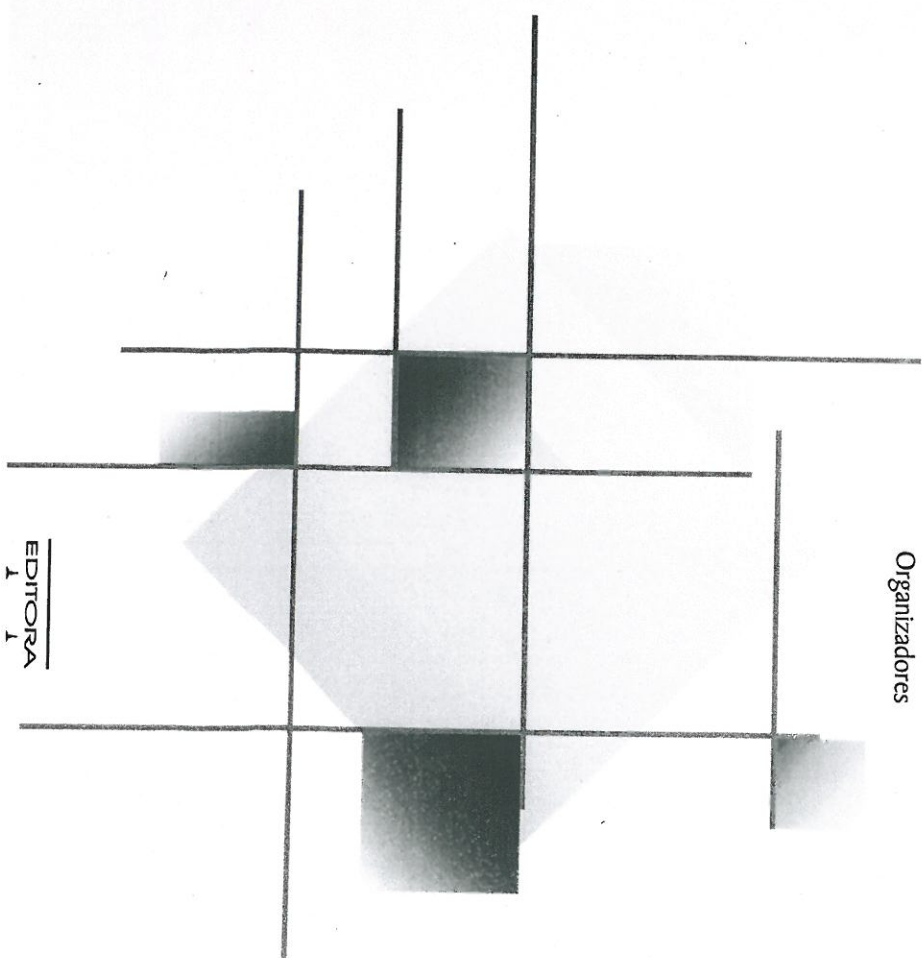


POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Gilberto Hochman
Marta Arretche
Eduardo Marques
Organizadores

POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Gilberto Hochman
Marta Arretche
Eduardo Marques
Organizadores



EDITORA
1

Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde*

*Marta Arretche
Eduardo Marques*

Este é um trabalho sobre desenhos institucionais e seus resultados redistributivos, que toma como objeto de análise a descentralização da política de saúde no Brasil.

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, variam significativamente a extensão da autoridade do governo central e, por consequência, o espaço de autonomia dos governos locais, 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 no tocante à distribuição de funções entre governo federal, estados e municípios; aos formatos institucionais através dos quais as decisões são tomadas e aos mecanismos de coordenação das relações entre os diferentes níveis de governo (Banting & Corbett, 2003). Em países latino-americanos como Colômbia, Chile e Bolívia, que implementaram abrangentes programas de descentralização da saúde, o espaço de decisão dos governos locais variou significativamente entre os países e ao longo do tempo (Bossert, 2000).

