5	29,0	2,0	100,0
RJ	No	15	34	1	25	16	91
	%	16,5	37,4	1,1	27,5	17,6	100,0
RN	No	35	30		100	1	166
	%	21,1	18,1		60,2	,6	100,0
RO	No	9	5		38		52
	%	17,3	9,6		73,1		100,0
RR	No		7		5	1	13
	%		53,8		38,5	7,7	100,0
RS	No	3	209	3	225	8	448
	%	0,7	46,7	,7	50,2	1,8	100,0
SC	No	22	132	1	127	7	289
	%	7,6	45,7	,3	43,9	2,4	100,0
SE	No	18	12		42	2	74
	%	24,3	16,2		56,8	2,7	100,0
SP	No	139	195	9	247	25	615
	%	22,6	31,7	1,5	40,2	4,1	100,0
TO	No	43	12		80	1	136
	%	31,6	8,8		58,8	,7	100,0
Brasil	No	976	1486	23	2773	105	5363
	%	18,2	27,7	,4	51,7	2,0	100,0

TABELA 16 - Distribuição dos Municípios Brasileiros por Tamanho Populacional

		Tamanho de Município					Total
		- de 10 mil	10mil a 100 mil	100 mil a 500	500 mil a 1	+ de 1 milhão	
AC	N	9	8				17
	% da UF	52,9	47,1				100,0
AL	N	32	67	1	1		101
	% da UF	31,7	66,3	1,0	1,0		100,0
AM	N	10	44			1	55
	% da UF	18,2	80,0			1,8	100,0
AP	N	9	4	1			14
	% da UF	64,3	28,6	7,1			100,0
BA	N	60	336	11		1	408
	% da UF	14,7	82,4	2,7		,2	100,0
CE	N	31	148	4		1	184
	% da UF	16,8	80,4	2,2		,5	100,0
ES	N	18	52	7			77
	% da UF	23,4	67,5	9,1			100,0
GO	N	157	75	4		1	237
	% da UF	66,2	31,6	1,7		,4	100,0
MA	N	67	138	4	1		210
	% da UF	31,9	65,7	1,9	,5		100,0
MG	N	494	306	20	1	1	822
	% da UF	60,1	37,2	2,4	,1	,1	100,0
MS	N	30	44	1	1		76
	% da UF	39,5	57,9	1,3	1,3		100,0
MT	N	66	57	3			126
	% da UF	52,4	45,2	2,4			100,0
PA	N	22	105	6		1	134
	% da UF	16,4	78,4	4,5		,7	100,0
PB	N	139	76	2	1		218
	% da UF	63,8	34,9	,9	,5		100,0
PE	N	23	150	8	1	1	183
	% da UF	12,6	82,0	4,4	,5	,5	100,0
PI	N	171	47	1	1		220
	% da UF	77,7	21,4	,5	,5		100,0
PR	N	215	171	10		1	397
	% da UF	54,2	43,1	2,5		,3	100,0
RJ	N	12	59	16	3	1	91
	% da UF	13,2	64,8	17,6	3,3	1,1	100,0
RN	N	112	52	1	1		166
	% da UF	67,5	31,3	,6	,6		100,0
RO	N	20	31	1			52
	% da UF	38,5	59,6	1,9			100,0
RR	N	9	3	1			13
	% da UF	69,2	23,1	7,7			100,0
RS	N	290	141	16		1	448
	% da UF	64,7	31,5	3,6		,2	100,0
SC	N	184	96	9			289
	% da UF	63,7	33,2	3,1			100,0
SE	N	32	40	2			74
	% da UF	43,2	54,1	2,7			100,0
SP	N	278	278	53	5	1	615
	% da UF	45,2	45,2	8,6	,8	,2	100,0
TO	N	115	19	2			136
	% da UF	84,6	14,0	1,5			100,0
	N	2605	2547	184	16	11	5363
	% da UF	48,6	47,5	3,4	,3	,2	100,0

