

O PAPEL DA ALOCAÇÃO EQUITATIVA DOS RECURSOS DO SUS NA DESCONCENTRAÇÃO REGIONAL DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Jacqueline Nogueira Cambota¹

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a cobertura das ações e serviços de saúde realizados no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) seja realizada de forma descentralizada. A institucionalização do SUS, portanto, iniciou o processo de gestão compartilhada entre as três esferas de governo para o financiamento e a oferta das ações e serviços de saúde. A descentralização na saúde tem como base a ideia de que os governos locais conhecem melhor as necessidades de sua população, tornando a gestão de recursos mais eficiente.

Nesse contexto, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) forneceu os primeiros dispositivos para o processo de descentralização, com ênfase nos municípios. De outra parte, a Lei 8.142/90 definiu as diretrizes para alocação dos recursos do Fundo Nacional da Saúde para implementação das ações e serviços a serem realizados pelos municípios, estados e Distrito Federal. As normas operacionais, NOBS 01/91, 01/92, 01/93, 01/96 e NOAS 01/2001 e 01/2002, e outras portarias e decretos complementam o conjunto de diretrizes que organizam o processo de descentralização do SUS.

Para assegurar os recursos mínimos para o financiamento da saúde, a Emenda Constitucional 29/2000 estabeleceu que uma parcela dos recursos da União, estados e municípios seja aplicada nas ações e serviços de saúde. A Emenda 29/2000 trata ainda dos critérios de "rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais" (CF/88, Art. 198).

As transferências de recursos da União para estados e municípios, e de estados para municípios, assim como as demais transferências intergovernamentais, devem possuir algumas características desejáveis. No âmbito da saúde, destaca-se o papel das transferências do SUS na redistribuição regional dos recursos pelo seu caráter equalizador, devido à redistribuição das transferências em termos *per*

¹ Coordenadora de Estudos e Pesquisas do BNB/ETENE. Doutora em Economia pela FEA/USP.

capita. De acordo com Mendes, Miranda e Cosio, “as transferências na área da saúde têm sido bem sucedidas em termos de **redistribuição regional**, permitindo a equalização dos valores *per capita* destinados à saúde nas diferentes regiões do País” (p. 8 , 2008).

Apesar de seu caráter equalizador, as transferências para a área da saúde não podem ser consideradas equitativas, já que a redistribuição *per capita* de recursos ignora diferenças nas necessidades de saúde da população entre as localidades geográficas. Uma série de estudos tem sugerido a substituição do critério *per capita* por indicadores de necessidades de utilização dos serviços de saúde, como um meio mais justo de repartição dos recursos destinados à saúde (PORTO et al., 2001; PORTO, 2002; PORTO et al., 2003; NUNES, 2004; PORTO, 2006; PORTO et al., 2007). Nunes (2004) também defende que seja considerada a capacidade de autofinanciamento de cada localidade, tendo em vista que quanto maior a receita própria, provavelmente, menor será a dependência dos recursos da União para realização das despesas com ações e serviços de saúde.

A preferência por critérios de necessidades relativas em relação ao critério *per capita* fundamenta-se no argumento de que indicadores de necessidades podem induzir à redução das desigualdades regionais na oferta de serviços, uma vez que esses indicadores são construídos tendo como referência as diferenças no perfil demográfico, epidemiológico e socioeconômico da população, enquanto a distribuição *per capita* tem como base apenas a igualdade na distribuição dos recursos entre as populações das diversas localidades.

Assim, o presente informe analisa o financiamento da saúde no Brasil, como forma de contribuir para a discussão em torno da adoção de uma metodologia equitativa na repartição inter-regional dos recursos da União, de modo a reduzir a concentração regional de serviços ambulatoriais e hospitalares no Brasil.

2. A GESTÃO COMPARTILHADA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A responsabilidade pelo financiamento das despesas com saúde era majoritariamente atribuída ao governo Federal. Mas, após a promulgação da Emenda Constitucional 29/2000, o financiamento da saúde ganhou nova configuração, dada pela coparticipação da União, estados e municípios no custeio das despesas com saúde. Atualmente, o montante empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde deve ser igual ao valor empenhado no anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Estados e municípios devem aplicar em despesas com saúde pelo menos 12% e 15%, respectivamente, do produto da arrecadação de impostos e de recursos vinculados à saúde, de acordo com o disposto na Constituição Federal.

