

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
MESTRADO EM ECONOMIA**

ADRIANO DO CARMO SANTOS

**METODOLOGIA DE DISTRIBUIÇÃO EQUITATIVA DE RECURSOS
VOLTADOS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE NOS
MUNICÍPIOS CAPIXABAS**

VITÓRIA

2009

ADRIANO DO CARMO SANTOS

**METODOLOGIA DE DISTRIBUIÇÃO EQUITATIVA DE RECURSOS
VOLTADOS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE NOS
MUNICÍPIOS CAPIXABAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Econômica do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Economia.

Orientador: Prof. Dr. José Teófilo Oliveira.

**VITÓRIA
2009**

ADRIANO DO CARMO SANTOS

**METODOLOGIA DE DISTRIBUIÇÃO EQUITATIVA DE RECURSOS
VOLTADOS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE NOS
MUNICÍPIOS CAPIXABAS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Teoria Econômica do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisição parcial para obtenção do Grau de Mestre em Economia na área de concentração em Teoria Econômica.

Aprovada em 18 de junho de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. José Teófilo Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof. Dr. Alexandre Ottoni Teatini Salles
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. José Tarcísio Lima Thiébaud
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy
Ribeiro

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a minha família, principalmente, a minha mãe Maria Reis Santos, ao meu pai Gelson Santos e a minha avó Maria da Conceição, pelo apoio nos momentos de ansiedades e necessidades.

Aos diretores da empresa em que trabalho, Alberto Borges e Tânia Villela, pela permissão para freqüentar o curso e pelo grande incentivo, contribuindo para o meu aperfeiçoamento.

À Ludirlene Rosa Coelho pela ajuda na coleta dos dados e à Simone Rezende e Silvia Varejão, pelas palavras de incentivo nos momentos de tensão.

Aos companheiros de trabalho do grupo de programadores - Wanderson Morellato, Felipe Surlo e Thiago Alcântara - pela significativa contribuição no que diz respeito aos conhecimentos de informática pertinentes à minha pesquisa.

Ao Prof. Dr. José Teófilo de Oliveira, por sua orientação, imprescindível ao desenvolvimento deste trabalho, por sua contribuição para o meu crescimento intelectual e por compartilhar informações preciosas para o meu conhecimento acadêmico.

Ao Prof. José Tarcisio Lima Thiébaud, por suas sugestões e colaboração na análise estatística multivariada. E também a sua esposa Margaret Oliveira Thiébaud por toda gentileza ao receber-me em sua residência.

A todos os colegas do curso de pós-graduação em economia, especialmente a Claudeci Pereira Neto, Guilherme Lucas, Fabiano Venturim, Ricardo Paixão e Eduardo Reis pela preocupação com meu trabalho e constante disposição em ajudar-me.

A Dr^a Maria Auxiliadora da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo pelas informações concedidas, fundamentais para a realização deste trabalho.

RESUMO

Embora tenha ocorrido grandes avanços na redução das desigualdades regionais e por Unidade da Federação no gasto em saúde, verificou-se grandes diferenças entre os municípios capixabas. Essa distorção é causada pelas diferentes capacidades de financiamento existente entre eles. Caberia a União ou ao estado reduzir essa desigualdade através das transferências. Entretanto, os repasses feitos aos municípios pelo governo federal não favorecem as localidades mais pobres e com piores indicadores socioeconômicos e epidemiológicos. Neste contexto, a metodologia de alocação eqüitativa de recursos proposta neste trabalho partiu das necessidades da população pelas óticas dos perfis: demográfico, sócio-econômico e epidemiológico. Para verificar quais cidades seriam beneficiadas elas foram agrupadas pelo volume de riqueza, levando-se em consideração a renda per capita e a receita municipal própria per capita. Verificou-se que se o Índice de Necessidade de Saúde proposto fosse utilizado para transferir recursos, as cidades mais pobres e com menor contingente populacional seriam as mais favorecidas. No entanto, a desigualdade mensurada pelo coeficiente de variação aumentaria um pouco. Uma redução neste indicador seria possível através da adoção de um Fundo Estadual para Atenção Básica, que alocasse recursos em cidades com grande necessidade de saúde e cujo gasto per capita estivesse abaixo da média.

ABSTRACT

Although great strides in reducing regional inequalities and by the Federation in the Unit spent on health, there are large differences between municipalities capixaba. This distortion is caused by different capacities of funding between them. It the Union or the state reduce this inequality through transfers. However, the transfers made to municipalities by the federal government does not favor the poorest localities and with worse socioeconomic and epidemiological indicators. In this context, the methodology for equitable allocation of resources proposed in this work from the needs of the population by optical profiles: demographic, socio-economic and epidemiological. To check which cities would receive them were grouped by the volume of wealth, taking into account the per capita income and income per capita municipal own. It was found that the Index of Need for Health proposed to be used to transfer resources, the poorest cities and less populated quota would be the most favored. However, inequality measured by the coefficient of variation would increase slightly. A reduction in this indicator would be possible through the adoption of a State Fund for Basic Care, which allocate resources in cities with high health need and the expense per capita is below average.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMS – Assistência Médico-Sanitária
CES – Conselho Estadual de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
Cofins – Contribuição do Financiamento Social
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
EC 29 – Emenda Constitucional n.º 29
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FEAB – Fundo Estadual para Atenção Básica
FPE – Fundo de Participação dos Estados
FPM – Fundo de Participação dos Municípios
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Imposto sobre Circulação de mercadorias -
IDSS - Índice de Demanda por Saúde
IES – Índice Epidemiológico e Socioeconômico
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INS – Índice de Necessidade de Saúde
IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA – Imposto sobre Propriedade de veículos Automotores -
IR – Imposto sobre a Renda
ISSQN – Imposto sobre serviços de qualquer natureza
ITBI – Imposto sobre Transmissão de Imóveis intervivos
ITCD – Imposto sobre a transmissão causa mortis e doação de quaisquer bens ou direitos
ITR – Quota-Parte do imposto Territorial Rural
MAC – Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PAB – Piso de Atenção Básica
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PIB – Produto Interno Bruto
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
PSF – Programa de Saúde da Família
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
STN - Secretaria do Tesouro Nacional
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UF – Unidade da Federação
UPB – União dos Municípios da Bahia

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1- Desigualdades Regionais nos Gastos com Assistência Médica no Brasil em 1986</i>	14
<i>Tabela 2 – Transferências SUS União per capita aos municípios por região</i>	18
<i>Tabela 3 – Despesa com saúde por nível de governo no Brasil</i>	19
<i>Tabela 4 – Participação dos três níveis de governo no financiamento da saúde no Brasil</i>	20
<i>Tabela 5 – Gasto per capita com ações e serviços de saúde por nível de governo no ano de 2006</i>	21
<i>Tabela 6 – Municípios com receita acima de R\$ 1 bilhão - 2007</i>	23
<i>Tabela 7 – As dez maiores receitas municipais per capita no Brasil - 2007</i>	23
<i>Tabela 8 – Transferência per capita (Atenção Básica + Média e Alta Complexidade) por região em comparação com a média nacional</i>	27
<i>Tabela 9 – Indicadores da evolução da descentralização no SUS</i>	28
<i>Tabela 10 – Mortalidade infantil e transferências SUS aos Estados e seus respectivos municípios</i>	30
<i>Tabela 11 – Despesa com saúde no Espírito Santo por nível de governo</i>	34
<i>Tabela 12 – Despesa per capita com saúde por nível de governo no Espírito Santo</i>	36
<i>Tabela 13 – Evolução da despesa municipal com saúde no Espírito Santo – 2000-2007</i>	39
<i>Tabela 14 – Total de estabelecimentos de saúde e leitos para internação da esfera municipal no Espírito Santo</i>	43
<i>Tabela 15 – Percentual da população coberta pelo Programa municipal Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo</i>	43
<i>Tabela 16 – Despesa com saúde per capita por faixa de gasto no Espírito Santo em 2007</i>	44
<i>Tabela 17 – Ranking da despesa municipal com saúde per capita no Espírito Santo em 2007</i>	46
<i>Tabela 18 – Estrutura do financiamento do gasto municipal em saúde no Espírito Santo</i>	48
<i>Tabela 19 – Mortalidade infantil, gasto per capita por origem de recursos e dependência dos municípios em relação à transferência SUS</i>	50
<i>Tabela 20 – Matriz de correlação entre o gasto por origem de recursos e a mortalidade infantil nos municípios do Espírito Santo</i>	55
<i>Tabela 21 – Cumprimento da Emenda Constitucional 29 pelos municípios capixabas</i>	57
<i>Tabela 22 – Estatísticas da despesa municipal per capita com saúde no Espírito Santo por origem de recursos em 2007</i>	62
<i>Tabela 23 - Taxa de utilização dos serviços de saúde por faixa etária e sexo no Espírito Santo</i>	72
<i>Tabela 24 – Distribuição do PAB corrigida pelo número de consultas</i>	77
<i>Tabela 25 – Distribuição da população por faixa etária em Itarana e Sooretama</i>	81
<i>Tabela 26 – Distribuição do PAB pelo Índice de Demanda por Saúde (IDSS)</i>	84
<i>Tabela 27 – Distribuição do PAB pelo Índice Epidemiológico e Socioeconômico (IES)</i>	90
<i>Tabela 28 – Distribuição do PAB pelo Índice de Necessidade de Saúde (INS)</i>	96

<i>Tabela 29 – Comparativo das estatísticas do gasto municipal com saúde na atenção básica realizada em 2007 com os critérios de distribuição proposto.....</i>	<i>100</i>
<i>Tabela 30 – Cálculo para formação do Fundo Estadual para Atenção Básica</i>	<i>102</i>
<i>Tabela 31 – Comparativo das estatísticas do gasto municipal com saúde na atenção básica realizada em 2007 com gasto per capita incluindo o FEAB.....</i>	<i>106</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 – A DESIGUALDADE NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE	12
1.1 – AS ORIGENS HISTÓRICAS DA DESIGUALDADE NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE E A CRIAÇÃO DO SUS.....	13
1.2 – O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL	15
1.2.1 – <i>Emenda Constitucional 29: efeitos e desigualdades</i>	19
1.2.2 – <i>Desigualdade no repasse de recursos federais</i>	25
1.3 – CONCLUSÃO.....	31
2 – ANÁLISE DO GASTO EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CAPIXABAS	32
2.1 – AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO	32
2.2 – PANORAMA DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO	34
2.3 – EVOLUÇÃO DO GASTO MUNICIPAL EM SAÚDE	37
2.3.1 – <i>Gasto com saúde per capita</i>	44
2.3.2 – <i>Gasto com saúde por origem de recurso</i>	48
3 – PROPOSTA DE METODOLOGIA DE ALOCAÇÃO EQÜITATIVA DE RECURSOS PARA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS CAPIXABAS	61
3.1 – CONCEITO DE EQÜIDADE E AGRUPAMENTO DOS MUNICÍPIOS SEGUNDO GRAU DE RIQUEZA	63
3.2 – REVISÃO DA LITERATURA E DEFINIÇÃO DA METODOLOGIA	68
3.3 – DISTRIBUIÇÃO DOS REPASSES DA UNIÃO SEGUNDO OS CRITÉRIOS PROPOSTOS.....	75
3.4 – FUNDO ESTADUAL PARA ATENÇÃO BÁSICA (FEAB).....	100
CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS	109
ANEXO A – RENDA MUNICIPAL PER CAPITA E RECEITA MUNICIPAL PER CAPITA	114
ANEXO B – CONSULTAS E INTERNAÇÕES (SEM PARTOS E TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS) ESPERADAS E PADRONIZADAS	116
ANEXO C – VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS	118
ANEXO D – VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS	121
ANEXO E – VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS PADRONIZADAS	124
ANEXO F – VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS PADRONIZADAS	127

INTRODUÇÃO

Existe uma grande diferença na capacidade de custear o sistema de saúde entre as cidades capixabas. Logo, caberia ao governo federal ou estadual compensar essa desigualdade mediante alocação eqüitativa de recursos per capita. É neste contexto que se insere este trabalho, no qual é proposto a criação de um índice que possa guiar a alocação de recursos visando beneficiar os municípios mais pobres, com piores indicadores de saúde e onde a demanda pelos serviços tenda a ser maior.

Uma alocação equitativa traz consigo a idéia de justiça, portanto, a distribuição de recursos deve levar em consideração as necessidades da população. “Desta forma, a referência básica para a definição dessa metodologia está no princípio de que para necessidades iguais sejam distribuídos iguais volumes de recursos financeiros” (Leite et al, 2007).

O índice que se pretende criar conjuga a demanda por serviços de saúde, mensuradas através do número de consultas e internações por grupo etário e de sexo calculado a partir da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD 2003); e o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada localidade. Os dados epidemiológicos disponíveis para o ano de 2005, foram coletados na secretaria de saúde do Espírito Santo. Já as variáveis socioeconômicas foram coletadas no censo realizado pelo IBGE em 2000.

Apesar de defasadas a utilização dessas variáveis justifica-se por duas razões. No caso dos dados socioeconômicos, a atualização só é feita em períodos censitários, ou seja, a cada dez anos. No caso dos indicadores epidemiológicos, a escolha pelas variáveis de 2005 foi intencional, uma vez que se pretende testar o índice criado nas transferências de recursos da União em 2007. Dessa forma partiu-se do princípio que a criação de um índice para um determinado ano é feita um período antes, nesse caso, em 2006, no qual só seriam conhecidos os dados referentes ao ano de 2005.

Para embasar a proposta, no capítulo 1, será feita uma análise da origem das desigualdades no financiamento da saúde, com base na literatura que trata do tema. Também, será descrito a evolução das regras de financiamento do setor e suas implicações na desigualdade no gasto e no repasse aos entes da federação. Para tanto serão utilizados os dados do Sistema de Informações de Orçamento Público da Saúde (SIOPS).

Segundo Teixeira & Teixeira (2003) esse sistema veio suprir a carência de informações financeiras na área da saúde e tem se consolidado como um importante banco de dados para elaboração de estudos, fiscalização e avaliação das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nele estão reunidos dados das despesas com ações e serviços públicos de saúde da União, Estados e Municípios. O SIOPS fornece também dados da receita dos três níveis de governo, propiciando a construção de indicadores.

As informações desse banco de dados também será utilizada no capítulo 2, para analisar e descrever como os recursos da saúde estão distribuídos entre os municípios capixabas, no período de 2000-2007. A avaliação da desigualdade no gasto executado e nos repasses recebidos será feita através do coeficiente de variação. Esse recurso estatístico traduz em % a razão entre o desvio-padrão e a média, sendo tanto melhor quanto mais próximo de zero.

No capítulo 3, será apresentado resumidamente algumas metodologias de alocação eqüitativa de recursos na saúde, com enfoque nos trabalhos desenvolvidos no Brasil. Com base nas variáveis de necessidade presentes na literatura será proposto uma metodologia de alocação eqüitativa de recursos para os municípios capixabas.

1 – A DESIGUALDADE NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Neste capítulo será descrita a evolução do financiamento da saúde e suas implicações na desigualdade entre os municípios. Embora tenha havido melhorias substanciais com o advento do SUS, a desigualdade no financiamento da saúde ainda é significativa. Antes do SUS o financiamento da saúde só contemplava os trabalhadores que estavam inseridos no mercado formal de trabalho. Com isso, os recursos voltados para o setor concentravam-se nos grandes centros urbanos, onde a relação formal de trabalho era maior, beneficiando, assim, as regiões e localidades mais desenvolvidas.

Com o advento da Constituição de 1988 implementou-se uma reforma institucional no sistema de saúde para promover a igualdade no acesso aos serviços. Para alcançar esses objetivos determinou-se que o financiamento seria tripartite, ou seja, de responsabilidade da União, estados e municípios. Além disso, o repasse de recursos da União para estados e municípios seria feito utilizando critérios de equidade conforme a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90).

Como a Lei 8080/90 nunca foi regulamentada, os recursos passaram a ser distribuídos conforme os critérios estabelecidos pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que foram sucedidas pela NOAS e pelo Pacto da Saúde. De acordo com essas normas parte dos repasses contempla a capacidade municipal instalada, o que gera uma transferência desigual entre os municípios.

A Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), aprovada em 2000 para enfrentar os problemas de financiamento da década de 1990, também colabora para desigualdade entre os municípios. A emenda vinculou recursos da União, estados e municípios ao financiamento da saúde. Como efeito, a capacidade de financiamento da saúde passou a depender da capacidade fiscal de estados e municípios.

O aporte de recursos próprios para financiamento da saúde e os atuais critérios de distribuição de recursos da União enseja diferenças no financiamento de estados e municípios. Essas diferenças são expressas na capacidade financeira do ente e na

quantidade de serviços médicos e ambulatoriais que ele é capaz de ofertar a sua população.

1.1 – As origens históricas da desigualdade no financiamento da saúde e a criação do SUS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Poder Público na saúde era realizada através do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O Ministério da Saúde era responsável pelas atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, como por exemplo, ações de saneamento e campanhas de vacinação, realizadas em caráter universal (CAVALCANTI & BAER, 2002; INDRIUNAS, 2007). Com relação à assistência médico-hospitalar, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados atendendo à parcela da população definida como indigente (SOUZA, 2002, p. 11).

A grande atuação do Estado na saúde se dava em ações curativas através do INAMPS. Este órgão foi criado em 1978 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e tinha a finalidade de prestar serviços médicos aos empregados de carteira assinada que contribuía com a previdência social (BARROS, PIOLA & VIANNA, 1996, p. 30). O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada através de convênios que estabeleciam a remuneração por procedimento (INDRIUNAS, 2007; CAVALCANTI & BAER, 2002; SCHNEIDER et al, 2005; POLIGNANO, 1999).

Uma vez que os serviços prestados pelo INAMPS, cobria apenas os trabalhadores do setor formal e seus dependentes, a massa de recursos aplicados na assistência à saúde era distribuída de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente. Dessa forma, a estrutura necessária para o

funcionamento dos serviços médicos foi montada nos grandes centros urbanos, onde havia maior ocorrência de vínculos formais de trabalho.

Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das Regiões Sul e Sudeste, mais ricos, e nessas e em outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte (SOUZA, 2002, p. 12).

Observe que a região Sudeste absorvia um volume de recursos superior ao peso de sua população. No Sul essa relação era proporcional, enquanto nas demais regiões, principalmente Norte e Nordeste, o peso da população era muito maior que o volume de recursos nelas aplicados (Tabela 1).

Tabela 1- Desigualdades Regionais nos Gastos com Assistência Médica no Brasil em 1986

Região	Gasto da região sobre total do País (%)	População da Região sobre total do País(%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,1	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
Brasil	100,0	100,0

Fonte: INAMPS/Secretaria de Planejamento / DIS - 1987 apud Souza

No início dos anos de 1980 movimentos sociais emergiram, reagindo contra esse modelo de serviço de saúde altamente desigual. Eles demandavam uma Reforma Sanitária para garantir direitos iguais a todos os cidadãos e mudar a ênfase de medidas curativas para preventivas.

Essa reforma começou a ser implantada em 1983, com as Ações Integradas de Saúde (AIS), cuja idéia era articular os recursos federais, estaduais e municipais para ações e serviços de saúde. Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que representou a desconcentração das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde (MENDES et al, 2008; MEDICE, 1997; BARROS, PIOLA & VIANNA, 1996).

Ao lado dessas mudanças, os constituintes da transição democrática começaram a criar um novo sistema de saúde, que mudou os parâmetros da saúde pública no

Brasil. A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) cujos princípios orientadores são a universalidade, a integralidade da atenção e a equidade.

A universalidade significa que a saúde é um direito de todos os cidadãos. A integralidade da atenção implica que a pessoa deve ser atendida com ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. A equidade significa oferecer ao cidadão atenção de acordo com suas necessidades (NUNES, 2004, p. 5).

Para complementar e viabilizar esses princípios, foram estabelecidos os princípios que organizam o sistema: a descentralização, a regionalização, a participação da comunidade e o caráter complementar do setor privado. Os conselhos municipais, estaduais e nacional participam através do controle social visando a democratização dos serviços de saúde (KILSZTAJN & SILVA, 2000, p. 10). A legislação que alicerça o sistema engloba: a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) que vincula a descentralização à municipalização; a lei 8.142/90 que dá uma maior capacidade gerencial aos estados e municípios; as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 01/93 e 01/96; a Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001 (NOAS); o Pacto da Saúde; e diversas portarias e decretos.

1.2 – O Financiamento da saúde no Brasil

Nos anos de 1990 o setor de saúde passou por uma grave crise de financiamento, pois a economia¹ e as fontes de recursos da União² para financiar o SUS eram

¹ Segundo Favaret et al (2001, p. 6) a recessão seguida de estagnação pela qual passou a economia brasileira até meados dos anos 90 afetou a arrecadação da Contribuição do Financiamento Social (Cofins), integrante da base de financiamento da saúde, devido sua sistemática de incidência em “cascata”.

² Ficou estabelecido no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que 30% no mínimo do Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, seria destinada ao setor saúde. Esta determinação foi contemplada nas LDO's de 1990 a 1993, porém a aplicação de recursos não chegou a se efetivar. Em 1993, o governo interrompeu o repasse de recursos aos demais integrantes do Orçamento da Seguridade Social para cobrir os gastos da Previdência (SIOPS, 2005; RIBEIRO, PIOLA E SERVO, 2007, p. 5-6).

bastante instáveis e sempre se adotavam medidas emergenciais e provisórias³ para fazer frente à falta de recursos para o setor. Essa situação era agravada pela inexistência de um parâmetro legal que vinculasse recursos próprios dos Estados, Distrito Federal e municípios para a área de saúde⁴.

Nesse contexto, desde 1993 começaram a surgir propostas no âmbito do Poder Legislativo com objetivo de criar fontes estáveis de financiamento para assegurar o atendimento das demandas do setor de saúde.

Dos debates no legislativo surgiu, em 13 de setembro de 2000, a EC 29, que alterou a Constituição Federal de 1988⁵. Ela estabelece a vinculação de recursos orçamentários para os três níveis de governo. Os recursos vinculados de estados e municípios estão discriminados no quadro 1.

Quadro 1 – Receitas vinculadas a saúde dos estados e municípios

Base de cálculo dos estados

Total das receitas de impostos estaduais:

- Imposto sobre Circulação de mercadorias - ICMS; Imposto sobre Propriedade de veículos Automotores - IPVA; Imposto sobre a transmissão causa mortis e doação de quaisquer bens ou direitos; Receita de multas, juros de mora e correção monetária dos impostos e; Receita da dívida Ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária respectivos.

Receitas de transferências da União:

- Quota-Parte do Fundo de Participação dos Estados – FPE; Quota-Parte do IPI – Exportação (Imposto sobre Produtos Industrializados)

³ Dentre essas medidas estão a contração de empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao trabalhador (FAT) e a criação, em 1997, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), posteriormente rebatizado como Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) que vigorou até o final de 2007.

⁴ O art. 198 da CF/88 definiu que o SUS deve ser financiado por recursos do Orçamento da Seguridade Social da União, estados, Distrito Federal e municípios. Entretanto, não foram especificados para estados e municípios quais recursos seriam vinculados à saúde.

⁵ A EC-29 alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou um artigo ao ADCT, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Base de cálculo dos municípios

Total das receitas de impostos municipais:

- Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU; Imposto sobre serviços de qualquer natureza - ISSQN; Imposto sobre Transmissão de Imóveis intervivos - ITBI; Receita de multas, juros de mora e correção monetária dos impostos e Receita da dívida Ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária respectivos.

Receitas de transferências da União:

- Quota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM; Quota-Parte do imposto Territorial Rural – ITR; Quota-Parte da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir);

Receitas de transferências do estado:

- Quota-Parte do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços); Quota-Parte do IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores); Quota-Parte do IPI – Exportação (Imposto sobre Produtos Industrializados)

Fonte: Emenda Constitucional nº 29.

Os estados e municípios deveriam aplicar, no primeiro ano de vigência da emenda, pelo menos 7% de seus recursos vinculados, e o percentual deveria crescer anualmente até atingir em 2004, no mínimo, 12% para os estados e 15% para os municípios. Deduzindo-se do cálculo da base vinculável dos primeiros, as transferências realizadas para os municípios.

Quanto à União, para o primeiro ano, o aporte adicional foi fixado em, pelo menos, 5% em ações e serviços públicos de saúde do montante empenhado no ano imediatamente anterior. Para os anos seguintes, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Do que é aplicado pela União está contabilizado o recurso que ela transfere para estados e municípios. Os repasses são feitos fundo a fundo e mediante convênios. São repassados recursos voltados para a atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS.

A maior parte dos recursos transferidos pela União aos municípios é voltado para atenção básica e atenção de média e alta complexidade (Tabela 2). Para atenção básica transfere-se uma parcela fixa denominada Piso de Atenção Básica (PAB-fixo)⁶ para o qual é transferido um valor de R\$ 10 a R\$ 18 por habitante do município. Distribui-se também uma parte variável (PAB-variável) de acordo com a adesão a programas específicos como: Programa de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Tabela 2 – Transferências SUS União per capita aos municípios por região

Em reais de 2007

Região	Atenção Básica	Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	Demais transferências da União para a saúde	Total
Norte	58,67	11,82	9,33	79,83
Nordeste	47,33	36,60	13,32	97,24
Centro-Oeste	66,27	30,47	22,71	119,44
Sudeste	34,44	42,67	8,91	86,03
Sul	33,99	46,04	7,18	87,21
Total	41,87	38,24	10,76	90,87

Fonte: SIOPS

O repasse para atenção de média e alta complexidade hospitalar se dá através de dois componentes: limite financeiro da Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC; e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC. Os valores a serem transferidos para a MAC são definidos através da Programação

⁶ De acordo com a Portaria 648 de 28 de março de 2006 os valores per capita do PAB fixo são transferidos de acordo com o cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica.

Os indicadores de acompanhamento são:

I - Cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para: a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas; b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal; c) razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

II - Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%;

O Ministério da Saúde publicará anualmente, em portaria específica, os indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do PAB fixo.

Pactuada e Integrada da Assistência, conforme ato normativo específico. Já para o FAEC, os valores são estabelecidos observando as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite, conforme ato normativo específico (CONASS, 2006).

1.2.1 – Emenda Constitucional 29: efeitos e desigualdades

Para Biasoto Jr. (apud Mendes, 2008, p. 17) “[...] a EC 29 ao determinar uma efetiva participação das esferas subnacionais no financiamento do SUS, fortalece a responsabilidade delas no arranjo federativo que sustenta o sistema de saúde do país”. Porém, o efeito mais significativo da EC 29 foi à estabilização do financiamento da saúde e o aumento de recursos destinado ao setor.

Após a edição da emenda o gasto público com saúde avançou expressivamente, saltando de R\$ 55,6 bilhões, em 2000, para R\$ 87,1 bilhões, em 2006; o que significa um aumento real de 56,5% (Tabela 3). O destaque ficou por conta dos estados e municípios que, em termos reais, elevaram suas despesas em aproximadamente 100% no período.

Tabela 3 – Despesa com saúde por nível de governo no Brasil

Em milhões de reais médios de 2007 - IPCA

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total
2000	33.275	10.322	12.050	55.647
2001	34.392	12.653	14.217	61.262
2002	34.906	14.504	16.961	66.371
2003	33.435	14.939	17.225	65.599
2004	37.738	18.496	18.923	75.157
2005	39.406	18.611	21.878	79.896
2006	42.234	20.520	24.339	87.093

Fonte: SIOPS

Já a União aumentou o aporte no setor em apenas 26,9%. Como consequência, cresceu a participação dos estados e municípios no financiamento da saúde. A participação da União recuou em mais de 11 pontos percentuais, enquanto a dos

estados e municípios se elevou em cinco e seis pontos percentuais, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Participação dos três níveis de governo no financiamento da saúde no Brasil

Níveis de governo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Federal	59,8%	56,1%	52,6%	51,0%	50,2%	49,3%	48,5%
Estadual	18,5%	20,7%	21,9%	22,8%	24,6%	23,3%	23,6%
Municipal	21,7%	23,2%	25,6%	26,3%	25,2%	27,4%	27,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: SIOPS

Segundo Ugá e Santos (2006, p. 1599) desde 1993

“[...] os municípios adquirem um protagonismo maior no financiamento, coerente com o caráter inicialmente municipalista do SUS e, em 2002, a esfera estadual de governo passa a participar de forma muito mais ativa, fruto tanto do resgate do seu papel de gestor do SUS através da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), como da regulação estabelecida por meio da Emenda Constitucional n. 29 [...]”.

Apesar do aumento de recursos para saúde, pode-se observar na Tabela 5, que ainda persiste elevada desigualdade na comparação do gasto per capita entre as regiões e estados brasileiros. O Sudeste apresenta o maior dispêndio com um valor de R\$ 451 por habitante, enquanto o Nordeste gastou apenas R\$ 324 per capita. As demais regiões apresentam valores próximos de R\$ 400 por habitante. No plano estadual a despesa per capita variou de um mínimo de R\$ 294 no Maranhão a um máximo de R\$ 699 em Roraima.

Essas diferenças estão associadas à capacidade de financiamento dos entes, a prioridade que o tema saúde tem nas agendas municipais e estaduais, e o gasto realizado pela União nos estados e municípios.

Observa-se (Tabela 5) que o maior dispêndio por habitante realizado pela União ocorre no estado do Rio de Janeiro. Segundo Ugá et al (2003, p. 429) neste estado “[...] está sediada a maior parte dos hospitais do MS (inclusive os que pertenceram à previdência social) construídos no período em que a cidade foi capital da republica”. O aporte per capita do governo federal também foi elevado no Rio Grande do Sul, em Roraima e no Acre onde ultrapassou os R\$ 190. Os menores gastos per capita realizados pela União foram verificados no Amazonas, Distrito Federal, Rondônia e

Pará, cujos valores foram inferiores a R\$ 140. O Espírito Santo, com R\$ 146, obteve o sétimo menor gasto federal per capita.

Tabela 5 – Gasto per capita com ações e serviços de saúde por nível de governo no ano de 2006

Em reais médios de 2007 - IPCA

Unidades da Federação e Regiões	Federal	Estadual	Municipal	Total
BRASIL	226,1	109,9	132,8	466,3
Nacional	65,8	0,0	0,0	65,8
Norte	134,5	176,0	90,7	401,2
Rondônia	129,3	175,3	97,0	401,6
Acre	190,8	300,2	77,5	568,4
Amazonas	133,6	276,7	124,4	533,7
Roraima	193,1	380,6	125,3	699,0
Pará	118,3	85,9	72,0	272,5
Amapá	148,5	314,0	68,5	531,1
Tocantins	176,3	217,8	128,7	522,1
Nordeste	153,1	82,8	88,4	324,3
Maranhão	151,8	54,0	88,6	294,4
Piauí	178,5	70,9	77,4	326,9
Ceará	148,4	67,4	86,1	301,9
Rio Grande do Norte	161,4	143,9	113,7	419,1
Paraíba	181,1	71,5	93,5	346,1
Pernambuco	151,0	89,3	84,8	325,2
Alagoas	160,0	83,5	82,9	326,4
Sergipe	148,5	140,2	92,3	381,0
Bahia	142,1	84,5	88,0	314,6
Sudeste	167,8	116,1	167,4	451,3
Minas Gerais	150,2	52,9	138,2	341,3
Espírito Santo	146,5	153,0	143,3	442,8
Rio de Janeiro	222,8	105,3	149,4	477,5
São Paulo	157,0	147,1	190,2	494,3
Sul	172,1	85,4	135,4	392,9
Paraná	160,1	104,3	129,7	394,1
Santa Catarina	149,8	124,5	143,1	417,4
Rio Grande do Sul	195,7	46,1	136,5	378,4
Centro-Oeste	149,1	153,0	105,3	407,4
Mato Grosso do Sul	176,9	107,0	163,6	447,5
Mato Grosso	156,8	138,4	141,0	436,3
Goiás	141,4	63,7	107,9	313,0
Distrito Federal	131,4	429,6	0,0	561,0

Fonte: SIOPS

O Espírito Santo está entre os oito estados que mais alocam recursos próprios em seu sistema de saúde. Os maiores valores foram verificados em Roraima, Amapá, Acre, Amazonas, Tocantins e Rondônia, todos do Norte do país, com gasto por

habitante variando entre R\$ 175 e R\$ 381 por habitante. O Espírito Santo aparece em seguida com um dispêndio per capita de R\$ 153.

Já os gastos municipais per capita consolidados por estado são mais elevados no Centro-Sul do país. São Paulo, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Santa Catarina, Mato Grosso, Minas Gerais e Rio Grande do Sul apresentaram valores superiores a R\$ 136. Destaque deve ser dado a São Paulo cujo dispêndio per capita alcançou R\$ 190. No outro extremo aparecem Acre, Piauí, Pará e Amapá com valores por habitante inferiores a R\$ 80.

De acordo com Teixeira & Barroso (2003) “[...] a partir da publicação da EC 29 o aporte de recursos por estados e municípios passou a depender de sua capacidade fiscal [...]”.

A observação das finanças municipais mostra uma grande desigualdade entre os municípios no que diz respeito à massa de recursos e, também, a receita municipal per capita.

Em 2007, 19 municípios obtiveram receita superior a R\$ 1 bilhão (Tabela 6). São cidades populosas e economicamente diversificadas. Elas abrigam 25% da população e foram responsáveis por 28% da receita global do conjunto dos municípios brasileiros (BORGES & VILLELA, 2008, p. 11). No outro extremo, 2.386 dos municípios registraram receita inferior a R\$ 10 milhões, são municípios com menos de 20 mil habitantes, de base econômica rural, que em conjunto respondem por pouco mais de 10% da população brasileira (IBGE, 2008, STN, 2008).

Tabela 6 – Municípios com receita acima de R\$ 1 bilhão - 2007

Posição	UF	Município	Receita total	População
			Em R\$ milhões	2007
1º	SP	São Paulo	20.564,6	10.886.518
2º	RJ	Rio de Janeiro	9.514,6	6.093.472
3º	MG	Belo Horizonte	3.642,7	2.412.937
4º	PR	Curitiba	3.402,4	1.797.408
5º	RS	Porto Alegre	2.615,0	1.420.667
6º	BA	Salvador	2.242,0	2.892.625
7º	CE	Fortaleza	2.223,6	2.431.415
8º	SP	Campinas	1.922,3	1.039.297
9º	PE	Recife	1.839,9	1.533.580
10º	SP	São Bernardo do Campo	1.721,1	781.390
11º	AM	Manaus	1.578,8	1.612.475
12º	SP	Guarulhos	1.572,0	1.236.192
13º	GO	Goiânia	1.528,3	1.244.645
14º	RJ	Campos dos Goytacazes	1.249,4	426.154
15º	PA	Belém	1.218,8	1.408.847
16º	SP	Santo André	1.126,0	667.891
17º	MS	Campo Grande	1.071,1	724.638
18º	SP	São José dos Campos	1.057,0	594.948
19º	MA	São Luís	1.025,3	957.899

Fonte: Borges & Villela

A Tabela 7 mostra que, no mesmo ano, 22 cidades auferiram uma receita per capita superior a R\$ 4,5 mil, a maioria delas se caracterizam pela reduzida população e por abrigarem em seu território indústrias intensivas em capital tais como a petroquímica e de energia elétrica. Fazem parte também desse ranking quatro localidades que devido ao contingente populacional ser inferior a 1,5 mil habitantes têm uma elevada receita advinda do FPM (BORGES & VILLELA, 2008, p. 12).

