

Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde

Organizadores
Clarice Melamed
Sérgio Francisco Piola



**Políticas Públicas e Financiamento Federal
do Sistema Único de Saúde**



Governo Federal

Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República

Ministro Wellington Moreira Franco



Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Marcio Pochmann

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Geová Parente Farias

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais, Substituto

Marcos Antonio Macedo Cintra

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Alexandre de Ávila Gomide

Diretora de Estudos e Políticas Macroeconômicas

Vanessa Petrelli Corrêa

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Francisco de Assis Costa

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura, Substituto

Carlos Eduardo Fernandez da Silveira

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

Jorge Abrahão de Castro

Chefe de Gabinete

Fabio de Sá e Silva

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação

Daniel Castro

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde

Organizadores

Clarice Melamed

Sérgio Francisco Piola

ipea

Brasília, 2011

Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde / organizadores: Clarice Melamed, Sérgio Francisco Piola.- Brasília: Ipea, 2011.
356 p. : gráfs., tabs.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-7811-118-2

1. Políticas Públicas. 2. Financiamento da Saúde.
3. Sistema Único de Saúde. 4. Brasil. I. Melamed, Clarice. II. Piola, Sérgio Francisco. III. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 362.1068

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO9

INTRODUÇÃO11

CAPÍTULO 1

UNIVERSALISMO X FOCALIZAÇÃO E OUTRAS CONTROVÉRSIAS:
ESPÉCIES EM EXTINÇÃO? 15
Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna

CAPÍTULO 2

A REFORMA TRIBUTÁRIA E OS RISCOS PARA O FINANCIAMENTO
DA SEGURIDADE SOCIAL35
Flávio Tonelli Vaz

CAPÍTULO 3

REGULAMENTAÇÃO, PRODUÇÃO DE SERVIÇOS E FINANCIAMENTO
FEDERAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DOS ANOS 90 AOS 200059
Clarice Melamed

CAPÍTULO 4

FINANCIAMENTO E GASTO PÚBLICO DE SAÚDE: HISTÓRICO
E TENDÊNCIAS85
Luciana Mendes Santos Servo
Sérgio Francisco Piola
Andrea Barreto de Paiva
José Aparecido Ribeiro

CAPÍTULO 5

A RECONSTRUÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA APÓS A
POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS 109
Paulo Roberto dos Reis Marques

CAPÍTULO 6

VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA: POLÍTICA DE FINANCIAMENTO
NO BRASIL E O EXEMPLO DO DISTRITO FEDERAL 135

Vitor Laerte Pinto Junior

José Cerbino Neto

CAPÍTULO 7

O FINANCIAMENTO NA INDUÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE
DO TRABALHADOR NO BRASIL: O CASO DA RENAST 151

Jorge Mesquita Huet Machado

Ana Paula Lopes dos Santos

CAPÍTULO 8

GASTO PÚBLICO FEDERAL COM HIV/AIDS: 1999 A 2004 165

Luciana da Silva Teixeira

Sérgio Francisco Piola

CAPÍTULO 9

A OFERTA DE SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE 187

Ana Patrícia Kajjura

CAPÍTULO 10

IMPLEMENTAÇÃO DAS NORMAS OPERACIONAIS DA ASSISTÊNCIA
À SAÚDE (NOAS): TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FEDERAIS PARA
A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – 2001-2006 211

Carlos Alexandre Souza de Lima

CAPÍTULO 11

UMA ANÁLISE DOS INCENTIVOS À COLUSÃO, NA INDÚSTRIA
FARMACÊUTICA BRASILEIRA, GERADOS PELA AMEAÇA
DA ENTRADA DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS 239

Paulo Augusto P. de Britto

Luiz Guilherme de Oliveira

CAPÍTULO 12

ACESSO A MEDICAMENTOS POR VIA JUDICIAL E PROCESSOS ADMINISTRATIVOS: UM ESTUDO SOBRE SEU IMPACTO NA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR253

Jucelino Nery da Conceição Filho
Adriana de Souza Pereira Domingues
Maria do Carmo Lessa Guimarães

CAPÍTULO 13

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PAPEL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA FISCALIZAÇÃO DOS ORÇAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE271

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

CAPÍTULO 14

O ORÇAMENTO FEDERAL E AS EMENDAS PARLAMENTARES DA SAÚDE NO PPA 2004-2007: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DAS REGRAS INSTITUCIONAIS287

Tatiana Wargas de Faria Baptista
Márcia Garcia
Luciana Dias de Lima
Cristiani Vieira Machado
Carla Lourenço Tavares de Andrade

CAPÍTULO 15

POLÍTICAS DE INVESTIMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (1997-2004): UMA ANÁLISE DO PROJETO REFORBUS E SEUS EFEITOS NO COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE317

Edmundo Gallo
Luiz Felipe Pinto
Janice Dornelles de Castro
Alcindo Antonio Ferla

CAPÍTULO 16

INCIDÊNCIA DE CUSTOS TRANSACIONAIS EM PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO SOBRE AS AVALIAÇÕES DO PLANO PLURIANUAL (PPA)333

Paulo Carlos Du Pin Calmon
Marcel de Moraes Pedroso

APRESENTAÇÃO

É com satisfação que apresento este livro, organizado por pesquisadores do Ipea e da Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz (DIREB/Fiocruz).

O Ipea, por meio da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc), tem se dedicado ao acompanhamento e à análise do financiamento das políticas sociais e, em particular, da política de saúde. Esta publicação cumpre, portanto, o objetivo de divulgar estudos realizados nos últimos anos que analisam temas importantes e pouco visitados pelos pesquisadores.

O que torna este livro especial é o fato de abordar tanto questões do financiamento geral do Sistema Único de Saúde (SUS) – algumas que até mesmo extrapolam o âmbito setorial, como é o caso da análise de proposta de reforma tributária, que tramitou no Congresso Nacional em 2008 e 2009 –, quanto políticas de financiamento de ações e programas específicos que foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde nos últimos anos.

Para compor as análises desta obra, pesquisadores vinculados a diversas instituições, como a Universidade de Brasília, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, a Universidade Federal da Bahia, a Câmara dos Deputados e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, entre outras, juntaram-se a pesquisadores da Disoc/Ipea e da DIREB/Fiocruz, constituindo um olhar bastante eclético sobre o financiamento de políticas e programas da saúde.

O resultado é um trabalho de pesquisa que traz importante contribuição ao tema do financiamento federal da saúde. Alguns estudos se destacam por procurar estabelecer diferentes tipos de associações entre políticas e normas do financiamento público e os resultados obtidos em termos da produção de serviços, da descentralização da gestão e da diminuição das desigualdades no tocante à alocação regional dos recursos federais. Outros, por ter como objeto temas pouco explorados, por exemplo, a distribuição das emendas parlamentares ou os efeitos dos investimentos do Reforsus no complexo produtivo da saúde. Enfim, o Ipea, por meio desse esforço, cumpre função fundamental: contribuir para o debate sobre o tema e oferecer subsídios para as políticas públicas.

Marcio Pochmann
Presidente do Ipea

INTRODUÇÃO

Não é sem motivo que a questão do financiamento tem frequentado o cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação no final da década de 80. Garantir, de forma efetiva, o direito de acesso de toda a população brasileira a serviços integrais de saúde significa um esforço incomensurável. Com a criação do SUS, o sistema público passou a incorporar milhões de brasileiros cujo atendimento era anteriormente feito de forma bastante episódica e desigual.

Existem inúmeros estudos que analisam a verdadeira saga do SUS na busca de fontes de financiamento. As iniciativas para enfretamento da situação foram as mais diversas: empréstimos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, em 1992 e 1993, criação de imposto e contribuição vinculada à saúde (IPMF e CPMF), em 1996 e 1997, e, já em 2000, a Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu nova forma de participação das três esferas de Governo no financiamento do SUS. Contudo, se a EC nº 29 trouxe mais recursos para o SUS, o montante é considerado, pela maioria dos gestores do sistema, insuficiente, mesmo se corrigidas as históricas ineficiências na aplicação de recursos no setor. Não causa surpresa, portanto, que o debate sobre o financiamento do SUS tenha estado quase sempre centrado na capacidade de o Estado brasileiro gerar os recursos financeiros necessários para universalizar a atenção à saúde em todo o território nacional.

Entretanto, a implantação do SUS de forma descentralizada ocorreu em um período de grande centralização dos recursos públicos destinados à saúde. No início da década de 90, mais de 70% dos recursos públicos para a saúde tinham origem em fontes da União. Com o avanço do processo de descentralização, os recursos federais então, em grande parte destinados diretamente aos produtores de serviços, passaram a ser transferidos para a gestão de estados e municípios. Paralelamente a esse movimento, os recursos do Ministério da Saúde passaram a ser utilizados mais intensamente na indução de políticas e programas concebidos pelo Governo Federal, mediante o estabelecimento de critérios de partilha e de mecanismos de transferência automática (fundo a fundo), o que, ao lado de maior complexidade, amplia as possibilidades teóricas e técnicas de análise do financiamento do sistema.

Este livro, organizado por pesquisadores da Fiocruz e do Ipea, aborda tanto questões políticas mais gerais – algumas que extrapolam inclusive o âmbito setorial estrito, como a discussão de proposta de reforma tributária ou a discussão teórica sobre a focalização ou a universalidade de políticas sociais – quanto mecanismos de financiamento de políticas e programas específicos implementados sob a orientação do Ministério da Saúde. Nestes últimos, tenta-se estabelecer diferentes tipos de associações entre políticas e normas do financiamento público e resultados em saúde.

Alguns artigos não são recentes, mas todos são inéditos. A oportunidade dos temas tratados se deve à ainda restrita literatura acadêmica existente com esse foco de análise.

Os artigos que compõem a presente publicação podem ser agrupados em quatro seções. A primeira (Capítulos 1 a 4) trata de questões mais gerais de política e do financiamento da área social e do SUS em particular. Uma abordagem alternativa na interpretação do papel do Estado em relação ao conjunto das políticas sociais, colocando questões para o debate teórico sobre eficácia das políticas universais *versus* a necessidade da focalização e possíveis complementariedades, é feita por Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna no artigo “Universalismo x focalização e outras controvérsias: espécies em extinção?” As possíveis repercussões da última proposta de reforma tributária sobre a Seguridade Social, PEC nº 233, de 2008, são analisadas por Flávio Tonelli Vaz no artigo “A reforma tributária e os riscos para o financiamento da Seguridade Social”. O papel indutor do Ministério da Saúde no financiamento e na produção de serviços do SUS, mediado por sua ação regulamentadora, é objeto do artigo “Regulamentação, produção de serviços e financiamento federal do Sistema Único de Saúde: dos anos 1990 aos 2000”, analisado por Clarice Melamed. Fechando essa seção, Luciana Mendes Servo, Sérgio Francisco Piola, Andrea Barreto de Paiva e José Aparecido Ribeiro discutem o financiamento e o gasto do SUS, com foco nos resultados da implementação da EC nº 29 e nos problemas decorrentes da não aprovação, até o presente momento, de sua regulamentação. A segunda seção (Capítulos 5 a 10) trata do financiamento federal de programas da saúde, com o objetivo de analisar resultados obtidos em termos de produção e serviços, de descentralização da gestão e de possível diminuição das desigualdades no tocante à alocação regional dos recursos federais. Compõem a seção: artigo de Paulo Roberto dos Reis Marques, sobre a assistência farmacêutica após a política nacional de medicamentos; artigo de Jorge Mesquita Huet Machado e Ana Paula Lopes dos Santos, sobre o financiamento na indução das ações de saúde do trabalhador; artigo de Vitor Laerte Pinto Júnior e José Cerbino Neto, que aborda as inovações no financiamento federal da Vigilância em Saúde; artigo de Luciana Teixeira e Sérgio Francisco Piola, que discute os gastos federais com HIV/Aids no período de 2000 a 2004. Também compõem essa seção dois artigos que abordam o financiamento das ações médico-hospitalares de média e alta complexidade. A repercussão das Normas Operacionais de Assistência à Saúde sobre a alocação regional de recursos federais nesses serviços é analisada, para os anos 2001 a 2006, por Carlos Alexandre Souza de Lima. As mudanças decorrentes da descentralização da gestão, com a transferência da responsabilidade de pagamento dos serviços para as instâncias estaduais e municipais *vis a vis* os sistemas de informação de assistência à saúde do SUS, são analisadas em artigo de Ana Patrícia Kajiura. Um terceiro bloco (Capítulos 11 e 12.) reúne artigos que tratam de aspectos relacionados à

regulação pública de bens e serviços na área de saúde. Paulo Augusto P. de Brito e Luiz Guilherme de Oliveira analisam os incentivos à colusão, na indústria farmacêutica, ante a entrada de medicamentos genéricos no mercado nacional. Já a questão de acesso de medicamentos por via judicial e seu impacto sobre a política de assistência farmacêutica é avaliada por Jucelino Nery da Conceição Filho, Adriana de Souza Pereira Domingues e Maria do Carmo Lessa Guimarães, mediante estudo de caso do município de Salvador, Bahia. Na quarta e última seção (Capítulos 13 a 16) são analisados: o papel dos Conselhos municipais de saúde no tocante à fiscalização dos orçamentos públicos da saúde, em artigo de Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti; Tatiana Wargas de Lima Baptista, Márcia Garcia, Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado e Carla Lourenço Tavares de Andrade analisam a distribuição das emendas parlamentares da saúde no PPA 2004 a 2007; a política de investimentos do Reforsus e seus efeitos no complexo produtivo da saúde é discutida em artigo de Edmundo Gallo, Luiz Felipe Pinto, Janice Dornelles de Castro e Alcino Antonio Ferla. Por fim, artigo de Paulo Carlos Du Pin Calmon e Marcel de Moraes Pedroso aborda os custos transacionais em programas do Ministério da Saúde, a partir de estudo de caso das avaliações do plano plurianual nos anos de 2001 a 2006.

Clarice Melamed
Sérgio Francisco Piola
Organizadores

UNIVERSALISMO X FOCALIZAÇÃO E OUTRAS CONTROVÉRSIAS: ESPÉCIES EM EXTINÇÃO?

Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna*

1 INTRODUÇÃO

Já é lugar comum o reconhecimento – e até uma aceitação mal-disfarçada – de que o Sistema Único de Saúde, o SUS, no Brasil, embora concebido constitucionalmente como um sistema universal, é na prática um sistema para os pobres, ou seja, focalizado. De forma semelhante, pouco a pouco ganha foros de unanimidade a noção de que política social é, por excelência, algum tipo de ação voltada para os excluídos (os pobres) e, por definição, focalizada. Reconhecendo simplesmente, aceitando (mesmo que disfarçadamente) ou concordando inteiramente, o fato é que, diante de uma realidade que se apresenta como inevitável, os contendores do debate que tanto animou militantes e estudiosos da chamada questão social em passado recente parecem hoje, no mínimo, esquivos. Por desânimo de uns e arrogância de outros, as discussões esmoreceram, permanecendo restritas ora à fria refutação de dados empíricos, ora a uma morna queda de braço entre opiniões diferentes, todas prisioneiras da indefectível referência às práticas correntes no país.

A controvérsia entre universalismo e focalização como desenho apropriado para as políticas sociais, contudo, não se resume a escolhas que governantes fazem (ou são persuadidos a fazer) diante de recursos finitos e demandas infindáveis no contexto atual. Também não traduz apenas posições divergentes num espectro ideológico cada vez mais confuso. Fundamenta-se, outrossim, em concepções teóricas distintas acerca da natureza e do papel das políticas sociais nas sociedades modernas.

O presente artigo tem como objetivo apontar as premissas analíticas subjacentes a tais conceitos, procurando requalificar as relações que guardam com diferentes posturas político-ideológicas. A primeira sessão consiste em tentativa, muito simplificada, de resgatar um veio caro às ciências sociais, qual seja, o de identificar os laços que unem polarizações contemporâneas, como universalismo

* Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Economia (IE). marilu@ie.ufrj.br

versus focalização (no que concerne às políticas sociais), a antinomias clássicas na teoria política, como a canônica contradição entre liberdade e igualdade; o intuito é tão somente o de realçar a complexidade (teórica) do tema. Na segunda, a atenção se volta para um duplo processo em curso: o de naturalização de um modelo de política social (que passou a dominar no Brasil) e o de esvaziamento do debate sobre a questão social no meio acadêmico. A motivação para expor ideias que não se encontram suficientemente amadurecidas – e esse é o caso – reside na convicção de que o confronto entre postulados rivais continua a ser de grande relevância para o entendimento do real e, sobretudo, para a formulação de ações que visem transformá-lo.

2 ANTINOMIAS E QUESTÃO SOCIAL

O pensamento social moderno, seja na forma de ciência – as ciências sociais – seja na forma de ideologia, formas ambas legítimas com que vem se expressando através dos tempos, é rico em antinomias. Universalismo *versus* focalização é uma das que no momento frequentam, com assiduidade, as agendas da reflexão, das propostas e das práticas no universo das políticas públicas. Sua atualidade, relacionada que está ao renovado imperativo de enfrentamento da questão social – também esta reatualizada no cenário contemporâneo de reestruturações várias –, não exangue as imbricações que mantém com outras antinomias. Em particular, com a antinomia clássica que, desde o alvorecer da modernidade, consome esforços dos pensadores: igualdade *versus* liberdade¹.

Por pensamento social moderno entende-se aquele que começa a se formar lá pelos fins do século XVI, num cenário de transformações que vai permitir e estimular explicações laicas do funcionamento do mundo dos homens, explicações científicas tanto quanto proposições ideológicas e substantivas. É então que as ideias de liberdade e igualdade galgam destaque, assumindo contornos preservados até hoje. Liberdade como ausência de restrições à escolha individual – o livre arbítrio que Romeu e Julieta tentam exercer, na conhecida peça de Shakespeare – e igualdade como condição da própria humanidade (todos os seres humanos são, por natureza, igualmente indivíduos). Os pensadores no século XVII (Hobbes e Locke, por exemplo) vão considerar esses atributos como direitos naturais dos indivíduos, o que mostra a relevância que conferem a eles².

1. O redescobrimto dos valores da igualdade e da liberdade (ou sua redefinição *moderna*) pelos clássicos da Filosofia Política vem lastreado na reconsideração dos conceitos de *público* e *privado*, tanto em termos dos seus significados como domínios singulares da vida social quanto em termos das fronteiras que devem ser mantidas entre esses domínios (outra antinomia clássica, portanto). A elaboração também clássica dessa redefinição se encontra na famosa conferência proferida por Benjamin Constant de Rebecque, em 1818, no Ateneu Real de Paris – “Da liberdade dos antigos comparada à dos modernos”. A tradução para o português está em Zarca, Y. (1985). Ver a respeito, entre outros comentadores, Merchior (1991).

2. Ver a respeito Bobbio e Bovero (1987). As obras de Thomas Hobbes e John Locke que explicitam com nitidez esses postulados são, respectivamente, *Leviatã* (1652) e *Segundo Tratado de Governo* (1690).

E como conciliam teoricamente liberdade com igualdade? Concebendo a igualdade como igualdade formal ou abstrata – a igualdade em termos do exercício do livre arbítrio (todos têm o direito natural de exercê-lo) – e, para que seja possível a convivência entre esses iguais que desejam coisas diferentes (e são livres para fazê-lo), concebendo também a igualdade como igualdade de todos perante a Lei e a Justiça, ou seja, igualdade na esfera pública³. Essa a igualdade que o liberalismo clássico vai consagrar como compatível com a liberdade. E essa a ideia elaborada pelos precursores do liberalismo clássico, como os contratualistas Hobbes e Locke, que ressaltam, ademais, as especificidades da esfera pública (a cujas regras todos igualmente se submetem por espontânea vontade), que possibilitam e legitimam o exercício desigual da liberdade privada.

No século XVIII, e cada vez mais, à medida que o Ocidente caminha celeremente para o capitalismo industrial e se adensa o caldo de cultura que alimentaria a Revolução Francesa, tal forma de conciliar liberdade com igualdade perde consistência. Rousseau é o pensador típico do difícil dilema que se impõe. A igualdade já não pode ser concebida apenas como igualdade natural ou abstrata. Opressão e injustiças denunciam desigualdades concretas que a igualdade natural não previne nem apaga. Rousseau identifica na propriedade desigual a “origem das desigualdades” (título de seu livro-libelo de 1755)⁴. E como restringir a propriedade sem ferir a liberdade? A solução rousseauiana, demasiado complexa para ser aqui abordada, vai passar pelo conceito de vontade geral, uma espécie de virtude cívica que o povo incorpora pelo contrato social, quando abandona sua condição de aglomerado amorfo e se torna verdadeiramente um povo, ou seja, um “eu coletivo” capaz de decidir em nome do interesse geral, mesmo que a decisão se afaste do interesse particular de cada um⁵.

A democracia liberal que se afirma como sistema político e como objeto de reflexão, já no século XIX, retoma o caráter formal da igualdade para compatibilizá-la com o ideal – expandido e cultuado – de liberdade individual. Com a seguinte diferença: os pensadores, então (ou pelo menos os pensadores liberais progressistas, como Stuart Mill), vão ampliar o escopo da igualdade, adicionando à sua natureza civil (a antiga igualdade natural de exercer o livre arbítrio) a qualificação de igualdade política. “A cada um, um voto” será o lema propositivo dos liberal-democratas⁶.

3. Tanto em Hobbes (1652) quanto em Locke (1690), a esfera pública, o campo da política, distingue-se do domínio privado (o campo dos interesses individuais inerentes aos seres humanos) e (ou porque) consiste numa construção dos homens, possível apenas na medida em que estabelecem entre si o pacto social. Ver Macpherson (1970).

4. *Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens*. Coleção Os Pensadores, Abril Cultural, 1976.

5. Ver *O Contrato Social* [1762], livro I, cap. VI. Edição Os Pensadores, Abril Cultural, 1976.

6. Stuart Mill. *Considerações sobre o Governo Representativo*, IBRASA, São Paulo, 1964.

Liberdade e igualdade são conciliadas, portanto, porque são ambas concebidas como situações em que não há restrições à sua consecução. A ausência de impedimentos formais ao exercício da liberdade (de expressão, de credo, de trânsito, de propriedade, de trabalho, etc.) se complementa com a ausência de impedimentos formais à igual possibilidade de participação de todos no campo da política, ou seja, na esfera pública (pelo voto, pela elegibilidade para cargos públicos, pela constituição de partidos políticos).

Essa conciliação, denunciada por Marx desde o Manifesto de 1848 e que já assustava liberais mais conservadores como Tocqueville, não se sustentou no século XX. Duas guerras mundiais, a expansão colonialista, o acirramento dos conflitos distributivos, entre outros fatores, tornaram explícito o paradoxo: a liberdade é, por definição, diferenciadora no plano da vida real – se a liberdade não permite que desigualdades se concretizem, não é liberdade; e, pois, o ideal de igualdade, para deixar de ser um ideal abstrato, requer freios ao exercício da liberdade.

Igualmente, no mesmo passo em que desnudam o paradoxo, aqueles e outros fatores que incidem sobre as transformações características do século XX acabam impondo, no Ocidente, outra solução conciliatória: o chamado Estado de bem-estar social, com algum sacrifício de ambas as partes. Um pouco menos de liberdade sob a ação interventora do Estado e certo recuo do ideal de igualdade, expresso em menos desigualdades. Justificada teoricamente pela revolução keynesiana, a concepção social-democrata de conciliação entre igualdade e liberdade remarca, de novo, as fronteiras entre os domínios público e privado, reformulando os papéis de cada um (PRZEWORSKI, 1989, cap. 1).

Todavia, como ocorreu com todas as soluções de conciliação entre liberdade e igualdade ao longo do tempo, essa solução (o Estado de bem-estar social, momento histórico em que pela primeira vez políticas sociais se configuram como instrumentos de concretização de direitos) também se torna alvo de acirradas controvérsias. O quanto menos de liberdade? Em que dimensões se aplicam freios à liberdade (e que freios) requeridos para o aumento da igualdade? Que grau e que tipo de igualdade podem ser alcançados sem que a liberdade seja ameaçada?⁷

Duas concepções de igualdade (tanto no campo da reflexão quanto no campo das proposições) vão se confrontar nos debates em torno da solução conciliatória representada pela política social: a concepção de igualdade como resultados mais igualitários e a concepção de igualdade como iguais oportunidades para todos. No que concerne aos processos de formulação e implementação de políticas públicas, à primeira concepção se associam, grosso modo, adeptos do papel robusto do Estado como produtor de bens e serviços para todos e aos quais todos têm

7. Os debates em torno da "crise" do Estado de bem-estar social, a partir dos anos 70, sistematizados e comentados por vários autores, evidenciam os argumentos em pugna. Ver Draibe e Henriques (1988); Vianna (1998).

direito – sistemas de saúde públicos universais, por exemplo, ou de educação, e também fortes investimentos públicos para que todos possam gozar de benefícios como saneamento, moradia, transporte, etc. – do que resulta, ou se espera que resulte, maior igualdade substantiva. À segunda, associam-se os adeptos do papel do Estado como regulador das forças ou garantidor da pujança do mercado, fonte de iguais oportunidades para todos; algumas ações serão aceitas como precípuas a esse papel do Estado – ações negativas, destinadas a não permitir que encargos trabalhistas onerem (ou desestimulem) as atividades empresariais, e ações positivas, como as que proporcionam educação (ou saúde) gratuita àqueles que se encontram em situação precária, a fim de incrementar a igualdade de oportunidades.

Duas noções de liberdade também se distinguem. Na primeira, a liberdade é vista como ausência de restrições ao exercício do livre arbítrio; entre essas restrições enquadram-se certas incapacidades dos próprios indivíduos, como o analfabetismo ou a extrema penúria, que agem como obstáculos à livre escolha e que podem ser reduzidas. A segunda entende a liberdade como exercício positivo do livre arbítrio, como liberdade positivada, para o que estipula como necessária a presença de capacidades, ou melhor, a presença de elementos propiciadores de tais capacidades, ou, melhor ainda, a presença de direitos substantivos e palpáveis. Direitos que não se contentam apenas com a vigência de um sólido marco legal (como é o caso do acesso à justiça e do voto), mas que exigem estruturas concretas de positivação: escolas, hospitais, etc.

Não é difícil perceber que a antinomia liberdade *versus* igualdade se imbrica com a antinomia universalização *versus* focalização. Mas não se trata de mera polaridade a situar, de um lado, o conjunto liberdade subsumida pela igualdade assegurada por direitos substantivos universais e, de outro, o conjunto liberdade incrementada pela igualdade de oportunidades promovida por ações focalizadas. Ao contrário, a complexidade aumenta quando mais antinomias são introduzidas, pois elas se cruzam, oferecendo, em termos de soluções reflexivas ou propositivas, sanduíches mistos dos mais variados sabores.

Em seu enunciado original, a fórmula de compatibilização entre liberdade e igualdade expressa nos regimes de *welfare* disseminados pelo mundo no pós-guerra já embutia diferentes modalidades de cruzamento entre esses valores – liberdade e igualdade – e entre eles e a dupla forma de conceber a política social (para todos ou para os pobres). Tanto que sistemas variados de proteção social se constituíram pelos países do Ocidente, desde os mais liberais, tipo Estados Unidos, aos mais igualitaristas, tipo Escandinávia⁸. O próprio modelo Beveridge⁹ continha o germe da discórdia, uma vez que

8. Classificações dos Estados ou regimes de bem-estar encontram-se em vários autores. Ver, por exemplo, Esping-Andersen (1991). Em Vianna (1998) há breve resenha dessas classificações.

9. O modelo de seguridade social contido no famoso Relatório Beveridge, que orientou a reforma do sistema inglês, nos anos 40, e influenciou reformas mundo afora.

estabelecia, como princípios basilares, a universalidade dos benefícios e a integração das políticas e, como objetivo principal, a eliminação da necessidade (ou seja, da pobreza)¹⁰.

Não obstante, a concepção que se afirmou, nos anos subseqüentes – aqui nomeada *concepção Estado de bem-estar social* –, foi a de que a universalidade da política social como fórmula de compatibilização entre igualdade e liberdade não tinha a ver apenas com a redução da pobreza. Tinha a ver, sobretudo, com a expansão substantiva da cidadania (o famoso texto de Marshall que define a cidadania como conjunto de direitos acumulados historicamente, direitos civis, políticos e sociais, de 1949), e cidadania entendida como medida de igualdade aplicada sobre uma sociedade de livres desiguais. Até porque pobreza e desigualdades conheceram paralelamente substancial redução em países europeus, mediante políticas econômicas de crescimento, pleno emprego e alteração do sistema tributário.

Esta concepção, com efeito, se afirmou fortemente: a concepção de que liberdade e igualdade se compatibilizam mediante a noção ampliada e substantivada de cidadania, o que se dá por via de políticas sociais universais. É ela que inspira, no Brasil dos anos 80, o movimento em prol da universalização da saúde e da política social em geral, movimento que vem articulado com a luta pela democratização do país. Contudo, embora tenha se afirmado, essa concepção nunca reinou sozinha. É provável que sequer tenha sido hegemônica; sempre concorreu com outras.

A concorrente mais nítida e antiga é a mais óbvia. Fundamenta-se no suposto de que a política social como via de efetivação de direitos substantivos e universais não logra conciliar liberdade e igualdade porque obsta a liberdade, reduz o espaço do livre-arbítrio, produzindo falsa (ou ameaçadora) igualdade. A política social, portanto, deve ser concebida como alívio ou como compensação pelos prejuízos que a desigualdade inevitavelmente causa a alguns. Ou seja, estritamente focalizada – saúde pública para os pobres, educação gratuita para quem precisa, medidas assistenciais com alvos delimitados, enfim. Essa é a concepção liberal por excelência, “minimalista”, na qual a noção de igualdade guarda as características básicas com que foi formulada desde o século XVI (igualdade formal e abstrata), ainda que atualizada para o século XX (e para o XXI) – na arena política pelo voto universal e, no mundo da vida, pelas dotações seletivas aos necessitados¹¹.

Competindo com a concepção Estado de bem-estar universal como solução conciliatória entre liberdade e igualdade, impôs-se outra, de certo modo uma variante da anterior, embora dela se diferencie em aspectos não triviais.

10. Ver Vianna (1998).

11. A postura teórica que preside essa concepção, em sua radicalidade, na verdade descarta qualquer ação positiva do Estado. Friedman (1984) propunha “a substituição da mixórdia de programas existentes por um único, global, de suplementação em dinheiro da renda – um imposto de renda negativo vinculado ao imposto de renda positivo”. Para Nozick (1991), a “justiça distributiva” é destituída de sentido, já que a única função do Estado compatível com a liberdade dos indivíduos é a de proteger o que lhes pertence.

Segundo essa concepção, aqui nomeada de liberal revisitada, os ideais de igualdade e liberdade só podem ser compatibilizados se a igualdade for entendida como igualdade de oportunidades para que todos possam ser efetivamente livres e, pois, cidadãos autônomos por escolha própria. A cidadania não pode ser produzida e distribuída como vestimenta para cobrir indivíduos desnudados pela precariedade. O direito a que todos têm é o direito de “aprender a pescar”, ou seja, o direito a um ponto de partida, que é a oportunidade, igualitário¹². Nessa concepção, sistemas universais têm lugar, mas somente aqueles que propiciam a capacitação dos indivíduos para o exercício da autonomia.¹³ Assim, um sistema público e gratuito de educação é relevante, mas de educação fundamental, para crianças, que assim estarão, no futuro, capacitadas para exercer a cidadania. Um sistema de saúde público para todos também é acatado, mas um sistema prioritariamente voltado para a promoção da saúde. Sistemas públicos, nessa concepção, não se destinam aos pobres somente: são para todos, como o são, também, os sistemas privados. A salutar competição entre oferta pública e privada permite que os melhores sejam premiados pela escolha (livre) dos indivíduos.

As diferenças entre essas duas concepções de compatibilização entre liberdade e igualdade (concorrentes da concepção Estado de bem-estar universal como solução conciliatória entre liberdade e igualdade) são sutis. Ambas enfatizam a prioridade da liberdade sobre a igualdade, ou subordinam a igualdade à intocabilidade do ideal de liberdade. Distinguem-se mais visivelmente, porém, em dois pontos relacionados com a antinomia universalidade *versus* seletividade.

Um ponto crucial é o reconhecimento, mais nítido e coerente na segunda que na primeira concorrente, de que sistemas universais têm papel importante a desempenhar na solução conciliatória entre igualdade e liberdade. Na concepção liberal revisitada, a primazia da liberdade não se associa indiscriminadamente ao primado da seletividade; ao contrário, pode conviver com sistemas universais. O outro ponto distintivo é justamente a convivência, que a segunda concorrente vê como indispensável, entre políticas sociais universais e políticas sociais focalizadas. Rejeitando em parte o minimalismo de sua matriz, a concepção liberal revisitada postula a coexistência de políticas universais e políticas focalizadas, apontando como objetivo primordial da ação pública a ampliação das oportunidades para que todos possam caminhar pelas próprias pernas.

12. A abordagem mais elaborada dessa concepção é, sem dúvida, a de Amartya Sen que, a partir de conceitos como *capability* (capacidade no sentido de *ability* mais oportunidade), *functioning* (funcionamento entendido como parte da realização de uma pessoa) e *achievement* (realização, a categoria geral de avaliação da potencialidade dos dotes individuais), constrói a teoria do desenvolvimento humano, ou “desenvolvimento como liberdade” (SEN, 2000).

13. Para Sen “é preciso levar em conta não apenas os bens primários que as pessoas possuem, mas também as características pessoais relevantes que governam a *conversão* de bens primários na capacidade da pessoa promover seus objetivos” (SEN, 2000). A noção de “bens primários” é formulada por Rawls (1972). Sen (2000) se refere à noção rawlsiana de bens primários.

3 O “NOVO UNIVERSALISMO” NA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA E SUAS OCULTAS FUNDAMENTAÇÕES

No Brasil, como sugerido antes, a inspiração do movimento de ideias que, convergindo com outros vetores, culminou na Constituição Federal de 88 veio da concepção Estado de bem-estar social. Por razões que não caberia aqui enunciar, essa foi, na letra da Lei, a concepção vitoriosa. A Carta estabelece não só um sistema de saúde universal, como direito dos cidadãos e dever do Estado: estabelece um sistema universal de seguridade social, universal e integrado, o que tem implicações simbólicas e práticas. Simplificadamente, as implicações simbólicas podem ser resumidas na vinculação da proteção social ao conceito de cidadania positivada; as implicações práticas decorrem do princípio do financiamento compartilhado de benefícios contributivos e não contributivos¹⁴.

Ora, essa concepção – e também não haveria espaço aqui para discorrer sobre possíveis razões – não chegou sequer a se por em pé¹⁵. Nos anos 80, quando ela integrava a pauta de demandas na luta pela democratização no Brasil, parecia tornar-se dominante, no resto do mundo, a concorrente minimalista, a concepção liberal por excelência, ainda que essa dominância tenha sido mais alardeada do que praticada¹⁶. A partir dos anos 90, entretanto, e sobretudo a partir da segunda metade da década final do século XX, a concepção liberal revisitada vai ocupar espaços cada vez mais sólidos e amplos.

Não custa lembrar que é nessa ocasião, nos anos 90, que a legislação regulamentadora dos preceitos constitucionais começa a ser produzida no Brasil. Desde então, inicia-se concomitantemente o desmonte institucional, orçamentário e conceitual da seguridade social. Cada uma das áreas previstas para compor organicamente o sistema – saúde, previdência e assistência social – encastela-se em seu próprio ministério. Cada uma das áreas terá suas fontes vinculadas de financiamento: as variadas receitas constitucionalmente estabelecidas em conjunto para a seguridade serão setorializadas e ao mesmo tempo centralizadas num órgão externo à seguridade, o Tesouro. E, no rastro do discurso oficial de que o mundo havia mudado, o abandono do princípio da universalidade, embora jamais explicitado, se cristalizaria no enaltecimento dos novos preceitos liberais.

O contexto dos anos 90 se mostra propício ao avanço da concepção liberal revisitada, por razões que mais uma vez serão dadas como supostas. O fato a sublinhar é que ela ganha terreno, se sofisticada, aparece como oponente da concepção

14. Sobre o sistema de seguridade social implantado pela CF 88 no Brasil ver Vianna (1998), Gentil (2006), entre outros. 15. Ver Vianna (1998).

16. A retórica minimalista, nos países desenvolvidos, que levou ao poder conservadores como Thatcher e Reagan, não chegou a se concretizar em mudanças de peso nos sistemas de proteção social. Na América Latina, foi a ditadura de Pinochet que deu forma operacional à concepção liberal por excelência, em 1981.

liberal por excelência e passa a comer pelas beiradas a concepção Estado de bem-estar social. Torna-se (ou apresenta-se como) a grande inovação do milênio.

A aparência inovadora que a concepção liberal revisitada confere à política social constitui uma das faces da moeda, hoje corrente, da unanimidade. Assim como teriam se dissipado conflitos históricos e ideológicos (certamente na poeira que a derrubada do muro de Berlim espalhou), assim também um consenso, afinal, teria sido forjado em torno da fórmula de conciliar liberdade com igualdade. A outra face desse dólar (ou euro) filosófico, aceito e valorizado mundialmente, é a atribuição de inexorabilidade às transformações em curso na realidade.

Como cara ou como coroa, a quase unanimidade expressa o empobrecimento dos debates sobre a questão social e sobre as formas de enfrentá-la. No Brasil, atualmente, a nítida ausência de alternativas quanto à proposição de políticas é alarmante. Tudo se passa como se a controvérsia entre universalismo e focalização estivesse inteiramente superada na medida em que a verdade tivesse, enfim, sido revelada: política social é política para os pobres. Mais alarmante ainda, porém, talvez seja o vazio teórico que prevalece no âmbito das discussões acadêmicas, praga que atinge em cheio os cientistas sociais que lidam com o tema.

Embora o objetivo aqui se resuma a denunciar o tom pasteurizado adquirido pela ciência social brasileira no trato da questão social e das formas de enfrentá-la, cabe uma citação forânea que, com isenção, introduz o problema, em suas linhas gerais:

[...] É próprio da sociologia reivindicar um ângulo de observação e análise, um ângulo que, não estando fora do que observa ou analisa, não se dissolve completamente nele. Qual é, pois, esse ângulo e como mantê-lo nas condições presentes e próximas futuras? A rapidez, a profundidade e a imprevisibilidade de algumas transformações recentes conferem ao tempo presente uma característica nova: a realidade parece ter tomado definitivamente a dianteira sobre a teoria. Com isso, a realidade torna-se hiper-real e parece teorizar-se a si mesma. Essa autoteorização da realidade é o outro lado da dificuldade das nossas teorias em darem conta do que se passa e, em última instância, da dificuldade em serem diferentes da realidade que supostamente teorizam¹⁷. (SANTOS, 1995, p. 18)

Sociólogos – e demais cientistas sociais, obviamente – estão curvados diante de uma realidade que se mostra inelutável. A rapidez e a intensidade das mudanças operadas na realidade social, o objeto precípua de todas as ciências sociais, a tornam autoexplicável, hiper-real e, por isso mesmo, naturalizada, banalizada, “sem capacidade para nos surpreender ou empolgar” (SANTOS, 1995, p. 19).

17. O autor é um sociólogo português que, no Brasil, tem recebido aplausos pelas considerações que tece sobre as transformações em curso na atualidade, tanto no sentido de delatar suas mazelas quanto no empenho de apontar as novas formas de sociabilidade que suscita. Em *Pela Mão de Alice*, nomeia a si próprio um “pós-modernista de oposição”, com o que tem a intenção de apaziguar as angústias daqueles que não se sentem confortáveis com o majoritário silêncio do que chama o “pós-modernismo de celebração”.

O resultado, para o autor, é que teoria e realidade se confundem. A teoria passa a ser a própria realidade, na medida em que esta se autoexplica, como se a realidade prescindisse de teorias explicativas, deixando os cientistas sociais a seu reboque. Perplexos, os cientistas sociais correm atrás da realidade e pedem carona na sua autoteorização, ao invés de, como no passado, se sobreporem a ela, decodificando-a no plano da reflexão.

A provocação parece adequada para pensar o estatuto que têm, hoje, os temas correlatos da política social e da questão social no âmbito das ciências sociais. Com efeito, em matéria de políticas sociais, a realidade brasileira oferece um universo de práticas diversificadas que constituem manancial extremamente rico para estudos e análises. Um exemplo se encontra no banco de dados e projetos de experiências inovadoras do programa *Gestão Pública e Cidadania*, que a Fundação Getúlio Vargas mantém. O programa, promovido pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV em conjunto com a Fundação Ford e com o apoio do BNDES, selecionou anualmente, entre 1996 e 2005 (o último ano da premiação), os vinte melhores projetos de políticas públicas entre centenas que foram apresentados por municípios e estados e que tiveram, em sua maioria, o enfrentamento da questão social como propósito¹⁸. A publicação regular dos volumes que expõem as experiências ilustra bem a ideia de hiper-realidade: o registro de inúmeras iniciativas locais – entendidas como inovadoras na medida em que, entre outros diferenciais, “introduzem mudanças significativas em relação a práticas anteriores; têm impacto positivo sobre a qualidade de vida das comunidades; ampliam ou consolidam o diálogo entre a sociedade civil e os agentes públicos” – visa dar “ao leitor um panorama da diversidade brasileira, apresentando ao mesmo tempo a complexidade dos problemas do país e a riqueza das soluções encontradas por seus governos subnacionais”¹⁹. Em resumo, uma realidade autoexplicável.

Políticas sociais, de âmbito municipal, estadual ou federal, são, ademais, objeto de dissertações e teses de pós-graduação, de artigos em revistas especializadas, de vasta produção, enfim, nas várias áreas das ciências sociais e dos chamados campos multidisciplinares do conhecimento. Da mesma forma (ou simultaneamente), a questão social tornou-se ponto de convergência de expressiva quantidade de análises acadêmicas. Na maior parte dos trabalhos, contudo, a tendência que sobressai, tanto nos que versam sobre políticas sociais quanto nos que examinam a questão social, é a de superestimar a descrição empírica (e os métodos para realizá-la) em detrimento da elaboração teórica. A ciência social assume, assim, caráter de ciência-fotografia, permitindo que a “hiper-realidade” de seu objeto a ultrapasse.

18. Coleção 20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania. Ver <http://inovando.fgvsp.br>.

19. Coleção 20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania, Ciclo de Premiação 2005, Apresentação. (Idem)

Contentar-se em descrever os fenômenos não significa abdicar do rigor; ao contrário, a fotografia é de alta definição. Técnicas para observar e fornecer evidências vêm se aperfeiçoando crescentemente. Diagnósticos sofisticados, estatísticas, indicadores, modelos, todos complexos e consistentes, são usados para desvelar a realidade. Desvendam-se os múltiplos aspectos e dimensões da questão social – renda, educação, saúde, religião, condições de moradia de diferentes segmentos da população, etc. Levantamentos censitários e pesquisas por amostragem possibilitam não apenas medir o tamanho e identificar as características dos problemas como também inferir resultados das intervenções sobre eles.²⁰

É meritório e útil, sem dúvida, o esforço investigativo da ciência social que se pratica hoje no Brasil para subsidiar o debate em torno do palpitante tema do enfrentamento da questão social²¹. É, porém, insuficiente, pois, embora torne a realidade mais visível (porque quantificada e mensurada), bem como as políticas destinadas a operar sobre ela passíveis de avaliação a partir de instrumentos precisos, destitui de validade e importância as grandes interpretações (tentativas e controversas, por suposto). As polêmicas em torno dos fundamentos e da capacidade explicativa de teorias rivais, que sempre mobilizaram os pensadores, desbotaram.

Consequentemente a essa tendência empiricista emerge aparente consenso entre os estudiosos no que concerne à questão social e, portanto, à maneira de enfrentá-la, vale dizer, à política social. Aparente consenso que debilita ainda mais a ciência social. A concepção de política social que hoje prevalece se apresenta como (ou adquiriu o *status* de) a política social, no pressuposto implícito de que a realidade (que além de autoexplicativa se tornou impositiva) assim o demonstra. E assim o faz porque há também pressuposta concordância a respeito da natureza da questão social, uma vez que essa natureza é de igual modo revelada pela realidade. Dispensáveis passam a ser, portanto, as fundamentações teóricas, e supérfluas as discussões acadêmicas sobre elas. O mito do “fim” – da história, da ideologia – se aplicaria aos antagonismos na esfera das teorias econômica, social, política, etc.

Essa predominante concepção de política social possui dois traços que a tipificam como inovadora, no sentido acima referido, e que a enquadram na categoria de legítima representante da concepção liberal revisitada. Um é o estímulo à empreendedora atividade empresarial como instrumento de inclusão social. O outro consiste no “novo” assistencialismo, caracterizado por transferências de renda aos pobres com condicionalidades.

20. Resultados quantificáveis no curto prazo, naturalmente.

21. Não só no Brasil, obviamente. Fugiria ao escopo do presente texto, breve por natureza, estender considerações mais profundas ou abrangentes sobre os rumos que têm tomado as ciências sociais, mundo afora, no tratamento dos temas relacionados à questão social.

O empreendedorismo, especialmente quando adjetivado de social, transformou-se na panaceia universal para as sequelas da globalização financeira²². Em 2006, o Prêmio Nobel da Paz coube ao economista bengalês Muhammad Yunus, fundador do Banco Grameen, o banco do povo, tido como experiência altamente inovadora e criativa para o enfrentamento da questão social. O caráter inovador sublinhado pelos entusiastas dessa experiência estaria na aptidão do microcrédito – razão de ser do Grameen – para combinar “práticas do setor de cidadania com elementos do universo empresarial, que unem atuação competitiva, sustentabilidade financeira e maximização dos benefícios sociais” (BAGGIO, 2006). Permitindo “a experimentação de produtos e serviços voltados para nichos de mercado na base da pirâmide onde haja demandas não atendidas” (BAGGIO, idem), o microcrédito viabilizaria o pequeno negócio, elevaria a autoestima, desenvolveria responsabilidade individual e, assim, incluiria o pobre no universo da liberdade que é o mercado.

No Brasil, essa estratégia de enfrentamento da questão social norteia vários programas federais – o Proger, o Proger–Jovem Empreendedor, o Programa Nacional de Microcrédito Produtivo Orientado (PNMPO), o Projovem (Programa Nacional de Inclusão de Jovens) – e outros tantos programas estaduais e municipais. A criação, em 2003, da Secretaria Nacional de Economia Solidária, no Ministério do Trabalho e Emprego, denota a importância atribuída à estratégia como “forma de combate à pobreza”²³. Além de apresentada de maneira recorrente como a política social destinada a promover a inclusão social de certos grupos, a estratégia do empreendedorismo é vista quase como decorrência natural das mudanças que acontecem na realidade²⁴. Com isso se afirmam vitoriosas as teses gêmeas do empirismo e do consenso, suportes da ciência social-fotografia que assume a realidade como autoexplicável.

Desempenho análogo tem o segundo traço da dita concepção predominante, o assistencialismo condicionado. Desde 2004, os programas federais de transferência de renda que passaram a proliferar no Brasil, principalmente a partir de 1995, estão unificados no Programa Bolsa Família. O programa se propõe a alcançar seu principal

22. Inúmeros concursos, promovidos por entidades privadas e órgãos públicos, premiam cooperativas, lideranças associativas, empresas e pessoas que desenvolvem iniciativas em prol do empreendedorismo, evidenciando o incentivo que vem sendo dado a essa prática. Ver Vianna (1998).

23. “A Senaes está empenhada em promover o combate à pobreza mediante as oportunidades que o programa Fome Zero, a reforma agrária e outras políticas sociais do governo oferecem (...). O governo brasileiro está empenhado em reformas do sistema financeiro que o abram às camadas de baixa renda, que hoje estão excluídas dele. Outra alternativa é a criação de um outro sistema financeiro – solidário, popular, comunitário – que diferentes empreendimentos da economia solidária já estão desenvolvendo em várias partes do Brasil” (Paul Singer, Secretário Nacional de Economia Solidária do MTE, IPEA, *Políticas Sociais – acompanhamento e análise*, ago/2004).

24. Segundo Paul Singer (2004), com a criação da Senaes, o Estado brasileiro reconheceu “um processo de transformação social em curso, provocado pela ampla crise do trabalho que vem assolando o país desde os anos 1980”. A relação “natural” entre a difusão do empreendedorismo e as contingências do contexto atual é sublinhada, por exemplo, por Demo (2002) e Oliveira (2004).

objetivo (possibilitar “a conquista da cidadania pela parcela mais vulnerável” da população²⁵), articulando três dimensões: promoção do alívio imediato da pobreza, reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação²⁶ e coordenação de programas complementares²⁷. Distribuindo benefícios que variam de R\$ 18,00 a R\$ 172,00, de acordo com a renda da família cadastrada e o número de crianças e adolescentes até 17 anos, essa estratégia, embora à primeira vista estranha à do empreendedorismo, guarda com ela coerência e complementaridade. Como ela, aposta no crescimento individual (do pobre) e na melhoria das condições de acesso à produção (por conta própria), ao (micro) crédito e, pois, à mobilidade social²⁸. Como ela, confere *glamour* ao mundo dos pobres – o mundo *apartheidizado* do banco popular, da agricultura familiar, dos eletrodomésticos de qualidade inferior –, assegurando a seus membros a cesta básica de saúde e a educação que os sistemas públicos (universais) proporcionam nessas áreas. Como ela, é pretendente a consensual e resultante indiscutível do que ocorre na autoexplicável realidade.

Premissas teóricas (e por suposto controversas), entretanto, sem dúvida fundamentam tal concepção predominante de política social, bem como suas articulações com uma também predominante concepção da questão social. Sem qualquer intenção de esgotá-las, classificá-las ou hierarquizá-las, vale arrolar alguns conjuntos de proposições nos quais tais premissas logram nitidez, escapando do ostracismo a que a ciência social-fotografia as vem submetendo.

O primeiro se compõe justamente a partir da redução da questão social à pobreza. Ora, como observa Castel (1999), a “*questão social* é uma aporia fundamental sobre a qual uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta conjurar o risco de sua fratura”. Pode ser a pobreza como pode ser o conflito de classes²⁹. Ou seja, adquire formas diversas, no *plano da realidade*, em diferentes condições históricas, sistêmicas, etc. e demarca-se, no plano da reflexão, sob a égide da adoção de uma dada vertente de análise. Do entendimento reducionista de que a questão social é a pobreza (uma potente premissa teórica) decorre a aceção de que política social tem por função proteger os pobres, o que está longe de alinhar em concordância os cientistas sociais. Para Polanyi, por exemplo – premissa que é ratificada por Castel (1999) – as ações governamentais de cunho social

25. O programa beneficia famílias com renda mensal per capita de até R\$120,00. Disponível em: <http://www.mds.gov.br>.

26. O que implica as condicionalidades (vacinação de crianças, acompanhamento pré-natal de gestantes, matrícula e frequência escolar na faixa 6 a 15 anos), que contribuem “para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações” (<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>).

27. Programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e outros.

28. Ver os objetivos dos programas complementares ao Bolsa Família. Disponível em: <http://www.mds.gov.br>.

29. A reconstituição histórica da política social no mundo desenvolvido, feita por vários autores, mostra que, entre outras, a *Poor Law* elizabethana, na Inglaterra do início do século XVII, a *Speenhamland Law*, de 1795 (também na Inglaterra), os seguros sociais que Bismarck pioneiramente promulgou na Alemanha dos anos 1880 foram medidas endereçadas à ameaça representada pela “questão social” – num caso a pobreza, no outro a desruralização e, no terceiro, o movimento operário. Ver Marshall (1975); Polanyi (1980); Tampke (1981).

(voltadas ou não apenas para os pobres) têm historicamente por função proteger a sociedade como um todo dos riscos que a expansão do mercado acarreta, em particular das desigualdades que, no limite, ameaçam a própria integridade do tecido social³⁰. Em fina sintonia com aquelas premissas, insinua-se, levemente irônica, uma outra: política social, como política para os pobres e portanto de natureza assistencial, associa-se à bondade. Esse insidioso entendimento, que obviamente se contrapõe aos de Polanyi e Castel, enunciados acima – e que, aliás, contraria todos os clássicos da teoria política desde Maquiavel –, possibilita a seus seguidores desconsiderar como sociais outras políticas fundamentais para o enfrentamento da questão social, como transportes, saneamento, de certo modo a saúde, e, muito especialmente, a previdência social³¹.

Um segundo conjunto de premissas, intrinsecamente ligado ao anterior, tem por epicentro a definição de pobreza como situação em que indivíduos se encontram por falta de certos dotes ou *assets* (Banco Mundial, 2000) que, uma vez adquiridos, os habilitam a pular a linha da pobreza³². Escolaridade, aprendizado do autocuidado com a saúde e outros, entre os quais, é claro, o saber lidar com a renda, constituem os ativos primordiais que equalizam os indivíduos. Definida a questão social como pobreza e pobreza como carências individuais – definição que teorias rivais refutariam, apondo o papel das estruturas econômicas, sociais e políticas –, descobre-se mais um preceito essencial: políticas sociais de natureza coletiva, universais, não são as únicas nem as mais eficazes para lidar com a questão social. Quando dominam o cenário da proteção social tendem a desequilibrar o orçamento fiscal, desperdiçar recursos, penalizar investimentos e a não alcançar devidamente os pobres. Devem, portanto, restringir-se àquelas que propiciam igualdade de oportunidades para o exercício da liberdade, como educação fundamental e atenção básica à saúde, e servir como braço auxiliar de ações inovadoras, quais sejam, as que se dirigem a indivíduos, a grupos específicos, a segmentos da população pobre, que merecem ser tratados de modo diverso, em respeito às diferenças que guardam entre si³³.

O conceito de inovação aplicado à política social ilumina mais um lote de premissas teóricas ocultas pela empiria autoexplicativa que a ciência social-fotografia avaliza. Inovadora é a política social capaz de introduzir “mudanças significativas em relação a práticas anteriores” e assim diferenciar-se do assistencialismo tradi-

30. Ver, sobretudo os capítulos 7, 8 e 9 de *A Grande Transformação*.

31. A previdência social passa a ser matéria de finanças públicas, cujos especialistas a apresentam como saco de maldades que deve ser extirpado.

32. Essa definição de pobreza, que remete, como visto acima, aos aportes de Amartya Sen, está claramente enunciada no Relatório PNUD 1990. Na literatura brasileira, ver Paes e Barros (1999). Uma excelente e minuciosa análise dessa concepção foi recentemente realizada por Ugá (2008).

33. Mulheres negras, por exemplo, devem ter programas de saúde especificamente destinados a elas. Ver Maio, Rodrigues e Monteiro (2006).

cional, porque essas são exigências incontestáveis da atual conjuntura. Tal premissa se desdobra na assertiva de que as “novas” políticas (assistenciais) para os pobres, ao exigir condicionalidades, funcionam como mecanismos de *empoderamento*, isto é, ensinam a aquisição dos dotes necessários ao exercício das escolhas. Mediante a “promoção do alívio imediato da pobreza (...), o reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação (...), o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações”³⁴, indivíduos se tornam capazes de superar a situação de vulnerabilidade. Induzidos a frequentar cursos nos quais aprendem a pescar – e a usar o microcrédito para comprar o anzol –, ganham autoestima; requisitados a participar (de conselhos e atividades comunitárias), auferem os dividendos do capital social³⁵. Nessa chave, faz sentido o uso frequente da terminologia da inclusão, substitutiva, por exemplo, da integração e, sobretudo, da exploração³⁶. Incluído não é – como postulariam teorias rivais – o cidadão portador de direitos civis, políticos e sociais; é o produtor/consumidor de mercadorias, ainda que a mercadoria seja de baixa qualidade. A marca da “inclusão” deixa de ser o vínculo empregatício e passa a ser o CPF que habilita o indivíduo a transitar numa instituição bancária, ainda que seja um banco só para pobres.

4 BREVES CONSIDERAÇÕES, À GUIA DE CONCLUSÃO, PARA (TENTAR) REAVIVAR O DEBATE

Empreendedorismo e assistencialismo condicionado constituem os alicerces da nova concepção de política social, tida como capaz de substituir com vantagens o supostamente jurássico Estado de bem-estar social e seu padrão universalista de proteção social. Juntos, elas convergem para reforçar tendências como a de desresponsabilizar o Estado pela manutenção da ordem republicana e de delegar tarefas de enfrentamento da questão social ao mercado ou à própria sociedade. Conjugados, elas conferem estatuto de verdade absoluta à noção discutível de que é possível “incluir” segmentos social e economicamente marginalizados via programas pontuais de alívio à pobreza e fomento à autopromoção – importantes, sem dúvida, mas inócuos na ausência de projetos de desenvolvimento que gerem empregos sustentáveis e que possam alterar as estruturas que reproduzem as desigualdades. Coordenados, por fim, ajudam a disseminar a quimera de que dis-

34. Ver o portal eletrônico do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

35. O Relatório sobre Desenvolvimento Mundial de 2000/2001 caracteriza a pobreza a partir de três eixos: a) falta de renda e recursos (*assets*) para atender necessidades básicas, incluindo educação e saúde; b) falta de voz e de poder nas instituições estatais e na sociedade; c) vulnerabilidade a choques adversos e exposição a riscos, combinados com uma incapacidade de enfrentá-los. Ver Banco Mundial (2000) e Ugá (2008).

36. Ugá cita a advertência de Proccacci, segundo a qual a noção de exclusão, ao enfatizar a condição do excluído, obscurece o processo social que a gera. “Assim, ao mesmo tempo em que a ênfase recai na análise de trajetórias dos excluídos – isso é, quantifica-se e descreve-se sua condição –, em vez de identidades coletivas, por exemplo, toma-se como pressuposta uma sociedade dual (dentro-fora). Consequentemente, a exclusão é entendida simplesmente como aquilo que está de fora – uma realidade aparentemente autônoma –, e não enquanto resultado de um processo social”. (PROCCACCI, 1996, *apud* Ugá, 2008).

ponibilidade de capital social, linhas de microcrédito e rotas de empoderamento configuram versão popular do acesso ao capital propriamente dito e do ingresso nos círculos dos poderosos – por definição, inexequíveis para os pobres –, e que, como esses, oferecem oportunidades de mobilidade social³⁷.

É inquestionável que programas como os que compõem a concepção predominante de política social acima descrita cumprem finalidades imediatas, enquanto práticas, no Brasil ou alhures. Todavia, como concepção de enfrentamento da questão social, a concepção predominante de política social se mostra bem menos ambiciosa do que aquela que, condenada por inadequação aos tempos, se propõe a renovar. Sobretudo, mostra-se menos ousada, na medida em que se exime da discussão teórica, ocultando-se sob os véus da empiria e do consenso. Ora, a todos os cientistas sociais importa saber quem são e onde estão os pobres, assim como a todos os cidadãos incomoda a persistência da pobreza. Nem por isso cabe renunciar à tarefa de dar respostas a indagações mais provocativas – sobre causas e determinantes, por exemplo – e confrontar explicações erigidas sobre fundamentos rivais. Aceitar que seu objeto seja uma hiper-realidade autoexplicativa desmerece a ciência social, debilitando sua histórica função crítica, “que nunca pareceu tão desarmada, no último século, quanto nos últimos anos, seja porque manifesta apenas uma indignação sem acompanhar proposições alternativas, seja porque, mais frequentemente, tem renunciado a exercer a prática da denúncia frente à realidade contemporânea” (BOLDANSKI; CHIAPELLO, 1999).

Por trás da ciência social-fotografia está, a presidir as análises da questão social, a presunção da supremacia de uma concepção teórica, a concepção liberal revisitada de compatibilização entre igualdade e liberdade. Tal concepção se traduz plenamente nessa ideia de nova política social, imperativo que atenderia aos requisitos de uma realidade modificada. Sofisticada, sugere aposentar por idade (ou invalidez permanente) a concepção Estado de bem-estar e granjeia apoios com a performance de concorrente da concepção liberal por excelência. No Brasil atrai os descontentes – remanescentes dos anos 80 ou neófitos dos anos 90 – com os rumos tomados pela democratização.

Novos tempos, novas práticas, novos conceitos. O “aprendizado da pescaria”, expressão apócrifa que vulgarizou a categoria de “bens primários” propiciadores de equidade (RAWLS, 1993), recebe a sedutora designação de empoderamento; o alargamento das oportunidades suplanta, com a atrativa promessa da liberdade de escolha, a produção de resultados igualitários; a dotação de capacidades se

37. Para Foucault (2004), “o *homo economicus* que se quer reconstituir não é o homem da troca, não é o homem consumidor, mas sim o homem empresarial”. Trata-se, como observa Ugá (2008), “de inserir no tecido social a lógica da diferenciação social, dividindo-o e multiplicando-o em indivíduos a partir do modelo *empresa*, ou seja, enfatizando seu lado competitivo e empreendedor como novas necessidades”.

apresenta como a bandeira que atualiza o ideal dos direitos substantivos e universais. Cidadania torna-se palavra-chave, como se tivesse sido inventada há pouco, e para enfatizar o caráter inovador do uso do termo, se apõe a ele o adjetivo social: cidadania social³⁸. O Estado, esse ente propenso à corrupção, fadado à ineficiência, é apenado por não dar conta dos desafios. Não que se pense em extingui-lo; sequer em minimizá-lo. Há funções importantes a realizar – a garantia dos contratos não prescinde de uma entidade monopolizadora da violência legítima –, mas há sobretudo que “democratizar” (leia-se delegar, descentralizar) a realização de outras tantas funções. A chamada sociedade civil é instada a participar, formar redes horizontalizadas, estabelecer parcerias. O capital social torna-se fundamental, junto com o capital humano, o capital financeiro – afinal crédito popular é instrumento da cidadania, e a democratização do crédito, mecanismo redistributivo.

Mas a reversão mais profunda que essa concepção opera diz respeito ao conceito de universalidade. Não mais apenas como direitos universais abstratos, não mais apenas como sistemas legais destinados a alargar as oportunidades no ponto de partida. Agora, como direitos e sistemas substantivos cuja missão no mundo é incluir os excluídos. Sutileza refinada que apunhala tanto a concepção liberal por excelência quanto a concepção Estado de bem-estar. Direitos e sistemas universais (básicos) merecem existir porque são formas de inclusão, vale dizer, porque são formas de lidar dignamente com os pobres e não porque a eles se atribua qualquer papel de integração social³⁹. Sutileza que, além do mais, lhes confere legitimidade diante dos não pobres, que não pagam diretamente por eles nem deles precisam. Os direitos e os sistemas universais acessíveis aos pobres são, pois, formas de compatibilizar igualdade com liberdade pelas quais e mediante as quais todos se tornam cidadãos (sociais), todos podem fazer escolhas. Pretensamente inovadora, essa ilusão de compatibilizar igualdade e liberdade, que a concepção liberal revisitada encerra, foi desmistificada por Marx, com sarcasmo, há mais de cem anos: o mundo que imagina se circunscreve à esfera da circulação de mercadorias, onde “só reinam a liberdade, a igualdade, a propriedade e Bentham”⁴⁰

O presente artigo exprime uma posição cuja tintura, por vezes extremada, não é avessa a réplicas. Ao contrário, põe-se a tapa, na convicção, tão firme quanto a enunciada no início, de que os tempos mudaram, desenfronhando inusitadas tramas que estão a clamar o refinamento das ferramentas de agir

38. Cabe lembrar que o conceito usado por Marshall e aqui referido é cidadania, sem adjetivos, cidadania como conjunto de direitos que inclui, no século XX, os direitos sociais.

39. Esping-Andersen (1995) se refere aos sistemas de Welfare como sistemas de integração nacional.

40. “Liberdade, pois o comprador e o vendedor de uma mercadoria, a força de trabalho, por exemplo, são determinados apenas pela sua vontade livre. Contratam como pessoas livres, juridicamente iguais. O contrato é o resultado final, a expressão jurídica comum de suas vontades. Igualdade, pois estabelecem relações mútuas apenas como possuidores de mercadorias e trocam equivalente por equivalente. Propriedade, pois cada um dispõe só do que é seu. Bentham, pois cada um dos dois só cuida de si mesmo”. (MARX, 1970).

e pensar. Urge, nesse sentido, retomar o debate não só sobre os tempos e as práticas adequadas aos ventos que sopram como sobre os conceitos e premissas que transladam a empiria, do plano monocórdio da realidade, para o plano polifônico da reflexão.

REFERÊNCIAS

- BAGGIO, Rodrigo. **Um Nobel para a inclusão social dos negócios**. Rio de Janeiro: O Globo, 20 out. 2006.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 2000-2001**. Luta contra a Pobreza. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- BOBBIO, N.; BOVERO, M. **Sociedade e Estado na Filosofia Política Moderna**. 2 ed., São Paulo: Brasiliense, 1987.
- BOLDANSKY, L.; CHIAPELLO, E. **Le nouvel esprit du Capitalisme**. Paris: Gallimard, 1999.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- DEMO, Pedro. **Solidariedade como efeito de poder**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2002, v. 6 (Coleção Prospectiva).
- DRAIBE, Sonia; HENRIQUE, Wilnês. “Welfare State”, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 6, v. 3, 1998.
- ESPING-ANDERSEN, G. As Três Economias Políticas do Welfare State. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 24, set. 1991.
- ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 35, 1995.
- FERRAREZI, Elizabeth. Capital social: conceitos e contribuições às políticas públicas. **Revista do Serviço Público**. Brasília: ENAP, 2003, ano 54, n. 4.
- FOUCAULT, M. **La naissance de la biopolitique: cours au collège de France (1978-1979)**. Paris: Gallimard, 2000.
- FRIEDMAN, Milton. **Capitalismo e liberdade**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.
- GENTIL, D. L. **A política foiscal e a falsa crise da seguridade social brasileira**. Tese (Doutorado) – Instituto de Economia, UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.
- MACPHERSON, C. B. **La teoria política del individualismo posesivo**. Barcelona: Fontanella, 1970.
- MAIO, Marcos; RODRIGUES, Paulo Henrique; MONTEIRO, Simone. **Política social com recorte racial: o caso da saúde da população negra**.

Trabalho apresentado no 30º Encontro Nacional da ANPOCS, GT Políticas Públicas, Caxambu, out. 2006.

MARX, Karl. **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.

MARSHALL, T. **Social Policy**. Londres: Hutchinson University Library, 1975.

MERCHIOR, J. G. **O liberalismo antigo e moderno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

NOZICK, R. **Anarquia, Estado e Utopia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

OLIVEIRA, Edson Marques. Empreendedorismo social no Brasil: atual configuração, perspectivas e desafios – notas introdutórias. **Revista da FAE**, Curitiba, 2004, v. 7, p. 2.

PAES e BARROS, Ricardo. **Condições de pobreza e desigualdade no Brasil**, Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

_____; CARVALHO, Mirela; FRANCO, Samuel; MENDONÇA, Rosane. **Consequências e Causas Imediatas da Queda Recente da Desigualdade de Renda Brasileira**. Brasília: IPEA, 2006.

PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano**. Lisboa, Portugal, Tricontinental Editora: PNUD, 1990. Nações Unidas.

POLANYI, K. **A Grande Transformação** - as origens de nossa época. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1980. Tradução de Fanny Wrobel.

PRZEWORSKI, A. **Capitalismo e Social-Democracia** (1985). São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

RAWLS, J. **A Theory of Justice**. Oxford: Oxford University Press, 1972.

SANTOS, Boaventura Souza (1995). **Pela Mão de Alice**. São Paulo: Cortez, 1996.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. 6. ed. São Paulo: Companhia de Letras, 2000. Tradução Laura Teixeira Motta.

SINGER, P. Secretário Nacional de Economia Solidária do MTE, IPEA. **Políticas Sociais** – acompanhamento e análise, ago/2004.

TAMPKE, J. Bismarck's social legislation: a genuine breakthrough? In: **The Emergence of the Welfare State in Britain and Germany, 1850–1950**. MOMMSEN, Wolfgang J. (Ed.). London: Croom Helm, p. 71-83. 1981.

UGÁ, V. D. **A questão social como 'pobreza': crítica à conceituação neoliberal**. 232 p. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj), 2008.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ, 1998.

WERNECK VIANNA, M. L. T. Seguridade Social e combate à Pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANNA, A. L.; ELIAS, P.; IBANEZ, N. (Org.). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 89-122.

ZARCA, Y. (Org.). **Filosofia Política 2**. Porto Alegre: L&PM, 1985.

A REFORMA TRIBUTÁRIA E OS RISCOS PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL

Flávio Tonelli Vaz*

1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo contribuir para os debates da reforma tributária em curso no Congresso Nacional, identificando, nas mudanças propostas, os dispositivos relacionados à Seguridade Social e ao seu modelo de financiamento. A importância desse debate está em resgatar vários dos avanços inscritos pelo constituinte de 1988, uma vez que estão sendo esquecidos ou desconsiderados, colocando em risco direitos e conquistas sociais. Mesmo diante da pequena possibilidade de que essas votações sejam retomadas até o final de 2010, é possível afirmar que esse movimento mudancista insistirá, com mais vigor, numa reforma bastante similar, no início do próximo mandato presidencial¹.

No contexto nacional, vários motivos justificam uma reforma em nosso sistema tributário. Críticas à realidade tributária nacional vão desde sua ineficácia como instrumento ativo de distribuição de renda até a sua complexidade normativa. Polêmicas envolvem o tamanho da carga tributária nacional e os efeitos predatórios da guerra fiscal nas finanças de estados e municípios. Suas distorções, oriundas basicamente de um modelo onde predominam tributos indiretos sobre o consumo, contribuem para sua péssima distribuição, um desrespeito à capacidade contributiva de agentes econômicos e segmentos sociais. Há casos de cumulatividade injustificável, que penalizam a sociedade, ao lado de renúncias e imunidades que são verdadeiros privilégios. Integra ainda esse quadro a ineficácia da persecução judicial de fraudadores e sonegadores, somada a sucessivos parcelamentos de dívidas tributárias, com perdão e diminuição de juros e multas, o que induz à percepção de que o crime tributário compensa.

A construção de uma proposta identifica e hierarquiza problemas, prioriza mudanças e idealiza soluções. Esse movimento revela interesses e representa, entre outros fatores, perspectivas diferentes, resultado de divergentes projetos

* Câmara dos Deputados, flavio.vaz@camara.gov.br

1. Quando este texto foi finalizado, a proposta de reforma tributária havia sido aprovada na Comissão Especial, constituída para a sua análise de mérito, em novembro de 2008, e desde então se encontra pronta para ser votada no Plenário da Câmara dos Deputados para votação em dois turnos.

de sociedade, compreensões variadas sobre o papel e o tamanho do Estado e, naturalmente, disputas sobre a quem deva ser imputada a responsabilidade pelo financiamento da ação estatal. As divergências acumulam-se porque os vários tributos afetam distintamente cada tipo de contribuinte e ainda produzem efeitos conflitantes dentro da Federação. Não é por acaso que a unidade em defesa da reforma do sistema tributário esvai-se diante da materialização de uma proposta concreta. Entra em cena o poder de veto dos agentes políticos envolvidos, seja os filiados a outras concepções sobre o papel do Estado, seja os titulares dos interesses federativos, naturalmente conflitantes, seja os inconformados com as modificações propostas por questões individuais ou corporativas². Não por acaso, a maior oposição a esse projeto de reforma partiu dos governos dos estados inconformados com os prejuízos advindos da inversão origem-destino para a titularidade do ICMS.

Principalmente pela ausência do debate político sobre justiça tributária e papel do Estado, a difícil arquitetura da reforma envolve contemporizar, por exemplo, os anseios dos contribuintes em pagar menos impostos ou ter a garantia de que não há risco para os seus benefícios tributários, ou ainda atender aos conflitos entre União, estados e municípios, num já desgastado equilíbrio federativo nacional. Em resumo: os movimentos mudancistas exigem grande articulação, sob pena de fracassar.

Na busca da superação dessas dificuldades, os discursos em defesa da proposta de reforma tributária apresentam pontos como: a neutralidade das mudanças na alocação dos recursos; a garantia de que os estados não terão perdas com a inversão da titularidade dos recursos do ICMS do estado de origem para o de destino nas operações interestaduais; a presença de limitadores de receita para os novos impostos, com a fixação de um teto para a carga tributária; a premissa de expansão da base contributiva, que dá a perspectiva de redução da média imputada a cada contribuinte; muitas isenções e renúncias, como para produtos da cesta básica e investimentos das empresas; maiores facilidades para ressarcimento de créditos tributários e ampliação de mecanismos inibidores da incidência cumulativa dos diversos tributos.

Este texto pretende debater vários pontos da reforma, analisando o processo tributário como instrumento de financiamento dos programas públicos e dos direitos sociais, especialmente quanto às consequências de sua aplicação para a seguridade social. Sem a pretensão de esgotar as questões, pretende-se ampliar as motivações para a participação social no debate, despertando-a do discurso de neutralidade da reforma.

2. Abrúcio (2002) discute o poder de veto dos governadores exercido em grandes movimentos mudancistas.

2 OS EIXOS DA REFORMA EM TRAMITAÇÃO

Dos diversos problemas existentes no sistema tributário nacional, a segunda proposta de reforma tributária³ enviada pelo governo Lula, a PEC 233⁴, de 2008, adota como eixos a simplificação e a desoneração. Outras questões são praticamente ignoradas ou abordadas periféricamente. A simplificação pretendida alcança as esferas estadual e federal e, por sua vez, a desoneração tem como alvo os encargos patronais sobre a folha de salários, a exportação de produtos e serviços, a realização de investimentos produtivos e gêneros alimentícios de primeira necessidade.

Embora enfrentando problemas significativos do modelo atual, ter como eixos a simplificação e a desoneração não prioriza a correção dos graves desequilíbrios do sistema tributário, identificados como a falta de justiça social e o desrespeito à capacidade contributiva de agentes econômicos e segmentos sociais.

2.1 A reforma e a simplificação na tributação estadual

No âmbito estadual, a proposta produz duas grandes alterações: a) inverte a titularidade do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS), que passa a pertencer, nas operações interestaduais, ao estado de destino das mercadorias e dos serviços e não mais ao estado de origem; b) centraliza na União a competência tributária sobre o ICMS, permitindo a unificação nacional dessa legislação.

A primeira mudança tem como alvo inibir a guerra fiscal, instrumento utilizado para atração de unidades fabris, empresas de prestação de serviços e de centros de distribuição de mercadorias. A segunda pretende uma diminuição significativa do conjunto regulatório do ICMS, ao custo de uma redução drástica da competência tributária dos estados em relação à principal fonte de receita dessas unidades subnacionais. Ressalte-se que na essência da autonomia federativa de qualquer ente estatal está a competência tributária própria, como instrumento capaz de assegurar capacidade econômica para o desempenho de suas atribuições⁵.

Como instrumento de garantia a cada unidade da federação contra perdas de receitas do ICMS, especialmente nas operações interestaduais, com a inversão da titularidade de origem para destino, a proposta cria um Fundo de Equalização

3. A primeira foi enviada à Câmara dos Deputados no início do primeiro mandato, em abril de 2003, e tramitou como PEC 41/2003. Resultou na Emenda Constitucional nº 42, promulgada ainda em 2003. Embora não tenha conseguido grandes avanços, especialmente quanto à unificação do ICMS, a promulgação até o final daquele exercício atendia à necessidade de prorrogar a CPMF e a desvinculação das receitas da União (DRU).

4. A PEC 233/2008 tramita em conjunto a outras proposições de mesma natureza, várias delas resultantes de desmembramento da PEC 41/2003.

5. Sem negar a importância da capacidade tributária para a caracterização da autonomia federativa, Fernando Rezende (1983) aponta que há razões para centralizar as decisões da política tributária: os objetivos estabelecidos no planejamento nacional e a limitação progressiva da capacidade de arrecadar recursos a nível local, mesmo quando o aumento populacional ou a racionalidade (busca de maior eficiência) indiquem demanda ampliada por serviços públicos descentralizados.

das Receitas (FER). Esse fundo, que integraria o Orçamento Fiscal da União, receberia dotações vinculadas, calculadas a partir das receitas de impostos da União.

A alteração da titularidade do ICMS, de origem para destino, também afeta os municípios. Em média, a repartição do ICMS representa cerca de 22,3% de suas receitas brutas, mas para os municípios de médio e grande porte o ICMS representa um pouco mais⁶. A proposta de reforma, além de alterar o total de ICMS a ser arrecadado pelo estado, modifica a forma de partilha, determinando que a nenhum município seja entregue proporção maior que quatro vezes a correspondente a de sua população na população do estado⁷.

Desde 1996, a Lei Complementar nº 87 (Lei Kandir) regulamenta o ICMS, definindo relações interestaduais e legislando sobre a base de incidência. A norma não tem, no entanto, competência para legislar sobre alíquotas ou enquadramento de mercadorias e serviços. Com a reforma, a competência normativa federal sobre o ICMS é ampliada de tal forma que fica centralizada na União, unificando todas as legislações estaduais. Para os estados restará apenas a competência residual⁸.

No texto proposto, a simplificação decorre da unificação das normas sobre o tributo, ao custo da perda, para os estados, da capacidade de legislar sobre o ICMS. Apesar de afetar o equilíbrio federativo, concentrando na União ainda mais competência, pretende-se o fim da guerra fiscal entre os estados, atualmente apresentada como instrumento nefasto para as contas públicas e cada vez menos eficaz no combate aos desequilíbrios regionais. É preciso ressaltar que a utilização de tratamentos diferenciados em matéria tributária era uma das últimas possibilidades que os estados mantinham para promover políticas de desenvolvimento depois que foram levados à privatização dos bancos e das grandes empresas estaduais de energia etc.

Com a reforma, agrava-se uma situação onde os estados já possuem pequena capacidade de intervir no processo econômico para atração de investimentos privados, geração de demanda e produção de postos de trabalho. Quem já foi privado da possibilidade de oferecer crédito e perdeu empresas com as quais poderia decidir sobre investimentos estratégicos e políticas de aquisição de bens e serviços, vê-se afastado de mais um instrumento: a política tributária. Em contrapartida, a reforma oferece a criação de um fundo de desenvolvimento regional

6. De acordo com a Secretaria do Tesouro Nacional (www.stn.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp, acessado em set/2009), esse percentual é ainda maior (25%) nos municípios de médio porte (população entre 50 mil e 300 mil).

7. Hoje, da receita do ICMS, 25% pertencem aos municípios, sendo que $\frac{3}{4}$ desse valor são proporcionalmente rateados ao valor adicionado em seus territórios. Com a reforma, introduz-se um delimitador a esse critério, deixando essa divisão mais proporcional à população do município, afetando aqueles com grande concentração de empresas.

8. Pelo substitutivo aprovado na Comissão Especial, uma lei complementar instituirá o novo ICMS, definindo as suas alíquotas, entre elas uma alíquota padrão aplicável à maioria das situações. Haverá limites e condições para que os estados possam legislar residualmente, aumentando ou reduzindo alíquotas aplicáveis a mercadorias e serviços. Até mesmo para o enquadramento de mercadorias e serviços às alíquotas caberá a uma resolução do Senado Federal.

como mecanismo substitutivo. Resta saber se o volume de recursos a ele destinado será suficiente para compensar todas essas perdas.

2.2 A reforma e a simplificação na tributação federal

Na esfera federal, a simplificação é determinada pela extinção das contribuições sociais com a respectiva incorporação a impostos federais. A proposta cria um Imposto sobre Valor Adicionado Federal (IVA-F) que passaria a acumular a arrecadação de todos os tributos incidentes sobre o faturamento. Na proposição inicial, seriam extintos e agregados ao IVA a Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico Incidente sobre Combustíveis (CIDE-Combustíveis), a Contribuição do Salário-Educação, a Contribuição Social do Programa de Integração Social (PIS) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins). Outra simplificação decorreria da incorporação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) ao Imposto de Renda relativo à pessoa jurídica.

Durante a tramitação na Comissão Especial, optou-se por não incorporar a CIDE-Combustíveis ao IVA-F, pois ficou demonstrada a sua importância como tributo regulatório do preço dos combustíveis diante da alta dos preços internacionais do petróleo ao longo de 2008⁹. A partir dessa exclusão, se aprovado, o IVA-F será composto exclusivamente pela incorporação de contribuições sociais, antes instrumento de financiamento exclusivo do Orçamento da Seguridade Social.

A extinção da CSLL, da Cofins e do PIS se soma à não renovação da CPMF, como parte de um processo que acaba com as fontes exclusivas e vinculadas à seguridade social. Aprovada a reforma, restariam como contribuições sociais tão somente a previdenciária e a que incide sobre a receita de concursos de prognósticos, cuja arrecadação, além de diminuta, é destinada a várias outras funções além da seguridade, como educação, clubes esportivos, fundo penitenciário etc. Vale ressaltar que, durante a vigência dos diversos mecanismos de desvinculação de receitas, que se sucedem ininterruptamente desde 1994¹⁰, uma parcela correspondente a 20% da arrecadação das contribuições sociais podia ser utilizada livremente. A reforma não altera esse dispositivo, mantém a existência da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que continuará produzindo os mesmos efeitos até 31 de dezembro de 2011, término previsto de sua vigência, quando deverá, de alguma forma, ser renovada.

Com o fim das contribuições sociais que incidem sobre o lucro e o faturamento das empresas, que hoje significam parcela considerável das fontes que sustentam o Orçamento da Seguridade, um novo modelo de financiamento para esses programas e

9. O valor da CIDE, cobrada por litro de combustível, foi diminuído como um dos instrumentos a impedir que o aumento do preço do petróleo ao longo de 2008 fosse internacionalizado na economia nacional.

10. Sucodem-se o Fundo Social de Emergência (FSE) (ECR nº 1/1994), o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) (EC nº 10/1996 e 17/1997) e a Desvinculação das Receitas da União (DRU) (EC nº 27/2000, 42/2003 e 56/2007).

direitos sociais entrará em cena. A reforma introduz um modelo de base ampla, composta exclusivamente por impostos, onde se somam recursos do IPI, do IR (incorpora a CSLL) e do IVA-F (com as receitas do PIS, salário-educação e Cofins). Sobre essa base são calculadas as repartições federativas de recursos para estados e municípios¹¹ e as vinculações constitucionais, para a seguridade social, os programas de geração de emprego e renda a cargo do BNDES, os pagamentos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (salário-desemprego e abono salarial), o fundo de desenvolvimento regional, a educação, entre outras despesas dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social.

A criação de uma base ampla e única de financiamento para a maior parte do orçamento federal vem em contraposição ao modelo constitucional de 1988, quando foram instituídos três orçamentos. Para o orçamento da Seguridade, contribuições sociais e recursos próprios sustentam direitos e ações vinculadas a saúde, previdência e assistência social. Para o orçamento fiscal, recursos tributários (impostos e taxas), contribuições econômicas e outras fontes correntes e de capital asseguram recursos para as ações do Orçamento Fiscal, viabilizando a repartição tributária, os demais programas e ações de governo e, sempre que necessário, repasses para a Seguridade Social. Para o orçamento das estatais, há recursos das próprias empresas e transferências governamentais.

A criação dessa base é apresentada como positiva pelos proponentes da reforma. Para as vinculações de despesas da União, pode representar maior estabilidade para os recursos, pois ficarão menos sensíveis às flutuações na receita de um ou outro tributo. Para estados e municípios, há uma vantagem adicional. O fim das contribuições sociais e a ampliação dos impostos que compõem a base de repartição devem evitar a repetição do ocorrido ao longo do Plano Real, quando o aumento da carga tributária foi viabilizado quase que exclusivamente em contribuições sociais, resultando numa apropriação quase integral desses recursos pela União¹².

O Quadro 1 detalha os principais aspectos de vinculação de recursos e as inovações propostas pela reforma, na versão aprovada em novembro de 2008 pela Comissão Especial que analisa o mérito da proposta de emenda à Constituição¹³. A reforma busca manter o volume de recursos que compõem esses fundos de repartição ou que são vinculados constitucionalmente, a título de garantir a neutralidade.

11. Também entrarão na repartição de receitas os novos impostos que forem criados com base na competência residual da União prevista no art. 154, I, da Constituição Federal.

12. Comparativamente a 1991, a carga tributária total em 2000 havia subido 4,31 pp do PIB. No mesmo período, as transferências por repartição aumentaram apenas 0,59 pp do PIB. Na mesma base de comparação, em 2005 esses valores eram, respectivamente 6,90 pp e 1,34 pp (VAZ, 2008b, p. 46).

13. Diferentemente do que ocorre no Senado Federal, na Câmara dos Deputados, a tramitação das propostas de emenda à Constituição é analisada primeiramente pela Comissão de Constituição e Justiça, que avalia a constitucionalidade e a juridicidade, depois é encaminhada a uma comissão especial, para análise e discussão do mérito. Posteriormente vai a Plenário, devendo ser aprovada em dois turnos antes de seguir ao Senado.

QUADRO 1

Comparativo para impostos e contribuições de competência da União, repartição de receitas e vinculações, a situação atual e as principais modificações propostas pela reforma tributária, na versão aprovada pela Comissão Especial (PEC 233/08)¹⁴

| Impostos e contribuições | | Vinculação ATUAL de recursos (1) | Modificações propostas pela reforma |
|---|-------------------------------|--|---|
| IMPOSTOS <i>afetados pela reforma</i> | IR | 47% para fundos constitucionais | Incorpora a CSLL, integra a nova base de partilha |
| | IPI | 47% para fundos constitucionais e 10% para estados exportadores | Integra a nova base de partilha, acaba a repartição para estados exportadores |
| | IVA-F | | Incorpora Cofins, PIS e salário- -educação e Integra a nova base de partilha |
| | I. Exportação | Não há. | Será compartilhado |
| | novos impostos ⁽²⁾ | 20% para estados e municípios | Integra a nova base de partilha |
| IMPOSTOS <i>não afetados pela reforma</i> | IOF | Sobre o ouro, para estados e municípios | Não são alterados |
| | ITR | 50% para os municípios | |
| | I. Importação | | |
| CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS <i>Todas foram afetadas pela reforma</i> | Cofins | Seguridade Social | Será incorporada ao IVA-F |
| | CSLL | Seguridade Social | Será incorporada ao IRPJ |
| | PIS | BNDES (40%), seguro-desemprego e abono salarial | Será incorporada ao IVA-F |
| | Cont. Previdenciária | Integralmente para o RGPS | Desoneração parcial da cota patronal |
| | Sal. educação | Ensino fundamental - 50% para os estados | Será incorporada ao IVA-F |
| CONTRIBUIÇÕES ECONÔMICAS <i>afetadas pela reforma</i> | Cide-Combustíveis | Subsídios, projetos ambientais e infraestrutura de transportes, com repartição para estados e municípios | Mantida a vinculação, acaba com a repartição |

Fonte: Constituição Federal e substitutivo adotado pela Comissão Especial. Org. Autor.

Notas: ¹ Além das vinculações por repartição, 18% da arrecadação líquida de impostos devem ser destinados à educação.

² Criados com base na competência residual do Art. 154 da Constituição Federal.

Se a existência de uma base ampla de financiamento traz vantagens para programações do Orçamento Fiscal, para a Seguridade Social essa ampliação não produz alterações positivas. Hoje, contribuições incidem sobre uma larga e dife-

14. Vide nota 4.

renciada gama de fatos econômicos, como salários, lucros e faturamento (antes, durante a vigência da CPMF, até sobre movimentação financeira). Dessa forma, perder as contribuições sociais, fontes exclusivas, e receber recursos transferidos, mesmo que vinculados, significa o fim de sua relativa autonomia e da capacidade de priorizar os gastos sociais em detrimento de outras demandas públicas, gerando uma acirrada disputa alocativa dos recursos orçamentários.

2.3 As desonerações constantes do relatório

A proposta aprovada na Comissão Especial também avança no sentido da desoneração tributária, pois há consistentes e reiterados apelos em sua defesa. Eles respondem a percepções derivadas da magnitude da carga tributária, da sua distribuição, de como os tributos afetam determinado setor ou segmento, do papel do Estado e da eficiência dos gastos públicos. No entanto, tratar a desoneração em foro constitucional é bastante questionável. A utilização de emenda constitucional deveria se reservar a grandes questões gerais e não a soluções de pontos específicos, para os quais há soluções mais apropriadas na esfera infraconstitucional.

Essa opção por introduzir desonerações no texto constitucional, criando imunidades tributárias, busca atrair aliados para a reforma¹⁵. Outra consequência é estender para o futuro os interesses de eventual maioria presente no Parlamento, exigindo-se maioria qualificada para a sua revogação.

Em parte, o volumoso texto da reforma, ao fixar no texto constitucional imunidades e tratamentos tributários diferenciados, ao referendar decisões questionáveis, especialmente resultantes da guerra fiscal dos estados, e ao estabelecer garantias e privilégios para determinados segmentos econômicos, poderá levar a imensa maioria das demandas judiciais tributárias para o foro do Supremo Tribunal Federal.

Na proposta de reforma aprovada pela Comissão Especial, os principais alvos das desonerações são as exportações, os investimentos em ativo permanente das empresas, a reciclagem, a folha de salários e os produtos da cesta básica, listados em lei. Mas, há indicações de tratamento diferenciado, como para os casos de poluidor-pagador, para segmentos relacionados à produção agropecuária, especialmente de álcool e biodiesel, ampliação dos tratamentos tributários da Zona Franca. Ademais, as regras de não cumulatividade e de imunidade para as exportações previstas para o ICMS foram estendidas ao IVA-F¹⁶.

Os investimentos em ativo permanente também receberam imunidade e

15. Diante da fragmentação atual dos partidos e das bancadas estaduais, percebem-se no texto inúmeros dispositivos que podem significar o atendimento a demandas praticamente individuais.

16. As empresas que realizam essas operações ficarão livres, portanto, também da parcela relativa ao salário educação, que seria incorporado ao IVA-F.

foram constitucionalizadas regras determinando o rápido aproveitamento de créditos tributários¹⁷, inclusive os relativos à aquisição de bens e serviços utilizados na atividade produtiva. Até mesmo o direito de transferências a terceiros desses créditos acabou fixado do texto da Carta Magna. Embora seja importante que o Estado respeite e reconheça rapidamente os créditos tributários, restam dúvidas se essa matéria mereceria foro constitucional. Independentemente desse mérito, doravante o efeito da compensação de créditos ao IPI ou IR, que antes afetavam tão somente o financiamento do Orçamento Fiscal, passarão a afetar diretamente o volume de recursos a ser destinado à Seguridade Social.

Também objeto de mudanças, as contribuições patronais incidentes sobre a folha de salários foram alteradas com a aprovação de duas regras de desoneração. Por afetar diretamente as contribuições previdenciárias e, portanto, o Orçamento da Seguridade Social, as repercussões dessas desonerações merecem análise à parte.

2.4 Os efeitos da desoneração sobre a folha de salários

Várias medidas foram aprovadas para desonerar as empresas da tributação incidente sobre a folha de salários: a) deixará de incidir a contribuição social do salário educação (2% sobre os salários pagos), que é destinada ao ensino fundamental e partilhada com os estados. Essa contribuição será compensada via IVA-F; b) será reduzida a contribuição patronal previdenciária para o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), vedada qualquer compensação a partir do segundo ano de promulgação da Emenda, diminuindo, ao longo de seis exercícios, de 20% para 14%; c) a lei poderá estabelecer que entidades agropecuárias e agroindustriais contribuam sobre o faturamento, o valor agregado ou o lucro; d) a lei poderá substituir parcialmente a contribuição sobre os salários por um adicional ao IVA-F.

A desoneração mais significativa é a determinada pela diminuição da contribuição patronal de 20% para 14%. A alíquota de incidência da contribuição previdenciária nunca esteve fixada constitucionalmente, mas o substitutivo determina que ela seja reduzida à razão de um ponto percentual, durante um período de seis anos. Desconhecendo a reserva legal, essa regra entra em vigor, no segundo ano da publicação da Emenda Constitucional, mesmo que a legislação pertinente permaneça inalterada. Da forma como colocada, é uma desoneração graciosa, pois veda a compensação sobre outro fato gerador. Também não é prêmio para as empresas que demonstrarem regularidade no cumprimento de suas obrigações previdenciárias, que diminuam a terceirização ou os graus de precarização do trabalho. Simplesmente há uma redução desse encargo patronal.

O principal argumento para a diminuição da cota patronal é o combate à

17. Os créditos tributários representam direitos financeiros do contribuinte com a Fazenda Pública. Decorrem de previsão legal e podem ser utilizados, por exemplo, para abater outros tributos.

informalidade, determinada pelo custo tributário do emprego com carteira assinada. Essa argumentação precisa ser avaliada sob, pelo menos, três pontos básicos.

O primeiro diz respeito ao seu impacto na folha de salários das empresas. Depois da criação do regime tributário do Simples, que hoje já alcança mais de três milhões de empresas¹⁸, a imensa maioria das micro e pequenas empresas não pagam a cota previdenciária sobre a folha de salários, mas sobre o seu faturamento. Entretanto, para a maior parte das grandes empresas, o custo da folha de salários é pequeno, já que o investimento em máquinas, equipamentos e em avanços tecnológicos permite maiores índices de produtividade do trabalho. Um modelo de desoneração não linear, dirigido para setores de uso intensivo de mão de obra, como construção civil, prestadoras de serviços, segmentos de pequenas empresas não alcançadas pelo Simples e mesmo para pequenas prefeituras, poderia ser mais útil como instrumento garantidor da inclusão previdenciária e economicamente mais vantajoso para as contas da previdência social.

Outras propostas, como um mecanismo linear, mas com efeitos mais significativos para os pequenos salários – como um crédito por vínculo – poderia ter repercussões mais significativas como instrumento de combate à informalidade (acerca desses e de outros pontos importantes sobre a questão, ver ANSILIERO, 2008).

O segundo ponto diz respeito ao aspecto automático da entrada em vigor da redução do tributo. Em 2008, o ministro Mangabeira Unger defendeu uma desoneração radical da tributação sobre a folha de salários, desde que resultado de processo negocial com as empresas visando a diminuição das contratações terceirizadas, de uma sistemática de participação dos trabalhadores em lucros e resultados, por exemplo. As modificações, ao determinarem a vigência do dispositivo, até mesmo independentemente de lei, não permitem que a essa redução seja aposta qualquer condição.

O último aspecto diz respeito ao impacto sobre as contas de previdência social e, naturalmente, ao Orçamento da Seguridade Social. A contribuição patronal sobre a folha de salários, de 22,5 % para as empresas financeiras e de 20% para as demais não enquadradas no sistema SIMPLES, representou, em 2008, 57% das receitas previdenciárias, totalizando R\$ 89,7 bilhões¹⁹. Uma renúncia aproximada de 30% desse valor corresponde a cerca de R\$ 28 bilhões ao ano. O substitutivo aprovado na Comissão Especial assegura que o Regime Geral será compensado por mais essa renúncia. No entanto, o texto não exclui a possibilidade de que outros recursos da Seguridade sejam utilizados para essa cobertura. Nesse caso, o

18. SRFB – Análise da Arrecadação das Receitas Federais de julho de 2009; p. 19. Disponível em: <<http://www.srf.fazenda.gov.br>>. Acesso em: 21 set. 2009.

19. Esse valor corresponde à soma das contribuições das empresas, do setor público, relativamente a servidores submetidos ao regime Geral de Previdência Social e da arrecadação das empresas contratantes de prestadoras de serviços, por sub-rogação.

próprio Orçamento da Seguridade Social, ao fazer a compensação da renúncia, assumiria os prejuízos e a perda desses recursos – uma situação inaceitável diante das inúmeras demandas pela ampliação dos recursos para a saúde, da necessidade de um sistema de inclusão previdenciária urbana ou das reiteradas reivindicações por maiores reajustes para aposentados e pensionistas do regime geral.

É preciso registrar, ainda, que a Constituição Federal já prevê desonerações para setores com uso intensivo de mão de obra, permitindo que o encargo tributário seja deslocado para outro fato gerador. Esse dispositivo é mantido, mas com eficácia limitada, pois, com o fim das contribuições sociais, as compensações recairiam obrigatoriamente sobre os impostos, que têm limitações quanto a diferenciações pela natureza econômica do contribuinte²⁰. Há dúvidas sobre a constitucionalidade de mecanismos propostos pela reforma que permitem a substituição da contribuição sobre a folha por meio de adicional sobre o IVA-F, porque, para os impostos, diante de um fato gerador, não pode haver discriminação entre os contribuintes – ressalte-se que essas restrições não existem para as contribuições sociais.

2.5 Uma simulação sobre as receitas para a implementação da proposta aprovada na Comissão Especial

Uma simulação dos reflexos sobre as receitas da aplicação da reforma pode ser vista na tabela 1. Nele estão apresentados os valores realizados para impostos e contribuições envolvidos na reforma, no exercício de 2007²¹, e os resultados esperados das novas repartições e vinculações. Mas é preciso salientar que esse modelo de simulação é extremamente precário, pois parte do pressuposto de que, na regulamentação dos impostos (IR e IVA-F), as novas alíquotas serão suficientes para manter inalteradas as arrecadações. Embora pareça simplesmente matemático, envolve capacidade técnica para determinar as alíquotas, apropriando os efeitos de imunidades e desonerações determinadas, excluindo a cumulatividade etc., e política, para aprová-las, mantendo o controle do processo legislativo para impedir a votação de um sem número de novas renúncias. E, depois, o controle sobre as infinitas demandas judiciais. Acrescentem-se, a todos esses problemas, os efeitos da crise econômica de 2008 sobre a economia²² e as receitas tributárias.

Os dados apresentados na tabela 1 permitem avaliar que os parâmetros para repartição e vinculação de receitas presentes no projeto mantêm a maioria dos

20. Essas restrições relativamente a impostos estão expressas no art. 150 da Constituição Federal.

21. Como relatado, o substitutivo da Comissão atualizou a referência de 2006 para 2007.

22. Como resultado da crise, além das perspectivas de recuperação diferenciada dos diversos setores e segmentos econômicos, é difícil prever o comportamento de diversos parâmetros fundamentais para a previsão do comportamento dos diversos tributos.

atuais níveis de repartição e de vinculação²³. Mas esse aspecto se resume à neutralidade da reforma. Como as mudanças promovem renúncias fiscais, estabelecem garantias contra as perdas para estados e municípios e ampliam os recursos dos fundos regionais, é preciso avaliar as consequências que recairão sobre a execução do conjunto de programas e direitos mantidos pelo orçamento da União, sobre o qual recairá um enorme ônus.

Do ponto de vista da receita total, a implantação da reforma reduz esse montante em, pelo menos, R\$ 24 bilhões, que corresponde à desoneração da folha de salários. Essa redução poderá ser ainda maior devido a outras desonerações, como foi visto no item 1.3. Além de perder essas receitas, foram ampliadas as transferências, basicamente pela ampliação dos recursos destinados aos fundos regionais e pela criação do Fundo de Equalização das Receitas. Mais de R\$ 8 bilhões estão associados a essas despesas. E há, ainda, aumento em demais vinculações, como infraestrutura, e outras compensações²⁴. No total, a União perderia cerca de R\$ 43 bilhões em recursos livres.

Naturalmente, essa diminuição não se daria de forma imediata. A desoneração da folha de salários está parcelada em seis exercícios. Mas somente um ambiente econômico de aumento de arrecadação suportaria contas dessa magnitude. Estudos do Ministério da Fazenda, apresentados durante as audiências públicas realizadas pela Comissão Especial²⁵, estimavam que a reforma resultaria num crescimento adicional do PIB de 0,5% ao ano. Nesse cenário, ainda assim, em 2013 (terceiro ano da implementação da PEC, segundo o estudo), o aumento da arrecadação determinado por esse crescimento extra (R\$ 12,8 bilhões) corresponde a pouco mais da metade das perdas da União estimadas para o mesmo exercício (R\$ 22,8 bilhões). E, somente em 2021 (12º ano da reforma), o acréscimo de receitas proporcionado por esse crescimento acumulado permitiria à União recuperar tais perdas²⁶.

Compreender esse cenário, onde haverá seguramente perda de recursos para a área social, é fundamental para os debates sobre o financiamento da saúde, por exemplo, onde há uma luta histórica para ampliar os recursos que a União está

23. Os valores constantes da tabela 1 podem apresentar pequenas variações de acordo com a metodologia utilizada para apurar os valores das receitas (incluir ou não parcelas de dívida ativa, receitas de parcelamentos etc.). Neste trabalho as receitas apontadas para os diversos impostos e contribuições incluem essas parcelas em adição à arrecadação do principal.

24. Entre elas a da CIDE-Combustíveis, que não será mais compartilhada, mas essas transferências continuarão a ser feitas, pela vinculação de recursos.

25. As informações relativas à PEC 31/2007, detalhes de reuniões, atas, audiências públicas, notas taquigráficas etc. podem ser acessadas em <<http://www2.camara.gov.br/comissoes/temporarias53/especial/pec03107>>.