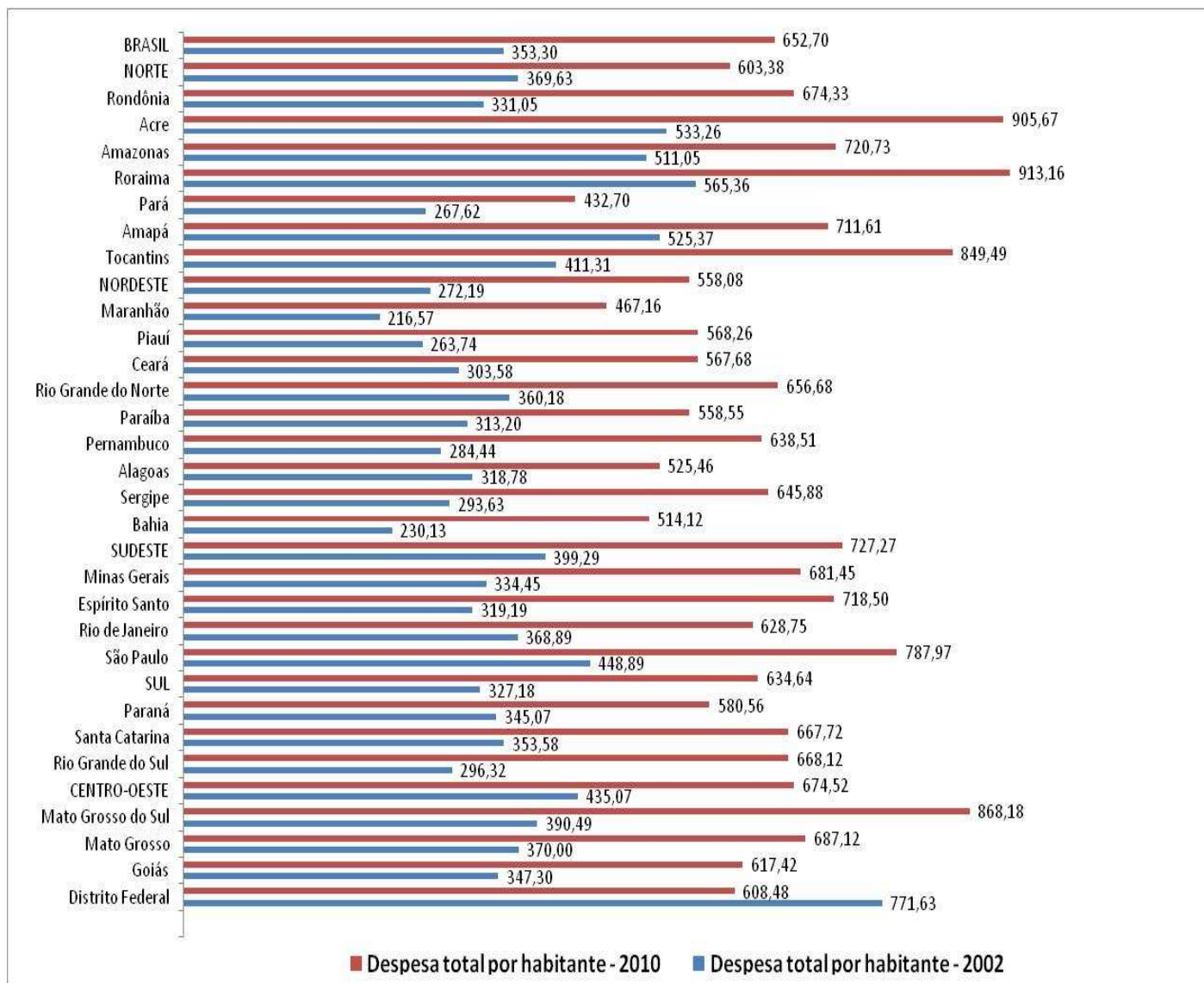
Nesse contexto, as ações e serviços de saúde implementados nos estados, Distrito Federal e municípios são financiados com recursos próprios e também por meio de transferências da União. No Gráfico 1, observa-se que houve um aumento da despesa empenhada em saúde nas três esferas de governo e um gradual incremento da participação dos governos estaduais e municipais no financiamento do setor. Entretanto, permaneceu elevada a contribuição do governo Federal ao longo do período. No ano 2000, a União participou com 59,8% das despesas totais de saúde, enquanto municípios contribuíam com 21,65% e estados com 18,55%. Em 2010, a participação da União diminuiu para 44,67%, enquanto as contribuições de recursos próprios de estados e municípios subiram para 26,98% e 28,4%, respectivamente.

Gráfico 1 - Participação das Três Esferas do Governo nas Despesas com Saúde, em Bilhões de Reais – 2000 a 2010.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS/SIOPS (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/MS, Governos Estaduais e Prefeituras Municipais). Nota: Valores deflacionados pelo INPC de 2010.

Apesar do aumento da participação de estados e municípios no financiamento da saúde, persiste a desigualdade regional na alocação de recursos destinados à saúde por habitante (Gráfico 2). Em 2010, os recursos alocados para a saúde por habitante na Região Nordeste situaram-se abaixo da despesa média *per capita* do Brasil (R\$ 652,70). Nesse ano, Bahia, Maranhão e Pará realizaram as menores despesas *per capita*, calculadas em R\$ 514,12, R\$ 467,16 e R\$ 432,70, respectivamente. De outra parte, destaca-se o crescimento das despesas do Piauí, que passaram de R\$ 263,74, em 2002, para R\$ 568,26, em 2010, ultrapassando o valor médio empenhado na Região Nordeste (R\$ 558,08). Percebe-se, ainda, um crescimento da despesa total com saúde para todas as unidades da Federação (exceto o Distrito Federal).