Tabela 7 – As dez maiores receitas municipais per capita no Brasil - 2007

Posição	UF	Município	Receita total	Receita total	População
			per capita		2007
			Em reais		
1º	RJ	Quissamã	10.798	187.625.381,1	17.376
2º	SP	Paulínia	8.759	640.415.186,0	73.118
3º	BA	São Francisco do Conde	7.414	221.085.557,1	29.822
4º	SP	Nova Castilho	6.472	6.840.448,3	1.057
5º	BA	Madre de Deus	6.096	94.079.227,0	15.432
6º	MG	Cachoeira Dourada	5.944	14.680.541,9	2.470
7º	RS	Triunfo	5.771	138.593.712,0	24.016
8º	SP	Borá	5.758	4.629.701,0	804
9º	MG	Serra da Saudade	5.468	4.762.504,9	871
10º	MG	Grupiara	5.426	7.661.866,9	1.412

Fonte: Borges & Villela

A forma como as receitas estão distribuídas entre os municípios gera distorção no financiamento do SUS, pois 15% das receitas de impostos de um município rico é diferente de 15% de um município pobre.

As principais fontes de receita dos municípios são as transferências da QPM-ICMS e do FPM. Em seguida aparecem os tributos municipais, dos quais os mais importantes são o ISS e o IPTU. Como esses são os principais itens a entrar na conta do percentual mínimo a ser aplicado em saúde, as características de sua arrecadação e de sua transferência irão definir as desigualdades na alocação de recursos em saúde.

A maior distorção refere-se à forma de partilha do ICMS entre os municípios. De acordo com a Constituição Federal, os estados devem repassar a parcela de 25% da arrecadação de ICMS aos respectivos municípios, utilizando para isso os Índices de Participação dos Municípios (IPM). Os Índices de Participação dos Municípios (IPM) são calculados anualmente de acordo com o artigo 158, parágrafo único, da Constituição Federal. Segundo esse artigo, 75% da QPM-ICMS devem ser repartidos na proporção do valor adicionado⁷ de cada município. Os 25% restantes são divididos conforme os critérios adotados em cada estado.

Esse método de distribuição beneficia os municípios industrializados e com comércio forte, em detrimento dos municípios agropecuários, mesmo com grandes populações e vasto território (UPB, 2005).

Portanto, os municípios do interior, que não tem indústrias e comércio forte pouco se beneficiam desse repasse. Além disso, como, nesses casos, a maioria da população vive na zona rural, pois o perímetro urbano é pequeno, à cobrança de IPTU e ISS é irrisória (UPB, 2004).

O repasse do FPM, por sua vez, é constituído por 22,5% da arrecadação federal líquida do Imposto sobre a Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). Ele é dividido em três partes: FPM-interior, FPM-capital e FPM-reserva. Do total dos recursos transferidos, 86,4% são destinados aos municípios do interior,

⁷ O valor adicionado pode ser entendido como a riqueza gerada no território municipal pelas empresas industriais, comerciais e agrícolas. Em outras palavras, é a diferença entre as operações de vendas e compras de mercadorias e serviços.

10% para as capitais e 3,6% compõem o fundo de reserva que é enviado aos municípios do interior com população acima de 142.633 habitantes.

O FPM-interior é distribuído de acordo com o número de habitantes. “[...] São fixadas faixas populacionais, cabendo a cada uma delas um coeficiente individual que varia de um mínimo de 0,6, para municípios com até 10.188 habitantes, a um máximo de 4,0, para aqueles com população acima de 156.216 habitantes [...]” (BORGES & VILLELA, 2006, p. 50). Como o crescimento das faixas populacionais estabelecidas é proporcionalmente maior que o dos coeficientes, os municípios com menos habitantes são beneficiados, recebendo relativamente mais recursos que os mais populosos. Já o cálculo do FPM-capital e do FPM-reserva leva em consideração a população e o inverso da renda per capita favorecendo as cidades mais pobres.

Pelas características acima descritas pode-se observar que, do ponto de vista da EC 29, dois grupos de municípios são prejudicados na alocação de recursos na saúde. Os pequenos municípios, mesmo aqueles que têm elevada receita per capita oriunda do FPM. Essas cidades sofrem com as deseconomias de escala, pois a massa de recursos de que dispõem não são suficientes para estruturar e ofertar serviços mais complexos a população (BRASIL, 2001). De outro lado, observam-se grandes cidades de baixo dinamismo econômico que não se beneficiam do FPM – devido ao grande contingente populacional –, e tampouco do repasse do ICMS, uma vez que, não possuem indústrias significativas, nem um setor de serviços avançado que possam elevar o cômputo de seus valores adicionados. Ademais, não possuem uma forte base para a arrecadação de tributos municipais, dos quais os mais importantes são o IPTU e o ISS (BORGES & VILLELA, 2008).

1.2.2 – Desigualdade no repasse de recursos federais

Na época do Inamps os recursos aplicados na saúde se concentravam nas regiões Sudeste e Sul, e favorecia as localidades mais desenvolvidas com maior quantidade

de vínculos formais de trabalho. Com a criação do SUS, estados e municípios passaram a participar mais ativamente do financiamento da saúde, e os critérios de distribuição dos recursos repassados pela União para as esferas subnacionais passaram por diversas mudanças a partir dos anos 90.

A Lei nº 8.080/90, que regulamentou o SUS, estabeleceu também os critérios para a distribuição dos recursos a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios. De acordo com o artigo 35 da referida lei, 50% dos recursos devem ser distribuídos de acordo com a população e o restante pelos seguintes critérios:

- perfil demográfico da região;
- perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Enquanto a lei não fosse regulamentada definiu-se que a distribuição de recursos deveria seguir o critério populacional, na forma da Lei nº 8.142/90.

As formas de transferência de recursos supracitadas nunca foram postas em prática. Em 1991 foram editadas a NOB 01/91 e diversas portarias, “[...] definindo que todos os prestadores, inclusive os públicos, fossem tratados como vendedores de serviço. Na prática, a lógica do pagamento por produção – praticada há muito pelo INAMPS – perpetuava-se no interior do SUS” (MENDES et al, 2008, p. 27).

Para Souza (2002, p. 450), realizar as transferências conforme a lógica do SUS significaria um grande remanejamento da alocação de recursos, que, conseqüentemente, geraria uma forte reação política dos estados mais desenvolvidos e que contavam com uma maior proporção dos repasses financeiros.

A implantação da NOB 01/93⁸, que vigorou até 1997, deu início ao processo de descentralização no setor saúde, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Em 1996, foi instituída a NOB 01/96⁹ que intensificou o processo iniciado pela NOB 93.

A NOB 96 rompeu com a lógica de alocação de recursos, baseada na oferta de serviços, ao instituir o Piso Assistencial Básico – PAB, a ser distribuído com base no tamanho da população local e em um valor per capita nacional, para financiamento de uma gama de procedimentos ambulatoriais básicos, de responsabilidade municipal; e incentivos a programas como Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (LEITE et al, 2007; POLIGNANO, 1999; UGÁ et al 2003).

Souza (2002, p. 453-454) demonstra que a partir de 1998, quando a NOB/96 é colocada em prática, ocorreu uma redistribuição dos recursos federais transferidos aos estados e municípios, reduzindo a desigualdade produzida pela lógica anterior, quando os repasses eram feitos de acordo com a produção (Tabela 8).

Tabela 8 – Transferência per capita (Atenção Básica + Média e Alta Complexidade) por região em comparação com a média nacional.

Região	1994		2001	
	per capita em R\$	% da média nacional	per capita em R\$	% da média nacional
Norte	29,66	64,7%	69,02	84,4%
Nordeste	36,87	80,5%	78,71	96,3%
Centro-Oeste	45,19	98,6%	81,26	99,4%
Sudeste	52,89	115,5%	84,68	103,6%
Sul	50,42	110,1%	85,79	105,0%
Brasil	45,81	100,0%	81,74	100,0%

Fonte: SAS/MS apud Souza (2002)

⁸ A NOB 01/93 estabeleceu três níveis de autonomia de gestão da rede assistencial no seu âmbito de governo: incipiente, parcial e semi-plena, com critérios também diferenciados nas formas de repasse dos recursos financeiros. O município habilitado na condição mais avançada recebia transferência de valores globais para o atendimento ambulatorial e hospitalar. Foi estabelecido ainda tetos financeiros para a cobertura hospitalar.

⁹ A NOB 96 revogou os níveis de gestão da NOB 93 e propôs que os municípios se enquadrassem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Segundo Polignano (1999) esta norma reformulou e aperfeiçoou a gestão do SUS, na medida em que: redefiniu os papéis de cada esfera de governo; aperfeiçoou controle e avaliação no SUS valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; e redefiniu os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

O autor destaca ainda, a intensa distribuição de recursos ocorrida entre as cidades de um mesmo estado, uma vez que, a maioria dos municípios não recebia nenhum recurso federal para saúde antes do PAB (Tabela 9).

Tabela 9 – Indicadores da evolução da descentralização no SUS

Indicador / Ano	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00	Dez/01
N.o de municípios recebendo recursos fundo a fundo	144	5.049	5.350	5.450	5.516
N.o de estados recebendo recursos fundo a fundo	-	2	7	8	12
% da população residente nos municípios que recebem recursos fundo a fundo	17,3%	89,9%	99,3%	99,7%	99,9%

Fonte: Ministério da Saúde - Dados de Habilitação SAS/SPS (1997/2001) apud Brasil (2002)

Em 2001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que definiu duas condições de gestão municipal:

- a) Gestão plena da atenção básica ampliada: o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica.
- b) Gestão plena do sistema municipal: nesse caso, o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território.

Entre os propósitos da NOAS está a regionalização dos serviços de saúde garantindo a população de uma determinada região acesso a serviços de média complexidade, que não pode ser ofertado por alguns municípios por motivos variados: pequeno porte populacional, carência de profissionais, questões de economia de escala (BRASIL, p. 18).

Os objetivos de regionalização foram reafirmados pelo Pacto da Saúde de 2006, que determinou a atual forma de repasses em blocos. No que diz respeito às transferências para a MAC, objetiva-se a redução das desigualdades regionais de forma a contemplar as reais necessidades de cada Unidade da Federação.

Apesar dos avanços nos critérios de distribuição dos recursos da União, realizados desde meados da década de 90, ainda prevalece o comportamento histórico da

alocação de recursos centrada na produção e não nas necessidades, mantendo-se distribuições não eqüitativas dos recursos da saúde no Brasil (LEITE et al, 2003; LIMA, 2005; PELEGRINI, 2005).

Os dados da Tabela 10 evidenciam que a União favorece com um valor per capita elevado o estado cujos municípios recebem um baixo repasse por habitante e vice-versa. Dessa forma, os recursos federais per capita transferidos a estados e municípios consolidados por Unidade da Federação (UF)¹⁰ variam pouco entre si e entre as regiões (DUARTE et al, 2006, p. 34). O coeficiente de variação que foi de 40,7% considerando apenas os municípios e 28,2% considerando somente os estados cai para 9,1% na consolidação por UF. Nesse caso, o menor valor foi verificado no Pará, com R\$ 91 por habitante e o maior foi observado no Tocantins, com R\$ 142,06.

Portanto, pode-se inferir que a União não trata de maneira diferente os desiguais, pois as UFs com maior taxa de mortalidade infantil recebem repasses similares as UFs com melhores indicadores. Como exemplo, basta comparar o Rio Grande do Norte cuja taxa de mortalidade infantil foi de 38,2 por mil nascidos vivos, com o Mato Grosso onde a taxa de mortalidade foi de 21,6 por mil nascidos vivos. Ambos os estados receberam de transferência SUS da União R\$ 121.

¹⁰ O termo Unidade da Federação (UF) abrange o estado e os municípios nele circunscritos geograficamente.

Tabela 10 – Mortalidade infantil e transferências SUS aos Estados e seus respectivos municípios

Unidades da Federação e Regiões	Taxa de mortalidade infantil (%)	Transferências per capita ao SUS municípios	Transferências per capita ao SUS estados	Transferências per capita ao SUS
Norte	26,6	36,76	66,35	103,10
Pará	25,9	15,17	75,82	91,00
Amazonas	27,6	55,92	48,40	104,32
Rondônia	25,2	39,41	67,13	106,54
Amapá	25,4	54,22	52,77	106,99
Roraima	20,1	47,23	70,78	118,01
Acre	32,6	69,96	56,96	126,92
Tocantins	29,0	72,84	69,22	142,06
Nordeste	38,2	34,64	84,99	119,63
Ceará	32,0	27,78	84,69	112,48
Bahia	35,6	39,75	76,13	115,88
Maranhão	42,1	14,49	101,48	115,97
Alagoas	53,7	25,76	93,51	119,27
Rio Grande do Norte	37,5	35,83	85,37	121,20
Pernambuco	41,2	59,63	62,56	122,18
Sergipe	36,2	29,19	94,26	123,44
Paraíba	40,8	20,97	112,33	133,29
Piauí	30,4	28,46	107,97	136,43
Sudeste	18,9	53,15	66,33	119,48
Minas Gerais	21,8	31,45	79,09	110,54
Espírito Santo	20,1	68,37	48,36	116,73
Rio de Janeiro	20,9	55,68	63,58	119,26
São Paulo	16,5	61,21	62,83	124,04
Sul	17,2	43,67	71,27	114,94
Rio Grande do Sul	14,3	39,07	65,12	104,19
Santa Catarina	17,2	42,20	75,54	117,74
Paraná	20,0	49,36	75,32	124,68
Centro-Oeste	20,1	42,39	73,06	115,45
Distrito Federal	17,8	101,90	-	101,90
Goiás	20,7	21,52	87,94	109,46
Mato Grosso	21,6	42,36	78,84	121,19
Mato Grosso do Sul	19,1	32,77	104,56	137,33
Brasil	25,8	44,57	72,69	117,25
Coeficiente de variação	35,8%	40,7%	28,2%	9,1%

Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais - 2006. Departamento de Informática do SUS - DATASUS/2006 apud Duarte et al.

1.3 – Conclusão

A participação mais efetiva de estados e municípios no financiamento da saúde colaborou para o aumento dos recursos no setor. Com a obrigatoriedade da vinculação das principais fontes de recursos desses entes na área, a capacidade de auto-financiamento de seus sistemas de saúde desponta como a principal fonte de desigualdade entre eles.

Essa diferença deveria ser reduzida através das transferências. Com as alterações nos critérios da distribuição de recursos a partir dos anos 90, a União conseguiu atingir uma relativa igualdade na distribuição de recursos por Unidade da Federação. No entanto, os repasses não levam em consideração as necessidades de cada localidade, tampouco as diferenças na capacidade de alocação de recursos de cada ente.

A relativa igualdade alcançada pela União pode ser uma fonte de injustiça, como verificado na Tabela 10, ao tratar igualmente os desiguais. Uma alternativa para este problema seria beneficiar com mais recursos às localidades mais pobres, com piores condições epidemiológicas e socioeconômicas. Essa proposta será desenvolvida no capítulo 3 deste trabalho para os municípios capixabas.

2 – ANÁLISE DO GASTO EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CAPIXABAS

Neste capítulo, será feito uma análise da evolução das despesas com ações e serviços públicos de saúde no Espírito Santo. A princípio será verificado como a aplicação de recursos se divide entre as três esferas de governo. Em seguida será feita uma análise do gasto municipal, considerando a despesa que o município realiza com seus próprios recursos e os repasses que recebe da União e do Estado.

Através dos diferenciais per capita será feita uma avaliação da desigualdade existente entre as cidades do estado.

Como se verá mais adiante, os repasses da União respondem pela maior parte dos recursos transferidos para o sistema de saúde municipal. Vários autores afirmam que a alocação de recursos conforme a produção, ou seja, os recursos enviados para a média e alta complexidade é a principal fonte de desigualdade na distribuição de recursos da União. No entanto, do ponto de vista da regionalização proposta pela NOAS/2001 e reafirmado no Pacto da Saúde, essas cidades são beneficiárias desses recursos, pois prestam serviços médicos para as populações dos municípios de sua região. Assim sendo, os dados da análise da desigualdade nas transferências da União expõem, além do repasse global, a transferência para a assistência básica.

2.1 – AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

De acordo com art. 5º da Lei Complementar 317/2004, o Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo – SES/ES é formado por organizações públicas e de natureza social, bem como por prestadores de serviços da iniciativa privada que

ofereçam ações e serviços, sob as condições estabelecidas pelo modelo de atenção previsto para o SUS/ES.

A Secretaria de Estado da Saúde – SESA é o órgão central do sistema. Ela é responsável pela formulação da política estadual que visa à atenção integral à saúde (LC 317, art. 10º, 2004). Faz parte de seu papel institucional a regulação, o financiamento e a prestação de serviços de saúde no Estado do Espírito Santo, bem como prover informações, estabelecer e pactuar objetivos, metas e indicadores, mediante a realização de articulações que possibilitem a estruturação e o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde. Essas competências poderão ser compartilhadas com as demais instâncias gestoras do SUS/ES (LC 317, art. 11º, 2004).

Dentro de seus territórios, as secretarias municipais de saúde têm atribuições semelhantes. Como não é possível estruturar um sistema de saúde completo em todos os municípios o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2003, subdividiu o território do Espírito Santo em macrorregiões, microrregiões e módulos assistenciais. Para elaboração do PDR foram consideradas diversas variáveis

tais como, fluxos de saúde, acesso aos serviços, concentração de tecnologia de conhecimento e de produto, economia de escala e de escopo. Foi possível identificar 16 aglomerados de municípios em razão do critério para a constituição de módulos assistenciais, 08 aglomerados com potencial para conformação de sistemas funcionais resolutivos de saúde, dedicados a uma população acima de 150 mil habitantes – microrregiões, e 03 grandes aglomerados, com população superior a 500 mil habitantes – macrorregiões. Em todos os casos foi possível caracterizar uma efetiva polarização, sendo identificados municípios sede de módulo assistencial, polos microrregionais principais e intermediários, e polos macrorregionais.

Esta subdivisão segue as determinações do SUS que estabelecem que o sistema de saúde deva ser descentralizado e municipalizado, regionalizado e hierarquizado. A integração entre todos os gestores públicos, para a discussão dos problemas e elaboração de propostas de aperfeiçoamento das ações de saúde realizadas pelo sistema em seus diferentes níveis é feita através da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A CIB é uma instituição de pactuação composta paritariamente por representantes do Estado da Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde. A principal

atribuição da CIB é colaborar com a organização do SUS no Estado. Entre as mais importantes funções desempenhadas pela instituição,

está a deliberação e a responsabilização pela a avaliação dos pleitos de habilitação dos municípios nas condições de Gestão Plena da Atenção Básica, Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, conforme as normas do Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica - NOB/96 e a Norma Operacional de Assistência em Saúde - NOAS/02 (citação).

A CIB juntamente com o Conselho Estadual de Saúde (CES) garante o controle social e a participação da comunidade na definição de prioridades e necessidades, no acompanhamento e avaliação das ações executadas.

2.2 – Panorama do gasto público em saúde no Espírito Santo

Os recursos aplicados em saúde pelos três níveis de governo, no Espírito Santo, têm apresentado uma tendência de crescimento nos últimos anos. Eles passaram de R\$ 973,1 milhões, em 2000, para R\$ 1,53 bilhão em 2006, o que correspondeu a um crescimento real de 57,6% (Tabela 11). Nesse período o gasto público consolidado declinou apenas em 2002.

Tabela 11 – Despesa com saúde no Espírito Santo por nível de governo

Em milhões de reais médios de 2007 - IPCA

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total
2000	441,4	336,2	195,5	973,1
2001	526,4	336,1	247,4	1.109,9
2002	442,4	328,2	293,6	1.064,3
2003	449,9	377,7	293,9	1.121,6
2004	437,8	406,8	375,6	1.220,3
2005	472,8	482,3	429,3	1.384,4
2006	507,6	530,1	496,3	1.534,0

Fonte: SIOPS

As razões para o sucessivo crescimento das aplicações em saúde no Espírito Santo devem ser buscadas no aprimoramento das condições de financiamento, em especial na vinculação de recursos estabelecida pela EC nº. 29/2000. Além disso,

deve-se ressaltar também o maior dinamismo da economia capixaba, com reflexos no aumento de receitas, que serve de parâmetro para expansão destas despesas.

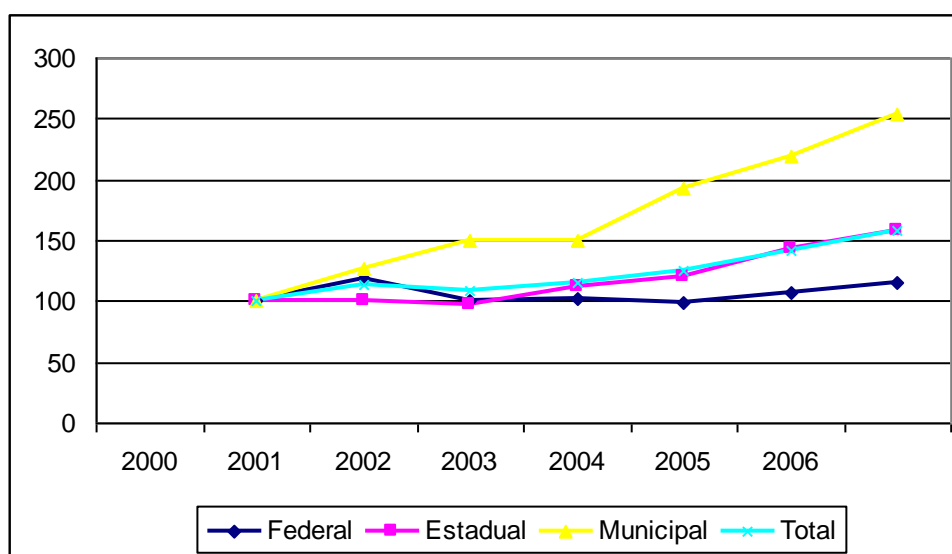
O gasto com saúde como proporção do PIB oscilou entre 2,6% e 2,9% no período 2002-2006. Essa participação está abaixo da média nacional, a qual oscilou entre 3,1% e 3,5% no mesmo período.

A análise do dispêndio em saúde de cada esfera da federação, no Espírito Santo, mostra que o conjunto dos municípios capixabas mais que duplicaram os recursos aplicados em saúde, apresentando um aumento de 153,8%. O dispêndio do Estado registrou um crescimento idêntico à média consolidada, 57,7%. Já a despesa federal apresentou um desempenho mais modesto, com um aumento de 15%. Enquanto as esferas municipal e estadual realizaram seu maior gasto no ano de 2006, para o nível federal o auge ocorreu em 2001.

A análise da despesa pública com saúde per capita revela um comportamento idêntico ao exposto anteriormente. Entretanto, os percentuais de crescimento são bastante inferiores em função do crescimento da população.

Gráfico 1 – Evolução da despesa com saúde por nível de governo no Espírito Santo

Ano base 2000 = 100



Fonte: SIOPS

A despesa com saúde por habitante, dos três níveis de governo, passou de R\$ 314,2 para R\$ 442,8, entre 2000 e 2006 (Tabela 2), o que corresponde a um aumento real de 40,9%. A variação dos recursos federais foi de 2,8%, do Estado de 41% e, do conjunto dos municípios capixabas, de 126,9%.

Tabela 12 – Despesa per capita com saúde por nível de governo no Espírito Santo

em reais

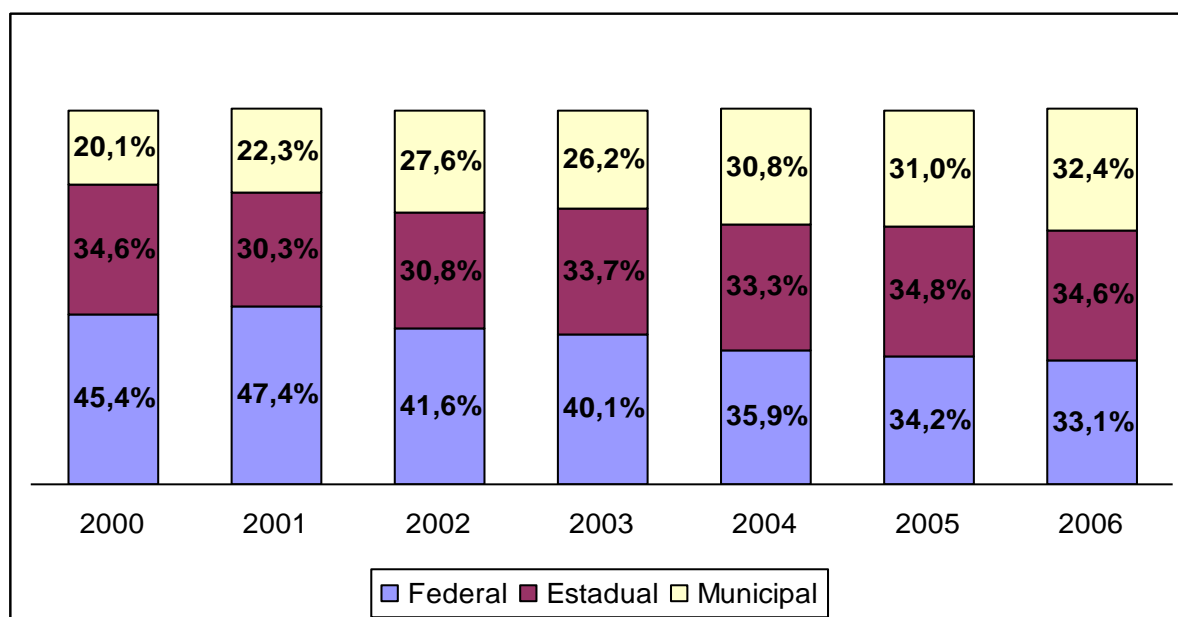
Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total
2000	142,5	108,6	63,1	314,2
2001	166,8	106,5	78,4	351,8
2002	138,2	102,5	91,7	332,4
2003	138,4	116,2	90,4	345,1
2004	132,7	123,3	113,9	369,9
2005	138,7	141,5	126,0	406,2
2006	146,5	153,0	143,3	442,8

Fonte: SIOPS

O governo federal ainda arca com a maior parcela das despesas com ações e serviços de saúde no país, porém essa situação tem se alterado significativamente nos últimos anos. No Espírito Santo, as esferas estadual e municipal já gastam mais que a União.

Em 2000, no Espírito Santo, a União era responsável por 45,4% do dispêndio ao passo que o Estado respondia por 34,6% e os Municípios por 20,1%. Em 2005, o gasto do Estado foi superior ao da União. E, segundo os dados do anuário Finanças dos Municípios Capixabas, em 2007, o gasto conjunto dos municípios foi maior que do Estado e da União. Embora utilize as informações divulgadas no anexo 9 – das prestações de contas anuais dos municípios conceito diferente do adotado pelo SIOPS –, o anuário expõe uma tendência que deve se confirmar em pouco tempo: a liderança dos municípios no gasto com saúde e uma participação cada vez menor da União (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Participação dos três níveis de governo no financiamento da saúde no Espírito Santo



Fonte: SIOPS

A redução da participação federal no financiamento da saúde pode ser explicada por duas razões principais: a) o não cumprimento, pela União, da determinação da aplicação mínima de recursos, conforme determina a EC 29 (MENDES et al, 2008; CAMPELLI & CALVO, 2007; RIBEIRO, PIOLA & SERVO, 2007); e b) o crescimento das despesas dos demais níveis de governo (BRASIL, 2005).

2.3 – Evolução do gasto municipal em Saúde

De modo geral, a despesa que os municípios realizam com a saúde é composta por seus próprios recursos, mais as transferências da União e do Estado para o SUS¹¹. Nos últimos anos, a tendência de crescimento do gasto com saúde, em termos reais,

¹¹ O gasto com recursos próprios somados as transferências da União e dos estados para o SUS pode ser igual, maior ou menor que o gasto apurado no município. Pode ser maior, pois pode não dar tempo para que o município gaste todo recurso repasse no exercício. Pode também ser menor, pois o município pode receber outras transferências para a saúde. De acordo com o plano de contas da Secretaria do Tesouro Nacional os municípios podem receber Transferências de Instituições Privadas, Transferências do Exterior e Transferência de Pessoas para a saúde.

do conjunto dos municípios capixabas foi interrompida apenas em 2003 (queda de 1,9%). Nesse ano, a receita vinculada ficou estável (-0,1%), e a redução do dispêndio ocorreu devido à queda de 4,7% das transferências do SUS e do recuo do FPM em 10,1% que teve forte impacto na receita vinculada dos municípios com até 70 mil habitantes (BORGES & VILLELA, 2004, p. 27).

A Tabela 13 mostra que, em 2007, os gastos em saúde alcançaram a cifra de R\$ 784,4 milhões, acumulando um acréscimo real de 129,7% frente ao ano de 2000. A expansão da despesa nesse período foi generalizada, abarcando todas as cidades. Dos 78 municípios capixabas, pouco mais de três quartos (60) acusaram seu maior dispêndio com saúde em 2007.

A trajetória dessa despesa foi influenciada pelo desempenho de nove cidades, as quais aumentaram seus dispêndios em valores acima de R\$ 10 milhões entre 2000 e 2007. Ganham destaque os municípios de Vitória cujo acréscimo foi de R\$ 81 milhões; Serra com aumento de R\$ 42,3 milhões; e Vila Velha com incremento de R\$ 36,7 milhões. Juntas elas responderam por 36,1% de todo aumento efetivado no período. Quando se adicionam a elas as localidades de Linhares, Aracruz, Cariacica, Barra de São Francisco, Cachoeiro de Itapemirim e Anchieta esse percentual sobe para 58%.