26. Esses dados foram apresentados durante as audiências públicas e estão disponíveis em <<http://www.fazenda.gov.br/portugues/docs/reforma-tributaria.asp>>.

obrigada a destinar ao setor, especialmente após a não renovação da CPMF²⁷. Na tabela 1, optou-se por apresentar como certo que a cobertura da renúncia previdenciária não se daria com recursos da própria seguridade²⁸. Caso contrário, a seguridade social somaria essas perdas às da CPME.

Naturalmente, a crise atual e os seus efeitos, especialmente sobre as receitas públicas, alteraram substantivamente esse ambiente. Será preciso retomar a base do cenário pré-crise, pois somente um longo período de crescimento econômico, com aumento elástico da arrecadação, facilitaria o fechamento da equação fiscal da reforma, que tem altos custos para a União e desperta desconfiança natural dos estados.

TABELA 1
Principais itens da receita tributária e de contribuições da União, repartição e vinculações – comparativo entre a Constituição e o substitutivo adotado pela Comissão Especial – 2007
(Em R\$ bilhões)

| Situação antes da reforma | | Substitutivo da Comissão especial | |
|-------------------------------------|----------------|--|----------------|
| Item de receita | Realizado | Item de receita | Previsão |
| IR | 148.052,8 | Novo IR (IR + CSLL) | 181.696,8 |
| IPI | 31.958,3 | IPI | 31.958,3 |
| | | IVA-F (Cofins + PIS + salário-educação) | 135.039,3 |
| Base repartição (IR + IPI) | 180.011 | Nova base de repartição e vinculação (IR + IPI + IVA-F) | 348.694 |
| Outros impostos (IOF, IE, II e ITR) | 20.507,4 | Outros impostos (IOF, IE, II e ITR) | 20.507,4 |
| Contribuição previdenciária | 140.411,8 | Contribuição previdenciária após desoneração | 116.411,8 |
| CSLL | 33.644,0 | | |
| Cofins | 101.835,1 | Essas contribuições foram incorporadas a impostos | |
| PIS | 26.115,6 | | |
| Salário educação | 7.088,6 | | |
| Cide-Combustíveis | 7.943,0 | Cide-Combustíveis | 7.943,0 |
| Soma parcial (A) | 517.556 | Soma parcial (A) | 493.556 |

(Continua)

27. Essa luta é travada por meio do projeto de lei complementar que regulamenta a EC nº 29 (PLP nº 306/2008). Essa proposição mantém a atual forma de cálculo do valor mínimo a ser aplicado pela União, que é o valor empenhado do ano anterior e a variação nominal do PIB dos 2 anos anteriores, acrescido de recursos adicionais provenientes de uma nova contribuição: a Contribuição Social para Saúde (CSS), na alíquota de 0,10% das movimentações financeiras.

28. O compromisso de que a renúncia da contribuição previdenciária sobre a folha de salários não seria coberta com recursos da própria Seguridade Social está materializado na PEC 382/2009. Essa proposta, que passa a tramitar em conjunto com a PEC 31/2007, contém o relatório aprovado na Comissão Especial, acrescido do resultado de diversas negociações havidas posteriormente.

(Continuação)

| Situação antes da reforma | | Substitutivo da Comissão especial | |
|--|----------------|--|----------------|
| Repartição de receitas | | | |
| FPM | 40.502,5 | FPM | 42.192,0 |
| FPE | 38.702,4 | FPE | 38.705,1 |
| Fundos regionais | 5.400,3 | Fundos regionais | 10.844,4 |
| Outras Transfer. (IOF, ITR e IPI-Export) | 2.781,6 | Outras Transferências (IOF e ITR) | 163,0 |
| Salário educação (50%) | 3.544,3 | Ensino fundamental | 4.010,0 |
| Fundo de Equalização de Receitas | | Fundo de Equalização de Receitas | 3.138,2 |
| Repartição da Cide-Combustíveis | 2.303,5 | Transferências infraestrutura transporte | 2.325,8 |
| Soma Parcial (B) | 93.235 | Soma Parcial (B) | 101.378 |
| Vinculações à Seguridade | | | |
| Seguridade Social (Cofins + CSLL) | 135.479,1 | Transferência vinculada à Seguridade | 138.431,6 |
| RGPS | 140.411,8 | RGPS | 116.411,8 |
| | | Compensação RGPS ¹ | 24.000,0 |
| FAT (60% PIS) | 15.669,4 | FAT | 13.599,1 |
| Sub total da seguridade (C) | 291.560 | Sub total da seguridade (C) | 292.443 |
| Outras vinculações constitucionais | | | |
| BNDES (40% do PIS) | 10.446,2 | BNDES | 9.066,1 |
| Cide-combustíveis (exceto transf.) | 5.639,5 | Cide-combustíveis | 7.943,0 |
| | | Infraestrutura de transporte, exceto transferência | 5.694,2 |
| Manutenção Desenvolvimento da Educação | 19.311,1 | Manutenção Desenvolvimento da Educação | 19.210,8 |
| Ensino fundamental (50% do salário Educação) | 3.544,3 | Ensino Fundamental (50%) | 4.010,0 |
| | | Complementação do FER | 5.200,0 |
| Soma Parcial (D) | 38.941 | Soma Parcial (D) | 51.124 |
| Parcela livre desses recursos (A-B-C-D) | 93.821 | Parcela livre desses recursos (A-B-C-D) | 48.611 |

Fonte: Para as receitas STN-MF, repartições e vinculações seguem as normas contidas na Constituição e no substitutivo adotado pela Comissão Especial.

Elaboração do autor.

Nota: ¹ A redação não explicita que esses recursos devem vir do Orçamento Fiscal.

3 A REFORMA EM CONTRAPOSIÇÃO AO MODELO CONSTITUCIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL

A Seguridade Social está definida no texto constitucional como um sistema “para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194). A materialidade dessa construção é um orçamento específico, instrumento pelo qual o financiamento público viabiliza direitos e políticas

públicas²⁹. Um reflexo direto da prioridade do constituinte à rede de proteção social é a separação do Orçamento da Seguridade Social do Orçamento Fiscal, distinguindo-se receitas e despesas e determinando palcos específicos e mais equilibrados para as disputas alocativas.

A solução constitucional determinou uma pluralidade de fontes exclusivas para a Seguridade Social, abrangendo fatos geradores diversos, como a folha de salários, a receita de faturamento e o lucro, para as empresas, e os rendimentos do trabalho, para os trabalhadores. Essa pluralidade gera um fluxo continuado de recursos que permite compensar o comportamento sazonal dos diversos fatos geradores e ainda reequilibrar o sistema quando, por exemplo, incorporações tecnológicas aumentam a lucratividade em detrimento do emprego³⁰. A esses recursos se somam os aportes do Orçamento Fiscal, mais um elemento a identificar a prioridade dos programas e das despesas da Seguridade.

Diferentemente do que está determinado para impostos, taxas e outras fontes de financiamento do Orçamento Fiscal, para assegurar a capacidade financeira do Orçamento da Seguridade Social, foi criado um sistema flexível para as contribuições sociais. São fontes exclusivas dotadas de particularidades, tais como: a) larga base de incidência com múltiplos fatos geradores, alcançando salários, lucros e faturamento; b) possibilidade de aplicação de alíquotas diferenciadas por setores da economia; c) possibilidade de aumento das contribuições sociais e cobrança dos tributos decorridos apenas 90 dias; d) maior legitimidade proporcionada por estar vinculada a gastos sociais.

A incorporação das contribuições sociais aos impostos representa o fim dessas flexibilidades no processo de financiamento da Seguridade, e com isso alguns setores econômicos serão beneficiados. É o caso, por exemplo, do setor financeiro, que hoje é submetido a alíquotas maiores tanto na tributação do lucro quanto do faturamento e que, com a reforma, deixará de sê-lo. Isso porque a diferenciação tributária por setor da economia, própria das contribuições, é vedada, no caso dos impostos, pelas restrições do art. 150 da Constituição Federal³¹. Como a meta do novo IR é arrecadar também o que hoje é arrecadado pela CSLL, isso implicará que os bancos pagarão menos ou que a média das empresas pagará mais.

Atualmente, ressalvada a ação da DRU, toda a receita das contribuições sociais está vinculada ao Orçamento da Seguridade Social. Havendo demanda pela ampliação dos direitos ou dos serviços suportados por esse Orçamento, pode-se

29. Sobre essa construção histórica, ver Boschetti (2006) e sobre a reformatação constitucional da saúde, ver Fleury (2008) e Marques e Mendes (2008).

30. Essa foi a razão do aumento das alíquotas das contribuições sociais relativas às empresas do sistema financeiro, que passaram a pagar mais sobre o lucro, o faturamento e a folha de salários.

31. Hoje, se um banco ou uma grande empresa têm lucro de um bilhão de reais, pagam o mesmo valor em imposto de renda, mas o Banco paga mais em contribuição social sobre o lucro do que a referida empresa.

recorrer ao aumento da arrecadação dessas contribuições sociais. A reforma põe fim a essa situação privilegiada de financiamento da Seguridade Social, ao extinguir as contribuições sociais e substituir esse modelo de fontes exclusivas por uma vinculação de recursos, repassados pelo Orçamento Fiscal. Como toma por base o valor de referência de 2007, na prática congela nessa referência o padrão de financiamento da Seguridade Social. Perdidas as fontes exclusivas que poderiam suportar o acréscimo, que podem ser ampliadas para atender à demanda por mais recursos, será preciso, durante as discussões orçamentárias, anualmente entrar na disputa de recursos com as demais áreas e prioridades.

Essa situação singular da Seguridade Social, determinada pela existência de orçamento próprio com fontes exclusivas, decorre do pacto social que prioriza ações e serviços de previdência, saúde e assistência social. Com a reforma, caberá à Seguridade organizar-se com os recursos das contribuições previdenciárias e 39,7% dos recursos que compõe a nova base de financiamento (IR, IVA-F e IPI). Diante de demandas nas áreas da Seguridade, haverá ajustes para compensar internamente os acréscimos com cortes em outras ações ou será necessário ampliar essa fatia de recursos disputando recursos com outras áreas no orçamento fiscal, como justiça, legislativo, forças armadas, infraestrutura e transporte, agricultura etc.

Tome-se o seguinte exemplo. Se para a saúde ou o seguro desemprego, atividades cobertas pela Seguridade Social, ocorrer a necessidade hipotética de mais R\$ 5 bilhões, pode-se promover legislativamente o aumento da arrecadação referente a uma contribuição social – a Contribuição Social sobre o Lucro ou a Contribuição do PIS, respectivamente. Decorridos apenas os 90 dias da anterioridade especial da noventena, os recursos extras podem ser alocados para atender àquela prioridade. Essa agilidade e a prioridade que ela representa se perdem com a reforma. Com o fim dessas contribuições sociais, diante da mesma demanda, será necessário alterar a legislação de um imposto e, pelas regras diferentes que se aplicam a esses tributos, a nova arrecadação somente ocorrerá no exercício seguinte. É, ainda, ao invés de ser aplicada integralmente para atender à demanda da saúde ou do seguro-desemprego, será repartida. Esses recursos extras, decorrentes de impostos que integram a base ampla de financiamento, IR ou IVA-F, serão distribuídos, atendendo a todas as vinculações que a reforma tenha estabelecido para os impostos.

Nesse exemplo, onde a receita do imposto aumentou R\$ 5 bilhões, além da seguridade, receberão parcelas desses novos recursos programações como FPE, FPM, Fundos Regionais, Fundo de Equalização de Receitas, BNDES, educação. Pelos critérios de repartição e de vinculação de recursos contidos no relatório aprovado, o resultado desse aumento da arrecadação seria o seguinte³²:

32. Mais detalhes das repartições e das vinculações propostas pela Reforma Tributária estão apresentados na tabela 1.

- a) transferências para estados e municípios a cargo do Orçamento Fiscal R\$ 1,45 bilhão;
- b) outras vinculações do Orçamento Fiscal (educação, etc.)R\$ 0,49 bilhão;
- c) recursos vinculados ao Orçamento da Seguridade SocialR\$ 2,18 bilhões; e
- d) recursos livres na esfera da UniãoR\$ 0,88 bilhão.

Ou seja, diante de um incremento de R\$ 5 bilhões na receita de impostos, apenas R\$ 2,2 bilhões estariam vinculados ao Orçamento de Seguridade Social. E, mesmo que em respeito a essa prioridade, a totalidade de recursos que remanesceram livres na esfera da União fossem destinados à Seguridade, ainda assim, apenas R\$ 3,1 bilhões seriam destinados ao setor. Para direcionar R\$ 5 bilhões à saúde ou ao seguro desemprego e atender à demanda, seria preciso aumentar a arrecadação em R\$ 8,2 bilhões, tornando o esforço político pela aprovação desproporcional ao problema que o legitimou. Se, para aumentar os recursos da Seguridade é exigido crescimento da carga tributária acima do necessário, provavelmente a opção será desconsiderar a demanda e deixar a descoberto aqueles direitos e programas. Com a aprovação da reforma, nivelam-se as prioridades. Do aumento da arrecadação de imposto resulta vinculação a uma ampla gama de dotações e programas orçamentários, inclusive com repartição de recursos para outras unidades da Federação, impedindo o atendimento preferencial a uma demanda específica.

Para a Seguridade, portanto, deve-se esperar, como fruto de longo prazo dessa reforma, a estabilização do nível presente de financiamento, esgotando a capacidade de expansão da rede de proteção social. Isso porque, quando se articula o fim da expansão das fontes de financiamento com as restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), tem-se, como consequência, um congelamento, em níveis qualitativos, de programas e serviços³³.

3.1 Enfrentar os desvios no modelo de financiamento da Seguridade Social

O grande consenso que dirigiu o país a partir da década de 90 determinou muitos desvios no modelo constitucional, seja do ponto de vista do modelo de desenvolvimento do Estado Nacional, seja dos direitos sociais³⁴. Nesse campo de medidas, que revogou ou colocou em desuso preceitos e princípios constitucionais e legais da Seguridade, estão os aumentos desproporcionais da arrecadação das contribuições sociais. Longe de representar, em igual proporção, a prioridade para os gastos sociais, estiveram associados às necessidades de ajuste fiscal – pós Plano Real e

33. Sem compensações, com novas receitas ou com cortes de outras despesas, a LRF admite apenas ampliações quantitativas de beneficiários ou usuários. Sobre as restrições da LRF – Lei Complementar nº 101, de 2000, - ver Miranda (2001).

34. Na Seguridade, além das reformas, podem-se identificar várias dessas iniciativas, como o fim do Conselho Nacional de Seguridade Social (MP 1.911-5, de 13/5/1999, e reedições até 2.216-37, de 2001) e o desconhecimento mais cabal de várias determinações constitucionais sobre a elaboração e a execução do Orçamento da Seguridade Social

pelas imposições dos sucessivos acordos com o FMI. Essas medidas impuseram ao Orçamento da Seguridade Social uma tarefa estranha: constituir-se numa das principais fontes do superávit primário das contas públicas³⁵.

Isso não significa que os gastos da Seguridade tenham deixado de aumentar nesses 20 anos. Pelo contrário, cresceram bastante, mas, infelizmente, bem menos do que as receitas. Fruto dos variados desvios, a necessidade de mais recursos para a Seguridade Social convive com grande quantidade de receitas em contribuições sociais alocadas para os fins mais diversos.

Somente de forma aparente, a reforma tributária traduz essa crítica, ao questionar o grande volume de arrecadação de contribuições sociais concentrado na União. Mas não se dispõe a equacionar esses desvios. E, de certa forma, os convalida ao extinguir as contribuições sociais, reconhecendo o seu caráter meramente fiscal, despreocupando-se com as demandas pela ampliação de gastos da Seguridade e, ainda, ao manter a desvinculação de 20% determinada pela DRU.

A atual proposta de reforma, que nivela as prioridades subtraindo a capacidade do Estado de atender às demandas crescentes dos programas sociais, está plenamente de acordo com esse consenso de Estado mínimo. Mas, esse conjunto de certezas e soluções que dominou a agenda política e econômica desde a década de 90 está em desajuste com as situações geradas pela crise de 2008, quando esse modelo de supremacia dos mercados foi colocado em xeque. Assim, ao invés de fazer mais uma reforma para reiterar os rumos do Consenso de Washington, seria oportuno que a reforma tributária reafirmasse o pacto político e social de 88, pelo bem-estar social, suas orientações de justiça e valorização do trabalho, de desenvolvimento econômico e social e de redução das desigualdades regionais e sociais.

Não é ainda possível alinhar todos os elementos que permitirão uma compreensão adequada dessa crise, nem afirmar quando a economia retomará, em nível mundial, os níveis de produção que a antecederam. Mas já é possível afirmar que ela abalou muitos paradigmas.

3.2 Soluções intermediárias de simplificação que respeitam a Seguridade

Desde a apresentação da proposta de reforma tributária, onde a simplificação na esfera federal decorreria principalmente do fim das contribuições sociais, segmentos sociais e parlamentares saíram em defesa da Seguridade Social, especialmente no que se refere à manutenção do seu modelo de financiamento.

35. As publicações anuais da ANFIP, com a Avaliação da Seguridade Social, apresentam dados comparativos sobre essas duas grandezas. Em 2007, por exemplo, o resultado da Seguridade foi de R\$ 60,9 bilhões, superando o do governo federal (R\$ 57,8 bilhões). Em 2008, mesmo com o fim da CPMF, representou quase três quartos, respectivamente, R\$ 52,3 bilhões e R\$ 71,4 bilhões. Um dos principais instrumentos na produção desses resultados foi a Desvinculação das Receitas da União, criada como Fundo Social de Emergência e Fundo de Estabilização Fiscal. Ainda sobre o uso dos recursos das contribuições sociais na obtenção de resultados primários, ver VAZ (2008a).

A convicção de que manter essas contribuições não era incompatível com a demanda por simplificação, e que nem a simplificação poderia se dar ao custo do desmonte do financiamento da Seguridade, levou a algumas iniciativas. Uma emenda – Emenda 48 – de iniciativa das deputadas Jô Moraes (PCdoB/MG) e Rita Camata (PMDB/ES³⁶) foi apresentada, mantendo todas as contribuições sociais, mas garantindo a simplificação do sistema pela unificação das bases de cálculos (a contribuição sobre o lucro líquido com a do IRPJ e as da Cofins e do PIS, entre si). Essa emenda não foi aprovada pela Comissão Especial, mas demonstra que é possível simplificar o sistema tributário sem desconstituir o modelo de financiamento da Seguridade Social.

Diante das múltiplas pressões, após a aprovação do parecer na Comissão Especial, foi apresentada a PEC 382/2009. Entre outras questões, ela mantém a CSLL, que não seria incorporada ao IR, e explicita que os repasses para cobrir a desoneração da folha não seriam realizados com recursos da Seguridade Social³⁷. Assim, além da contribuição previdenciária, pelo menos uma outra contribuição social seria mantida como fonte exclusiva e vinculada à Seguridade, permitindo, pelo menos parcialmente, a manutenção de um modelo que admite a priorização desses programas e ações, diminuindo os atritos da disputa alocativa.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela forma com que promove a simplificação e a desoneração, a reforma faz uma clara opção: elege como alvos a seguridade social e a autonomia federativa dos estados. As questões vinculadas à justiça tributária, ao excesso de tributação indireta, à alta regressividade dos tributos são praticamente ignoradas.

Deve-se ressaltar que a criação de uma base ampla e unificada de financiamento, onde se agregam as principais fontes de receita da União, pode facilitar mudanças posteriores, como diminuir a tributação sobre o consumo e ampliá-la sobre o patrimônio, porque essa troca de receitas (diminuindo o IVA-F e aumentando o IR, por exemplo) teria impacto nulo sobre as vinculações e as repartições. Infelizmente essa importante qualidade não parece estar na preocupação das mudanças em curso, como pode ser visto pela rejeição das alterações que permitiriam instituir o Imposto sobre Grandes Fortunas por lei ordinária, e não mais por lei complementar. Esse e outros exemplos evidenciam que essa reforma não tem como objetivo resolver esses problemas. Vale ressaltar que mesmo a simplificação tributária prevista não favorece a justiça tributária, pois extingue as contribuições sociais e, portanto, dificulta a diferenciação dos diversos setores e segmentos econômicos, um aspecto importante para aquilatar a tributação à capacidade econômica dos contribuintes.

36. Hoje a Dep. Rita Camata está filiada ao PSDB.

37. Essa PEC já tramita em conjunto com o substitutivo aprovada pela Comissão Especial.

O discurso de que o novo modelo de repartição com estados e municípios equaciona os problemas federativos é um mito. Como foi visto, ao subtrair competência tributária, centralizando-a na União, afronta a autonomia dos estados e, no limite, ao tomar o ano de 2007 como referência para a repartição de receitas, reafirma e congela toda a concentração efetivada ao longo dos anos 90.

No ímpeto de assegurar autoaplicabilidade da reforma e de manter inalteradas várias situações de interesse de diversos grupos econômicos, a proposta constitucionaliza inúmeros dispositivos, levando para a esfera do STF a quase integralidade das futuras disputas judiciais sobre as matérias tributárias. Esse cenário promove o risco de descontinuidade para as receitas e os programas de governo diante da redefinição integral do marco legal tributário. Vale lembrar que ainda hoje remanescem disputas sobre contribuições sociais criadas em 1988.

Em relação ao financiamento da Seguridade Social, a proposta acaba com a exclusividade das fontes próprias, mantendo apenas a vinculação de recursos realizada por meio de transferências do Orçamento Fiscal. Com o fim das contribuições sociais, vai-se a capacidade de priorizar gastos e programas da rede de proteção social. Qualquer expansão qualitativa do sistema estaria doravante sujeita à disputa alocativa dos recursos. Essa mudança no padrão de financiamento provoca o congelamento do nível de recursos, entre outras implicações.

Os movimentos de contrarreforma que visam restringir direitos e questionar o aumento dos gastos sociais sofrem contestações relativas à situação superavitária da Seguridade. Esse foi, por exemplo, o desfecho do Fórum Nacional de Previdência Social, de 2007. Com a reforma, as transferências advindas do Orçamento Fiscal serão as principais fontes de recursos da Seguridade. Troca-se uma situação superavitária por um modelo dependente de recursos.

A reforma não acaba com a capacidade de a União criar outras contribuições sociais. A chamada competência residual, pela qual a União pode “instituir novas fontes de recursos destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social”³⁸, mediante lei complementar, é mantida pelo substitutivo aprovado na Comissão Especial. Mas, é preciso reconhecer que, depois da unificação das contribuições sociais aos impostos, instituir qualquer nova contribuição será uma tarefa política de grande envergadura. Ampliar a alíquota de um tributo existente é muito mais simples politicamente do que criar um tributo. Basta comparar a facilidade com que a União aumentou as alíquotas da CSLL relativa aos bancos, de 9% para 15%, em maio de 2008, com o esforço despendido pela criação da

38. Constituição Federal, art. 195, § 4º.

Contribuição Social para a Saúde³⁹. Ou seja, a competência residual permanece, mas será de difícil utilização.

A crise e as dificuldades de negociação com os principais estados perdedores das mudanças do ICMS (principalmente SP) aparentemente inviabilizaram a aprovação dessa reforma até o final desta legislatura.

Com relação à crise, o seu tamanho e a dimensão de seus reflexos, associados à lenta recuperação da economia nos diversos países e aos questionamentos em relação à maioria dos paradigmas que sustentavam o modelo do Consenso de Washington, prometem inaugurar um cenário. Dessa inevitável redefinição, espera-se novo realinhamento de forças que retome papel mais ativo para o Estado, não apenas na regulação dos agentes econômicos, mas também com maior capacidade de se responsabilizar pelo desenvolvimento econômico e social.

Em sintonia com esses movimentos em escala mundial, no Brasil, espera-se que o aprofundamento dos debates e a força dos movimentos sociais possam trazer novas ideias, novos projetos, reafirmando o pacto político e social de 88, pelo bem-estar social, suas orientações de justiça e valorização do trabalho, de desenvolvimento econômico e social, redução das desigualdades regionais e sociais.

Se esses resultados estiverem presentes na próxima legislatura, após da eleição e posse do novo presidente da República, quando devem ser retomados os debates sobre a reforma, poderemos ter um resultado mais voltado para a justiça tributária e mais identificado com a capacidade estatal de atender às demandas de desenvolvimento econômico e social. Senão, essa versão da reforma, ou alguma outra bastante similar, contará com o ímpeto político do início dos mandatos presidenciais para ganhar fôlego e ser aprovada, como ocorreu em 2003.

A luta em defesa da Seguridade Social, dos direitos e dos programas e ações a ela associados depende em muito da capacidade dos diversos segmentos sociais empreender esforços para retomar a força política e a legitimidade que lhes permitiu as vitórias de 1988. O debate eleitoral, a definição do programa de governo e a composição de uma bancada de deputados e senadores alinhados com esses interesses podem ser decisivos para que o pacto constituinte em defesa dos direitos sociais não seja desfeito pela desconstrução do seu canal de financiamento orçamentário.

39. Essa contribuição está prevista no PLP nº 306/2008, que regulamenta a EC-29, mas ainda não foi aprovado. Depois de dois anos de tramitação, ainda depende de votação de destaques na Câmara dos Deputados

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. **Os Barões da Federação** – os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Ed. Mucitec, 1998.
- AFONSO, José Roberto; LOBO, Thereza. **Estudos para a Reforma Tributária**. Brasília: IPEA, TD nº 108, 1987.
- ANSILIERO, Graziela *et al.* **A desoneração da folha de pagamentos e sua relação com a formalidade no mercado de trabalho**. Brasília: IPEA, TD nº 1.341, junho de 2008.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e Trabalho** – paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres: Editora UNB, 2006.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Assalto ao Estado e ao mercado, neoliberalismo e teoria econômica**. USP: Estudos Avançados, v. 23, n. 66, 2009.
- CASTRO, Jorge A.; RIBEIRO, José A.; CHAVES, José V.; DUARTE, Bruno de C.; SIMÕES, Helene B. **Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995–2005**. Brasília: IPEA, TD n. 1.324, 2008.
- DIAS, Fernando A. C. **O Refinanciamento dos Governos Subnacionais e o Ajuste Fiscal 1999/2003**. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal. TD n. 17, 2004.
- FLEURY, Sônia. Políticas públicas em busca da qualidade dos serviços em saúde. In: **20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social**. Brasília: ANFIP, 2008.
- GENTIL, Denise; MARINGONI, Gilberto. A Constituição de 1988 e a Seguridade Social: uma disputa em meio à financeirização do Estado. In: **20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social**. Brasília: ANFIP, 2008.
- GIAMBIAGI, Fabio. **Dezessete anos de política fiscal no Brasil: 1991-2007**. Rio de Janeiro: IPEA, TD n. 1.309, 2007.
- KUCZYNSKI, Pedro-Pablo; WILLIAMSON, John (Org). **Depois do Consenso de Washington** – Retomando o crescimento e a reforma na América Latina. São Paulo: Editora Saraiva, 2004.
- LOPREATO, Francisco Luiz Cazeiro. **O Colapso das Finanças Estaduais e a Crise da Federação**. São Paulo: Editora Unesp, IE – Unicamp, 2002.
- MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. O sistema único de saúde e o progresso de democratização da sociedade brasileira. In: **20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social**. Brasília: ANFIP, 2008.

MIRANDA, Sérgio. **Verdades e Mentiras da Lei de Responsabilidade Fiscal** – um estudo sobre a Lei Complementar nº 101/2000 – seus reais objetivos e impactos sociais sobre a Nação. Brasília: Câmara dos Deputados, 2001.

SAMUELS, David. A economia política da reforma macroeconômica no Brasil, 1995-2002. Dados – **Revista de Ciências Sociais**. 2003, v. 46, n. 004, p. 805-835.

VAZ, Flávio Tonelli. O ajuste como prioridade, a Seguridade Social como instrumento. In: **20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social**. Brasília: Anfp, 2008.

_____. Longe do Ideário de Justiça Tributária: Simplificação com Riscos para a Seguridade Social. **Carta Social e do Trabalho**, n. 8, janeiro a agosto de 2008. CESIT – Instituto de Economia, Unicamp.

_____. **O ajuste fiscal efetivado no decorrer do Plano Real e suas repercussões na autonomia federativa**. Monografia (especialização em orçamento público) – ISC (TCU), Cefor (Câmara dos Deputados) e Unilegis (Senado Federal): 2008.

VAZ, Flávio Tonelli; MARTINS, Floriano José. Práticas orçamentárias a esvaziar a Seguridade Social. In: **Previdência Social: como incluir os excluídos?** São Paulo: LTr Editora Ltda, 2008.

REGULAMENTAÇÃO, PRODUÇÃO DE SERVIÇOS E FINANCIAMENTO FEDERAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DOS ANOS 90 AOS 2000

Clarice Melamed*

1 INTRODUÇÃO¹

Os governos de regime militar (1964-1985) no Brasil promoveram a centralização dos recursos fiscais em âmbito federal, o que gerou forte implicação sobre o planejamento das políticas setoriais, particularmente no setor saúde, que exige, pela sua própria especificidade, uma adequação de meios e estruturas ao quadro sociodemográfico e epidemiológico das diferentes regiões do País.

A centralização de recursos na área da saúde corporificou-se na criação de organismos nacionais que passaram a controlar, a partir da esfera federal, a execução da política de saúde em todo o território nacional. Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como resultado da fusão das estruturas dos antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Em 1974, fundou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), incorporando o sistema previdenciário, antes parte do Ministério do Trabalho. Entre 1974 e 1976 inicia-se o desdobramento do INPS em três institutos: o de Administração da Previdência e Assistência Social (Iapas), destinado ao gerenciamento e ao recolhimento dos recursos devidos à previdência; o próprio INPS, que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), voltado exclusivamente para as tarefas de assistência médica previdenciária.

Em outubro de 1974, foi aprovado, por meio de portaria do MPAS, o Plano de Pronto Ação, que visava dar acesso aos previdenciários à consulta médico-ambulatorial pela rede privada contratada e conveniada, universalizando o atendimento de urgência. Ainda em dezembro de 1974,² foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), composto, basicamente, por recursos originários de loterias (federal e esportiva) e de saldos operacionais da Caixa Econômica

* Fundação Oswaldo Cruz/Diretoria Regional de Brasília/Grupo de Pesquisa Economia e Políticas Públicas. melamed@fiocruz.br

1. As principais informações deste item foram retiradas de Médici (1999).

2. Lei nº 6.168, de 9 de dezembro de 1974.

Federal (CEF), que passaram a ser destinados ao financiamento dos investimentos em várias áreas sociais.

No final da década de 70, o setor público de assistência à saúde estava organizado em três principais subsistemas: o Inamps; o Ministério da Saúde e suas autarquias; as administrações estaduais e municipais.

O Inamps mantinha uma rede própria de hospitais e postos de assistência médica, assim como contratava o setor privado. Sua rede, em 1984, contava com 90 mil leitos próprios e 250 mil privados. As suas Superintendências Regionais, de base estadual, coordenavam os estabelecimentos de saúde próprios e contratados. Sua clientela era restrita aos segurados da previdência, ainda que, desde a aprovação do Plano de Pronta Ação (PPA), esses serviços pudessem atender inclusive não segurados, em situações de urgência ou emergência.

O sistema adotado pelo Inamps para o financiamento das ações de saúde em todo o País – é hoje consenso³ –, era um convite a fraudes e irregularidades. Nunca houve prática adequada de fiscalização e controle dos serviços financiados pelo poder público. O sistema de pagamento era efetuado por unidade de serviço (*fee for service*), por meio da qual o poder público não tinha noção do que reembolsava e o usuário não sabia o que e quanto estava sendo pago pelo serviço que lhe era prestado.⁴

Durante a década de 80, no período de intensa inflação, a fraude passou a ser justificada extraoficialmente como meio de manter o valor real dos serviços prestados por hospitais à população carente. Outra consequência da desvalorização das “moedas” de pagamento foi o descredenciamento, do Inamps, de hospitais de melhor qualidade.

Por sua vez, o Ministério da Saúde, durante os anos 70, mantinha atividades assistenciais, limitadas, por meio de programas nacionais, com estruturas hospitalares e ambulatoriais próprias e ações no campo do combate a algumas enfermidades.⁵ Tais atividades eram, em alguns casos, desempenhadas com a colaboração dos estados. O MS mantinha ainda quatro autarquias – Superintendência Nacional de Campanhas Sanitárias (Sucam); Fundação Especial de Saúde Pública (Fundação Sesp); Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan) – e era responsável pelas ações no campo da vigilância sanitária.

3. Ver, por exemplo, Escorel, S. 2008.

4. O Sistema de Autorização Hospitalar (AIH) foi adotado como critério para pagamento de internações hospitalares do Inamps desde 1984, em substituição ao antigo critério de Guia de Internação Hospitalar (GIH), que estabelecia um pagamento por unidade de serviço (US). O Sistema AIH mantém um conjunto de componentes a ser remunerado em cada diagnóstico de internação hospitalar, com tetos fixos. Assim, enquanto o sistema de US induzia ao consumo exagerado de atos médicos, o sistema de AIH, assim como os *Diagnosis Related Groups* (DRGs), utilizados nos EUA, estimulavam melhor adequação entre os gastos dos prestadores, a necessidade do paciente e o valor efetivamente pago.

5. Como câncer, psiquiatria, dermatologia sanitária, tuberculose, atenção materno-infantil etc.

ria, ambiental, epidemiológica, farmacológica e alimentar, vigilância dos portos, aeroportos e fronteiras.

As administrações estaduais e municipais, na maior parte dos casos, possuíam estruturas próprias de assistência à saúde bastante incipientes. Somente os estados mais ricos e os municípios das capitais encontravam-se aparelhados para prover atividades de emergência e assumir as tarefas rotineiras de vacinação e assistência ambulatorial.

O governo federal atuava de forma pouco coordenada e dual: o Inamps, aplicando grandes somas de recursos no que se costumou chamar de área curativa, realizava volumosos dispêndios em hospitais públicos concentrados em regiões mais ricas, capitais mais importantes e em hospitais privados espalhados por todo o País. O Ministério da Saúde ocupava-se das ações coletivas sem dispor dos recursos necessários e tecnologia suficiente, principalmente na área de gestão, para atuar em nível local, articulando-se de forma precária a estados e municípios, onde ainda atuavam também as superintendências regionais do Inamps.

Pressionado pela situação caótica do atendimento na maior parte das regiões do País e pela atuação de agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), que cobravam maior eficiência do gasto público no setor, o Executivo federal incorporou os objetivos de desenvolver programas de atenção básica e melhorar a qualidade dos indicadores de saúde, passando a tomar iniciativas no sentido de gerar maior integração na área de saúde. É nesse contexto que surgem novas iniciativas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), na década de 1980, que, no entanto, estiveram a maior parte do período sujeitas ao clientelismo político na relação entre Governo Federal, estados e municípios, pois não existiam organismos com representação da sociedade que discutissem mais amplamente critérios de repartição dos recursos disponíveis ou condições para o estabelecimento de convênios.⁶

Na perspectiva de universalização do atendimento, já na década de 70, a política de saúde previdenciária, capitaneada pelo Inamps, passou a incorporar progressivamente segmentos da população não contribuintes,⁷ como por exemplo os trabalhadores rurais, constituindo tal processo uma transição à universalização, consumada legalmente em 1988. Na mesma perspectiva, em 1983, foi implanta-

6. Médici (1999) mostra a falta de critérios para a distribuição dos recursos em âmbito nacional e como esse processo levou a deformações, construindo-se redes mais complexas e caras em regiões e estados mais ricos como Rio, São Paulo e Paraná. Esses estados passaram a contar com vários hospitais gerais públicos e universitários, enquanto as regiões mais pobres estavam sujeitas aos hospitais privados conveniados, em vários casos de qualidade duvidosa.

7. Outro exemplo, na perspectiva da ampliação da assistência, foi a formulação do Plano de Pronta Ação (PPA), a partir da criação do MPAS em 1974, já citado anteriormente.

do o Programa de Ações Integradas em Saúde (AIS),⁸ financiado por repasses feitos pelo Inamps às Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde. O mesmo sistema foi utilizado nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) (1985).

Considerado sob o ponto de vista da cobertura, do financiamento e da organização dos serviços, as ações de saúde na esfera pública no Brasil, entre meados da década de 70 e final de 80, tenderam à universalização, procurando romper com os limites impostos pela legislação previdenciária, particularmente com a noção de que o direito à saúde deveria estar atrelado à ideia de contribuinte. Entretanto, essas iniciativas foram restringidas pelos limites do pacto federativo fiscal, em vigor, que dificultava que estados e municípios dispusessem de recursos para aplicar em programas na área social sem depender do aporte federal.

2 AS DIRETRIZES CONSTITUCIONAIS DE 1988 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A saúde, na Constituição Federal de 1988, insere-se no contexto mais amplo da seguridade social, em que também estão incluídas a previdência e a assistência social. O conceito de seguridade opõe-se ao de seguro, até então vigente no sistema de proteção social brasileiro, onde o direito aos benefícios – inclusive os de assistência médica – eram considerados direitos pessoais, regulados por contrato individual, dado como contrapartida proporcional a uma contribuição e restrito aos segurados, no caso, basicamente assalariados urbanos, inseridos no mercado formal de trabalho.

Uma das inovações mais significativas do texto constitucional é o novo e ampliado conceito de saúde, que não mais se refere apenas à ação setorial preventiva ou curativa para estender-se às políticas econômicas e sociais que a determinam e condicionam: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, transporte, trabalho, renda, lazer, educação etc. Saúde deixa de ser um conceito negativo, o estado de não doença, para ser sinônimo de qualidade de vida, de “bem-estar físico, social e mental”, conforme expressamente formulado na Lei nº 8.080/90 (TCU, 1999). Ademais, a saúde passou a ser direito do cidadão e dever do Estado (art. 196 da CF). Quanto ao financiamento, a Constituição de 1988 dispõe que

8. As AIS caracterizaram-se por implantar processo de repasse de recursos do Governo Federal a outras esferas de governo. A lógica do repasse, no entanto, era a mesma utilizada para os serviços privados, ou seja, a compra de serviços de assistência individual, em que o setor público atuava como fornecedor do Inamps.

o SUS seria financiado, nos termos do artigo 195,⁹ com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

A Carta Magna, embora tenha determinado que os recursos para a saúde sejam financiados pelas fontes que compõem o Orçamento da Seguridade Social (OSS), não estabeleceu critérios de partilha entre os recursos componentes desse orçamento. As disposições transitórias da nova Constituição (artigo 55), contudo, definiram que, enquanto não fosse aprovada a Lei Orgânica da Saúde, não menos de 30% dos recursos da seguridade social seriam destinados para a saúde. E assim, essa foi a regra adotada em 1989 e 1990 (MÉDICI, 1995).

A Lei nº 8.080/90, ao criar o Sistema Único de Saúde, buscou definir os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão. Em relação ao financiamento, definiu que os recursos originários do SUS seriam depositados em conta especial (Art. 33, Lei nº 8.080/90), em cada esfera de sua atuação,¹⁰ e deveriam ser fiscalizados pelos respectivos conselhos de saúde. Na esfera federal, os recursos originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, seriam administrados pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Fundo Nacional de Saúde.

Mais uma vez, a Lei Orgânica da Saúde não definiu critérios de partilha de recursos entre os segmentos que compõem a seguridade social. O Art. 31 da Lei 8.080/90 limita-se a afirmar que “o Orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).”

9. Art. 195 A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais:

I. do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: (*Redação do Inciso I dada pela Emenda Constitucional nº 20, 15/12/1998*)

a) folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, a pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II. do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral da previdência social de que trata o art. 201.

[...]

(*Redação do inciso II dada pela EC nº 20*).

Originalmente, a redação desses incisos era:

I. dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II. dos trabalhadores;

10. Nos fundos nacional, estaduais e municipais.

Ao MS caberia, ainda conforme a lei, instituir sistema de auditoria e acompanhar a programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados e municípios.

Ainda no campo do financiamento, o artigo 35 da Lei nº 8.080/90, definiu critérios para o estabelecimento de valores a ser transferidos a estados, Distrito Federal e municípios: 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. O parágrafo único do artigo 35 definiu que metade dos recursos destinados a estados e municípios deveria ser distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. A Lei nº 8.142/90 veio a reafirmar este último critério: enquanto não fosse regulamentada a aplicação do conjunto de orientações previstas no Art. 35 da Lei nº 8.080/90, acrescentando e que 70% dos recursos federais deveriam ser destinados aos municípios, e o restante aos estados, desde que cumprissem os requisitos de dispor de Fundo, Conselho e plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (Art. 4º da Lei nº 8.142/90).

Entretanto, as disposições legais relacionadas ao financiamento foram cumpridas apenas parcialmente. O Art. 35 da Lei nº 8.080/90 nunca foi regulamentado e o repasse regular e automático, com base em critério *per capita*, da totalidade dos recursos transferidos, com 70% destinados aos municípios, também não. Na prática, o que prevaleceu na definição dos critérios de alocação de recursos federais para os estados e os municípios foram, ao menos, até o final dos anos 90, as Normas Operacionais Básicas (NOB), como se verá a seguir.

3 A POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANOS 90

A aprovação da Lei nº 8.080 ocorreu já durante o governo Collor (1990-1992) que, por motivos alheios ao processo em curso de reestruturação da oferta de serviços públicos de saúde, diminuiu os valores aplicados no setor e fez surgir uma conjuntura desfavorável ao pleno desenvolvimento do SUS. Em 1991, o volume de recursos destinados à saúde obedeceu a antiga determinação constitucional, ou seja, foram definidos em 30% do OSS. Em 1992, a distribuição de recursos do OSS correspondeu à definição de fontes e não mais de percentuais. A fonte – Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) – foi destinada à assistência social,

e o Finsocial, à saúde. No entanto, o questionamento judicial do Finsocial,¹¹ a decisão de muitas empresas em depositar os recursos em juízo e a extinção do Finsocial e criação do Cofins, como substitutivo mais bem enquadrado nos preceitos constitucionais, foram movimentos que, ao longo de 1992, fizeram com que os recursos para a saúde fossem insuficientes para o financiamento do setor (MÉDICI, 1995).

Ainda durante o Governo Collor, foram implementadas algumas medidas por meio de convênios de municipalização regulamentados pelas Normas Operacionais Básicas nºs 01/91 e 01/92. Embora buscassem instituir o rearranjo institucional previsto na legislação para a gestão descentralizada do SUS,¹² elas introduziram a forma de remuneração por serviços produzidos, para o pagamento das atividades hospitalares e ambulatoriais realizadas nas unidades próprias da rede pública, tal como se fazia com a rede privada.

Na lei orçamentária de 1993, foi definido que 15,5% dos recursos da Contribuição sobre a Folha de Salários seriam destinados ao financiamento da saúde. No entanto, os compromissos da previdência social em cumprir os dispositivos constitucionais no campo do pagamento de benefícios acarretaram o não cumprimento da própria lei orçamentária e a maior crise financeira do setor saúde em toda a década (MÉDICI, *op.cit.*).

Apesar da crise relativa ao volume de recursos disponíveis e indefinição de fontes de financiamento, em julho de 1993, foi sancionado, pelo então Presidente da República Itamar Franco (1993-1994), projeto de iniciativa do Ministério da Saúde que determinava a extinção do Inamps.¹³ Esse ato constituiu importante passo para a consolidação do SUS, particularmente da diretriz de descentralização, pois oficializou a transferência dos serviços, antes administrados centralizadamente, para estados e municípios, responsabilizando o Ministério da Saúde pelas funções regulatórias (VIANA, 1996). Tal medida era antiga reivindicação do movimento sanitário associada ao pleito de repasse automático de recursos do Ministério da Saúde às esferas subnacionais que, por sua vez, deveriam criar competência própria para julgar sobre as condições da sua aplicação.

Durante o governo de Itamar Franco e após a realização da IX Conferência Nacional de Saúde (agosto de 1992), quando ocorreram várias manifestações a favor da intensificação do processo de municipalização, o Ministério da Saúde desencadeou o processo de descentralização financeira, parcialmente funda-

11. O argumento jurídico de inconstitucionalidade do Finsocial baseava-se no fato de que, em primeiro lugar, como contribuição social, ele não tinha destinação específica, funcionando mais como um imposto; e, em segundo lugar, pelo argumento da bitributação, dado que o PIS/Pasep tinha a mesma base de incidência. (MÉDICI, 2005).

12. Com exigência de requisitos legais estabelecidos para a transferência de recursos.

13. Projeto de Lei nº 3.716-A.

mentado nas Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, por meio da Norma Operacional Básica nº 01/93.¹⁴ Essa NOB definiu mais claramente os critérios e os processos de habilitação de estados e municípios; considerando que os municípios, os estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontravam-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, criou duas categorias de gestão estadual e três destinadas ao nível municipal. Quanto mais avançado o processo de gestão local, maior autonomia financeira seria permitida por parte do governo federal.

A NOB 93 propôs também a criação de Comissões Intergestores Bipartites (CIB) em cada estado da Federação como fórum de pactuação entre os gestores estaduais e municipais. Segundo Lucchese (1996), a constituição das CIBs constituíram o eixo da estratégia de implantação da nova norma nos estados:

(...) como instância privilegiada para todas as negociações entre gestores requeridas para a operacionalização da descentralização: às CIBs foi atribuído o papel de adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado e propor medidas reguladoras das relações estado/municípios e município/município na implementação do Sistema Único de Saúde, para se conduzir, assim, o processo de descentralização na esfera estadual.

A meta era efetivar a gestão plena do SUS nos estados e municípios brasileiros, com a implantação de uma direção única sobre as ações e serviços em cada esfera de governo, para que fosse organizada uma rede regionalizada e hierarquizada que garantisse a referência e contrarreferência no sistema, e o acesso universal e equânime à assistência integral à saúde. (*op. cit.*, p. 113-114).

A partir da NOB 93, o custeio federal de ações e serviços de saúde se daria, de maneira geral, por meio dos seguintes mecanismos:

Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA) – a cada estado deveria ser fixado um teto de recursos para o custeio das atividades ambulatoriais, calculado através da multiplicação de um valor *per capita* para cobertura ambulatorial anual – a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) – pelo total da população (o valor da UCA era definido pelo Ministério da Saúde para grupos de estados de acordo com as características da rede, em termos de sua complexidade). (...).

Teto Financeiro Hospitalar – a cada estado deveria ser fixada uma cota física anual de internações hospitalares (...) correspondente a 10% da população, a qual, multiplicada pelo custo médio da internação no estado, resultaria no teto financeiro para custeio das atividades hospitalares. Os tetos municipais seriam estabelecidos a partir da definição de uma cota física de 8% da população, multiplicada pelo custo médio da internação no município (podendo ser modificados por negociação na CIB, no limite do teto estadual (...)).

14. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.

Fator de Apoio ao Estado (FAE) – a cada estado que se habilitasse a alguma condição de gestão, seria destinado, a título de apoio à descentralização, um montante anual de recursos correspondente a 5% do valor da UCA, multiplicado pela população total do estado. Tais recursos seriam repassados mensalmente (fundo a fundo) para utilização nas atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais, em programação aprovada pela CIB.

Fator de Apoio ao Município (FAM) – a cada município que se habilitasse a alguma condição de gestão, seria destinado, a título de apoio à descentralização, um montante anual de recursos correspondente a 5% do valor da UCA, multiplicado pela população total do município. Estes recursos também seriam repassados mensalmente (fundo a fundo) para custeio de atividades. (LUCCHESI, 1996, p. 117-119).

Segundo a mesma autora (LUCCHESI, 1996), a conjuntura adversa do financiamento setorial impossibilitou a implantação integral das condições de gestão estabelecidas pela NOB 93. Além dessas dificuldades, houve a resistência do Conass em aceitar tetos financeiros para as atividades hospitalares – que até então só dispunham de tetos físicos – sob a alegação de que essa medida representava sério risco de achatamento de recursos numa conjuntura já crítica de financiamento. Somente com a viabilidade de se implantar a condição de gestão simplificada para municípios e a necessidade de definição de tetos para sua operacionalização, foi que se obteve consenso na Comissão Intergestores Tripartite e se definiram oficialmente tetos financeiros globais para os estados e para os municípios incluídos nesse tipo de gestão.

Mesmo tendo sido adiado numerosas vezes, o Decreto nº 1.232, de 30/08/1994, regulamentou as condições e a forma para o repasse direto e automático dos recursos alocados ao Fundo Nacional de Saúde a ser redistribuídos entre estados e municípios. Esse decreto, obedecendo a Lei nº 8.142, condicionou a transferência de recursos à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo conselho, do qual deveria constar a contrapartida de recursos no orçamento do estado, do Distrito Federal ou do município, dispensando a necessidade de convênio ou instrumento congêneres. Além disso, o decreto atribuiu à União, por intermédio da direção nacional do Sistema Único de Saúde, o controle finalístico global sobre o SUS, com a utilização de instrumentos de coordenação de atividades e de avaliação de resultados em âmbito nacional.

A publicação do decreto que criou condições para a descentralização da gestão financeira do sistema de saúde deflagrou como prioridade a discussão sobre critérios para alocação de recursos no âmbito da direção nacional do SUS, como será descrito mais adiante.

Reis, Ribeiro e Piola (2001) citam, com base em relatório do Ministério da Saúde, que até janeiro de 1997, 3.127 municípios, representando 62,9% do total, haviam-se habilitado a alguma das formas de gestão estabelecidas pela NOB 01/93. Desses 3.127 municípios, 2.367 foram habilitados à gestão incipiente (75,7%), 616 (19,7%) à gestão parcial e 144 (4,6%) à gestão simplena. Os mesmos autores destacam ainda que, apesar da importância da NOB 93 para o avanço da descentralização, foi a aprovação da NOB 01/96 que intensificou tal processo.

4 A NOB 96 E AS NOVAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO MUNICIPAL

A nova regulamentação avançou em relação à NOB 93, definindo uma série de processos automáticos de descentralização de recursos, como o Piso Atenção Básica (PAB), e instituiu política específica para a atenção básica, favorecendo programas considerados estratégicos como os de saúde da família (PSF) e os de agentes comunitários de saúde (PACS), por meio de incentivos financeiros. Além disso, estabeleceu as condições para a criação de componente variável do Piso de Atenção Básica (PAB-Variável) e introduziu os mecanismos de articulação intergovernamental previstos na NOB 01/93: a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que articula União, estados e municípios, e as Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) nas esferas estaduais.