Gráfico 2 – Despesas Totais com Saúde por Habitante, Brasil, Regiões e UFs – 2002 e 2010


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS/SIOPS (Governos Estaduais e Prefeituras Municipais). Obs.: Valores deflacionados pelo INPC de 2010.

A despeito do processo de descentralização, a União permaneceu como o grande financiador das ações e serviços de saúde no Brasil (Gráfico 1). A participação da União no financiamento da saúde ocorre basicamente por meio de pagamentos diretos aos prestadores de serviços e de transferências intergovernamentais.

Os pagamentos diretos a prestadores de serviços têm reduzido sua participação ao longo dos anos como forma de aumentar as transferências fundo a fundo que possuem maior capacidade para promover a descentralização e a autonomia, ao possibilitarem que os governos locais contratem e paguem diretamente os prestadores de serviços de saúde (MENDES; MIRANDA; COSIO, 2008).

As transferências intergovernamentais, por sua vez, são divididas entre convênios, frutos de acordos entre a União e os governos estaduais e municipais, e transferências fundo a fundo. Essa segunda modalidade comporta as transferências do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais, de modo a complementar os recursos para o financiamento da saúde pelos governos subnacionais. Nesse sentido, os valores totais empenhados em cada unidade da Federação (Gráfico 1), sugerem desigualdades entre os entes federativos na alocação de recursos próprios para o financiamento da saúde, constituindo evidências de que localidades mais pobres são mais dependentes das transferências da União.

As transferências fundo a fundo constituem, assim, o principal meio de participação da União no financiamento da saúde. Em consequência do pacto saúde², firmado em 2006, os recursos federais para o custeio de ações e serviços de saúde passaram a ser distribuídos em seis blocos, cada bloco com destino exclusivo. A alocação de recursos segundo critérios *per capita* garantiu maior homogeneidade à distribuição das transferências do SUS entre as unidades da Federação (Tabela 1); mas, como pode ser observado pela desigualdade da distribuição de médicos e leitos hospitalares entre as regiões, não se refletiu em desconcentração regional de serviços de saúde ofertados pelo SUS.

² O Pacto pela Saúde teve por objetivo principal definir as responsabilidades de cada esfera da gestão em relação ao provimento e financiamento de ações e serviços de saúde e também avançar na implantação dos princípios constitucionais que regem a entrega de serviços de saúde pelo SUS.

Tabela 1 – Transferências Fundo a Fundo para o Provimento de Serviços de Saúde por Blocos de Financiamento³, Brasil, Regiões e Estados, em Milhões de R\$ – 2010.