Tabela 13 – Evolução da despesa municipal com saúde no Espírito Santo – 2000-2007

Em mil reais médios de 2007 – IPCA

(Continua)

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Variação 2007/2000	Partic. no total 2007
Afonso Cláudio	3.768	4.647	4.965	4.488	5.270	5.809	6.398	6.242	65,7%	0,8%
Água Doce do Norte	1.229	1.740	1.925	1.614	2.082	1.936	2.935	3.148	156,2%	0,4%
Águia Branca	1.561	2.050	1.455	1.530	1.678	1.898	2.149	2.138	37,0%	0,3%
Alegre	2.905	3.290	4.444	4.901	5.916	5.716	6.911	8.747	201,0%	1,1%
Alfredo Chaves	1.369	1.675	1.723	1.727	1.524	2.413	3.971	3.989	191,3%	0,5%
Alto Rio Novo	1.617	1.143	1.461	1.420	1.701	1.968	1.938	2.026	25,3%	0,3%
Anchieta	5.415	5.437	5.463	7.197	12.211	9.315	12.060	15.952	194,6%	2,0%
Apiacá	1.657	1.476	2.331	1.755	1.651	1.860	2.401	2.530	52,7%	0,3%
Aracruz	13.016	14.567	19.374	18.132	23.984	27.911	30.134	32.430	149,2%	4,1%
Atilio Vivacqua	2.102	2.297	2.918	2.438	2.767	3.281	3.398	3.679	75,0%	0,5%
Baixo Guandu	2.299	3.268	5.165	3.888	3.711	6.228	7.784	7.335	219,1%	0,9%
Barra de São Francisco	2.275	4.809	5.335	4.686	5.932	6.292	6.507	13.883	510,3%	1,8%
Boa Esperança	2.515	2.522	2.826	2.845	2.963	3.222	3.727	3.766	49,7%	0,5%
Bom Jesus do Norte	1.604	1.663	1.535	1.590	2.005	2.206	2.388	2.392	49,1%	0,3%
Brejetuba	1.897	3.283	2.381	2.416	2.350	3.305	3.516	3.807	100,7%	0,5%
Cachoeiro de Itapemirim	16.005	18.590	17.906	18.263	21.215	21.396	22.547	26.775	67,3%	3,4%
Cariacica	13.769	13.252	18.328	15.129	21.454	24.889	23.507	28.168	104,6%	3,6%
Castelo	4.041	5.365	5.403	4.749	6.203	6.371	7.356	8.493	110,2%	1,1%
Colatina	21.163	17.671	19.864	20.071	21.929	23.522	25.787	28.379	34,1%	3,6%
Conceição da Barra	2.606	3.979	4.811	5.335	5.758	6.765	6.937	6.627	154,3%	0,8%
Conceição do Castelo	1.917	1.538	1.846	2.011	2.284	3.047	3.325	3.987	107,9%	0,5%

(Continuação)

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Variação 2007/2000	Partic. no total 2007
Divino de São Lourenço	578	1.094	1.207	485	1.224	1.600	1.788	1.553	168,6%	0,2%
Domingos Martins	2.220	4.645	4.987	5.143	5.113	5.782	6.895	7.274	227,6%	0,9%
Dores do Rio Preto	665	651	838	947	1.324	1.713	2.003	2.297	245,4%	0,3%
Ecoporanga	4.651	4.408	5.075	4.500	5.361	5.980	6.739	6.403	37,7%	0,8%
Fundão	2.420	2.665	2.644	2.239	2.658	3.450	4.478	5.366	121,7%	0,7%
Governador Lindenberg	-	1.032	1.837	1.867	2.220	2.768	3.474	3.316	-	0,4%
Guaçuí	1.128	1.905	2.414	2.353	3.311	4.132	4.912	6.136	444,0%	0,8%
Guarapari	5.108	5.868	6.917	8.288	10.032	10.639	14.460	13.596	166,2%	1,7%
Ibatiba	3.349	4.162	4.060	2.697	3.704	3.750	4.442	4.703	40,4%	0,6%
Ibiraçu	1.728	1.424	2.423	1.792	2.038	2.469	3.237	3.439	99,0%	0,4%
Ibitirama	515	1.135	1.592	1.599	1.650	2.060	2.368	2.679	420,1%	0,3%
Iconha	1.138	1.931	1.963	1.888	2.047	2.928	3.730	3.834	237,0%	0,5%
Irupi	1.643	2.457	1.971	1.235	1.840	2.416	2.549	3.163	92,4%	0,4%
Itaguaçu	1.444	1.648	2.425	2.423	2.518	2.540	3.486	3.955	173,8%	0,5%
Itapemirim	2.809	3.061	2.843	3.097	4.106	5.407	6.099	6.360	126,4%	0,8%
Itarana	1.129	2.064	1.884	2.027	2.119	2.055	2.478	2.743	142,9%	0,3%
Iúna	1.401	3.826	2.899	2.522	2.752	3.670	4.389	4.651	231,9%	0,6%
Jaguaré	3.696	4.368	4.838	5.121	6.144	7.239	7.564	7.092	91,9%	0,9%
Jerônimo Monteiro	744	1.134	2.106	1.410	1.547	1.976	2.229	2.402	222,9%	0,3%
João Neiva	2.840	3.073	3.216	3.398	3.556	4.295	5.529	4.765	67,8%	0,6%
Laranja da Terra	2.392	2.314	1.726	1.768	2.064	2.685	3.125	3.482	45,6%	0,4%
Linhares	16.138	20.699	20.893	22.129	34.187	32.346	38.866	46.129	185,8%	5,9%

(Continuação)

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Variação 2007/2000	Partic. no total 2007
Mantenópolis	1.975	2.409	2.324	2.065	2.285	3.496	3.211	3.412	72,8%	0,4%
Marataízes	2.137	2.458	3.068	2.811	3.543	4.298	4.832	5.916	176,9%	0,8%
Marechal Floriano	1.584	2.408	2.215	2.500	2.840	3.269	3.596	4.770	201,1%	0,6%
Marilândia	2.202	1.692	3.435	2.371	3.148	3.211	3.554	3.334	51,4%	0,4%
Mimoso do Sul	3.602	4.764	5.450	5.249	5.503	5.234	6.306	6.130	70,2%	0,8%
Montanha	1.167	2.530	3.967	2.738	3.085	3.487	4.458	4.827	313,7%	0,6%
Mucurici	752	1.020	1.534	1.453	1.651	1.846	2.146	2.065	174,7%	0,3%
Muniz Freire	2.406	2.813	3.181	2.522	2.842	3.513	3.907	4.434	84,3%	0,6%
Muqui	2.192	2.871	3.408	2.857	3.189	3.425	3.364	3.688	68,3%	0,5%
Nova Venécia	6.840	6.587	6.493	6.722	7.092	8.156	8.717	9.058	32,4%	1,2%
Pancas	3.162	4.167	3.851	4.318	4.190	4.739	5.552	5.665	79,1%	0,7%
Pedro Canário	2.609	3.100	2.703	2.796	3.616	4.215	3.688	5.159	97,8%	0,7%
Pinheiros	2.364	3.206	3.766	3.544	3.830	4.510	4.615	5.417	129,1%	0,7%
Piúma	2.140	2.670	2.893	3.012	2.888	3.613	4.406	4.422	106,6%	0,6%
Ponto Belo	955	1.203	1.477	1.349	1.563	2.012	2.615	2.536	165,7%	0,3%
Presidente Kennedy	1.457	1.830	2.201	2.565	3.109	4.478	4.238	4.980	241,7%	0,6%
Rio Bananal	4.453	4.474	3.979	3.508	3.967	4.276	4.429	4.725	6,1%	0,6%
Rio Novo do Sul	727	1.256	2.205	1.965	2.113	2.049	2.623	2.736	276,5%	0,3%
Santa Leopoldina	1.418	1.406	3.113	1.714	2.369	2.505	2.799	3.573	152,0%	0,5%
Santa Maria de Jetibá	3.590	5.468	6.054	5.588	6.276	7.763	8.476	8.653	141,1%	1,1%
Santa Teresa	1.363	1.350	4.542	4.260	3.714	4.643	5.961	6.452	373,4%	0,8%

(Conclusão)

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Variação 2007/2000	Partic. no total 2007
São Domingos do Norte	911	929	1.315	1.245	1.347	1.581	1.922	2.161	137,2%	0,3%
São Gabriel da Palha	2.215	3.021	3.455	3.311	3.715	4.218	4.951	4.859	119,4%	0,6%
São José do Calçado	2.034	2.079	2.440	2.111	2.557	2.898	2.938	3.431	68,6%	0,4%
São Mateus	6.183	10.942	10.306	10.162	12.478	13.636	15.702	14.936	141,6%	1,9%
São Roque do Canaã	1.618	2.509	2.175	1.870	2.032	2.392	3.373	3.492	115,9%	0,4%
Serra	31.033	40.468	45.194	44.727	45.697	60.225	67.012	73.330	136,3%	9,3%
Sooretama	1.330	2.479	2.571	2.415	2.832	3.112	3.609	4.172	213,6%	0,5%
Vargem Alta	3.032	3.555	3.628	3.708	4.086	4.330	5.085	5.367	77,0%	0,7%
Venda Nova do Imigrante	2.417	2.652	2.801	3.136	4.075	5.079	5.663	6.172	155,4%	0,8%
Viana	5.299	5.928	8.284	5.937	7.824	8.291	10.016	9.967	88,1%	1,3%
Vila Pavão	515	1.071	1.045	1.166	1.381	1.770	1.902	1.914	271,9%	0,2%
Vila Valério	1.328	2.141	2.700	2.008	2.215	2.377	2.717	3.105	133,8%	0,4%
Vila Velha	11.926	15.168	24.338	29.294	41.659	39.688	44.324	48.690	308,3%	6,2%
Vitória	60.003	62.026	67.555	71.058	88.928	96.327	113.865	140.988	135,0%	18,0%
Total	341.407	404.476	461.881	453.169	549.742	611.913	697.088	784.373	129,7%	100,0%

Fonte: SIOPS

O crescimento dos gastos com saúde, entre 2000 e 2007, atingiu taxas elevadas em um número significativo dos municípios capixabas (Tabela 13). Municípios como Barra de São Francisco (510%), Guaçuí (444%), Ibitirama (420%) Santa Tereza (373%), Montanha (314%) e Vila Velha (308%) apresentaram grandes ampliações. Além deles, quarenta e nove municípios apresentaram taxa de crescimento superior a 100% no período. A menor taxa de crescimento foi verificada em Rio Bananal com 6,1%. Nessa cidade o dispêndio chegou a decrescer no biênio 2002-2003.

A Tabela 14 mostra que o aumento do gasto foi importante para a construção de novos estabelecimentos de saúde pela administração municipal, que passaram de 867, em 2002 para 923, em 2005. No mesmo período, o número de leitos para internação, disponibilizados pelos municípios, saltou de 230 para 499.

Tabela 14 – Total de estabelecimentos de saúde e leitos para internação da esfera municipal no Espírito Santo

	2002	2005
Estabelecimentos de saúde	867	923
Leitos para internação	230	499

Fonte: IBGE - Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária.

Percebe-se também que tem sido priorizado o aumento da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), ao se analisar a Tabela 15. Em 2000, o PSF cobria apenas 13,2% da população capixaba, em 2007 esse número já alcançava 46,9%. No entanto, a cobertura do Programa Agente Comunitário de Saúde recuou 3 pontos percentuais no mesmo período.

Tabela 15 – Percentual da população coberta pelo Programa municipal Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo

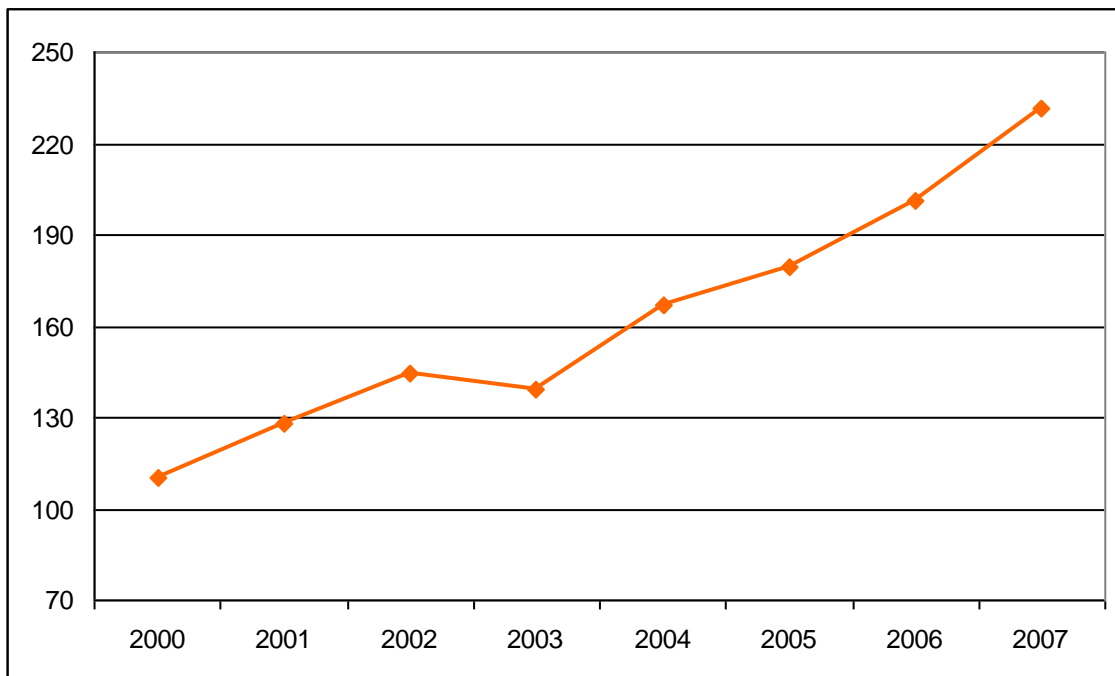
Modelo de Atenção	2000	2007
Programa Agente Comunitário de Saúde	23,5	20,5
Programa Saúde da Família	13,2	46,9
Total	36,7	67,4

Fonte: Caderno de Saúde Estadual 2007.

2.3.1 – Gasto com saúde per capita

A despesa com saúde per capita média dos municípios capixabas mais que dobrou entre 2000 e 2007, passando de R\$ 110 para R\$ 231 (Gráfico 3). Estratificados por faixa de gasto, a maioria dos municípios (78% deles) despendeu valores que varia entre R\$ 200 e R\$ 400 per capita, em 2007 (Tabela 16).

Gráfico 3 - Evolução da despesa per capita dos municípios capixabas



Fonte: SIOPS

Tabela 16 – Despesa com saúde per capita por faixa de gasto no Espírito Santo em 2007

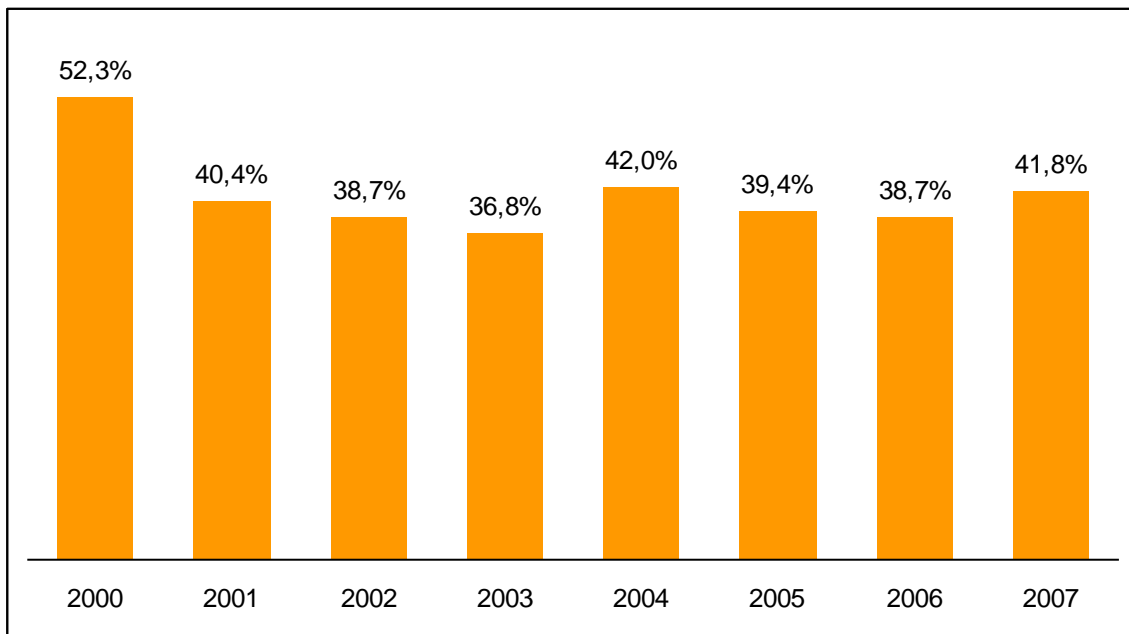
Faixa de gasto	Número de municípios	Participação no total
Até R\$ 200	12	15,4%
De R\$ 200 e R\$ 400	61	78,2%
Acima R\$ 400	5	6,4%
Total	78	100,0%

Fonte: SIOPS

A disparidade do gasto municipal em saúde fica evidente ao se analisar os extremos (Tabela 17). De um lado, aparecem Anchieta, Presidente Kennedy, Vitória, Aracruz e Atilio Vivacqua, que aplicaram valores superiores a R\$ 400 por habitante. De outro lado, Guarapari, Cachoeiro de Itapemirim, Vila Velha e Cariacica gastaram menos de R\$ 150 per capita (Tabela 17).

De acordo com Nunes (2004, p. 15), o aumento da participação dos estados e dos municípios tem contribuído para redução das desigualdades, porém elas ainda persistem de forma bastante nítida. No Espírito Santo, as desigualdades diminuíram bastante até 2003, ano em que o coeficiente de variação atingiu seu menor valor. A partir daí o coeficiente de variação voltou a crescer e tem oscilado torno de 40%

Gráfico 4 - Evolução do coeficiente de variação da despesa per capita com saúde dos municípios capixabas



Fonte: SIOPS. Elaboração própria

A discrepância na despesa per capita com saúde encontra explicação nas regras de financiamento definidas pela EC 29/2000 e nas condições de repasses de recursos para saúde, sobretudo, da esfera federal. Assim sendo, a análise do gasto municipal por origem de recursos irá apontar de onde procede à distorção verificada no indicador per capita.

Tabela 17 – Ranking da despesa municipal com saúde per capita no Espírito Santo em 2007

(Continua)

Municípios	Despesa municipal com saúde per capita
Anchieta	820
Presidente Kennedy	483
Vitória	449
Aracruz	442
Atilio Vivacqua	414
Dores do Rio Preto	376
Marechal Floriano	376
Ponto Belo	371
Linhares	370
Mucurici	359
Fundão	353
Conceição do Castelo	352
Brejetuba	348
Governador Lindenberg	335
São Roque do Canaã	335
Iconha	334
Ibiraçu	334
Apiacá	332
Venda Nova do Imigrante	332
João Neiva	331
Alto Rio Novo	327
Marilândia	326
São José do Calçado	325
Jaguare	323
Laranja da Terra	322
Divino de São Lourenço	321
Santa Teresa	320
Pancas	307
Irupi	305
Vargem Alta	300
Ibitirama	298
Mantenópolis	298
Boa Esperança	292
Santa Leopoldina	289
Alegre	287
Alfredo Chaves	285
Itaguaçu	285
Rio Bananal	285
São Domingos do Norte	276
Ecoporanga	275
Piúma	272
Santa Maria de Jetibá	272
Montanha	268
Muqui	266

(Conclusão)

Municípios	Despesa municipal com saúde per capita
Colatina	266
Água Doce do Norte	264
Castelo	263
Itarana	260
Bom Jesus do Norte	257
Baixo Guandu	256
Conceição da Barra	253
Rio Novo do Sul	246
Muniz Freire	244
Ibatiba	239
Pinheiros	239
Guaçuí	238
Mimoso do Sul	234
Domingos Martins	233
Águia Branca	230
Vila Valério	228
Jerônimo Monteiro	224
Pedro Canário	222
Vila Pavão	220
Itapemirim	206
Nova Venécia	204
Afonso Cláudio	203
Sooretama	191
Serra	190
Marataízes	189
Lúna	182
Barra de São Francisco	175
Viana	173
São Gabriel da Palha	168
São Mateus	155
Guarapari	139
Cachoeiro de Itapemirim	137
Vila Velha	122
Cariacica	79
Total	231

Fonte: SIOPS

2.3.2 – Gasto com saúde por origem de recurso

As despesas com ações e serviços de saúde, prestados pelas cidades capixabas, são cobertas predominantemente por recursos próprios. Entre 2002 e 2007 o volume de recursos próprios aplicados no setor avançou gradativamente de 63,6% para 73,9%.

Nesse período, as cidades responderam, em média, por 68,5% do total. A União, por meio das transferências realizadas para o SUS, bancou, em média, 32,1%, e o Governo do Estado contribuiu com 1,3%. Como se pode ver, na Tabela 18, o Governo Federal tem reduzido a sua participação no total dos recursos municipais para a saúde. De uma participação equivalente a 35,6%, em 2002, atingiu-se 28,6% em 2007. Constata-se ainda que a participação do estado é muito reduzida, tendo atingido seu maior patamar em 2006, com apenas 2,5%.

Tabela 18 – Estrutura do financiamento do gasto municipal em saúde no Espírito Santo

Em %							
Entes	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média geométrica 2002-2006
União	35,6	34,3	32,7	31,9	30,0	28,6	32,1
Estado	0,9	1,1	1,1	1,6	2,5	1,1	1,3
Município	63,6	64,6	68,3	70,2	71,2	73,9	68,5

Fonte: SIOPS

Os diferentes níveis de financiamento com recursos próprios e a dependência de repasses do SUS deve ser atribuído à capacidade fiscal do município, bem como a sua capacidade em se habilitar e cumprir as exigências necessárias ao recebimento de transferências para saúde, sobretudo, da esfera federal.

De acordo com os dados da Tabela 19, a maior parte dos municípios capixabas não apresenta uma grande dependência dos recursos transferidos pelo SUS. Das 78 cidades existentes no Espírito Santo, apenas três possuem mais de 50% dos seus gastos custeados com aqueles recursos. Em 2007, as localidades mais dependentes

foram Colatina (73,4%), São José do Calçado (53%) e Mimoso do Sul (52,6%). Essas cidades têm se mostrado extremamente dependentes dos repasses do SUS, sobretudo Colatina, na qual esse recurso representou 68,2% do seu gasto no período 2000-2006. Observa-se que, nesse mesmo período, Alegre e Ibitirama foram bastante dependentes desse recurso, porém, em 2007, já apresentavam maior autonomia no financiamento de seus sistemas de saúde.

Os municípios com maior autonomia no financiamento de seu sistema de saúde foram Vitória, Alfredo Chaves, Vila Pavão e Anchieta, para os quais a transferência SUS foi inferior a 20%.

O repasse médio do SUS per capita foi de R\$ 69, em 2007. Sua distribuição entre os municípios foi bastante irregular e desigual, com coeficiente de variação atingindo 46%. Foi possível observar valores inferiores a R\$ 40 e valores superiores a R\$ 150. Numa ponta, aparecem Cariacica (R\$ 30), Vila Velha (R\$ 33) e Vila Pavão (R\$ 39). No outro extremo, Colatina (R\$ 195), São José do Calçado (R\$ 172) e Santa Teresa (R\$ 152).

Tabela 19 – Mortalidade infantil, gasto per capita por origem de recursos e dependência dos municípios em relação à transferência SUS

(Continua)

Municípios	Mortalidade infantil 2004-2007	Mortalidade infantil 20007	Receita municipal per capita	Gasto municipal per capita (A)	Gasto municipal per capita com rec. próprios	Transf. SUS per capita	Transf. SUS União per capita (B)	Transf. SUS União - Atenção Básica	Dependência do município em relação a transferência do SUS (A) / (B)	
									2000-2006	2007
									por mil habitantes	
					em reais de 2007					
Afonso Cláudio	18,8	11,4	1.067	203	125	80	79	36	48,8%	39,4%
Água Doce do Norte	29,1	22,6	1.247	264	145	93	92	71	43,3%	35,2%
Águia Branca	22,4	9,8	1.496	230	173	57	56	34	26,5%	24,8%
Alegre	21,7	10,8	1.250	287	175	113	113	104	62,7%	39,4%
Alfredo Chaves	4,8	0,0	1.414	285	239	48	41	41	23,5%	16,9%
Alto Rio Novo	20,2	19,8	1.762	327	197	117	117	91	45,8%	35,8%
Anchieta	15,6	5,9	4.960	820	712	149	149	72	31,8%	18,2%
Apiacá	16,9	29,4	1.636	332	237	103	103	103	48,8%	31,1%
Aracruz	11,4	6,6	2.446	442	328	116	116	69	33,4%	26,2%
Atilio Vivacqua	19,1	29,9	1.652	414	289	105	104	104	34,9%	25,4%
Baixo Guandu	15,0	16,4	1.373	256	199	61	61	61	23,8%	23,8%
Barra de São Francisco	17,0	16,4	1.086	175	104	82	82	14	50,9%	47,0%
Boa Esperança	16,1	29,6	1.504	292	169	123	123	70	45,8%	42,0%
Bom Jesus do Norte	16,3	0,0	1.170	257	165	127	92	68	54,5%	49,4%
Brejetuba	9,5	13,5	1.685	348	245	103	101	82	35,2%	29,6%
Cachoeiro de Itapemirim	17,3	17,6	924	137	93	48	48	32	30,3%	34,9%

(Continuação)

Municípios	Mortalidade infantil	Mortalidade infantil	Receita municipal	Gasto municipal	Gasto municipal	Transf. SUS	Transf. SUS	Transf. SUS	Dependência do município em	
	2004-2007	20007	per capita	per capita (A)	per capita com rec. próprios	per capita	per capita (B)	União - Atenção Básica	relação a transferência do SUS (A) / (B)	
	por mil habitantes		em reais de 2007					2000-2006	2007	
Cariacica	14,7	14,1	644	79	57	30	30	22	47,6%	38,1%
Castelo	15,1	18,0	1.269	263	157	90	89	37	37,9%	34,3%
Colatina	17,0	14,3	1.271	266	91	195	187	36	68,2%	73,4%
Conceição da Barra	16,4	15,7	1.655	253	157	97	97	56	42,1%	38,5%
Conceição do Castelo	20,6	24,5	1.748	352	245	88	54	47	30,7%	25,1%
Divino de São Lourenço	34,6	0,0	1.813	321	215	107	106	83	38,1%	33,3%
Domingos Martins	9,5	13,2	1.360	233	157	82	82	50	35,4%	35,2%
Dores do Rio Preto	12,6	14,7	1.760	376	308	88	88	88	28,2%	23,3%
Ecoporanga	18,8	10,2	1.230	275	172	123	123	75	49,0%	44,6%
Fundão	18,7	17,8	1.731	353	279	75	75	53	43,5%	21,2%
Governador Lindenberg	11,7	36,8	1.600	335	234	113	97	69	31,9%	33,7%
Guaçuí	22,9	24,5	1.272	238	173	66	66	55	42,4%	27,9%
Guarapari	10,5	12,0	1.057	139	97	47	44	31	34,3%	34,2%
Ibatiba	15,9	21,1	1.141	239	182	102	102	53	44,2%	42,7%
Ibiraçu	12,4	7,2	1.863	334	251	80	59	52	24,4%	23,9%
Ibitirama	21,6	19,6	1.695	298	175	109	109	92	50,7%	36,6%
Iconha	16,5	0,0	1.878	334	217	85	75	70	40,7%	25,5%

(Continuação)

Municípios	Mortalidade infantil	Mortalidade infantil	Receita municipal	Gasto municipal	Gasto municipal	Transf. SUS	Transf. SUS	Transf. SUS	Dependência do município em relação a transferência do SUS (A) / (B)		
	2004-2007	20007	per capita	per capita (A)	per capita com rec. próprios	per capita	per capita (B)	União - Atenção Básica	2000-2006	2007	
	por mil habitantes		em reais de 2007								
Irupi	28,5	14,1	1.370	305	187	80	74	61	27,4%	26,2%	
Itaguaçu	14,6	19,4	1.510	285	192	109	97	58	36,1%	38,1%	
Itapemirim	16,0	13,3	1.532	206	141	53	50	40	27,4%	25,9%	
Itarana	12,4	8,4	1.384	260	160	101	100	62	43,9%	38,9%	
Iúna	25,1	38,6	1.131	182	116	59	59	52	32,4%	32,5%	
Jaguaré	18,6	9,6	1.930	323	223	93	93	58	37,6%	28,8%	
Jerônimo Monteiro	17,4	17,2	1.354	224	140	77	67	58	44,3%	34,2%	
João Neiva	17,2	21,4	1.898	331	200	125	125	54	47,4%	37,7%	
Laranja da Terra	4,8	9,9	1.439	322	201	105	86	66	33,9%	32,7%	
Linhares	13,7	23,1	1.661	370	250	121	121	35	38,9%	32,6%	
Mantenópolis	20,5	11,7	1.512	298	161	134	130	81	52,5%	45,2%	
Marataízes	15,1	11,0	1.046	189	121	58	42	31	35,0%	30,6%	
Marechal Floriano	12,1	10,5	1.761	376	288	80	80	72	29,4%	21,4%	
Marilândia	23,6	22,4	1.413	326	241	84	83	60	36,2%	25,8%	
Mimoso do Sul	20,2	18,0	1.192	234	118	123	122	72	53,7%	52,6%	
Montanha	11,4	0,0	1.323	268	199	69	60	48	31,8%	25,9%	

(Continuação)

Municípios	Mortalidade infantil	Mortalidade infantil	Receita municipal	Gasto municipal	Gasto municipal	Transf. SUS	Transf. SUS	Transf. SUS	Dependência do município em relação a transferência do SUS (A) / (B)		
	2004-2007	20007	per capita	per capita (A)	per capita com rec. próprios	per capita	per capita (B)	União - Atenção Básica	2000-2006	2007	
	por mil habitantes		em reais de 2007								
Mucurici	24,0	14,7	2.123	359	248	112	112	98	34,1%	31,3%	
Muniz Freire	16,1	16,0	1.415	244	173	75	74	56	39,2%	30,7%	
Muqui	22,7	43,2	1.240	266	142	110	106	63	47,9%	41,4%	
Nova Venécia	15,6	15,2	1.160	204	106	101	100	42	49,2%	49,3%	
Pancas	11,9	8,3	1.237	307	171	129	128	80	49,9%	42,0%	
Pedro Canário	24,1	22,1	1.055	222	132	105	90	38	53,7%	47,0%	
Pinheiros	14,4	21,0	1.667	239	129	110	53	47	48,4%	46,0%	
Piúma	12,5	4,3	1.432	272	171	90	90	47	39,4%	33,2%	
Ponto Belo	11,7	12,5	1.423	371	267	114	104	77	29,4%	30,6%	
Presidente Kennedy	15,2	9,3	3.193	483	378	99	84	76	22,9%	20,6%	
Rio Bananal	12,0	15,0	1.628	285	195	90	90	53	35,8%	31,5%	
Rio Novo do Sul	16,4	18,3	1.209	246	179	72	72	72	33,9%	29,4%	
Santa Leopoldina	13,4	22,6	1.561	289	206	79	72	46	28,5%	27,2%	
Santa Maria de Jetibá	14,1	17,1	1.277	272	156	103	91	41	39,2%	38,0%	
Santa Teresa	10,0	7,6	1.548	320	163	152	152	55	52,2%	47,4%	
São Domingos do Norte	12,2	14,7	1.675	276	217	60	60	53	24,9%	21,8%	

(Conclusão)

Municípios	Mortalidade infantil	Mortalidade infantil	Receita municipal	Gasto municipal	Gasto municipal	Transf. SUS	Transf. SUS	Transf. SUS	Dependência do município em		
	2004-2007	20007	per capita	per capita (A)	per capita com rec. próprios	per capita	per capita (B)	União - Atenção Básica	relação a transferência do SUS (A) / (B)	2000-2006	2007
	por mil habitantes		em reais de 2007								
São Gabriel da Palha	13,6	21,0	1.061	168	108	55	46	39	30,9%	32,7%	
São José do Calçado	16,5	7,9	1.559	325	153	172	166	64	58,5%	53,0%	
São Mateus	15,2	16,2	1.285	155	117	49	49	34	31,2%	31,7%	
São Roque do Canaã	8,5	7,7	1.262	335	231	89	61	53	29,5%	26,7%	
Serra	13,9	14,6	1.333	190	171	45	44	21	25,6%	23,4%	
Sooretama	16,0	27,3	1.212	191	139	52	52	45	38,4%	27,2%	
Vargem Alta	16,6	17,5	1.416	300	156	122	122	63	41,2%	40,7%	
Venda Nova do Imigrante	12,5	14,1	1.532	332	227	104	104	36	36,0%	31,4%	
Viana	15,4	13,3	1.189	173	109	53	50	39	33,0%	30,5%	
Vila Pavão	16,8	8,6	1.588	220	191	39	39	36	23,3%	17,9%	
Vila Valério	16,6	11,6	1.404	228	180	50	36	29	21,4%	21,9%	
Vila Velha	15,1	13,4	854	122	91	33	31	23	34,5%	26,7%	
Vitória	13,1	11,5	2.772	449	430	54	53	33	20,4%	12,1%	
Total	15,1	14,7	1.381	231	171	69	66	37	35,6%	29,7%	
Coefficiente de variação	33,2%	56,4%	39,6%	41,9%	51,5%	46,0%	48,5%	54,6%	-	-	

Fonte: SIOPS / SESA-ES

As Tabelas 19 e 20 serão utilizadas em conjunto para analisar as variáveis selecionadas. A Tabela 19, que serviu de base para o cálculo das correlações apresentadas na Tabela 20, apresenta uma variável adicional em relação a esta, que é a mortalidade infantil do período 2004-2007. Esta informação foi inserida para suavizar as elevadas variações que costumam ocorrer neste indicador nas pequenas cidades.

A Tabela 20 apresenta a correlação entre a mortalidade infantil e as variáveis de gasto e financiamento da saúde. É possível ver também a correlação entre o gasto do município, sua receita vinculada e a transferência da União.

A correlação mede o quanto as variáveis caminham juntas. Quanto mais elevada é a correlação, maior é a probabilidade das variáveis caminharem juntas (SARTORIS, 2003, p. 47-48). Isso significa que variações em uma variável pode provocar variações significativas na outra variável. O objetivo é verificar em que sentido caminham os gastos em saúde e a mortalidade infantil. Espera-se que a correlação entre essa variáveis seja negativa, ou seja, quanto maior o gasto, menor a mortalidade infantil. Pretende-se também fazer a mesma verificação em relação as transferências da União. Além de observar se os recursos federais beneficiam as cidades com menos recursos disponíveis.

Tabela 20 – Matriz de correlação entre o gasto por origem de recursos e a mortalidade infantil nos municípios do Espírito Santo

Indicadores	Mortalidad e Infantil 2007	Receita vincula per capita	Gasto municipal per capita	Gasto municipal per capita com rec. próprios	Transf. SUS per capita	Transf. SUS União	Transf. SUS União - Atenção Básica
Mortalidade Infantil 2007	1,00	-0,20	-0,15	-0,18	0,00	0,02	0,06
Receita vincula per capita	-0,20	1,00	0,86	0,91	0,23	0,24	0,26
Gasto municipal per capita	-0,15	0,86	1,00	0,94	0,51	0,49	0,51
Gasto municipal per capita com rec. próprios	-0,18	0,91	0,94	1,00	0,21	0,21	0,36
Transferencia SUS per capita	0,00	0,23	0,51	0,21	1,00	0,95	0,51
Transferencia SUS União	0,02	0,24	0,49	0,21	0,95	1,00	0,53
Transferência SUS União - Atenção Básica	0,06	0,26	0,51	0,36	0,51	0,53	1,00

Fonte: SIOPS / SESA-ES. Elaboração própria.

O gasto per capita dos municípios capixabas e a mortalidade infantil estão negativamente correlacionados, porém o nível de correlação é muito baixo, ou seja, um aumento no gasto per capita teria efeitos reduzidos na mortalidade infantil.

Com relação às transferências do SUS, observa-se através da correlação com a receita vinculada per capita, que os repasses não levam em consideração o fato do município ter poucos recursos para financiar seu sistema de saúde, também não é considerado à necessidade de recursos expresso na variável epidemiológica. Alguns exemplos da Tabela 19 deixam claro essa afirmação. Por um lado, Sooretama e Cachoeiro de Itapemirim que apresentaram uma taxa de mortalidade infantil acima da média do estado, possuem uma receita per capita vinculada à saúde muito baixa. Por outro lado, as receitas vinculadas per capita de Aracruz e Anchieta estão entre as mais elevadas e os indicadores de mortalidade infantil estão abaixo ou próximo da média do estado. Nessa situação Sooretama e Cachoeiro de Itapemirim deveriam receber mais repasses que Aracruz e Anchieta. No entanto, acontece o contrário são esses últimos que recebem os valores per capita mais elevados, inclusive nas transferências da União para a atenção básica.

A receita vinculada serve de base de cálculo para aplicação mínima na saúde, por isso, tem uma elevada correlação com o gasto com recursos próprios. A Tabela 19, mostra que os maiores dispêndios em saúde com recursos próprios, em 2007, foram registrados por Anchieta, Vitória, Dores do Rio Preto, Presidente Kennedy e Aracruz.

No caso de Presidente Kennedy a elevada aplicação se deve ao fato de mais da metade de sua receita (57%) ser proveniente dos royalties do petróleo. Anchieta, Vitória e Aracruz são cidades que abrigam grandes plantas industriais, e recebem grandes somas da Quota-Parte Municipal no ICMS. Além disso, elas contam com um setor de serviços que tem avançado significativamente, elevando a arrecadação de ISS (BORGES & VILLELA, 2008).

Os menores dispêndios com recursos próprios foram verificados em Guarapari, Cachoeiro de Itapemirim, Vila Velha, Colatina e Cariacica. São cidades que contam com poucas plantas industriais relativamente ao tamanho de sua população. Além disso, aplicam na saúde um percentual próximo ao mínimo exigido pela EC 29 (Tabela 21).