* Este trabalho foi apresentado no XXVI Encontro Anual da Anpocs no GT de Políticas Públicas, em 2002. Uma versão preliminar foi publicada na revista *Cadernos CRH*, 39: 55-81, 2004.

Além disso, 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 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 abrangentes sistemas de transferências inter-regionais, assim como federações que concentraram autoridade no governo federal e instituíram mecanismos efetivos de coordenação intergovernamental foram mais eficazes 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.

Pretendemos, aqui, testar empiricamente essas proposições, tomando como objeto a política de saúde no Brasil. O modelo de descentralização do SUS caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal, assim como por financiar a política de saúde por meio de um abrangente sistema de transferências inter-regionais. Além disso, a extensão das transferências inter-regionais no âmbito do sistema de saúde é significativa no Brasil. Mais que isso: o sistema nacional de saúde pretendeu acentuar seu caráter redistributivo com a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB), na Norma Operacional Básica 98 (NOB 98), que é um mecanismo de transferências federais para os programas municipais de saúde, calculado em termos *per capita*.

Pretendemos, 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 isso, 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 sobre a política de saúde e o que denominamos variáveis estruturais: dados fiscais, porte populacional, estado da federação e localização na rede urbana. As primeiras informações foram obtidas diretamente do *site* do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datasus) ou do Ministério da Saúde (estas últimas repassadas originalmente para pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade de Campinas (Nepp/Unicamp).

As informações obtidas junto ao Datasus incluem:

- (a) Rede ambulatorial: municipal, estadual, privada e outros (em números absolutos e a proporção dos serviços municipais) para os anos de 1998, 1999 e 2000.
- (b) Produção de serviços ambulatoriais: municipal, estadual, privada e outros (em números absolutos e a proporção dos serviços municipais) para os anos de 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000.
- (c) Leitos em unidades hospitalares: do município, estado, setor privado e outros (em números absolutos e a proporção dos serviços municipais) para os anos de 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000.
- (d) Hospitais: municipais, estaduais, privados e outros (em números absolutos e a proporção dos serviços municipais) para os anos de 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000.
- (e) Internações hospitalares: em unidades municipais, estaduais, privadas e outras (em números absolutos e a proporção dos serviços municipais) 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 carencias 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 vacina tríplice bacteriana – difteria, tétano e coqueluche (DTP) em 1999.
- (h) Repasses da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em 1997, 1998 e 1999 (em reais); repasses Sistema de Informações Ambulatoriais (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).

Utilizamos também informações relativas à condição de habilitação na qual foram enquadrados os municípios segundo a NOB 93, mas essas informações não se mostraram consistentes.

Uma variável adicional sobre saúde utilizada diz respeito à 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 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), da Secretaria do Tesouro Nacional, além de repassados pelo Nepp, tendo sido tratados originalmente por investigação sobre a dinâmica fiscal desenvolvida pelo Instituto de Economia da Unicamp. Essas informações incluem:

- (a) Total da receita orçamentária municipal.
- (b) Recursos orçamentários oriundos do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), do Imposto sobre serviços (ISS), do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e da cota-parte municipal do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (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 no Datasus, no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no Ipea e incluem:

- (a) A população do município em 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000 (exceto 1996, todas em projeção calculada, pelo MS e incluídas no Datasus).
- (b) O grau de urbanização.
- (c) O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) por município calculado pelo Ipea.

Utilizamos também uma classificação dos municípios por tipo (porte e localização da rede urbana) calculada pelo Núcleo de Estudos Urbanos e Regionais da Unicamp (Nesur/Unicamp), mas, não tendo obtido resultados consistentes, acabamos por não utilizar as informações.

Integramos ao banco inicialmente uma série de informações da Base de Informações Municipais Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BIM/IBGE), mas esses dados não se mostraram consistentes e não foram utilizados na análise.

Por fim, foram consideradas como variáveis estruturais as localizações dos municípios por estado e por 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 as variáveis a serem utilizadas na análise, dentre as listadas.