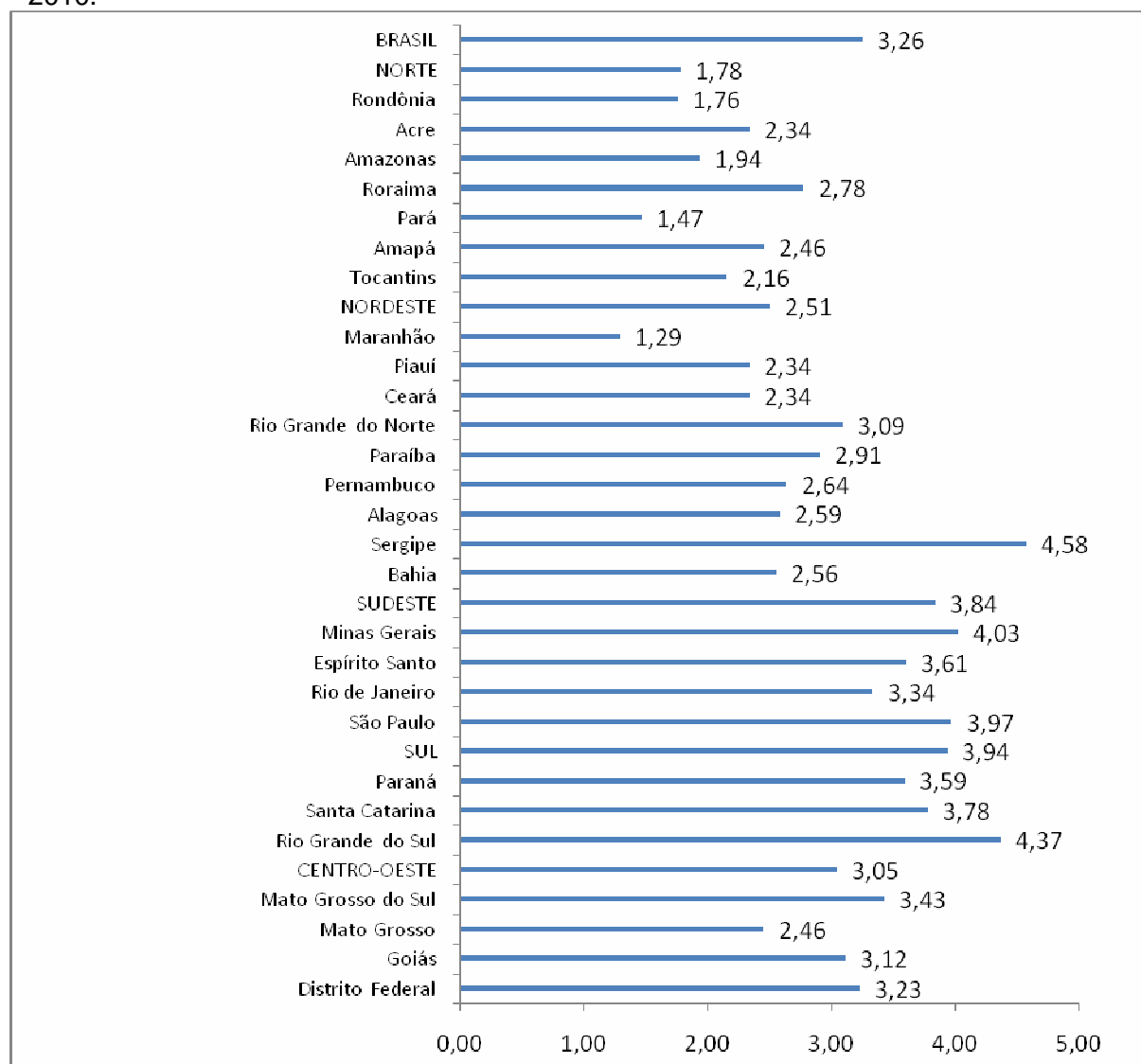
Blocos de Financiamento	Atenção Básica	Média e Alta Complexidades	Assistência Farmacêutica	Gestão SUS	Vigilância em Saúde	Investimentos	Diversos	Total	Trasf. SUS/ per capita
Brasil	9.646,79	25.253,17	2.585,95	304,97	1.531,14	449,20	61,77	39.833,03	208,82
Norte	954,91	1.738,28	99,22	50,30	182,25	38,79	8,96	3.072,70	193,68
Rondônia	98,02	176,03	10,51	4,34	17,39	14,52	0,38	321,19	205,57
Acre	56,19	96,46	5,23	6,14	10,05	0,16	0,24	174,47	237,84
Amazonas	215,14	373,97	25,09	7,68	44,70	1,93	1,51	670,04	192,32
Roraima	38,73	57,83	3,86	8,20	8,44	0,95	0,12	118,13	262,22
Pará	386,38	740,65	42,46	8,17	73,99	7,90	5,99	1.265,54	166,93
Amapá	45,26	70,75	2,86	5,83	10,70	0,79	0,24	136,44	203,78
Tocantins	115,18	222,59	9,20	9,94	16,97	12,54	0,48	386,90	279,67
Nordeste	3.649,25	6.817,66	481,40	109,25	513,98	147,50	20,87	11.739,91	221,17
Maranhão	519,44	636,88	42,73	9,16	58,90	15,38	2,76	1.285,26	195,48
Piauí	274,19	419,27	27,63	8,21	24,91	10,05	1,20	765,47	245,47
Ceará	527,15	1.045,29	94,34	12,84	66,33	43,63	3,00	1.792,58	212,08
Rio Grande do Norte	232,95	442,57	40,55	9,05	24,44	5,15	1,20	755,90	238,60
Paraíba	329,34	502,34	40,12	12,17	28,31	7,83	2,52	922,63	244,96
Pernambuco	540,64	1.235,07	80,45	15,05	122,73	13,31	1,68	2.008,94	228,38
Alagoas	217,96	435,99	25,39	11,86	47,88	2,43	0,65	742,16	237,83
Sergipe	145,58	303,59	21,91	8,21	16,03	2,55	0,71	498,58	241,09
Bahia	861,99	1.796,65	108,28	22,71	124,47	47,16	7,15	2.968,40	211,77
Sudeste	3.114,66	10.984,51	1.435,46	64,09	556,22	188,72	21,45	16.365,12	203,64
Minas Gerais	1.086,40	2.440,14	260,35	18,08	154,27	30,74	5,82	3.995,79	203,89
Espirito Santo	170,14	437,12	54,50	3,40	29,37	12,17	1,08	707,78	201,36
Rio de Janeiro	545,39	2.134,66	157,81	14,94	122,25	60,96	4,25	3.040,26	190,14
São Paulo	1.312,73	5.972,59	962,81	27,68	250,33	84,86	10,30	8.621,30	208,94
Sul	1.224,20	3.893,80	383,80	47,34	155,75	51,58	7,13	5.763,60	210,45
Paraná	499,78	1.575,61	156,64	16,82	58,08	28,94	1,49	2.337,37	223,79
Santa Catarina	330,83	883,04	101,03	15,63	35,88	13,14	1,96	1.381,51	221,10
Rio Grande do Sul	393,58	1.435,14	126,13	14,89	61,80	9,49	3,68	2.044,72	191,20
Centro-Oeste	703,77	1.818,92	186,07	33,99	122,94	22,62	3,36	2.891,66	205,69
Mato Grosso do Sul	141,24	377,50	30,74	19,90	24,62	2,48	0,72	597,20	243,85
Mato Grosso	195,01	350,42	31,67	7,04	30,17	4,57	0,86	619,74	204,19
Goiás	302,17	717,10	77,34	5,76	51,64	11,99	1,78	1.167,77	194,51
Distrito Federal	65,34	373,91	46,32	1,28	16,51	3,58	-	506,95	197,24