Tabela 21 – Cumprimento da Emenda Constitucional 29 pelos municípios capixabas¹²Em%
(continua)

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Afonso Cláudio	10,3	14,5	16,4	15,5	19,6	21,1	24,0	19,3
Água Doce do Norte	7,9	10,5	14,6	14,7	16,7	15,7	17,2	17,7
Águia Branca	12,8	17,0	15,9	18,1	18,3	17,5	21,2	17,4
Alegre	-	5,9	10,2	14,4	15,4	16,9	19,4	27,0
Alfredo Chaves	12,6	18,3	15,2	15,8	11,5	18,3	27,5	22,9
Alto Rio Novo	11,9	11,8	17,1	15,3	20,4	17,3	17,3	17,7
Anchieta	12,5	9,1	9,4	15,0	25,5	16,1	16,9	17,9
Apiacá	19,5	7,9	26,7	21,9	13,9	19,5	18,5	24,0
Aracruz	11,7	9,6	12,4	12,1	14,8	15,1	15,1	19,1
Atilio Vivacqua	22,0	19,3	22,0	25,9	24,7	26,5	23,6	26,3
Baixo Guandu	6,8	11,5	20,3	15,3	12,9	20,7	27,2	22,3
Barra de São Francisco	-	12,5	15,3	14,6	18,7	17,3	17,3	15,7
Boa Esperança	20,1	16,1	16,9	18,0	15,0	14,5	18,1	17,6
Bom Jesus do Norte	15,5	4,9	9,1	12,1	17,8	20,5	19,3	19,4
Brejetuba	16,3	24,8	18,9	21,0	16,2	26,5	17,8	19,9
Cachoeiro de Itapemirim	14,6	17,2	16,2	17,0	16,7	15,3	16,4	15,8
Cariacica	5,5	7,5	7,8	10,8	15,7	17,6	15,7	15,8
Castelo	15,4	19,6	18,9	17,2	21,2	17,0	19,1	18,1
Colatina	22,1	11,3	15,4	13,0	15,1	15,1	15,1	15,3
Conceição da Barra	-	14,1	17,3	21,8	17,1	18,4	16,4	16,0
Conceição do Castelo	21,7	13,7	15,7	20,1	17,7	18,6	18,1	19,4
Divino de São Lourenço	11,8	21,8	16,9	4,7	11,3	15,3	16,9	15,3
Domingos Martins	4,2	19,0	15,9	20,0	16,3	16,2	19,3	18,7
Dores do Rio Preto	10,1	12,4	13,1	13,8	20,9	24,9	25,7	26,0
Ecoporanga	19,8	12,3	16,3	17,7	16,3	16,2	18,0	19,9
Fundão	12,3	16,5	17,6	13,0	15,1	18,9	21,5	29,8
Governador Lindenberg	-	17,1	20,6	23,2	16,1	15,2	22,3	18,4
Guaçuí	3,1	11,0	15,5	13,4	15,2	16,5	18,6	27,3

¹² Até 2003 o gasto com recursos próprios do município, para fins de apuração do mínimo exigido pela EC 29 era calculado subtraindo do dispêndio municipal em saúde as transferências recebidas do SUS. Essa é uma das possíveis explicações para a ocorrência de dados negativos. Por se tratar de um problema contábil neste trabalho optou-se por colocar um traço (-) em tais ocorrências. A exceção do município de Governador Lindenberg, no qual o traço significa que a cidade está sem dado, pois o município foi instalado no ano de 2001.

(continuação)

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Guarapari	11,5	9,1	11,0	13,1	19,3	15,4	18,0	16,4
Ibatiba	20,8	19,0	22,9	12,0	23,2	19,2	26,5	25,3
Ibiraçu	20,8	14,2	18,3	17,4	19,6	18,8	20,5	21,2
Ibitirama	-	9,9	16,2	17,9	16,0	15,6	15,0	16,0
Iconha	9,2	23,6	15,7	4,0	16,8	19,0	20,1	19,4
Irupi	20,1	31,7	17,5	13,9	15,5	20,4	18,7	19,6
Itaguaçu	12,0	13,4	18,3	19,9	17,0	16,3	20,8	19,7
Itapemirim	14,1	14,7	14,8	15,2	19,5	16,9	15,1	16,1
Itarana	4,6	11,6	16,9	22,2	18,6	15,9	15,4	16,5
Iúna	6,9	22,7	14,1	12,4	13,7	16,9	19,8	16,8
Jaguaré	20,3	22,1	18,2	15,2	14,2	16,3	22,0	19,0
Jerônimo Monteiro	3,9	11,1	22,2	13,0	14,1	16,5	15,7	17,3
João Neiva	13,1	12,8	14,0	16,9	15,6	21,9	28,1	19,6
Laranja da Terra	34,0	25,9	15,3	15,9	18,2	18,0	21,1	20,9
Linhares	8,3	19,3	21,3	21,1	31,7	20,7	24,4	28,7
Mantenópolis	9,9	11,3	14,0	16,0	14,4	20,9	15,1	16,9
Marataízes	11,0	11,5	16,7	16,9	17,2	20,2	20,0	20,9
Marechal Floriano	12,3	22,8	13,9	14,7	15,3	17,7	15,2	21,1
Mariângia	22,9	-	35,8	18,8	28,4	23,4	26,9	23,2
Mimoso do Sul	11,8	14,1	13,9	20,0	17,4	15,2	21,6	16,9
Montanha	6,4	20,4	30,3	16,1	17,1	19,4	18,3	23,4
Mucurici	8,7	8,6	16,7	15,7	17,2	16,1	17,3	16,2
Muniz Freire	11,7	17,7	16,5	15,3	14,6	18,7	18,2	19,7
Muqui	16,2	16,4	24,2	19,5	18,0	20,5	19,0	19,2
Nova Venécia	17,1	11,8	15,1	17,8	16,8	17,1	20,4	15,8
Pancas	11,7	14,6	17,8	23,3	14,4	14,1	19,5	21,6
Pedro Canário	13,0	17,9	11,3	13,9	15,3	21,5	15,1	18,2
Pinheiros	8,7	15,6	14,7	16,8	16,0	22,1	17,8	16,1
Piúma	20,3	21,8	19,0	21,2	15,7	17,7	18,6	21,7
Ponto Belo	15,6	17,7	19,1	20,7	20,6	23,2	26,7	23,8
Presidente Kennedy	20,8	21,3	23,6	31,6	32,7	41,3	34,5	38,0
Rio Bananal	20,8	22,7	21,6	19,7	22,5	23,1	22,8	19,4
Rio Novo do Sul	10,5	13,7	25,6	21,1	19,1	16,2	23,5	20,6

(conclusão)

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Santa Leopoldina	13,3	11,8	23,2	11,8	15,9	16,5	15,8	18,5
Santa Maria de Jetibá	10,6	18,7	24,4	20,6	21,8	18,2	17,5	16,9
Santa Teresa	-	-	20,3	20,5	16,4	15,5	21,8	18,6
São Domingos do Norte	16,0	12,6	17,0	17,4	16,5	16,7	17,7	18,6
São Gabriel da Palha	10,3	15,5	19,0	18,4	14,5	16,8	20,8	16,7
São José do Calçado	2,1	10,6	17,3	10,3	12,8	19,8	15,5	15,9
São Mateus	10,4	23,9	18,1	18,2	19,4	17,4	23,6	18,0
São Roque do Canaã	17,2	29,1	24,1	20,4	21,0	18,8	28,3	23,9
Serra	11,7	14,8	17,5	16,7	16,0	16,1	15,6	16,4
Sooretama	9,1	15,7	12,3	14,8	18,0	16,3	19,5	20,2
Vargem Alta	15,5	16,8	17,9	19,2	18,9	18,7	20,1	17,4
Venda Nova do Imigrante	12,9	12,9	14,6	16,6	18,5	19,4	20,4	19,1
Viana	16,3	14,8	27,6	19,3	18,3	14,7	20,7	16,8
Vila Pavão	5,4	14,7	13,8	16,8	17,5	20,0	19,9	18,0
Vila Valério	11,0	16,3	22,6	16,2	15,0	15,4	15,8	16,7
Vila Velha	4,3	5,8	7,9	13,5	16,7	15,7	15,2	16,6
Vitória	11,0	11,2	13,2	12,3	15,0	15,8	17,6	18,5
Total	11,0	13,1	15,2	15,2	17,0	16,9	18,0	18,4

Fonte: SIOPS

O indicador da EC 29 demonstra o nível de prioridade dado à saúde na respectiva agenda municipal. No período analisado observou-se que Presidente Kennedy (38%), Fundão (29,8%), Linhares (28,7%), Guaçuí (27,3%), Alegre (27%), Atílio Vivacqua (26,3%), Dolores do Rio Preto (26%) e Ibatiba (25,3%) aplicaram valores muito acima do mínimo exigido pela emenda, em 2007. Nesse grupo, Presidente Kennedy, Linhares, Ibatiba, Dolores do Rio Preto e Atílio Vivacqua tem apresentado indicadores muito acima do mínimo exigido há algum tempo. Os dois primeiros, e mais recentemente Fundão, estão entre os maiores beneficiários da receita de royalties do petróleo, que, por sua vez, não entra no cálculo do mínimo exigido pela EC 29.

No período analisado observou-se que os municípios capixabas atingiram a exigência mínima de 15% dois anos antes do previsto, ou seja, em 2002. Isso reflete a atenção que vem sendo dispensada para esse setor. No biênio 2006-2007, as cidades capixabas gastaram, em média, mais de 18% de suas receitas vinculadas

na saúde. Nesse mesmo período nenhum município aplicou menos que os 15% exigidos.

Diante da verificação que há uma grande discrepância na capacidade de autofinanciamento entre as 78 localidades do estado e que as transferências realizadas pela União não corrigem as diferenças propiciadas pelo gasto dos municípios mais ricos e tampouco, leva em consideração as necessidades de recursos das localidades com piores indicadores de saúde, o capítulo 3 deste trabalho se ocupa de propor uma metodologia de alocação eqüitativa de recursos na saúde. O objetivo desta é amenizar a desigualdade existente, ou pelo menos torná-la mais favorável às cidades mais carentes.

3 – PROPOSTA DE METODOLOGIA DE ALOCAÇÃO EQUITATIVA DE RECURSOS PARA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS CAPIXABAS

A partir da constituição de 1988 houve uma divisão de responsabilidades nos serviços de saúde, na qual os municípios são responsáveis pelas ações preventivas (atenção básica) e os estados pelas ações curativas. A União coopera técnica e financeiramente com estados e municípios e mantém sua rede hospitalar, formada por hospitais universitários e alguns hospitais especializados.

A atenção básica, ou cuidados primários, engloba um conjunto de procedimentos que visam resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no município. No âmbito da promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Para colocarem esses serviços a disposição da população, os municípios são obrigados por lei a aplicarem 15% de suas principais receitas na saúde, porém o valor aplicado por eles, em geral, não é suficiente para que mantenham seu sistema de saúde. Assim sendo, a União coopera financeiramente com os municípios através de transferências.

Como há uma grande diferença econômica entre as cidades capixabas os gastos per capita que elas realizam também são muito diferentes. Ao se adicionar os repasses da União¹³ para atenção básica ao dispêndio que o município realiza com seu próprio recurso, a variabilidade diminui um pouco. Isso porque as localidades mais favorecidas pelas transferências são aquelas que tem menos recursos próprios para aplicarem.

¹³ Como explicado no capítulo 1 os recursos transferidos pela União aos municípios para atenção básica dividem-se em: Piso de Atenção Básica (PAB-fixo) para o qual é transferido um valor de R\$ 10 a R\$ 18 por habitante do município; e PAB-variável de acordo com a adesão a programas específicos como o Programa de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Tabela 22 – Estatísticas da despesa municipal per capita com saúde no Espírito Santo por origem de recursos em 2007

Em reais

Estatísticas	Gasto municipal com recursos próprios (A)	Tranf. SUS União - Atenção Básica (B)	(A) + (B)
Máximo	712	104	783
Mínimo	57	14	79
Média	171	37	208
Coeficiente de variação	51,8%	55,0%	46,9%

Fonte: SIOPS. Elaboração própria

É neste contexto que se insere o presente capítulo, cujo objetivo é propor uma metodologia de alocação eqüitativa de recursos para os cuidados primários e verificar seus efeitos na variabilidade do gasto dos municípios.

É importante frisar que para essa proposta estão sendo considerados apenas os recursos federais transferidos para a atenção básica. Nessa modalidade de transferência os recursos são distribuídos pela União através de dois critérios: um valor per capita de acordo com a população e o restante conforme a adesão do município a programas específicos.

A primeira vista, do ponto de vista ético, seria desejável que a União distribísse os recursos de acordo com critério da população, ou seja, cada habitante teria direito a uma mesma parcela de recursos. No entanto, esse não é um bom critério, uma vez que existe uma diferença na demanda por serviços causada por diferenças na estrutura etária e de sexo da população.

Os repasses feitos conforme a adesão a programas específicos também pode ser criticado, pois a população do município que por razões diversas não adere aos programas estimulados pela União, não recebe os recursos necessários para tratar dos seus problemas epidemiológicos.

A proposta aqui apresentada é que a divisão de recursos beneficie mais as cidades que abrigam os grupos populacionais que demandam mais serviços de saúde e aqueles que apresentam os piores indicadores socioeconômicos e epidemiológicos.

3.1 – Conceito de equidade e agrupamento dos municípios segundo grau de riqueza

Segundo Giraldes (1988, p. 167) “[...] o conceito de equidade dá origem a múltiplas interpretações que dependem dos valores das pessoas que os utilizam”. Pindyck (apud Nunes, 2004, p. 8) classificou quatro opiniões a respeito da equidade:

- equidade igualitária – todos os membros da sociedade recebem iguais quantidades de mercadorias;
- equidade rawlsiana – maximiza a utilidade da pessoa menos rica da sociedade;
- equidade utilitarista – maximiza a utilidade total de todos os membros da sociedade, e;
- equidade orientada pelo mercado – considera que o resultado alcançado pelo mercado é o mais eqüitativo.

Para Pelegrini, Drascher e Castro (2005, p.), no que diz respeito a sistemas de saúde, a ultima opção torna-se inviável na medida em que,

[...] a população em geral não tem possibilidade de custear diretamente todos os serviços de saúde que necessita e há uma impossibilidade de discriminar quem pode ou não se valer dos mesmos. Assim, é necessária a interferência do Estado para estabelecer os níveis adequados de produção e consumo desses serviços (PELEGRINI, 2005, p. 277).

A equidade pelo principio da igualdade também não pode ser alcançada, pois por este principio indivíduos pobres e ricos tem direito à mesma quantidade de recursos. Assim, a igualdade pode se tornar fonte de grandes injustiças, ao nivelar metricamente situações desiguais, que mereceriam tratamento diferenciado.

A equidade rawlsiana, por sua vez, reconhece que os indivíduos são desiguais entre si e, portanto merecem tratamento diferenciado. Ela “[...] se baseia na teoria maxmin, ou seja, considera como justa a idéia de maximizar o benefício dos mais desfavorecidos [...]” (GIRALDES, 1988, p. 168-169).

Este axioma critica a noção utilitarista, na qual a justiça de uma alocação é função da soma das utilidades dos indivíduos envolvidos. Para o utilitarismo, entre as diversas alocações possíveis, é preferida aquela que maximiza as utilidades individuais. No maximin o axioma da soma das utilidades individuais é substituído por uma regra baseada na hierarquia de condições dos indivíduos, sendo a alocação justa, aquela que tem a capacidade de aumentar o nível de utilidade do indivíduo em piores condições (NUNES, 2004, p. 9)

Essa idéia de equidade é a melhor solução para os cuidados de saúde, uma vez que considera justa a idéia de maximizar o benefício dos mais desfavorecidos, ou seja, reduzir ou remover as desigualdades existentes. Como utilidade é uma medida subjetiva ela é substituída pela noção de necessidade.

Assim, do ponto de vista financeiro, equidade significa que cada população e área geográfica deveriam receber uma quantidade adequada de recursos para atender às suas necessidades (TOBAR, 2003).

A capacidade de custear sozinho o sistema de saúde varia muito, entre as cidades. Por isto, caberia ao governo federal ou estadual compensar essa desigualdade mediante transferências de recursos per capita necessariamente diferenciados. Para ser equânime o repasse per capita deveria beneficiar os municípios mais pobres, com piores indicadores de saúde e onde a demanda pelos serviços tenda a ser maior.

Para que fossem avaliadas quais localidades são beneficiados pelo método de distribuição que será proposto os municípios foram agrupados. Para tanto, foi aplicada uma técnica de análise multivariada sobre a renda municipal per capita do ano de 2005 e a receita municipal própria per capita do período 2003-2005 (Anexo A).

O processo de agrupamento selecionado envolve basicamente duas etapas. A primeira refere-se à estimação de uma medida de dissimilaridade entre as variáveis e a segunda refere-se à adoção de uma técnica de formação de grupos (CRUZ, 2006, p. 102-104).

A distância euclidiana foi empregada como medida de dissimilaridade. Este procedimento tem a finalidade de obter a matriz de dissimilaridade por meio da distância geométrica entre as variáveis de dois municípios.

Para a delimitação dos grupos, utilizou-se o método de otimização de Tocher. Essa técnica adota o critério de que a média das medidas de dissimilaridade dentro de cada grupo deve ser menor que as distâncias médias entre quaisquer grupos (CRUZ, 2006, p. 104).

A distância entre o município k e o grupo formado pelos municípios ij é dada por $d(ij)k = d_{ij} + d_{jk}$. A inclusão, ou não, do indivíduo k no grupo é feita considerando-se o seguinte:

- se $d(\text{grupo})k / n \leq \theta$, inclui-se o indivíduo k no grupo; e
- se $d(\text{grupo})k / n > \theta$, o indivíduo k não é incluído no grupo;

Sendo n o número de municípios que constitui o grupo original.

A entrada de um indivíduo em um grupo sempre aumenta o valor médio da distância dentro do grupo. Assim, pode-se tomar a decisão de incluir o indivíduo em um grupo por meio da comparação entre o acréscimo no valor médio da distância dentro do grupo e um nível máximo permitido, que pode ser estabelecido arbitrariamente, ou adotar, como tem sido feito, o valor máximo (θ) da medida de dissimilaridade encontrado no conjunto das menores distâncias envolvendo cada indivíduo (CRUZ, 2004, p. 104).

A distância intragrupo é dada por:

$$\bar{d}_i = \frac{2 \sum_{j>i}^n \sum_{j'=1}^n d_{jj'}}{n(n-1)}$$

E a distância intergrupo é fornecida por:

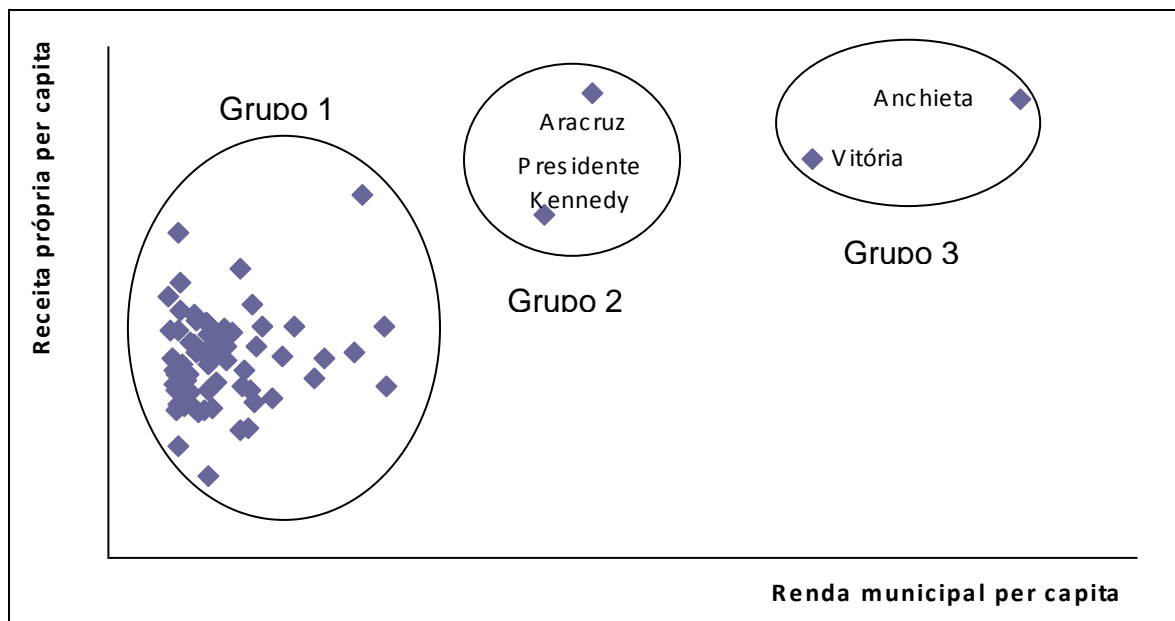
$$\bar{d}_{ii'} = \frac{\sum_{j=1}^{n_1} \sum_{j'=1}^{n_2} d_{jj'}}{n_1 n_2}$$

Através da matriz de dissimilaridade, identificou-se o par de municípios mais similares, que formaram o grupo inicial. A partir daí, avaliou-se a possibilidade de inclusão de novos municípios. O processo se repete, adotando-se o método supracitado até que todos os elementos tenham sido agrupados.

O método de agrupamento de Tocher deu origem a três grupos que foram formados a partir da similaridade da renda per capita e da receita municipal per capita das localidades. Considerando essas duas variáveis, o primeiro grupo, com 74 cidades, reuniu os municípios mais pobres. O segundo foi composto por duas cidades ricas Aracruz e Presidente Kennedy. No entanto, elas não são tão ricas quanto Anchieta e Vitória, que formaram o terceiro grupo (Gráfico 5).

Como o primeiro grupo reuniu uma quantidade muito grande de cidades, realizou-se um novo processo de agrupamento que o dividiu em 12 subgrupos. Os municípios e seus respectivos grupos podem ser conferidos no quadro 2. A partir deste ponto todas as Tabelas apresentadas no trabalho estarão com os municípios ordenados conforme o agrupamento de Tocher.

Gráfico 5 - Agrupamento dos municípios capixabas pelo método de otimização de Tocher



Quadro 2 – Agrupamento dos municípios capixabas pelo método de otimização de Tocher

Grupo 1.1	Afonso Cláudio, Água Doce do Norte, Alegre, Alfredo Chaves, Alto Rio Novo, Apiacá, Baixo Guandu, Bom Jesus do Norte, Divino de São Lourenço, Guaçuí, Ibatiba, Ibitirama, Itarana, Iúna, Jerônimo Monteiro, Laranja da Terra, Mantenópolis, Marataízes, Mimoso do Sul, Mucurici, Muniz Freire, Muqui, Pancas, Piúma, Rio Novo do Sul, São Roque do Canaã.
Grupo 1.2	Águia Branca, Barra de São Francisco, Brejetuba, Cariacica, Castelo, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Irupi, Nova Venécia, Pedro Canário, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Mateus, Vargem Alta, Venda Nova do Imigrante, Vila Valério.
Grupo 1.3	Dores do Rio Preto, Guarapari, Marilândia, São José do Calçado.
Grupo 1.4	Boa Esperança, Fundão, Itaguaçu, Santa Teresa, Vila Pavão.
Grupo 1.5	Atilio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Iconha, Itapemirim, Marechal Floriano, Santa Maria de Jetibá, Sooretama, Vila Velha.
Grupo 1.6	Montanha, Serra.
Grupo 1.7	Linhares, Viana.
Grupo 1.8	Conceição da Barra, Pinheiros.
Grupo 1.9	Jaguaré, João Neiva.
Grupo 1.10	Ibiraçu
Grupo 1.11	Ponto Belo
Grupo 1.12	Santa Leopoldina
Grupo 2	Aracruz, Presidente Kennedy.
Grupo 3	Anchieta, Vitória

3.2 – Revisão da literatura e definição da metodologia

3.2.1 – Revisão da literatura

A elaboração de políticas de financiamento com objetivo de atingir a equidade no sistema de saúde teve início em 1975, na Inglaterra, com o desenvolvimento de uma fórmula de alocação regional de recursos que ficou conhecida como Resource Allocation Working Party – RAWP. Essa metodologia fez distinção entre os recursos de investimentos e custeio. Os investimentos eram orientados para igualar as condições de acesso aos serviços de saúde nas diferentes regiões. Já os recursos de custeio eram distribuídos segundo critérios de necessidades regionais que incluem a população ponderada pela taxa nacional de utilização dos serviços, pela idade e sexo e pela taxa de mortalidade regional padronizada. Desde a sua implantação, muitos ajustes foram implementados e na década de 1990 foi adotado o modelo de demanda proposto por Carr-Hill et al (1994) (PELEGRINI, CASTRO & DRASCHLER, 2005; ANDRADE et al, 2004).

[...] A idéia do modelo de demanda é que o uso de serviços de saúde é função das necessidades da população e das características do modelo de oferta de serviços. Este modelo incorpora a idéia de que a oferta afeta a utilização dos serviços de saúde. Oferta reduzida implica em demanda reprimida. Outro fator é que as características da oferta podem provocar uma indução de demanda. Então, o modelo de demanda se propõe a realizar uma modelagem estatística para estimar as necessidades ajustadas pelas variações na oferta de serviços. Devem ser excluídas todas as variações de oferta que não se justifiquem pelas respectivas necessidades de serviços de saúde, de modo que o resultado final modela apenas a relação entre a utilização e as variáveis de necessidade (NUNES, 2004, 20).

Segundo Tobar (2003) a experiência inglesa serviu de inspiração para adoção de métodos equitativos em diversos países: Escócia, Irlanda do Norte, País de Gales, Espanha, Portugal, Zâmbia, África do Sul, Austrália, Nova Zelândia, Índia e México.

No Brasil, os estudos sobre metodologias de alocação equitativa de recursos na saúde tiveram início, no começo dos anos de 1990, a partir da publicação da Lei 8.080/90. Embora nunca tenham sido colocados em prática pelo governo federal, os

critérios de divisão de recursos propostos pela Lei foi alvo de um estudo conduzido por Vianna et al (1990). O estudo realizou três simulações sobre os recursos transferidos, em 1989, com base nos critérios da lei.

Na primeira simulação, foi estabelecido que metade dos recursos seriam distribuídos a estados e municípios com base na população e o restante em função dos perfis demográfico e epidemiológico, características quantitativas e qualitativas da rede, desempenho técnico e nível de participação nas despesas de saúde no âmbito do orçamento de cada estado. Não foram contemplados os critérios de desempenho econômico e financeiro, previsão no plano quinquenal de investimentos e reembolso de serviços prestados a outras jurisdições devido a dificuldades de mensuração. A conclusão dos autores foi que a distribuição obtida para as cinco macrorregiões do país seria quase idêntica à transferência realizada com base na população.

Na segunda hipótese os critérios acima foram aplicados sobre o total dos recursos transferidos. Neste caso, houve uma redução nos recursos de alguns dos estados mais favorecidos da região sul e sudeste, em favor dos menos favorecidos.

Para o terceiro cenário adotaram-se cinco critérios de distribuição. Três utilizados na razão inversa: estado de saúde, renda e grau de cobertura dos serviços de saúde. E dois, em razão direta: o desempenho técnico e a participação do setor da saúde nos orçamentos estados. Enquanto o primeiro promoveu a equidade, a distribuição dos dois últimos seguiu a eficiência. Os autores concluíram que este seria o meio mais eqüitativo de distribuição.

Em 2005, Pelgrini, Castro e Draschler analisaram a aplicação dos critérios da Lei 8.080/90 pela política de Municipalização Solidária da Saúde (MSS) da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), o período analisado foi o ano de 2001.

A secretaria criou oito coeficientes para orientar a distribuição de recursos. Foi estabelecido que a divisão de 30% dos recursos seria pela população total; 10% pela população menor de 14 anos; 10% para a população maior de 60 anos; 5% pelo inverso do número de consultórios municipais; 5 % pelo coeficiente ponderado de mortalidade infantil nos três anos anteriores; 5% divididos pelo inverso da receita

própria (vinculável) per capita de 1998-2000; 5% de acordo com o percentual de recursos próprios aplicado em saúde; e 30% de acordo com o critério de prioridade dada à saúde pela população do município no orçamento participativo.

Como resultado, verificou-se um deslocamento de recursos financeiros para municípios com menor concentração populacional e menor IDH-M, indicando uma grande capacidade desta política para desconcentrar recursos em favor das localidades que necessitavam ampliar e aprimorar seus serviços de saúde para melhorar as condições de vida da população.

O debate sobre a equidade na alocação de recursos no Brasil ganhou relevância a partir do estudo de Porto et al em 2001. Os autores testaram a aplicação do modelo de demanda de Carr-Hill et al (1994) na distribuição de recursos federais para custeio da saúde e concluíram que as desigualdades no uso de serviços de saúde no Brasil impedem o cálculo de fórmulas de alocação de recursos com base em modelos estatísticos de uso de serviços de saúde (PORTO et al, 2007, p. 1401-1402).

Os autores sugeriram a criação de uma metodologia alternativa que cria um indicador composto através da utilização de um subconjunto de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas.

Esse trabalho influenciou diversas experiências estaduais de alocação de recursos para os municípios, apoiadas pelo Projeto “Economia da Saúde Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades (PES)”, atividade elaborada e implementada pelo MS, pelo Ipea, com suporte financeiro e técnico do Department for International Development (DFID). Dentre os estados que desenvolveram estudos apoiados por esse Projeto, destacam-se: Ceará, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais (LEITE et al, 2007).

Apenas no estado de Minas Gerais, o estudo de metodologia equitativa foi aplicado no interior do sistema de saúde. Nesse estado Andrade et al (2004) propuseram uma metodologia que corrigisse a distribuição per capita em duas etapas: na primeira, a distribuição per capita foi corrigida pela taxa de utilização dos serviços de saúde (consultas médicas e internações); e em seguida, o valor foi corrigido por um índice de necessidade em saúde estimado por análise fatorial e de componentes principais com base em um levantamento de todas as variáveis socioeconômicas e epidemiológicas utilizadas na literatura brasileira e inglesa.

De maneira semelhante à metodologia mineira este trabalho propõe que a distribuição de recursos considere a demanda esperada por serviços de saúde (consultas médicas e internações) e um indicador de necessidade que leve em conta as características socioeconômicas e epidemiológicas dos municípios. Entretanto, a metodologia utilizada é bastante diferente. Tanto os dados de consultas e internações como aqueles coletados para mensurar a necessidade de saúde dos municípios foram padronizados com vista a garantir que tivessem a mesma “dimensão” de forma que pudessem ser somados.

3.2.2 – Metodologia

O conceito de equidade da proposta apresentada para a redistribuição de recursos no âmbito dos cuidados primários de saúde baseia-se na igualdade per capita para iguais necessidades e a metodologia conjuga dois critérios:

- critério da demanda pelos serviços de saúde por grupo etário e sexo;
- critério epidemiológico e socioeconômico.

O critério da demanda dos serviços de saúde baseia-se na aplicação de taxas de utilização dos serviços, por sexo e grupos etários para estimar a utilização esperada em cada município.

Dentro de um princípio de equidade, é desejável que quando dois municípios apresentem a mesma estrutura etária e de sexo eles recebam a mesma quantidade de recursos.

Para fazer a distribuição de recursos conforme a demanda esperada pelos serviços de saúde foram utilizados os micro dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar de 2003 (PNAD 2003).

A demanda esperada foi calculada como o produto entre a população do município e a taxa de utilização dos serviços de saúde por faixa etária e sexo. Tomou-se como

taxa de utilização aquelas observadas para o estado do Espírito Santo. Para o cálculo dessas taxas, pressupõe-se primeiramente, que, em cada município, a utilização dos serviços de saúde é a mesma observada no nível estadual para todos os subgrupos populacionais. Em segundo lugar, as necessidades por cuidados de cada subgrupo populacional são atendidas pelo sistema de saúde, isto é, não há desigualdade no acesso entre esses subgrupos no Estado.

Foram calculadas para o estado do Espírito Santo as seguintes taxas de utilização:

- Taxa de consultas realizadas nos últimos 12 meses (PNAD 2003), por grupo etário e sexo;
- Taxa do número de vezes que o indivíduo foi internado nos últimos 12 meses (PNAD 2003) por grupo etário e sexo, excluindo internações psiquiátricas e partos (cesárea e normal);

Essas taxas foram definidas como o número médio de consultas e número médio de internações hospitalares. As faixas etárias compreendem os seguintes grupos: menor de 1 ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 14, de 15 a 24, de 25 a 34, 35 a 44, de 45 a 54, de 55 a 64 e de 65 anos e mais.

A Tabela 23 mostra que os subgrupos que mais demandam os serviços de saúde são as mulheres, os idosos e as crianças.

Tabela 23 - Taxa de utilização dos serviços de saúde por faixa etária e sexo no Espírito Santo

Consultas	< 1 ano	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 e mais
Masculino	4,79	4,51	1,81	1,20	1,37	2,22	2,87	3,20	4,73
Feminino	4,70	4,43	1,97	2,79	3,46	3,61	4,85	5,98	5,79
Total	4,74	4,48	1,89	1,97	2,45	2,91	3,87	4,75	5,33
Internação sem partos e tratamentos psiquiátrico									
Masculino	0,16	0,13	0,05	0,03	0,03	0,05	0,12	0,18	0,23
Feminino	0,07	0,10	0,05	0,07	0,04	0,12	0,18	0,10	0,23
Total	0,12	0,12	0,05	0,05	0,04	0,09	0,15	0,13	0,23

Fonte: PNAD 2003. Elaboração própria.

Num primeiro momento a parcela de recursos corrigida pela estrutura etária e de sexo foi obtida através do número esperado de consultas médicas. Em seguida utilizou-se conjuntamente essa variável e o número de internações esperadas. Como consultas e internações são serviços distintos, foi necessário padronizá-los

para retirar a unidade de medida e somá-los. Esta padronização consiste em subtrair da variável a sua média e dividir o resultado pelo seu desvio-padrão. Portanto, se uma variável aleatória X_i possui média \bar{X} e desvio-padrão s , a variável X_p padronizada é assim definida (Anexo B):

$$X_p = \frac{(X_i - \bar{X})}{s}$$

em que, X_p = valores padronizados, X_i = valores observados, \bar{X} = Média geral e s = desvio-padrão.

A padronização gerou alguns valores negativos. Deste modo, no valor encontrado para cada cidade foi somada a menor constante capaz de deixar todos os números positivos e maiores que zero. Em seguida, esses valores foram somados e foi verificada a participação de cada município no total.

Para o critério epidemiológico e socioeconômico, atribuiu-se maior financiamento aos municípios com pior situação socioeconômica e piores indicadores de saúde. Para tanto foram selecionados 28 indicadores com base na revisão de literatura realizada por Andrade et al (2004).

As socioeconômicas foram coletadas no censo do IBGE e as epidemiológicas na Secretaria Estadual da Saúde. Das 41 variáveis citadas por Andrade et al, 28 estavam disponíveis para as cidades capixabas. O quadro 3 relaciona os dados disponíveis e os indicadores observados para cada município foram elencados nos Anexos C e D.