A consideração da disponibilidade e confiabilidade de todas as variáveis para os municípios nos deixou com 5.373 municípios. A distribuição dos municípios retirados da análise é relativamente uniforme pelas regiões e estados em termos proporcionais, não representando a introdução de vies na análise.

Algumas variáveis, especialmente as relativas às ações de saúde ao longo do tempo, foram usadas para traçar um perfil da dinâmica do setor em período recente (utilizadas ao longo do texto principal). Outras variáveis foram objeto da análise de caracterização dos tipos de municípios em saúde, ou dos cenários da dinâmica das políticas de saúde do ponto de vista municipal. Com vistas à realização desta 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. org. 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 n. 8080/90 não apenas reforçou a atribuição municipal de planejamento e execução dos serviços de saúde, como ampliou a função da União de alocar e recursos e regular o desempenho das ações municipais e estaduais (Costa, Silva & Ribeiro, 1999). 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, o governo federal 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 (Arretche, 2000, 2002).

A concentração das funções de financiamento no governo federal significa que as políticas dos governos locais são fortemente dependentes das transferências desse ministério. Além disso, a estratégia de construir um sistema descentralizado por meio de portarias editadas pelo Ministério da Saúde – as NOBs – (Luchese, 1996, 2001; Carvalho, 2001; Goulart, 2001; Levkovitz, Lima & Machado, 2001) implica que nesse nível de governo está concentrada a autoridade para formular as regras que definem as ações de saúde de estados e municípios.

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

Essa regra 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. Esse mecanismo gerava fortes incentivos à maximização dos procedimentos médico-assistenciais, bem como reiterava as desigualdades existentes, na medida em que premiava as esferas mais bem equipadas. As regras para as transferências federais direcionadas ao pagamento dos procedimentos hospitalares, entretanto, não foram modificadas, isto é, permanecem 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 estava quase que inteiramente municipalizada, 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 –, o qual, por sua vez, condicionou a estratégia de descentralização.

A implantação do seguro público de saúde, por intermédio do sistema Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), produziu uma divisão de tarefas entre os provedores de serviços, na qual os serviços básicos de atenção à saúde eram realizados basicamente por provedores públicos e os serviços complexos, atendimentos hospitalares de média e alta complexidade, eram realizados basicamente por provedores privados. Essa divisão básica permaneceu e foi reiterada por ocasião do processo de reformas que, a partir do final dos anos 80, visou à universalização e à descentralização, 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, estes ofereciam em média 65% do total da produção ambulatorial no país, ao passo que, em 2000, esta participação era de 89%. Mais significativo ainda é o comportamento do desvio-padrão, que caiu de 38% em 1995 para 19% em 2000. Essa 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. Essa elevação da 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).

Tabela 1 – Participação municipal no total da produção ambulatorial, 1995-2000

	Nº	Média	Desvio-padrão
1995	5.364	64,80	38,00
1996	5.361	67,23	37,19
1997	5.362	78,57	29,76
1998	5.364	83,85	24,29
1999	5.364	87,55	20,47
2000	5.364	88,77	18,75

Tabela 2 – Participação municipal na rede ambulatorial total, 1998-2000

	Nº	Média	Desvio-padrão
1998	5.364	79,09	27,32
1999	5.364	83,12	22,63
2000	5.364	84,23	21,49

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 disso, ao longo da segunda metade dos anos 90, ocorreu uma nítida tendência de redução das diferenças entre eles no tocante a esses indicadores.