A NOB/96 visava reforçar o comando único do setor em cada esfera, ampliar mecanismos e fluxos de financiamento, reduzir a remuneração contra a prestação de serviços e ampliar as transferências (fundo a fundo) com base na programação do uso dos recursos. Além disso, pretendia introduzir mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação do SUS, valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho de qualidade. Propunha, ainda, o estreitamento de vínculos dos serviços com seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários e criando condições para maior participação e melhor controle social.

Estabeleceu dois tipos de gestão em nível municipal: a plena da atenção básica e a plena do sistema municipal. Nos dois casos existiam parâmetros e critérios para cada município solicitar adesão.¹⁵ Em relação à responsabilidade no primeiro tipo de gestão, o município passa a receber integralmente os recursos destinados à atenção básica e tem autonomia para aplicá-los. No segundo tipo, a autonomia é estendida ao conjunto da assistência que envolve também procedimentos de média e alta complexidade e hospitalar.

A partir de 1997, foi intensificada a descentralização de recursos por meio de um conjunto de portarias expedidas pelo Ministério da Saúde que estabeleceram

15. Ver Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), publicada no Diário Oficial da União de 6/11/1996.

tetos para programas, dentre os quais se destacam o Programa de Saúde da Família, para o qual foi definido um fator de estímulo financeiro à adesão ao programa, com exigência de contrapartida municipal, e o Piso Atenção Básica, quando pela primeira vez foi estabelecido um valor *per capita* em nível nacional, destinado exclusivamente ao custeio de serviços e ações identificadas por um conjunto específico de códigos associados à atenção básica (MELAMED; COSTA, 2003).¹⁶

Em 1999, a Portaria GM nº 531, definiu, entre outras medidas, que os recursos federais destinados à composição do Teto Financeiro da Assistência à Saúde dos estados e do Distrito Federal seriam integrados por recursos destinados à atenção básica e à assistência ambulatorial de média e alta complexidade e hospitalar.

A mesma portaria criou o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), com a finalidade de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas. Em 2001, a Portaria nº 132 estabeleceu que os pagamentos dos valores relativos aos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação seriam executados pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores de serviços, independentemente da condição de gestão do estado, do município e do Distrito Federal.

Dessa forma, foi aberta uma exceção quanto aos repasses fundo a fundo, ou seja, os recursos pagos a título de FAEC passaram a ser os únicos que não seriam remetidos para conta específica dos respectivos gestores habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual e Municipal.

5 AS NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS) 01/01 E 01/02: A REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Apesar dos avanços organizativos e de reestruturação dos serviços de saúde induzidos pela NOB 01/96, ao final dos anos 90 identificavam-se vários pontos de estrangulamento: insuficiência de mecanismos efetivos de referência intermunicipal e interestadual, particularmente relacionada à oferta de serviços de média e alta complexidade; persistência da alocação de elevado volume de recursos financeiros vinculados à série histórica de gastos; inexistência de rotinas sistemáticas de avaliação de desempenho das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e insuficiência de diagnósticos analíticos sobre o funcionamento dos sistemas estaduais e municipais, capazes de gerar a implantação de estratégias de cooperação técnica e decisões de investimento.

16. O Piso de Assistência Básica (PAB) foi criado pela Portaria nº 84/GM e determinou o valor máximo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) entre R\$ 18,00 e R\$10,00, sempre com base em média calculada sobre produção do período anterior.

É possível afirmar que as portarias do Ministério da Saúde durante os anos 90, visaram, além de criar novos programas, adaptar e hierarquizar a capacidade gestora de estados e municípios quanto ao processo de municipalização. No entanto, apenas a Portaria GM-MS 95/2001, que aprovou, na forma de anexo, a NOAS – SUS 01/01, colocou a necessidade de se estabelecerem novas diretrizes para o processo de regionalização da assistência, o que significou, pela primeira vez, desde a promulgação da Lei nº 8.080/90, uma efetiva iniciativa de reorganização dos sistemas locais e regionais.

A NOAS 01/01 teve o propósito de resgatar o papel dos estados, atribuindo-lhes a função de coordenador, mediador de conflitos entre municípios, gerente do sistema na realidade regional, uma vez que define funções específicas de atuação, que até então não estavam claras. Mais uma vez, foram estabelecidos novos níveis de gestão, sendo dois para os municípios e dois para os estados. Os municípios deveriam ser habilitados em: *i*) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada; e *ii*) Gestão Plena do Sistema Municipal. Os estados seriam habilitados em: *i*) Gestão Avançada do Sistema Estadual; e *ii*) Gestão Plena do Sistema Estadual.

Propunha-se, ainda, a construção de um Plano Diretor de Regionalização como um “(...) instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população (...)” (NOAS – SUS 01/01). Previa-se trabalhar com o conceito de território base de planejamento da atenção à saúde, coincidente ou não com a divisão administrativa de cada uma das 27 unidades federativas, podendo-se aplicar o termo de microrregião a ser definida segundo as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, de oferta de serviços, de relações entre municípios. Foram criados também os conceitos de:

1. Módulo Assistencial – território com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de assistência (mínimo da Média Complexidade), constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima estabelecida para cada Unidade da Federação em regulamentação específica.
2. Município Sede de Módulo Assistencial – município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços, com suficiência, para a sua população e para a população a ele adstrita, ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

3. Município Polo – município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção (ANDRADE, 2001).

Os municípios sede de módulo seriam responsáveis por receber a demanda referenciada dos municípios ligados à microrregião, sendo o primeiro nível de referência intermunicipal. Dessa forma, a regionalização tornar-se-ia um mecanismo importante na promoção da continuidade dos fluxos de atendimento, de maneira mais justa, permitindo, de fato, o acesso da população aos serviços de saúde.

A NOAS – SUS – 01/01 previa, ainda, que os municípios satélites estivessem ligados a apenas um módulo assistencial, e, conseqüentemente, a um município sede de módulo. Além disso, um município somente poderia sediar um módulo caso já estivesse habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, enquanto os municípios satélites deveriam estar habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica. A partir da lógica estabelecida pela NOAS 01/01, os recursos financeiros acompanhariam a população, ou seja, os recursos referentes às populações dos municípios satélites seriam creditados aos municípios sede de módulo responsáveis pelo atendimento dessa população.

Porém, ainda em 2001 durante o processo de implementação daquela Norma Assistencial foram observados pontos de conflito. Uma das maiores dificuldades consistiu na elaboração dos Planos Diretores de Regionalização e particularmente na pactuação do fluxo de atendimento às demandas dos municípios satélites para os municípios sede de módulo assistencial. Uma parcela das resistências apresentadas relacionava-se às dificuldades de alguns gestores estaduais no processo de transferência do comando de unidades assistenciais localizadas em municípios habilitados em GPSM para os gestores municipais. Também, da parte dos gestores municipais havia dúvidas sobre a conveniência do financiamento proposto, dirigido à ampliação do elenco de procedimentos a ser financiado pelo Piso de Atenção Básica, que passou a ser chamado de PAB-Ampliado, e ao Elenco de Procedimentos Mínimo de Média Complexidade (EPM-1). Além disso, foram observadas disputas locais no processo de definição de municípios sede de módulo e polos regionais que direta ou indiretamente estavam relacionados às possíveis perdas de espaço e de recursos que poderiam advir desse novo recorte, ameaçando posições historicamente construídas.

Contudo, em que pese o fato de, no decorrer de 2001, todos os estados brasileiros terem obtido algum grau de mobilização em resposta às propostas da norma (até outubro de 2001, 22 estados haviam elaborado uma versão preliminar do PDR), as resistências e os questionamentos apontados acima provocaram a necessidade de sua revisão, sob pena de interrupção do processo de implantação (QUEIROZ, 2004). Ainda para reforçar seu argumento, a mesma autora cita

Arretche (2002, *apud* QUEIROZ, 2004), que reafirma a indisposição de gestores municipais e estaduais quanto à NOAS 01/01 – ao definir suas agendas locais, eles teriam lançado mão de seu poder de veto em relação às medidas normatizadoras identificadas como contrárias aos seus projetos políticos, provocando a revisão da norma.

No início de 2002, após entraves enfrentados em alguns estados, como por exemplo a dificuldade em estabelecer um comando único sobre os prestadores de serviços do SUS nas sedes dos módulos assistenciais, foi editada a NOAS – SUS – 01/02.

A nova Norma Operacional de Assistência à Saúde – 01/02 permaneceu com as mesmas definições constantes da NOAS 01/01, com a ressalva de que os municípios sede de módulo (polo) poderiam estar habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA). Além disso, constam da NOAS 01/02 informações mais detalhadas sobre a qualificação dos estados e do Distrito Federal, relativamente à elaboração do PDR. Os critérios para sua tramitação, requisitos e meios de verificação foram dados na NOAS 01/02, antes de tratar das condições para a habilitação de estados e municípios.

Durante o primeiro semestre de 2003, após a posse de nova administração federal, o Ministro da Saúde assinou um conjunto de portarias cujo objetivo era flexibilizar os critérios para adesão à NOAS 01/02, ainda naquele momento em vigor. Os gestores municipais responderam com presteza aos novos estímulos, visando ao incremento de recursos financeiros vinculados à habilitação; dessa forma, o número de municípios habilitados passou de 134 (GPABA) e 77 (GPSM), em dezembro de 2002, a 1.397 (GPABA) e 174 (em GPSM) em dezembro de 2003.

Houve também grande mobilização no sentido de promover a habilitação dos estados, de modo que, em março de 2004, apenas cinco – Pernambuco, Piauí, Tocantins, Maranhão e Espírito Santo – ainda não haviam concluído seus respectivos processos.

Contudo, nunca é demais frisar que pouco se avançou em relação à reorganização efetiva da rede de média e alta complexidade e seus respectivos provedores públicos, filantrópicos ou privados credenciados ao SUS em todo o País. Pode-se até mesmo dizer que, a partir da mal-sucedida evolução deflagrada por ambas as NOAS, o processo de discussão e organização do conjunto do sistema sofre ruptura metodológica ainda não devidamente analisada pela literatura sobre o assunto.

O conteúdo de um conjunto de portarias editadas pelo Ministério da Saúde entre 2003 e 2009, que permanecem em vigor, confirma nova orientação implícita na modelagem de programas de saúde nacionais e, na prática, propõem um diálogo com a reorganização inconclusa implementada a partir das NOAS 01/2001 e 01/2002. No período citado, foram propostas desde a criação de novas políticas

referentes a tratamentos e/ou procedimentos até a (re)estruturação de políticas e programas já tradicionais no SUS.

Entre as novas políticas, procedimentos e especialidades incorporados ao SUS de forma integral, envolvendo as três esferas de gestão, pode-se exemplificar:

1. A inclusão de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de antirretrovirais na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS (Portaria nº 2.582/GM, de 02/12/2004).
2. A instituição da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Assistida (Portaria nº 426/GM, de 22/03/2005).
3. A adoção das providências necessárias à organização da assistência ao portador de obesidade grave (Portaria nº 1.570, de 28/06/2007).
4. A instituição do Processo Transexualizador (Portaria nº 1.707, de 18/08/2008).
5. A criação da Política de Atenção Integral em Genética Clínica (Portaria nº 81, de 20/01/2009).

Como parte dessa nova orientação do Ministério da Saúde, atividades assistenciais específicas passaram a ter normatização própria, como é possível observar pelas portarias abaixo relacionadas, por ordem cronológica:

1. Portaria nº 1.168/GM, de 15/06/2004 – institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.
2. Portaria nº 2.073/GM, de 28/09/2004 – institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.
3. Portaria nº 1.169/GM, de 15/06/2004 – institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.
4. Portaria nº 221/GM, de 15/02/2005 – institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia.
5. Portaria nº 1.161/GM, de 7/07/2005 – institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica.
6. Portaria nº 2.439/GM, de 8/12/2005 – institui a Política Nacional de Atenção Oncológica.
7. Portaria nº 957, de 15/05/2008 – institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia.
8. Portaria nº 1.944, de 27/08/2009 – institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

O conjunto dessas portarias propõe novas políticas e/ou novas orientações relativas a atividades assistenciais a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão e respectivos Planos de Desenvolvimento Regional (PDRs). Quase todas chamam a atenção ainda para a necessidade de credenciamento de rede especializada, particularmente no caso dos serviços de alta complexidade.

Em fevereiro de 2006, mais uma vez, é firmado compromisso público dos setores do SUS, baseado nos princípios constitucionais que o norteiam, com ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando a definição de prioridades que seriam articuladas e integradas nos seus três componentes: Pacto pela vida; Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão do SUS.

O pacto pela vida – em defesa do SUS foi constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significava uma ação prioritária no campo da saúde que deveria ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados; definia as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: buscava critérios de alocação equitativa dos recursos; reforçava os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integrava em grandes blocos o financiamento federal e estabelecia relações contratuais entre os entes federativos.

Os objetivos da mobilização proposta em 2006 foram totalmente adequados às necessidades fundamentais observadas por um conjunto de analistas e gestores no sentido de tornar o SUS mais eficiente – tanto sob o ponto de vista de suas intervenções diretas quanto sob a perspectiva da análise econômico-financeira. No entanto, o poder da administração central do Ministério da Saúde, ante a possibilidade de induzir um processo de avaliação efetiva, mostrou-se inócuo, particularmente após as dificuldades observadas acima no campo da discussão e da implementação dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs) entre 2001 e 2003. A busca por avaliação de resultados associada à explicitação de compromissos orçamentários e financeiros, assim como os demais objetivos estabelecidos pelo pacto, não puderam ser cumpridos porque a própria reorganização do sistema não aconteceu.

Os repasses federais a título da assistência básica e principalmente de média e alta complexidade, apesar de terem aumentado sistematicamente a partir de 2003, como apresentado a seguir, estiveram dissociados do estabelecimento de metas efetivas de produção quer seja em municípios quer nas redes estaduais, o que manteve a desagregação do volume de oferta de serviços – consultas, procedimentos e internações – no SUS, na condição de variáveis de difícil mensuração, comprometendo quaisquer que fossem as estratégias de avaliação a ser adotadas.

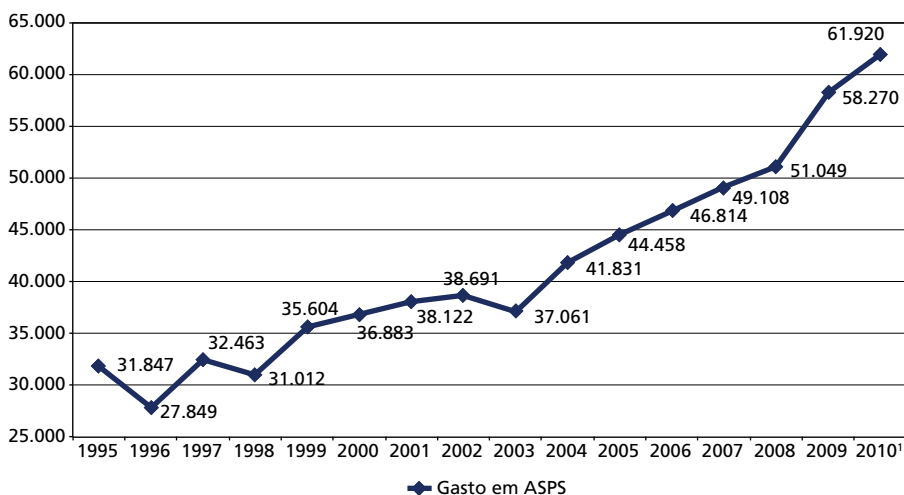
Por último, a Portaria GM/MS 204, de 29 de janeiro de 2007, mais uma vez reiterou os blocos de financiamento e regulamentou a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, com os respectivos monitoramento e controle. Os cinco blocos de financiamento são constituídos pelos seguintes componentes: I – Atenção Básica; II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III – Vigilância em Saúde; IV – Assistência Farmacêutica e V – Gestão do SUS.

6 FINANCIAMENTO FEDERAL E PRODUÇÃO DO SUS NO PERÍODO 1995-2009

Como é possível observar no gráfico 1 e na tabela 1, a seguir, no período entre 1995 e 2010 há crescimento real significativo dos recursos federais aplicados em saúde.¹⁷ O gráfico demonstra, em valores deflacionados, o expressivo de dispêndios entre 1995 e 2009, ou seja, partiu-se de R\$ 31.847 milhões em 1995 para R\$ 58.270 milhões em 2009. Se observado o financiamento da assistência médica, com destaque para as rubricas PAB (efetivamente criado em 1998) e Média e Alta Complexidade (MAC), pode-se perceber que essas duas rubricas somadas acompanham proporcionalmente o crescimento do dispêndio total e são responsáveis por metade dos gastos federais em saúde para todo o período.

GRÁFICO 1

Evolução do gasto federal em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) – 1995-2010
(Em R\$ milhões de 2009, deflacionados pelo IPCA médio)



Fonte: SPO/MS.

Obs.: A informação de 2010 refere-se à dotação.

17. Os valores referem-se ao total gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde, que correspondem ao gasto total do Ministério da Saúde, excluídos os dispêndios com inativos e pensionistas e com amortização e encargos da dívida (interna ou externa).

TABELA 1
Gastos federais em ações e serviços públicos de saúde por agrupamento de programas/ações – 1995-2010
 (Em R\$ milhões de 2009, deflacionados pelo IPCA médio)

| Gasto em ASPs | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 ¹ |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|
| (1) Pessoal Ativo | 6.367 | 5.307 | 5.136 | 4.576 | 4.851 | 4.768 | 4.459 | 4.652 | 4.548 | 4.873 | 4.671 | 5.423 | 5.295 | 5.949 | 6.694 | 7.684 |
| (2) Média e Alta Complexidade (MAC) | 17.184 | 16.354 | 18.310 | 16.492 | 18.464 | 18.975 | 19.703 | 19.622 | 18.810 | 20.123 | 20.159 | 21.757 | 23.970 | 25.172 | 27.012 | 28.332 |
| Transferências MAC | 15.736 | 14.891 | 16.821 | 15.122 | 17.053 | 17.724 | 18.486 | 18.377 | 18.071 | 19.162 | 19.100 | 20.491 | 22.498 | 23.663 | 25.360 | 26.673 |
| Hospitais próprios e Pioneiras Sociais | 1.448 | 1.463 | 1.489 | 1.370 | 1.411 | 1.251 | 1.217 | 1.245 | 739 | 961 | 1.059 | 1.266 | 1.472 | 1.509 | 1.651 | 1.659 |
| (3) Atenção Básica | 3.103 | 2.822 | 3.299 | 3.962 | 4.076 | 4.317 | 4.679 | 4.978 | 4.812 | 5.541 | 6.060 | 6.884 | 7.942 | 8.554 | 8.680 | 9.835 |
| PAB-fixo | 2.899 | 2.572 | 2.960 | 3.503 | 3.448 | 3.129 | 3.036 | 2.916 | 2.579 | 2.673 | 2.792 | 2.918 | 3.169 | 3.413 | 3.380 | 3.657 |
| PACS/PSF | 204 | 250 | 339 | 459 | 629 | 1.188 | 1.643 | 2.062 | 2.214 | 2.765 | 3.154 | 3.833 | 4.577 | 4.972 | 5.159 | 5.929 |
| PROESF | - | - | - | - | - | - | - | - | 19 | 103 | 86 | 36 | 18 | 38 | 18 | 82 |
| Saúde Bucal | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 28 | 97 | 178 | 131 | 123 | 168 |
| (4) Medicamentos | 1.372 | 675 | 1.554 | 1.494 | 2.231 | 2.447 | 2.504 | 2.770 | 2.560 | 3.124 | 3.404 | 4.191 | 4.384 | 4.577 | 4.936 | 4.921 |
| Medicamentos (compra direta, incluindo estratégicos) | 1.179 | 518 | 1.196 | 1.067 | 1.622 | 1.499 | 1.456 | 1.794 | 1.616 | 1.813 | 1.698 | 2.069 | 1.536 | 1.761 | 1.868 | 934 |
| Medicamentos excepcionais | 193 | 157 | 358 | 335 | 368 | 650 | 763 | 717 | 704 | 1.056 | 1.373 | 1.594 | 2.168 | 2.411 | 2.645 | 2.430 |
| Farmácia Básica (PAB) | - | - | - | 92 | 241 | 298 | 285 | 259 | 241 | 238 | 272 | 341 | 351 | 904 | 859 | 955 |
| Farmácia Popular | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 16 | 61 | 187 | 328 | 500 | 563 | 602 |
| (5) Vigilância em saúde | 1.940 | 1.516 | 2.112 | 1.890 | 2.424 | 2.527 | 2.811 | 3.025 | 2.659 | 3.002 | 3.139 | 3.407 | 3.424 | 3.143 | 2.644 | 2.911 |
| (6) Bolsas e combates as carências | 335 | 71 | 213 | 120 | 271 | 275 | 288 | 397 | 499 | 1.062 | 2.504 | 23 | 43 | 36 | 28 | 39 |
| (7) Saneamento | 399 | 193 | 240 | 292 | 389 | 294 | 2.043 | 905 | 147 | 617 | 643 | 903 | 1.221 | 1.065 | 1.090 | 1.011 |
| (8) Demais ações ¹ | 1.148 | 912 | 1.598 | 2.186 | 2.897 | 3.281 | 1.636 | 2.344 | 3.026 | 3.488 | 3.879 | 4.226 | 2.829 | 2.554 | 7.187 | 7.188 |
| Gasto em ASPs - total (I) | 31.847 | 27.849 | 32.463 | 31.012 | 35.604 | 36.883 | 38.122 | 38.691 | 37.061 | 41.831 | 44.458 | 46.814 | 49.108 | 51.049 | 58.270 | 61.920 |
| Gasto em ASPs - OCK (II=I-1) | 25.480 | 22.542 | 27.327 | 26.436 | 30.753 | 32.116 | 33.664 | 34.040 | 32.513 | 36.957 | 39.787 | 41.391 | 43.813 | 45.100 | 51.576 | 54.236 |

Fonte: MDS/SPO.

Elaboração: Discos/Ipea.

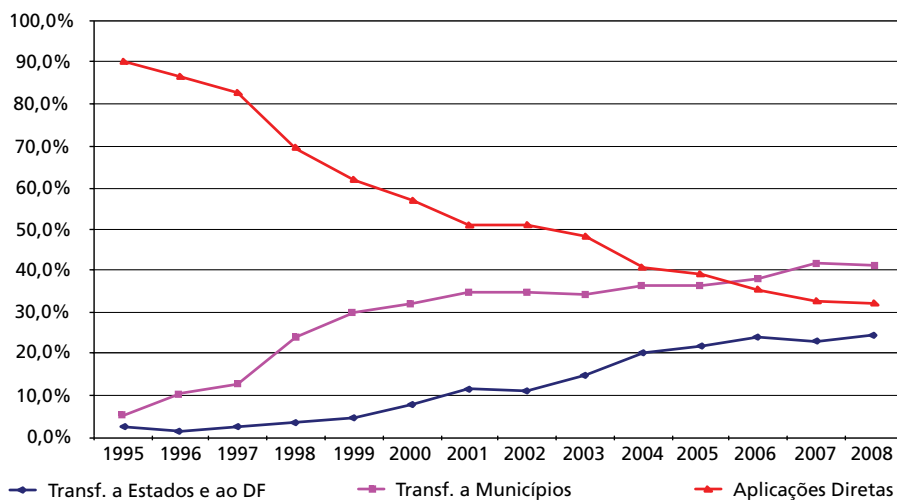
Nota: ¹ Como o item "Demais ações" foi calculado pela diferença entre o valor total executado em ASPs, declarado pela SPO, e o somatório dos outros itens, os gastos realizados pelo FCEP e pela UO 74202 (este, somente a partir de 2008) foram excluídas neste item.

Obs.: Os programas, ações e linhas de financiamento foram agregados numa tentativa de compatibilizar três planos plurianuais diferentes.

Além do incremento dos valores totais despendidos e da evolução correspondente verificada dos gastos em assistência médica, duas grandes modificações internas, nas contas do Ministério da Saúde, foram os expressivos aumentos nos gastos com Atenção Básica e Medicamentos. Outra mudança importante refere-se à execução da despesa por modalidade de aplicação, com diminuição expressiva dos gastos diretos e aumento das transferências para estados, municípios e DF (gráfico 2). Essa mudança se deve à descentralização dos recursos proposta pela legislação decorrente da Constituição de 1988. Ou seja, os recursos federais, em uma expressiva parcela, são repassados fundo a fundo e, no caso dos direcionados a assistência hospitalar e ambulatorial, não são mais sujeitos a prévio faturamento. O pagamento dos serviços é feito pelos estados, pelos municípios e pelo Distrito Federal.

GRÁFICO 2

Descentralização dos gastos do MS: comparação entre a participação percentual das aplicações diretas do MS e os recursos transferidos a outras esferas de governo – 1995-2008



Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

Obs.: A soma dos percentuais não totaliza 100% porque as outras modalidades de aplicação não foram incluídas no gráfico, para melhor efeito didático. Essas outras modalidades representam, em média, cerca de 2,7% do total de recursos do MS.

Apesar do aumento expressivo no montante de recursos repassados pelo ente federal a estados e municípios, a literatura acadêmica é parcialmente omissa na observação e na análise dos possíveis impactos que essa evolução do financiamento e do próprio processo de descentralização possa ter causado em termos de aumento efetivo da oferta pública de serviços de saúde no País.

A partir da avaliação de alguns programas mais adequadamente desenhados, é possível observar o aumento da oferta de serviços como os atendimentos registrados pelas equipes de Saúde da Família ou a expansão da Saúde Bucal, ambos associados à atenção básica. Pode-se inferir que os incentivos criados para a expansão da atenção

básica tenham gerado resultados expressivos e há alguns artigos acadêmicos¹⁸ que chamam atenção para essa tendência. Também se registra no período expressivo aumento de compras e respectiva distribuição de medicamentos anti-hipertensivos e destinados ao tratamento da diabetes, assim como dos chamados medicamentos excepcionais.

Contudo, a avaliação da produção correspondente à rubrica associada a média e alta complexidades, que envolve um conjunto de 28 grupos de procedimentos¹⁹ e constitui o maior valor isolado no interior do orçamento do Ministério da Saúde, é de difícil consecução, pois a qualidade dos registros de produção de serviços, como se verá a seguir, comprometem, ao menos parcialmente, uma avaliação qualitativa da oferta.

7 A ANÁLISE DA PRODUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA DE PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Quando são observados os dados de produção correspondentes aos dispêndios com procedimentos de média e alta complexidade na série histórica disponível no Datasus de 2000-2009, constata-se tendência aparentemente contraditória (ver gráficos 3, 4, 5 e 6). Por um lado o volume total de internações aprovadas, ou seja, efetivamente pagas pelo Ministério da Saúde durante o período, vem diminuindo e, por outro lado, os recursos despendidos têm se elevado. Tal resultado pode ser atribuído, em parte, à Portaria da SAS/MS nº 567/2005 que, entre outras medidas, estabeleceu maior controle sobre a distribuição de internações hospitalares – AIHs, por parte de estados, municípios e do Distrito Federal. Essa aparente contradição pode, ainda, corresponder a outros fatores como, por exemplo, ao aumento do valor unitário da internação em função de maior complexidade da rede, à realização em ambulatório de procedimentos antes feitos exclusivamente em ambiente hospitalar e à incorporação de novos procedimentos à lista financiada pelo SUS.

Entretanto, a produção ambulatorial não básica, a partir do acompanhamento dos 28 grupos de procedimentos citados anteriormente, apresenta crescimento muito expressivo ao longo dos últimos anos e atinge a casa dos bilhões em termos de produção física, resultado que aponta para a necessidade de acompanhamento da forma como são coletados e registrados os dados nos bancos do Datasus/Ministério da Saúde.

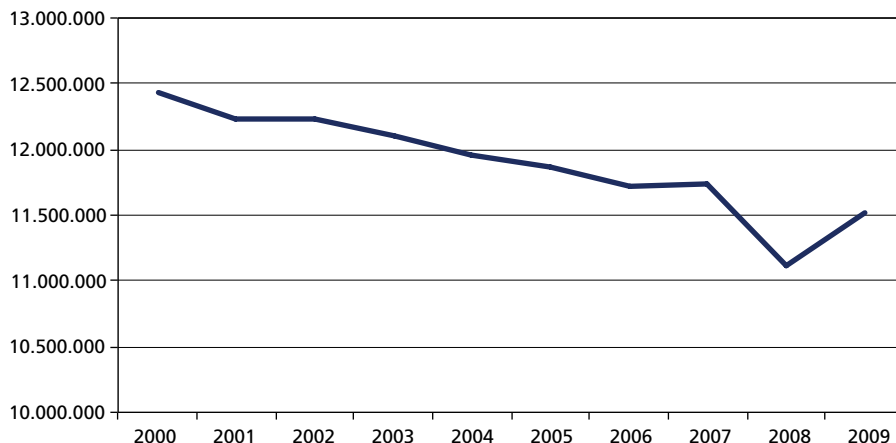
18. Entre outros podemos citar, por exemplo, Bodstein, R. (2002), Marques e Mendes (2003 *apud* MELAMED; COSTA, 2003).

19. Grupo após 10/99: Procedimentos Especializados, ..07-Proced.Espec.Profis.Médicos, Out.NívelSup./Méd, ..08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas, ..09-Procedimentos Traumatológico-Ortopédicos, ..10-Ações Especializadas em Odontologia, ..11-Patologia Clínica, ..12-Anatomopatologia e Citopatologia, ..13-Radiodiagnóstico, ..14-Exames Ultrassonográficos, ..17-Diagnose, ..18-Fisioterapia (por Sessão), ..19-Terapias Especializadas (por terapia), ..20-Instalação de Cateter, ..21-Próteses e Órteses, ..22-Anestesia, Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade, ..26-Hemodinâmica, ..27-Terapia Renal Substitutiva, ..28-Radioterapia (por especificação), ..29-Quimioterapia - Custo Mensal, ..30-Busca de Órgãos para Transplante, ..31-Ressonância Magnética, ..32-Medicina Nuclear - In Vivo, ..33-Radiologia Intervencionista, ..35-Tomografia Computadorizada, ..36-Medicamentos, ..37-Hemoterapia, ..38-Acompanhamento de Pacientes, ..39-Atenção à Saúde, ..40-Procedimentos Específicos para Reabilitação.

De modo geral, a análise da evolução dos procedimentos de alta e média complexidade fica muito prejudicada porque, além das dificuldades apontadas acima, a rubrica aparece agregada no orçamento da União (valores correspondentes a rubrica Transferências MAC na tabela 1, acima). Assim, a efetiva observação do custo de procedimentos ambulatoriais e/ou internações só pode ser realizada a partir de inferências complexas que remeteriam à rede de serviços cujo dispêndio total é compartilhado (entre outras dificuldades que poderíamos apontar aqui) pelas três esferas da Federação. Essa situação, além de dificultar a análise econômico-financeira, tem impossibilitado, de fato, um acompanhamento efetivo da produção dos próprios serviços.

GRÁFICO 3

Quantidade de autorizações de internação hospitalar (AIH) Pagas, 2000-2009
(Em unidades)



Fonte: www.datasus.gov.br.

GRÁFICO 4

Valor total dos procedimentos hospitalares do SUS, 2000-2009

(Em R\$)

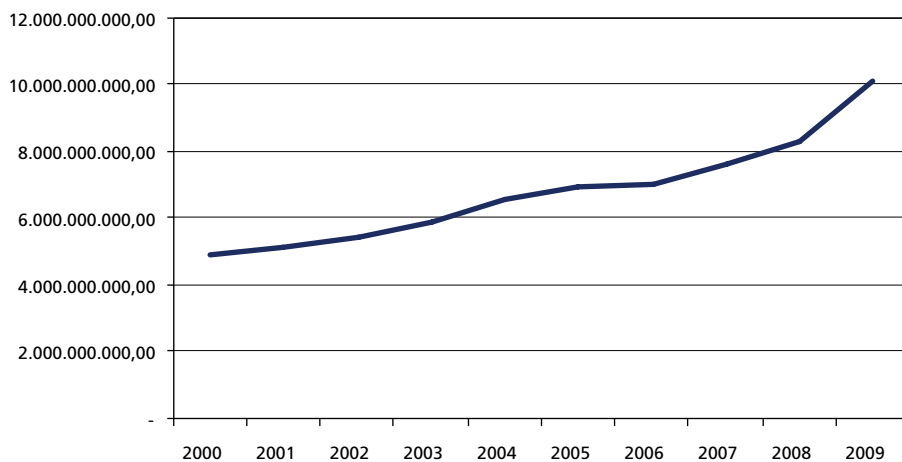
Fonte: www.datasus.gov.br.

GRÁFICO 5

Produção ambulatorial do SUS, 2000-2009

(Em unidades)

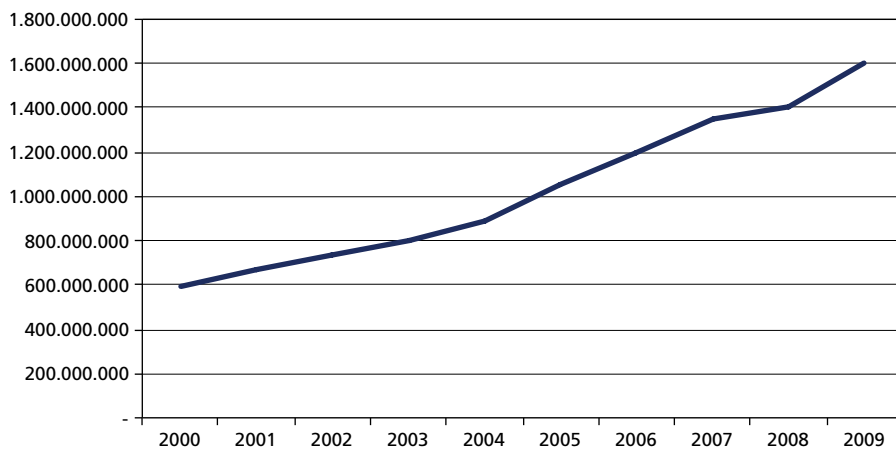
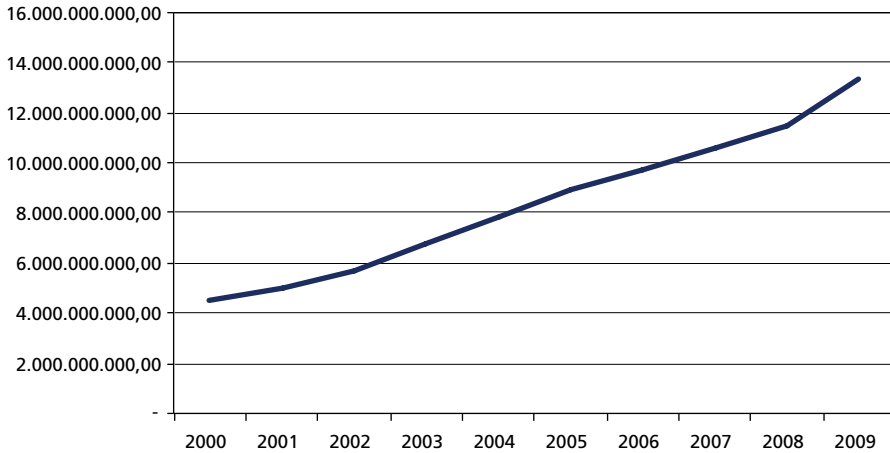
Fonte: www.datasus.gov.br.

GRÁFICO 6

Valor aprovado para produção ambulatorial do SUS, 2000-2009

(Em R\$)

Fonte: www.datasus.gov.br.

8 A QUALIDADE DOS REGISTROS FINANCEIROS

As Normas do MS que alteraram as condições do sistema de financiamento de ações e serviços de saúde não produziram o efeito de indução necessário à melhoria da qualidade dos registros de produção de serviços, possibilitando situações que não retratam os procedimentos efetivamente realizados no sistema público. Já no início dos anos 90, Levcovitz e Pereira (1993) apontavam a possibilidade de que isso pudesse ocorrer. Com o preenchimento das AIH apenas para informação, e não para pagamento, haveria possibilidade de sub-registro dessas informações nos estabelecimentos públicos. No caso da rede privada contratada ou conveniada, há inferências de que o aumento gradual dos gastos com internações hospitalares a partir de 1995 reflita o registro seletivo e intencional das AIH, que passam a ser concedidas aos procedimentos com custos mais elevados. Além disso, o aumento no valor médio das internações também pode influenciar a seleção de AIH a ser pagas, com o registro das melhor remuneradas quando a quantidade permitida é excedida (SCATENA; TANAKA, 2000).

Em que pese superar os problemas do modelo de pagamento característico do Inamps, relacionado diretamente à produção, fosse um dos objetivos da reforma sanitária brasileira efetivamente inaugurada com a criação do SUS em 1990, como foi destacado no início do presente capítulo, as opções adotadas ao longo dos últimos anos e o novo contexto advindo da descentralização da gestão dos recursos federais para estados e municípios, como procuramos demonstrar, não foram suficientes para viabilizar a construção de um sistema de pagamentos que privilegiasse a boa qualidade do gasto público.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central do presente capítulo é apresentar o processo de regulamentação da descentralização do financiamento federal do SUS e suas possíveis repercussões sobre a organização do sistema. Sob esse ponto de vista, pode-se concluir que a descentralização avançou na direção preconizada apenas parcialmente. Como se viu anteriormente, as Normas Operacionais Básicas 93 e 96 trouxeram orientações no sentido de redirecionar a aplicação de recursos, com a criação de novos programas e do estabelecimento de categorias em que municípios poderiam estar em condições de ser habilitados. As NOAs de 2000 e 2001 apresentaram como proposta a necessidade de reorganizar local e regionalmente o sistema, com o aproveitamento da infraestrutura para a conformação de um sistema local mais eficaz.

No entanto, a habilitação apressada de estados e municípios à NOAS-2001, ocorrida a partir de 2003, não atendeu aos critérios preconizados pelo Ministério da Saúde e terminou por consolidar um rumo não previsto para o SUS, diferente do traçado inicialmente pelas normas anteriores, ou seja, a reorganização ou a implantação efetiva de serviços de média e alta complexidade de uma forma expansiva em todo o País. Entretanto, os repasses de recursos federais para estados e municípios destinados à assistência médico-hospitalar foram, na grande maioria dos casos, estabelecidos de forma incremental, mantendo as vinculações já existentes, sem o estabelecimento de critérios técnicos que permitissem maior transparência na sua alocação. Ademais, não houve incentivo firme da parte do Ministério da Saúde em relação ao estabelecimento de processos de avaliação da utilização desses recursos.

Em 2006, no Pacto pela Vida, foi constituído um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Essa iniciativa significava uma ação prioritária no campo da saúde que deveria ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros. O pacto reforçou os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores, integrando em grandes blocos o financiamento federal e estabelecendo compromissos de gestão compartilhada entre os entes federativos.

Apesar de os objetivos da mobilização proposta em 2006 ser totalmente adequados às necessidades fundamentais observadas por analistas e gestores para tornar o SUS mais eficiente – tanto sob o ponto de vista de suas intervenções diretas quanto sob a perspectiva da análise econômico-financeira – o poder da administração central do Ministério da Saúde, na perspectiva de induzir um processo de avaliação efetiva, mostrou-se inócuo, particularmente após as dificuldades observadas no campo da discussão e da implementação dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs) entre 2001 e 2003.

A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, mais uma vez reiterou os blocos de financiamento criados no ano anterior, sem acrescentar novas metas em termos do monitoramento da produção de serviços e do controle de aspectos relacionados ao financiamento.

10 REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. **SUS Passo a Passo**: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec, 2001
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 385-434.
- LEVCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. **SIH-SUS (Sistema AIH)**: uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983–1991. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 57).
- LEVCOVITZ *et al.* Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, Ipea, n. 14, 1996.
- MARQUES, R. M.; Mendes, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.
- MARQUES, R. M.; Mendes, A. Os dilemas do Financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1 (24), p. 159-175, jan./jun. 2005.
- MARTINS, R. L. **Impacto da produção ambulatorial da atenção básica sobre a média complexidade (SUS) entre 1998 e 2002**. Dissertação (2003). (Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública), ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, out. 2004.
- MÉDICI, A. C. Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil In: **Descentralização e Políticas Sociais**. AFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Org.). São Paulo: Fundap, 1996.

MÉDICI, A. C. **História e Políticas de Saúde no Brasil**: um balanço do processo de descentralização. Tese (Doutorado em História Econômica), USP, 1999.

MÉDICI, A. C. **Financing Health Policies in Brazil** – Achievements, Challenges and Proposals, Nov. 2002. Mimeografado.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no Financiamento Federal à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

QUEIROZ, F. N. L. A Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. Res Pvblica, n. 4. **Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental**. Brasília, jun. 2004.

REIS, C. O. O.; RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F. **Financiamento das políticas sociais nos anos 1990**: o caso do Ministério da Saúde. Brasília: Ipea, TD n. 802, 2001.

SCATENA J. H. G.; TANAKA O. Y. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 8, n. 4, p. 242-49, 2000.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório do Programa de Ação na Área de Saúde**, Diagnóstico, Min. Humberto Guimarães Souto, 1999.

VIANA, A. L. A. SUS: Entraves a Descentralização e Propostas de Mudança. *In: Descentralização e Políticas Sociais*. AFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Org.). SP: FUNDAP, 1996.

FINANCIAMENTO E GASTO PÚBLICO DE SAÚDE: HISTÓRICO E TENDÊNCIAS

Luciana Mendes Santos Servo*
Sérgio Francisco Piola*
Andrea Barreto de Paiva*
José Aparecido Ribeiro*

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência de recursos e a irregularidade nos fluxos financeiros sempre estiveram presentes no sistema público de saúde brasileiro, mesmo antes da criação do SUS. Ademais, a implantação do SUS, no início da década dos noventa, ocorreu em meio a intensa crise econômica, com fortes reflexos sobre o padrão de financiamento do Estado. Apenas em 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC/29), que vinculou recursos das três esferas de governo à Saúde, o sistema começou a experimentar alguma estabilidade no financiamento e acréscimo no volume, principalmente pelo aporte crescente de recursos das esferas subnacionais.

Este capítulo discute a trajetória do financiamento do SUS no período 1995 a 2010, analisando os resultados da estratégia de vinculação de recursos que iniciou com a tentativa de destinação obrigatória de percentual do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, passou pela criação de fonte vinculada CPMF e desembocou na vinculação de recursos das três esferas de Governo, conforme definido na Emenda Constitucional nº 29 de 2000, a que provocou importante mudança da participação relativa dos entes da Federação no financiamento do SUS.

Analisa, também, as mudanças que ocorreram, com a implementação do SUS, na forma e nos mecanismos de alocação dos recursos federais, com o aumento exponencial das transferências para estados, Distrito Federal e municípios, a excessiva segmentação dessas transferências e as tentativas recentes de reduzir a compartimentalização. Discutem-se as alterações na estrutura de gastos do Ministério da Saúde (MS), como decorrência das prioridades programáticas que foram sendo determinadas por esse ministério e que acabam por definir novo compartilhamento no financiamento público do SUS.

Por fim, são abordadas questões relacionadas aos percalços decorrentes da não aprovação, até o momento atual, de Lei Complementar, prevista na Constituição,

* Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc). luciana.servo@ipea.gov.br

que pode regulamentar de forma mais indiscutível diversos aspectos da Emenda 29. Embora a regulamentação da EC 29 possa trazer mais recursos para o sistema, ao evitar os principais pontos de elisão ao seu cumprimento, ainda não é a solução definitiva para o financiamento do SUS.

2 A BUSCA DE ESTABILIDADE NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE: DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 À EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

No início da década de 1980, a saúde contava com recursos originários de duas fontes: previdência social e orçamento fiscal. Os recursos previdenciários eram destinados, basicamente, para a assistência médico-hospitalar das pessoas que participavam do mercado formal de trabalho, ao passo que os recursos fiscais financiavam ações de saúde pública propriamente ditas (basicamente vigilância, controle de doenças transmissíveis e vacinação) e algumas ações de assistência médica para a população não vinculada ao sistema previdenciário (IPEA, 2009; VIANNA, 1992). De fato, a assistência à saúde para estes últimos dependia basicamente da ação de entidades filantrópicas. Os dois orçamentos, historicamente, tiveram participação bastante desigual no gasto federal com saúde: “Entre 1980 e 1986 o Tesouro teve participação relativa crescente, embora nunca superior a 32,1%, caindo em 1987 para 27,1%” (VIANNA, 1992). Assim, convivia dois sistemas com coberturas muito diferenciadas tanto em termos do tipo de assistência à saúde prestada à população quanto no que se refere ao seu financiamento.

A CF/88, ao criar a Seguridade Social, estabeleceu que ela deveria ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e de contribuições sociais. Esses recursos, no âmbito do Governo Federal, seriam divididos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde, e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Essa lei deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à saúde.

Para autores, como Vianna (1992), a inclusão do financiamento da área da Saúde no OSS, foi desfavorável para o setor. Esse autor argumentava que:

Ao se integrar à previdência e à assistência social, o SUS entrou em uma competição que lhe é desfavorável. O custeio das prestações a cargo do INSS (pensões e aposentadorias, principalmente) demanda um volume crescente de recursos que, a médio e longo prazo, tende a absorver a totalidade das contribuições sociais. Ao mesmo tempo, o governo tem mantido em valores insatisfatórios as transferências do Tesouro para o OSS previstas na Constituição (C.F., Art. 195, caput e Art. 198, Parágrafo único), como passou, ainda, a incluir entre as responsabilidades da seguridade social, o financiamento de programas que, até 1980, eram atendidos pelo orçamento fiscal.¹

1. Menecucci (2009) mostra que a competição por recursos entre Saúde e Previdência começou muito antes da CF/88.

Ainda segundo Vianna, o percentual de 30% não foi cumprido em 1990 e 1991. No ano seguinte, citando Britto (1991), diz que só foi possível cumpri-lo porque foram contabilizadas ações de saneamento básico, apoio nutricional, saúde do trabalhador, merenda, encargos com inativos e pensionistas do Ministério da Saúde, entre outras, como parte do orçamento da saúde.

Em 1993, as contribuições previdenciárias deixaram de ser consideradas solidárias ao financiamento da saúde. Nesse ano, apesar da previsão de recursos para a saúde, nada foi repassado com base na alegação de problemas de caixa na Previdência. Esse fato agravou a situação de incerteza e de instabilidade do financiamento da saúde (MENDES; MARQUES, 2009).

Na busca por recursos, a saúde recorreu inclusive a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Essa situação emergencial levou à necessidade de se pensar em alternativa para a superação da crise de carência de recursos, a qual pareceu apresentar-se na forma da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996² (Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996).

A CPMF surge com o acréscimo do Art. 74 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Emenda Constitucional nº 12, de 15/08/1996), que permitiu à União instituir esse tipo de contribuição. A fundamentação para sua cobrança foi a necessidade de financiamento da Seguridade Social, mais especificamente da área de saúde. A previsão legal era que o produto de sua arrecadação seria integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de ações e serviços de saúde (Artigo 18, da Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996).

Inicialmente vigorando como percentual de 0,20% sobre movimentações financeiras, em junho de 1999,³ a CPMF foi prorrogada até 2002, com alíquota de 0,38%. Tal elevação teve como justificativa prover recursos para a Previdência Social. Em 2002 a CPMF foi prorrogada, o que ocorreu novamente em 2004, tendo vigorado até dezembro de 2007.

Ao entrar em vigor, a CPMF passou a ser uma das principais fontes de financiamento do Ministério da Saúde. Em 1997 já respondia por 27,8% do total de recursos, tendo alcançado 38,4% em 2002 e daí por diante, até 2007, mantendo-se em torno de 30%. Em média, no período entre 1997 e 2007, a CPMF respondeu por 1/3 do total dos recursos do Ministério da Saúde. (tabela 1).

2. A CPMF surge como herdeira do antigo Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), que foi instituído em 1993 com previsão para vigorar até 1994, quando foi extinto. Esse imposto não tinha vinculação com a saúde, mas abriu espaço para a criação da CPMF.

3. Os aumentos da CPMF também trouxeram o compartilhamento de recursos com outras áreas. O recurso que inicialmente era destinado somente para a área de saúde, a partir de 1999 passou a ser destinado também à previdência e, em 2001, ao Fundo de Combate à Pobreza. Particularmente a partir de 2001, manteve-se a arrecadação de 0,20% para a saúde e os recursos adicionais foram destinados a outros setores sociais.

TABELA 1
Distribuição do gasto do Ministério da Saúde por fonte de recursos, 1995 a 2008
 (Em %)

| Fonte (Cod/Desc) | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Recursos Ordinários | 3,2 | 0,2 | 1,0 | 10,8 | 15,1 | 5,3 | 12,5 | 10,3 | 13,1 | 7,4 | 4,8 | 7,1 | 5,2 | 20,1 |
| Operações de crédito interna e externa | 1,1 | 0,9 | 0,5 | 1,1 | 1,5 | 2,7 | 2,2 | 1,9 | 1,1 | 0,7 | 0,7 | 0,4 | 0,1 | 0,0 |
| Recursos Diretamente Arrecadados | 2,5 | 2,5 | 2,4 | 2,6 | 3,5 | 3,3 | 5,1 | 2,7 | 2,3 | 2,2 | 2,4 | 3,1 | 3,7 | 4,0 |
| Títulos Responsab. Tesouro Nacional | 2,7 | 3,4 | 2,8 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Contribuições Sociais | 70,5 | 66,2 | 72,8 | 71,8 | 61,5 | 80,9 | 74,9 | 81,3 | 82,5 | 88,3 | 91,3 | 88,8 | 87,1 | 71,8 |
| <i>Contrib. Social Lucro - PJ (CSLL)</i> | 20,2 | 20,7 | 19,3 | 8,0 | 13,2 | 12,6 | 7,0 | 22,5 | 27,4 | 32,3 | 39,7 | 40,3 | 38,7 | 34,7 |
| <i>Contrib. Financiamento Segur. Social</i> | 48,8 | 42,2 | 25,6 | 25,9 | 26,3 | 37,1 | 38,5 | 18,6 | 21,1 | 25,2 | 19,2 | 13,5 | 15,4 | 34,9 |
| <i>Contrib. Prov. Moviment. Financeira (CPMF)</i> | 0,0 | 0,0 | 27,9 | 37,0 | 22,0 | 31,2 | 28,2 | 38,4 | 32,5 | 29,4 | 29,3 | 32,4 | 30,8 | 1,0 |
| <i>Contrib. Plano Segur. Social Servidor</i> | 1,5 | 3,3 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 1,2 | 1,9 | 0,8 | 0,9 | 1,2 | 1,0 | 0,9 | 0,2 |
| <i>Contrib. Patronal Plano Segur. Social Servidor</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,5 | 1,9 | 1,6 | 1,3 | 1,0 |
| Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 4,5 | 2,4 | 0,0 | 0,9 | 0,3 | 0,0 | 3,0 | 3,0 |
| Fundo Social de Emergência | 11,7 | 17,9 | 19,6 | 13,3 | 14,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Demais Fontes | 8,3 | 8,9 | 0,8 | 0,3 | 3,6 | 7,6 | 0,6 | 0,9 | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,8 | 1,1 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: SIAFI/SIDOR (Gasto Social Federal - Ipea: 1995 a 2007); SIGA BRASIL (2008)

As contribuições sociais (COFIN, CSLL e CPMF), desde 1997, foram responsáveis por mais de 70% do financiamento do MS, chegando a mais de 90% em 2005. A participação percentual de cada uma dessas contribuições no custeio do MS é muito variada ao longo dos anos. Em 2006 e 2007, por exemplo, a CPMF e a CSLL foram as principais fontes de custeio, representando mais de 60% do gasto do MS. Em 2008, com a extinção da CPMF em 2007, a participação dos recursos ordinários se elevou para 20% (tabela 1).