Quadro 3 - Variáveis socioeconômicas e epidemiológicas disponíveis para os municípios capixabas

Variáveis socioeconômicas	Sigla
Porcentagem de responsáveis pelo domicílio com renda insuficiente	RDR1
Porcentagem de domicílios com abastecimento adequado de água	DAAA
Porcentagem de domicílios com instalações sanitárias adequadas	DISA
Percentual de domicílios com coleta de lixo adequada	DCLA
Taxa de população alfabetizada acima de 10 anos	PA
Proporção de pessoas residentes com 5 anos ou mais de idade sem instrução ou menos de 1 ano de estudo	PRA5
Proporção de domicílios particulares chefiados por mulheres	DPCM
Proporção de pessoas residentes área urbana	PRAU
Razão de dependência	RD
Proporção de mães adolescentes	MA
Percentual de idosos acima de 65 anos	IA65
Percentual de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	MIF
Taxa de fecundidade total	TF
Média de moradores por domicílio	MD
Despesa com saúde e saneamento per capita	DSSPC
Variáveis epidemiológicas	Sigla
Proporção de óbitos infantis no período neonatal precoce	OIPNP
Proporção de óbitos infantis sem definição da causa básica	OISDC
Proporção de óbitos infantis por diarreia/deficiências desnutrição	OIDDD
Mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório	MPDAC
Mortalidade proporcional por doenças infecciosas parasitárias	MPDIP
Mortalidade proporcional por neoplasias	MPN
Mortalidade proporcional por causas externas	MPCE
Taxa de mortalidade padronizada por idade	TMPI
Mortalidade Infantil	MI
Taxa de incidência de AIDS por transmissão vertical (mãe-filho)	TIATV
Taxa de incidência de AIDS entre a população 65 e mais corrigida	TIAP65
Taxa de homicídios na população masculina de 15 a 49 anos	THPM

Fonte: Censo IBGE 2000, SESA-ES.

Antes de aplicar a padronização a esse conjunto de dados, as variáveis taxa de fecundidade e percentual de mulheres em idade fértil foram descartadas, devido a existência de multicolinearidade (relação linear) com outras variáveis. As variáveis DAAA e DISA foram somadas e deram origem a uma nova variável chamada de Percentual de domicílios com abastecimento de água e instalações sanitárias adequadas (PDAE). O mesmo procedimento foi adotado com as seguintes variáveis: OIPNP, OISDC, OIDDD cuja soma originou a variável Proporção de óbitos infantis (POINF); MPDAC, MPDIP, MPN que resultaram em Proporção de mortes causadas por doenças (PMCDOEN); e TIATV e TIAP65 que somadas deram origem a Taxa de incidência de AIDS (TINCAIDS). As quatro novas variáveis substituíram as anteriores.

Do processo de padronização resultaram novas variáveis que, por terem sido retiradas as suas unidades de medida, puderam ser somadas (Anexos E e F). Para eliminar os números negativos foi somada uma constante no índice encontrado para cada município.

3.3 – Distribuição dos repasses da União segundo os critérios propostos

A proposta de distribuição de recursos conforme a necessidade do município foi realizada em quatro passos. Nos dois primeiros levou-se em consideração a demanda pelos serviços de saúde. No terceiro, o perfil epidemiológico e socioeconômico do município. O último passo conjugou os critérios de demanda pelos serviços de saúde e o perfil epidemiológico, chegando assim ao índice de necessidade de saúde. Em cada passo, os resultados do PAB per capita obtidos foram comparados com o repasse per capita realizado pela União em 2007, para atenção básica e com o repasse per capita médio.

3.3.1 – Critério 1: demanda por consultas médicas

Se a distribuição de recursos da União fosse realizada considerando apenas a população cada município receberia R\$ 37,41.

Ao aplicar o critério da demanda por consultas médicas, a distribuição per capita de recursos entre os grupos e os municípios ficou muito próxima (Tabela 24). O grupo 2 receberia o menor valor per capita com R\$ 35,36, enquanto os grupos 1 e 3 receberiam praticamente o mesmo valor, R\$ 37,44 e R\$ 37,56, respectivamente.

No interior do grupo 1 os maiores valores por habitante seriam auferidos pelos subgrupos 1.12 (Santa Leopoldina), com R\$ 41,03 e 1.1, com R\$ 40,50. Caberia aos subgrupos 1.6 e 1.11 (Ponto Belo) os menores repasses per capita com valores próximos a R\$ 36.

A razão para não haver grandes diferenças entre o valor per capita recebido por cada município segundo esse critério deve-se ao fato que a distribuição da população por idade e sexo não apresentar grandes disparidades entre as cidades.

Tabela 24 – Distribuição do PAB corrigida pelo número de consultas

(Continua)

Município	Consultas	Participação no total das consultas	PAB proposto	PAB per capita proposto em R\$	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Afonso Cláudio	99.040	0,010	1.264.114,77	41,08	35,77	3,67	5,31	9,8	14,8
Água Doce do Norte	37.569	0,004	479.524,79	40,18	71,30	2,78	-31,12	7,4	-43,6
Alegre	98.252	0,010	1.254.061,88	41,15	103,75	3,75	-62,59	10,0	-60,3
Alfredo Chaves	42.498	0,004	542.438,39	38,79	41,13	1,39	-2,34	3,7	-5,7
Alto Rio Novo	19.276	0,002	246.029,36	39,69	90,97	2,29	-51,27	6,1	-56,4
Apiacá	24.328	0,002	310.516,12	40,77	103,17	3,36	-62,41	9,0	-60,5
Baixo Guandu	84.796	0,009	1.082.306,16	37,79	60,72	0,39	-22,93	1,0	-37,8
Bom Jesus do Norte	30.640	0,003	391.083,76	41,97	68,24	4,57	-26,27	12,2	-38,5
Divino de São Lourenço	15.432	0,002	196.968,37	40,72	82,59	3,32	-41,87	8,9	-50,7
Guaçuí	82.805	0,008	1.056.894,59	41,03	54,52	3,62	-13,50	9,7	-24,8
Ibatiba	62.682	0,006	800.055,21	40,72	52,60	3,31	-11,88	8,9	-22,6
Ibitirama	29.463	0,003	376.054,94	41,81	92,25	4,41	-50,44	11,8	-54,7
Itarana	36.477	0,004	465.576,09	44,05	62,36	6,65	-18,31	17,8	-29,4
Iúna	81.714	0,008	1.042.973,40	40,85	51,76	3,44	-10,92	9,2	-21,1
Jerônimo Monteiro	33.325	0,003	425.344,40	39,75	57,66	2,34	-17,91	6,3	-31,1
Laranja da Terra	33.639	0,003	429.352,85	39,75	66,43	2,34	-26,68	6,3	-40,2
Mantenópolis	33.055	0,003	421.901,37	36,81	81,21	-0,60	-44,40	-1,6	-54,7
Marataízes	104.089	0,010	1.328.559,45	42,55	31,23	5,15	11,33	13,8	36,3
Mimoso do Sul	82.204	0,008	1.049.222,30	40,03	72,31	2,63	-32,28	7,0	-44,6
Mucurici	18.266	0,002	233.147,59	40,51	98,10	3,11	-57,58	8,3	-58,7
Muniz Freire	56.780	0,006	724.729,81	39,83	55,73	2,42	-15,90	6,5	-28,5
Muqui	41.273	0,004	526.795,56	38,06	62,69	0,66	-24,63	1,8	-39,3
Pancas	58.538	0,006	747.167,15	40,46	80,49	3,06	-40,03	8,2	-49,7
Piúma	53.861	0,005	687.467,66	42,31	47,37	4,90	-5,06	13,1	-10,7
Rio Novo do Sul	35.982	0,004	459.266,94	41,33	71,84	3,93	-30,51	10,5	-42,5
São Roque do Canaã	32.765	0,003	418.200,75	40,06	52,77	2,66	-12,71	7,1	-24,1
Grupo 1.1	1.328.748	0,134	16.959.753,66	40,50	62,68	3,10	-22,18	8,3	-35,4

(Continuação)

Município	Consultas	Participação no total das consultas	PAB proposto	PAB per capita proposto em R\$	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Águia Branca	27.737	0,003	354.032,89	38,15	34,40	0,74	3,75	2,0	10,9
Barra de São Francisco	114.940	0,012	1.467.058,53	37,02	14,47	-0,39	22,55	-1,0	155,8
Brejetuba	36.040	0,004	460.000,30	42,01	82,40	4,61	-40,39	12,3	-49,0
Cariacica	1.023.577	0,103	13.064.648,24	36,64	21,63	-0,76	15,01	-2,0	69,4
Castelo	103.818	0,010	1.325.102,17	41,09	37,36	3,68	3,72	9,8	10,0
Conceição do Castelo	32.839	0,003	419.148,39	37,01	46,85	-0,40	-9,84	-1,1	-21,0
Domingos Martins	97.923	0,010	1.249.861,58	40,09	50,32	2,69	-10,23	7,2	-20,3
Ecoporanga	70.155	0,007	895.442,70	38,44	75,30	1,03	-36,86	2,8	-49,0
Governador Lindenberg	29.482	0,003	376.303,52	38,05	69,42	0,64	-31,37	1,7	-45,2
Irupi	31.512	0,003	402.204,17	38,79	61,22	1,38	-22,43	3,7	-36,6
Nova Venécia	132.159	0,013	1.686.840,20	38,01	41,96	0,60	-3,95	1,6	-9,4
Pedro Canário	64.150	0,006	818.792,01	35,29	38,33	-2,12	-3,04	-5,7	-7,9
Rio Bananal	48.865	0,005	623.692,56	37,60	53,15	0,20	-15,55	0,5	-29,3
São Domingos do Norte	24.373	0,002	311.084,09	39,68	53,47	2,27	-13,79	6,1	-25,8
São Gabriel da Palha	82.350	0,008	1.051.090,48	36,40	38,64	-1,01	-2,24	-2,7	-5,8
São Mateus	287.242	0,029	3.666.279,35	38,04	34,38	0,63	3,65	1,7	10,6
Vargem Alta	58.716	0,006	749.432,22	41,96	62,90	4,55	-20,95	12,2	-33,3
Venda Nova do Imigrante	54.091	0,005	690.406,54	37,10	36,26	-0,31	0,84	-0,8	2,3
Vila Valério	41.209	0,004	525.985,72	38,55	29,28	1,14	9,26	3,0	31,6
Grupo 1.2	2.361.179	0,238	30.137.405,66	37,57	32,25	0,17	5,33	0,4	16,5
Dores do Rio Preto	19.960	0,002	254.765,55	41,72	87,80	4,32	-46,07	11,5	-52,5
Guarapari	306.320	0,031	3.909.785,79	39,87	31,40	2,46	8,47	6,6	27,0
Marilândia	31.417	0,003	401.002,37	39,21	60,33	1,81	-21,12	4,8	-35,0
São José do Calçado	32.913	0,003	420.089,62	39,74	64,25	2,34	-24,51	6,3	-38,1
Grupo 1.3	390.611	0,039	4.985.643,33	39,89	39,30	2,49	0,59	6,7	1,5
Boa Esperança	41.160	0,004	525.360,31	40,69	69,57	3,28	-28,88	8,8	-41,5
Fundão	44.095	0,004	562.811,56	37,01	52,83	-0,40	-15,82	-1,1	-29,9
Itaguaçu	45.888	0,005	585.700,10	42,19	58,25	4,79	-16,05	12,8	-27,6

(Continuação)

Município	Consultas	Participação no total das consultas	PAB proposto	PAB per capita proposto em R\$	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Santa Teresa	63.406	0,006	809.293,65	40,11	54,80	2,70	-14,69	7,2	-26,8
Vila Pavão	24.674	0,002	314.927,14	36,18	35,94	-1,23	0,24	-3,3	0,7
Grupo 1.4	219.222	0,022	2.798.092,76	39,47	55,43	2,07	-15,95	5,5	-28,8
Atilio Vivacqua	27.902	0,003	356.133,97	40,11	104,23	2,71	-64,12	7,2	-61,5
Cachoeiro de Itapemirim	573.794	0,058	7.323.742,90	37,50	32,18	0,10	5,32	0,3	16,5
Colatina	325.980	0,033	4.160.717,61	39,02	35,77	1,61	3,25	4,3	9,1
Iconha	36.316	0,004	463.523,71	40,32	69,95	2,92	-29,63	7,8	-42,4
Itapemirim	93.257	0,009	1.190.301,56	38,60	40,29	1,20	-1,69	3,2	-4,2
Marechal Floriano	40.801	0,004	520.770,50	41,01	72,40	3,60	-31,40	9,6	-43,4
Santa Maria de Jetibá	93.129	0,009	1.188.667,96	37,33	41,36	-0,08	-4,03	-0,2	-9,7
Sooretama	59.239	0,006	756.108,04	34,58	45,42	-2,83	-10,84	-7,6	-23,9
Vila Velha	1.164.454	0,117	14.862.759,19	37,34	22,61	-0,07	14,73	-0,2	65,1
Grupo 1.5	2.414.872	0,243	30.822.725,42	37,70	30,95	0,29	6,75	0,8	21,8
Montanha	49.717	0,005	634.571,11	35,26	48,27	-2,15	-13,01	-5,7	-27,0
Serra	1.083.710	0,109	13.832.159,51	35,89	21,14	-1,51	14,75	-4,0	69,8
Grupo 1.6	1.133.427	0,114	14.466.730,62	35,86	22,35	-1,54	13,52	-4,1	60,5
Linhares	348.795	0,035	4.451.921,03	35,74	35,34	-1,67	0,40	-4,5	1,1
Viana	168.855	0,017	2.155.215,27	37,46	39,27	0,05	-1,82	0,1	-4,6
Grupo 1.7	517.650	0,052	6.607.136,30	36,28	36,58	-1,12	-0,30	-3,0	-0,8
Conceição da Barra	83.790	0,008	1.069.475,10	40,77	55,63	3,37	-14,85	9,0	-26,7
Pinheiros	62.679	0,006	800.016,12	35,30	46,56	-2,10	-11,26	-5,6	-24,2
Grupo 1.8	146.469	0,015	1.869.491,22	38,24	51,42	0,83	-13,19	2,2	-25,6
Jaguaré	59.818	0,006	763.504,98	34,79	57,80	-2,62	-23,02	-7,0	-39,8
João Neiva	48.896	0,005	624.092,93	43,33	54,21	5,93	-10,88	15,8	-20,1
Grupo 1.9	108.714	0,011	1.387.597,91	38,17	56,38	0,77	-18,21	2,0	-32,3
Ibiraçu	31.057	0,003	396.406,46	38,44	51,72	1,04	-13,28	2,8	-25,7
Ponto Belo	19.378	0,002	247.330,87	36,21	76,83	-1,20	-40,62	-3,2	-52,9
Santa Leopoldina	39.701	0,004	506.727,43	41,03	45,65	3,63	-4,62	9,7	-10,1

(Conclusão)

Município	Consultas	Participação no total das consultas	PAB proposto	PAB per capita proposto em R\$	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Grupo 1	8.711.027	0,876	111.185.042	37,89	36,78	0,48	1,11	1,3	3,0
Aracruz	206.070	0,021	2.630.223,08	35,85	68,82	-1,55	-32,97	-4,1	-47,9
Presidente Kennedy	28.447	0,003	363.090,87	35,23	76,48	-2,18	-41,25	-5,8	-53,9
Grupo 2	234.518	0,024	2.993.313,95	35,78	69,76	-1,63	-33,99	-4,4	-48,7
Anchieta	63.650	0,006	812.404,88	41,75	71,57	4,34	-29,82	11,6	-41,7
Vitória	929.307	0,094	11.861.410,07	37,77	32,57	0,36	5,20	1,0	16,0
Grupo 3	992.957	0,100	12.673.814,95	38,00	34,85	0,60	3,15	1,6	9,1
Total	9.938.501	1,000	126.852.170,55	37,41	37,41	0,00	0,00	0,0	0,0

Fonte: SIOPS e PNAD 2003. Elaboração própria.

Individualmente, o município de Sooretama teria a maior perda, chegando a receber 7,6% a menos de recursos em relação à distribuição per capita pela população, enquanto que o município de Itarana teria o maior ganho, recebendo 17,8% a mais. Essa diferença expressa a proporção de idosos existente em cada município. Em Itarana, eles representam aproximadamente 8% da população e em Sooretama, apenas 4% (Tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição da população por faixa etária em Itarana e Sooretama

Faixa etária	Itarana	Sooretama
Menor 1 ano	0,02	0,03
1 a 4	0,07	0,09
5 a 14	0,18	0,22
15 a 24	0,20	0,22
25 a 34	0,16	0,16
35 a 44	0,13	0,12
45 a 54	0,10	0,08
55 a 64	0,07	0,04
65 e mais	0,08	0,04
Total	1,00	1,00

Fonte: PNAD 2003. Elaboração própria

Ao comparar a diferença entre o valor per capita proposto com o repasse per capita realizado pela União, em 2007 (Tabela 24), o grupo 2 sofreria em média a maior perda R\$ 33,99, enquanto o grupo 3 teria um ganho médio de R\$ 3,15. No grupo 1, dos 74 municípios 58 sofreriam perdas por este critério. No entanto, a média per capita do grupo se elevaria em 3%, o que corresponderia a um ganho de R\$ 1,11 por habitante.

Disso pode-se inferir que os atuais critérios de distribuição da União, já favorecem esses municípios. A correção pela demanda por consultas médicas teria como efeito apenas redistribuir os valores no interior do grupo 1 de modo que no global haveria uma estabilidade e o repasse per capita recebido não se alteraria muito.

Nesta comparação, Barra de São Francisco teria o maior ganho relativo (155,8%). As cidades de Serra, Cariacica e Vila Velha obteriam aumentos de 69,8%, 69,4% e 65,1%, respectivamente. Inversamente, Atílio Vivacqua, Apiacá e Alegre apresentariam as maiores perdas, pouco mais de 60% cada uma.

3.3.2 – Critério 2: demanda por serviços de saúde (consultas e internações)

Como consultas e internações são tipos de serviços diferentes, utilizou-se o recurso estatístico da padronização para colocar ambos os serviços na mesma unidade de medida de forma que pudessem ser somados. A soma resultou em um índice, ao qual foi adicionada uma constante igual a 1,2 para eliminar os números negativos¹⁴. Em seguida, verificou-se a participação do índice de cada cidade no índice total.

Observa-se, Tabela 26, que os repasses per capita encontrados se aproximam, pelo menos a nível grupal da distribuição segundo a população. Se este fosse o único critério utilizado somente o grupo 1 receberia um valor per capita acima da média, com R\$ 38,10. No entanto, os grupos 2 e 3 receberiam valores por habitante muito próximos deste, com R\$ 35,89 e R\$ 36,08, respectivamente.

No grupo 1, os subgrupos 1.2, 1.5, 1.6 e 1.7 receberiam um valor per capita abaixo da média. Em nível municipal, apenas nove cidades ficariam abaixo da média. Cabe destacar que sete delas fazem parte do grupo de municípios mais populosos do estado: Cariacica, São Mateus, Cachoeiro de Itapemirim, Vila Velha, Serra, Linhares e Viana. Observe, que também nos grupos 2 e 3 são Aracruz e Vitória, municípios de grande porte populacional que ficam abaixo da média.

Embora a divisão de recursos segundo este critério tenha deixado a maioria dos municípios com valores próximos da média per capita, observa-se uma redistribuição de recursos das grandes cidades, onde a demanda por serviços é maior em termos absolutos, para as pequenas localidades. Isso porque a padronização tende a favorecer aqueles que estão abaixo da média.

Quando se compara o valor per capita proposto com os recursos federais per capita repassados em 2007, observa-se que 57 municípios do grupo 1 exibiriam perdas. No entanto, o valor per capita transferido ao grupo aumentaria 2,3%. Alegre, Atílio Vivacqua, Apiacá, Ecoporanga e Pancas seriam os municípios mais prejudicados com perdas superiores a 45%. Dentre os que obteriam ganhos destacam-se Barra de São Francisco (159,4%), Cariacica (56,5%), Serra (55,6%) e Vila Velha (53,7%).

¹⁴ Para que todos municípios ficassem com índices positivos seria necessário somar uma constante igual a 1. Entretanto, algumas cidades ficariam com índice muito próximo de zero, por esta razão e para não distorcer o índice encontrado a favor de algum grupo de cidades, optou-se por somar a constante 1,2.

Observa-se que os três últimos teriam ganhos elevados mesmo recebendo um valor per capita abaixo da média.

Nessa mesma base comparativa o aumento de 3,5% do grupo 3 seria puxado por Vitória, que obteria um ganho de 9%. O grupo 2, por sua vez, acumularia uma perda de 48,6% refletindo as perdas das duas cidades que o compõe.

Tabela 26 – Distribuição do PAB pelo Índice de Demanda por Saúde (IDSS)

(Continua)

Município	IDSS	Participação no IDSS	PAB proposto	PAB per capita proposto	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
						em R\$			
Afonso Cláudio	0,96	0,010	1.301.126,69	42,28	35,77	4,88	6,51	13,5	18,2
Água Doce do Norte	0,42	0,005	573.283,61	48,04	71,30	10,63	-23,27	29,5	-32,6
Alegre	0,96	0,010	1.304.812,68	42,82	103,75	5,41	-60,93	15,0	-58,7
Alfredo Chaves	0,47	0,005	634.045,60	45,34	41,13	7,94	4,21	22,0	10,2
Alto Rio Novo	0,26	0,003	355.898,80	57,42	90,97	20,02	-33,55	55,5	-36,9
Apiacá	0,31	0,003	420.970,87	55,27	103,17	17,86	-47,91	49,5	-46,4
Baixo Guandu	0,84	0,009	1.135.581,28	39,65	60,72	2,25	-21,07	6,2	-34,7
Bom Jesus do Norte	0,37	0,004	496.129,44	53,24	68,24	15,84	-14,99	43,9	-22,0
Divino de São Lourenço	0,23	0,002	310.272,12	64,15	82,59	26,74	-18,44	74,1	-22,3
Guaçuí	0,82	0,009	1.114.640,52	43,27	54,52	5,86	-11,26	16,3	-20,6
Ibatiba	0,64	0,007	864.879,36	44,02	52,60	6,61	-8,58	18,3	-16,3
Ibitirama	0,35	0,004	473.691,22	52,67	92,25	15,26	-39,58	42,3	-42,9
Itarana	0,42	0,004	563.198,59	53,29	62,36	15,88	-9,07	44,0	-14,5
Iúna	0,80	0,009	1.087.924,95	42,61	51,76	5,20	-9,16	14,4	-17,7
Jerônimo Monteiro	0,39	0,004	527.379,80	49,28	57,66	11,88	-8,38	32,9	-14,5
Laranja da Terra	0,39	0,004	529.901,51	49,06	66,43	11,65	-17,37	32,3	-26,2
Mantenópolis	0,38	0,004	520.822,64	45,44	81,21	8,03	-35,77	22,3	-44,1
Marataízes	1,00	0,011	1.352.474,80	43,32	31,23	5,91	12,09	16,4	38,7
Mimoso do Sul	0,82	0,009	1.107.188,27	42,25	72,31	4,84	-30,06	13,4	-41,6
Mucurici	0,25	0,003	345.037,06	59,95	98,10	22,55	-38,14	62,5	-38,9
Muniz Freire	0,59	0,006	798.619,04	43,89	55,73	6,48	-11,84	18,0	-21,2
Muqui	0,46	0,005	622.082,60	44,94	62,69	7,54	-17,75	20,9	-28,3
Pancas	0,60	0,006	817.977,21	44,30	80,49	6,89	-36,19	19,1	-45,0
Píuma	0,56	0,006	760.344,06	46,79	47,37	9,39	-0,57	26,0	-1,2
Rio Novo do Sul	0,41	0,004	557.851,21	50,21	71,84	12,80	-21,63	35,5	-30,1
São Roque do Canaã	0,38	0,004	517.095,57	49,53	52,77	12,13	-3,23	33,6	-6,1
Grupo 1.1	14,09	0,151	19.093.229,52	45,60	62,68	8,19	-17,09	22,7	-27,3
Águia Branca	0,34	0,004	455.709,75	49,10	34,40	11,70	14,70	32,4	42,7

(Continuação)

Município	IDSS	Participação no IDSS	PAB proposto	PAB per capita proposto	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
				em R\$		sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Barra de São Francisco	1,10	0,012	1.488.057,53	37,55	14,47	0,14	23,08	0,4	159,4
Brejetuba	0,40	0,004	544.587,10	49,74	82,40	12,33	-32,66	34,2	-39,6
Cariacica	8,91	0,095	12.069.834,92	33,85	21,63	-3,55	12,22	-9,8	56,5
Castelo	1,00	0,011	1.360.387,86	42,18	37,36	4,78	4,82	13,2	12,9
Conceição do Castelo	0,38	0,004	517.189,56	45,66	46,85	8,26	-1,18	22,9	-2,5
Domingos Martins	0,95	0,010	1.282.397,94	41,14	50,32	3,73	-9,18	10,3	-18,3
Ecoporanga	0,71	0,008	959.538,74	41,19	75,30	3,78	-34,11	10,5	-45,3
Governador Lindenberg	0,35	0,004	477.661,05	48,30	69,42	10,89	-21,12	30,2	-30,4
Irupi	0,37	0,004	498.158,89	48,04	61,22	10,64	-13,18	29,5	-21,5
Nova Venécia	1,24	0,013	1.681.931,69	37,90	41,96	0,49	-4,07	1,4	-9,7
Pedro Canário	0,65	0,007	878.892,91	37,88	38,33	0,47	-0,45	1,3	-1,2
Rio Bananal	0,52	0,006	701.145,54	42,27	53,15	4,87	-10,88	13,5	-20,5
São Domingos do Norte	0,31	0,003	418.917,50	53,43	53,47	16,03	-0,04	44,4	-0,1
São Gabriel da Palha	0,81	0,009	1.099.735,34	38,08	38,64	0,68	-0,56	1,9	-1,4
São Mateus	2,56	0,027	3.472.547,31	36,03	34,38	-1,38	1,64	-3,8	4,8
Vargem Alta	0,60	0,006	817.199,46	45,75	62,90	8,35	-17,15	23,1	-27,3
Venda Nova do Imigrante	0,56	0,006	761.983,09	40,94	36,26	3,54	4,69	9,8	12,9
Vila Valério	0,45	0,005	612.059,43	44,85	29,28	7,45	15,57	20,6	53,2
Grupo 1.2	22,21	0,237	30.097.935,60	37,52	32,25	0,12	5,28	0,3	16,4
Dores do Rio Preto	0,27	0,003	364.640,60	59,72	87,80	22,31	-28,08	61,8	-32,0
Guarapari	2,74	0,029	3.719.351,96	37,92	31,40	0,52	6,53	1,4	20,8
Marilândia	0,37	0,004	502.331,26	49,12	60,33	11,72	-11,21	32,5	-18,6
São José do Calçado	0,39	0,004	525.773,77	49,74	64,25	12,34	-14,51	34,2	-22,6
Grupo 1.3	3,77	0,040	5.112.097,60	40,90	39,30	3,50	1,61	9,7	4,1
Boa Esperança	0,45	0,005	613.245,75	47,49	69,57	10,09	-22,07	28,0	-31,7
Fundão	0,48	0,005	652.318,62	42,89	52,83	5,49	-9,93	15,2	-18,8
Itaguaçu	0,50	0,005	677.449,39	48,80	58,25	11,40	-9,44	31,6	-16,2
Santa Teresa	0,65	0,007	885.223,15	43,87	54,80	6,46	-10,93	17,9	-19,9
Vila Pavão	0,31	0,003	419.123,21	48,15	35,94	10,74	12,21	29,8	34,0

(Continuação)

Município	IDSS	Participação no IDSS	PAB proposto	PAB per capita proposto	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
				em R\$		sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Grupo 1.4	2,40	0,026	3.247.360,12	45,81	55,43	8,41	-9,62	23,3	-17,3
Atilio Vivacqua	0,34	0,004	461.128,48	51,94	104,23	14,54	-52,29	40,3	-50,2
Cachoeiro de Itapemirim	5,10	0,054	6.905.924,43	35,36	32,18	-2,04	3,18	-5,7	9,9
Colatina	2,94	0,031	3.977.961,44	37,30	35,77	-0,10	1,53	-0,3	4,3
Iconha	0,41	0,004	558.538,01	48,59	69,95	11,18	-21,37	31,0	-30,5
Itapemirim	0,90	0,010	1.224.555,25	39,72	40,29	2,31	-0,58	6,4	-1,4
Marechal Floriano	0,45	0,005	609.738,41	48,01	72,40	10,61	-24,39	29,4	-33,7
Santa Maria de Jetibá	0,90	0,010	1.218.333,97	38,26	41,36	0,85	-3,10	2,4	-7,5
Sooretama	0,60	0,006	815.863,33	37,31	45,42	-0,09	-8,11	-0,3	-17,9
Vila Velha	10,21	0,109	13.835.534,42	34,76	22,61	-2,65	12,15	-7,3	53,7
Grupo 1.5	21,85	0,233	29.607.577,74	36,21	30,95	-1,19	5,27	-3,3	17,0
Montanha	0,53	0,006	719.761,19	39,99	48,27	2,59	-8,28	7,2	-17,1
Serra	9,35	0,100	12.672.802,96	32,88	21,14	-4,52	11,75	-12,5	55,6
Grupo 1.6	9,88	0,106	13.392.564,14	33,20	22,35	-4,20	10,85	-11,7	48,6
Linhares	3,10	0,033	4.203.695,07	33,75	35,34	-3,66	-1,59	-10,1	-4,5
Viana	1,54	0,016	2.092.206,03	36,36	39,27	-1,04	-2,91	-2,9	-7,4
Grupo 1.7	4,65	0,050	6.295.901,10	34,57	36,58	-2,83	-2,01	-7,8	-5,5
Conceição da Barra	0,82	0,009	1.108.071,51	42,24	55,63	4,84	-13,38	13,4	-24,1
Pinheiros	0,64	0,007	870.016,17	38,39	46,56	0,98	-8,17	2,7	-17,5
Grupo 1.8	1,46	0,016	1.978.087,68	40,46	51,42	3,05	-10,97	8,5	-21,3
Jaguaré	0,61	0,006	824.282,94	37,55	57,80	0,15	-20,25	0,4	-35,0
João Neiva	0,53	0,006	711.795,74	49,42	54,21	12,01	-4,79	33,3	-8,8
Grupo 1.9	1,13	0,012	1.536.078,68	42,26	56,38	4,85	-14,12	13,4	-25,1
Ibiraçu	0,37	0,004	496.224,40	48,12	51,72	10,72	-3,60	29,7	-7,0
Ponto Belo	0,27	0,003	360.024,98	52,70	76,83	15,30	-24,12	42,4	-31,4
Santa Leopoldina	0,44	0,005	599.990,08	48,59	45,65	11,18	2,93	31,0	6,4
Grupo 1	82,51	0,881	111.817.071,65	38,10	36,78	0,70	1,32	1,9	3,6
Aracruz	1,87	0,020	2.536.240,09	34,57	68,82	-2,83	-34,25	-7,8	-49,8
Presidente Kennedy	0,34	0,004	466.319,93	45,24	76,48	7,84	-31,23	21,7	-40,8

(Conclusão)

Município	IDSS	Participação no IDSS	PAB proposto	PAB per capita proposto	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
				em R\$		sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Grupo 2	2,22	0,024	3.002.560,02	35,89	69,76	-1,52	-33,88	-4,2	-48,6
Anchieta	0,65	0,007	879.487,26	45,20	71,57	7,79	-26,37	21,6	-36,9
Vitória	8,23	0,088	11.153.051,62	35,51	32,57	-1,89	2,94	-5,2	9,0
Grupo 3	8,88	0,095	12.032.538,88	36,08	34,85	-1,33	1,23	-3,7	3,5
Total	93,60	1,000	126.852.170,55	37,41	37,41	0,00	0,00	0,0	0,0

Fonte: SIOPS e PNAD 2003. Elaboração própria.

3.3.3 – Critério 3: perfil epidemiológico e socioeconômico

O objetivo de metodologias eqüitativas é direcionar mais recursos para as localidades com níveis mais precários de saúde. O perfil epidemiológico da população é o indicador que melhor se presta a essa finalidade.

No entanto, o estado de saúde de uma população sofre influência de diversos fatores. É estreita a relação entre as piores condições de saúde e a pobreza, pois são nas áreas de maior concentração de comunidades carentes que se encontram padrões sanitários inadequados e indivíduos com pouca instrução e conseqüentemente menos informados a cerca de medidas de prevenção de doenças (ZUCCHI, DEL NERO & MALIK, 1998).

Os perfis epidemiológicos e socioeconômicos foram englobados num critério síntese, através da padronização das variáveis selecionadas conforme exposto anteriormente.

A distribuição simulada dos recursos para os grupos e municípios de acordo com este critério encontram-se na Tabela 27.

Na comparação com o repasse per capita médio, ou seja, o valor que seria distribuído utilizando a população como critério, o grupo 3 sofreria perda de R\$ 24,89, influenciado pelo resultado negativo de Vitória. O grupo 2 ganharia R\$ 8,52 a mais por habitante, puxado pelo resultado de Presidente Kennedy. Já o grupo 1 teria em média um ganho de R\$ 3,09, sendo que 65 cidades teriam seus valores elevados.

Na comparação com o valor repassado pela União em 2007, apenas o grupo 1 obteria ganho com aumento médio de R\$ 3,71. Os grupos 2 e 3 perderiam pouco mais de R\$ 20, em média. Dentro do grupo 1, a maioria dos municípios teriam ganhos por esse critério.

Embora alguns municípios do grupo 1 tenham apresentado perdas significativas a aplicação dessa metodologia seria favorável a maioria das cidades. Das 74 localidades que o compõe, 58 apresentariam ganhos.

Apenas os subgrupos 1.3, 1.5, 1.6 e 1.7, apresentariam perdas. Observe que eles têm em comum o fato de terem como integrante uma ou mais cidade de grande porte populacional. Portanto, esse critério mostra-se extremamente favorável as cidades com piores indicadores de saúde e pouco populosas.

De um lado, a cidade mais prejudicada nesta comparação é Dolores do Rio Preto cujo repasse por habitante se reduziria em R\$ 62,12. De outro lado, o maior ganho seria auferido por Alto Rio Novo, com R\$ 465,06 per capita a mais.