Gráfico 1 – Participação municipal na produção ambulatorial – Média dos municípios no estado, 1995-2000

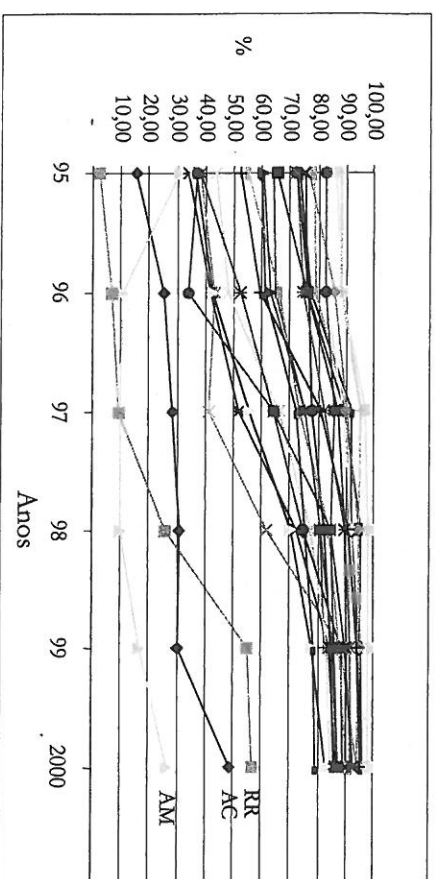
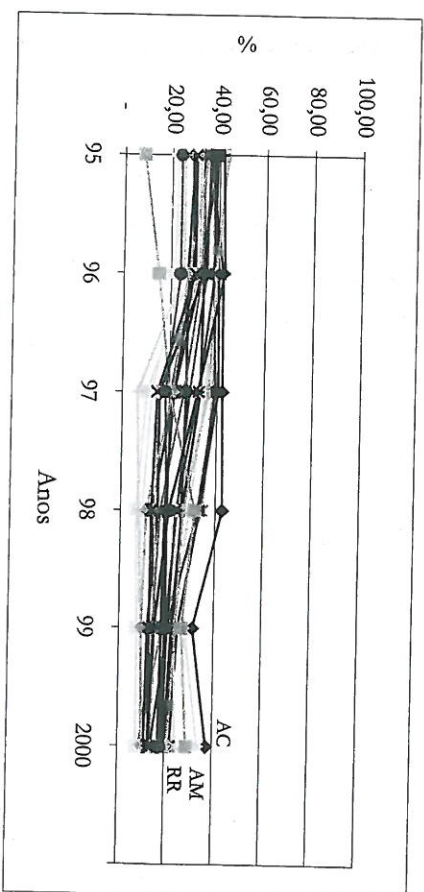


Gráfico 2 – Participação municipal na produção ambulatorial – Desvios-padrão da distribuição dos municípios no estado, 1995-2000



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

Tabela 3 – Estabelecimentos de atenção básica à saúde* por esfera administrativa, 1989-1992

	Federal		Estadual		Municipal		Privado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
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: Censos Demográficos IBGE e *web site* do Datasus.

* 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 2500 municípios não há internações registradas em hospitais municipais. Além disso, 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 e, além disso, a variação entre os municípios neste indicador aumentou (ver Tabela 4).

Tabela 4 – Participação dos hospitais municipais no total de internações, 1995-2000

	Nº	Média	Desvio-padrão
1995	3.267	0,23	0,40
1996	3.275	0,22	0,40
1997	3.297	0,24	0,41
1998	3.263	0,26	0,42
1999	3.386	0,28	0,43
2000	3.318	0,30	0,44

Essa participação na produção de serviços hospitalares é expressão do peso dos hospitais municipais no total da rede prestadora conveniada ao SUS. Os números absoluto e relativo de hospitais municipais duplicaram ao longo da década de 90: de 823 para 1.643, o que representou uma elevação em sua participação relativa no total de estabelecimentos hospitalares: de 13% para 25% (ver Tabela 5).

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).

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
Filantropico	23	40	314	369	606	810	394	423	72	89	1409	1731
Universitário	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	1.790	2.239	1.979	1.885	1.240	1.129	595	745	6.030	6.508
	%											
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
Filantropico	5,4	7,8	17,5	16,5	30,6	43,0	31,8	37,5	12,1	11,9	23,4	26,6
Universitário	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: Censos Demográficos IBGE e website do Datasus.