Cabe observar também a questão da alteração da participação do Fundo Social de Emergência (FSE), posteriormente transformado no Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), e da Desvinculação de Receitas da União (DRU). Até 1999, era possível separar os recursos aportados por esses fundos para a saúde, quando se podia observar que eles respondiam por aproximadamente 15% do total do gasto do Ministério da Saúde. A partir de 2000, no entanto, já não se pode verificar o quanto da DRU retorna ao orçamento do MS, pois esses recursos deixaram de constar como uma fonte específica e passaram a ser executados como Recursos Ordinários.⁴

A análise dos gastos do Ministério da Saúde⁵ pela ótica das fontes de financiamento permite também demonstrar que a introdução da CPMF em 1997 contribuiu muito mais para estabilizar o patamar de recursos orçamentários desse órgão do que para efetivamente elevá-lo de forma mais significativa, fato que pode ser observado no período de 1997 a 2003. Somente a partir de 2004, já com a Emenda Constitucional 29 em vigência, é possível dizer que os recursos da CPMF representaram um aporte de recursos totalmente novo para a saúde no nível federal.

O gráfico abaixo mostra que os recursos provenientes das fontes que tradicionalmente financiavam o Ministério da Saúde antes da criação da CPMF realizaram clara trajetória de queda após sua criação. Ou seja, essas fontes reduziram seus aportes de R\$ 30,7 bilhões em 1996 para uma média de R\$ 26,7 bilhões no período de 1997 e 2003. Assim, nesse período, a CPMF veio substituir, em parte, aquelas fontes, não configurando nesses anos como recurso adicional para a saúde. Se considerarmos, por hipótese, que no período mencionado as demais fontes deveriam ter financiado, no mínimo, o mesmo valor aportado em 1996

4. "O FEF foi novamente reformulado no ano 2000, passando a ser denominado Desvinculação das Receitas da União (DRU). Embora a atual designação seja mais sincera que as anteriores, a nova sistemática de funcionamento tornou a análise da execução orçamentária menos transparente. Isso porque os recursos desvinculados pela DRU não integram uma fonte de recursos específica, como no caso do FSE/FEF. Ao invés disso, são executados por meio da fonte Recursos Ordinários. Até a criação da DRU, a fonte Recursos Ordinários era responsável por expressar, na execução orçamentária, os recursos oriundos de impostos gerais – no caso, principalmente, Imposto de Renda e IPI. A partir de 2000, entretanto, não é mais possível distinguir, para determinada área ou programa, qual parcela de recursos é originária de impostos gerais, e qual parcela é originária da Desvinculação, uma vez que ambas agora compõem, combinadas, a mesma fonte Recursos Ordinários" (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2005).

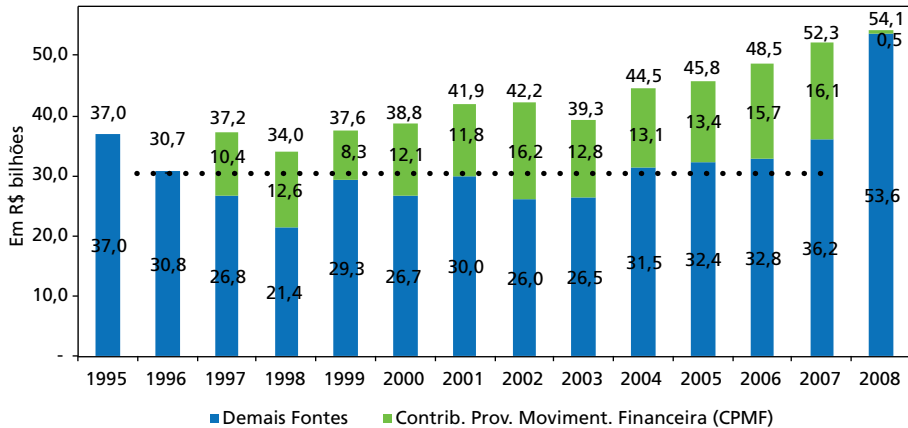
5. Cabe ressaltar que essa análise refere-se à execução total do Ministério da Saúde, e não apenas às ações e aos serviços públicos de saúde (ASPS), definidas pela EC-29.

(R\$ 30,7 bilhões), então temos que cerca de 1/3 da arrecadação da CPMF nesse período foi utilizada para compensar o aporte não realizado pelas outras fontes. Esse patamar de R\$ 30,7 bilhões (de 1996) de aporte das demais fontes (excluindo a CPMF) só foi novamente atingido em 2004, quando elas somaram R\$ 31,4 bilhões, apresentando, a partir de então, uma trajetória ascendente.

No entanto, não se pode analisar a evolução do financiamento da saúde sem considerar o impacto causado pela aprovação da Emenda Constitucional 29.⁶ Como se verá mais adiante, foi a Emenda que garantiu maior estabilidade e crescimento, nas três esferas de governo, do orçamento do SUS e, no âmbito do orçamento federal, evitou que a extinção da CPMF, em 2007, tivesse impacto negativo no custeio do sistema.

GRÁFICO 1

Execução do MS por fonte de recursos – atualizada pelo IPCA médio de 2008 – 1995 a 2008



Fontes: Siafi/Sidor (Gasto Social Federal – Ipea: 1995 a 2007); Siga Brasil (2008).

O caráter provisório da CPMF sempre preocupou os gestores da saúde, que continuaram trabalhando por solução mais abrangente e definitiva. No legislativo diversas propostas foram apresentadas. O ponto em comum entre elas era a busca pela vinculação para a saúde dos recursos orçamentários dos três níveis de governo.

Várias propostas de vinculação de recursos para a saúde começaram a tramitar⁷ no Congresso Nacional, algumas delas anteriores a própria criação da CPMF, como a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 169-A, encaminhada ainda

6. Este assunto será tratado logo adiante.

7. "A vinculação de recursos para o SUS não é pretensão recente. Já constava da proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) criada, em 1986, por recomendação da VIII CNS. A CNRS pretendia vincular à saúde recursos equivalentes a 10% do PIB (WHO, 2003). Em valores atuais (2005) esse percentual representaria cerca de R\$ 193,7 bilhões, um valor em torno de 37% das receitas das três esferas governo" (CONASS, 2007, p. 29).

em 1993. Essa proposta foi sendo alterada e aglutinada a outras iniciativas de lei mencionadas a seguir. A PEC 169-A trazia a proposta de alteração do artigo 198 da Constituição Federal que teria a seguinte redação:

A União aplicará anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de trinta por cento das receitas de contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social e dez por cento da receita resultante dos impostos. (...) Os Estados, o DF e os municípios aplicarão anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de 10% das receitas resultantes dos impostos.⁸

Ao longo desse processo destacam-se outras propostas como a PEC⁹ que propunha destinar recursos equivalentes sempre a 5% do Produto Interno Bruto do ano anterior para o financiamento da saúde e a PEC 82-A, que determinava que os recursos da Cofins e da CSLL fossem destinados integralmente à saúde, assegurando também um patamar mínimo de recursos por parte dos outros entes federados (MARQUES; MENDES, 1999 *apud* CONASS, 2007).

Nesse mesmo ano de 1998, a Comissão Especial que avaliou a PEC 82-A, tendo como relator o deputado Urcisino Queiroz (BA), elaborou substitutivo que compatibilizou aspectos das propostas dos deputados Carlos Mosconi, Eduardo Jorge e outros. Após intensas negociações foi aprovada pela Câmara, em votação de dois turnos, como a PEC n. 82-C. Essa proposta tramitou no Senado como PEC 86-A e acabou sendo aprovada e promulgada como Emenda Constitucional n. 29 (CONASS, 2007, p. 31).

A Emenda Constitucional 29 (EC 29) assegurou a participação das três esferas de governo no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos. No caso da União, os recursos a ser aplicados em 2000 seriam o montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada¹⁰; ao passo que os municípios deveriam aplicar 15%, e, em 2000, o percentual mínimo a ser aplicado seria de 7% para esses entes da federação (IPEA, 2005; RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2005; CONASS, 2007).

8. Carvalho (1998) analisa essas propostas e seus potenciais problemas de interpretação. <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Financiamento/GIL169.htm>>.

9. PEC de autoria do deputado José Aristodemo Pinotti.

10. A receita vinculada refere-se à base de cálculo para aplicação mínima dos recursos em saúde. A base de cálculo dos estados compreende as receitas de impostos estaduais (ICMS, IPVA, ITCMD), as receitas de transferência da União (FPE, IPI, Lei Kandir), o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), outras receitas correntes (receita da dívida tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária) e exclui as transferências constitucionais e legais a municípios (ICMS, IPVA e IPI-exportação). A base de cálculo dos municípios abrange as receitas de impostos municipais (ISS, IPTU, ITBI), as receitas de transferências da União (FPM, ITR, Lei Kandir), o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), as receitas de transferências do estado (ICMS, IPVA, IPI-exportação) e outras receitas correntes (receita da dívida tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária).

Observa-se que o fim da CPMF, em 2007, não gerou uma crise nas mesmas proporções daquela observada em 1993, quando o Ministério da Saúde foi buscar recursos de empréstimos via FAT. Aparentemente, a vinculação de recursos da Emenda Constitucional no 29 garantiu um mínimo de estabilidade no financiamento da saúde e, pode-se dizer, trouxe aumento, sobretudo a partir de 2004, no aporte de recursos por parte da União. De qualquer forma, o maior aumento de recursos para o SUS, como decorrência da EC 29, veio da ampliação da participação de estados e municípios no financiamento do SUS (BIASOTO JR., 2003, entre outros), como será discutido a seguir.

3 PARTICIPAÇÃO DE ESTADOS E MUNICÍPIOS E DESCENTRALIZAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS EM SAÚDE

3.1 Ampliação da participação de estados e municípios

A aprovação da EC 29 teve impactos diferenciados em cada ente da Federação. Foi mais bem sucedida na busca do objetivo de elevar a participação de estados e municípios. Segundo estimativas de Piola e Vianna (1992, *apud* BARROS; PIOLA; VIANNA, 1995), durante a década de 80, a União participava, em média, com 75% dos recursos públicos alocados em saúde. Outra estimativa do Ipea para o ano de 1996 indica que a União respondia por 63% do total, os estados, 20,7%, e os municípios, 16,4% (FERNANDES *et al.*, 1998). A EC/29 começou a vigir em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Desde então sua participação foi decrescendo até chegar a cerca de 45% em 2010. Nesse mesmo período, entre 2000 e 2010, a participação dos estados passou de 18,5% para 26,7%, enquanto a dos municípios saiu de 21,7% para 28,6%, de acordo com os dados do SIOPS¹¹ (ver tabela 2).

Esse aumento da participação de estados e municípios implicou, na prática, num incremento real de recursos para saúde desses entes de 195% (ou R\$ 50,7 bilhões), passando de R\$ 26 bilhões em 2000 para R\$ 76,7 bilhões em 2010. Como resultado desse aporte de recursos, juntamente com o aumento de R\$ 23,3 bilhões de recursos da União no mesmo período, o gasto público com saúde saiu de R\$ 64,8 bilhões em 2000 para R\$ 138,7 bilhões em 2010, em termos reais. Ou seja, a EC-29, com o aumento da participação de estado e municípios, possibilitou o incremento real de 114% de recursos públicos para a saúde, conforme demonstrado na tabela 2.

11. Existem diferenças entre as metodologias e as bases de dados utilizadas pelo Ipea nas estimativas dos anos 1990 e pelo SIOPS. Entre outras, a análise feita pelo Ipea refere-se ao gasto funcional, ao passo que as análises feitas pelo SIOPS referem-se ao gasto com "ações e serviços públicos de saúde", conforme definido na Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, com respeito ao que deve ser considerado para efeitos de cumprimento da EC/29. Com isso as informações não são efetivamente comparáveis, porém, isso não impossibilita que sejam utilizadas para analisar tendências.

TABELA 2
Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde, 2000-2010
 (Em bilhões R\$ de 2010, deflacionados pela média anual do IPCA)

| Ano | Esfera | | | | | | Total |
|------|----------------------|--------------|-----------------------|--------------|------------------------|--------------|---------------|
| | Federal ¹ | No total (%) | Estadual ² | No total (%) | Municipal ³ | No total (%) | |
| 2000 | 38,74 | 59,8 | 12,02 | 18,6 | 14,03 | 21,7 | 64,79 |
| 2001 | 40,04 | 56,1 | 14,73 | 20,7 | 16,55 | 23,2 | 71,33 |
| 2002 | 40,64 | 52,8 | 16,56 | 21,5 | 19,76 | 25,7 | 76,96 |
| 2003 | 38,93 | 51,1 | 17,51 | 23,0 | 19,71 | 25,9 | 76,15 |
| 2004 | 43,94 | 50,2 | 21,53 | 24,6 | 22,05 | 25,2 | 87,52 |
| 2005 | 46,70 | 49,7 | 21,67 | 23,1 | 25,50 | 27,2 | 93,87 |
| 2006 | 49,17 | 48,4 | 23,89 | 23,5 | 28,48 | 28,0 | 101,54 |
| 2007 | 51,58 | 47,5 | 26,27 | 24,2 | 30,77 | 28,3 | 108,63 |
| 2008 | 53,62 | 44,7 | 30,77 | 25,7 | 35,55 | 29,6 | 119,94 |
| 2009 | 61,21 | 45,9 | 33,88 | 25,4 | 38,35 | 28,7 | 133,44 |
| 2010 | 61,97 | 44,7 | 37,02 | 26,7 | 39,72 | 28,6 | 138,70 |

Fontes: SPO/MS – Esfera Federal –, RIPSA e SIOPS – Esferas Estadual e Municipal.

Notas: ¹ O Gasto Federal ASPS está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortizações de Dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do Gasto Federal ASPS, também considera os valores executados na UO 74202 - Recursos sob supervisão da ANS (2004 a 2008).

² O Gasto Estadual ASPS foi extraído de Notas Técnicas produzidas pelo SIOPS com a análise dos balanços estaduais. Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do SIOPS, em conformidade com as diretrizes da resolução CNS 322/03 e EC 29/00. Para o ano de 2009, foram considerados os dados transmitidos ao SIOPS pelas 27 UFs uma vez que a análise dos balanços ainda não foi completada pela equipe. Em 2010, foram considerados os dados das 23 UFs que haviam transmitido ao SIOPS. Para os quatro estados faltantes, utilizou-se os valores de 2009.

³ O Gasto Municipal ASPS foi extraído da base do SIOPS, em 13 de junho de 2011. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Em 2000, 96% transmitiram os dados e em 2010 o percentual, até junho de 2011, era de 92%.

Como desdobramento dessa situação, o gasto *per capita* das três esferas com o SUS passou de R\$ 378,27, em 2000, para R\$ 717,70, em 2010, apresentando crescimento real de 89,7%. Em relação ao PIB, o gasto do SUS passou de 2,89%, em 2000, para 3,77% em 2010 (tabela 3).

TABELA 3
Gasto público das três esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde, como proporção do PIB e em per capita – 2000-2010

| Ano | Gasto ASPS/PIB (%) | Gasto ASPS/ <i>pop</i> |
|------|--------------------|------------------------|
| 2000 | 2,89 | 378,27 |
| 2001 | 3,07 | 410,40 |
| 2002 | 3,17 | 436,54 |
| 2003 | 3,13 | 426,04 |
| 2004 | 3,36 | 483,25 |
| 2005 | 3,48 | 511,88 |
| 2006 | 3,55 | 547,20 |
| 2007 | 3,51 | 578,90 |
| 2008 | 3,59 | 632,56 |
| 2009 | 3,99 | 696,87 |
| 2010 | 3,77 | 717,70 |

Fontes: SPO, SIOPS e IBGE.

Nota: ¹ O gasto ASPS *per capita* foi calculado em termos reais de 2010, segundo IPCA médio anual.

Contudo o aporte de recursos poderia ter sido ainda maior, caso a União e os estados cumprissem a EC 29 de acordo com os critérios previstos na Resolução 322 do CNS. O Governo Federal e os governos estaduais têm utilizado diversos expedientes para aplicar menos do que o previsto na Emenda.¹² A equipe do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) e o Ministério Público Federal (2009), seguindo a Resolução nº 322 do CNS, sustentam que, em determinados anos, a União e parcela dos estados e municípios não teriam aplicado o mínimo exigido pela EC/2009. No caso dos estados, as análises de balanço feitas pela equipe do SIOPS têm indicado que, em média, a aplicação alcançou 9,6% da receita vinculada, quando deveria ser no mínimo de 12%. Em 2006, apenas 16 estados teriam inequivocamente cumprido a Emenda (SIOPS, 2006). O valor de descumprimento somente no período de 2004 a 2008, alcança o montante acumulado em valores correntes de mais de R\$ 16 bilhões, ainda de acordo com dados do SIOPS. O possível descumprimento por parte da União tem sido menos discutido. Em 2009, no entanto, o Ministério Público Federal encaminhou em maio, aos Ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, o Ofício nº 233 da Procuradoria da República no Distrito Federal (PRDF), estimando em mais de R\$ 5 bilhões¹³ o valor acumulado de descumprimento da EC 29. Com relação aos municípios,

12. A discussão dessa questão já foi feita a exaustão por vários autores como Ipea (2000 a 2003), Ribeiro, Piola e Servo (2006), SIOPS (2005), entre outros. Apesar do Conselho Nacional de Saúde ter publicado, como dito, a Resolução 322, tentando normatizar o que se entende por ASPS, ainda há controvérsias sobre diversas questões.

13. Esse valor é contestado pelos Ministérios da Fazenda e do Planejamento em Nota Técnica que acompanha o Ofício 81/MF, encaminhado à Procuradoria Geral da República em 2 de outubro de 2009.

basicamente todos declaram ao SIOPS que cumprem o percentual mínimo de 15% da receita. Cabe ressaltar, contudo, que não é realizada a análise de balanço pela equipe do SIOPS para validar a informação declarada pelos municípios, diferentemente do que acontece com as informações enviadas pelos estados.

3.2 Descentralização dos recursos federais

Como decorrência do processo de descentralização, observou-se uma ampliação das transferências de recursos do Ministério da Saúde para estados e municípios. Em 1995, cerca de 90% dos recursos do Ministério da Saúde eram aplicados diretamente, enquanto 8% eram transferidos a estados e municípios. Esses recursos foram aumentando constantemente, de modo que em 2009 a participação do montante transferido a estados e municípios atingiu o patamar de 66% dos recursos do MS, enquanto a participação das aplicações diretas foram reduzidas para cerca de 1/3 dos recursos do MS.

Apesar de a descentralização ser um princípio do SUS, os movimentos iniciais do processo produziram resultados tímidos. As Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991 e 1992 inauguraram a metodologia de associar transferências de recursos à estruturação institucional das secretarias de saúde, com exigências relativas à existência de planos, fundos e conselhos de saúde (IPEA, 2007a). A partir dessa discussão foram estabelecidos tetos financeiros para a assistência hospitalar e ambulatorial, o que não implicou, necessariamente, efetiva descentralização da gestão de recursos, pois as esferas subnacionais continuaram sendo tratadas como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais (UGÁ *et al.*, 2003).

A NOB SUS 01/1993 marca o avanço da municipalização, com a implantação do caráter automático das transferências intergovernamentais (fundo a fundo). Nessa NOB criam-se os níveis da gestão municipal e estadual – incipiente, parcial e semiplena – que atribuíam competências e responsabilidades distintas a cada ente, a depender do comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, mensurada por meio do cumprimento de determinados parâmetros preestabelecidos pela norma:

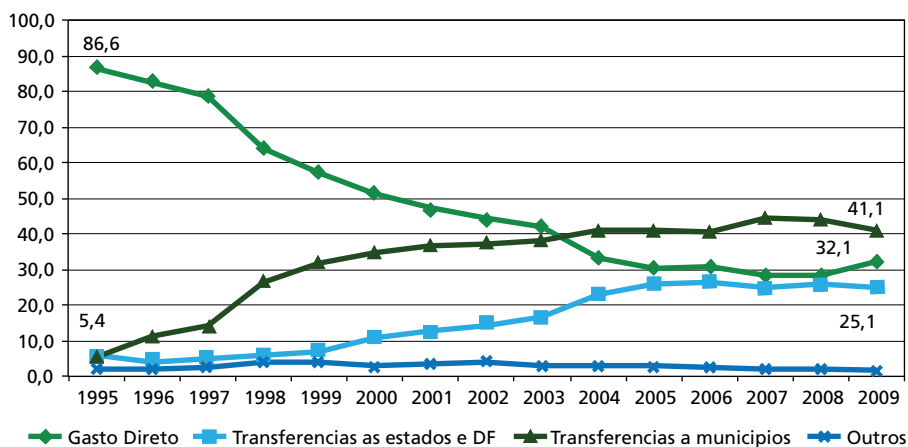
Muitas das disposições dessa NOB não chegaram a ser implementadas e as transferências regulares e automáticas que ela propiciou restringiam-se ao custeio de serviços de assistência (serviços ambulatoriais e hospitalares). A norma levou, no entanto, à exacerbação do movimento no sentido da municipalização da saúde, radicalizando a relação direta entre o nível federal e o municipal, e tornou mais complexa a estruturação sistêmica do SUS, na medida em que não se avançou na implementação das atribuições para os estados, que passaram a disputar recursos e responsabilidades com os municípios, promovendo o aumento da tensão entre essas instâncias gestoras (IPEA, 2007a, p. 128).

A NOB 01/1996 buscou resgatar e definir atribuições mais claras para os estados, bem como o fortalecimento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)¹⁴ e das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs),¹⁵ com o estabelecimento da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Criou, também, a modalidade de “gestão plena do sistema” por meio da qual estados e municípios poderiam obter total autonomia na gestão do conjunto do seu sistema de saúde. Os municípios também poderiam optar por ser gestores plenos da atenção básica. Por meio dessa NOB é que foram criados o Piso da Atenção Básica (PAB) e a política de incentivos para programas como Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

A NOB 01/96, com destaque para a transferência de recursos para a Atenção Básica, e, posteriormente, a estabilidade de recursos, mesmo que em patamares mínimos, garantida pela EC/29 foram os grandes impulsionadores da descentralização de recursos observada.

GRÁFICO 2

Descentralização dos gastos do MS, comparação entre a participação percentual das aplicações diretas e os recursos transferidos a outras esferas de governo, 1995-2009
(Em %)



Fonte: Siafi/Sidor.

Elaboração: Ipea/Disoc.

O processo de descentralização de recursos prosseguiu e foram observados movimentos de transferência para ações de vigilância e dos recursos destinados às unidades assistenciais da Funasa a partir de 1999. Com relação à vigilância, antes de descentralizar os recursos,

14. Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, estados, DF e municípios.

15. É o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, SUS.

(...) um processo de estruturação das áreas de vigilância epidemiológica nas secretarias estaduais e municipais de saúde foi ativamente implementado pelo governo federal antes mesmo da publicação da portaria, por meio do Projeto de Estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito do SUS (Vigisus). Ao fim do ano 2000 todas as secretarias estaduais de saúde e muitas de municípios de médio e grande porte estavam certificadas para assumirem as responsabilidades propostas (IPEA, 2007a, p. 128).

Cresceu o número de municípios habilitados à gestão plena municipal e, com isso, o repasse de recursos para esse nível de governo cresceu de R\$ 4,57 bilhões, em 1995, para R\$ 24,2 bilhões em 2009, com um crescimento médio anual de 20%. A participação dessa modalidade de transferência no total despendido pelo MS aumentou de 5,3% para 41,1% no mesmo período. A transferência a estados também apresentou crescimento intenso. Saiu de um patamar de R\$ 5,16 bilhões em 1995 e chegou em 2009 com R\$ 14,81 bilhões, o que representou 25,1% do gasto total do MS. A estabilidade de recursos garantida pela EC/29, sem dúvida, deu maior consistência ao processo de descentralização, pois os entes federados sentiram-se mais seguros para assumir as responsabilidades da gestão descentralizada.

Concomitantemente ao aumento das transferências fundo a fundo, houve uma profusão de modalidades de repasses, com grande especialização no uso de cada parcela do recurso federal transferido, o que, de certa forma, implica restrição ao poder de decisão das esferas subnacionais na definição de políticas e programas. Em outubro de 2001, a transferência de recursos federais para estados, DF e municípios estava sendo processada por meio de 65 mecanismos institucionalizados de repasses pré-definidos (BARROS, 2002), chegando a mais de uma centena em 2006 (CONASS, 2007).

Essa característica do financiamento federal do SUS provocou discussões entre os gestores dos três níveis de governo. Desde 2004, havia consenso de que essa forma de indução federal apresentava sinais de esgotamento. Assim, após um processo de discussão que durou dois anos foi concebido, em um novo processo de pactuação entre as três esferas de governo, o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006). O Pacto de Gestão, que faz parte do Pacto pela Saúde, representou mudanças no financiamento, dentre as quais podem ser citados: os estados e os municípios não mais teriam de se habilitar a alguma das condições de gestão, e as transferências de recursos federais passaram a ser necessariamente automáticas, condicionadas somente à homologação da CIB de cada estado, e ordenadas em cinco grandes blocos – atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão.

As transferências são feitas por meio de regulamentações específicas para determinadas ações e programas e ficaram agrupadas nos seguintes blocos de financiamento: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão. A transferência de recursos para a Atenção

Básica é feita basicamente por meio dos Pisos da Atenção Básica Fixo e Variável.¹⁶ O primeiro é um recurso mais livre para ser gasto nas ações básicas de saúde, independente da forma como está organizado o modelo de atenção. O PAB-variável, criado pela NOB 01/96, foi instituído, inicialmente, como mecanismo de incentivo aos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família. Posteriormente, passou a englobar outros incentivos para a formação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e atualmente para a conformação dos Núcleos de Saúde de Família (NASF).

No caso da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, esse bloco é composto basicamente pelo Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Limite MAC) e pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Fazem parte, também, os recursos repassados às unidades próprias. A mudança induzida pelo pacto é uma redução dos recursos incluídos no FAEC, com parte desses recursos sendo incorporados ao Limite MAC, destinados ao financiamento de procedimentos e incentivos permanentes.¹⁷

Desde a instituição da Política Nacional de Medicamentos em 1998, a assistência farmacêutica vem sendo organizada por grupos: *i*) medicamentos estratégicos; *ii*) medicamentos excepcionais; e *iii*) medicamentos da atenção básica. Os medicamentos estratégicos, em sua maioria, são programados, adquiridos e distribuídos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde. Incluem, entre outros, os medicamentos antiretrovirais, antineoplásicos, medicamentos para controle de endemias, como a tuberculose, malária, hanseníase e leishmaniose.

Os medicamentos de dispensação excepcional envolvem aqueles utilizados para o tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 da Tabela Descritiva do SIA/SUS.¹⁸ A aquisição e a distribuição desses medicamentos são de responsabilidade dos estados, conforme pactuação feita na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O Ministério da Saúde repassa os recursos que custeiam parte desses medicamentos.

16. O PAB-variável engloba: a) Saúde da Família (SF); b) Agentes Comunitários de Saúde (ACS); c) Saúde Bucal (SB); d) Compensação de Especificidades Regionais; e) Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; f) Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; g) Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; h) outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (Portaria GM/MS 204/2007 *apud* CONASS, 2007b).

17. São considerados incentivos permanentes da MAC os recursos atualmente designados aos: a) Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); b) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); c) Centro de Referência em Medicina do Trabalho; d) Adesão à contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; e) Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS); f) Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps); g) Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI); h) outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de custeio de ações de média e alta complexidade e que não sejam financiadas por procedimento. (IPEA, 2007b).

18. Esses envolvem medicamentos destinados ao tratamento de agravos inseridos nos seguintes critérios: doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário; doença prevalente, com uso de medicamento de alto valor unitário que, em uso crônico ou prolongado, seja tratamento de custo elevado. Nesse último caso, desde que: *i*) haja tratamento previsto para o agravo na atenção básica, ao qual o paciente apresentou intolerância ou refratariedade; e *ii*) o diagnóstico ou o estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada (IPEA, 2007b).

O componente básico da assistência farmacêutica refere-se aos medicamentos necessários para complementar os cuidados prestados nesse nível de atenção. A partir do Pacto de Gestão, passou a agregar, também, os medicamentos relacionados a programas específicos, como hipertensão e diabetes, asma e rinite, saúde mental, saúde da mulher, alimentação e nutrição e combate ao tabagismo. Esses recursos compõem o PAB da assistência farmacêutica (PAB-AF).

Na reorganização feita nas transferências do MS, também foram criados os blocos da Vigilância em Saúde e de Gestão. O bloco de Vigilância em Saúde inclui os componentes de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e de Vigilância Sanitária. O primeiro componente inclui recursos destinados às ações de prevenção e controle de doenças (Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS) e de incentivos para uma série de atividades que incluem desde atividades de Promoção à Saúde até a Contratação de Agentes de Campo para controle de endemias. O segundo congrega os recursos repassados para o apoio às ações de vigilância sanitária propriamente ditas.

O bloco de Gestão do SUS tem os componentes de Qualificação da Gestão (Planejamento e Orçamento, Gestão do Trabalho, Educação em Saúde etc.) e o componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde (Implantação de Centros de Atenção Psicossocial, de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e outros incentivos).

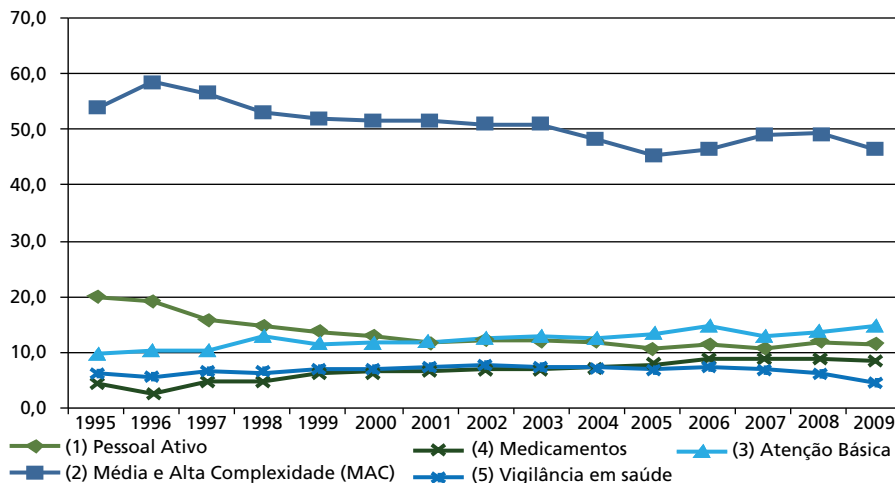
Resumidamente pode-se dizer que houve um agrupamento mais coerente dos repasses do MS para estados e municípios, o que permitiu maior flexibilidade no uso dos recursos dentro de um mesmo bloco. No entanto, a segmentação dos repasses ainda pode ser considerada excessiva.

4 EVOLUÇÃO DO GASTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: ANÁLISE PROGRAMÁTICA

Como dito anteriormente, o uso de incentivos e de transferências pelo Ministério da Saúde intensificou-se no final dos anos 90. Esse órgão utilizou inúmeras vezes o seu recurso próprio para induzir a implementação de determinada política de saúde. Isso é claro, por exemplo, na busca da efetivação de determinadas ações ou programas da Atenção Básica em Saúde, particularmente nos incentivos para o Programa Saúde da Família (PSF), e na tentativa de reorientação do modelo de atenção, priorizando mais a atenção básica que a média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial. Analisando pela ótica da distribuição dos seus recursos (ver gráfico 3), observa-se o significativo e contínuo crescimento da participação da atenção básica no total de recursos alocados pelo Ministério da Saúde em ações e serviços públicos de saúde, passando de 9,7%, em 1995, para 14,9% em 2009 (ver tabela 3). Há, também, visível aumento da participação dos medicamentos no total de recursos aplicados (de 4,3% para 8,5%). Nesse mesmo período, observa-se declínio da participação da atenção de média e alta complexidade.

GRÁFICO 3

Evolução da participação dos principais programas e ações no total de dispêndios com ações e serviços públicos de saúde¹, 1995-2009
(Em %)



Fonte: SPO/MS.

Elaboração própria Disoc/Ipea.

Nota: ¹ O conceito de ações e serviços públicos de saúde (ASPS) foi introduzido formalmente com a promulgação da EC/29. Para construir essa série foram utilizados os dados repassados pela SPO/MS, que tenta fazer uma agregação de ações por objeto de cada ação/subação/projeto atividade. Assim, buscou-se aplicar retroativamente esse conceito de ASPS aos dados anteriores à EC/29.

Adicionalmente, há mudanças internas dentro de cada bloco. Há grande crescimento da participação do recurso destinado ao Saúde da Família (PACS/PSF), que passa de 0,6% para 8,9% no total de recursos do Ministério da Saúde destinados a ações e serviços públicos de saúde (ASPS) entre 1995 e 2009 (ver tabela 4).¹⁹ Ao mesmo tempo, a participação do PAB-fixo não é reduzida de 9,1% para 5,8%. Assim, pode-se dizer que o crescimento da participação dos recursos da atenção básica no total dos recursos federais ASPS ocorreu por meio do aumento de uma linha cujos recursos já são direcionados, o Saúde da Família. Esse programa é desenhado por meio de portarias que dizem como a maior parcela do recurso deve ser aplicada.

Com relação à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), os recursos destinados a essa modalidade de assistência ainda são dominantes. Em 2009, as aplicações diretas e as transferências federais para média e alta complexidade representaram 46,4% do valor aplicado pelo MS em ações e serviços públicos de saúde. A maior parte desse valor, no entanto, correspondeu às transferências para Estados, DF e Municípios. No bloco de medicamentos, houve um aumento considerável dos gastos com medicamentos excepcionais, que passam de 0,61% para mais de 4,5% do total de dispêndios federais.

19. Na verdade, somente a partir de 2000, com a EC/29, seria adequado utilizar o termo ações e serviços públicos de saúde, conforme definidos pela Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde. No caso desse artigo, buscou-se uma aproximação a esse conceito e sua aplicação às informações orçamentárias anteriores ao ano 2000.

TABELA 4
Distribuição das despesas do MS com ações e serviços públicos de saúde por agrupamentos de programas/ações, 1995 a 2009
(Em %)

| Gasto em ASPS | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| (1) Pessoal Ativo | 20,0 | 19,1 | 15,8 | 14,8 | 13,6 | 12,9 | 11,7 | 12,0 | 12,3 | 11,7 | 10,5 | 11,6 | 10,8 | 11,7 | 11,5 |
| (2) Média e Alta Complexidade (MAC) | 54,0 | 58,7 | 56,4 | 53,2 | 51,9 | 51,4 | 51,7 | 50,7 | 50,8 | 48,1 | 45,3 | 46,5 | 48,8 | 49,3 | 46,4 |
| Transferências MAC | 49,4 | 53,5 | 51,8 | 48,8 | 47,9 | 48,1 | 48,5 | 47,5 | 48,8 | 45,8 | 43,0 | 43,8 | 45,8 | 46,4 | 43,5 |
| Hospitais próprios e Pioneiras Sociais | 4,5 | 5,3 | 4,6 | 4,4 | 4,0 | 3,4 | 3,2 | 3,2 | 2,0 | 2,3 | 2,4 | 2,7 | 3,0 | 3,0 | 2,8 |
| (3) Atenção Básica | 9,7 | 10,1 | 10,2 | 12,8 | 11,4 | 11,7 | 11,9 | 12,5 | 13,0 | 12,5 | 13,4 | 14,7 | 12,8 | 13,5 | 14,9 |
| PAB-fixo | 9,1 | 9,2 | 9,1 | 11,3 | 9,7 | 8,5 | 7,6 | 7,1 | 7,0 | 5,6 | 6,0 | 6,2 | 3,1 | 5,0 | 5,8 |
| PACS/PSF | 0,6 | 0,9 | 1,0 | 1,5 | 1,8 | 3,2 | 4,3 | 5,3 | 6,0 | 6,6 | 7,1 | 8,2 | 9,3 | 8,1 | 8,9 |
| PROESF | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Saúde Bucal | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,2 |
| (4) Medicamentos | 4,3 | 2,4 | 4,8 | 4,8 | 6,3 | 6,6 | 6,6 | 7,2 | 6,9 | 7,2 | 7,7 | 9,0 | 8,9 | 9,0 | 8,5 |
| Medicamentos (compra direta, incluindo estratégicos) | 3,7 | 1,9 | 3,7 | 3,4 | 4,6 | 4,1 | 3,8 | 4,6 | 4,4 | 4,1 | 3,8 | 4,4 | 3,1 | 1,5 | 1,5 |
| Medicamentos excepcionais | 0,6 | 0,6 | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,8 | 2,0 | 1,9 | 1,9 | 2,5 | 3,1 | 3,4 | 4,4 | 4,7 | 4,5 |
| Farmácia Básica (PAB) | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,7 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 1,8 | 1,5 |
| Farmácia Popular | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,4 | 0,7 | 1,0 | 1,0 |
| (5) Vigilância em saúde | 6,1 | 5,4 | 6,5 | 6,1 | 6,8 | 6,9 | 7,4 | 7,8 | 7,2 | 7,2 | 7,1 | 7,3 | 7,0 | 6,2 | 4,5 |
| (6) Bolsas e combates as carências | 1,1 | 0,3 | 0,7 | 0,4 | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 0,4 | 1,3 | 2,5 | 5,6 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| (7) Saneamento | 1,3 | 0,7 | 0,7 | 0,9 | 1,1 | 0,8 | 0,6 | 0,6 | 0,4 | 1,5 | 1,4 | 1,9 | 2,5 | 2,1 | 1,9 |
| (8) Demais ações | 3,6 | 3,3 | 4,9 | 7,0 | 8,1 | 8,9 | 9,4 | 8,9 | 8,2 | 9,3 | 9,0 | 9,0 | 9,1 | 8,3 | 12,3 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fonte: MS/SPO.

Obs.: Os programas, as ações e as linhas de financiamento foram agregados numa tentativa de compatibilizar três planos plurianuais diferentes (PPA).

Nesse período, outros programas/ações ganham visibilidade orçamentária e se tornam prioridade de governo, como é o caso do Saúde Bucal e do Farmácia Popular. Esse último foi criado em 2002 e tinha por objetivo “ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.” (Lei 10.858, de 10 de abril de 2004). Inicialmente, essa iniciativa previa a ampliação do acesso por meio da oferta de medicamentos a preços de custo. Esses medicamentos seriam adquiridos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e oferecidos à população em unidades próprias (denominadas farmácias populares). Essa fase ficou conhecida como Farmácia Popular 1. Contudo, essa estratégia avançou muito lentamente e, em 2006, foi proposto o Farmácia Popular 2, que consiste em cadastrar farmácias comerciais para vender medicamentos selecionados a preços subsidiados. Em 2009, já estavam cadastrados mais de cinco mil estabelecimentos comerciais. No rol de medicamentos a ser vendidos por esses estabelecimentos comerciais encontram-se aqueles indicados ao tratamento de hipertensão e diabetes e os contraceptivos. Como pode ser visto na Tabela 4, em 2007 essa ação respondia por um percentual quase equivalente ao PAB da Assistência Farmacêutica (Farmácia Básica – PAB), referente à aquisição dos medicamentos que serão disponibilizados nas unidades básicas de saúde. Em 2008 e 2009, no entanto, os recursos aplicados no Farmácia Básica voltaram a crescer.

5 REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL DA SAÚDE: UMA NECESSIDADE

O setor público tem participação significativa no financiamento da saúde, principalmente nos países cujos sistemas prestam cobertura universal. O Brasil, segundo estimativas do IBGE, tem um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8,4% do PIB (IBGE, 2009). Esse percentual é baixo quando comparado com o observado nos Estados Unidos (15%), mas é bastante próximo, ou até mesmo ligeiramente superior, ao de países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como Inglaterra (8,4%), Espanha (8,5%), Canadá (10,1%) e Austrália (8,98%), que também possuem sistemas universais (WHO, 2010).²⁰

O problema do Brasil, se assim pode ser chamado, é que o gasto público é muito baixo para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Entre os países da OCDE, a participação das fontes públicas no financiamento do sistema vai de 67% (Austrália) a 87% (Inglaterra) da despesa total, em média 70%. Estados Unidos e China, a despeito das diferenças culturais, políticas e econômicas, são as exceções mais importantes a essa regra, por terem um gasto privado superior a 50% do total (OMS, 2008). No Brasil, no entanto,

20. Utiliza-se, para o Brasil, a informação oficial das Contas Satélites de Saúde, publicada pelo IBGE, com a participação do Ministério da Saúde, ENSP/Fiocruz, ANS e Ipea. Esses dados, ainda que não diretamente comparáveis aos da OMS (2008) são muito próximos destes. Assim, optou-se por utilizar a fonte oficial brasileira.

a participação das fontes públicas nos gastos totais com saúde é inferior a 50% (IBGE, 2009); o país é, possivelmente, o único com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, em que o gasto privado é maior que o público.

Em 2006, ano em que as informações estão mais completas, o gasto do SUS não ultrapassou 3,6% do PIB. Esse montante, que correspondia a cerca de R\$ 451,00²¹ por habitante/ano, é destinado ao custeio do acesso universal e ao atendimento integral de 186 milhões de brasileiros. Excluindo-se a população que utiliza outras formas de atendimento além do SUS, basicamente aquela coberta pelo segmento de saúde suplementar (planos e seguros de saúde), cerca de 37 milhões em 2006, a disponibilidade *per capita* do SUS subiria para R\$ 562,00. Esse valor, no entanto, é bastante inferior à disponibilidade do segmento de Planos e Seguros Privados de Saúde no mesmo ano, que foi de R\$ 1.131,00 por beneficiário (PIOLA; SOLON, 2008).

É ingenuidade supor que garantir universalidade, integralidade e qualidade na atenção à saúde possa ser alcançado apenas com ganhos de eficiência. Tornar a gestão do SUS mais eficiente e profissional é absolutamente necessário e inadiável, mas não suficiente. É imprescindível que, simultaneamente, sejam assegurados mais recursos para o sistema público.

Além de precisar resolver problemas de garantia de maior cobertura e melhor qualidade, o SUS precisa se preparar para responder os desafios do futuro. E, para isso, também é imprescindível ter mais recursos. Entre os desafios, a mudança no perfil demográfico é um deles. Nesse aspecto, uma peculiaridade do Brasil resulta da combinação de crescimento populacional com aumento da vida média (envelhecimento da população). A população brasileira como um todo cresce cerca de 1,3% ao ano e só deverá chegar ao seu ponto máximo, em torno de 260 milhões, na década de 2050. Ao mesmo tempo, enquanto em 1980 apenas 6,3% da população tinha mais de 60 anos, hoje já são 9,4% e em 2050 serão 24,7%, de acordo com estimativas do IBGE. O gasto com saúde nessa faixa etária, como se sabe, é bem mais alto do que entre os mais jovens.

Questão de igual centralidade está na distribuição espacial da oferta de serviços notoriamente concentrados nas áreas mais ricas. Serão necessários novos recursos de investimento para permitir uma oferta de serviços de saúde adequada e menos desigual nas diferentes regiões do país. Sem investimentos públicos que reforcem a capacidade de prestação de serviços em territórios hoje desprovidos de equipamentos e profissionais qualificados, dificilmente se atingirá uma equalização mais eficaz da oferta, uma vez que é próprio da iniciativa privada se concentrar nas regiões mais afluentes.

21. Esse valor corresponde à despesa corrente de 2006. Em termos reais de 2010, atualizados pelo IPCA (ver tabela 3), essa despesa *per capita* corresponderia a R\$ 547,20.

A incorporação tecnológica é outro fator, talvez o principal, a influenciar o gasto público e privado com saúde. Algumas inovações são visivelmente poupadoras de recursos, outras não. Muitas não resistem a qualquer avaliação de custo/efetividade. Dessa forma, só uma regulação eficiente conduzida pelo Estado e pela Sociedade poderá chegar ao delicado equilíbrio que requer a introdução criteriosa de novas tecnologias na área da saúde em sistemas universais que se baseiam em financiamento solidário.

A esperança de preservar a sustentabilidade do financiamento do SUS e de aumentar o volume de recursos está concentrada na regulamentação da EC/29. As alternativas em jogo, como já dito, buscam aumentar a participação federal no financiamento do SUS. Uma delas propõe o aporte mínimo de 10% da receita corrente bruta da União como forma de participação dessa esfera de governo no financiamento do SUS. Essa proposta representaria acréscimo de recursos equivalente a cerca de 1% do PIB. Vale lembrar que, mesmo com essa proposta, considerada a mais atraente para a Saúde, o gasto público não chegaria a 5% do PIB. Outra possibilidade aventada, principalmente após a extinção da CPMF, é recriar a contribuição extinta, mantendo-a vinculada exclusivamente a gastos na área da saúde. Uma terceira é não tocar na questão da mudança na forma de vinculação dos recursos da União e centrar todos os esforços na regulamentação mais clara do que deve ser considerado como ações e serviços públicos de saúde e em mecanismos de *enforcement* ao cumprimento da Emenda. Menos traumática do que as alternativas anteriores, tais mecanismos poderiam reforçar o caixa do SUS em cerca de R\$ 4,4 bilhões adicionais, valor estimado de não cumprimento da EC 29 por parte da União, dos estados e dos municípios, segundo estimativas do SIOPS, referentes ao ano de 2007. Em qualquer dessas alternativas, o volume de recursos alocados à Saúde poderia ainda ficar aquém das necessidades, mas ao menos aproximaria o Brasil do padrão de outros países com sistemas de saúde de acesso universal.

Apesar dos aspectos positivos, a EC 29 não está isenta de críticas e não chega a ser unanimidade entre os pesquisadores da área social. Segundo Dain (2001, p. 136), a aprovação da EC 29 trouxe três problemas sérios:

1. O virtual abandono dos princípios da Seguridade Social (SS), que previa solidariedade no financiamento das áreas que a compõem, Previdência Social, Saúde e Assistência Social.²²

22. O risco de abandono dos princípios da Seguridade Social, no que tange ao seu financiamento, deve ser compreendido sob a constatação de que, de fato, a implementação da pretendida solidariedade entre as áreas de Seguridade Social foi sempre obstada, em diversas ocasiões, em nome da austeridade fiscal e/ou do ajuste de contas da Previdência. O Ipea (2004, p. 46) aponta, que "(...) nesse contexto, as soluções setoriais, como a proposta pela EC 29, partem de um cálculo realista, a inexistência de fato, e não de direito, de institucionalidade que dê forma e conteúdo aos princípios constitucionais da Seguridade Social (...). Significativo desse momento político da área de Saúde, no sentido de resguardar recursos de forma setorialista, foi a recusa, na própria Conferência Nacional de Saúde de 2003, em sinalizar a criação de uma institucionalidade que dê vida ao princípio da Seguridade Social."

2. A dissociação da trajetória dos recursos da saúde em relação ao crescimento da arrecadação das contribuições sociais – que tem sido indubitavelmente mais veloz.
3. A vinculação ao PIB nominal, que se torna sério problema sob um processo de estagnação econômica.²³

Soma-se a isso o fato da fórmula de cálculo da aplicação federal representar dois problemas adicionais: *i*) ser diferente daquela a ser observada por estados e municípios (cuja vinculação tem como base percentual da receita própria); e *ii*) ser favorável em momentos de rápido e grande crescimento econômico e desfavorável em momentos de lento ou baixo crescimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca de estabilidade no financiamento para a saúde representou uma constante luta dos atores envolvidos e preocupados com a garantia de um sistema universal, integral e gratuito. Aparentemente, a Emenda Constitucional 29 representou uma primeira vitória nessa batalha, pois, mesmo com o fim da CPME, em 2007, não houve redução significativa de recursos para a saúde. Contudo, os problemas continuam: *i*) o montante atual de recursos públicos é insuficiente para financiar um sistema universal, integral e gratuito; e *ii*) apesar de sua aprovação, a EC/29 ainda não foi devidamente regulamentada, o que tem permitido a utilização de diversos estratégias para fugir do efetivo cumprimento da Emenda pelas três instâncias de Governo.

Com relação à necessidade de financiamento da saúde, como mostrado por este e outros artigos, ainda que a participação da saúde no PIB seja comparável a alguns países da OCDE, parte significativa desses recursos provém de fontes privadas, principalmente do gasto direto das famílias. A dependência dessa fonte torna o sistema inequitativo e as famílias ficam mais vulneráveis a eventos financeiramente catastróficos. Para a construção de um sistema que garanta, efetivamente, cobertura universal e integral, faz-se necessário aportar volume maior de recursos públicos. Comparando com outros países cujo sistema é universal e gratuito, estima-se que a necessidade de recursos públicos seria da ordem de 6,5% do PIB. Na verdade, uma linha de pesquisa interessante seria estimar a necessidade de financiamento do Brasil para implantar um sistema efetivamente universal, tendo como base o perfil epidemiológico e demográfico do nosso país.