Tabela 27 – Distribuição do PAB pelo Índice Epidemiológico e Socioeconômico (IES)

(Continua)

Município	IES	Participação no total do IES	PAB proposto	PAB per capita proposto em R\$	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Afonso Cláudio	11,589	0,015	1.884.790,98	61,25	35,77	23,84	25,48	63,7	66,7
Água Doce do Norte	7,180	0,009	1.167.736,44	97,85	71,30	60,44	26,55	161,6	84,8
Alegre	11,314	0,015	1.840.067,57	60,38	103,75	22,98	-43,36	61,4	22,1
Alfredo Chaves	4,208	0,005	684.333,27	48,94	41,13	11,54	7,81	30,8	28,0
Alto Rio Novo	21,191	0,027	3.446.239,82	556,02	90,97	518,62	465,06	1.386,5	570,1
Apiacá	6,170	0,008	1.003.495,80	131,74	103,17	94,34	28,57	252,2	91,4
Baixo Guandu	11,875	0,015	1.931.270,80	67,44	60,72	30,03	6,72	80,3	49,5
Bom Jesus do Norte	6,261	0,008	1.018.230,13	109,28	68,24	71,87	41,04	192,1	105,3
Divino de São Lourenço	9,437	0,012	1.534.777,42	317,30	82,59	279,89	234,71	748,3	338,9
Guaçuí	9,937	0,013	1.616.027,66	62,73	54,52	25,33	8,21	67,7	46,4
Ibatiba	9,790	0,013	1.592.169,76	81,03	52,60	43,63	28,43	116,6	82,9
Ibitirama	7,753	0,010	1.260.809,93	140,18	92,25	102,78	47,93	274,8	111,4
Itarana	8,941	0,011	1.454.015,07	137,57	62,36	100,17	75,21	267,8	160,6
Iúna	11,646	0,015	1.893.995,87	74,18	51,76	36,77	22,41	98,3	71,0
Jerônimo Monteiro	10,730	0,014	1.744.944,93	163,06	57,66	125,66	105,41	335,9	217,9
Laranja da Terra	7,929	0,010	1.289.416,65	119,37	66,43	81,96	52,94	219,1	123,4
Mantenópolis	8,557	0,011	1.391.548,66	121,39	81,21	83,99	40,19	224,5	103,4
Marataízes	9,331	0,012	1.517.441,00	48,60	31,23	11,20	17,37	29,9	35,9
Mimoso do Sul	10,187	0,013	1.656.734,10	63,21	72,31	25,81	-9,10	69,0	35,7
Mucurici	11,115	0,014	1.807.573,97	314,09	98,10	276,68	215,99	739,7	282,1
Muniz Freire	11,523	0,015	1.873.992,31	102,99	55,73	65,58	47,26	175,3	117,7
Muqui	7,174	0,009	1.166.744,39	84,30	62,69	46,89	21,60	125,4	74,8
Pancas	9,973	0,013	1.621.963,68	87,84	80,49	50,43	7,35	134,8	62,7
Piúma	11,176	0,014	1.817.559,49	111,86	47,37	74,45	64,49	199,0	157,2
Rio Novo do Sul	15,116	0,019	2.458.291,50	221,25	71,84	183,84	149,41	491,5	255,9
São Roque do Canaã	7,248	0,009	1.178.795,32	112,92	52,77	75,52	60,15	201,9	143,1
Grupo 1.1	257,350	0,330	41.852.966,52	99,95	62,68	62,55	37,27	167,2	99,8
Águia Branca	8,132	0,010	1.322.463,18	142,49	34,40	105,09	108,09	280,9	305,5

(Continuação)

Município	IES	Participação no total do IES	PAB proposto	PAB per capita proposto em R\$	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Barra de São Francisco	9,600	0,012	1.561.269,94	39,40	14,47	1,99	24,92	5,3	13,8
Brejetuba	10,309	0,013	1.676.526,24	153,12	82,40	115,72	70,72	309,4	140,4
Cariacica	14,764	0,019	2.401.013,00	6,73	21,63	-30,67	-14,90	-82,0	-141,8
Castelo	9,119	0,012	1.483.044,63	45,99	37,36	8,58	8,62	22,9	23,0
Conceição do Castelo	11,356	0,015	1.846.767,95	163,06	46,85	125,65	116,21	335,9	268,2
Domingos Martins	8,779	0,011	1.427.733,96	45,80	50,32	8,39	-4,52	22,4	16,7
Ecoporanga	10,407	0,013	1.692.464,04	72,65	75,30	35,25	-2,65	94,2	46,8
Governador Lindenberg	3,907	0,005	635.462,77	64,25	69,42	26,85	-5,16	71,8	38,7
Irupi	6,699	0,009	1.089.413,54	105,06	61,22	67,66	43,84	180,9	110,5
Nova Venécia	10,399	0,013	1.691.260,58	38,11	41,96	0,70	-3,86	1,9	1,7
Pedro Canário	15,611	0,020	2.538.809,90	109,41	38,33	72,01	71,08	192,5	187,9
Rio Bananal	6,382	0,008	1.037.924,70	62,57	53,15	25,17	9,42	67,3	47,4
São Domingos do Norte	7,214	0,009	1.173.200,83	149,64	53,47	112,24	96,17	300,1	209,9
São Gabriel da Palha	8,389	0,011	1.364.308,03	47,24	38,64	9,84	8,60	26,3	25,5
São Mateus	9,449	0,012	1.536.647,67	15,94	34,38	-21,46	-18,44	-57,4	-62,4
Vargem Alta	11,849	0,015	1.926.977,36	107,88	62,90	70,48	44,98	188,4	112,0
Venda Nova do Imigrante	8,732	0,011	1.420.041,54	76,31	36,26	38,90	40,05	104,0	107,3
Vila Valério	11,782	0,015	1.916.097,37	140,41	29,28	103,01	111,13	275,4	351,8
Grupo 1.2	182,877	0,234	29.741.427,25	37,08	32,25	-0,33	4,83	-0,9	-1,0
Dores do Rio Preto	0,964	0,001	156.808,42	25,68	87,80	-11,72	-62,12	-31,3	-13,4
Guarapari	10,328	0,013	1.679.697,54	17,13	31,40	-20,28	-14,27	-54,2	-64,6
Mariândia	9,940	0,013	1.616.466,77	158,07	60,33	120,67	97,74	322,6	200,0
São José do Calçado	8,752	0,011	1.423.277,89	134,65	64,25	97,25	70,40	260,0	151,4
Grupo 1.3	29,984	0,038	4.876.250,61	39,02	39,30	1,61	-0,28	4,3	4,1
Boa Esperança	13,281	0,017	2.159.913,15	167,28	69,57	129,87	97,71	347,2	186,7
Fundão	13,049	0,017	2.122.117,80	139,53	52,83	102,13	86,71	273,0	193,3
Itaguaçu	10,681	0,014	1.737.057,35	125,14	58,25	87,73	66,89	234,6	150,6
Santa Teresa	8,106	0,010	1.318.348,63	65,33	54,80	27,93	10,53	74,7	51,0

(Continuação)

Município	IES	Participação no total do IES	PAB proposto	PAB per capita proposto em R\$	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Vila Pavão	11,852	0,015	1.927.562,83	221,43	35,94	184,03	185,49	492,0	512,0
Grupo 1.4	56,970	0,073	9.264.999,76	130,70	55,43	93,30	75,28	249,4	168,3
Atilio Vivacqua	8,251	0,011	1.341.897,54	151,15	104,23	113,74	46,92	304,1	109,1
Cachoeiro de Itapemirim	10,446	0,013	1.698.887,95	8,70	32,18	-28,71	-23,48	-76,7	-89,2
Colatina	8,773	0,011	1.426.806,97	13,38	35,77	-24,03	-22,39	-64,2	-67,2
Iconha	9,819	0,013	1.596.918,57	138,91	69,95	101,51	68,96	271,4	145,1
Itapemirim	8,380	0,011	1.362.795,57	44,20	40,29	6,79	3,91	18,2	16,9
Marechal Floriano	9,926	0,013	1.614.303,78	127,12	72,40	89,72	54,72	239,8	123,9
Santa Maria de Jetibá	8,260	0,011	1.343.361,21	42,18	41,36	4,78	0,83	12,8	11,6
Sooretama	10,495	0,013	1.706.808,06	78,05	45,42	40,65	32,63	108,7	89,5
Vila Velha	11,537	0,015	1.876.252,87	4,71	22,61	-32,69	-17,90	-87,4	-144,6
Grupo 1.5	85,888	0,110	13.968.032,53	17,08	30,95	-20,32	-13,86	-54,3	-65,7
Montanha	10,484	0,013	1.705.051,65	94,74	48,27	57,33	46,47	153,3	118,8
Serra	14,204	0,018	2.310.004,92	5,99	21,14	-31,41	-15,14	-84,0	-148,6
Grupo 1.6	24,688	0,032	4.015.056,57	9,95	22,35	-27,45	-12,40	-73,4	-122,8
Linhares	11,996	0,015	1.950.867,79	15,66	35,34	-21,74	-19,68	-58,1	-61,5
Viana	13,598	0,017	2.211.499,58	38,43	39,27	1,03	-0,84	2,8	2,6
Grupo 1.7	25,594	0,033	4.162.367,36	22,86	36,58	-14,55	-13,72	-38,9	-39,8
Conceição da Barra	10,445	0,013	1.698.741,58	64,76	55,63	27,36	9,14	73,1	49,2
Pinheiros	10,524	0,013	1.711.459,30	75,52	46,56	38,11	28,96	101,9	81,9
Grupo 1.8	20,969	0,027	3.410.200,88	69,75	51,42	32,34	18,33	86,5	62,9
Jaguaré	14,242	0,018	2.316.136,10	105,52	57,80	68,12	47,72	182,1	117,8
João Neiva	10,131	0,013	1.647.545,47	114,39	54,21	76,98	60,18	205,8	142,0
Grupo 1.9	24,372	0,031	3.963.681,57	109,04	56,38	71,63	52,66	191,5	127,1
Ibiraçu	6,865	0,009	1.116.442,75	108,27	51,72	70,86	56,55	189,4	137,0
Ponto Belo	7,218	0,009	1.173.802,56	171,83	76,83	134,43	95,01	359,4	175,0
Santa Leopoldina	7,939	0,010	1.291.140,53	104,55	45,65	67,15	58,90	179,5	147,1
Grupo 1	731	0,937	118.836.369	40,50	36,78	3,09	3,71	8,3	8,4

(Conclusão)

Município	IES	Participação no total do IES	PAB proposto	PAB per capita proposto em R\$	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Aracruz	8,502	0,011	1.382.603,98	18,85	68,82	-18,56	-49,97	-49,6	-27,0
Presidente Kennedy	15,123	0,019	2.459.429,91	238,62	76,48	201,21	162,14	537,9	263,1
Grupo 2	23,624	0,030	3.842.033,89	45,92	69,76	8,52	-23,84	22,8	12,2
Anchieta	13,297	0,017	2.162.564,03	111,13	71,57	73,73	39,56	197,1	103,0
Vitória	12,367	0,016	2.011.203,74	6,40	32,57	-31,00	-26,17	-82,9	-95,2
Grupo 3	25,664	0,033	4.173.767,77	12,52	34,85	-24,89	-22,33	-66,5	-71,4
Total	780,002	1,000	126.852.170,55	37,41	37,41	0,00	0,00	0,0	0,0

Fonte: SIOPS e PNAD 2003. Elaboração própria.

3.3.4 – Critério 4: a necessidade de saúde (utilização conjunta dos critérios 2 e 3)

A finalidade desse trabalho é propor uma metodologia de alocação eqüitativa dos repasses federais ou estaduais para os municípios capixabas com base nos critérios de necessidade, considerando as diferenças na estrutura etária e de sexo, a partir da demanda esperada por cada um dos subgrupos populacionais e o perfil epidemiológico e socioeconômico.

Para fazer a distribuição de recursos utilizando conjuntamente a demanda pelos serviços de saúde e os perfis epidemiológico e socioeconômico, as participações do município em cada um desses critérios foram somadas e formaram o índice de necessidade de saúde (INS). Em seguida verificou-se a participação de cada cidade no INS total.

Observa-se que a transferência corrigida pela necessidade de saúde é redistributiva. A partir dela, verifica-se que o grupo 1, mais pobre, obtém ganhos quando comparada a situação de 2007 ou com o resultado obtido pelo simples rateio populacional.

Ao aplicar a distribuição pela necessidade de saúde e compará-lo com o distribuição de recursos segundo a população, obteve-se os seguintes resultados: apenas o grupo 3 teve perda devido o peso de Vitória; o grupo 2 apresentou o maior ganho puxado pelo comportamento de Presidente Kennedy; e o grupo 1 obteve um ganho de R\$ 1,89, 5,1% acima do valor per capita médio.

Quando se compara com as transferências realizadas pela União em 2007, apenas o grupo 1 obteve ganho. Isso indica a capacidade desses critérios de favorecer as cidades mais carentes em relação aos critérios vigentes. Os grupos 2 e 3 perderiam 41,4% e 30,3%%, respectivamente.

No interior do grupo 1, apenas os subgrupos 1.5, 1.6 e 1.7 registrariam perdas, enquanto os demais grupos obteriam ganhos. O maior ganho aconteceria nos grupos 1.12 (Santa Leopoldina) e 1.4, cujos aumentos seriam de 67,7% e 59,2%, respectivamente.

Individualmente, 25 dos 74 municípios pertencentes ao grupo 1 registrariam perdas. Consequentemente, 49, ou dois terços deles, teriam seus repasses majorados. Vila Pavão, Alto Rio Novo e Vila Valério seriam os municípios mais beneficiados com seus valores aumentados em mais de três vezes. Inversamente, os repasses per capita de Aracruz, Dolores do Rio Preto e Alegre cairia para menos da metade.

Tabela 28 – Distribuição do PAB pelo Índice de Necessidade de Saúde (INS)

(Continua)

Município	INS = IES + IDSS	Participação no INS	PAB proposto	PAB per capita proposto	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
						em R\$			
Afonso Cláudio	0,025	0,013	1.592.958,83	51,76	35,77	14,36	15,99	38,4	44,7
Água Doce do Norte	0,014	0,007	870.510,03	72,94	71,30	35,54	1,64	95,0	2,3
Alegre	0,025	0,012	1.572.440,13	51,60	103,75	14,20	-52,15	38,0	-50,3
Alfredo Chaves	0,010	0,005	659.189,43	47,14	41,13	9,74	6,01	26,0	14,6
Alto Rio Novo	0,030	0,015	1.901.069,31	306,72	90,97	269,32	215,75	720,0	237,2
Apiacá	0,011	0,006	712.233,34	93,51	103,17	56,10	-9,67	150,0	-9,4
Baixo Guandu	0,024	0,012	1.533.426,04	53,55	60,72	16,14	-7,17	43,2	-11,8
Bom Jesus do Norte	0,012	0,006	757.179,79	81,26	68,24	43,85	13,02	117,2	19,1
Divino de São Lourenço	0,015	0,007	922.524,77	190,72	82,59	153,32	108,14	409,9	130,9
Guaçuí	0,022	0,011	1.365.334,09	53,00	54,52	15,59	-1,52	41,7	-2,8
Ibatiba	0,019	0,010	1.228.524,56	62,52	52,60	25,12	9,92	67,2	18,9
Ibitirama	0,014	0,007	867.250,57	96,43	92,25	59,02	4,18	157,8	4,5
Itarana	0,016	0,008	1.008.606,83	95,43	62,36	58,03	33,07	155,1	53,0
Iúna	0,024	0,012	1.490.960,41	58,39	51,76	20,99	6,63	56,1	12,8
Jerônimo Monteiro	0,018	0,009	1.136.162,37	106,17	57,66	68,77	48,51	183,8	84,1
Laranja da Terra	0,014	0,007	909.659,08	84,21	66,43	46,81	17,78	125,1	26,8
Mantenópolis	0,015	0,008	956.185,65	83,41	81,21	46,01	2,21	123,0	2,7
Marataízes	0,023	0,011	1.434.957,90	45,96	31,23	8,56	14,73	22,9	47,2
Mimoso do Sul	0,022	0,011	1.381.961,19	52,73	72,31	15,33	-19,58	41,0	-27,1
Mucurici	0,017	0,008	1.076.305,52	187,02	98,10	149,62	88,92	400,0	90,6
Muniz Freire	0,021	0,011	1.336.305,68	73,44	55,73	36,03	17,71	96,3	31,8
Muqui	0,014	0,007	894.413,50	64,62	62,69	27,22	1,93	72,8	3,1
Pancas	0,019	0,010	1.219.970,45	66,07	80,49	28,66	-14,42	76,6	-17,9
Piúma	0,020	0,010	1.288.951,78	79,32	47,37	41,92	31,96	112,1	67,5
Rio Novo do Sul	0,024	0,012	1.508.071,36	135,73	71,84	98,32	63,89	262,9	88,9
São Roque do Canaã	0,013	0,007	847.945,45	81,23	52,77	43,82	28,46	117,2	53,9
Grupo 1.1	0,480	0,240	30.473.098,02	72,78	62,68	35,37	10,09	94,6	16,1
Águia Branca	0,014	0,007	889.086,47	95,80	34,40	58,39	61,40	156,1	178,5

(Continuação)

Município	INS = IES + IDSS	Participação no INS	PAB proposto	PAB per capita proposto	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
						em R\$			
Barra de São Francisco	0,024	0,012	1.524.663,74	38,47	14,47	1,07	24,00	2,9	165,8
Brejetuba	0,018	0,009	1.110.556,67	101,43	82,40	64,02	19,03	171,2	23,1
Cariacica	0,114	0,057	7.235.423,96	20,29	21,63	-17,11	-1,34	-45,7	-6,2
Castelo	0,022	0,011	1.421.716,25	44,08	37,36	6,68	6,72	17,9	18,0
Conceição do Castelo	0,019	0,009	1.181.978,75	104,36	46,85	66,95	57,51	179,0	122,8
Domingos Martins	0,021	0,011	1.355.065,95	43,47	50,32	6,06	-6,85	16,2	-13,6
Ecoporanga	0,021	0,010	1.326.001,39	56,92	75,30	19,51	-18,38	52,2	-24,4
Governador Lindenberg	0,009	0,004	556.561,91	56,28	69,42	18,87	-13,14	50,4	-18,9
Irupi	0,013	0,006	793.786,22	76,55	61,22	39,15	15,33	104,7	25,0
Nova Venécia	0,027	0,013	1.686.596,13	38,00	41,96	0,60	-3,96	1,6	-9,4
Pedro Canário	0,027	0,013	1.708.851,41	73,64	38,33	36,24	35,31	96,9	92,1
Rio Bananal	0,014	0,007	869.535,12	52,42	53,15	15,02	-0,73	40,1	-1,4
São Domingos do Norte	0,013	0,006	796.059,17	101,54	53,47	64,13	48,07	171,5	89,9
São Gabriel da Palha	0,019	0,010	1.232.021,68	42,66	38,64	5,26	4,02	14,1	10,4
São Mateus	0,039	0,020	2.504.597,49	25,98	34,38	-11,42	-8,40	-30,5	-24,4
Vargem Alta	0,022	0,011	1.372.088,41	76,82	62,90	39,41	13,91	105,4	22,1
Venda Nova do Imigrante	0,017	0,009	1.091.012,31	58,63	36,26	21,22	22,37	56,7	61,7
Vila Valério	0,020	0,010	1.264.078,40	92,63	29,28	55,23	63,35	147,6	216,3
Grupo 1.2	0,472	0,236	29.919.681,43	37,30	32,25	-0,10	5,06	-0,3	15,7
Dores do Rio Preto	0,004	0,002	260.724,51	42,70	87,80	5,29	-45,10	14,2	-51,4
Guarapari	0,043	0,021	2.699.524,75	27,53	31,40	-9,88	-3,87	-26,4	-12,3
Mariândia	0,017	0,008	1.059.399,02	103,60	60,33	66,19	43,27	177,0	71,7
São José do Calçado	0,015	0,008	974.525,83	92,20	64,25	54,79	27,95	146,5	43,5
Grupo 1.3	0,079	0,039	4.994.174,11	39,96	39,30	2,56	0,66	6,8	1,7
Boa Esperança	0,022	0,011	1.386.579,45	107,39	69,57	69,98	37,82	187,1	54,4
Fundão	0,022	0,011	1.387.218,21	91,21	52,83	53,81	38,39	143,8	72,7
Itaguaçu	0,019	0,010	1.207.253,37	86,97	58,25	49,57	28,72	132,5	49,3
Santa Teresa	0,017	0,009	1.101.785,89	54,60	54,80	17,20	-0,20	46,0	-0,4

(Continuação)

Município	INS = IES + IDSS	Participação no INS	PAB proposto	PAB per capita proposto	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
						em R\$			
Vila Pavão	0,018	0,009	1.173.343,02	134,79	35,94	97,38	98,85	260,3	275,0
Grupo 1.4	0,099	0,049	6.256.179,94	88,26	55,43	50,85	32,83	135,9	59,2
Atilio Vivacqua	0,014	0,007	901.513,01	101,54	104,23	64,14	-2,68	171,5	-2,6
Cachoeiro de Itapemirim	0,068	0,034	4.302.406,19	22,03	32,18	-15,37	-10,15	-41,1	-31,5
Colatina	0,043	0,021	2.702.384,20	25,34	35,77	-12,06	-10,43	-32,3	-29,2
Iconha	0,017	0,008	1.077.728,29	93,75	69,95	56,34	23,80	150,6	34,0
Itapemirim	0,020	0,010	1.293.675,41	41,96	40,29	4,55	1,67	12,2	4,1
Marechal Floriano	0,018	0,009	1.112.021,10	87,57	72,40	50,16	15,16	134,1	20,9
Santa Maria de Jetibá	0,020	0,010	1.280.847,59	40,22	41,36	2,82	-1,14	7,5	-2,7
Sooretama	0,020	0,010	1.261.335,69	57,68	45,42	20,28	12,26	54,2	27,0
Vila Velha	0,124	0,062	7.855.893,64	19,74	22,61	-17,67	-2,88	-47,2	-12,7
Grupo 1.5	0,344	0,172	21.787.805,13	26,65	30,95	-10,76	-4,30	-28,8	-13,9
Montanha	0,019	0,010	1.212.406,42	67,36	48,27	29,96	19,10	80,1	39,6
Serra	0,118	0,059	7.491.403,94	19,44	21,14	-17,97	-1,70	-48,0	-8,0
Grupo 1.6	0,137	0,069	8.703.810,36	21,58	22,35	-15,83	-0,77	-42,3	-3,5
Linhares	0,049	0,024	3.077.281,43	24,70	35,34	-12,70	-10,63	-34,0	-30,1
Viana	0,034	0,017	2.151.852,80	37,40	39,27	-0,01	-1,88	0,0	-4,8
Grupo 1.7	0,082	0,041	5.229.134,23	28,72	36,58	-8,69	-7,87	-23,2	-21,5
Conceição da Barra	0,022	0,011	1.403.406,55	53,50	55,63	16,10	-2,12	43,0	-3,8
Pinheiros	0,020	0,010	1.290.737,73	56,95	46,56	19,55	10,40	52,3	22,3
Grupo 1.8	0,042	0,021	2.694.144,28	55,10	51,42	17,70	3,68	47,3	7,2
Jaguaré	0,025	0,012	1.570.209,52	71,54	57,80	34,13	13,74	91,3	23,8
João Neiva	0,019	0,009	1.179.670,61	81,90	54,21	44,50	27,69	119,0	51,1
Grupo 1.9	0,043	0,022	2.749.880,13	75,65	56,38	38,24	19,27	102,2	34,2
Ibiraçu	0,013	0,006	806.333,58	78,19	51,72	40,79	26,47	109,0	51,2
Ponto Belo	0,012	0,006	766.913,77	112,27	76,83	74,86	35,44	200,1	46,1
Santa Leopoldina	0,015	0,007	945.565,31	76,57	45,65	39,16	30,92	104,7	67,7
Grupo 1	1,818	0,909	115.326.720	39,30	36,78	1,89	2,52	5,1	6,8

(Conclusão)

Município	INS = IES + IDSS	Participação no INS	PAB proposto	PAB per capita proposto	PAB per capita realizado em 2007	Ganhos e perdas em R\$		Ganhos e perdas em %	
						sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007	sobre o per capita médio	sobre o per capita realizado em 2007
Aracruz	0,031	0,015	1.959.422,03	26,71	68,82	-10,69	-42,11	-28,6	-61,2
Presidente Kennedy	0,023	0,012	1.462.874,92	141,93	76,48	104,53	65,46	279,4	85,6
Grupo 2	0,054	0,027	3.422.296,95	40,90	69,76	3,50	-28,86	9,4	-41,4
Anchieta	0,024	0,012	1.521.025,64	78,17	71,57	40,76	6,59	109,0	9,2
Vitória	0,104	0,052	6.582.127,68	20,96	32,57	-16,45	-11,61	-44,0	-35,7
Grupo 3	0,128	0,064	8.103.153,32	24,30	34,85	-13,11	-10,55	-35,0	-30,3
Total	2,000	1,000	126.852.170,55	37,41	37,41	0,00	0,00	0,0	0,0

Fonte: SIOPS e PNAD 2003. Elaboração própria.

3.3.5 – A variabilidade do gasto

A Tabela 29 apresenta a despesa municipal com saúde considerando o gasto com os recursos do município mais o repasse que ele recebe da União. A primeira coluna refere-se ao valor realizado em 2007 e as demais ao gasto que se obteria pela utilização de cada um dos critérios exposto anteriormente.

Tabela 29 – Comparativo das estatísticas do gasto municipal com saúde na atenção básica realizada em 2007 com os critérios de distribuição proposto

Estatísticas	Realizado	Proposto				Em reais
		Critério 1	Critério 2	Critério 3	Critério 4	
Máximo	783,27	753,45	756,89	822,83	789,86	
Mínimo	78,81	93,82	91,03	63,91	77,47	
Média	208,37	208,81	208,81	208,81	208,81	
Coeficiente de variação	47,2%	43,0%	43,7%	62,4%	50,8%	

Fonte: Siops / PNAD 2003. Elaboração própria

O coeficiente de variação do dispêndio com a atenção básica em 2007, foi de 47,2%. Ao aplicar o critério 4, necessidade de saúde, proposto por esse trabalho, os valores mínimo e máximo seriam idênticos aos verificados pela despesa realizada em 2007, mas o coeficiente de variação seria um pouco maior. No entanto, deve-se ressaltar que, nesse caso, a desigualdade seria favorável aos municípios mais carentes.

Isso acontece porque a proposta engloba o critério 3, na qual a União distribuiria mais recursos para aqueles municípios com piores indicadores socioeconômicos e epidemiológicos e o critério 2, pelo qual as cidades mais favorecidas seriam aquelas onde houvesse maior demanda.

3.4 – Fundo Estadual para Atenção Básica (FEAB)

Todos municípios capixabas aplicam em saúde o percentual mínimo exigido por lei, disso resulta uma grande diferença entre eles. Como se viu essa diferença não se reduz muito quando é somada a transferência da União. Como os repasses federais

não levam em consideração critérios eqüitativos, existem municípios com grande necessidade de saúde cujo orçamento para área é muito defasado.

Se o estado se preocupasse em fazer um fundo que elevasse o gasto per capita com atenção básica dos municípios, com grande necessidade de saúde e que estão abaixo da média, para média, qual seria o montante deste fundo?

Para responder essa pergunta não será considerado o gasto per capita dos municípios de 2007, porque algumas cidades aplicam com seus recursos um valor acima dos 15% mínimo exigido. Assim sendo, se o estado distribuísse o recurso para as cidades que estão abaixo da média, isso poderia ter como efeito induzir aquelas localidades que aplicam mais que o mínimo a reduzirem seus gastos para receber os repasses do estado. Portanto, calculou-se uma nova média de gasto per capita na atenção básica considerando a aplicação mínima de cada município mais a transferência da União.

A diferença entre o gasto per capita médio e o gasto per capita do município foi multiplicado pela população do município, para encontrar o montante que o estado repassaria para complementar os recursos do município.

Observa-se (Tabela 30) que dos 25 municípios com gasto per capita abaixo da média, 18 apresentaram uma participação no INS maior que a participação na população, ou seja, são cidades com grande necessidade de saúde que apresentam um gasto per capita muito defasado. Se o fundo proposto visasse aumentar o per capita dessas cidades para o valor médio de R\$ 176,47, o estado precisaria desembolsar um valor de R\$ 14,4 milhões.

Nota-se que essa política seria barata para o Estado do Espírito Santo já que em 2007, o orçamento para a saúde foi da ordem de R\$ 839,3 milhões.

Tabela 30 – Cálculo para formação do Fundo Estadual para Atenção Básica

(Continua)

Municípios	População	INS	Participação na população	Participação no INS	Gasto com recursos próprios per capita mínimo (A)	Tranf. União para Atenção Básica (B)	Gasto per capita (A) + (B)	Defasagem em relação ao gasto per capita médio	Recursos necessário para formação do FEAB
em R\$									
Afonso Cláudio	30.773	11,589	0,009	0,015	96,97	35,8	132,74	43,73	1.345.720,92
Água Doce do Norte	11.934	7,18	0,004	0,009	123,01	71,3	194,31		
Água Branca	9.281	8,132	0,003	0,01	149,17	34,4	183,57		
Alegre	30.473	11,314	0,009	0,015	96,89	103,7	200,64		
Alfredo Chaves	13.983	4,208	0,004	0,005	156,29	41,1	197,42		
Alto Rio Novo	6.198	21,191	0,002	0,027	167,04	91	258		
Anchieta	19.459	13,297	0,006	0,017	598,19	71,6	669,76		
Apiacá	7.617	6,17	0,002	0,008	148,35	103,2	251,53		
Aracruz	73.358	8,502	0,022	0,011	257,45	68,8	326,27		
Atilio Vivacqua	8.878	8,251	0,003	0,011	165,15	104,2	269,38		
Baixo Guandu	28.637	11,875	0,009	0,015	134,05	60,7	194,77		
Barra de São Francisco	39.630	9,6	0,012	0,012	99,3	14,5	113,78	62,7	2.484.660,98
Boa Esperança	12.912	13,281	0,004	0,017	144,3	69,6	213,87		
Bom Jesus do Norte	9.318	6,261	0,003	0,008	127,27	68,2	195,51		
Brejetuba	10.949	10,309	0,003	0,013	184,47	82,4	266,88		
Cachoeiro de Itapemirim	195.288	10,446	0,058	0,013	88,74	32,2	120,92		
Cariacica	356.536	14,764	0,106	0,019	54,3	21,6	75,93		
Castelo	32.250	9,119	0,01	0,012	130,28	37,4	167,64	8,83	284.695,78
Colatina	106.637	8,773	0,032	0,011	88,92	35,8	124,69		
Conceição da Barra	26.230	10,445	0,008	0,013	146,52	55,6	202,15		
Conceição do Castelo	11.326	11,356	0,003	0,015	189,15	46,8	236		

(Continuação)

Municípios	População	INS	Participação na população	Participação no INS	Gasto com recursos próprios per capita mínimo (A)	Tranf. União para Atenção Básica (B)	Gasto per capita (A) + (B)	Defasagem em relação ao gasto per capita médio	Recursos necessário para formação do FEAB
Divino de São Lourenço	4.837	9,437	0,001	0,012	210,57	82,6	293,16		
Domingos Martins	31.175	8,779	0,009	0,011	125,67	50,3	175,99	0,49	15.121,76
Dores do Rio Preto	6.106	0,964	0,002	0,001	177,23	87,8	265,03		
Ecoporanga	23.296	10,407	0,007	0,013	129,4	75,3	204,7		
Fundão	15.209	13,049	0,005	0,017	140,69	52,8	193,52		
Governador Lindenberg	9.890	3,907	0,003	0,005	191,14	69,4	260,56		
Guaçuí	25.761	9,937	0,008	0,013	95,27	54,5	149,8	26,67	687.135,09
Guarapari	98.073	10,328	0,029	0,013	89,02	31,4	120,42		
Ibatiba	19.649	9,79	0,006	0,013	107,68	52,6	160,28	16,19	318.140,16
Ibiraçu	10.312	6,865	0,003	0,009	177,95	51,7	229,66		
Ibitirama	8.994	7,753	0,003	0,01	163,37	92,2	255,62		
Iconha	11.496	9,819	0,003	0,013	168,04	70	237,99		
Irupi	10.369	6,699	0,003	0,009	142,98	61,2	204,2		
Itaguaçu	13.881	10,681	0,004	0,014	146,49	58,2	204,74		
Itapemirim	30.833	8,38	0,009	0,011	131,18	40,3	171,47	5	154.293,45
Itarana	10.569	8,941	0,003	0,011	146,04	62,4	208,4		
Iúna	25.533	11,646	0,008	0,015	103,91	51,8	155,68	20,8	531.008,65
Jaguaré	21.949	14,242	0,007	0,018	175,88	57,8	233,68		
Jerônimo Monteiro	10.701	10,73	0,003	0,014	121,83	57,7	179,49		
João Neiva	14.403	10,131	0,004	0,013	153,09	54,2	207,3		
Laranja da Terra	10.802	7,929	0,003	0,01	144,75	66,4	211,18		
Linhares	124.564	11,996	0,037	0,015	130,47	35,3	165,8		

(Continuação)

Municípios	População	INS	Participação na população	Participação no INS	Gasto com recursos próprios per capita mínimo (A)	Tranf. União para Atenção Básica (B)	Gasto per capita (A) + (B)	Defasagem em relação ao gasto per capita médio	Recursos necessário para formação do FEAB
Mantenópolis	11.463	8,557	0,003	0,011	143,7	81,2	224,9		
Marataízes	31.221	9,331	0,009	0,012	86,41	31,2	117,64	58,83	1.836.811,50
Marechal Floriano	12.699	9,926	0,004	0,013	204,41	72,4	276,82		
Marilândia	10.226	9,94	0,003	0,013	155,8	60,3	216,13		
Mimoso do Sul	26.208	10,187	0,008	0,013	104,89	72,3	177,2		
Montanha	17.998	10,484	0,005	0,013	127,95	48,3	176,22	0,25	4.545,56
Mucurici	5.755	11,115	0,002	0,014	230,1	98,1	328,19		
Muniz Freire	18.196	11,523	0,005	0,015	132,06	55,7	187,79		
Muqui	13.841	7,174	0,004	0,009	111,05	62,7	173,75	2,72	37.714,98
Nova Venécia	44.380	10,399	0,013	0,013	100,72	42	142,68	33,79	1.499.518,51
Pancas	18.465	9,973	0,006	0,013	119,13	80,5	199,63		
Pedro Canário	23.204	15,611	0,007	0,02	108,55	38,3	146,88	29,59	686.692,59
Pinheiros	22.663	10,524	0,007	0,013	120,2	46,6	166,76	9,72	220.217,37
Piúma	16.249	11,176	0,005	0,014	118,04	47,4	165,41	11,07	179.803,78
Ponto Belo	6.831	7,218	0,002	0,009	167,95	76,8	244,78		
Presidente Kennedy	10.307	15,123	0,003	0,019	149,35	76,5	225,82		
Rio Bananal	16.587	6,382	0,005	0,008	150,82	53,2	203,98		
Rio Novo do Sul	11.111	15,116	0,003	0,019	130,54	71,8	202,37		
Santa Leopoldina	12.349	7,939	0,004	0,01	167,42	45,7	213,08		
Santa Maria de Jetibá	31.845	8,26	0,01	0,011	138,46	41,4	179,81		
Santa Teresa	20.179	8,106	0,006	0,01	131,45	54,8	186,25		
São Domingos do Norte	7.840	7,214	0,002	0,009	174,71	53,5	228,18		

(Conclusão)

Municípios	População	INS	Participação na população	Participação no INS	Gasto com recursos próprios per capita mínimo (A)	Tranf. União para Atenção Básica (B)	Gasto per capita (A) + (B)	Defasagem em relação ao gasto per capita médio	Recursos necessário para formação do FEAB
São Gabriel da Palha	28.878	8,389	0,009	0,011	96,54	38,6	135,18	41,29	1.192.380,31
São José do Calçado	10.570	8,752	0,003	0,011	144,02	64,3	208,27		
São Mateus	96.390	9,449	0,029	0,012	97,25	34,4	131,63		
São Roque do Canaã	10.439	7,248	0,003	0,009	144,46	52,8	197,23		
Serra	385.370	14,204	0,115	0,018	156,26	21,1	177,4		
Sooretama	21.867	10,495	0,007	0,013	103,04	45,4	148,46	28,01	612.518,12
Vargem Alta	17.862	11,849	0,005	0,015	134,48	62,9	197,38		
Venda Nova do Imigrante	18.610	8,732	0,006	0,011	178,29	36,3	214,55		
Viana	57.539	13,598	0,017	0,017	97,84	39,3	137,12	39,35	2.264.396,92
Vila Pavão	8.705	11,852	0,003	0,015	159,49	35,9	195,43		
Vila Valério	13.646	11,782	0,004	0,015	161,48	29,3	190,77		
Vila Velha	398.068	11,537	0,119	0,015	81,95	22,6	104,56		
Vitória	314.042	12,367	0,094	0,016	349,52	32,6	382,1		
Total	3.351.672	780,002	1,000	1,000	139,07	37,4	176,47	4,28	14.355.376,43

Fonte: SIOPS / pnad 2003. Elaboração própria.