Entretanto, dada a estratégia de descentralização da política de saúde no Brasil, a questão primordial não diz respeito à municipalização da rede hospitalar ou da provisão de serviços hospitalares, mas à municipalização da autoridade para gerir a rede hospitalar. Com efeito, historicamente a provisão pública de serviços hospitalares no Brasil dependeu da rede privada¹ e, além disso, não esteve entre os objetivos da 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.

¹ Em 1988, 81% dos hospitais no Brasil eram privados (IBGE/AMS).

Em maio de 2002, 5.537 dos 5.560 municípios – 99,6% do total – e 12 estados estavam habilitados na NOB96. Dos municípios, 564 estavam habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, e 4.973 na Gestão Plena da Atenção Básica.² Isso 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 essa 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 a implantação, em 1998, 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 procedimentos 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

	Nº de municípios	Média	Desvio-padrão
1997	4.824	7,48	4,55
1998	5.347	6,98	3,88
1999	5.361	8,04	4,04
2000	5.363	8,91	4,52

Dois outros indicadores de atenção básica à saúde 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-

² Consulta à Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.

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 esses 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

	Nº de municípios	Média	Desvio-padrão
Consulta básica por habitante em 1997	5.364	1,28	0,88
Consulta básica por habitante em 1998	5.364	1,27	0,78
Consulta básica por habitante em 1999	5.364	1,39	0,79
Visitas domiciliares por habitante em 1997	5.364	0,00	0,03
Visitas domiciliares por habitante em 1998	5.364	0,25	0,43
Visitas domiciliares por habitante em 1999	5.364	1,17	1,98

O comportamento das internações hospitalares, por sua vez, não sofreu alteração alguma 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, assim como esta permanece concentrada em uma minoria de municípios, a despeito da elevação do número de hospitais municipais, como vimos anteriormente.

Tabela 8 – Número médio de internações *per capita*. Brasil, 1996-2000

	Nº de municípios	Média de internações	Desvio-padrão
1996	3.553	0,08	0,06
1997	3.553	0,08	0,05
1998	3.586	0,08	0,05
1999	3.586	0,08	0,05
2000	3.586	0,07	0,05

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. As primeiras continuam operando sob a forma de reembolso por 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. Em outras palavras, 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 9 – Gasto federal *per capita* nos municípios em serviços de saúde selecionados, 1996-2000

	Nº de municípios	Média <i>per capita</i> de gasto (R\$ 1,00)	Desvio-padrão
Transferências federais para alta complexidade em 1997	5.364	0,53	3,42
Transferências federais para alta complexidade em 1998	5.364	0,60	3,81
Transferências federais para alta complexidade em 1999	5.364	0,96	6,36
Transferências federais em AIHs e SIAs em 1997	5.364	24,22	21,85
Transferências federais em AIHs e SIAs em 1998	5.364	23,29	21,31
Transferências federais em AIHs e SIAs em 1999	5.364	25,46	25,49

A preservação – ou até mesmo acentuação – das desigualdades intermunicipais na provisão de serviços hospitalares é facilmente explicada, como já vimos, pelo caráter não-redistributivo das regras para as transferências federais. Entretanto, no caso da atenção básica, é necessário examinar com mais cuidado a razão pela qual a concentração da autoridade na esfera federal, combinada à orientação redistributiva das transferências inter-regionais, não produziu redução das desigualdades intermunicipais na provisão dos serviços.

Poder-se-ia argumentar que essas 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, a partir de que estágio de 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 esses 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, como o SUS, em que a provisão de serviços é feita com base na delegação, os agentes encarregados da execução – no caso do SUS, os municípios – têm suas próprias agendas, as quais podem diferir das prioridades pactuadas nacionalmente. Dado que têm controle sobre a execução dos serviços, os agentes podem implementar ações compatíveis com suas próprias preferências. Nessas condições, 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 a 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 consequência 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 ‘estão’³ profundamente desiguais na provisão de serviços de saúde, é possível afirmar que existam grupos de municípios assemelhados por características particulares?

³ No tocante a estas dimensões, seria pouco preciso afirmar que os municípios sejam caracterizados de modo mais permanente por qualquer atributo.