Outra questão ainda pouco explorada neste e em outros artigos refere-se à sustentabilidade do SUS ante as mudanças demográficas e epidemiológicas pelas quais está passando o país. Nossa hipótese é que a estrutura e a macrorregulação

23. Conforme conclui Dain (2001, p. 136), no âmbito federal a EC 29 condena a população mais carente e dependente do SUS a ser duplamente atingida em caso de estagnação econômica: pela queda na renda e aumento do desemprego, de um lado, e pela baixa elevação dos recursos federais para a saúde, do outro.

do sistema de saúde determinam sua capacidade de lidar com as pressões derivadas do envelhecimento da população. Talvez sistemas universais e com maior regulação pública tenham maior capacidade de enfrentar as pressões tecnológicas e financeiras derivadas dessas mudanças demográficas. Então, seria interessante verificar o que está acontecendo em outros países que já realizaram a transição demográfica e como seus sistemas de saúde responderam a ela.

Dessa forma, entende-se que a agenda de discussão sobre o financiamento implica: continuar acompanhando a aplicação de recursos das três esferas de governo; pressionar pela regulamentação da EC/29 e demonstrar qual a real necessidade de financiamento do setor, inclusive considerando as mudanças epidemiológicas e demográficas.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. E. D. **Financiamento do sistema de saúde no Brasil**: marco legal e comportamento do gasto. Opas. Série técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4, Brasília, 2002.

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

BIASOTO JR., G. **Setor Saúde**: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas. IE/UNICAMP: Campinas, 2003. Mimeografado.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Imprensa Nacional: Brasília, 1988.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 322**. CNS: Brasília, 2003.

COFF. **EC nº 29**: valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde – interpretações controversas e suas implicações no Orçamento da União. (Estudo n. 84/2001). Consultoria de Orçamentos e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (COFF)/Câmara dos Deputados: Brasília, 2001.

COFF. **O impacto da DRU no Orçamento de 2003**. (Estudo n. 59/2003). Consultoria de Orçamentos e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (COFF)/Câmara dos Deputados: Brasília, 2003.

COFF. **Suplementação do Bolsa-Família da Saúde**: PLN n. 02/2005. (Nota Técnica 03/2005). Consultoria de Orçamentos e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (COFF)/Câmara dos Deputados: Brasília, 2005.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**, Brasília: CONASS, 2007. 164 p (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, n. 3).

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

FERNANDES, M. A.; OLIVEIRA, M. M. S.; AYUB, C. A.; ROCHA, D. C. C.; RIBEIRO, J. A. C.; AQUINO, L. M. C. **Gasto social das três esferas de governo**: 1995. Texto para Discussão n. 598. Ipea: Brasília, 1998.

IBGE. Contas Nacionais nº 29 – Conta Satélite de Saúde – Brasil 2005 – 2007. Rio de Janeiro, 2009b.

IPEA. **Políticas Sociais** – acompanhamento e análise. Vários números. Ipea: Brasília, 1999.

_____. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise. Brasília, n. 13, 2007a. Edição especial.

_____. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise. Brasília, n. 14, 2007b.

_____. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise – vinte anos da Constituição Federal, v. 1, n. 17, 2009.

MÉDICI, A. **Financiamiento y gasto público en salud en los años noventa**. Banco Interamericano de Desarrollo: Washington, DC, 2001.

MENDES, A.; MARQUES, R. A saúde pública sob a batuta da nova ordem. *In*: MARQUES, R.; FERREIRA, M (Org.). **O Brasil sob a nova ordem**: a economia brasileira contemporânea – uma análise dos governos Collor a Lula. São Paulo: Saraiva, 2009.

MS/SAS/SPS. **Análise de alguns aspectos do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 1999. Mimeografado.

PIOLA, S. F.; BIASOTO Jr., G. Financiamento do SUS nos anos 90. *In*: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G (Org.). **Brasil**: radiografia da saúde. Unicamp: Campinas, 2001.

PIOLA, S. F.; REIS, C. O.; RIBEIRO, J. A. C. **Financiamento das Políticas Sociais nos Anos 90**: o caso do Ministério da Saúde. Texto para Discussão n. 802. Ipea: Brasília, 2001.

RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As Novas Configurações de Antigos Problemas: Financiamento e Gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde no Brasil. **II Jornada de Economia da Saúde**. ABRES: Belo Horizonte, 2005.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, n. 7, p. 4. Abrasco: Rio de Janeiro, 2002.

SIOPS. **Boletim SIOPS**. Vários números. Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

SIOPS. **A Implantação da EC 29**: apresentação dos dados do SIOPS, 2000-

2003. Depto. Economia de Saúde/Min. da Saúde: Brasília, 2005a.

SIOPS. **Nota Técnica n. 9/2005**. Depto. Economia de Saúde/Min. da Saúde: Brasília, 2005b.

UGÁ, M. A. *et. al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

VIANNA, S. M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha dos recursos. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992.

WHO. **World Health Statistics 2010**. Genebra, 2010.

A RECONSTRUÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA APÓS A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Paulo Roberto dos Reis Marques *

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 60 do século passado, o cuidado dispensado pelo setor público de saúde a diferentes doenças da população foi exigindo um rol de medicamentos cada vez mais diversificado. A garantia e o formato desses suprimentos aos tratamentos dispensados pelo setor público sempre foi uma questão debatida. Assim, desde a primeira Comissão Parlamentar de Inquérito formada na Câmara dos Deputados Federais, em 1961¹, até a instalada no Congresso Nacional, em 1999, procurou-se discutir a política federal de medicamentos. Tal discussão, em diferentes momentos, sempre esteve envolvida pela tensão entre questões de economia política (a participação governamental na economia; a utilização de diferentes níveis e formas de indução e promoção para os segmentos da indústria; os modelos de financiamento da economia dentro desse período), e seus reflexos para política de saúde, com arranjos institucionais que resultaram em diferentes estruturas e níveis de cobertura e em diferentes formas de sustentação e de financiamento dessa política. Este artigo trata, dentro da política de saúde, da política de medicamento.

Para apresentar como esta discussão se deu no período mencionado, foram observados os desafios que se apresentaram à política de saúde e, dentro dela, à política de medicamento; as instituições (leis e normas) que foram criadas para o enfrentamento desses desafios; as organizações que garantiram o cumprimento de tais instituições.

A criação da Central de Medicamentos, em 1971, foi uma das primeiras iniciativas mais consistentes para enfrentar a questão, mas essa instituição teve suas responsabilidades esvaziadas com o correr dos anos e, posteriormente, mostrou-se

* Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Diretoria Regional de Brasília/DIREB. proberto@fiocruz.br

1. A primeira CPI do setor foi criada pela Câmara dos Deputados em 1961. Depois foram criadas outras em 1979, 1996 e 1999/2000. O Senado Federal também criou a CPI para o setor em 1988. (ver Nilson Alves de Moraes em *Comunicação & Política*, n. s., v. IX, n. 2, p. 73-151)

incapaz de se adequar às exigências organizacionais do sistema público brasileiro que começaram a aflorar nos anos 1980-1990.

Nesse contexto, em 1998, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS 3.916), definindo parâmetros e procedimentos para estruturação da Assistência Farmacêutica. Essa política divide responsabilidades entre União, estados e municípios; cria formas de suprir os serviços de atenção; estabelece áreas para atuação do Estado na produção de medicamentos, assim como os interesses do Estado na pesquisa, na produção e no desenvolvimento desses produtos. Isso modifica toda uma estrutura e lógica de financiamento e de funcionamento da assistência farmacêutica.

Este artigo está dividido em seis partes, incluindo esta introdução. A segunda parte faz um relato dos antecedentes da assistência farmacêutica até a Política Nacional de Medicamentos, lançada pela Portaria do GM/MS 3.916/98, observando como o serviço público de saúde procurou montar a assistência farmacêutica em relação aos tratamentos assumidos pelos serviços de atenção. A terceira parte procura contextualizar o surgimento da Política Nacional de Medicamentos, diante de desafios e problemas enfrentados pelos serviços de atenção a saúde, e os impasses da indústria farmacêutica privada e oficial. A quarta parte observa os desdobramentos dessa política nos anos subsequentes. A quinta parte, o impacto dessa política a partir da análise de dados de alguns tratamentos selecionados. E a sexta, comenta as mudanças ocorridas no orçamento da Assistência Farmacêutica em decorrência de tais modificações. Ao final são apresentadas, de modo resumido, algumas conclusões.

2 OS ANTECEDENTES

O segmento da indústria farmacêutica no Brasil apresentava, no início da década de 60, uma série de problemas decorrentes da estratégia adotada na ocasião pelos grandes laboratórios estrangeiros e do impacto da política de substituição de importações em vigor desde a década anterior. Isso resultou em aquisições e fusões de laboratórios nacionais com laboratórios estrangeiros e em surgimento de vários produtos assemelhados no mercado, a preços considerados elevados.

Em 1961, a Câmara Federal abriu debate sobre a indústria farmacêutica, que resultou numa Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), presidida pelo deputado do PTB-RS Unirio Machado, para discutir diversos problemas do segmento como: a progressiva absorção das indústrias nacionais por grupos monopolistas, o aumento do custo de medicamentos, lançamento abusivo e desordenado de novos medicamentos e de similares aos existentes e a não padronização dos produtos. Essa CPI apresentou diversas propostas no seu relatório de encerramento

em 1963, entre as quais que fosse: elaborada uma política industrial específica para o segmento farmacêutico; criado um conselho para elaboração e monitoramento dessa política; criada uma empresa estatal que estruturasse o segmento no atendimento à demanda dos medicamentos de maior necessidade entre a população e realizada a fusão de todos os laboratórios oficiais, formando o Laboratório Central de Produção de Medicamentos (Lacen).

Ainda em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Wilson Fadul, Ministro da Saúde naquele ano, apresentou um plano de metas para a saúde coletiva, dentre as quais destacava atenção especial para as enfermidades transmissíveis: a filariose, a boubá, a brucelose, a febre amarela, a hidatidose, o tracoma, a leishmaniose, a peste, a ancilostomose, a doença de chagas, a esquistossomose, a malária, a lepra, a tuberculose, a varíola, as febres tifóides, as doenças venéreas, a poliomielite, a difteria e a coqueluche (Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde, 1963) – todas tratadas pela saúde pública e com uso de medicamentos específicos. Além dessas doenças, as preocupações já se estendiam para outras que demandavam largas parcelas do orçamento de despesa do Ministério da Saúde: o bócio endêmico, o câncer, as doenças mentais e as doenças cardiovasculares. O fornecimento de medicamentos estava sob a responsabilidade de laboratórios públicos, formados por laboratórios estaduais, mais os laboratórios militares do Exército, da Marinha e o mais recente, o da Aeronáutica. (idem, 1963)

Foi nesse quadro que várias medidas foram tomadas pela Presidência da República, como criar o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica (Geifar), pelo Decreto nº 5.247/63. Ainda no governo de João Goulart, o poder executivo emite o Decreto nº 53.612/64, que aprova relação de medicamentos essenciais e dispõe sobre aquisição de medicamentos pela administração pública federal, além de estabelecer a obrigatoriedade de órgãos governamentais federais adquirirem exclusivamente os produtos dessa relação e, preferencialmente, de laboratórios governamentais e privados de capital nacional (SANTO SILVA, 2000). Com a entrada do regime militar, o poder executivo emite o Decreto nº 53.975/64, que cria o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica (Geiquim), em substituição ao Geifar.

Em 1967, foi realizada uma fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensão no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e no ano seguinte, em 1968, o governo define que o Ministério da Saúde teria responsabilidade pela saúde coletiva e o setor previdenciário ficaria responsável pela saúde curativa, por meio do INPS. Com isso, o governo federal começava a montar, sobre a antiga estrutura dos Institutos de Aposentadoria e Pensão, uma rede de serviços sob sua responsabilidade.

Em 1971, a Presidência da República cria a Central de Medicamentos (CEME), pelo Decreto nº 68.806/71, com o objetivo de articular a política de medicamentos para esses serviços que passara a assumir recentemente.

Dois anos mais tarde, a operacionalização dessa política é explicitada pelo Decreto Presidencial nº 72.552/73, que lançou o Plano Diretor de Medicamentos, que estabeleceu também a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), com 315 medicamentos. Para superar a desarticulação entre pesquisa e produção e a ausência de prioridades, estratégias e recursos para o desenvolvimento de vacinas, o Governo criou, no âmbito do Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Imunização (PNI). O objetivo desse plano era estimular a pesquisa, o desenvolvimento de novas ou melhores vacinas e de organizar fonte de financiamento à pesquisa básica e aplicada na área, o que não havia, apesar dos vultosos recursos envolvidos nos programas de vacinação. Nesse momento o papel da Central de Medicamentos foi fundamental na concepção do PNI (TEMPORÃO, 2003).

O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), logo no ano de sua criação, 1974, lança o Plano de Pronta Ação (PPA). Esse Plano visava diversos fins na área da saúde, com medidas para: normatização das contratações de serviços de terceiros e os convênios de empresa, resultando num amplo credenciamento de serviços privados no âmbito do INPS. Tal expansão de serviços deveria dar resposta no atendimento de ações emergenciais de caráter curativo, em bolsões de miséria. Esse Plano contaria com o suporte da CEME (FERRATO DOS SANTOS, 1996). A CEME, inicialmente vinculada a Presidência da República, passa a ser subordinada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) naquele mesmo ano, pelo Decreto nº 74.000/74. Quatro anos após (1978), o crescimento da assistência médica previdenciária justificou a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), voltado apenas para as atividades médicas da Previdência Social.

Em agosto de 1975, a 5ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Ernani Agrícola – figura destacada no tratamento da hanseníase no Brasil –, voltava a discutir a saúde pública e, no tema 3, referente ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, que trata das doenças transmissíveis, apontava a atenção necessária a mesma lista de doenças da 3ª Conferência. A Conferência apresentava como uma falha a deficiência dos laboratórios de saúde públicos no suporte aos serviços oferecidos (Relatório da 5ª CNS). Cabe ressaltar que essa lista de doenças tinha permanecido praticamente inalterada e como área de responsabilidade do serviço público de saúde.

Em 1976, o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) emitiu a Portaria MPAS/GM nº 514/1976, que homologava a primeira Relação Nacional de Medicamentos Básica (RMB), logo aprovada pelo Conselho Diretor da CEME,

conforme Resolução nº 92, de 29/09/1976. Esses medicamentos seriam utilizados, na rede própria de assistência à saúde, com recursos financeiros do governo federal. Essa RMB era constituída de 300 substâncias, em 535 apresentações (SANTOS SILVA, 2000).

Nesse mesmo ano, o MS lançou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), para atender áreas rurais e localidades de pequeno porte no nordeste, que foi ampliado em 1979, e durante a década de 80, para outras localidades do País². A essa altura, a estrutura de serviços sob responsabilidade federal formava uma estrutura robusta e os pagamentos dos serviços e dos insumos utilizados, tanto pela rede própria como pela conveniada ou contratada, necessitavam de definições cada vez mais completas.

Em razão da expansão da cobertura dos serviços que ocorria, desde 1974, com o Plano de Pronto Ação, em 1979 foi adotada pelo MPAS uma forma de pagamento para os serviços hospitalares contratados que remunerava por atos médicos, com o objetivo de ordenar os problemas que se apresentavam para o pagamento desses serviços. Assim é criada a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), estudada e desenvolvida pelo INAMPS e DATAPREV. Adotada como modelo de pagamento à época, em boa parte cobria o custo de medicamentos nos serviços hospitalares. Tal forma de pagamento originou o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e pouco mudou desde então. Esse pagamento é tanto referente ao serviço quanto aos insumos utilizados, que inclui os medicamentos normalmente de valor elevado (GOUVEIA MENDES, 2000).

A 7ª CNS, em 1980, presidida pelo então Ministro da Saúde Waldir Arcoverde, fala pela primeira vez, em uma Conferência Nacional, em atenção primária à saúde, defendendo a adoção dessa visão pelo serviço público de saúde. No controle de endemias ainda eram mencionados os mesmos tratamentos relacionados na 3ª CNS: leishmaniose, doença de chagas, esquistossomose, peste, febre amarela e outras.

Em 1982 foi introduzido oficialmente o uso de medicamentos excepcionais no serviço de público de saúde no Brasil pela Portaria Interministerial MPAS/MS/MEC nº 03/1982, que regulamentou nova versão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).³

Os medicamentos excepcionais são medicamentos de alto custo destinados ao tratamento de doenças tanto raras ou de baixa prevalência quanto de alta prevalência, desde que com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo

2. Esse programa financiava a implantação de Unidades Básicas de Saúde (postos, centros e unidades mistas) por parte de estados e municípios, as quais recebiam recursos do Inamps para custeio.

3. Alguns medicamentos excepcionais – como a Sulfasalazina, o Ferro Coloidal e o hormônio do crescimento – já faziam parte de Renames anteriores. Outros eram oferecidos em decorrência de ações judiciais de pacientes.

elevado. São usados para pacientes transplantados, portadores de insuficiência renal crônica, osteoporose, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, epilepsia, esquizofrenia refratária, doenças genéticas como a fibrose cística, doença de Gaucher, entre outras. A Portaria 03/82 determinava que, somente quando não houvesse substituto dentro da própria Rename e a natureza ou gravidade da doença, bem como as condições peculiares do paciente o exigissem, poderiam ser utilizados medicamentos não constantes na lista. Esses medicamentos eram adquiridos pela CEME e financiados pelo Inamps (RUAS BRANDÃO, 2008).

Dois anos mais tarde, em 1984, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de AIDS, no âmbito da Divisão de Dermatologia Sanitária, que, após mais dois anos, foi transformado no atual programa PN-DST/AIDS.

No ano seguinte, a CEME passou ao Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 91.439/85.

O Programa Nacional DST/AIDS, em 1986, mediante a Lei nº 5.190, torna obrigatória a realização de testes para detecção de anticorpos do vírus da Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida em hospitais, bancos de sangue, maternidades e centros hemoterápicos da rede pública estadual. É o primeiro passo para uma lei da década seguinte que tornará obrigatória a distribuição de coquetéis pela rede pública para pacientes portadores dessa doença.

O Programa de Farmácia Básica foi lançado pela CEME em 1987. Ele consistia em uma seleção de aproximadamente 40 itens de medicamentos integrantes da Rename, destinados ao uso ambulatorial (atenção primária). O fornecimento descontínuo ao longo do período em que vigorou (1987/1990) impediu que esse programa tivesse desempenho mais satisfatório, por não contemplar as diversidades regionais, o que levou à falta de alguns medicamentos e ao excesso de outros, incorrendo em desperdício. “A falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos do programa fazia com que as unidades de saúde recebessem muitos medicamentos com a data de validade próxima ao vencimento”. Mesmo assim, em 1989, o programa havia contemplado 50 milhões de pessoas por intermédio de mais de 19.200 farmácias básicas distribuídas. Mas isso não impediu o desgaste da Central de Medicamentos.

O módulo de Farmácia Básica pode ser identificado, em grande parte, como um instrumento de favorecimento do clientelismo político que contribuiu para a distorção da CEME de suas finalidades iniciais e para o quadro de esvaziamento político que caracterizou as consecutivas mudanças em sua vinculação institucional. (BERMUDEZ, 1995)

Para autores como Ferrato dos Santos (1996) essa diferença se deu pelo fato de a CEME, num primeiro momento (em 1974), com o PPA, atuar num contexto em que as ações farmacêuticas eram feitas de modo centralizado.

Já, a partir dos anos 80, ao longo da execução do PIASS, ela se depara com o processo de descentralização da saúde – que tem continuidade com as Ações Integradas em Saúde (AIS), em 1983; depois, com o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1986; finalmente, a partir de 1988, com o Sistema Unificado de Saúde (SUS). O contexto enfrentado a partir de 1980 era outro, o de um processo de descentralização dos serviços de saúde. Nesse contexto foi lançado o Programa de Farmácia Básica, em que estados e municípios passavam a assumir, voluntaria e crescentemente, as ações de assistência farmacêutica, e a CEME não consegue aplicar (dirigir) uma política farmacêutica consistente na reestruturação e na coordenação dos laboratórios oficiais (FERRATO DOS SANTOS, 1996).

Em 1988, o capítulo da Saúde é aprovado na Constituição Federal, dando a base legal para que se formasse um sistema público de saúde, tal como conhecemos hoje no Brasil. Nesse mesmo ano, realizou-se também o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, que apresentou em seu relatório final um diagnóstico para o setor, recomendando: a nacionalização, o não reconhecimento de patentes, a ampliação da pesquisa, a ampliação da assistência farmacêutica e sua inserção no SUS (NEGRI, 2002).

Em 1990, a Lei nº 8.080/90, proposta por iniciativa da Presidência da República, cria o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios são: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; equidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; participação da comunidade; regionalização e hierarquização (CONASS, 2007).

A questão das transferências intergovernamentais de recursos foi regulamentada pela Lei nº 8.142/90, que estabelece a transferência regular e automática dos recursos financeiros da saúde fundo a fundo – do Fundo Nacional de Saúde, controlado pelo Ministério da Saúde (MS), aos Fundos Estaduais de Saúde, controlados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, e aos Fundos Municipais de Saúde, controlados pelas Secretarias Municipais de Saúde; e estes teriam relativa autonomia no uso desses recursos. Essa forma da gestão compartilhada pautou todo o debate e, mais adiante, orientou uma série de medidas do governo referentes à gestão da assistência farmacêutica dentro do SUS.⁴

4. Ainda nesse ano, o Ministério da Saúde começou a comprar os hemoderivados FVIII e FIX irregularmente e sem critérios específicos quanto à quantidade. Até a metade da década de 90, a maioria dos pacientes hemofílicos era tratada com infusão de crioprecipitado e mais de 60% desses indivíduos era soropositivo para HIV e HCV (MARQUES, 1997; FONTES, 2003; Antunes, 2002 *apud* PERÓN CARAPEBA, 2006). A importância dessa atenção às doenças do sangue e da mudança no tratamento aos seus portadores vem da enorme parcela dos recursos públicos federais destinados a compra desses medicamentos, realizadas diretamente pelo Ministério da Saúde.

Apesar das recomendações do I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, entre 1991 e 1992, o fornecimento de medicamentos para o SUS sofreu uma redução de 20%. O Ministério da Saúde, em 1993, identificava diversos problemas na CEME que geraram essa situação:

(..) denúncias de corrupção, descompromisso da direção com as finalidades do órgão, desmantelamento da estrutura técnico-organizacional, desarticulação com as estruturas estaduais e municipais do sistema, perdas estimadas em 40% por deficiência da rede de distribuição e demanda superestimada para compensar descontinuidades no abastecimento. (BERMUDEZ *apud* NEGRI, 2002)

Nos meados da década de 90, a CEME não era mais um instrumento voltado para a execução da política de medicamentos e em sua prática centralizada havia mais erros que acertos (*idem*, 2002).

Na década de 90, a capacidade de articulação da CEME em relação às atividades dos laboratórios públicos começou a ser discutida. As falhas daquele órgão no suprimento de medicamentos levaram a que os governadores recém-eleitos (1995) de três estados – Paraná, São Paulo e Minas Gerais – elaborassem, no âmbito da política de assistência farmacêutica, programas que incluíam a distribuição de medicamentos essenciais para a atenção primária produzidos pelos laboratórios públicos estaduais. Esses eram, respectivamente: o Centro de Medicamentos do Paraná (Cemepar); a Fundação para o Remédio Popular de São Paulo (FURP) e a Fundação Ezequiel Dias (Funed). Elaborando suas próprias listas de medicamentos básicos, com base em suas próprias necessidades, adaptando a Rename à realidade de cada estado, acabaram enfraquecendo ainda mais a CEME, na medida em que a deixaram sem função nesses três importantes estados (FERRATO DOS SANTOS, 1996; CONSENDEY *et al.*, 2000).

Em 1996, a CEME estabeleceu uma Comissão Multidisciplinar de Revisão da Rename, pela Portaria CEME nº 45. Foi sua última iniciativa até ser extinta em 1997, com o Decreto nº 2.283/97.

Como vimos, a discussão da assistência farmacêutica no âmbito dos serviços do sistema público se desenvolve em paralelo ao crescimento desses serviços, desde a fusão promovida entre os institutos de aposentadoria e pensão, no final da década de 60, até o capítulo da saúde na Constituição de 1988. Até então, os problemas de escala – do tamanho do serviço a ser suprido – como os de escopo – quais serviços oferecidos – e seus reflexos sobre as necessidades de medicamentos, procuravam ser resolvidos pela Central de Medicamentos. Mas o processo de descentralização trouxe uma questão a mais, que era como coordenar a divisão de responsabilidade do fornecimento de insumos farmacêuticos para diferentes tratamentos – semelhante ao que já ocorria nos serviços – e o de garantir o encaminhamento das políticas para assistência farmacêutica nesse novo formato descentralizado.

Paralelamente ocorria enorme mudança na indústria farmacêutica no âmbito mundial, com o novo marco legal ordenando a produção de medicamentos (Lei de Propriedade Intelectual), junto com o lançamento de vários novos produtos, obrigando a estrutura produtiva do segmento a passar por grandes mudanças a partir de então.

3 AS DIRETRIZES PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PÚBLICA

Em 1998 foi lançada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), com a edição da Portaria GM/MS 3.916/98. Essa política contém sete diretrizes que a orientam: reorientação da assistência farmacêutica no SUS; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; adoção de relação de medicamentos essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; promoção do uso racional de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos. Essas diretrizes conduziram, nos anos subsequentes, o lançamento de um conjunto de portarias que estruturaram o financiamento da assistência farmacêutica dentro do novo formato para a saúde pública no País.

A reorientação da assistência farmacêutica no SUS apontava, no ano de lançamento da portaria, para a descentralização da gestão, no sentido de obter otimização e eficácia do sistema de distribuição do serviço público, e para a redução dos preços de medicamentos. Tal diretriz contemplaria a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão.

Apesar de o Governo Federal, por intermédio do MS, em 1998, permanecer ainda como um grande comprador de medicamentos, já havia o deslocamento dos serviços, das responsabilidades e dos recursos para estados e municípios com a implantação do SUS. A padronização procurava garantir, de alguma forma, a capacidade de se obterem melhores preços como se desempenhasse o papel de um grande comprador.

O desenvolvimento científico e tecnológico apontava para a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica; a promoção e a dinamização de pesquisas na área, destacando as consideradas estratégicas para a capacitação; o desenvolvimento tecnológico nacional; a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo; o desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos constantes da Rename; o estímulo à sua produção nacional e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País.

Diante da ausência de mecanismos de articulação e de coordenação entre gestores de diferentes programas que tinham alguma relação com a assistência farmacêutica, foi proposta a criação de uma coordenação entre diferentes órgãos governamentais.

Quanto à falta de investimentos em P&D, que já vinha de alguns anos, foi proposto um aporte regular de recursos, de modo a dinamizar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico, para a atualização tecnológica dos laboratórios públicos e para que os laboratórios nacionais não fossem dependentes dos grandes laboratórios internacionais.

A promoção da produção de medicamentos orientava para uma articulação das atividades a partir da Rename, a cargo dos diferentes segmentos industriais. Para tanto, seriam utilizados, preferencialmente, os laboratórios oficiais com vistas a atender às necessidades de medicamentos essenciais, sobretudo os destinados à atenção básica, de modo que fossem supridas as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS. Propunha ainda a produção de medicamentos genéricos pelo produtor nacional.⁵

Para se entender o quadro em que se encontrava a indústria farmacêutica naquele momento e seus reflexos sobre os serviços de atenção à saúde do SUS, cabe recordar as razões que justificaram outra CPI pelo Congresso Nacional no ano seguinte, 1999:

aumentos de preços perpetrados pelos produtores, para além dos índices inflacionários e as questões suscitadas pela falsificação de produtos. As denúncias de adulteração de medicamentos de laboratórios internacionais privados com filiais no país feriram a imagem desse setor produtivo. (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006)

As questões que justificaram essa CPI ocorreram num período em que os compromissos com os serviços públicos de atenção à saúde eram crescentes, diante de um novo marco regulatório para a indústria farmacêutica nacional (Lei de Propriedade Intelectual) que, ante a defasagem tecnológica em se encontrava, em produtos e processos, deixava de ser competitiva e capacitada para a demanda pública.

4 A ESTRUTURAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS PARA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em 1999, o MS lança a Portaria GM/MS nº 176/99, em que fica estabelecido que estados, municípios e Distrito Federal ficariam responsáveis pelos medicamentos da lista da Assistência Farmacêutica Básica. A participação federal se daria por meio de transferências do Piso de Atenção Básica para Assistência Farmacêutica (Pabaf). O Pabaf é uma parte dos recursos, dentro da Atenção Básica, voltada para aquisição de medicamentos dos programas de tratamento sob a responsabilidade deste nível

5. A produção de medicamentos genéricos foi uma política integrada à PNM, transformado no ano seguinte em lei, a Lei nº 9.787/1999, a Lei dos Genéricos.

de atenção⁶. O piso é formado por recursos do orçamento federal da saúde repassados para estados e municípios, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), segundo critério *per capita*, estipulado inicialmente em R\$1,00 por habitante.

A mesma portaria indicou também os programas de tratamento em que a União, os estados e os municípios ficariam responsáveis pela aquisição e pela distribuição dos medicamentos⁷. No mesmo ano, são integrados ao Pabaf os recursos para os medicamentos de saúde mental – programa instituído em 1999 pela Portaria n° 1.077/99. Os tratamentos que estavam relacionados à atenção primária da década de 80 a partir de então estariam abrigados na Atenção Básica, com a aquisição e a distribuição sob a responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde.

Os estados e o Distrito Federal passaram a ser responsáveis pelo fornecimento de medicamentos excepcionais, de acordo com a Portaria GM n° 1.481/99, que também estabelece os critérios utilizados para o repasse dos recursos federais para o programa.

Os recursos federais na assistência farmacêutica seriam administrados diretamente pelo MS para aquisição de medicamentos para o Programa de Medicamentos Estratégicos⁸. Depois de adquiridos tais medicamentos, o MS os distribuiria a estados e municípios.

Os medicamentos constantes no Gasto Incorporado na Tabela SIA/SIH, referente à alta complexidade, não fizeram parte desse arranjo, continuando a ser pagos pelos procedimentos ressarcidos aos prestadores de serviços pelo MS.

QUADRO 1

Normas sobre a distribuição de recursos na Assistência Farmacêutica – 1998-2000

| | |
|------|----------------------------|
| 1998 | Portaria GM/MS n° 3.916/98 |
| 1999 | Portaria GM/MS n° 176/99 |
| 1999 | Portaria GM/MS n° 1.077/99 |
| 1999 | Portaria GM/MS n° 1.481/99 |

Portarias do Ministério da Saúde, listadas no quadro acima, passaram a dizer como e para quais medicamentos deveriam ser repassados os recursos federais na assistência farmacêutica a partir do ano de 2000. Isso possibilitou que as transferências de

6. A Norma de Operações Básicas de 1996 (NOB/96) cita *Saúde da Família*. Utiliza os termos serviços básicos e ações básicas, mas não fala explicitamente em Atenção Básica. Não faz referência à Atenção Primária à Saúde e nível primário de atenção. No Manual de atenção básica 1999, não aparecem mais os termos Atenção Primária ou similar, que eram usados anteriormente. Propõe ações para orientar a organização da *Atenção Básica* nos municípios.

7. Programas nacionais de AIDS (Antirretrovirais), Tisiologia, Hanseníase, Sangue e Hemoderivados (Fator VIII, Fator IX, Completo Protrombínico e DDAVP), Diabetes (Insulina) e Controle de Endemias, ao encargo da União. Outras esferas administrativas ficaram encarregadas de outros programas, como por exemplo: os estados, pelo programa de medicamentos excepcionais; e os Municípios, pela Farmácia Básica.

8. Atualmente os programas de tratamento considerados estratégicos são: Tuberculose, Multidroga-resistência, Hanseníase, Endemias focais, 2 200Hemoderivados, DST/AIDS, Combate ao tabagismo e Alimentação e nutrição.

recursos financeiros da União pudessem ocorrer dentro de certa ordem, uma vez que o destino desses recursos era previamente estabelecido para cada nível administrativo, organizando o poder de compra não só do MS como de estados e municípios.

Entre 2000 e 2007, ocorreram duas outras definições que impactaram o orçamento federal nesse mesmo sentido. A primeira, em 2002, redefiniu o montante dos recursos financeiros destinados aos medicamentos de dispensação excepcional e aumentou a lista de medicamentos e de morbidades tratadas nessa categoria, a partir da Portaria GM/MS nº 1.318/02, o que possibilitou a ampliação dos repasses da União para os estados.

A outra definição veio com a Portaria GM/MS nº 698/06, que regulamentou a co-responsabilidade do custeio na assistência farmacêutica para os três níveis de gestão do SUS, onde os recursos federais destinados a ações e serviços de saúde seriam organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. A diferença fundamental dos termos de financiamento introduzida pela portaria em questão e a forma existente anteriormente é que a atual portaria passou a obrigar que os recursos federais para medicamentos fossem para um fundo específico, voltado para a aquisição de medicamentos nos estados e nos municípios, impedindo que caíssem num caixa único, indistinto, da saúde nesses dois níveis administrativos. Os recursos para medicamentos passaram a formar o Bloco da Assistência Farmacêutica, constituído, inicialmente, por quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componentes de Organização da Assistência Farmacêutica. No ano seguinte, em janeiro de 2007, a Portaria nº 204/07 alterou o número de componentes do bloco da assistência farmacêutica, que passou para três – permanecendo todos os componentes anteriores, exceto o Componente de Organização da Assistência Farmacêutica, que deixou de compor o bloco, e o repasse dos recursos à assistência farmacêutica ficou sem a obrigatoriedade de ir para um fundo específico destinado à assistência farmacêutica de estados e municípios.

As ações orçamentárias referentes à assistência farmacêutica foram ampliadas para diferentes programas de tratamento, de pesquisa e de fomento à produção de medicamentos, e a ampliação dessas ações orçamentárias impactaram sobre os recursos financeiros. Para o período 2000–2003, como para 2004–2007, diferentes programas orçamentários foram desenvolvidos na Política Nacional de Medicamentos tais como: Assistência Farmacêutica; Qualidade do Sangue; os diferentes programas de Prevenção, Controle e Assistência; Adequação da Planta de Produção de Vacinas; Fomento à Produção Nacional de Imunobiológicos, entre outros.

Para trabalhar esse variado conjunto de ações foi necessária uma classificação dos objetivos a que elas se destinavam. As ações que compõem cada um dos objetivos a baixo relacionados foram listadas nos Anexos 1 e 2.

Os objetivos são:

1. ações para produção, aquisição, financiamento e distribuição de produtos farmacêuticos para o sistema de saúde – suprimento de medicamentos ao Sistema Único de Saúde;
2. ações de fomento e desenvolvimento da produção industrial – desenvolvimento da capacidade produtiva e tecnológica dos laboratórios públicos, incluindo pesquisa e desenvolvimento de produtos;
3. ações referentes a imunizações – as ações que visam a garantir o suprimento de vacinas às políticas de imunização;
4. farmácia popular – estruturação da rede de farmácias do programa Farmácia Popular;
5. estruturação da assistência farmacêutica – estruturação operacional da assistência farmacêutica⁹.

5 A COBERTURA DOS PROGRAMAS DE AIDS, DIABETES E HIPERTENSÃO, HEMODERIVADOS E DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL

Nesta seção serão observados dados de alguns programas de tratamento cobertos por ações orçamentárias relativas a assistência farmacêutica. Essas ações estão contidas no objetivo 1 – ações para produção, aquisição, financiamento e distribuição de produtos farmacêuticos para o sistema de saúde – da classificação mencionada acima. São ações que refletem como a normatização dos recursos federais para assistência farmacêutica garantiu a aquisição de insumos para os serviços de atenção à saúde, e isto repercutiu sobre esses programas de tratamento, com a ampliação da cobertura dos pacientes tratados, impactando com o aumento dos gastos nesse tipo de ação, como poderá ser visto a seguir.

Os dados foram tirados dos relatórios de avaliação do PPA para os anos de 2000 a 2007, disponíveis no site do Ministério do Planejamento, Gestão e Orçamento, no banco de dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos – Hiperdia da SAS/MS, no Relatório de Sangue e Hemoderivados da ANVISA (2002) e do MS (2007).

Os relatórios relativos a essas ações de assistência farmacêutica expressam as metas alcançadas em diferentes ações orçamentárias: atenção aos pacientes portadores de hemoglobinopatias (4.295); atendimento a população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/AIDS e DST (4.370); assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais (4.705);

9. Ver PPA 2000-2003 e PPA 2004-2007.

atenção aos pacientes portadores de coagulopatias (hemoflias) (6.142) e ampliação do atendimento a pacientes com diabetes e hipertensão tratados (4.367 e 4.368)¹⁰.

O tratamento para diabetes e hipertensão recebeu atenção de diversas portarias do MS, principalmente a partir de 2001, visando: à reorganização da atenção aos segmentos expostos e portadores (Portaria do GM/MS nº 235/01); à realização de campanhas (Portaria do GM/MS nº 392/2001 e Portaria do GM/MS nº 2.008/01); à criação do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e do Hiperdia (sistema informatizado de base nacional, para o cadastro nacional de diabéticos), parte de um plano de reorganização para atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus (Portaria do GM/MS nº 371, de março de 2002); à redefinição de mecanismos de financiamento (Portaria do GM/MS nº 2.075/05); à pactuação de indicadores (Portaria do GM/MS nº 91/07) e à definição de elenco de medicamentos a ser disponibilizados (Portaria do GM/MS nº 2.583/07), entre outras medidas.

Para os hemoderivados, a Presidência da República editou em 2001 o Decreto nº 3.990/2001, que regulamentou o art. 26 da Lei nº 10.205 de 2001, que dispunha sobre coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional à execução adequada dessas atividades. Em 2004, a Presidência da República edita o Decreto nº 5.045/2004, que transfere para o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), a gestão e a coordenação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (Sinasan).

A obrigatoriedade de fornecimento pelo SUS de toda a medicação necessária ao tratamento com antirretrovirais aos portadores de HIV/AIDS foi instituída pela Lei nº 9.313 de 1996. Essa determinação legal vem tendo até hoje grande impacto nos dispêndios federais com assistência farmacêutica. Outras normas e portarias trataram de outros assuntos do programa como: redefinição do valor de incentivo, redefinição de valores para municípios, normas para o setor farmacêutico voltado ao programa e diferentes exames (Portaria do GM/MS nº 2.314/2002¹¹; Portaria Ministerial nº 2.129, de 6/11/2003, e Portaria Ministerial nº 10.015, de 6/03/2004, respectivamente). Essas normas estabelecidas ao longo do tempo tiveram efeito sobre a cobertura dos referidos programas, como se pode observar na tabela 1.

Todos apresentam diferentes taxas de crescimento de pacientes atendidos de 2004 a 2007. O crescimento mais expressivo ocorreu na Atenção aos pacientes portadores de hemoglobinopatias, com cerca de 300% (Ação 4.295). Em seguida,

10. Ação 4367 para o PPA 2000-2003 e Ação 4368 para o PPA 2004-2007.

11. Em 2002, pela Portaria do GM/MS nº 2.313/2002, ficou estabelecido um incentivo financeiro para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST.

aparece a Assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais, apresentando um crescimento de 100% (Ação 4.705), e o Atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/AIDS e DST com um crescimento de quase 20% de pacientes atendidos (Ação 4.370). O menos expressivo é o crescimento de pacientes atendidos na Atenção aos pacientes portadores de coagulopatias (hemofílias).

TABELA 1
Metas Alcançadas em Ações de Assistência Farmacêutica – 2001-2007

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|--------|---------|------|---------|---------|---------|---------|
| 4295 – Port. de hemoglobinop. | – | – | – | 5.000 | 13.000 | 16.000 | 20.500 |
| 4370 – Port. HIV/AIDS e outras ¹ | 96.000 | 127.179 | – | 154.000 | 166.500 | 180.000 | 180.300 |
| 4705 – Aquis. medicam. excep. | – | – | – | 213.829 | 337.651 | 426.000 | 426.602 |
| 6142 – Port. de coagulopatias | – | – | – | 7.626 | 8.500 | 11.004 | 8.500 |

Fonte: Relatórios Anuais de Avaliação PPA. <http://www.planejamento.gov.br>

Nota: ¹ Sofreu mudança de produto no decorrer do período 2003-2007.

TABELA 2
Metas Alcançadas no Atendimento a Diabéticos e Hipertensos – 2004-2008

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Diabéticos ¹ | 156.442 | 227.154 | 268.718 | 255.452 | 185.113 |
| Hipertensos ² | 462.392 | 670.050 | 802.595 | 747.862 | 512.936 |

Fonte: Hiperdia-SAS/MS - <http://hiperdia.datasus.gov.br>

Notas: ¹ Diabéticos tipos 1 e 2 e Diabéticos com hipertensão.

² Hipertensos sem diabetes.

A Tabela 2 apresenta os pacientes tratados por diabetes e hipertensão separadamente. Não foram vistos os pacientes que receberam os dois tipos de tratamento, simultaneamente. Considerando o ano 2004, o número de pacientes diabéticos e o de pacientes hipertensos atendidos com medicamentos cresceu 60% até 2007. O crescimento do número de pacientes atendidos com medicamentos nesses programas parece indicar que as modificações nas regras de repasse dos recursos federais para assistência farmacêutica têm impactado no número de pacientes cobertos com medicamentos nos programas de tratamento observado.

6 AS DESPESAS FEDERAIS NAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A expansão na cobertura da assistência farmacêutica no atendimento aos pacientes dos programas de tratamento apresentados na seção acima e de outros programas que demandam a aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos indicam o crescimento dos valores executados nas ações vinculadas à assistência farmacêutica. Os valores aplicados nos programas de tratamento comentados na

seção anterior estão incluídos tanto nas Tabelas 3 e 4, no caso, em ações para produção, aquisição e distribuição, como nas Tabelas 5 e 6, referentes aos recursos federais distribuídos entre União, estados e municípios, relativos aos recursos dos programas de tratamento sob suas respectivas responsabilidades.

O valor despendido em 2007 representou crescimento de 258%, em valores correntes, em comparação a 2000. Esse crescimento é maior que o do orçamento federal da Saúde, que cresceu 118%, em moeda corrente, no mesmo período. Em valores reais, o crescimento das despesas da União com assistência farmacêutica foi de 87,3% de 2000 a 2007.

TABELA 3
Evolução dos recursos nas ações relativas a Assistência Farmacêutica – 2000-2007
(Em R\$ mil corrente)

| Ações | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Aquisição, financiamento da produção e distribuição | 1.050.808 | 1.095.265 | 1.350.213 | 1.877.986 |
| Fomento e desenvolvimento da produção | 21.037 | 36.722 | 34.468 | 68.374 |
| Política de imunizações | 410.975 | 362.894 | 502.855 | 443.760 |
| Farmácia popular | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Estrutura da assistência farmacêutica | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 1.482.820 | 1.494.881 | 1.887.536 | 2.390.120 |
| Ações | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Aquisição, financiamento da produção e distribuição | 2.444.551 | 2.681.951 | 3.505.796 | 3.897.118 |
| Fomento e desenvolvimento da produção | 153.769 | 196.577 | 263.439 | 282.179 |
| Política de imunizações | 553.092 | 565.919 | 992.647 | 827.194 |
| Farmácia popular | 12.676 | 51.121 | 162.864 | 295.940 |
| Estrutura da assistência farmacêutica | 7.087 | 6.917 | 8.387 | 11.238 |
| Total | 3.171.175 | 3.502.485 | 4.933.133 | 5.313.669 |

Fonte: SigaBrasil - www.senado.gov.br

TABELA 4
Evolução na participação das ações relativas a Assistência Farmacêutica – 2000-2007

| Ações | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Aquisição, financiamento da produção e distribuição | 71% | 73% | 72% | 79% |
| Fomento e desenvolvimento da produção | 1% | 2% | 2% | 3% |
| Política de imunizações | 28% | 24% | 27% | 19% |
| Farmácia popular | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Estrutura da assistência farmacêutica | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% |

(Continua)

(Continuação)

| Ações | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Aquisição, financiamento da produção e distribuição | 77% | 77% | 71% | 73% |
| Fomento e desenvolvimento da produção | 5% | 6% | 5% | 5% |
| Política de imunizações | 17% | 16% | 20% | 16% |
| Farmácia popular | 0% | 1% | 3% | 6% |
| Estrutura da assistência farmacêutica | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fonte: SigaBrasil - www.senado.gov.br

Como é possível observar nas Tabelas 3 e 4, os valores executados cresceram para todos os conjuntos de ações em Assistência Farmacêutica, refletindo o peso que essa política passa a representar a partir de 2000. Pode-se observar também a mudança de participação entre esses conjuntos de ações na assistência farmacêutica, como da farmácia popular, a redução da participação relativa das imunizações; e a diminuição de fomento e desenvolvimento, que perde participação no último quadriênio. A perda da participação desse conjunto de ações no total dos recursos federais destinados à Farmacêutica, a partir de 2003, coincide tanto com a maturação de projetos de ampliação e renovação de plantas que ocorriam desde 1999, como com o compartilhamento de tais ações com outros ministérios, quanto à mudança de foco, com acentuado estímulo à indústria farmacêutica privada.

TABELA 5

Evolução dos Recursos nas Ações em Assistência Farmacêutica – 2000-2007
(Em R\$ 1,00 correntes)

| Modo de aplicação | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Transferências aos estados | 165.812.019 | 167.341.464 | 206.192.886 | 741.431.945 |
| Transferências aos municípios | 102.610.644 | 117.158.622 | 99.148.356 | 101.756.511 |
| União | 1.043.730.668 | 1.022.541.672 | 1.278.576.095 | 1.345.469.666 |
| Transferências a instituições privadas | 94.351.654 | 88.189.891 | 89.509.274 | 150.180.454 |
| Transferências ao exterior | 7.631.678 | 99.649.028 | 214.109.069 | 51.281.710 |
| Total | 1.414.136.663 | 1.494.880.677 | 1.887.535.680 | 2.390.120.286 |
| Modo de aplicação | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Transferências aos estados | 1.158.588.745 | 1.232.620.039 | 2.007.762.301 | 1.959.054.843 |
| Transferências aos municípios | 120.806.587 | 167.756.558 | 422.495.744 | 587.884.945 |
| União | 1.654.077.315 | 1.914.140.675 | 2.380.132.776 | 2.486.125.979 |
| Transferências a instituições privadas | 127.095.441 | 125.445.711 | 21.875.002 | 81.746.734 |
| Transferências ao exterior | 110.606.486 | 62.521.903 | 100.867.619 | 198.856.396 |
| Total | 3.171.174.574 | 3.502.484.886 | 4.933.133.442 | 5.313.668.897 |

Fonte: SigaBrasil - www.senado.gov.br

TABELA 6
Evolução dos Recursos nas Ações em Assistência Farmacêutica – 2000-2007
 (Em %)

| Modo de aplicação | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--|------------|------------|------------|------------|
| Transferências ao estados | 12 | 11 | 11 | 31 |
| Transferências aos municípios | 7 | 8 | 5 | 4 |
| União | 74 | 68 | 68 | 56 |
| Transferências a instituições privadas | 7 | 6 | 5 | 6 |
| Transferências ao exterior | 1 | 7 | 11 | 2 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Modo de aplicação | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Transferências ao estados | 37 | 35 | 41 | 37 |
| Transferências aos municípios | 4 | 5 | 9 | 11 |
| União | 52 | 55 | 48 | 47 |
| Transferências a instituições privadas | 4 | 4 | 0 | 2 |
| Transferências ao exterior | 3 | 2 | 2 | 4 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: SigaBrasil - www.senado.gov.br

Nas Tabelas 5 e 6 podem-se observar as mudanças ocorridas na distribuição dos recursos federais para a assistência farmacêutica entre União (aplicação direta) e transferências a estados e municípios. No início da série, o grande peso da aplicação direta pela União (70%) reflete o conjunto de ações de fomento e desenvolvimento nos laboratórios públicos federais, as ações referentes às imunizações e no modo como estava estruturado o conjunto de ações para produção, aquisição e distribuição de medicamentos, nas ações referentes a aquisição e distribuição, que eram bem mais centralizadas.

A partir de 2003, iniciou-se também um crescimento mais acentuado dos recursos federais para as ações de produção, aquisição e distribuição de medicamentos (que já ocorria desde 2000), conforme descrito no item anterior. Assim, os estados – responsáveis pelo Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional – vêm crescer sua participação nos recursos federais a partir de 2002, beneficiados com as novas regras de descentralização para aquisição desses medicamentos, conhecidos como medicamentos de alto custo. Da mesma forma, os municípios – responsáveis pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica – passam a poder responder à demanda crescente por diferentes tratamentos no âmbito da responsabilidade para eles estabelecida, na medida em que tais tratamentos são organizados e são disponibilizados os recursos financeiros necessários, mediante um conjunto de portarias. O processo ocorre com a queda na participação das compras e aquisições realizadas diretamente pela União a partir de 2003.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Portaria GM/MS nº 3.916/98 reflete as diferentes preocupações que envolviam a sustentabilidade da assistência farmacêutica nos serviços públicos de atenção à saúde. Preocupações que foram apontadas no relatório da CPI de Medicamentos, realizada em 1999, a partir de depoimentos recolhidos por diferentes atores do segmento, que descreveram o cenário dos serviços de saúde ante os problemas enfrentados pela indústria farmacêutica na época, como pesquisa, produção, controle e consumo de medicamentos. Problemas que já tinham sido apontados, com as devidas diferenças, na CPI da indústria farmacêutica, há quase quarenta anos, e outros, referentes a necessidades de atendimento à população, que vinham sendo apontados nas sucessivas conferências de saúde realizadas desde a década de 60. Essas questões, abordadas em bloco num primeiro momento, nesta Portaria, passam a ser tratadas separadamente após a sua promulgação, com a organização de tratamentos e o fornecimento da garantia dos recursos necessários.

Houve atenção especial do MS na questão do seu poder de compra (com a organização dos tratamentos e a padronização dos medicamentos utilizados) e com a qualidade dos produtos adquiridos para a saúde pública, que encontra limites (e orientação) nas normas de descentralização do SUS realizadas por estados e municípios. A solução encontrada, mais recentemente, foi uma divisão em três grandes blocos, relativos às compras federais, estaduais e municipais, obedecendo a um critério de preços. De acordo com o estabelecido, os medicamentos de menor preço ficam com o nível municipal e os de preço mais elevado com estados e União, o que se reflete, com a mudança na participação entre União, estados e municípios, nos recursos federais para assistência farmacêutica, num contexto onde os recursos para a saúde têm sido crescentes. Essas mudanças têm se refletiram, em alguma medida, na assistência farmacêutica: como se pode observar por alguns programas de tratamento considerados neste trabalho, houve incremento substancial no número de pacientes favorecidos.