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Ministério da Saúde/Saúde com Transparência - SUS e IBGE/população residente.

³ Os blocos de atenção básica e média e alta complexidade receberam quase 90% do total transferido aos estados por meio das transferências fundo a fundo. Na atenção básica, são realizadas principalmente consulta médica, consulta odontológica, consulta de agente comunitário ou de parteira, consulta de outros profissionais de saúde (fonoaudiólogos, psicólogos, etc.), e outros procedimentos de baixa complexidade. No bloco de média e alta complexidade, são incluídos procedimentos como internação hospitalar, cirurgia em ambulatório, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia, gesso ou imobilização.

A desigualdade na distribuição de médicos sugere uma concentração regional na alocação de serviços ambulatoriais no Brasil (Gráfico 3). As regiões Norte e Nordeste apresentam a pior proporção de médicos por mil habitantes (1,78 e 2,51, respectivamente), sendo em ambas localizados os estados com o pior desempenho nesse indicador (Maranhão, com 1,29, e Pará, com 1,47). A grande exceção foi Sergipe, unidade da Federação que possui o maior número de médicos por mil habitantes (4,58).

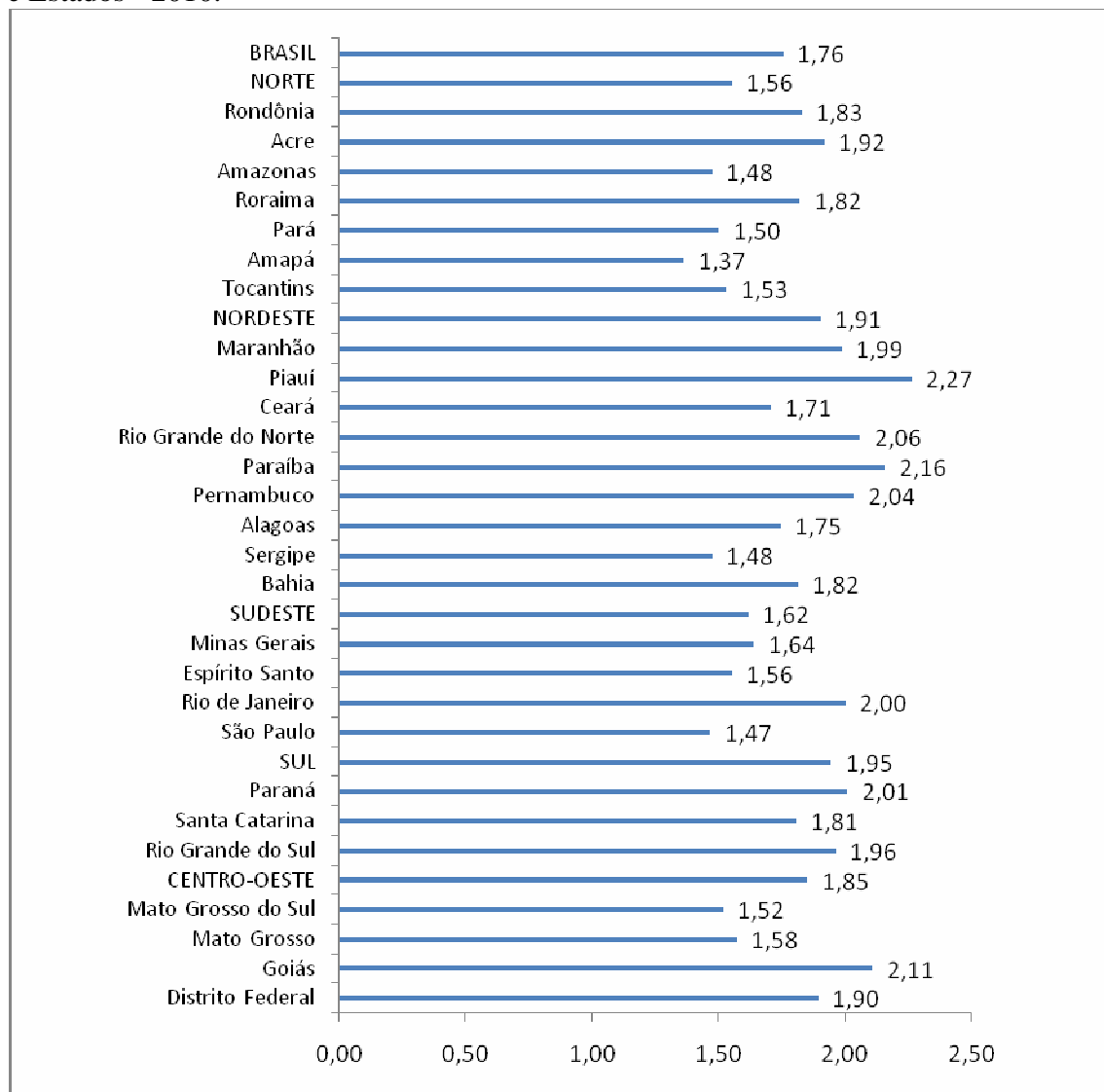
Gráfico 3 – Distribuição de Médicos do SUS (por mil habitantes), Brasil, Regiões e Estados - 2010.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS/Ministério da Saúde/Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES) e IBGE/ população residente.