Para responder a essa 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 cinco 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 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. Em outras palavras, 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 AIHs e SIAs. Isso 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				Serviços de alta complexidade
	Hospitalar	Serviços de atenção básica	Incentivo para o PAB variável	Municipalização da atenção básica	
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 por habitante em 1999		,748			
Repasse fixo do PAB por habitante em 1999		,740			
Procedimentos odontológicos por habitante em 1999		,468	-,284		
Visitas domiciliares por habitante em 1999		,408			
Parte variável do PAB			,912		
Repasse variável por habitante em 1999			,881		
Índice de capacidade de arrecadação em 1997 – (ISS+IPTU)/(recursos orçamentários)			-,647		
Receita orçamentária por habitante em 1997		,347	-,463		,331
Participação municipal na rede ambulatorial em 2000				,823	
Participação municipal na produção ambulatorial em 2000				,781	
Unidades com inalação/total de unidades básicas				,477	
Média e alta complexidade por habitante (AIH/SAU) em 1999		,427		-,454	,368
Alta complexidade no município por habitante em 1999					,829
Nº de cursos de medicina no município					,811

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

O segundo fator 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, apresentado a seguir, que expressa a participação municipal na oferta desses serviços. Ao contrário dos serviços hospitalares, a oferta de serviços de atenção básica não varia juntamente com a municipalização.

O terceiro fator expressa a disposição municipal para buscar receber o componente variável do PAB. Dado que esta apresenta uma correlação elevada e negativa com a capacidade de arrecadação e de gasto *per capita*, isto 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 elevada participação na rede e na produção de serviços ambulatoriais, bem como 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. Este fator se correlaciona de forma mais fraca com as transferências referentes às AIHs e SIAs, devido, mais uma vez, à presença de informações referentes a procedimentos ambulatoriais neste indicador. Expressa ainda elevada correlação com a presença de cursos de medicina, o que indica que a oferta de serviços de alta complexidade está diretamente relacionada à oferta de profissionais da área médica e, mais que isso, 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 cinco fatores foram então submetidos à análise de *cluster*, resultando em cinco 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

Na Tabela 12, apresentam-se as características dos grupos de acordo com a distribuição dos fatores. Nela, revelam-se os resultados da comparação no universo de municípios, isto é, traduzem-se 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	1.486
3	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Alto	23
4	Alto	Baixo	Médio	Alto	Baixo	2.773
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

atrecadação e de gasto. Tendem a ser os municípios que mais rigorosamente cumprem os objetivos esperados do SUS.

O segundo grupo reúne 1.486 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 apresentam mais baixa capacidade *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 quinhentos mil 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 2.773 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 apresentam 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 com expressiva capacidade de oferta de serviços, na qual os hospitais municipais têm uma participação importante. Esses 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 13 e resumida na Tabela 14.

Tabela 13 – Distribuição dos *clusters* de municípios por estado

UF		Grupo					Total
		1	2	3	4	5	
AC	Nº de casos	1	14		2		17
	%	5,9%	82,4%		11,8%		100,0%
AL	Nº de casos	25	5	1	70		101
	%	24,8%	5,0%	1,0%	69,3%		100,0%
AM	Nº de casos		47		7	1	55
	%		85,5%		12,7%	1,8%	100,0%
AP	Nº de casos	5	1		8		14
	%	35,7%	7,1%		57,1%		100,0%
BA	Nº de casos	15	111	1	280	1	408
	%	3,7%	27,2%	,2%	68,6%	,2%	100,0%
CE	Nº de casos	18	58		105	3	184
	%	9,8%	31,5%		57,1%	1,6%	100,0%
ES	Nº de casos	3	27	1	46		77
	%	3,9%	35,1%	1,3%	59,7%		100,0%
GO	Nº de casos	46	42		148	1	237
	%	19,4%	17,7%		62,4%	,4%	100,0%
MA	Nº de casos	9	56		144	1	210
	%	4,3%	26,7%		68,6%	,5%	100,0%
MG	Nº de casos	283	174	3	342	20	822
	%	34,4%	21,2%	,4%	41,6%	2,4%	100,0%
MS	Nº de casos	1	24		50	1	76
	%	1,3%	31,6%		65,8%	1,3%	100,0%
MT	Nº de casos	51	4		70	1	126
	%	40,5%	3,2%		55,6%	,8%	100,0%
PA	Nº de casos	3	47		83	1	134
	%	2,2%	35,1%		61,9%	,7%	100,0%