Adicionando o valor per capita encontrado, para os municípios que seriam beneficiados pelo Fundo Estadual para Atenção Básica (FEAB), ao gasto per capita realizado em 2007, a nova distribuição teria uma média de R\$ 212,65 (Tabela 31). Os valores extremos permaneceriam os mesmos, pois Cariacica que possui o menor gasto per capita não foi beneficiado por ter uma participação no INS abaixo da participação na população. Com relação a desigualdade a implemetação do FEAB teria como efeito reduzir o coeficiente de variação de observado em 2007, de 47,2% para 43,5%.

Tabela 31 – Comparativo das estatísticas do gasto municipal com saúde na atenção básica realizada em 2007 com gasto per capita incluindo o FEAB

Estatísticas	Realizado	Realizado + FEAB
Máximo	783,27	783,27
Mínimo	78,81	78,81
Média	208,37	212,65
Coeficiente de variação	47,2%	43,5%

Fonte: Siops / PNAD 2003. Elaboração própria

CONCLUSÃO

A partir dos anos 90, houve uma grande redução das desigualdades na alocação de recursos tanto regional como por Unidade da Federação. A diminuição das desigualdades deve ser atribuída tanto às estratégias de alocação de recursos do governo federal para esse fim, como pelo aumento da massa de recursos aplicados na saúde por estados e municípios com a promulgação da EC 29.

No entanto, persistem elevadas desigualdades na alocação de recursos entre os municípios. Do ponto de vista da equidade, os municípios mais pobres, com maior demanda por saúde e piores condições epidemiológicas e socioeconômicas deveriam receber maior volume de recursos per capita da União. Entretanto, ao realizar transferências para a saúde o governo federal não leva em consideração essas variáveis.

Segundo a metodologia proposta neste trabalho, verificou-se que quando se trata da demanda por serviços de saúde, a população, que é um dos critérios que a União utiliza para distribuir seus recursos, capta de maneira significativa às necessidades de saúde. Nesse sentido, a população é bom critério para se efetuar os repasses. No entanto, quando se adiciona o perfil epidemiológico e socioeconômico do município, verifica-se que a maioria das cidades tem recebido menos recursos do que necessitam.

A distribuição pela necessidade de saúde, que leva em consideração a demanda por serviços de saúde e os perfis epidemiológicos e socioeconômicos, chega ao mesmo resultado, ou seja, muitas cidades pobres, cuja necessidade de saúde é grande recebem menos do que deveriam. Se a metodologia proposta fosse aplicada aos recursos que a União transfere para os municípios a título de atenção básica, as cidades mais pobres pertencentes ao grupo 1 seriam beneficiadas, tanto na comparação com o valor per capita médio, quanto com o repasse por habitante realizado, em 2007.

Destaca-se que além das cidades mais carentes, a metodologia beneficia as localidades de menor porte populacional, isso porque, a padronização das variáveis

tende a fornecer mais recursos para os municípios que estão abaixo da média. A ressalva que deve ser feita aos resultados encontrados diz respeito a qualidade dos indicadores de saúde dos municípios, que devem ser melhorados para que uma política desse nível possa ser aplicada sem distorção.

Se a intenção fosse distribuir os recursos da forma mais igualitária possível os resultados do coeficiente de variação mostram que há uma superioridade dos critérios em vigor sobre o critério proposto. Porém, o objetivo da proposta é alcançar uma distribuição mais eqüitativa, ou seja: não se pretende alcançar cotas per capita iguais para cada município, na medida em que estes são desiguais entre si em termos de necessidades de serviços de saúde.

Enfim, a criação de um fundo estadual para saúde que tivesse por objetivo elevar os recursos das cidades que tivessem, ao mesmo tempo, uma grande necessidade de saúde e poucos recursos para aplicar no setor, teria como efeito a redução da desigualdade do gasto per capita na atenção básica. Nessa hipótese, a distribuição seria mais igualitária e elevaria os recursos dos municípios mais vulneráveis. Deve-se destacar ainda que ao se comparar com os recursos aplicados pelo Estado na saúde, esse fundo seria extremamente barato.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, et al. **Metodologia de Alocação Eqüitativa de Recursos**: uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. Mimeo.

BARROS, M.E.; PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. **Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília: Ipea, 1996. (Texto para Discussão, n.401).

BORGES, A.J.M & VILLELA, T.M.C (orgs). **Finanças dos Municípios Capixabas**. V12, 2006. Vitória, ES: Aequus Consultoria, 2006.

_____. _____. V14, 2008. Vitória, ES: Aequus Consultoria, 2008.

_____. _____. V10, 2004. Vitória, ES: Aequus Consultoria, 2004.

_____. **Multi Cidades – Finanças dos Municípios do Brasil**. V4, 2008. Vitória, ES: Aequus Consultoria, 2008.

BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 02 de dez 2007.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 02 de dez 2007.

_____. Norma Operacional Básica nº 01/1991 – Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 02 de dez 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/93. **Diário Oficial da União**, 24 de maio de 1993. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 02 de dez 2007.

_____. _____. Portaria nº 2.203, de 06 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica – NOB 01/96. **Diário Oficial da União**, 06 de novembro de

1996. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 02 de dez 2007.

_____. _____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 23 de fevereiro de 2006. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 02 de dez 2007.

_____. _____. Portaria nº 2.047, de 05 de novembro de 2002. Aprova as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000. **Diário Oficial da União**, 07 de novembro de 2002. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 02 de dez 2007.

_____. _____. **O sistema público de saúde brasileiro**. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 23 nov 2008.

_____. _____. **Regionalização da assistência a saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Distrito Federal: MS, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0017_M.pdf>. Acesso em: 07 jan 2009.

_____. _____. **A implantação da EC 29: apresentação dos dados do SIOPS, 2000 a 2003**. Brasília: SIOPS, 2005. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Implanta%C3%A7%C3%A3o_EC_29_dados_SIOPS.PDF>. Acesso em: 02 de dez 2007.

_____. Senado Federal. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/EC%2029%20-%202000.htm>>. Acesso em: 02 de dez 2007.

CAMPELLI, M.G.R. & CALVO, M.C.M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 209 no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007.

CARVALHO, Marcelo. **Efeitos das emendas parlamentares ao orçamento na redução das desigualdades regionais**. 2007. 56 f. Monografia (Curso de especialização em Orçamento Público) – Programa de Pós-Graduação em Orçamento Público, Tribunal de Contas da União, Distrito Federal, 2007.

CAVALCANTI, T. & BAER, W. Saúde no processo de desenvolvimento do Brasil. In: W. Baer. **A Economia Brasileira**. São Paulo: Nobel, 2002. p. 435-451.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DA SAÚDE (CONASS). Nota técnica 13/2006: Para entender o Pacto pela saúde 2006. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2013-06.pdf>>. Acesso em: 13 de abr 2008.

CRUZ, C.D. **Programa GENES: análise multivariada e simulação**. Viçosa: Ed. UFV, 2006.

DACHS, N. Inequidades em salud: como estudiarlas. In: H Restrepo & H Malaga. **Promoción de la salud: como construir vida saludable**. Editorial Médica Panamericana.

DAIN, S. (2001) O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade**, n. 17. IE/UNICAMP: Campinas.

DUARTE, A.J.M.A et al. Transferências fiscais intergovernamentais no Brasil - avaliação das transferências federais, com ênfase no sistema único de saúde. Seminário sobre Política Fiscal na América Latina, 2008. Disponível em: <http://www.eclac.cl/brasil/default.asp>. Acesso em: 6 mai 2008.

ESPIRITO SANTO. Lei Complmentar nº 317 de 30 de dezembro de 2004 - Organiza o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo – SES/ES, altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde – SESA e do Instituto Estadual de Saúde Pública – IESP, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 20 de mai 2009.

_____. Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 20 de mai 2009.

FAVERET, A.C et al. 2001. Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde. **Cadernos de Economia da Saúde**, Brasília, série J, n. 4, 2001.

GARSON, S. Regiões metropolitanas e o financiamento do desenvolvimento urbano. In: BORGES, A.J.M & VILLELA, T.M.C (orgs). **Finanças dos Municípios Paulistas**. V4, 2005. Vitória, ES: Aequus Consultoria, 2005.

GIRALDES, M. R. **Distribuição Equitativa da Despesa em Cuidados de Saúde primários**. Tese para concurso de professor na ENSP/Portugal, 1987.

INDRIUNAS, L. "**HowStuffWorks - História da saúde pública no Brasil**". Publicado em 27 de dezembro de 2007 (atualizado em 10 de julho de 2008) <http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>. Acesso em: 10 ago de 2008.

KILSZTAJN, S. & SILVA, D.F. Distribuição regional dos serviços de saúde no Brasil. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 12,2000, Caxambu. Anais... Recife, ABEP, 2000.

LEITE M.G. et al. Metodologia de alocação eqüitativa de recursos financeiros da saúde no Brasil. 2007. Disponível em: <<http://www.abresbrasil.org.br/pdf/22.pdf>>. Acesso em: 07 dez 2008.

MÉDICI, A.C. **Perfil da saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 1997. (Texto para Discussão, n.472).

MENDES, A et al. **Apuração do gasto SUS regionalizado no Estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.

MONTEIRO, C.; INDRIUNAS, L. "**HowStuffWorks - Como funciona o SUS - Sistema Único de Saúde**". Publicado em 27 de dezembro de 2007 (atualizado em 18 de julho de 2008) <http://pessoas.hsw.uol.com.br/sus3.htm>. Acesso em: 10 ago de 2008.

PELEGRINI, M.L.M.; CASTRO, J.D., DRACHLER, M.L. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 2, p. 275-286, 2005.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das Políticas de Saúde no Brasil - Uma Pequena Revisão**. [S.l.]: [1999]. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso: 28 ago 2008.

RIBEIRO, J.A.; PIOLA, S.F; SERVO, L.M. **As novas configurações de antigos problemas**: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. *Divulgação e Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n 37, p. 1-25, jan 2007

SCHNEIDER, A. et al. **Financiamento do SUS**: A luta pela efetivação do direito humano à saúde. Passo Fundo: Fórum Sul da Saúde, 2005.

SOUZA, Renilson Rehem de. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8(2), p. 449-460, 2003.

TEIXEIRA, H.V. & BARROSO, V.G. **Gasto público com saúde no Brasil: possibilidades e desafios**. Belo Horizonte, Brasil. 2003.

UGÁ, M.A.D et al. Descentralização e Alocação de Recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UGÁ, M.A.D; SANTOS, I.S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 22, p. 1597-1609, 2005.

UNIÃO DOS MUNICÍPIOS DA BAHIA (UPB). **Má distribuição de recursos gera pobreza**. Bahia: Núcleo de estudos municipalistas, 2005. Disponível em:

<<http://www.upb.org.br/pdf/MADISTRIBUICAOdasReceitas.pdf>>. Acesso em: 10 dez 2008.

_____. **Entendendo o repasse do ICMS aos municípios e o aumento das desigualdades sociais.** Bahia: Núcleo de estudos municipalistas, 2004. Disponível em: <<http://www.upb.org.br/pdf/07122005-ENTENDENDOOREPASSEDOICMS.pdf>>. Acesso em: 10 dez 2008.

Nunes A. A alocação eqüitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; 2004.

VIANNA, S; PIOLA; S, GUERRA, A; CAMARGO, S. **O financiamento da descentralização dos Serviços de Saúde.** Organização Panamericana da Saúde. Serie Economía e Financiamento n° 1. Brasília, nov de 1990.

SARTORIS, A. Medidas de posição e dispersão. In: _____. **Estatística e Introdução à Econometria.** São Paulo: Saraiva, 2003, cap. 1, p. 31-56.

TEIXEIRA, H.V. & TEIXEIRA, M.G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência e Saúde Coletiva: Economia e Gestão da Política de Saúde.** Volume 8 número 2, 2003.

TOBAR, F et al. 2003. **Modelos eqüitativos de distribuição de recursos sanitários.** Disponível em <<http://www.opas.org.br/serviços/Arquivos/sala5205.pdf>>. Acesso em: 5 de ago 2008.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO: 1998, Rio de Janeiro: IBGE, [2000]. CD-ROM dos microdados.

PORTO, S et al. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 23 p. 1393-1404, 2007.

ZUCCHI, P., DEL NERO, C., MALIK, A. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Revista de Administração Pública,** v. 32, n. 5, p. 125-147, 1998.

Anexo A – Renda municipal per capita e receita municipal per capita

(Continua)

Município	Renda per capita	Receita
	2005	municipal per capita 2003-2005
	em R\$	
Afonso Cláudio	4.671	581
Água Doce do Norte	5.005	716
Água Branca	6.848	877
Alegre	4.765	582
Alfredo Chaves	5.310	696
Alto Rio Novo	4.916	971
Anchieta	61.990	1.800
Apiacá	4.149	888
Aracruz	32.894	1.821
Atílio Vivácqua	9.003	1.135
Baixo Guandu	5.579	841
Barra de São Francisco	6.495	579
Boa Esperança	7.975	826
Bom Jesus do Norte	4.980	756
Brejetuba	7.022	787
Cachoeiro de Itapemirim	8.979	501
Cariacica	6.783	318
Castelo	7.009	674
Colatina	9.633	654
Conceição da Barra	14.746	784
Conceição do Castelo	6.677	925
Divino de São Lourenço	4.851	1.081
Domingos Martins	6.829	756
Dores do Rio Preto	5.866	955
Ecoporanga	6.029	802
Fundão	7.921	901
Governador Lindenberg	6.810	915
Guaçuí	5.134	592
Guarapari	5.835	583
Ibatiba	4.978	738
Ibiraçu	12.623	903
Ibitirama	4.617	718
Iconha	10.046	829
Irupi	6.458	805
Itaguaçu	8.051	770
Itapemirim	9.928	609
Itarana	5.003	680
Iúna	4.809	599
Jaguaré	17.250	1.419
Jerônimo Monteiro	4.420	677
João Neiva	16.661	808
Laranja da Terra	4.300	780
Linhares	11.798	790

Município	(Conclusão)	
	Renda per capita 2005	Receita municipal per capita 2003- 2005
	em R\$	
Mantenópolis	4.781	892
Marataízes	4.806	435
Marechal Floriano	9.844	989
Marilândia	5.896	832
Mimoso do Sul	5.575	650
Montanha	18.760	908
Mucurici	4.752	1.271
Muniz Freire	4.612	656
Muqui	4.450	732
Nova Venécia	6.737	658
Pancas	4.480	774
Pedro Canário	6.177	573
Pinheiros	14.026	703
Piúma	4.989	645
Ponto Belo	4.070	1.023
Presidente Kennedy	29.623	1.347
Rio Bananal	6.586	800
Rio Novo do Sul	5.457	715
Santa Leopoldina	10.410	909
Santa Maria de Jetibá	9.280	732
Santa Teresa	7.782	870
São Domingos do Norte	6.125	821
São Gabriel da Palha	7.043	583
São José do Calçado	5.922	932
São Mateus	7.318	687
São Roque do Canaã	5.438	717
Serra	18.869	672
Sooretama	9.101	674
Vargem Alta	7.567	817
Venda Nova do Imigrante	7.497	825
Viana	11.187	626
Vila Pavão	8.469	879
Vila Valério	6.988	823
Vila Velha	9.492	510
Vitória	47.855	1.563

Anexo B – Consultas e internações (sem partos e tratamentos psiquiátricos) esperadas e padronizadas

(Continua)

Município	Consultas esperadas	Internações esperadas	Consultas Internações	
			Padronizadas	
Afonso Cláudio	99.040	2.871	-0,13	-0,12
Água Doce do Norte	37.569	1.087	-0,39	-0,39
Água Branca	27.737	796	-0,44	-0,44
Alegre	98.252	2.911	-0,13	-0,12
Alfredo Chaves	42.498	1.242	-0,37	-0,37
Alto Rio Novo	19.276	553	-0,47	-0,48
Anchieta	63.650	1.832	-0,28	-0,28
Apiacá	24.328	725	-0,45	-0,45
Aracruz	206.070	5.821	0,33	0,32
Atilio Vivacqua	27.902	818	-0,44	-0,44
Baixo Guandu	84.796	2.473	-0,19	-0,18
Barra de São Francisco	231.098	6.606	0,44	0,44
Boa Esperança	41.160	1.179	-0,38	-0,38
Bom Jesus do Norte	30.640	910	-0,42	-0,42
Brejetuba	36.040	992	-0,40	-0,41
Cachoeiro de Itapemirim	573.794	16.568	1,92	1,96
Cariacica	1.023.577	28.836	3,86	3,82
Castelo	103.818	3.023	-0,11	-0,10
Colatina	325.980	9.407	0,85	0,87
Conceição da Barra	83.790	2.368	-0,19	-0,20
Conceição do Castelo	32.839	950	-0,41	-0,42
Divino de São Lourenço	15.432	441	-0,49	-0,49
Domingos Martins	97.923	2.812	-0,13	-0,13
Dores do Rio Preto	19.960	576	-0,47	-0,47
Ecoporanga	70.155	2.035	-0,25	-0,25
Fundão	44.095	1.285	-0,37	-0,36
Governador Lindenberg	29.482	853	-0,43	-0,43
Guaçuí	82.805	2.428	-0,20	-0,19
Guarapari	306.320	8.711	0,77	0,76
Ibatiba	62.682	1.788	-0,29	-0,29
Ibiraçu	31.057	899	-0,42	-0,42
Ibitirama	29.463	835	-0,43	-0,43
Iconha	36.316	1.051	-0,40	-0,40
Irupi	31.512	895	-0,42	-0,42
Itaguaçu	45.888	1.356	-0,36	-0,35
Itapemirim	93.257	2.664	-0,15	-0,16
Itarana	36.477	1.069	-0,40	-0,40
Iúna	81.714	2.329	-0,20	-0,21
Jaguaré	59.818	1.673	-0,30	-0,31
Jerônimo Monteiro	33.325	985	-0,41	-0,41
João Neiva	48.896	1.437	-0,35	-0,34
Laranja da Terra	33.639	989	-0,41	-0,41

(Conclusão)

Município	Consultas esperadas	Internações esperadas	Consultas Internações	
			Padronizadas	
Linhares	348.795	9.854	0,95	0,94
Mantenópolis	33.055	961	-0,41	-0,41
Marataízes	104.089	2.977	-0,11	-0,11
Marechal Floriano	40.801	1.172	-0,38	-0,38
Marilândia	31.417	918	-0,42	-0,42
Mimoso do Sul	82.204	2.409	-0,20	-0,19
Montanha	49.717	1.453	-0,34	-0,34
Mucurici	18.266	529	-0,48	-0,48
Muniz Freire	56.780	1.634	-0,31	-0,31
Muqui	41.273	1.219	-0,38	-0,37
Nova Venécia	132.159	3.777	0,01	0,01
Pancas	58.538	1.678	-0,30	-0,30
Pedro Canário	64.150	1.814	-0,28	-0,28
Pinheiros	62.679	1.813	-0,29	-0,28
Piúma	53.861	1.532	-0,32	-0,33
Ponto Belo	19.378	570	-0,47	-0,47
Presidente Kennedy	28.447	828	-0,43	-0,43
Rio Bananal	48.865	1.387	-0,35	-0,35
Rio Novo do Sul	35.982	1.058	-0,40	-0,40
Santa Leopoldina	39.701	1.156	-0,39	-0,38
Santa Maria de Jetibá	93.129	2.638	-0,15	-0,16
Santa Teresa	63.406	1.866	-0,28	-0,28
São Domingos do Norte	24.373	713	-0,45	-0,45
São Gabriel da Palha	82.350	2.368	-0,20	-0,20
São José do Calçado	32.913	989	-0,41	-0,41
São Mateus	287.242	8.056	0,68	0,66
São Roque do Canaã	32.765	951	-0,41	-0,42
Serra	1.083.710	30.052	4,12	4,01
Sooretama	59.239	1.648	-0,30	-0,31
Vargem Alta	58.716	1.670	-0,30	-0,31
Venda Nova do Imigrante	54.091	1.533	-0,32	-0,33
Viana	168.855	4.725	0,17	0,16
Vila Pavão	24.674	706	-0,45	-0,45
Vila Valério	41.209	1.172	-0,38	-0,38
Vila Velha	1.164.454	33.398	4,47	4,51
Vitória	929.307	27.068	3,45	3,55

Fonte: PNAD 2003

ANEXO C – Variáveis socioeconômicas

(Continua)

Município	RDRI	DAAA	DISA	DCLA	PA	PRA5	DPCM	PRAU	RD	MA	IA65	MIF	TF	MD	DSSPC em R\$
	em percentual média														
Afonso Cláudio	0,09	0,46	0,36	0,42	0,85	0,18	0,16	0,45	0,09	0,02	0,07	0,64	2,4	3,77	137
Água Doce do Norte	0,13	0,55	0,24	0,23	0,78	0,20	0,12	0,25	0,09	0,04	0,07	0,64	2,6	3,75	132
Águia Branca	0,09	0,27	0,22	0,23	0,84	0,29	0,17	0,48	0,09	0,03	0,06	0,64	2,3	3,83	175
Alegre	0,08	0,69	0,53	0,64	0,85	0,19	0,21	0,62	0,09	0,02	0,08	0,62	3	3,62	195
Alfredo Chaves	0,06	0,42	0,35	0,43	0,89	0,15	0,13	0,41	0,08	0,02	0,07	0,64	2,4	3,67	124
Alto Rio Novo	0,07	0,55	0,41	0,37	0,81	0,23	0,15	0,51	0,09	0,06	0,06	0,66	2,4	3,76	222
Anchieta	0,10	0,72	0,06	0,73	0,91	0,14	0,19	0,69	0,09	0,03	0,06	0,66	2,4	3,82	425
Apiacá	0,06	0,69	0,61	0,64	0,85	0,17	0,20	0,65	0,08	0,02	0,09	0,62	2,5	3,58	206
Aracruz	0,13	0,86	0,65	0,85	0,91	0,14	0,20	0,84	0,10	0,03	0,05	0,68	2,2	3,96	376
Atílio Vivácqua	0,05	0,52	0,45	0,54	0,88	0,15	0,17	0,49	0,09	0,01	0,07	0,64	2,6	3,68	285
Baixo Guandu	0,10	0,75	0,63	0,64	0,86	0,18	0,24	0,71	0,09	0,03	0,07	0,62	2,5	3,59	203
Barra de São Francisco	0,07	0,63	0,46	0,50	0,82	0,21	0,20	0,55	0,09	0,03	0,07	0,64	2,6	3,58	130
Boa Esperança	0,09	0,70	0,26	0,60	0,83	0,20	0,19	0,67	0,09	0,05	0,06	0,64	2,3	3,80	188
Bom Jesus do Norte	0,06	0,90	0,75	0,90	0,89	0,15	0,25	0,91	0,09	0,02	0,09	0,63	2,1	3,33	186
Brejetuba	0,04	0,08	0,11	0,15	0,79	0,28	0,08	0,15	0,12	0,06	0,03	0,65	2,9	4,21	200
Cachoeiro de Itapemirim	0,08	0,91	0,81	0,90	0,92	0,13	0,23	0,89	0,09	0,03	0,06	0,66	1,9	3,56	94
Cariacica	0,11	0,96	0,64	0,76	0,92	0,13	0,26	0,97	0,10	0,03	0,05	0,67	2,2	3,64	61
Castelo	0,07	0,64	0,52	0,61	0,90	0,13	0,17	0,53	0,08	0,03	0,07	0,64	2,9	3,63	160
Colatina	0,06	0,82	0,73	0,80	0,90	0,15	0,22	0,81	0,08	0,02	0,06	0,66	2,4	3,57	217
Conceição da Barra	0,15	0,83	0,09	0,66	0,81	0,23	0,23	0,73	0,11	0,06	0,05	0,64	3	3,87	185
Conceição do Castelo	0,05	0,44	0,08	0,46	0,84	0,18	0,16	0,40	0,09	0,04	0,07	0,65	2,2	3,75	200
Divino de São Lourenço	0,04	0,39	0,30	0,33	0,82	0,22	0,11	0,33	0,11	0,02	0,06	0,65	3,3	3,72	204
Domingos Martins	0,10	0,29	0,22	0,47	0,90	0,15	0,12	0,19	0,09	0,02	0,06	0,64	2,3	3,85	152
Dores do Rio Preto	0,02	0,55	0,44	0,51	0,83	0,21	0,14	0,51	0,10	0,04	0,06	0,63	2,4	3,50	182
Ecoporanga	0,11	0,63	0,35	0,41	0,78	0,23	0,22	0,54	0,10	0,03	0,07	0,64	2,6	3,60	197
Fundão	0,11	0,80	0,31	0,79	0,88	0,15	0,23	0,84	0,09	0,03	0,07	0,64	2,3	3,57	178
Governador Lindenberg	0,06	0,82	0,73	0,80	0,90	0,15	0,22	0,81	0,08	0,02	0,07	0,65	2,4	3,57	242
Guaçuí	0,08	0,77	0,70	0,75	0,87	0,19	0,23	0,76	0,10	0,04	0,07	0,63	2,4	3,63	144
Guarapari	0,10	0,85	0,35	0,84	0,92	0,14	0,23	0,93	0,10	0,04	0,05	0,67	2,1	3,57	87
Ibatiba	0,03	0,53	0,51	0,53	0,80	0,25	0,18	0,55	0,10	0,04	0,06	0,64	2,7	3,73	143
Ibiraçu	0,08	0,82	0,71	0,79	0,90	0,15	0,22	0,73	0,09	0,02	0,07	0,65	2,2	3,84	229
Ibitirama	0,03	0,36	0,27	0,31	0,79	0,26	0,11	0,28	0,12	0,04	0,05	0,64	2,8	3,93	172

(Continuação)

Município	RDRI	DAAA	DISA	DCLA	PA	em percentual				RD	MA	IA65	MIF	TF		MD	DSSPC em R\$
						PRA5	DPCM	PRAU	em percentual					média			
Iconha	0,10	0,54	0,32	0,63	0,89	0,14	0,14	0,42	0,07	0,02	0,06	0,66	2,4	3,65	213		
Irupi	0,03	0,40	0,34	0,35	0,81	0,26	0,11	0,34	0,11	0,02	0,06	0,64	2,6	3,77	159		
Itaguaçu	0,05	0,53	0,07	0,45	0,87	0,16	0,17	0,48	0,08	0,02	0,08	0,63	2,7	3,66	186		
Itapemirim	0,13	0,64	0,09	0,57	0,88	0,18	0,16	0,58	0,10	0,04	0,06	0,65	2,8	3,76	261		
Itarana	0,05	0,38	0,14	0,45	0,88	0,16	0,14	0,31	0,09	0,02	0,08	0,62	2,2	3,85	172		
Iúna	0,02	0,57	0,51	0,53	0,83	0,22	0,18	0,53	0,10	0,03	0,06	0,65	2,5	3,68	102		
Jaguaré	0,06	0,62	0,26	0,60	0,85	0,18	0,15	0,55	0,11	0,05	0,04	0,66	2,8	4,01	354		
Jerônimo Monteiro	0,08	0,71	0,61	0,65	0,86	0,19	0,20	0,66	0,09	0,02	0,09	0,62	2,6	3,57	173		
João Neiva	0,08	0,87	0,76	0,84	0,90	0,14	0,20	0,69	0,07	0,02	0,08	0,65	2,2	3,75	250		
Laranja da Terra	0,15	0,33	0,19	0,28	0,86	0,17	0,13	0,26	0,07	0,01	0,08	0,63	2,4	3,64	174		
Linhares	0,07	0,82	0,48	0,78	0,88	0,17	0,22	0,83	0,10	0,03	0,05	0,66	2,2	3,83	268		
Mantenópolis	0,09	0,61	0,52	0,46	0,80	0,22	0,19	0,60	0,10	0,03	0,07	0,63	2,7	3,61	222		
Marataízes	0,06	0,80	0,16	0,73	0,89	0,15	0,20	0,78	0,10	0,03	0,06	0,66	2,5	3,63	91		
Marechal Floriano	0,04	0,43	0,19	0,58	0,90	0,15	0,15	0,43	0,09	0,03	0,07	0,64	2,3	3,65	188		
Marilândia	0,03	0,47	0,35	0,45	0,88	0,16	0,11	0,40	0,07	0,02	0,07	0,66	2,4	3,68	275		
Mimoso do Sul	0,02	0,54	0,37	0,46	0,85	0,20	0,18	0,51	0,08	0,02	0,07	0,64	2,6	3,59	182		
Montanha	0,13	0,73	0,56	0,73	0,81	0,23	0,24	0,75	0,09	0,01	0,07	0,63	2,4	3,65	188		
Mucurici	0,20	0,57	0,35	0,46	0,75	0,25	0,20	0,54	0,09	0,04	0,06	0,61	2,6	3,74	261		
Muniz Freire	0,06	0,41	0,30	0,37	0,84	0,20	0,15	0,37	0,10	0,03	0,06	0,63	2,4	3,88	145		
Muqui	0,10	0,66	0,36	0,58	0,87	0,18	0,22	0,64	0,08	0,02	0,08	0,62	2,7	3,71	203		
Nova Venécia	0,09	0,68	0,52	0,57	0,86	0,19	0,21	0,64	0,10	0,02	0,06	0,65	2,4	3,68	159		
Pancas	0,17	0,46	0,42	0,38	0,84	0,22	0,17	0,44	0,10	0,02	0,06	0,64	2,6	3,81	193		
Pedro Canário	0,14	0,90	0,23	0,86	0,81	0,23	0,22	0,92	0,11	0,04	0,05	0,65	2,9	3,88	140		
Pinheiros	0,14	0,76	0,65	0,70	0,82	0,22	0,24	0,66	0,09	0,05	0,07	0,64	2,4	3,66	162		
Piúma	0,03	0,92	0,44	0,91	0,90	0,15	0,22	0,94	0,10	0,03	0,05	0,64	2,7	3,55	162		
Ponto Belo	0,17	0,73	0,36	0,65	0,78	0,27	0,23	0,78	0,09	0,04	0,08	0,63	2,6	3,62	267		
Presidente Kennedy	0,15	0,38	0,21	0,21	0,79	0,25	0,18	0,26	0,09	0,03	0,06	0,64	2,8	3,61	310		
Rio Bananal	0,04	0,27	0,19	0,28	0,87	0,16	0,09	0,27	0,09	0,03	0,06	0,67	2,3	3,90	230		
Rio Novo do Sul	0,09	0,53	0,43	0,58	0,89	0,15	0,17	0,51	0,08	0,02	0,08	0,64	2,4	3,69	156		
Santa Leopoldina	0,09	0,23	0,06	0,24	0,83	0,18	0,12	0,20	0,09	0,03	0,07	0,63	2,7	3,79	147		
Santa Maria de Jetibá	0,11	0,25	0,10	0,34	0,86	0,15	0,12	0,18	0,10	0,03	0,05	0,65	2,8	4,00	185		
Santa Teresa	0,07	0,46	0,27	0,53	0,88	0,17	0,14	0,47	0,08	0,02	0,08	0,64	2,3	3,77	183		
São Domingos do Norte	0,11	0,37	0,28	0,34	0,83	0,22	0,13	0,36	0,08	0,03	0,07	0,65	2,4	3,75	189		
São Gabriel da Palha	0,07	0,70	0,64	0,64	0,88	0,16	0,20	0,69	0,08	0,03	0,06	0,67	2,1	3,67	129		
São José do Calçado	0,06	0,72	0,63	0,70	0,85	0,18	0,21	0,66	0,08	0,01	0,10	0,61	2,8	3,34	210		

(Continuação)