Nos serviços de internação ofertados pelo SUS, observa-se que a Região Sudeste apresenta baixa proporção de leitos hospitalares por mil habitantes, comparativamente a regiões menos desenvolvidas, como o Norte e o Nordeste. De acordo com o assinalado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2012), esse resultado pode significar uma menor necessidade de internação da Região Sudeste, devido à maior oferta de médicos e da melhor distribuição de postos de atendimentos. Por outro lado, regiões mais pobres podem ter maior necessidade de leitos hospitalares em decorrência do baixo acesso a cuidados primários. Castro, Travassos e Carvalho (2005) entendem que a relação inversa entre admissões hospitalares e o número de médicos é uma evidência de que o cuidado ambulatorial influencia o uso do hospital no Brasil. Esse fato pode explicar, por exemplo, a maior proporção de leitos hospitalares em alguns estados do Nordeste (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição de Leitos Hospitalares do SUS (por mil habitantes), Brasil, Regiões e Estados - 2010.



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde/Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES) e IBGE/ população residente. Elaboração própria.

3. SUGESTÃO PARA ALOCAÇÃO EQUITATIVA DA DISTRIBUIÇÃO INTER-REGIONAL DOS RECURSOS DOS SUS

O critério *per capita* de alocação das transferências fundo a fundo não pode ser considerado equitativo, à medida que não captura diferenças nas necessidades de utilização dos serviços de saúde entre populações de diferentes áreas geográficas. De acordo com texto do Ipea (2012, p.7) , “a atuação do Estado na área de saúde se mostra com desequilíbrio regional, desfavorecendo as regiões menos desenvolvidas do país” (p. 7, 2012). Para reduzir a desconcentração regional dos serviços de saúde,

sugere-se a incorporação de critérios de necessidades de saúde como medida de repartição dos recursos dos SUS.

Há, basicamente, dois modelos para alocação equitativa de recursos financeiros nos sistemas de saúde. O primeiro baseia-se na metodologia RAWP (Resource Allocation Working Party) que utiliza como indicador de necessidade a mortalidade geral de 0 a 64 anos, padronizada por idade e sexo, enquanto o segundo se fundamenta no modelo de demanda dos serviços de saúde de Carr-Hill et al. (1994). De acordo com esse modelo, o uso dos serviços de saúde é uma função das necessidades da população e das características da oferta de serviços. Essas duas metodologias foram construídas tendo como referência o sistema de saúde da Inglaterra, onde a preocupação com a equidade existe há algum tempo⁴.

Porto (2001) argumenta que devido às desigualdades na distribuição da oferta de serviços de saúde no Brasil, o cálculo de indicadores de alocação de recursos que tomem por base a demanda de serviços de saúde não deve ser um bom modelo para o país. Nesse sentido, recomenda a criação de um indicador específico para o caso brasileiro, que tem como base o modelo de demanda, mas que cria um indicador para estimar as necessidades, baseando-se em um conjunto de variáveis que retratam o perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico da população.

Para que se alcance uma melhor distribuição dos recursos da União, Nunes (2004) sugere que adicionalmente aos critérios de necessidade, seja incorporada uma *proxy* da capacidade de autofinanciamento do município dada pela receita própria *per capita*, a qual permitiria avaliar a capacidade de autofinanciamento dos municípios. Com base nesse índice, os estados seriam classificados de acordo com as necessidades de cuidados de saúde e com a capacidade relativa de autofinanciamento.