Tabela 13 – Distribuição dos *clusters* de municípios por estado (cont.)

UF		Grupo					Total
		1	2	3	4	5	
PB	Nº de casos	7	74		134	3	218
	%	3,2%	33,9%		61,5%	1,4%	100,0%
PE	Nº de casos	14	26	1	141	1	183
	%	7,7%	14,2%	,5%	77,0%	,5%	100,0%
PI	Nº de casos	38	41		139	2	220
	%	17,3%	18,6%		63,2%	,9%	100,0%
PR	Nº de casos	173	99	2	115	8	397
	%	43,6%	24,9%	,5%	29,0%	2,0%	100,0%
RJ	Nº de casos	15	34	1	25	16	91
	%	16,5%	37,4%	1,1%	27,5%	17,6%	100,0%
RN	Nº de casos	35	30		100	1	166
	%	21,1%	18,1%		60,2%	,6%	100,0%
RO	Nº de casos	9	5		38		52
	%	17,3%	9,6%		73,1%		100,0%
RR	Nº de casos		7		5	1	13
	%		53,8%		38,5%	7,7%	100,0%
RS	Nº de casos	3	209	3	225	8	448
	%	0,7%	46,7%	,7%	50,2%	1,8%	100,0%
SC	Nº de casos	22	132	1	127	7	289
	%	7,6%	45,7%	,3%	43,9%	2,4%	100,0%
SE	Nº de casos	18	12		42	2	74
	%	24,3%	16,2%		56,8%	2,7%	100,0%
SP	Nº de casos	139	195	9	247	25	615
	%	22,6%	31,7%	1,5%	40,2%	4,1%	100,0%
TO	Nº de casos	43	12		80	1	136
	%	31,6%	8,8%		58,8%	,7%	100,0%
Brasil	Nº de casos	976	1486	23	2773	105	5363
	%	18,2%	27,7%	,4%	51,7%	2,0%	100,0%

Na Tabela 14, 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. Isso significa que, *grasso modo*, esse 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. Nesses casos, o estado foi destacado em negrito nos dois grupos, como nos casos do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. O *cluster* 3 não encontra predominância em nenhum estado, não apenas por expressar uma situação bastante específica em termos de provisão dos serviços, mas também pelo seu pequeno número de casos.

Tabela 14 – 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	AL, AP, BA, CE, ES, 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 maioria dos estados, independentemente de sua distribuição regional, caracteriza-se por ter a maior parte de seus municípios no grupo 4, aquele cuja principal característica é a elevada taxa de municipalização dos serviços de atenção básica, bem como a presença de municípios líderes que elevam a oferta de serviços hospitalares e municipais. Essa distribuição apenas confirma o achado inicial de que a municipalização dos serviços de atenção básica generalizou-se no país, e que 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 apre-

sentando os piores indicadores relativos em todos os fatores, isto é, municípios que aprenderam as regras do SUS e produzem serviços de modo a maximizar seus ganhos fiscais com o menor esforço relativo, quando comparados aos demais. Observe-se ainda que os estados das regiões Sul e Norte estão caracterizados por este tipo de estratégia municipal.

Observe-se ainda 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 (*cluster* 1), 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. Para tal, examinamos inicialmente sua distribuição por classe de tamanho (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição dos municípios brasileiros por tamanho populacional

	Tamanho de município					Total
	- de 10 mil hab	10 mil a 100 mil hab	100 mil a 500 mil hab	500 mil a 1 milhão hab	+ de 1 milhão hab	
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%

Tabela 15 – Distribuição dos municípios brasileiros por tamanho populacional (cont.)