As ações relativas a fomento e P&D para a indústria farmacêutica, tanto pública quanto privada, perdem em participação no total de recursos da assistência farmacêutica do MS com a entrada do MDIC e do MCT como instituições governamentais protagonistas dessa política a partir de 2003. Com isso, a assistência farmacêutica passou a ser vista também como importante área de política industrial, e os recursos para fomento se voltam principalmente a indústria privada. Essa ampliação de foco para as ações de fomento ainda não apresentam impacto.

REFERÊNCIAS

BERMUDEZ, J. A. Z. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, 1 ed., p. 171-182, jan-mar, 2000.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade**: crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995. 204 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. / Ministério da Saúde. Elaborado por Barjas Negri. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONAS. **Para Entender a Gestão do SUS**. Disponível em: <<http://www.conas.org.br>>. Acesso em: 2008

COSENDEY, M. A. E. **Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica**: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. Tese (Doutorado em Planejamento e Gestão em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

COSENDEY, M. A. E. *et al.* Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, 1 ed., p. 171-182, jan-mar, 2000.

GOUVEIA MENDES, A. C. *et al.* Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS como Fonte Complementar na Vigilância e Monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS 2000**; v. 9, 2 ed., p. 67-86.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FÓRUM DE COMPETITIVIDADE DA CADEIA FARMACÊUTICA **Acesso aos Medicamentos, Compras Governamentais e Inclusão Social**. Brasília, 23 de dezembro de 2003.

NEGRI, B. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, 11 ed., p. 2.379-2.389, nov. 2006.

RUAS BRANDÃO, C. M. **Avaliação econômica dos medicamentos destinados ao tratamento da osteoporose no Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). UFMG, Minas Gerais, 2008.

SANTOS, G. F. **Política de assistência farmacêutica e o setor produtivo estatal farmacêutico**: o caso da fundação para o remédio popular de São Paulo – FURP – Tese (Doutorado 1996). UNICAMP, Campinas.

SCATENA, J. H.; TANAKA, O. Y. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH--SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIIA--SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. In: **IESUS - Informe Epidemiológico do SUS 2001**, v. 10, 1 ed. p. 19-30.

SILVA, R. C. S. **Medicamentos Excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil**. Dissertação (Mestrado em 2000). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2000.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 332-348, jul./dez. 2006.

TEMPORÁO, J. G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**. v. 10, supl. 2. Rio de Janeiro, 2003.

VIANNA, C. M. M.; MOSEGUI, G. B. G. Aspectos da Política de Medicamentos: produção e acesso no Brasil. **Cadernos de Saúde Suplementar**, ANS, maio de 2002.

ANEXOS

ANEXO 1
PPA 2000-2003QUADRO 1A
Ações para produção, aquisição e distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos

| | |
|------|---|
| 0593 | Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados a Parte Variável do Piso de Atenção Básica – PAB para Assistência Farmacêutica Básica – Farmácia Básica |
| 2522 | Produção de Fármacos, Medicamentos e Fitoterápicos |
| 4295 | Aquisição e Distribuição de Fatores de Coagulação para Pacientes Hemofílicos |
| 4297 | Aquisição e Distribuição de Preservativos para a Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) |
| 4298 | Aquisição e Distribuição de Testes para Laboratórios de Saúde Pública de Diagnóstico Laboratorial das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) |
| 4327 | Diagnóstico e Acompanhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) nos Laboratórios da Rede Pública |
| 4329 | Diagnóstico e Tratamento de Casos de Malária |
| 4366 | Produção, Aquisição e Distribuição de Medicamentos para Tratamento Ambulatorial e Domiciliar dos Casos Positivos de Malária |
| 4367 | Produção, Aquisição e Distribuição de Insulina, Hipoglicemiantes Oraís e Correlatos para Diabéticos |
| 4368 | Aquisição e Distribuição de Medicamentos e Insumos Estratégicos |
| 4369 | Produção, Aquisição e Distribuição de Medicamentos para Tratamento de Pacientes com Tuberculose e Outras Pneumopatias |
| 4370 | Produção, Aquisição e Distribuição de Medicamentos para Tratamento dos Portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) |
| 4453 | Aquisição, Acondicionamento e Distribuição de Imunobiológicos |

QUADRO 2A

Ações de fomento e desenvolvimento da produção industrial

| | |
|------|--|
| 3875 | Adequação da Planta de Produção de Vacinas |
| 3877 | Fomento a Produção Nacional em Imunobiológicos |
| 4325 | Desenvolvimento Tecnológico de Processos e Produtos do Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) |
| 4326 | Desenvolvimento Tecnológico de Processos e Produtos do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) |
| 4365 | Produção de Imunobiológicos |
| 7835 | Modernização e Adequação de Laboratórios Farmacêuticos Públicos |

QUADRO 3A

Ações referentes às imunizações

| | |
|------|---|
| 5600 | Vacinação de Idoso com 60 anos de Idade ou Mais |
| 5602 | Multivacinação de Crianças de 0 a 5 Anos de Idade |

ANEXO 2
PPA 2004-2007

QUADRO 4A

Ações para produção, aquisição e distribuição de medicamentos e produção de farmacêuticos

| | |
|------|---|
| 0593 | Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados a Parte Variável do Piso de Atenção Básica – PAB para Assistência Farmacêutica Básica |
| 2522 | Produção de Fármacos, Medicamentos e Fitoterápicos |
| 4365 | Produção de Vacinas, Reagentes para Diagnóstico e Biofármacos |
| 4368 | Promoção da Oferta e da Cobertura dos Serviços de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos no Sistema Único de Saúde |
| 4370 | Atendimento a População com Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| 4705 | Assistência Financeira para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais |
| 6142 | Atenção aos Pacientes Portadores de Coagulopatias |

QUADRO 5A

Ações de fomento e desenvolvimento da produção industrial

| | |
|------|--|
| 11PE | Adequação da Planta Industrial de Fármacos em Jacarepaguá |
| 11PJ | Estruturação de Laboratórios de Pesquisas Biomédicas |
| 12BH | Construção do Laboratório Oficial para Análises e Pesquisas de Produtos Derivados de Tabaco |
| 6145 | Fomento a Produção Farmacêutica e Insumos Estratégicos |
| 6146 | Fomento a Pesquisa e Desenvolvimento de Insumos Estratégicos no Complexo Produtivo da Saúde |
| 7666 | Investimento no Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde – Qualisus |
| 7672 | Adequação da Planta Industrial de Imunobiológicos |
| 7676 | Construção do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde |
| 7680 | Construção de Planta-Piloto de Imunobiológicos |
| 7692 | Implantação da Unidade de Fracionamento do Plasma |
| 8315 | Desenvolvimento Tecnológico e Inovações em Insumos Estratégicos para a Saúde |
| 8317 | Pesquisas Clínicas, Epidemiológicas e em Ciências Biológicas, Humanas e Sociais Aplicadas a Saúde na Fundação Oswaldo Cruz |

QUADRO 6A

Ações referentes às imunizações

| | |
|------|---|
| 0899 | Apoio a Laboratórios Públicos de Produção de Imunobiológicos |
| 1K82 | Preparação para Enfrentamento da Pandemia de Influenza |
| 4382 | Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica |
| 4383 | Vacinação da População |
| 6031 | Imunobiológicos para Prevenção e Controle de Doenças |
| 6161 | Insumos Estratégicos para Prevenção e Controle de Doenças |
| 7484 | Adequação da Rede de Frio de Imunobiológicos |
| 8327 | Serviços Laboratoriais de Referência Internacional, Nacional e Regional para Diagnóstico de Doenças Infecciosas |

QUADRO 7A

Farmácia Popular

| | |
|------|--|
| 7660 | Implantação de Farmácias Populares |
| 8415 | Manutenção e Funcionamento das Farmácias Populares |

QUADRO 8A

Estruturação da Assistência Farmacêutica

| | |
|------|---|
| 0804 | Apoio a Estruturação dos Serviços de Assistência Farmacêutica na Rede Pública |
|------|---|

VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA: POLÍTICA DE FINANCIAMENTO NO BRASIL E O EXEMPLO DO DISTRITO FEDERAL

Vitor Laerte Pinto Junior*
José Cerbino Neto**

1 INTRODUÇÃO

Para as autoridades sanitárias, a vigilância em saúde é atividade fundamental cuja função contribui para a detecção, o monitoramento e o controle de agravos de interesse e para a avaliação de ações e programas de saúde pública. Langmuir, em 1971, definiu a Vigilância Epidemiológica como:

(...) a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação destas informações a todos que necessitam conhecê-la (LANGMUIR, 1971).

Nessa conceituação é clara a restrição das atribuições da vigilância a coleta e análise de informações, exercendo papel de inteligência, mas sem instrumentos para interferir no padrão de adocimento da população. Posteriormente, o conceito de vigilância evoluiu de forma a abranger outras ações de saúde pública, como investigação de agravos e surtos, análise da situação de saúde e identificação de determinantes biológicos, culturais e ambientais da saúde, mediante inquéritos e estudos de caso controle. A vigilância passa a ter também importante papel na execução de ações para a saúde, por meio principalmente da imunização, do controle de vetores e reservatórios e das políticas de promoção à saúde (TACKER *et al.*, 2006; BRASIL, 2009).

A partir da XXI Assembleia Mundial de Saúde, promovida pela OMS em 1968, foi discutida a necessidade de se criarem sistemas de vigilância para os agravos não transmissíveis, tendo em vista a mudança do perfil epidemiológico dos países de economia central a partir da segunda guerra mundial (OMS, 1968).

*Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Diretoria Regional de Brasília (DIREB). vitorlaerte@fiocruz.br

**Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Diretoria Regional de Brasília (DIREB). cerbino@fiocruz.br

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), sob recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, recebe a atribuição de gerir o recém-constituído Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), por intermédio da Lei nº 6.259/1975 (BRASIL, 1975). No ano seguinte, pelo Decreto Federal nº 78.231/1976 (BRASIL, 1976), o SNVE teve suas atribuições definidas, tendo como característica marcante a centralização das ações e do financiamento no MS.

Com o advento do Sistema Único em Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1990), as atividades do SNVE passaram a ser compartilhadas pelos gestores do SUS, privilegiando-se a sua descentralização. Nessa lei, definiu-se a vigilância epidemiológica como:

(...) um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de **recomendar e adotar** as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos. (grifo do autor).

Essa definição enfatiza, de maneira mais ampla, as atividades de vigilância na inteligência e na ação não só das doenças transmissíveis, mas também das não transmissíveis.

Nesse momento, coube então à recém-criada Fundação Nacional de Saúde (Funasa) a responsabilidade de gerir o SNVE. A Funasa foi criada em 1991 e incorporou as atividades da extinta Secretaria Nacional de Ações Básicas em Saúde (SNABS) da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), responsável pela VE nacionalmente, que na Funasa passaram a ser de responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) (BRASIL; CC, 1991). A essa estrutura coube capitanear o processo de descentralização do financiamento e das ações de VS, orientada pela NOB SUS 1996 (BRASIL; MS, 1996) e pela portaria GM 1.399/1999 (BRASIL; MS, 1999). A partir dessas recomendações, as atividades da VS se concentraram no Cenepi.

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em 2003, subordinada diretamente ao Ministro da Saúde, a Funasa perdeu a atribuição de gerenciar os repasses financeiros para estados e municípios. Com isso as atribuições dessa fundação concernentes à VS e ao controle de agravos também passaram a ser executados pela recém-criada secretaria, inclusive com absorção e extinção do Cenepi. Nessa nova proposta, foi adotada a mudança do termo Vigilância Epidemiológica para Vigilância em Saúde (VS), evitando a confusão entre as ações de vigilância e a disciplina epidemiologia (TACKER *et al.*, 2006) e sinalizando também a incorporação das vigilâncias sanitária, ambiental, de saúde do trabalhador e de análise da situação de saúde. Nova regulamentação da NOB SUS 96 foi publicada em 2004, a portaria ministerial GM nº 1.172/2004, incorporando essa mudança de competências entre os órgãos (BRASIL; MS, 2004). A reestruturação ampliou o processo de descentralização das ações de VS principalmente

para os municípios, tornando essa área mais coerente com o que já vinha ocorrendo em relação à assistência à saúde. Todavia, para que os estados e municípios pudessem receber os repasses, era exigida que eles fossem certificados por meio de exigências de caráter cartorial, havendo a necessidade de uma revisão posterior.

A partir de 2006, com a portaria GM/MS 399 (BRASIL; MS, 2006), que divulga as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, os repasses federais fundo a fundo passaram a se organizar em blocos: atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS. No ano seguinte esses repasses foram regulamentados por portaria específica (BRASIL; MS, 2007).

Este estudo tem os objetivos de descrever a evolução recente dos mecanismos de financiamento das atividades de VS e demonstrar como tais mudanças repercutiram na notificação e na investigação epidemiológica de agravos de notificação compulsória (uma das metas previstas na Programação Pactuada e Integrada em VS). Foram utilizados dados secundários obtidos do Fundo Nacional de Saúde e do sítio do Sistema de Processamento de Dados do SUS (Datusus) no período de 2003 a 2008. O Distrito Federal (DF) foi escolhido como modelo de estudo.

2 PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI)

Com a progressiva implantação do SUS, as ações de vigilância em saúde também foram incorporadas ao processo de descentralização, como visto na seção anterior, principalmente com o advento da NOB SUS 01 de 1996 e de suas regulações subsequentes que regulamentaram as responsabilidades pela execução e financiamento da vigilância em saúde¹

Em 2007, a Portaria 204 GM/MS (BRASIL; MS, 2007) reorganizou as formas de repasse dos recursos federais da saúde para Estados, DF e municípios², estabelecendo blocos de financiamento, dos quais um se destinava às transferências de recursos para as ações de VS. Em 2009, nova portaria revoga os artigos referentes às transferências fundo a fundo da VS e estabelece novos componentes para esse bloco (BRASIL; MS, 2009).

Nos instrumentos implantados a partir de 2003, pela primeira vez houve a criação de um fundo de financiamento específico das ações de VS transferidas pelo modelo proposto pela Lei Orgânica da Saúde (LOS); houve também o estabelecimento de condições e metas a ser alcançadas por estados e municípios, e para os recursos serem repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

1. Portaria GM/1999, Instrução Normativa nº 01 de 2001 da Fundação Nacional de Saúde e Portaria GM/MS 1.172/2004).

2. A evolução das formas de financiamento federal das ações de Vigilância em Saúde será descrita no próximo subcapítulo: mecanismos de transferência fundo a fundo.

Tal cenário propiciou ambiente para que o processo de descentralização das ações em VS pudesse ser discutido e implantado nas esferas de gestão do SUS. As competências de cada esfera, já definidas pela LOS, foram novamente explicitadas, cabendo ao gestor federal a coordenação nacional das ações de VS, principalmente no que diz respeito aos sistemas de vigilância e à investigação de surtos inusitados e de importância internacional. Ao gestor estadual compete a coordenação das ações de VS dos municípios sob sua jurisdição, suplementando essas atividades quando necessário, e às municipalidades foram delegadas as atividades de notificação e investigação de agravos em sua área de atuação, além da gestão dos centros de controle de zoonoses (BRASIL; MS, 2009).

Essa nova ordem, trazida pela descentralização, agregou aos gestores municipais responsabilidade na execução das ações mais primordiais para o sistema de vigilância: detecção, investigação, notificação e controle de agravos de importância se tornam atribuições dessa esfera. Isso trouxe problemas para alguns municípios que não contavam com a infraestrutura adequada.

As ações de Vigilância em Saúde são executadas de acordo com a Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde (PPI-VS) prevista na portaria GM/MS 3.252 de 2009, elaborada por estados, municípios e pelo Distrito Federal a partir das prioridades estabelecidas pela SVS (pactuado no Grupo Técnico de Vigilância em Saúde). Estas servem de base para que as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) – criadas pela NOB SUS 1993 como fóruns de pactuação entre os gestores estaduais e municipais (BRASIL; MS, 1993) de cada Unidade da Federação – estabeleçam a PPI estadual, que pode incluir outras ações em VS, levando-se em consideração características epidemiológicas locais.

Os objetivos da PPI são estabelecer um conjunto de atividades e metas para o controle de doenças e também estimular o surgimento de novas frentes de trabalho para os serviços envolvidos na VS de estados e municípios.

Posteriormente à aprovação da PPI-VS estadual pela CIB, esse documento é submetido à SVS para análise e subsequente aprovação pela Comissão de Gestores Tripartite (CIT), criada pela NOB SUS 1993 como fórum de articulação entre o gestor federal e os estaduais (BRASIL; MS, 1993).

Até 2006, a certificação dos municípios na gestão das ações de vigilância em saúde dava-se somente se estes também fossem habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde e após a aprovação da Secretária de Saúde do estado e da CIT. A partir do Pacto pela Saúde, em 2006, a adesão ao pacto passou a substituir tal certificação (BRASIL; MS, 2006).

Para o ano de 2006, a SVS propôs que a PPI de todos os municípios e estados alcançasse metas monitoradas por indicadores de desempenho, construídos a

partir de informações epidemiológicas e operacionais. As metas a ser alcançadas compreendem ações básicas de vigilância, como a notificação de casos de paralisia flácida aguda e sarampo, investigação epidemiológica e diagnóstico laboratorial de agravos específicos, ações de vigilância ambiental e de doenças transmitidas por vetores, além do controle de determinadas doenças endêmicas e da alimentação e análise de dados dos sistemas de informação. Cada região tem metas diferenciadas de acordo com suas características demográficas e epidemiológicas e ainda de acordo com o cumprimento das metas dos anos anteriores.

3 MECANISMOS DE TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO: CRIAÇÃO DO TETO FINANCEIRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – 1996-2006

Anteriormente ao processo de descentralização, o financiamento das ações de VS se dava pelo financiamento de programas pontuais e de maneira descontinuada, mediante vários mecanismos, como convênios e transferências diretas. Esse modelo não permitia o planejamento das ações, e se voltava para o gerenciamento de crises, como o surgimento ou o recrudescimento de epidemias (SILVA JUNIOR, 2004).

A destinação de um teto financeiro exclusivo para a VS surgiu com a NOB-SUS 01/96, por meio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) (inicialmente Teto Financeiro para Epidemiologia e Controle de Doenças – Portaria GM 1.399/99), que admitia três formas de repasse (transferência regular e automática fundo a fundo, remuneração por serviços produzidos e transferência por convênios). Todavia, a portaria GM 950/1999 (BRASIL; MS, 1999) ampliou o repasse dos recursos para municípios e estados à transferência direta fundo a fundo, cumprindo os princípios de descentralização e comando único em cada esfera de governo, dentro do caráter redistributivo da União.

A composição do TFVS levava em consideração as diferenças regionais das características epidemiológicas e a dificuldade na execução das ações em VS, principalmente o custo do controle das doenças mais prevalentes. A solução alcançada para atender essa realidade foi a estratificação das Unidades da Federação em quatro estratos. O estrato 1 é constituído por estados da Região Norte, onde os programas de controle das doenças endêmicas (malária, dengue etc.) exigem ações dispendiosas de campo. O estrato 2 engloba os estados da Região Nordeste, Centro-Oeste (exceto o DF), e Sudeste (exceto São Paulo), que tem em seus territórios grandes áreas com incidência de dengue e persistência de doenças endêmicas como leishmaniose e doença de Chagas. Os estratos 3 e 4 compreendem os estados da Região Sul, São Paulo e o DF, que apresentam perfil socioeconômico mais desenvolvido (SILVA JUNIOR, 2004; BRASIL; MS, 2004; BRASIL; MS, 2009).

O TFVS era formado pelo somatório de três componentes: valor per capita variável segundo o estrato a que o estado pertence multiplicado pela população;

valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade territorial e valor referente ao incentivo para descentralização de valor igual para os quatro estratos. (tabela 1).

TABELA 1
Componentes do teto financeiro de vigilância em saúde (TFVS) de acordo com estratos

| Estrato | TFVS – estados per capita (R\$/hab./ano) | TFVS – estado área (R\$ x Km ²) | Incentivo descentralização (R\$/hab./ano) | Contrapartida SMS+SES (%) |
|---------|---|--|--|------------------------------|
| 1 | 4,23 | 3,00 | 0,48 | 20 |
| 2 | 2,98 | 2,04 | 0,48 | 30 |
| 3 | 1,88 | 1,20 | 0,48 | 35 |
| 4 | 1,84 | 1,20 | 0,48 | 40 |

Fonte: Portaria Conjunta (Gabinete do Ministro e Secretaria de Vigilância em Saúde) nº 8 de 2004.

Os repasses eram condicionados ao cumprimento de metas previstas no PPI-VS e de comprovação da execução das ações básicas de vigilância em saúde de responsabilidade da esfera de governo, previstas na portaria GM 1.172/2004 (BRASIL; MS, 2004).

4 PACTO PELA SAÚDE E O BLOCO FINANCEIRO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE (2006)

A portaria que criou o Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL; MS, 2006) teve como um dos seus objetivos a repactuação das metas a ser alcançadas por municípios e estados, assim como das formas de relação com o MS. Novas formas de certificação foram adotadas, abandonadas as estabelecidas anteriormente pelas NOBs (gestão plena da atenção básica, gestão plena etc.). Há uma tentativa de reforçar o processo de descentralização pelo estímulo à regionalização dos serviços e pela criação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR), cujos membros são os gestores das regionais de saúde.

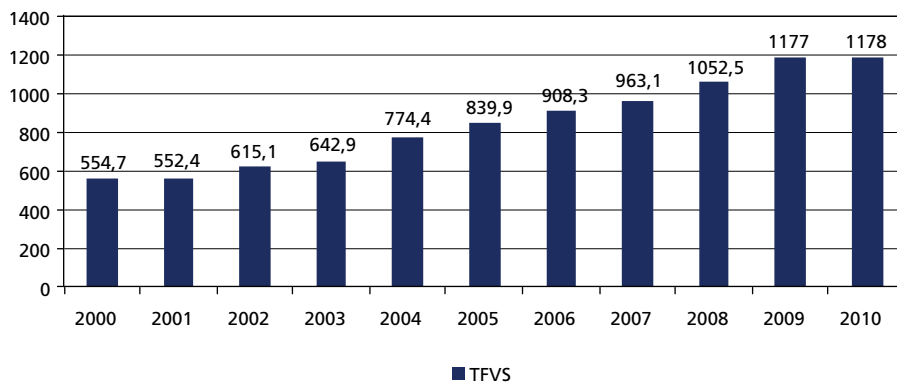
Essa portaria também alterou as formas de repasse dos recursos federais fundo a fundo. Os diversos componentes financeiros foram alocados em cinco blocos,³ dentre os quais um destinado à Vigilância em Saúde. A portaria 204 GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta a forma de financiamento e a transferência de recursos por meio desses blocos. O bloco da Vigilância em Saúde, inicialmente agregado a essa portaria, teve sua regulamentação específica alterada pela portaria 3.252 GM/MS de 2009, que também estabeleceu redefinições sobre o funcionamento da VS (como a orientação de inserir as ações de VS na atenção básica, agregando os agentes de controle de endemia às equipes da Saúde da Família) e incorporou a Vigilância Sanitária (Visa) ao rol de suas atribuições (BRASIL; MS, 2009).

3. Os blocos de financiamento para custeio são: atenção básica, alta e média complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS.

O bloco financeiro da Vigilância em Saúde é formado por dois componentes: componente de vigilância e promoção da saúde e componente da vigilância sanitária. O primeiro se constitui por dois pisos: o Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) e o Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS).

O PFVPS veio a substituir o TFVS e é constituído da mesma maneira, isto é, um valor fixo per capita com base na estratificação e na área territorial de cada Unidade da Federação. Após a definição dos montantes para cada UF, 10% do valor obtido é percebido pelo estado, acrescido do Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Finlacen); o correspondente a 60% do piso é transferido para os municípios e um montante correspondente a 80% é repassado para as capitais e para os municípios da sua região metropolitana. O reajuste dos valores é feito anualmente a partir da população estimada pelo IBGE para o ano de referência, eliminando-se critérios subjetivos e outros critérios de repasses. O gráfico 1 ilustra a evolução PFVPS nos últimos dez anos.

GRÁFICO 1
Evolução do piso fixo de vigilância e promoção da saúde – anteriormente teto financeiro da vigilância em saúde – 2000-2010
 (Em R\$ milhões)



Fonte: SVS/MS.

O outro subcomponente do bloco, o PVVPS, é constituído por incentivos específicos, que são transferidos por adesão à determinado programa ou ação ou em caso de necessidade epidemiológica, e possuem normatizações específicas (quadro 1).

QUADRO 1
Outros componentes do financiamento das ações de vigilância em saúde

| |
|--|
| Casas de apoio para adultos vivendo com HIV/AIDS |
| Núcleos hospitalares de epidemiologia – NHE |
| Sistema de verificação de óbito – SVO |

(Continua)

(Continuação)

| |
|---|
| Sistema de registro de câncer de base populacional – RCBP |
| Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV |
| Incentivo no âmbito do programa nacional de HIV/AIDS e outras DST |
| Promoção da saúde |

Fonte: Portaria GM/MS 3.252, de dezembro de 2009.

As campanhas anuais de vacinação contra a influenza sazonal, a poliomielite, a raiva animal têm seus recursos pactuados na CIB e transferidos por meio do PFVPS. O Distrito Federal recebe 100% do valor do PFVPS acrescido aos valores referentes ao Finlacen e às campanhas referidas anteriormente.

5 GESTÃO DOS RECURSOS

Os recursos referentes ao PFVPS e ao PVVPS são transferidos fundo a fundo diretamente para as contas dos estados e dos municípios, inicialmente o repasse era realizado em doze parcelas anuais, todavia pequenos municípios eram prejudicados em decorrência deste fracionamento, já que os valores transferidos eram muitas vezes insuficientes. Os gestores municipais optavam por esperar pelas transferências subsequentes de modo a acumular quantia suficiente para a execução do recurso, o que acarretava em bloqueio da conta pelos órgãos de controle, que assim procedem quando o recurso transferido não é executado em até seis meses. Para resolver esse impasse, a SVS passou a realizar as transferências em três parcelas anuais. Para que o gestor receba esses recursos de maneira regular, é necessária a adesão ao Pacto pela Saúde e a alimentação regular do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (Sinan), do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL; MS, 2009).

A utilização dos recursos destinados à VS é de uso exclusivo para tais ações e é justificada mediante o Relatório Anual de Gestão (RAG), regulamentado pela Portaria 3.176 GM/MS de 2009 (BRASIL; MS, 2008), que, após aprovado pelo conselho de saúde, é enviado à SVS. Os municípios que não aderirem ao pacto e não forem certificados terão as ações de Vigilância em Saúde executadas pelo estado.

O bloqueio da transferência fundo a fundo é estabelecido caso o gestor não cumpra com a exigência de alimentar os sistemas de informações supracitados, e será liberado somente após a comprovação da execução dessa tarefa (BRASIL, MS, 2009).

6 EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM VIGILÂNCIA EM SAÚDE: O CASO PARTICULAR DO DISTRITO FEDERAL ASPECTOS POLÍTICOS E DEMOGRÁFICOS

O Distrito Federal é uma unidade da federação criada em 21 de abril de 1960 com intuito de se estabelecer no interior do Brasil a capital federal do país. Sua população estimada no ano de 2009 era de 2.606.885 habitantes, distribuídos em um quadrilátero com área total de 5.802 Km² (IBGE).

Ao Distrito Federal não é permitido constitucionalmente a divisão administrativa em municípios, constituindo-se numa cidade-estado. Para facilitar a distribuição de serviços públicos e a fiscalização, o DF encontra-se dividido geopoliticamente em 29 Regiões Administrativas (RAs).

Tributariamente, o DF tem autonomia para recolher impostos tipicamente estaduais, como o imposto sobre a propriedade de veículos automotores (IPVA) e o imposto sobre a circulação de mercadorias e serviços (ICMS), e também tributos municipais – o imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISS), o imposto predial e territorial urbano (IPTU) e o imposto sobre a propriedade territorial rural (ITR) – além de outras taxas e multas. Além disso, o DF conta com o fundo constitucional, Lei 10.633/2002 (BRASIL, 2002), para financiamento das suas áreas de educação e segurança e do poder judiciário. Esse recurso é oriundo do Tesouro Nacional (TN) e é depositado mensalmente em conta do Governo do Distrito Federal (GDF).

7 SISTEMA DE SAÚDE DO DF

Para o setor saúde, tendo em vista a implantação da regionalização e da hierarquização previstas na NOAS/SUS/02 (BRASIL; MS, 2004) e posteriormente o Pacto pela Saúde/2006 (BRASIL, MS, 2004), o DF foi dividido em sete regiões de saúde com 15 diretorias regionais de saúde.

O Sistema de Vigilância em Saúde do DF é gerido pela Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS), por intermédio da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep), da Diretoria de Saúde Ambiental (Dival), da Diretoria de Vigilância Sanitária (Divisa) e pelo Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen).

A Divep tem em sua estrutura direta quatro gerências e um núcleo:

1. Gerência de Vigilância Epidemiológica e Imunizações (GEVEI).
2. Gerência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (GDST).
3. Gerência de Doenças Crônicas e Outros Agravos Transmissíveis (GDCAT).
4. Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GDANT).
5. Núcleo de Respostas Rápidas (CIEVS-DF).

A atuação da Divep se dá de maneira descentralizada, com o apoio de 15 Núcleos Regionais de Vigilância Epidemiológica e Imunização, localizados nos Hospitais Regionais e nos Centros de Saúde. Esses Núcleos Regionais são responsáveis pela vigilância de agravos de notificação, eventos inusitados, adoção de medidas de controle de surtos e também pela vigilância epidemiológica intra-hospitalar.

8 FINANCIAMENTO FEDERAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO DF

No primeiro ano de implantação do TFVS, os valores a ser transferidos foram definidos pela Portaria Conjunta nº 950/1999 (BRASIL, MS, 1999), emitida pela Secretaria Executiva (SE) do MS e pelo presidente da Funasa. Nesse instrumento, o valor de incentivo à descentralização não foi acrescido, pois dependia da certificação nas ações de vigilância em saúde, e para o DF foi destinado o repasse de R\$ 3,6 milhões. A certificação nas ações de VS cresceu cerca de R\$1 milhão ao valor total do TFVS nos anos seguintes.

A atualização financeira dos valores do TFVS foi realizada a partir do ano de 2004, mediante Portaria da Secretaria Executiva/MS nº 8, de 29 de junho (BRASIL; MS, 2004). Nesse instrumento, um dispositivo previa o ajuste automático dos valores de acordo com as estimativas populacionais do IBGE. O TFVS, para estimativa populacional do DF em 2004, foi R\$ 5,1 milhões. A tabela 2 evidencia os valores do TFVS e de outros componentes transferidos do FNS para o fundo de saúde do DF a partir de 2005.

TABELA 2

Transferências anuais de 2005 até 2008 do Fundo Nacional de Saúde para o fundo saúde do DF e valor divulgado posteriormente em 2010 pela Portaria Conjunta SE/SVS/MS nº 1 de 2010

(Em R\$ 1,00 corrente)

| Componente | Competência ¹ | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2010 |
| TFVS ² | 5.737.143 | 5.146.324 | 5.560.904 | 6.028.175 | 11.229.789 |
| Outros ² | 2.346.780 | 4.415.740 | 4.726.430 | 3.645.724 | 1.876.718 |
| Total | 8.083.923 | 9.562.064 | 10.287.334 | 9.673.899 | 13.106.507 |

Fontes: Fundo Nacional de Saúde (dados obtidos em julho de 2009); Portaria Conjunta SE/SVS nº 1, de 11 de março de 2010 (BRASIL; MS, 2010).

Notas: ¹ Ano de 2009 [n.d].

² A partir de 2010, Piso Fixo de Vigilância e Promoção à Saúde (PFVPS) e Piso Variável de Vigilância e Promoção à Saúde (PVVPS).

Anteriormente à implantação do TFVS, no período compreendido entre 1997 e 1999, o DF recebia em média do MS o equivalente a R\$0,17 per capita para financiamento das ações em Vigilância em Saúde. Tendo em vista a população à época (1,9 milhões de habitantes), o valor médio do repasse de recursos foi de R\$ 1,4 milhões para esse período (SILVA JUNIOR, 2004). A partir do TFVS, o reajuste do repasse de recursos específicos para VS apresentou incremento substancial (tabela 2) chegando a um aumento real de mais de 50% no valor a ser investido na VS entre os dois períodos.

Com a instituição do bloco financeiro de VS, houve a necessidade de redefinir os valores a ser repassados para estados e municípios, levando-se em consideração a instituição do PFVPS e do PVVPS, divulgadas pela Portaria Conjunta SE/SVS/MS nº 1, de 11 de março de 2010 (BRASIL; MS, 2010). Os valores para 2010 estão descritos na tabela 2.

9 EVOLUÇÃO DOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO NO DF

Uma das metas do PPI-VS é a alimentação em tempo oportuno do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan). A oportunidade de notificação corresponde ao intervalo de tempo entre a ocorrência da doença e a sua notificação ao sistema e varia de acordo com a doença em investigação.

A notificação de agravos, seu processamento e sua divulgação constituem uma das principais ações em VS. Sua finalidade é elencar uma série de doenças que têm importância sanitária e exercer rígido controle sobre sua ocorrência e distribuição na população. Além da notificação, o gestor local da VS deve executar investigação epidemiológica e concluí-la em tempo oportuno.

No Brasil, a Portaria SVS/MS nº 5 de 2006 (BRASIL; MS, 2006) define os agravos e estabelece os prazos para execução desse procedimento. A lista constante nessa portaria pode ser acrescida de outros agravos importantes para cada localidade, entretanto a retirada de um agravo da lista não é permitida. A tabela 3 evidencia a evolução do processo de notificação e investigação de agravos no DF.

TABELA 3

Evolução dos agravos de notificação e sua situação em relação à oportunidade de notificação e encerramento do caso no Distrito Federal – 2003-2008

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 ¹ |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|-------------------|
| Total de encerramentos (n) | 1877 | 1912 | 2985 | 2873 | 3470 | 2525 |
| Encerramento oportuno (%) | 68,3 | 70,7 | 87,9 | 84,6 | 76,5 | 74,9 |
| Encerramento não oportuno (%) | 21,3 | 21,1 | 10,8 | 10,7 | 22,5 | 24,6 |
| Casos não encerrados (%) | 8 | 7,2 | 1,1 | 3,9 | 1 | 0,5 |

Fonte: Datasus. Disponível em: <www.datasus.gov.br>, acessado em outubro de 2009.

Nota: ¹ Os dados de 2008 são sujeitos à revisão.

Desde a reestruturação administrativa e de financiamento das ações de vigilância em saúde, observa-se aumento significativo do número absoluto de notificações, muito maior que o aumento populacional, que gira em torno de 2,8% ao ano (DISTRITO FEDERAL; SDUH, 2009), pode explicar. Mais importante do que o aumento no número de notificações é a diminuição drástica no percentual de casos em que não houve o encerramento das investigações epidemiológicas, denotando melhora na organização dos serviços de VS na Unidade da Federação. No restante do país se observou a mesma tendência, havendo incremento em torno de 36,0% no número absoluto de notificações em 2007, relativamente a 2003 (BRASIL; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2009).

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além do aumento real nos recursos financeiros, o TFVS permitiu que a UF planejas-se as ações e criasse a infraestrutura necessária para as ações de VS ser conduzidas de modo contínuo, diferente do que ocorria anteriormente, quando as ações estavam voltadas para controle de epidemias e endemias específicas. Outro fator de extrema importância para a melhoria da execução das ações de VS, pelo menos teoricamente, foi a descentralização da gestão com a definição clara das atribuições de cada esfera de governo, assegurando com isso que os problemas locais sejam combatidos por quem os vivencia, com maior pressão por parte da comunidade interessada.

A constituição do TFVS baseada em dados demográficos e características epidemiológicas locais e a vinculação de sua transferência ao cumprimento de metas bem estabelecidas apresentou evidências de ser mais adequado em relação ao modelo de financiamento anterior pelo maior poder indutor sobre os gestores locais. As novas definições de valores a ser repassados aos Fundos Estaduais de Saúde, em 2010, não trouxeram perdas econômicas ao DF, muito ao contrário, o que se observou foi um aumento substancial no repasse de recursos para o ano de 2010. A lógica de se chegar a esse valor mediante dados demográficos e a complexidade epidemiológica foram mantidas na portaria mais recente (BRASIL; MS, 2009).

Com o processo de descentralização das ações de VS, principalmente catalisada pela reestruturação da área no MS em 2003, com a criação da SVS, municípios e estados foram obrigados a criar estruturas mínimas para dialogar com o nível central. Este estudo evidenciou que houve aumento expressivo de repasses do MS para o DF.

No DF, durante o período estudado, houve aumento do número absoluto de notificações e melhoria da qualidade dos processos de investigação epidemiológica, evidenciada pela diminuição do número relativo de casos não encerrados. A simultaneidade entre aumento de recursos disponíveis e aumento na identificação e na investigação de agravos nos leva a crer que a mudança nos mecanismos de repasse seja um dos responsáveis pela indução da melhoria desses indicadores. Apesar de os indícios apontarem para uma relação direta entre investimento e resultado, avaliações mais detalhadas são necessárias para que se tenha delimitação mais precisa do Sistema de Vigilância em Saúde do DF.

A Vigilância em Saúde encontra-se agora ante uma nova mudança no seu mecanismo de financiamento,⁴ que traz explicitado estímulo para uma mudança conceitual e operacional (BRASIL; MS, 2009). Neste momento, é importante definir parâmetros e mecanismos de monitoramento e avaliação adaptados a essa nova realidade que permitam não só examinar os processos e os resultados em

4. A Portaria GM nº 3.252 substituiu a forma de certificação da gestão das ações de VS de estados e municípios pela adesão ao Pacto pela Saúde. Também mudou os componentes do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde, criando os pisos fixos e variáveis de Promoção e Vigilância em Saúde e o de Vigilância Sanitária.

curso, mas também compará-los aos resultados obtidos nos modelos anteriores. É oportunidade também para rever os indicadores que devem ser acompanhados, lembrando que todo indicador tem um custo para sua construção, mobilizando recursos humanos, financeiros e materiais. Deve-se ter claro, portanto, quais processos e resultados devem ser monitorados, escolhendo-se o menor número e os mais simples indicadores disponíveis. Dentro da premissa da pactuação ascendente, é preciso ampliar a participação das esferas responsáveis pela execução na definição de metas, ampliando a possibilidade de flexibilização destas, conforme realidades locais. Por fim, para consolidar os avanços que sem dúvida vêm sendo alcançados com a política de financiamento da vigilância, principalmente a partir de 2003, é necessário desenvolver mecanismo mais sofisticado para garantir que os recursos sejam utilizados na área para a qual foram reservados, evitando que sejam desviados para outros fins pelos responsáveis por sua execução.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975.** Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6259.htm>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. **Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976.** Regulamenta a Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a Organização das Ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à Notificação Compulsória de Doenças e dá outras providências. Diário Oficial da União, 13 ago. 1976.

BRASIL. **Lei n. 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://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. **Decreto n. 100, de 16 de abril de 1991.** Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/ret/ret100-91.pdf>. Acesso em: 23 maio 2011.

BRASIL. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** 7. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Lei n. 10.633, de 27 de dezembro de 2002.** Institui o Fundo Constitucional do Distrito Federal – FCDF, para atender o disposto no inciso XIV do art. 21 da Constituição Federal. Disponível em: <<http://www.leidireto.com.br/lei-10633.html>>. Acesso em: 15 out. 2009.

BRASIL. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 11 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_1399_1999.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 950, de 23 de dezembro de 1999**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21245>. Acesso em: 12 nov. 2009.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.htm>. Acesso em: 10 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004**. Regula a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 8, de 29 de junho de 2004**. Define o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12833>. Acesso em: 15 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 5, de 21 de fevereiro de 2006**. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_5_2006.pdf>. Acesso em: 12 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/_PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.176, de 24 de dezembro de 2008.** Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/planejasus_pt_3176_2008.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009.** Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252>>. Acesso em: 23 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1, de 11 de março de 2010.** Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/conjuntas/103242-1>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Habitação. **Dinâmica e estrutura populacional do DF.** Disponível em: <<http://www.distritofederal.df.gov.br/sites/100/155/PDOT/doct06.htm>>. Acesso em: 1º out. 2009.

LANGMUIR, A. D. Evolution of the concept of surveillance in the United States. **Proc. R. Soc. Med**, v. 64, n. 6, p. 681-684, junho 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Resolutions of the 21st World Health Assembly and 42nd session of the Executive Board of the WHO of interest to the Regional Committee 1968 [online].** Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=49006&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 out. 2009.

SILVA JUNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.** Tese em – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas, 26 jul. 2004.

TACKER, S. B.; STROUP, D. F.; CARANDE-KULIS, V.; MARKS, J. S.; ROY, K.; GERBERDING, J. L. Measuring the public's health. **Public Health Rep**, v. 121, n. 1, p. 14-22, fev. 2006.

O FINANCIAMENTO NA INDUÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: O CASO DA RENAST*

Jorge Mesquita Huet Machado**
Ana Paula Lopes dos Santos***

1 INTRODUÇÃO

Ao final da década de 1980, houve uma expansão das ações de saúde do trabalhador como parte da oferta de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em função de iniciativas tomadas por parte de algumas Secretarias Estaduais de Saúde, em resposta a demandas sindicais, contando muitas vezes com apoio de instituições acadêmicas, onde atuavam pesquisadores e professores ligados ao movimento da Reforma Sanitária brasileira. Essas experiências foram desenvolvidas com ênfase em processos de implantação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) e também motivadas por morbidades emblemáticas, como o caso das Lesões por Esforços Repetitivos (LER), que se tornaram epidêmicas em algumas regiões do país (RIBEIRO, 1997), além das lutas pela saúde dos sindicatos dos trabalhadores da indústria química do ABC e dos metalúrgicos de Santos.

Uma característica marcante do mesmo período foi a consolidação de uma orientação legal e metodológica para a execução das ações de Saúde do Trabalhador. A partir da prescrição constitucional de 1988, regulamentada a seguir pela Lei Orgânica da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990) e pela Norma Operacional da Saúde do Trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Dessa forma, as ações de saúde do trabalhador foram institucionalizadas nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal –, seguindo diferentes modelos, organizadas a partir da compreensão da inserção diferenciada dos trabalhadores nos processos de trabalho e traduzidas em ações integradas de

* Agradecimentos a Helenice Costa, por propiciar nossa aproximação ao processo existente de acompanhamento da Renast, e a Viviam Stuart, por sugestões e discussões fundamentais para precisão e delimitação do texto final. A Cosat, por abrir suas portas para nossa participação no processo de aperfeiçoamento das políticas de saúde do trabalhador no Brasil.

** Fundação Oswaldo Cruz/Diretoria Regional de Brasília/Grupo de Pesquisa Saúde, Trabalho e Ambiente. jorge-mhm@fiocruz.br

*** Fundação Oswaldo Cruz/Diretoria Regional de Brasília/Grupo de Pesquisa Saúde, Trabalho e Ambiente. analar@gmail.com

assistência e vigilância, com a participação dos trabalhadores, estruturadas nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (DIAS, 1994).

Quanto ao financiamento, a tônica do período que se inicia em 1988 e se estende até 2002 é a sua descontinuidade; seu suporte principal estava no repasse de recursos das administrações estaduais e municipais, com reduzida indução federal. Tal situação provocava instabilidade institucional e os serviços de saúde do trabalhador eram criados por iniciativa dos técnicos envolvidos, apoiados por projetos acadêmicos e pelo movimento sindical, sem uma política institucional definida por parte dos gestores federais, estaduais e municipais. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

2 A REDE NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES

A partir de 2002, a Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador (Cosat), que após 2009 (Decreto 6.860/09) passou a denominar-se Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAST) do Ministério da Saúde, priorizou a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), Portaria 1.679/02 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Nesse sentido, a Renast passou a representar uma síntese, ou a principal iniciativa, de âmbito nacional, do que acontece no campo da saúde do trabalhador no SUS, nos estados e nos municípios. Registra-se ainda, na formulação desse modelo, uma influência decorrente das experiências realizadas no estado de São Paulo, pelo acúmulo existente naquela região.

Com a Renast foi estabelecido fluxo relativamente estável de financiamento aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) habilitados à rede. Deve ser ressaltado que, devido aos distintos cenários pré-existentes, a implantação da Renast se apresenta de forma heterogênea, conforme tradição, entendimentos e possibilidades regionais que definem o quê e como fazer, ou seja, apesar das diretrizes definidas na Portaria 1.679/02, não se observa um padrão comum de atividades desenvolvidas pela rede.

É importante destacar que alguns serviços de saúde do trabalhador do SUS permanecem fora do processo de habilitação da Renast, pois estão voltados a vigilâncias, serviços laboratoriais e supervisão de serviços regionais. Esses serviços compõem a Renast na organização da atenção integral em saúde do trabalhador, nas suas respectivas regiões de abrangência.

Com a Portaria 2.437/2002 da Renast, são instituídos os Cerest regionais, que passam a ser responsáveis por uma microrregião, mesmo sendo pertencentes a um município. Isso gerou potencial de conflitos e requer uma política de saúde regional intermunicipal, ou seja, é necessário estabelecer processos de regionalização de ações de saúde e fortalecimento de redes de referência intermunicipais.

Com base na experiência adquirida nos primeiros dois anos e meio de Renast, o texto da Portaria 1.679/2002 foi revisado e, em 2005, publicada a Portaria 2.437/2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), que dispõe sobre a ampliação dos serviços de saúde do trabalhador e de seu fortalecimento no interior do SUS. Entre novidades e mudanças trazidas pelo novo texto estão: a) adequação e ampliação do quantitativo de Cerest para 200 até 2010; b) proposta de estrutura para a Renast, que passa a ser organizada a partir das Coordenações Estaduais de Saúde do Trabalhador, dos Cerest e da rede de serviços sentinela (Unidades de Serviços de Saúde pactuadas para notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sinan); c) mudanças no processo de habilitação dos Cerest, cuja gestão passa a ser tanto municipal quanto estadual; d) definição mais clara dos mecanismos de controle social, dos critérios de habilitação e acompanhamento dos Cerest – o funcionamento do serviço deverá ser atestado pelo gestor estadual do SUS, observada a inscrição no Cadastro de Estabelecimentos de saúde (CNES) e realizada a alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS.

Posteriormente, nova Portaria da Renast foi publicada, a Portaria 2.728, de 11/11/09 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), criando a possibilidade de organização de Cerest de abrangência estadual, regional e municipal, com revisão das atribuições dos três níveis de gestão na Saúde do Trabalhador, em conformidade com o Pacto pela Saúde – Portaria 399, de 22/02/2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Segundo essa última regulamentação, os repasses de recursos federais para as ações desenvolvidas pelos Cerest devem ser feitos mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, por meio de operação fundo a fundo; ou seja, no caso dos Cerest estaduais, o recurso é encaminhado ao Fundo Estadual de Saúde, enquanto para os Cerest regionais é encaminhado aos Fundos Municipais de Saúde do município sede da região territorial onde o Cerest se encontra localizado.

Os Cerest credenciados à rede, a partir de 2005, passaram a receber financiamento federal específico, mensal, fixo, de R\$ 30 mil, para os centros regionais, e de R\$ 40 mil para os centros estaduais. Além desse, há o recurso de incentivo para a implantação do Cerest, no valor de R\$ 50 mil, que pode ser utilizado para aquisição de equipamentos e/ou organização da sua infraestrutura.

Outras três importantes Portarias, que serão listadas a seguir, do próprio Ministério da Saúde, também definem a linha de repasse de recursos federais para estados e municípios destinados às ações de saúde do trabalhador, assim como definem o controle social tanto dos recursos quanto das ações envolvidas. A Portaria 204/2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) trata do financiamento e da transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle; a Portaria 3.332/2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d) dá orientações gerais relativas aos instrumen-

tos do Sistema de Planejamento do SUS e a Portaria 598/2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b) define a pactuação no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite dos processos administrativos relativos à gestão do SUS.

As restrições ao uso dos recursos estão disciplinadas na Portaria 204/2007, especialmente no artigo 6º, § 2º.¹ A partir de 2005, os recursos destinados às ações de saúde do trabalhador, provenientes do próprio Ministério da Saúde, estão no Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Vale ressaltar que esta última Portaria já incorpora as mudanças efetivadas com a Portaria 699 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c), que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, aprovados pelo Ministério da Saúde em 2006.

Nesse sentido, os recursos são repassados pelo governo federal aos estados e municípios, via Fundo Nacional de Saúde, e os empenhos por parte das secretarias estaduais e municipais se restringem aos gastos com ações de saúde do trabalhador expressos nos planos de saúde, aprovados pelos Conselhos Estaduais de Saúde, no caso dos Cerest estaduais, e pelos Conselhos Municipais de Saúde, para os Cerest regionais.

Os procedimentos realizados pelos Cerest devem ser cadastrados, informados e notificados no Sistema de Informação Ambulatorial, SIA/SUS. A não alimentação do SIA/SUS por prazo superior a 90 dias implica a suspensão do repasse de recursos. A execução financeira dos recursos repassados deve ser fiscalizada pelo Conselho de Saúde e pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist), assim como deve ser expressa nos planos de saúde municipais, estadual e nacional.

3 PANORAMA DO FINANCIAMENTO DA RENAST OBSERVADO EM JULHO DE 2008

Em consideração ao dimensionamento da Renast, observa-se ampliação dos serviços voltados para a atenção em saúde do trabalhador no SUS, que se estende por todas as regiões do país, com a criação de pelo menos 106 novos Centros (tabela 1).

TABELA 1

Serviços de saúde do trabalhador ligados ao SUS, por regiões do Brasil – 2002 e 2008

| Regiões | Estaduais 2002 | Estaduais 2008 | Municipais 2002 | Regionais 2008 | Total 2002 | 2002 (%) | Total 2008 | 2008 (%) |
|--------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| Sul | 3 | 3 | 2 | 15 | 5 | 8,77 | 18 | 11,04 |
| Sudeste | 7 | 4 | 37 | 66 | 44 | 77,19 | 70 | 42,94 |
| Centro-Oeste | 1 | 4 | – | 7 | 1 | 1,75 | 11 | 6,75 |

(Continua)

1. Entre as restrições explícitas nessa Portaria está o uso de recursos para pagamento de: servidores inativos; servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços do respectivo bloco, previstos no próprio Plano de Saúde; gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços do respectivo bloco, previstos no próprio Plano de Saúde (Portaria 204, 29 de janeiro de 2007, art. 6º, § 2º).