De fato, a elevada correlação positiva entre a receita própria⁵ *per capita* e as despesas totais em saúde (0,9807), corrobora a relevância dessa variável como um critério a ser observado para a construção de uma medida de redistribuição equitativa dos recursos transferidos pela União. A relação entre receita própria empenhada em saúde e as despesas totais também é ilustrada no Gráfico 5, que mostra que quanto maior a receita própria empenhada em saúde pelo estado, mais elevadas são as despesas totais em ações e serviços de saúde.

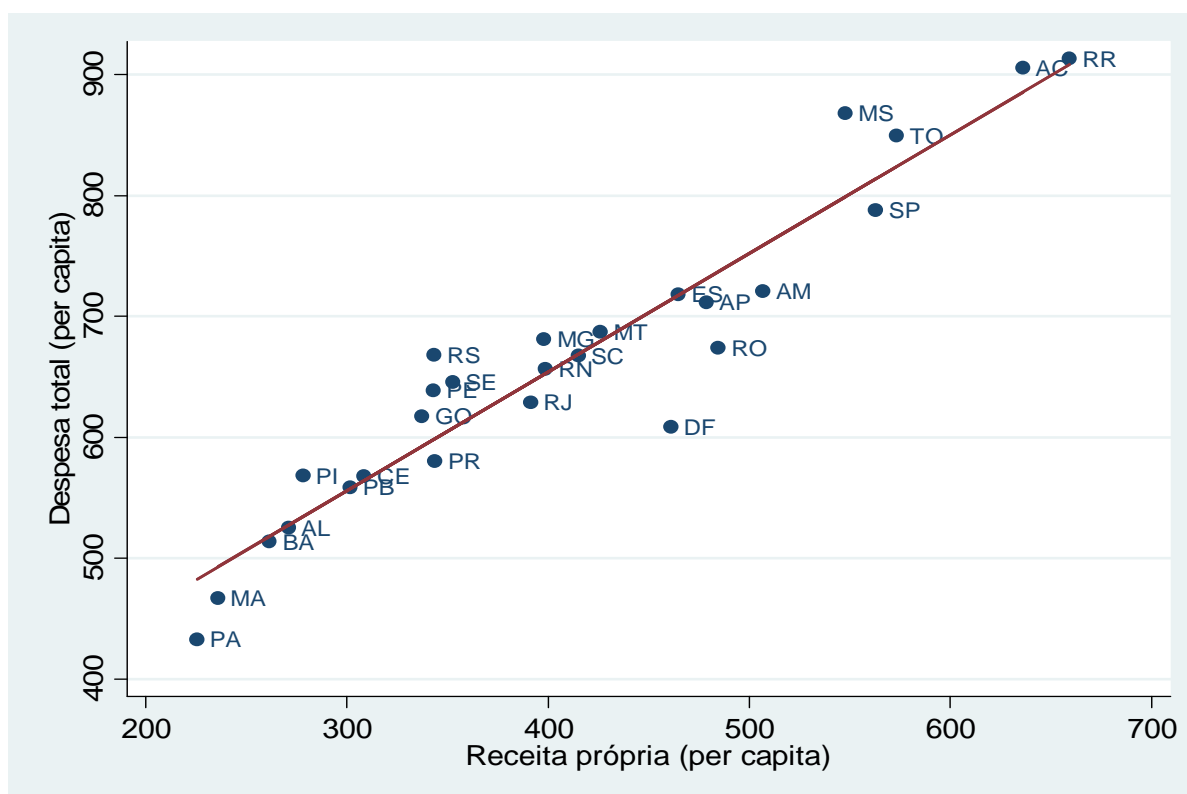
De forma geral, os resultados obtidos por essas metodologias mostram que a substituição de critérios *per capita* por critérios de necessidades induzem a alocação mais equitativa dos recursos

⁴ Principalmente, após a segunda guerra, com a expansão do *welfare state*.

⁵ A receita própria dos estados é formada pelos impostos arrecadados mais impostos transferidos pela União menos impostos transferidos aos municípios.

federais, à medida que são realizadas transferências de regiões mais ricas para regiões com menor capacidade de financiamento. Porto et al. (2003) mostraram que a adoção de critérios de necessidades relativas para a repartição das transferências fundo a fundo, produziu uma transferência de recursos das regiões Sudeste, Sul e do Distrito Federal para as regiões Norte e Nordeste.

Gráfico 5 – Relação entre Despesa Total (*per capita*) com Ações e Serviços de Saúde e Receita Própria *per capita* dos Estados – 2010.



Fonte: DATASUS/SIOPS (Governos Estaduais e Prefeituras Municipais) e IBGE/ população residente.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção de uma metodologia que considere as diferentes necessidades de saúde da população para repartição dos recursos per capita da União desempenharia importante papel na desconcentração regional da oferta SUS de serviços de saúde, ao contribuir para tornar as despesas totais com ações e serviços de saúde menos desiguais.