	Tamanho de município					Total
	- de 10 mil hab	10 mil a 100 mil hab	100 mil a 500 mil hab	500 mil a 1 milhão hab	+ de 1 milhão hab	
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%	,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%

Tabela 15 – Distribuição dos municípios brasileiros por tamanho populacional (cont.)

	Tamanho de município					Total
	- de 10 mil hab	10 mil a 100 mil hab	100 mil a 500 mil hab	500 mil a 1 milhão hab	+ de 1 milhão hab	
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	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	2.605	2547	184	16	11	5.363
% da UF	48,6%	47,5%	3,4%	,3%	,2%	100,0%

Observe-se que 96% dos municípios brasileiros têm população inferior a cem mil habitantes, sendo que 49% têm menos de dez mil habitantes. Apenas 211 municípios têm população superior a cem mil habitantes.

Extremamente importante, contudo, para o nosso problema são as informações trazidas pela Tabela 16, que examina a distribuição dos fatores por classe de tamanho de município.

Tabela 16 – 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
10 mil a 100 mil hab	Valid N (<i>listwise</i>)		
	Hospitalar	,1195685	1,00684776
	Serviços de atenção básica	-,1035788	,91995239
	Incentivo PAB variável	,0500232	,89721012
	Municipalização da atenção	-,3358366	,94945090
100 mil a 500 mil hab	Alta complexidade	-,0436086	,64717884
	Valid N (<i>listwise</i>)		
	Hospitalar	-,0715407	,59415226
	Serviços de atenção básica	,0040275	,66774815
	Incentivo PAB variável	-,6834627	,73955687
500 mil a 1 milhão hab	Municipalização da atenção	-,6198852	,82534507
	Alta complexidade	1,8801603	2,90981960
	Valid N (<i>listwise</i>)		
	Hospitalar	,0933311	,46581659
	Serviços de atenção básica	-,2025703	,44161127
+ 1 milhão hab	Incentivo PAB variável	-,6200138	,74435818
	Municipalização da atenção	-,1968496	,87866510
	Alta complexidade	3,6774559	3,59080336
	Valid N (<i>listwise</i>)		
	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 (<i>listwise</i>)		

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 quinhentos 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. Isso 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 dez 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 dez 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 cem 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 às 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 inter-regionais tendam a produzir redução das desigualdades na provisão de serviços.

No Brasil, esse 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 nessa direção.

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

Referências

- ARRETCHE, M. *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- ARRETCHE, M. The politics of health care reform in Brazil. In: WORKSHOP THE POLITICS OF EDUCATION AND HEALTH REFORM, 2002, Washington.
- BANTING, K. & CORBETT, S. 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, 2003, México.
- BARROS, E. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 307-310, 2001.
- BOSSERT, T. Decentralization. In: JANOVSKY, K. (Org.) *Health Policy and Systems Development: an agenda for research*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 1996.
- BOSSERT, T. 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, G. A institucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 435-444, 2001.
- CHAI, Y.-M. The interaction effect of information asymmetry and decentralization on managers' job satisfaction: a research note. *Human Relations*, 48(6): 609-624, 1995.
- COSTA, N.; SILVA, P. L. & RIBEIRO, J. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 50(3): 5-30, 1999.

- GOULART, F. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOB. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 292-300, 2001.
- HURLEY, J. et al. Geographically-decentralized planning and management in health care: some informational issues and their implications for efficiency. *Social Science and Medicine*, (41)1: 3-11, 1995.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. & MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.
- LUCCHESI, P. Descentralização do financiamento e da gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 14: 75-156, 1996.
- LUCCHESI, P. A Vigilância Sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: ROSENFELD, S. (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- TENDLER, J. *Bom Governo nos Trópicos*. Rio de Janeiro, Brasília: Revan, Enap, 1998.