Município	RDRI	DAAA	DISA	DCLA	PA	em percentual				RD	MA	IA65	MIF	média		DSSPC em R\$
						PRA5	DPCM	PRAU	TF					MD		
São Mateus	0,10	0,77	0,55	0,75	0,88	0,17	0,21	0,77	0,10	0,04	0,04	0,67	2,5	3,82	171	
São Roque do Canaã	0,03	0,42	0,20	0,47	0,89	0,16	0,11	0,43	0,08	0,02	0,07	0,64	2,3	3,79	177	
Serra	0,12	0,97	0,62	0,94	0,93	0,13	0,25	1,00	0,10	0,04	0,03	0,69	2,3	3,71	128	
Sooretama	0,11	0,65	0,14	0,56	0,84	0,20	0,15	0,63	0,12	0,05	0,04	0,65	2,8	3,95	150	
Vargem Alta	0,02	0,29	0,02	0,59	0,87	0,19	0,11	0,28	0,10	0,04	0,06	0,64	2,7	3,91	201	
Venda Nova do Imigrante	0,05	0,52	0,52	0,71	0,91	0,15	0,13	0,61	0,09	0,03	0,05	0,68	2,2	3,78	209	
Viana	0,12	0,85	0,54	0,72	0,92	0,14	0,23	0,93	0,10	0,03	0,04	0,68	2,2	3,60	114	
Vila Pavão	0,08	0,29	0,16	0,25	0,83	0,23	0,12	0,23	0,09	0,03	0,06	0,64	2,1	3,71	154	
Vila Valério	0,06	0,27	0,21	0,25	0,85	0,19	0,12	0,30	0,09	0,03	0,06	0,65	2,3	3,79	146	
Vila Velha	0,08	0,98	0,65	0,96	0,95	0,10	0,29	1,00	0,08	0,02	0,05	0,67	1,9	3,47	102	
Vitória	0,06	0,99	0,90	0,99	0,96	0,09	0,34	1,00	0,08	0,02	0,06	0,67	1,7	3,39	245	

Fonte: IBGE

Anexo D – Variáveis epidemiológicas

(Continua)

Município	OIPNP	OISDC	OIDDD	MPDAC	MPDIP	MPN	MPCE	TMPI	MI	TIATV	TIAP65	THPM por 100 mil hab.
Afonso Cláudio	0,71	0,00	0,00	0,42	0,01	0,16	0,14	5,29	21,19	0,00	0,00	44,22
Água Doce do Norte	0,25	0,00	0,00	0,24	0,00	0,11	0,08	5,83	28,81	0,00	0,00	14,89
Águia Branca	0,33	0,00	0,00	0,33	0,00	0,06	0,10	5,73	30,30	0,00	0,00	0,00
Alegre	0,38	0,00	0,15	0,41	0,02	0,16	0,07	6,21	30,71	0,00	0,00	0,00
Alfredo Chaves	0,00	0,00	0,00	0,41	0,00	0,18	0,10	3,61	6,47	0,00	0,00	25,35
Alto Rio Novo	0,50	0,00	0,00	0,39	0,00	0,18	0,16	8,73	17,00	15,07	0,00	83,66
Anchieta	0,45	0,00	0,00	0,26	0,01	0,23	0,19	6,83	18,48	0,00	4,58	32,85
Apiacá	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	0,08	0,04	2,76	21,82	0,00	0,00	24,06
Aracruz	0,53	0,00	0,00	0,31	0,03	0,12	0,15	5,62	10,56	0,00	0,00	54,40
Atílio Vivácqua	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,17	0,19	5,18	17,42	0,00	0,00	59,27
Baixo Guandu	0,50	0,00	0,00	0,43	0,03	0,10	0,15	5,74	13,69	3,54	0,00	59,48
Barra de São Francisco	0,67	0,00	0,00	0,32	0,02	0,07	0,15	6,09	15,66	0,00	0,00	58,00
Boa Esperança	0,75	0,25	0,00	0,37	0,00	0,18	0,17	6,74	14,23	0,00	0,00	65,39
Bom Jesus do Norte	1,00	0,00	0,00	0,40	0,04	0,08	0,08	1,95	20,53	0,00	0,00	0,00
Brejetuba	0,00	0,00	0,00	0,39	0,04	0,08	0,20	6,41	13,05	0,00	0,00	85,74
Cachoeiro de Itapemirim	0,55	0,02	0,04	0,30	0,04	0,17	0,13	5,99	18,49	1,03	0,00	31,27
Cariacica	0,36	0,03	0,06	0,32	0,04	0,14	0,23	6,89	15,67	0,56	0,00	134,87
Castelo	0,50	0,00	0,00	0,37	0,03	0,19	0,12	5,54	13,97	0,00	0,00	20,72
Colatina	0,68	0,00	0,08	0,25	0,03	0,15	0,12	5,52	17,43	0,00	0,00	28,63
Conceição da Barra	0,50	0,00	0,00	0,28	0,02	0,10	0,19	6,58	14,51	0,00	0,00	72,48
Conceição do Castelo	0,80	0,20	0,00	0,24	0,03	0,16	0,09	6,17	24,52	0,00	0,00	49,11
Divino de São Lourenço	0,33	0,17	0,00	0,32	0,03	0,03	0,06	5,60	33,33	0,00	0,00	36,13
Domingos Martins	0,57	0,00	0,00	0,32	0,03	0,22	0,15	5,42	8,45	0,00	0,00	32,64
Dores do Rio Preto	0,00	0,00	0,00	0,26	0,00	0,05	0,11	2,91	14,93	0,00	0,00	0,00
Ecoporanga	0,33	0,17	0,17	0,34	0,04	0,11	0,16	5,37	19,37	0,00	0,00	47,71
Fundão	0,57	0,00	0,00	0,23	0,04	0,12	0,30	5,77	16,53	0,00	0,00	111,12
Governador Lindenberg	0,00	0,00	0,00	0,26	0,00	0,15	0,22	4,40	5,85	0,00	0,00	0,00
Guaçuí	0,63	0,00	0,13	0,34	0,05	0,19	0,06	5,05	26,85	0,00	0,00	0,00
Guarapari	0,41	0,00	0,06	0,32	0,04	0,13	0,20	5,50	10,09	0,00	0,95	70,67
Ibatiba	0,33	0,00	0,00	0,34	0,04	0,09	0,21	5,09	20,31	0,00	0,00	43,02
Ibiraçu	0,00	0,00	0,00	0,21	0,04	0,13	0,26	4,90	9,88	0,00	0,00	51,67
Ibitirama	0,67	0,33	0,00	0,32	0,00	0,11	0,11	4,41	19,40	0,00	0,00	0,00

(Continuação)

Município	OIPNP	OISDC	OIDD	MPDAC	MPDIP	MPN	MPCE	TMPI	MI	TIATV	TIAP65	THPM por 100 mil hab.
	em proporção					por mil habitantes						
Iconha	1,00	0,00	0,00	0,44	0,10	0,10	0,12	3,96	18,39	0,00	0,00	0,00
Irupi	0,33	0,00	0,17	0,49	0,00	0,02	0,06	4,68	19,40	0,00	0,00	0,00
Itaguaçu	0,00	0,67	0,00	0,22	0,05	0,27	0,18	4,81	15,65	0,00	0,00	60,79
Itapemirim	0,30	0,00	0,10	0,28	0,03	0,15	0,12	4,75	17,69	0,00	3,12	23,02
Itarana	1,00	0,00	0,00	0,44	0,03	0,08	0,14	4,41	11,44	0,00	0,00	15,39
Iúna	0,60	0,00	0,00	0,39	0,02	0,11	0,14	5,83	24,25	0,00	0,00	46,05
Jaguaré	0,50	0,10	0,00	0,23	0,01	0,19	0,26	6,75	17,83	0,00	0,00	120,87
Jerônimo Monteiro	1,00	0,00	0,00	0,43	0,00	0,20	0,05	5,94	19,55	0,00	0,00	0,00
João Neiva	0,50	0,00	0,00	0,32	0,03	0,19	0,11	5,65	22,40	0,00	0,00	32,37
Laranja da Terra	1,00	0,00	0,00	0,42	0,00	0,24	0,06	4,76	6,13	0,00	0,00	0,00
Linhares	0,41	0,10	0,14	0,26	0,03	0,13	0,21	6,32	12,73	0,00	0,00	109,99
Mantenópolis	0,00	0,00	0,00	0,36	0,03	0,12	0,11	5,81	22,91	0,00	0,00	34,33
Marataízes	0,62	0,00	0,00	0,30	0,03	0,14	0,12	5,16	23,70	0,00	0,00	25,35
Marechal Floriano	0,60	0,00	0,00	0,36	0,03	0,17	0,16	5,34	9,63	0,00	0,00	65,47
Marilândia	0,75	0,00	0,00	0,29	0,02	0,27	0,17	4,23	18,07	0,00	0,00	16,91
Mimoso do Sul	0,44	0,11	0,11	0,37	0,06	0,09	0,09	5,76	23,40	0,00	0,00	26,81
Montanha	1,00	0,00	0,00	0,29	0,04	0,11	0,19	5,76	13,68	0,00	0,00	34,21
Mucurici	0,80	0,00	0,20	0,29	0,00	0,11	0,18	4,72	22,95	0,00	0,00	63,09
Muniz Freire	0,40	0,00	0,00	0,45	0,02	0,11	0,10	6,30	22,88	0,00	0,00	59,35
Muqui	0,00	0,00	0,00	0,36	0,01	0,11	0,10	6,53	15,31	0,00	0,00	27,65
Nova Venécia	0,80	0,10	0,00	0,28	0,04	0,15	0,17	5,99	15,47	0,00	0,00	24,25
Pancas	0,20	0,20	0,00	0,35	0,04	0,10	0,14	5,84	18,16	0,00	0,00	55,87
Pedro Canário	0,71	0,00	0,07	0,24	0,01	0,09	0,24	7,28	25,19	0,00	0,00	134,15
Pinheiros	0,67	0,00	0,00	0,28	0,03	0,10	0,17	7,00	15,45	0,00	0,00	43,66
Piúma	1,00	0,00	0,00	0,29	0,02	0,13	0,16	5,83	19,49	0,00	0,00	39,81
Ponto Belo	1,00	0,00	0,00	0,42	0,03	0,14	0,03	4,87	10,68	0,00	0,00	0,00
Presidente Kennedy	1,00	0,00	0,00	0,31	0,02	0,15	0,15	6,29	10,31	10,38	0,00	59,29
Rio Bananal	0,67	0,00	0,00	0,30	0,08	0,08	0,17	3,58	12,78	0,00	0,00	10,34
Rio Novo do Sul	1,00	0,00	0,00	0,36	0,03	0,12	0,16	5,52	17,63	0,00	8,29	45,38
Santa Leopoldina	0,50	0,00	0,00	0,38	0,01	0,12	0,12	4,94	18,04	0,00	0,00	14,06
Santa Maria de Jetibá	0,63	0,00	0,00	0,39	0,01	0,12	0,14	5,09	13,23	0,00	0,00	17,26
Santa Teresa	0,67	0,00	0,00	0,34	0,02	0,21	0,07	5,48	14,90	0,00	0,00	0,00
São Domingos do Norte	0,00	0,00	0,00	0,29	0,05	0,11	0,14	6,36	11,90	0,00	0,00	44,47
São Gabriel da Palha	0,33	0,00	0,00	0,37	0,03	0,14	0,15	5,57	13,68	0,00	0,00	25,02
São José do Calçado	0,00	0,00	0,00	0,44	0,04	0,13	0,07	3,92	24,28	0,00	0,00	72,35

(Conclusão)

Município	OIPNP	OISDC	OIDDD	MPDAC	MPDIP	MPN	MPCE	TMPI	MI	TIATV	TIAP65	THPM por 100 mil hab.
	em proporção					por mil habitantes						
São Mateus	0,46	0,04	0,04	0,26	0,03	0,13	0,16	5,85	15,91	0,00	0,00	58,69
São Roque do Canaã	0,00	0,00	0,00	0,37	0,00	0,23	0,12	5,29	11,20	0,00	0,00	32,79
Serra	0,38	0,01	0,02	0,31	0,04	0,13	0,25	6,76	13,74	1,04	0,00	128,03
Sooretama	0,29	0,00	0,14	0,26	0,05	0,08	0,19	6,33	16,16	0,00	0,00	88,96
Vargem Alta	1,00	0,00	0,00	0,37	0,00	0,24	0,19	4,88	18,36	0,00	0,00	9,10
Venda Nova do Imigrante	0,60	0,20	0,00	0,37	0,00	0,19	0,15	4,85	10,70	0,00	0,00	9,26
Viana	0,47	0,00	0,00	0,29	0,05	0,14	0,22	7,04	15,36	0,00	0,00	113,03
Vila Pavão	0,00	0,00	0,00	0,23	0,00	0,17	0,23	5,78	29,13	0,00	0,00	87,41
Vila Valério	1,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,16	0,31	4,33	15,36	0,00	0,00	50,44
Vila Velha	0,44	0,01	0,04	0,32	0,04	0,15	0,17	5,75	14,58	1,01	0,00	83,85
Vitória	0,46	0,02	0,02	0,32	0,04	0,19	0,18	5,79	13,79	0,96	0,32	94,15

Fonte: SESA-ES

Anexo E – Variáveis socioeconômicas padronizadas

(Continua)

Município	RDRI	PDAE	DCLA	PA	PRA5	DPCM	PRAU	RD	MA	IA65	MIF	TF	MD	DSSPC
Afonso Cláudio	0,27	-0,45	-0,76	-0,31	-0,10	-0,50	-0,57	-0,58	-1,24	0,28	-0,39	-0,24	0,40	-0,82
Água Doce do Norte	1,13	-0,55	-1,66	-1,89	0,46	-1,31	-1,46	0,21	1,00	0,21	-0,43	0,48	0,26	-0,91
Águia Branca	0,25	-1,29	-1,65	-0,52	2,44	-0,18	-0,43	-0,26	0,39	-0,48	-0,11	-0,61	0,80	-0,21
Alegre	-0,06	0,55	0,32	-0,20	0,18	0,60	0,20	-0,37	-0,88	1,59	-1,31	1,92	-0,60	0,10
Alfredo Chaves	-0,48	-0,61	-0,71	0,76	-0,82	-1,00	-0,72	-1,36	-1,07	0,82	-0,19	-0,24	-0,27	-1,04
Alto Rio Novo	-0,35	-0,10	-0,98	-1,12	1,09	-0,55	-0,28	0,02	2,42	-0,30	0,85	-0,24	0,33	0,54
Anchieta	0,46	-0,55	0,75	1,20	-0,96	0,26	0,49	-0,56	-0,37	-0,22	0,84	-0,24	0,73	3,78
Apiacá	-0,66	0,77	0,32	-0,19	-0,35	0,30	0,31	-0,80	-0,70	1,73	-1,47	0,12	-0,87	0,28
Aracruz	1,10	1,31	1,35	1,18	-0,99	0,46	1,17	0,73	0,25	-1,34	1,77	-0,97	1,66	2,99
Atílio Vivácqua	-0,92	-0,08	-0,15	0,50	-0,72	-0,25	-0,38	-0,20	-1,72	0,78	-0,26	0,48	-0,20	1,55
Baixo Guandu	0,44	0,98	0,32	-0,12	-0,04	1,13	0,57	0,01	0,04	0,80	-1,37	0,12	-0,80	0,23
Barra de São Francisco	-0,19	0,22	-0,36	-0,84	0,69	0,48	-0,11	-0,06	-0,02	0,31	-0,39	0,48	-0,87	-0,94
Boa Esperança	0,28	-0,10	0,14	-0,60	0,46	0,27	0,43	0,29	1,85	-0,37	-0,12	-0,61	0,60	-0,02
Bom Jesus do Norte	-0,61	1,66	1,58	0,77	-0,78	1,48	1,45	-0,62	-0,91	1,78	-0,82	-1,33	-2,54	-0,04
Brejetuba	-1,09	-2,07	-2,05	-1,54	2,31	-2,03	-1,88	3,08	2,87	-2,33	0,37	1,56	3,33	0,18
Cachoeiro de Itapemirim	-0,18	1,85	1,60	1,43	-1,35	0,94	1,38	-0,31	-0,21	-0,32	0,64	-2,05	-1,00	-1,52
Cariacica	0,82	1,51	0,91	1,36	-1,20	1,67	1,71	0,53	0,27	-1,41	1,49	-0,97	-0,47	-2,03
Castelo	-0,44	0,41	0,16	0,88	-1,13	-0,29	-0,19	-0,92	-0,38	0,65	-0,07	1,56	-0,54	-0,46
Colatina	-0,51	1,40	1,10	0,96	-0,88	0,80	1,03	-1,00	-0,84	0,00	0,95	-0,24	-0,94	0,46
Conceição da Barra	1,60	-0,21	0,41	-1,10	1,22	1,06	0,67	1,72	2,50	-1,11	-0,17	1,92	1,06	-0,06
Conceição do Castelo	-0,79	-1,24	-0,55	-0,46	-0,11	-0,36	-0,76	-0,18	1,04	0,11	0,41	-0,97	0,26	0,18
Divino de São Lourenço	-1,12	-0,78	-1,16	-0,95	0,99	-1,36	-1,07	1,76	-0,96	-0,36	0,20	3,00	0,06	0,24
Domingos Martins	0,48	-1,25	-0,50	0,85	-0,79	-1,16	-1,71	-0,34	-0,69	-0,05	-0,09	-0,61	0,93	-0,59
Dores do Rio Preto	-1,49	-0,05	-0,32	-0,65	0,73	-0,77	-0,27	0,39	0,78	-0,11	-0,89	-0,24	-1,40	-0,11
Ecoporanga	0,68	-0,04	-0,78	-1,75	1,21	0,70	-0,17	0,34	-0,35	0,48	-0,65	0,48	-0,74	0,13
Fundão	0,60	0,28	1,06	0,47	-0,84	0,90	1,16	0,02	-0,36	0,68	-0,60	-0,61	-0,94	-0,17
Governador Lindenberg	-0,51	1,40	1,10	0,96	-0,88	0,80	1,03	-1,11	-0,84	0,45	0,21	-0,24	-0,94	0,86
Guaçuí	-0,16	1,21	0,88	0,15	0,24	0,97	0,82	0,38	1,06	0,66	-0,83	-0,24	-0,54	-0,71
Guarapari	0,53	0,49	1,31	1,32	-1,09	0,96	1,58	0,34	1,03	-0,93	1,23	-1,33	-0,94	-1,62
Ibatiba	-1,25	0,10	-0,19	-1,29	1,56	-0,10	-0,12	1,06	1,01	-0,47	-0,32	0,84	0,13	-0,73
Ibiraçu	-0,01	1,35	1,06	0,88	-0,74	0,68	0,68	-0,54	-0,90	0,25	0,28	-0,97	0,86	0,64
Ibitirama	-1,26	-0,94	-1,30	-1,59	1,90	-1,39	-1,30	2,19	1,28	-0,85	-0,45	1,20	1,46	-0,27
Iconha	0,54	-0,36	0,28	0,80	-0,99	-0,91	-0,70	-1,57	-0,56	-0,02	0,94	-0,24	-0,40	0,39
Irupi	-1,29	-0,65	-1,07	-1,14	1,74	-1,33	-1,05	1,55	-0,65	-0,64	-0,14	0,48	0,40	-0,47

(Continuação)

Município	RDRI	PDAE	DCLA	PA	PRA5	DPCM	PRAU	RD	MA	IA65	MIF	TF	MD	DSSPC
Itaguaçu	-0,78	-1,00	-0,57	0,25	-0,57	-0,29	-0,41	-1,18	-0,61	1,54	-0,95	0,84	-0,34	-0,04
Itapemirim	1,34	-0,67	-0,01	0,50	-0,10	-0,34	0,00	0,66	1,12	-0,61	0,29	1,20	0,33	1,15
Itarana	-0,79	-1,22	-0,62	0,52	-0,63	-0,74	-1,19	-0,58	-0,74	1,22	-1,29	-0,97	0,93	-0,27
Iúna	-1,61	0,21	-0,19	-0,71	0,89	0,01	-0,20	0,88	0,13	-0,50	0,12	0,12	-0,20	-1,39
Jaguaré	-0,58	-0,32	0,14	-0,17	-0,05	-0,55	-0,13	1,45	2,16	-1,58	0,86	1,20	2,00	2,65
Jerônimo Monteiro	-0,07	0,82	0,40	-0,11	0,14	0,41	0,38	-0,48	-0,65	1,90	-1,81	0,48	-0,94	-0,24
João Neiva	-0,15	1,60	1,30	0,92	-0,99	0,38	0,48	-1,61	-0,66	1,17	0,55	-0,97	0,26	0,98
Laranja da Terra	1,67	-1,20	-1,41	0,01	-0,26	-1,07	-1,39	-1,76	-1,90	1,18	-1,23	-0,24	-0,47	-0,23
Linhares	-0,27	0,77	0,99	0,44	-0,23	0,75	1,10	0,74	0,30	-1,22	0,88	-0,97	0,80	1,26
Mantenópolis	0,15	0,35	-0,55	-1,28	0,90	0,23	0,12	0,58	0,17	0,44	-0,88	0,84	-0,67	0,54
Marataízes	-0,65	-0,09	0,75	0,79	-0,82	0,36	0,88	0,38	-0,22	-0,66	0,82	0,12	-0,54	-1,56
Marechal Floriano	-1,04	-0,97	0,06	0,87	-0,87	-0,58	-0,63	-0,28	-0,26	0,21	-0,62	-0,61	-0,40	-0,02
Marilândia	-1,34	-0,45	-0,59	0,43	-0,44	-1,38	-0,77	-1,91	-0,80	0,77	0,55	-0,24	-0,20	1,38
Mimoso do Sul	-1,60	-0,23	-0,56	-0,15	0,41	0,08	-0,30	-0,85	-1,27	0,75	-0,39	0,48	-0,80	-0,11
Montanha	1,24	0,75	0,75	-1,11	1,09	1,19	0,76	-0,48	-1,45	0,78	-1,07	-0,24	-0,40	-0,01
Mucurici	2,98	-0,21	-0,55	-2,51	1,63	0,38	-0,18	0,26	0,55	-0,05	-2,06	0,48	0,20	1,15
Muniz Freire	-0,51	-0,74	-0,97	-0,56	0,40	-0,60	-0,93	0,93	0,16	0,04	-0,75	-0,24	1,13	-0,70
Muqui	0,34	0,06	0,05	0,17	0,02	0,77	0,28	-0,91	-0,70	1,51	-1,42	0,84	0,00	0,23
Nova Venécia	0,15	0,50	-0,01	0,07	0,15	0,50	0,27	0,32	-0,46	-0,39	0,51	-0,24	-0,20	-0,48
Pancas	2,16	-0,32	-0,92	-0,43	0,80	-0,28	-0,61	0,56	-0,48	-0,45	-0,24	0,48	0,66	0,06
Pedro Canário	1,52	0,33	1,40	-1,27	1,05	0,77	1,51	1,53	1,25	-1,14	0,08	1,56	1,13	-0,78
Pinheiros	1,55	1,04	0,60	-0,91	0,98	1,19	0,35	-0,14	1,41	0,17	-0,13	-0,24	-0,34	-0,42
Piúma	-1,26	0,93	1,64	1,03	-0,84	0,75	1,60	0,58	-0,16	-0,86	-0,15	0,84	-1,07	-0,43
Ponto Belo	2,25	0,22	0,37	-1,84	2,06	0,90	0,88	-0,60	0,78	1,00	-0,83	0,48	-0,60	1,25
Presidente Kennedy	1,83	-1,03	-1,76	-1,72	1,56	0,04	-1,37	0,15	0,26	0,06	-0,65	1,20	-0,67	1,93
Rio Bananal	-1,06	-1,37	-1,42	0,23	-0,45	-1,74	-1,37	-0,13	-0,31	-0,56	1,54	-0,61	1,26	0,65
Rio Novo do Sul	0,29	-0,09	0,05	0,77	-0,68	-0,12	-0,29	-0,88	-0,52	0,94	-0,24	-0,24	-0,14	-0,52
Santa Leopoldina	0,13	-1,79	-1,64	-0,61	-0,07	-1,14	-1,67	0,03	-0,02	0,72	-1,23	0,84	0,53	-0,66
Santa Maria de Jetibá	0,71	-1,67	-1,15	-0,08	-0,84	-1,22	-1,76	0,99	-0,16	-0,97	0,20	1,20	1,93	-0,05
Santa Teresa	-0,41	-0,69	-0,19	0,34	-0,41	-0,80	-0,47	-1,31	-0,67	1,24	-0,38	-0,61	0,40	-0,10
São Domingos do Norte	0,82	-0,89	-1,14	-0,59	0,82	-0,97	-0,95	-1,16	-0,25	0,67	0,11	-0,24	0,26	0,01
São Gabriel da Palha	-0,29	0,87	0,32	0,45	-0,59	0,37	0,50	-0,68	0,28	-0,17	1,35	-1,33	-0,27	-0,96
São José do Calçado	-0,67	0,92	0,63	-0,12	-0,13	0,49	0,38	-1,02	-1,46	2,56	-2,22	1,20	-2,47	0,34
São Mateus	0,42	0,83	0,88	0,38	-0,19	0,60	0,84	1,03	0,79	-1,64	1,53	0,12	0,73	-0,28
São Roque do Canaã	-1,39	-0,96	-0,51	0,58	-0,52	-1,48	-0,66	-0,89	-1,28	0,58	-0,20	-0,61	0,53	-0,19
Serra	1,06	1,50	1,76	1,63	-1,26	1,35	1,84	1,09	0,53	-2,32	2,75	-0,61	0,00	-0,96
Sooretama	0,78	-0,55	-0,06	-0,48	0,43	-0,53	0,22	2,55	1,72	-1,75	0,12	1,20	1,60	-0,62

(Conclusão)

Município	RDR	PDAE	DCLA	PA	PRA5	DPCM	PRAU	RD	MA	IA65	MIF	TF	MD	DSSPC
Vargem Alta	-1,52	-1,75	0,08	0,15	0,08	-1,49	-1,29	0,93	1,09	-0,47	-0,11	0,84	1,33	0,20
Venda Nova do Imigrante	-0,74	0,11	0,66	1,15	-0,80	-1,03	0,16	-0,62	0,05	-1,03	2,09	-0,97	0,46	0,33
Viana	0,88	1,02	0,70	1,30	-1,08	1,08	1,54	0,36	0,25	-1,77	2,19	-0,97	-0,74	-1,20
Vila Pavão	-0,07	-1,41	-1,56	-0,70	1,02	-1,29	-1,51	-0,29	-0,19	-0,20	-0,14	-1,33	0,00	-0,56
Vila Valério	-0,63	-1,33	-1,55	-0,26	0,16	-1,31	-1,23	0,05	-0,36	-0,51	0,12	-0,61	0,53	-0,68
Vila Velha	-0,19	1,62	1,88	2,13	-1,95	2,22	1,85	-0,74	-0,91	-0,74	1,64	-2,05	-1,60	-1,38
Vitória	-0,48	2,27	2,05	2,34	-2,29	3,15	1,86	-1,40	-0,60	-0,15	1,59	-2,77	-2,14	0,91

Fonte: IBGE. Elaboração própria

Anexo F – Variáveis epidemiológicas padronizadas

(Continua)

Município	POINF	PMDOEN	MPCE	TMPI	MI	TINCAIDS	THPM
Afonso Cláudio	0,49	1,08	-0,22	-0,18	0,69	-0,28	0,00
Água Doce do Norte	-0,94	-1,93	-1,17	0,33	2,00	-0,28	-0,82
Águia Branca	-0,69	-1,30	-0,85	0,23	2,26	-0,28	-1,24
Alegre	-0,05	1,28	-1,41	0,68	2,33	-0,28	-1,24
Alfredo Chaves	-1,71	1,19	-0,85	-1,76	-1,86	-0,28	-0,53
Alto Rio Novo	-0,17	0,92	0,14	3,05	-0,04	6,18	1,11
Anchieta	-0,31	0,01	0,75	1,26	0,22	1,68	-0,32
Apiacá	-1,71	2,32	-1,83	-2,55	0,79	-0,28	-0,56
Aracruz	-0,07	-0,41	-0,01	0,13	-1,15	-0,28	0,29
Atílio Vivácqua	-1,71	-0,67	0,73	-0,28	0,04	-0,28	0,43
Baixo Guandu	-0,17	0,75	-0,01	0,24	-0,61	1,24	0,43
Barra de São Francisco	0,34	-1,17	0,01	0,57	-0,27	-0,28	0,39
Boa Esperança	1,37	0,62	0,30	1,19	-0,52	-0,28	0,60
Bom Jesus do Norte	1,37	0,31	-1,16	-3,31	0,57	-0,28	-1,24
Brejetuba	-1,71	0,18	0,80	0,87	-0,72	-0,28	1,17
Cachoeiro de Itapemirim	0,16	0,18	-0,40	0,48	0,22	0,16	-0,36
Cariacica	-0,31	0,06	1,45	1,32	-0,27	-0,04	2,55
Castelo	-0,17	1,16	-0,43	0,06	-0,56	-0,28	-0,66
Colatina	0,63	-0,74	-0,47	0,04	0,04	-0,28	-0,44
Conceição da Barra	-0,17	-1,25	0,78	1,03	-0,47	-0,28	0,80
Conceição do Castelo	1,37	-0,79	-1,00	0,64	1,26	-0,28	0,14
Divino de São Lourenço	-0,17	-1,36	-1,42	0,11	2,78	-0,28	-0,22
Domingos Martins	0,05	0,86	0,04	-0,06	-1,51	-0,28	-0,32
Dores do Rio Preto	-1,71	-2,26	-0,73	-2,42	-0,40	-0,28	-1,24
Ecoporanga	0,34	-0,18	0,16	-0,11	0,37	-0,28	0,10
Fundão	0,05	-1,26	2,49	0,27	-0,12	-0,28	1,89
Governador Lindenberg	-1,71	-1,04	1,16	-1,02	-1,96	-0,28	-1,24
Guaçuí	0,60	1,12	-1,52	-0,40	1,66	-0,28	-1,24
Guarapari	-0,26	-0,01	0,93	0,02	-1,23	0,13	0,75
Ibatiba	-0,69	-0,38	1,00	-0,37	0,53	-0,28	-0,03
Ibiraçu	-1,71	-1,48	1,95	-0,55	-1,27	-0,28	0,21
Ibitirama	1,37	-0,79	-0,68	-1,00	0,38	-0,28	-1,24
Iconha	1,37	1,75	-0,56	-1,42	0,20	-0,28	-1,24
Irupi	-0,17	0,19	-1,43	-0,75	0,38	-0,28	-1,24
Itaguaçu	0,34	0,57	0,47	-0,62	-0,27	-0,28	0,47
Itapemirim	-0,48	-0,52	-0,47	-0,69	0,08	1,06	-0,59
Itarana	1,37	0,75	-0,10	-1,00	-1,00	-0,28	-0,81
Iúna	0,14	0,35	-0,16	0,33	1,21	-0,28	0,05
Jaguaré	0,14	-0,89	1,82	1,19	0,11	-0,28	2,16
Jerônimo Monteiro	1,37	1,65	-1,61	0,43	0,40	-0,28	-1,24
João Neiva	-0,17	0,55	-0,69	0,15	0,89	-0,28	-0,33
Laranja da Terra	1,37	2,08	-1,42	-0,68	-1,91	-0,28	-1,24
Linhares	0,31	-0,98	1,08	0,79	-0,78	-0,28	1,85
Mantenedópolis	-1,71	0,25	-0,72	0,31	0,98	-0,28	-0,28
Marataízes	0,19	-0,35	-0,51	-0,30	1,12	-0,28	-0,53
Marechal Floriano	0,14	0,79	0,12	-0,14	-1,31	-0,28	0,60
Marilândia	0,60	1,10	0,30	-1,17	0,15	-0,28	-0,77
Mimoso do Sul	0,34	0,27	-0,99	0,26	1,07	-0,28	-0,49
Montanha	1,37	-0,76	0,77	0,27	-0,61	-0,28	-0,28

(Conclusão)

Município	POINF	PMCDON	MPCE	TMPI	MI	TINCAIDS	THPM
Mucurici	1,37	-1,29	0,50	-0,72	0,99	-0,28	0,53
Muniz Freire	-0,48	0,94	-0,83	0,77	0,98	-0,28	0,43
Muqui	-1,71	-0,12	-0,90	0,98	-0,33	-0,28	-0,46
Nova Venécia	1,06	-0,44	0,44	0,48	-0,30	-0,28	-0,56
Pancas	-0,48	0,00	-0,10	0,34	0,16	-0,28	0,33
Pedro Canário	0,71	-1,92	1,50	1,69	1,38	-0,28	2,53
Pinheiros	0,34	-1,08	0,43	1,42	-0,31	-0,28	-0,01
Piúma	1,37	-0,67	0,16	0,33	0,39	-0,28	-0,12
Ponto Belo	1,37	1,10	-2,04	-0,57	-1,13	-0,28	-1,24
Presidente Kennedy	1,37	-0,35	-0,06	0,76	-1,19	4,17	0,43
Rio Bananal	0,34	-0,54	0,36	-1,79	-0,77	-0,28	-0,95
Rio Novo do Sul	1,37	0,14	0,19	0,03	0,07	3,27	0,04
Santa Leopoldina	-0,17	0,15	-0,55	-0,50	0,14	-0,28	-0,85
Santa Maria de Jetibá	0,22	0,24	-0,10	-0,37	-0,69	-0,28	-0,76
Santa Teresa	0,34	0,97	-1,28	0,00	-0,40	-0,28	-1,24
São Domingos do Norte	-1,71	-0,62	-0,10	0,83	-0,92	-0,28	0,01
São Gabriel da Palha	-0,69	0,42	0,00	0,09	-0,61	-0,28	-0,54
São José do Calçado	-1,71	1,45	-1,26	-1,47	1,22	-0,28	0,79
São Mateus	-0,04	-0,97	0,22	0,34	-0,23	-0,28	0,41
São Roque do Canaã	-1,71	1,31	-0,54	-0,18	-1,04	-0,28	-0,32
Serra	-0,42	-0,17	1,67	1,20	-0,60	0,17	2,36
Sooretama	-0,39	-1,37	0,66	0,80	-0,18	-0,28	1,26
Vargem Alta	1,37	1,40	0,71	-0,57	0,20	-0,28	-0,99
Venda Nova do Imigrante	0,76	0,86	0,09	-0,59	-1,13	-0,28	-0,98
Viana	-0,26	-0,23	1,28	1,47	-0,32	-0,28	1,94
Vila Pavão	-1,71	-1,15	1,44	0,28	2,06	-0,28	1,22
Vila Valério	1,37	-0,81	2,72	-1,08	-0,32	-0,28	0,18
Vila Velha	-0,20	0,26	0,42	0,25	-0,46	0,15	1,12
Vitória	-0,20	0,65	0,54	0,29	-0,59	0,27	1,41

Fonte: IBGE. Elaboração própria