Porto et al. (2003), no entanto, aponta duas dificuldades para implementação de uma política de repartição mais equitativa dos recursos dos SUS. A primeira diz respeito à redução dos recursos de alguns

estados, enquanto a segunda se relaciona ao fato de que o aumento dos recursos de áreas onde há pouca oferta de serviços de saúde certamente resultaria em alocações ineficientes, uma vez que os estados receberiam os recursos, mas não teriam como executá-los em sua totalidade.

Para implementar uma política distributiva sem reduzir os recursos dos outros estados, os autores sugerem um aumento nos recursos do Ministério da Saúde. Essa medida possibilitaria outorgar os aumentos definidos pela alocação segundo necessidades relativas, possibilitando o aumento dos recursos transferidos a estados mais pobres sem, no entanto, reduzir os recursos destinados aos estados que perderiam com a mudança de critério. Pode-se inferir, portanto, que o corte no orçamento do Ministério da Saúde de R\$ 5,47 bilhões para 2012 deverá induzir a um aumento das desigualdades regionais, uma vez que estados mais pobres sofrem maior dependência das transferências da União.

Ressalta-se, ainda, que a repartição equitativa dos recursos deve ser acompanhada de investimentos em programas que tenham como objetivo equilibrar a oferta de serviços de saúde entre regiões. Nesse caso, a ampliação de ações como as realizadas no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF), que tem como foco a extensão da cobertura para áreas com cobertura insuficiente ou ausente, torna-se fundamental para a universalização da atenção básica nos estados do Nordeste e, portanto, para diminuir a maior necessidade de cuidados de média e alta complexidades observadas na Região.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. 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 financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8080.htm>> Acesso em: 15 fev. 2012.
- _____. 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 da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm> Acesso em: 15 fev. 2012.
- CARR-HILL, R. A.; et al. **A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds**. Centre for Health Economics, University of York, 1994.
- INGLATERRA. Department of health and social security. **Report of the resource allocation working party (RAWP)**. Londres, 1976.

IPEA. **Presença do Estado no Brasil**. Comunicados do Ipea, nº 129. Brasília: Ipea, 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/120110_comunicadoipea129.pdf>.

Acesso em: 15 fev. 2012.

MENDES, M.; MIRANDA, R. .; COSIO, F. B.; **Transferências intergovernamentais no Brasil: diagnóstico e proposta de reforma**. Texto para discussão do Senado Federal, nº 40. Brasília: Senado Federal, 2008. Disponível em: http://www.senado.gov.br/senado/conleg/textos_discussao/TD40-MarcosMendes_RogérioBoueri_FernandoB.Cosio.pdf. Acesso em: 15 fev. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Saúde com transparência – SUS**. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>. Acesso em: 08/02/2012.

_____. Norma operacional de assistência à saúde (NOAS), SUS 01/2001. **Portaria nº. 95 GM/MS**, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>> Acesso em: 17. fev. 2012.

_____. Norma operacional de assistência à saúde (NOAS), SUS 01/2002. **Portaria nº. 373 GM/MS**, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>> Acesso em: 17. fev. 2012.

_____. **Norma Operacional Básica (NOB), SUS 01/91. Resolução INAMPS n.º 258**, de 07/01/91. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso: 17 fev. 2012.

_____. Norma Operacional Básica (NOB), **SUS 01/92. Portaria nº. 234**, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/ MS. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2012.

_____. Norma Operacional Básica (NOB), **SUS 01/93. Portaria nº. 545 GM/MS**, de 20 de maio de 1993. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2012.

_____. Norma Operacional Básica (NOB), **SUS 01/93. Portaria nº. 1742 GM/MS**, de 30 de agosto de 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2012.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 277-84, 2005.

NUNES, A. **A Alocação Equitativa Inter-regional de Recursos Públicos Federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Aloc_Equitativa_SIOPS.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2012.

PORTO, S. M.; et al. Metodologia de alocação de recursos Financeiros Federais do SUS. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2001. Relatório final de projeto REFORSUS.

PORTO, M. S. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 939 – 957, 2002.

PORTO, S. M.; et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 376-388, 2003.

PORTO, S. M. Avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil (1967- 2006). **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 576-578, 2006.

PORTO, S. M. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 1393-1404, 2007.

NOTA: O BNB-ETENE não se responsabiliza por quaisquer atos/decisões tomados com base nas informações e dados disponibilizados nas suas publicações e projeções. Todas as consequências ou responsabilidades pelo uso de quaisquer dados ou análises desta publicação são assumidas exclusivamente pelo usuário, eximindo o Banco do Nordeste do Brasil de todas as ações decorrentes do uso deste material. O acesso a estas informações implica a total aceitação deste termo de responsabilidade e uso.