(Continuação)

| Regiões | Estaduais 2002 | Estaduais 2008 | Municipais 2002 | Regionais 2008 | Total 2002 | 2002 (%) | Total 2008 | 2008 (%) |
|--------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| Norte | 2 | 7 | – | 8 | 2 | 3,52 | 15 | 9,21 |
| Nordeste | 2 | 8 | 3 | 41 | 5 | 8,77 | 49 | 30,06 |
| Total | 15 | 26 | 42 | 137 | 57 | 100 | 163 | 100 |

Fonte: Lacaz *et al.* (2003) e Consolidado dos relatórios financeiros da Renast, julho de 2008.

Ao compararmos o número de serviços de saúde do trabalhador no ano de 2002 com o número de serviços em 2008, é possível observar considerável aumento em sua quantidade: passaram de 57 para 163 em todo o Brasil. Tal resultado pode ser, em parte, explicado pela indução do financiamento efetuado pela Renast a partir de 2003. A expansão dos serviços apoiou-se no fortalecimento das estruturas estaduais e na ampliação do processo de municipalização. Ademais, os Cerest de administração municipal passam a ter abrangência regional, na tentativa de criação de polos que ampliassem a cobertura. Observa-se, no período de 2003 a 2008, uma triplicação de Centros municipais e regionais e a extensão de cobertura para quase a totalidade dos estados. Até mesmo em Sergipe, onde não há cobertura via Secretaria de Saúde estadual, foi criado um Cerest regional na capital e uma instância de coordenação estadual ainda não habilitada como Cerest.

De 2002 a 2008 observou-se também o credenciamento de mais 44 Cerest na Região Nordeste e 26 na Região Sudeste. Foi mantida a concentração de serviços na região Sudeste, mas com outra ordem de intensidade: em 2002 essa concentração de Centros no Sudeste era de 77,19% e caiu para 42,94% em 2008.

Tal incremento no número de Cerest constituiu, por si mesmo, importante impacto ocorrido pelo potencial de difusão das ações de saúde do trabalhador no SUS, na busca do princípio da universalização. Esses dados revelam mudança na lógica de implantação dos serviços de saúde do trabalhador no SUS, um início de amadurecimento institucional no qual as ações começam a ser disseminadas segundo uma lógica de política de saúde pública.

Dessa forma, a Renast introduziu uma tendência de consolidação do número de Cerest, à medida que estabeleceu repasse de recursos financeiros de forma contínua, em contraposição ao observado em 2003, momento em que havia grande instabilidade organizacional dos serviços, pela priorização espasmódica das ações por parte dos gestores (LACAZ *et al.*, 2003). Essa expansão da rede de Cerest é derivada do novo modelo de financiamento e, sob esse ponto de vista, é positiva.

Na tabela 2 são apresentados os dados da síntese do acompanhamento realizado pela Cosat em relação aos critérios de credenciamento e financiamento dos Cerest. Abaixo observamos que, no Consolidado dos Relatórios

Financeiros da Renast, de julho de 2008, um total de 163 Cerest estavam habilitados, sendo oito deles em processo de credenciamento. Desse total, 26 eram Cerest de caráter estadual e 137 de caráter municipal/regional.

TABELA 2

Número de Cerest estadual e regional, por regiões, e índice de concentração de Cerest, por milhão de habitantes

| Região | Número de Cerests habilitados na Renast | | | |
|--------------|---|------------|------------|-----------------------------|
| | Estadual | Regional | Total | Cerest/10 ⁶ hab. |
| Sul | 3 | 15 | 18 | 0,83 |
| Sudeste | 4 | 66 | 70 | 1,15 |
| Centro-Oeste | 4 | 7 | 11 | 1,24 |
| Norte | 7 | 8 | 15 | 1,62 |
| Nordeste | 8 | 41 | 49 | 1,19 |
| Total | 26 | 137 | 163 | |

Fonte: Consolidado dos Relatórios Financeiros da Renast, julho de 2008.

Está na região Sudeste a grande concentração de Cerest, 70 unidades, o que corresponde a 42,94% do total do país. O estado de São Paulo possui o maior número: são 42 Cerest habilitados (25% do total). Em segundo lugar no número de Cerest está a região Nordeste, com 49 centros habilitados. Já a região Norte apresenta o menor número de Cerest Regionais em relação às outras regiões do Brasil. Essa situação corresponde à concentração populacional das regiões, pois se inverte no caso da região Norte, passando a ser a região de maior proporção de Cerest por habitante. A região de menor proporção de Cerest é a Sul, que mostra situação relativamente mais homogênea para o país.

Contudo, quando se relaciona o número de Cerest por milhão de habitantes, a situação se modifica. A região Norte apresenta índice de 1,62 Cerest por milhão de habitantes, a região Sudeste, 1,15 por milhão, e a Nordeste, o índice de 1,19 por milhão, conforme tabela 2 (acima).

Na tabela 3, são apresentados os saldos do orçamento segundo os relatórios financeiros de 124 Cerest, enviados à Cosat em julho de 2008, representando número expressivo dos que prestaram conta à Cosat (76,06%). Do total, 39 Cerest não apresentaram essa informação, sendo 17 da região Sudeste e 12 da região Nordeste.

TABELA 3
Número de Cerest estadual e regional, por estado, e existência de registro de saldo nos Cerest, saldo total e saldo médio por estado – julho de 2008
 (Em R\$ 1,00)

| Estado/ Região | Número total de Cerests | Possui registro de saldo? | | | Saldo total | Saldo Médio |
|-----------------------|-------------------------|---------------------------|-----------|---------------|----------------------|-------------------|
| | | Sim | Não Inf. | Não Inf. (%) | | |
| Santa Catarina | 7 | 6 | 1 | 14,28 | 1.068.475,12 | 178.079,18 |
| Rio Grande do Sul | 8 | 7 | 1 | 12,5 | 2.441.183,54 | 348.740,50 |
| Paraná | 3 | 3 | – | 0 | 1.660.964,32 | 553.654,77 |
| Subtotal Sul | 18 | 16 | 2 | 11,11 | 5.170.622,98 | 323.163,93 |
| Espírito Santo | 3 | 3 | – | 0 | 468.857,87 | 156.285,95 |
| Minas Gerais | 15 | 10 | 5 | 33,33 | 1.459.036,76 | 145.903,67 |
| Rio de Janeiro | 10 | 1 | 9 | 90 | 429.166,14 | 429.166,14 |
| São Paulo | 42 | 39 | 3 | 7,14 | 10.408.584,17 | 266.886,77 |
| Subtotal Sudeste | 70 | 53 | 17 | 24,28 | 12.765.645,53 | 240.861,23 |
| Mato Grosso | 2 | 2 | 0 | 0 | 145.680,77 | 72.840,38 |
| Goiás | 5 | 3 | 2 | 40 | 1.248.199,32 | 416.066,44 |
| Distrito Federal | 1 | 1 | – | 0 | 1.346.267,27 | 1.346.267,27 |
| Mato Grosso do Sul | 3 | 3 | – | 0 | 243.059,39 | 81.019,79 |
| Subtotal Centro-Oeste | 11 | 9 | 2 | 18,18 | 2.983.206,75 | 331.467,41 |
| Amazonas | 3 | 2 | 1 | 33,33 | 265.437,43 | 132.718,71 |
| Roraima | 1 | 1 | – | 0 | 284.607,81 | 284.607,81 |
| Acre | 1 | 1 | – | 0 | 813.084,79 | 813.084,79 |
| Amapá | 1 | 1 | – | 0 | 480.000,00 | 480.000,00 |
| Tocantins | 3 | 3 | – | 0 | 819.096,18 | 273.032,06 |
| Pará | 4 | – | 4 | 100 | – | – |
| Rondônia | 2 | 1 | 1 | 50 | 552.587,43 | 552.587,43 |
| Subtotal Norte | 15 | 9 | 6 | 40% | 3.214.813,64 | 357.201,51 |
| Sergipe | 1 | 1 | 0 | 0 | 42.630,00 | 42.630,00 |
| Alagoas | 3 | 2 | 1 | 33,3 | 634.252,7 | 317.126,35 |
| Rio Grande do Norte | 4 | 3 | 1 | 25 | 371.604,79 | 123.868,26 |
| Piauí | 2 | 1 | 1 | 50 | 277.159,59 | 277.159,59 |
| Pernambuco | 9 | 7 | 2 | 22,22 | 1.346.885,69 | 192.412,24 |
| Ceará | 8 | 5 | 3 | 37,5 | 903.382,69 | 180.676,54 |
| Bahia | 14 | 13 | 1 | 7,14 | 1.866.651,9 | 143.588,60 |
| Paraíba | 4 | 3 | 1 | 25 | 599.581,2 | 199.860,4 |
| Maranhão | 4 | 2 | 2 | 50 | 424.304,25 | 212.152,12 |
| Subtotal Nordeste | 49 | 37 | 12 | 24,48% | 6.466.452,81 | 174.768,99 |
| Total | 163 | 124 | 39 | 23,92% | 30.600.741,71 | 246.780,16 |

Fonte: Consolidado dos Relatórios Financeiros da Renast, julho de 2008.

Foi observada a dificuldade na realização do empenho dos recursos financeiros em termos gerais, o que gerou saldo médio de R\$ 246.780,17 de valores excedentes por Cerest registrados na Cosat em julho de 2008. Esse é um dado que requer avaliação mais detalhada porque, diante do montante mensal do repasse realizado a estados e municípios credenciados – R\$ 40 mil e R\$ 30 mil, respectivamente –, esse valor médio de saldo corresponde a quase oito meses de repasses, no caso dos municípios, e seis meses no caso dos estados. Esses dados sugerem que houve, além de dificuldades do próprio Cerest, represamento na execução financeira por parte dos gestores nos estados e nos municípios

Na região Norte, a média do saldo dos Cerest foi da ordem de R\$ 357.201,51, bem maior do que a média do país, de R\$. 246.780,17, em julho de 2008. Esse desempenho deveu-se, provavelmente, à concentração de Centros Estaduais, que têm financiamentos maiores, aliados à baixa tradição na realização de ações em saúde do trabalhador em alguns dos estados da região. Já a região Nordeste apresentou o menor saldo médio, que foi da ordem de R\$ 174.768,99, por Cerest, em julho de 2008.

No que diz respeito ao empenho dos recursos por estado da Federação, entre os Cerest que apresentaram os melhores fluxos orçamentários e, portanto, os menores saldos médios, estão os do estado de Sergipe (R\$ 42.630,00), de Mato Grosso (R\$ 72.840,38) e do Mato Grosso do Sul (R\$ 81.019,79), no período de referência, julho de 2008. Em Mato Grosso do Sul, todos os Cerest apresentaram o conjunto das informações e cumpriram 100% dos requisitos de habilitação da Renast: existência de Plano aprovado e registrado em ata do Conselho Municipal de Saúde, existência de Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (Cist), equipe mínima e execução orçamentária das ações realizadas. No entanto, no Pará, nenhum dos quatro Cerest habilitados apresentou a informação sobre saldo disponível em julho de 2008 à Cosat.

Em sete estados, num total de 11 Cerest, o saldo médio foi acima de R\$ 400 mil em julho de 2008: Distrito Federal e Acre, com saldos superiores a R\$ 800 mil, Paraná, Rondônia, Amapá, Rio de Janeiro e Goiás. O Distrito Federal, que possui apenas um Cerest, tem o maior saldo e, portanto, a maior dificuldade de estabelecimento de fluxo orçamentário. Isso porque esse valor de saldo corresponderia a cerca de 45 meses (aproximadamente quatro anos) de repasses financeiros da Renast, sem execução e sem que a instância federal de acompanhamento executasse qualquer medida de controle. Em Goiás, o Cerest Regional de Goiânia possuía saldo de R\$ 1.106.952,73 em julho de 2008, muito superior aos outros Cerest desse estado. Assim, os dois maiores saldos estão na região Centro-Oeste, próximos à capital do país, o que sugere que o melhor ou o pior desempenho não está relacionado à proximidade do gestor federal, e sim à possibilidade de ocorrer interação de apoio técnico para viabilizar a execução

financeira, entre estado e municípios, com a Cosat. Não houve por parte do Ministério da Saúde, nesse período até 2008, nenhuma ação estruturada para reversão dessas situações; apenas houve descontinuidade dos empenhos, sem atingir diretamente as regiões com mais dificuldades.

Nos estados do Acre, Rondônia, Amapá e Rio de Janeiro, os saldos apresentados correspondem aos resultados obtidos a partir de apenas uma unidade. No estado do Rio de Janeiro, cuja média de saldo é superior a R\$ 400 mil, conforme tabela 3 (acima), entre os dez Cerest existentes, apenas um apresentou o balanço de execução dos repasses. Além disso, cinco deles não enviaram o atestado de funcionamento à Cosat e três não enviaram qualquer informação. Esse fato sinaliza grave problema no fluxo de informações, provavelmente localizado no âmbito do estado, que em 2007 concentrou suas forças no debate do controle social, provocado pelo conflito entre o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (Consest/RJ). Devido à premissa determinada pelo primeiro desses conselhos em estabelecer relação orgânica e hierárquica em relação ao segundo. Outros 114 Cerest, conforme dados da tabela 3, possuíam saldos médios, em julho de 2008, entre R\$ 100 mil e R\$ 400 mil, o que demonstra dificuldade generalizada para a execução financeira. Esses números mostram baixo empenho na execução dos repasses da Renast, inclusive para estruturas antigas que desempenhavam ações de saúde do trabalhador antes mesmo da sua implantação em 2002. Para essas estruturas mais antigas e para os centros estaduais e regionais, a dificuldade de ser estabelecidos fluxos contínuos de recursos é ainda mais evidente, pois os volumes de recursos recebidos foram relativamente de maior vulto.

Há uma difusão de Cerest com dificuldades de execução orçamentário-financeira em todas as regiões. Mesmo no Nordeste, que apresenta coletivamente melhor desempenho, existem dois Cerest no grupo com maiores dificuldades de execução orçamentária. A concentração dos saldos nessas instituições demonstra que os problemas na utilização dos repasses não é só um componente sistêmico, pois também está relacionado à interação dos Cerest com o Ministério da Saúde e à motivação regional de realização das ações em saúde do trabalhador, que muitas vezes passam por períodos de retração.

Na região Sudeste, o estado de São Paulo, que abrange o maior número de Cerest, possui também o maior saldo: R\$ 10.408.584,17 (ver tabela 3), o que corresponde a quase 1/3 do saldo total dos Estados da Federação, ainda que o saldo médio do estado esteja somente 5% acima do saldo médio nacional. O caso do município de São Paulo é emblemático, nesse vai e vem de possibilidades, pois o formato de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador tem início nesse município em 1990 e representa marco histórico na discussão do modelo de saúde do trabalhador. Os cinco Cerest do município de São Paulo (Sé, Freguesia do

Ó, Santo Amaro, Mooca e Lapa) possuem juntos saldo total de R\$ 2.648.070,91 e saldo médio de R\$ 529.614,18. Dada a antiguidade desses Cerest (a maioria deles foi criada no início da década de 90) e a experiência adquirida ao longo dos anos, antes da Renast, outros fatores podem estar relacionados à dificuldade de execução orçamentária.

Contraditoriamente, o mesmo município, em outro período, apresentava investimentos significativos com recursos próprios, o que reforça a tese de que a capacidade de execução dos recursos sofre influências periódicas de cunho político-administrativo relacionado aos gestores. Portanto, a maior preocupação do estado de São Paulo, no que diz respeito à execução orçamentária em saúde do trabalhador, recai sobre a própria sede de sua capital.

Paralelamente, os gestores municipais vêm fazendo algumas reflexões sobre o impacto da Renast, conforme a justificativa apresentada no texto de convocação de evento do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo, Consems/SP, realizado em março de 2008:

[...] no estado de São Paulo, são 42 Cerests municipais habilitados na RENAST e essa 'realidade' parece não ter alterado significativamente a 'realidade' de ações desenvolvidas no SUS. Muitos municípios habilitados implantaram o serviço a partir da habilitação, mas têm dificuldades de formação das equipes e no desempenho de seu papel. É sabido que não existem muitos profissionais com formação ou experiência específica nesta área, o que dificulta a realização das ações, além de questões políticas locais e desconhecimento dos próprios secretários de saúde. (Consems/SP, 2008)

Essa afirmação aponta para dificuldades não só na aplicação de recursos, mas relacionadas à própria natureza e ao impacto das ações de saúde do trabalhador, que necessitam de postura política dos profissionais e gestores envolvidos, diante dos conflitos de interesses entre trabalhadores e empregadores inerentes ao contexto do campo da Saúde do Trabalhador.

Do mesmo modo, no Encontro Estadual da Renast (São Paulo, março de 2008), os gestores nacionais debateram a execução orçamentária dos Cerest, ressaltando que as dificuldades estão relacionadas à tentativa de empenho dos recursos em atividades não planejadas previamente ou mesmo em reformas de construção civil, que estão fora do escopo do que é permitido nas Portarias Ministeriais. Nesse sentido, os gestores nacionais sinalizaram que nos estados e municípios sede dos Cerest existem tentativas de redirecionar a verba de saúde do trabalhador para outras necessidades das Secretarias de Saúde. Diante do impasse, a política adotada no período 2007-2008 pela Cosat foi a retração dos repasses, sem análise das dificuldades de empenho dos recursos e sem adequada indução aos propósitos da Renast. Essa retração e a liberação de empenhos foi revertida a partir de 2009, acompanhada de forte empenho para fortalecer a descentralização do acompa-

nhamento, com incentivo a maior protagonismo dos estados e maior presença sistemática da CGSAST, gerando fortalecimento dos processos de gestão dos Cerest.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados apresentados podemos apontar, sinteticamente, algumas questões referentes ao processo da implantação das ações em saúde do trabalhador no SUS, a partir do financiamento dos Cerest.

1. Há um processo em curso de introdução de ações institucionais induzidas principalmente por aportes financeiros sistemáticos, que exige tempo de maturação. O aumento do número de Cerest em cinco anos (2002 a 2008) é bastante significativo, quase da ordem de 3 vezes. Há a duplicação dos Cerest estaduais que passam a abranger praticamente todas as unidades federadas, sendo a única exceção o estado de Sergipe, em que a própria Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador optou por não habilitar nenhum Cerest estadual em consonância com a estratégia geral da Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe que englobou toda a Vigilância em Saúde, a Atenção Primária em Saúde e a Média e Alta Complexidade. A expansão dos Cerest regionais é ainda mais significativa e importante nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, e as ações de saúde do trabalhador passam a ter abrangência nacional. O positivo dessa indução é que a simples presença de um Cerest impõe o debate da agenda da saúde do trabalhador para o município ou o estado. Isso porque, para que o recurso do Cerest seja repassado, é necessário planejar as ações em Saúde do Trabalhador, pautar esse plano no Conselho de Saúde, organizar uma equipe mínima de trabalho e uma Cist. Dessa forma, o cumprimento desses critérios de credenciamento, por si mesmo, já inicia a discussão da importância do trabalho como determinante da saúde.
2. A meta estabelecida pela Portaria 2.437/2005 para ampliação do número de Cerest até final de 2010 era da ordem de 200 serviços, em todo Brasil. Até a data prevista observou-se a habilitação de 190 unidades, correspondendo a 95% de cumprimento do objetivo estabelecido em 2005. Entre os critérios definidos para a ampliação da rede destaca-se a capacidade de serviços de saúde instalada no município e na região da implantação. No entanto, o número ideal de Cerest, as situações de risco e o perfil epidemiológico da população de trabalhadores adstrita e da sua área de abrangência ainda estão por ser definidos.
3. Foi evidenciada, pelo levantamento realizado na Cosat, a presença de grande parte dos recursos financeiros federais transferidos aos Cerest, pelo Ministério da Saúde, sem aplicação nas Secretarias Estaduais e

Municipais de Saúde, o que demonstra sistemática dificuldade na utilização desses recursos. Essa tendência geral é acentuada por dificuldades diversas, de ordem local e nacional.

A orientação adotada no período 2007-2008 pela Cosat, como forma de indução ao melhor desempenho orçamentário, parece ter sido da retração dos repasses de recursos, ao invés de viabilizar maior assistência a estados e municípios para superar os entraves na execução orçamentária. A hipótese geral que está na raiz do acúmulo de recursos financeiros não aplicados por estados e municípios é a dificuldade de priorização e inserção de ações de saúde do trabalhador nos planos de saúde municipais e estaduais.

Nesse cenário, gestores de municípios e estados passam a pressionar a liberação dos recursos originalmente destinados aos Cerest para ser gastos em outros fins, a partir da evidência da incapacidade da Rede em propor estratégia alternativa para execução dos recursos segundo os mecanismos de gestão instituídos. A retração de repasses financeiros por parte do Ministério da Saúde, citada anteriormente, resultou em instabilidade de fluxo de repasse, posteriormente recomposta. Entretanto, deve ser ressaltado que há ainda a necessidade de acompanhamento sistemático, por parte da CGSAST, dos problemas identificados na execução financeira dos Cerest, para que sejam criados mecanismos de superação dos entraves, antes mesmo da retração dos recursos. O envolvimento dos estados no processo de acompanhamento regional e sua presença sistemática, com discussões de conteúdo das atividades dos Cerest, bem como a utilização de encontros estaduais e macrorregionais da Renast, que podem ser espaços estratégicos para a interação e a discussão dos problemas de gestão apontados pode representar um caminho a ser fortalecido.

Os princípios gerais da atenção integral, a interação entre ações de assistência, vigilância e promoção à saúde permanecem como pano de fundo, mas não são operacionalizados como critérios de habilitação e repasse de recursos da Renast. A indução dessa política, com uma carga de conceitos e pressupostos a instâncias com pouca ou mesmo sem tradição na execução das ações de saúde do trabalhador, traz a necessidade de ajustes, que deveriam estar pactuados e submetidos a processo de acompanhamento contínuo e participativo. Quanto à indução de ações efetivas e estruturantes em relação à saúde dos trabalhadores, o modelo de institucionalização da saúde do trabalhador no SUS pela Renast fundamentado em indução financeira nos parece frágil, necessitando de maior interação e mais discussões, tanto de conteúdo como de processo, para além da formulação genérica da construção da atenção integral à saúde dos trabalhadores.

4. A capacitação das equipes para realização de sua missão, aprofundando processos de formação de recursos humanos para operação dos Cerest,

o que é explicitado na Portaria 2.437/2005 da Renast, ainda carece de um processo institucional de apoio e revisão centrada nos conteúdos da referida Portaria.

5. A definição da Renast como rede de atenção integral à saúde dos trabalhadores traz em si um conflito. Isso porque a Renast é, ao mesmo tempo, instância de alocação de recursos federais para estados e municípios, de consolidação das informações e de difusão dos fluxos de referência e contrarreferência nos distintos níveis de atenção. Essa tripla função acarreta a priorização de uma ou de outra atividade e a existência de uma indefinição na sua já combatida relação intrassetorial, que é apontada como dificuldade, antes mesmo da implantação da própria Renast.
6. Em síntese, podemos dizer que o financiamento da Renast propiciou maior difusão dos Cerest e, conseqüentemente, das ações de saúde do trabalhador no SUS. Nesse momento, para o amadurecimento institucional dos Cerests e da própria Renast, torna-se evidente a necessidade de aprimoramento dos instrumentos, dos mecanismos de acompanhamento e aperfeiçoamento das ações desenvolvidas, a fim de qualificar o potencial existente da Rede implantada. A adequação e a difusão das informações para a reflexão sobre as ações de saúde dos trabalhadores no SUS é um elemento estruturante no processo de integração da Renast, nos moldes de uma autêntica Rede.

REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SÃO PAULO (Consems). **Convite do XXII Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo**. Fevereiro de 2008. Material não publicado.

DIAS, E. C. **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?** Tese [Doutorado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

LACAZ, F. A.; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. **Relatório final convênio Abrasco-OPAS**, 2003. Material não publicado.

MINAYO-GOMEZ, C. E.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2005; 10 (4): 797-807, Rio de Janeiro..

MINAYO-GOMEZ, C. E.; THEDIM-COSTA, S. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**. 1997; 13 Suppl 2: 21-32.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 8.080. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**. 19 set. 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3.908. Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS. **Diário Oficial da União**. 10 nov. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1.679. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores. **Diário Oficial da União**. 19 set 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS**. Brasília, 2004. (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.437. Dispõe sobre a ampliação da Renast. **Diário Oficial da União**. 7 dez. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 399. Regulamenta as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. **Diário Oficial da União**. 22 fev. 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 598. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Inter gestores Bipartite. **Diário Oficial da União**. 23 mar. 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 699/GM. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**. 30 mar. 2006c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3.332. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**. 28 dez. 2006d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 204. Dispõe sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**. 29 jan. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.728. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 11 nov. 2009.

RIBEIRO, H. P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cadernos de Saúde Pública**. 1997; 13 Suppl 2: 85-93.

GASTO PÚBLICO FEDERAL COM HIV/AIDS: 1999 A 2004*

Luciana da Silva Teixeira **
Sérgio Francisco Piola ***

1 INTRODUÇÃO

Do final de década de 90 ao início dos anos 2000, as ações de combate ao HIV/AIDS no Brasil passaram por significativas transformações. Do ponto de vista epidemiológico, houve queda da morbi-mortalidade por HIV/AIDS, estabilização da taxa de incidência no País, aumento do número de pessoas em uso da terapia antirretroviral, entre outros fatos. No tocante à gestão da política de HIV/AIDS, verificou-se o fortalecimento das ações de prevenção, com destaque para o incremento expressivo da distribuição de preservativos e de ações educativas, mudanças nos algoritmos de testagem, introdução de novas drogas ao esquema terapêutico, presença decisiva do governo brasileiro nas negociações de preços de medicamentos antirretrovirais e outras tantas políticas visando à sustentabilidade financeira do acesso universal a essas drogas. No financiamento, viu-se o fim dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial, cuja última etapa enfocou ações voltadas para a sustentabilidade da política de combate à epidemia no Brasil, e a implementação da Política do Incentivo, com ênfase na descentralização das ações e no monitoramento de metas e resultados dos gestores estaduais e municipais dos programas de DST e AIDS.

Essas estratégias produziram resultados positivos, colaborando para que não se concretizassem as estimativas do Banco Mundial de que em 2000 haveria 1,2 milhão de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Hoje, estima-se que existam em torno de 600 mil pessoas portadoras do vírus no País.

O êxito do Programa Nacional de DST/AIDS foi alcançado mediante maciços investimentos do governo federal (quase R\$ 5 bilhões entre 1999 a 2004) e de estados e municípios, os quais também comprometem parcelas não desprezíveis de seus orçamentos para a saúde no combate à epidemia.

* Os autores agradecem a Alexandre Grangeiro, cujo apoio em muito contribuiu para o aprimoramento do artigo.

** Câmara dos Deputados, Brasília. luciana.teixeira@camara.gov.br

*** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (DISOC). sergiofpiola@gmail.com.

Diante desse contexto, há que se avaliar expectativas e perspectivas de comprometimento futuro de recursos para o combate à epidemia. O artigo revela, por meio da contabilização de gastos, as tendências das despesas com alguns itens selecionados, ao longo dos anos pesquisados. Devido à sua elevada participação no total de dispêndios no combate ao HIV/AIDS, estudou-se o comportamento dos gastos com atenção hospitalar e ambulatorial, testes de monitoramento e diagnóstico, hemoterapia, preservativos, campanhas de mídia e compra de medicamentos antirretrovirais. Esse último item recebeu especial atenção por ser responsável por quase 80% do total de gastos federais com a epidemia, sendo assim decisivo para a garantia da sustentabilidade financeira da política de HIV/AIDS no Brasil.

Analisou-se também a participação das despesas agregadas com esses itens e o total de gastos do Ministério da Saúde com HIV/AIDS nos dispêndios federais com ações e serviços públicos de saúde. Destaque foi dado aos medicamentos antirretrovirais, analisados no contexto dos gastos com medicamentos estratégicos e das despesas gerais do Ministério da Saúde com a compra desse tipo de insumo.

O terceiro tópico do artigo contempla a regionalização dos gastos federais com HIV/AIDS no Brasil. Essas informações tornaram possível o exame crítico acerca da existência ou não de inconsistências na distribuição dos recursos as necessidades regionais.

As informações coletadas permitiram, então, responder as questões mencionadas a seguir:

- a) Os gastos com HIV/AIDS, observados entre 1999 e 2004, encontram-se equilibrados tanto no que diz respeito às funções de saúde (promoção, prevenção e tratamento) quanto à sua distribuição regional?
- b) Qual foi a participação desses gastos em relação a outros parâmetros econômicos e as consequências para a tomada de decisão em relação à política de HIV/AIDS e a outras ações de saúde?
- c) Considerando os dados levantados para o período sob análise e dispondo de informações mais recentes acerca dos gastos com HIV/AIDS, e mais especificamente de acesso à terapia antirretroviral, quais os caminhos para a manutenção da sustentabilidade do combate ao HIV/AIDS no Brasil?

Esses são alguns dos temas que o artigo pretende abordar. A atualização dos dados bem como outros aspectos de cunho econômico ficam como sugestões para futuras pesquisas.

2 MÉTODOS

Os dados apresentados neste artigo são fruto de diversas pesquisas realizadas para o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS) no período de 1997 a 2002. A metodologia para o cômputo dos gastos com HIV/AIDS foi desenvolvida, em 1999, no âmbito do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV e AIDS (UNAIDS), por meio da Iniciativa Regional sobre AIDS para a América Latina e Caribe (SIDALAC) em colaboração com a Fundação Mexicana para a Saúde (FUNSALUD), e orientou a elaboração de estudos por diversos países da América Latina e Caribe.

Inicialmente, os estudos foram realizados com base na metodologia das Contas Nacionais em Saúde (CNS) sob o enfoque desenvolvido pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard e lançaram mão, para a sistematização dos gastos em prevenção e tratamento do HIV/AIDS, de matrizes contábeis de dupla entrada que indicam a origem e o destino dos recursos. Os estudos seguintes (1999-2000 e 2001-2002), por sua vez, utilizaram-se de metodologia desenvolvida pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Se, por um lado, tal metodologia proporcionou alto grau de detalhamento dos fluxos financeiros, por outro lado, requereu informações complexas que, no caso brasileiro, não estão disponíveis nos bancos de dados, da forma exigida para o preenchimento das matrizes contábeis. Por esse motivo, a metodologia foi simplificada, a fim de se obter, mesmo que em detrimento da comparabilidade entre países, dados mais condizentes com as necessidades manifestadas pelo Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS).

Informações acerca do montante de recursos federais alocados para o combate ao HIV/AIDS se apoiaram em dados de execução orçamentária da despesa (empenho realizado), obtidos no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) ou informados pelo PN-DST/AIDS. Trata-se, especialmente, das despesas executadas diretamente com a compra de antirretrovirais, de preservativos, campanhas de mídia e recursos transferidos para estados e municípios no âmbito do Plano de Ações e Metas (PAM), entre outras.

Adicionalmente, gastos com o pagamento de procedimentos ambulatoriais e hospitalares resultaram da apuração do número e do valor das autorizações de exames, testes e internações por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e do Sistema de Informações Hospitalares – SIH do SUS. No caso do repasse de recursos para testes de monitoramento – contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ – e exames de quantificação de ácido nucléico (carga viral do HIV), nos anos de 2001 e 2002, somaram-se aos valores registrados no SIA/SUS os recursos utilizados para aquisição de reagentes constantes de portarias do Ministério da Saúde (MS) e repassados para estados e municípios. Por fim, outra mudança no

financiamento dos testes de monitoramento, ocorrida em maio de 2004, alterou o repasse para operacionalização dos testes que passou a integrar a conta específica do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Além disso, o MS passou a ser responsável pela aquisição e pela distribuição dos insumos.

Os repasses relacionados aos testes de diagnóstico e aos testes para triagem de sangue, por sua vez, obedecem aos registros do SIA/SUS e provêm do Fundo Nacional de Saúde. Ressalte-se que, dos doze testes realizados para triar o sangue, dois deles estão relacionados ao HIV/AIDS. Em dezembro de 2003, a exemplo do ocorrido com os testes de monitoramento, uma portaria modificou a lógica de financiamento dos testes de diagnóstico do HIV/AIDS, definindo que os procedimentos para o diagnóstico de infecção pelo HIV seriam custeados com recursos do Teto Financeiro da Assistência até atingir meta financeira mínima fixada em portaria. Após alcançar a meta, os procedimentos realizados pelos laboratórios públicos passariam a ser financiados com recursos do FAEC até os Limites Físicos e Financeiros do FAEC por Unidade Federada. Por fim, os testes de genotipagem foram adquiridos pelo Ministério da Saúde com recursos do orçamento do PN-DST/AIDS.

A parcela referente aos gastos realizados pelo PN-DST/AIDS com recursos de empréstimos e de suas contrapartidas nacionais, cujos recursos foram transferidos para estados e municípios e organizações não governamentais, foi levantada no Sistema de Gerenciamento do Programa Nacional de DST/AIDS (SIAIDS), onde são registrados os SOEs, documentos de comprovação das despesas realizadas na execução das atividades programadas no Plano Operativo Anual (POA) de cada executor.¹ O SOE é um relatório padrão exigido pelo BIRD, onde estão indicadas as despesas efetuadas, o beneficiário e o seu enquadramento nas categorias e nos componentes e subcomponentes dos Acordos de Empréstimo.

Ao longo do período sob análise vigeu o Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR (Projeto AIDS II), iniciado em dezembro de 1998 e finalizado em 30 de junho de 2003, e o Acordo de Empréstimo nº 4.713/BR (Projeto AIDS III), que só passou a vigorar a partir de janeiro de 2004. Além dos Projetos AIDS II e AIDS III, uma terceira forma de financiamento foi implementada ao longo do período estudado: a Política do Incentivo, que estabelece valores de recursos federais a ser repassados, com vistas a estimular estados e municípios a desenvolver ações em HIV/AIDS.

A classificação dos gastos para o combate à epidemia por meio das diferentes formas de financiamento, no período analisado, foram, neste artigo, padronizadas seguindo a categorização das ações em HIV/AIDS oferecida pelo Projeto AIDS II, por se tratar de categorização mais detalhada das ações e das atividades.

1. Os órgãos executores do programa são: o MS e as Agências UNESCO e UNODC.

Cabe ressaltar que parte significativa dos recursos repassados não foram, necessariamente, gastos no mesmo ano-calendário.² Em que pese a eventual discrepância produzida pelo lapso de tempo entre o recebimento dos recursos de projetos e do PAM e seus dispêndios, considerou-se, nesse estudo, para efeito de cômputo do gasto com HIV/AIDS nos anos analisados, os recursos repassados em cada ano, uma vez que esse critério foi utilizado para o cômputo de outros dispêndios, como o caso dos recursos transferidos para o pagamento de internações, consultas, testes, entre outros. Depreende-se, portanto, que neste artigo considera-se que recurso transferido para estados e municípios foi considerado como recurso gasto.

Para se obterem valores deflacionados dos gastos com HIV/AIDS nos anos estudados, utilizou-se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) médio anual da FGV.

3 RESULTADOS

3.1 Gastos em HIV/AIDS com itens selecionados – 1999 a 2004

A tabela 1 apresenta uma série histórica de dados sobre gastos com HIV/AIDS em itens selecionados. Os itens foram escolhidos de acordo com sua importância no combate à epidemia, seu peso no total dos gastos com HIV/AIDS e sua equivalência metodológica com estudos passados, possibilitando a comparação entre os anos pesquisados.

Ao longo dos sete anos analisados – 1999 a 2004 – as despesas selecionadas representaram, em média, quase 90% do gasto público federal com o combate à epidemia. Esses itens incluem gastos com “instrução, educação e comunicação” (IEC), que compreendem as despesas com campanhas nos meios de comunicação de massa, entre outras; preservativos, atenção hospitalar – pagamentos de autorizações de internações hospitalares (AIHs); despesas com atenção ambulatorial – que se referem a consultas registradas no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); despesas para a realização de testes de diagnóstico e de monitoramento do HIV/AIDS; dispêndios com bancos de sangue – valor médio equivalente a dois dos doze testes realizados – e com a compra de medicamentos antirretrovirais.

A tabela 1 mostra o dispêndio com cada item de despesa selecionado, bem como o somatório desses gastos e as despesas federais totais com o combate à epidemia, no período de 1999 a 2004. Os valores estão em reais médios de 2004 e, portanto, incorporam a inflação dos anos sob análise.

2. Especialmente em 2003, os recursos transferidos não foram despendidos por estados e municípios no mesmo ano, visto que os desembolsos para alguns entes começaram a ser realizados, na melhor das hipóteses, no início do mês de abril 2003.

Em média, nesse período, a distribuição percentual dos gastos com o combate à epidemia de HIV/AIDS entre os itens pesquisados foi a seguinte: 76,2% do gasto total foi direcionado para a compra de antirretrovirais; 9,7% para a realização de testes de diagnóstico e monitoramento; 4,7% em testes para triagem de sangue; 3,3% para internações hospitalares; 3,1% para a aquisição de preservativos; 2,6% em IEC e 0,35% em consultas ambulatoriais.

Observa-se que as despesas com HIV/AIDS cresceram até 2001, apresentando, a partir de então, queda em 2002 e estabilização dos gastos nos dois anos seguintes. Tal comportamento do gasto federal com HIV/AIDS nos anos analisados é explicado a seguir, por meio da análise dos dispêndios com cada um dos itens selecionados.

TABELA 1

Itens selecionados do gasto federal com HIV/AIDS – 1999-2004
(Em R\$ 1 mil médios de 2004)

| Itens | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| IEC | 17.421,14 | 27.557,56 | 17.901,54 | 18.126,79 | 26.317,81 | 25.858,44 |
| Preservativos | 792,89 | 8.790,73 | 15.347,51 | 17.741,09 | 26.118,53 | 47.003,92 |
| Atenção hospitalar | 36.832,47 | 28.177,39 | 27.973,93 | 29.177,23 | 27.278,34 | 26.743,42 |
| Atenção ambulatorial | 1.354,82 | 1.517,91 | 1.592,47 | 1.666,68 | 4.252,00 | 4.421,85 |
| Testes de diagnóstico | 51.332,17 | 50.461,86 | 55.695,49 | 55.665,52 | 45.332,39 | 41.443,21 |
| Testes monitoramento | 16.413,27 | 24.864,46 | 31.912,45 | 50.226,51 | 22.666,67 | 24.431,24 |
| Bancos de sangue | 44.563,37 | 46.266,70 | 43.906,79 | 39.527,01 | 39.443,61 | 36.025,39 |
| Medicamentos ARV | 704.544,45 | 702.481,31 | 773.708,19 | 618.559,49 | 616.443,81 | 562.395,27 |
| Gasto total itens | 873.254,58 | 890.117,91 | 968.038,37 | 830.690,32 | 807.853,15 | 768.322,73 |
| Gasto total | 976.138,16 | 1.033.352,96 | 1.105.242,56 | 1.005.953,12 | 897.298,94 | 904.322,58 |

Fonte: PN/DST/AIDS; Datasus; SIAFI/SIDOR.

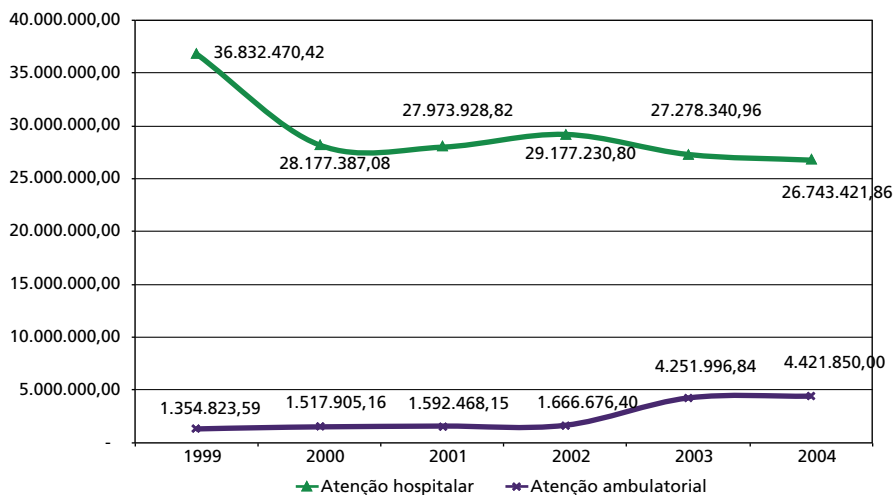
Assim, da tabela 1 foram derivados três gráficos que mostram a tendência dos gastos com atenção ambulatorial e hospitalar, testes laboratoriais, medicamentos e preservativos nos anos pesquisados.

O gráfico 1 revela clara tendência de queda nos gastos com internações. Em 1999, essas despesas foram de R\$ 36,8 milhões, passando, em 2004, para R\$ 26,7 milhões, o que representa uma queda da ordem de quase 30% em termos reais. No mesmo período, o número de internações teve discreta redução: de 38.771 internações em 1999 para 38.079, em 2004.

A diminuição no número de internações e a redução no gasto, ocorreram apesar do aumento do número de portadores do vírus que faziam uso da terapia ao longo dos anos analisados (de 73 mil pacientes, em 1999, para 147,5 mil, em 2004, de acordo com o Programa Nacional de DST e AIDS), o que demonstra a importância da terapia antirretroviral no controle das manifestações da doença e, conseqüentemente, de infecções oportunistas, reduzindo a necessidade e o tempo de internação.

GRÁFICO 1

Gasto federal com HIV/AIDS – atenção hospitalar e atenção ambulatorial – 1999-2004
(Em R\$ 1,00 médio de 2004)



Em contraposição à redução dos gastos com atenção hospitalar, as despesas com atenção ambulatorial (estimativas de gastos com consultas médicas), como era de se esperar em virtude do aumento de pacientes em tratamento com antirretrovirais, cresceram no período sob exame. De 1999 a 2002, esses gastos giravam em torno de R\$ 1,5 milhão anual, passando para mais de R\$ 4 milhões nos dois anos subsequentes.

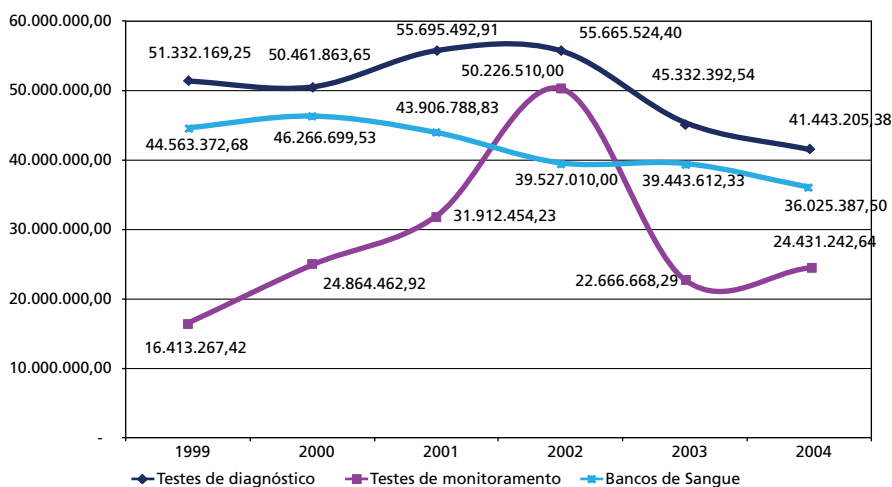
Os gastos com testes de diagnóstico, hemoterapia e testes de monitoramento também merecem especial consideração e podem ser analisados no gráfico 2. Em relação ao primeiro, verifica-se o crescimento do gasto até 2001 e sua estabilização até o ano seguinte. A partir de 2003, houve quedas dos gastos com a compra de testes de diagnóstico. Cotejando esses resultados com a quantidade de testes realizados, verifica-se que o crescimento dos gastos, nos três primeiros anos da série, são condizentes com o expressivo aumento do número de testes realizados: em 1999, a quantidade de testes de monitoramento realizados foi de 2.848.463; em 2000, salta para 3.172.945 e, em 2001, para 3.847.885. Em 2002, a estabilização dos gastos também está associada ao crescimento mais modesto do número de testes realizados, aliado à redução do valor real por teste. Em 2003 e 2004, a redução dos

gastos com testes de diagnóstico pode ser justificada pela manutenção do número de testes realizados nos patamares do ano anterior (3.962.559 e 3.850.152, respectivamente). Em parte, esse comportamento deveu-se à modificação na recomendação para o diagnóstico do HIV de dois para um teste a partir de 2003.

GRÁFICO 2

Gasto federal com HIV/AIDS – testes de diagnóstico, monitoramento e bancos de sangue – 1999-2004

(Em R\$ 1,00 médio de 2004)



Os gastos com bancos de sangue,³ por sua vez, apresentaram, com exceção do ano de 2000, quando houve pequeno incremento das despesas, tendência declinante, atingindo em 2004 o menor gasto de todo o período: R\$ 36 milhões, o que é quase 20% inferior, em termos reais, às despesas observadas no primeiro ano da série.

De 1999 a 2003, houve discreto incremento da quantidade aprovada de testes de triagem de sangue: de 2.829.965 testes, em 1999, passou para 2.960.121, em 2003. Em 2004, houve redução do número de testes realizados (2.882.031), aos níveis observados em 2001. Essa situação está associada à redução, em algumas regiões, do número de doações.

Por fim, as despesas com testes de monitoramento apresentaram comportamento errático ao longo do período estudado. Partem de patamar mínimo (R\$ 16,4 milhões), em 1999, atingem seus pontos máximos em 2001 (R\$. 31,9 milhões) e em 2002 (R\$ 50,2 milhões). Em 2003, no entanto, caem para

3. Como se trata de um conjunto de testes, o valor para triagem para HIV/AIDS, como mencionado anteriormente, foi estimado como correspondendo a 2/12 avos do total registrado.

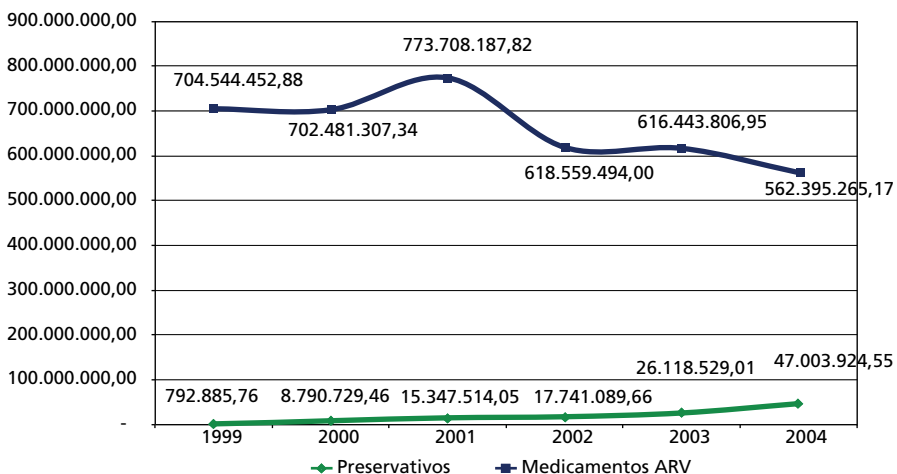
R\$ 22,6 milhões, para, finalmente, alcançar o valor de R\$ 24,4 milhões em 2004. Na análise das despesas com testes de monitoramento há que se considerar a presença de possíveis inconsistências no cômputo dos dados referentes ao ano de 2001 e 2002 e as modificações ocorridas na forma de financiamento, nas aquisições dos insumos, as quais serão tratadas mais a frente.

A quantidade de testes realizados evoluiu da seguinte forma ao longo do período: em 1999, a quantidade de testes aprovada pelo Ministério da Saúde foi de 41.539; em 2000, saltou para 323.486; em 2001, 309.377; em 2002, 422.667 testes; em 2003, 553.867 testes; e, em 2004, 587.091 testes. Observa-se que houve constante aumento do número de testes de monitoramento do HIV/AIDS realizados no Brasil. Esse comportamento não é suficiente para explicar o incremento expressivo desses gastos em 2001 e 2002 e, muito menos, a redução observada nos anos subsequentes.

Hipóteses mais consistentes para explicação dessa evolução dos gastos poderia ser buscada no exame mais detalhado das modificações nas formas de financiamento, ao longo do período, conforme mencionado na metodologia do estudo, bem como nas taxas de câmbio e no preços praticados nas aquisições. Ademais, deve-se ressaltar que nos últimos anos teve início a fabricação nacional de alguns tipos de testes.

Por fim, os gastos com medicamentos antirretrovirais e preservativos são mostrados no gráfico a seguir.

GRÁFICO 3
Gasto federal com HIV/AIDS – medicamentos e preservativos – 1999-2004
 (Em R\$ 1,00 médio de 2004)



Os gastos com preservativos, no período de 1999 a 2004, apresentaram crescimento consistente. Partindo de gastos modestos (R\$ 792,8 milhares) no primeiro ano da série, houve, em 2001, forte incremento dessas despesas, que passaram para R\$ 8,8 milhões. Em 2002, a tendência de crescimento dos gastos com esse item continuou com sua duplicação em relação ao ano anterior (R\$ 15,3 milhões). Desde então os gastos com preservativos têm aumentado continuamente e, finalmente, em 2004, observou-se, mais uma vez, expressivo crescimento em relação ao ano de 2003 (R\$ 26,1 milhões e R\$ 47 milhões, respectivamente).

Por fim, considerando a inflação no período, os gastos com a aquisição de medicamentos antirretrovirais se mantiveram estáveis ao longo dos anos de 1999 e 2000 (por volta de R\$ 700 milhões), sofrendo incremento real de cerca de 10% no ano seguinte, quando atingiram seu ápice. Nos três anos seguintes, o gasto se estabilizou em torno de R\$ 618 milhões. Essa tendência, associada ao aumento do número de pacientes em tratamento, resultou na queda do gasto médio por paciente, que atingiu o menor valor em 2004.

3.2 Gastos com HIV/AIDS e gastos federais com saúde

Os gastos com HIV/AIDS, nos anos analisados, representaram, em média, 3,3% das despesas federais com ações e serviços de saúde.⁴ A participação dos gastos com o combate à epidemia apresentou tendência ascendente de 1999 a 2001, atingindo o ápice neste último ano; nos anos subsequentes da série houve persistente queda dessa participação. Mesmo em 2004, quando houve o registro do maior volume de gasto na série analisada, a participação percentual dessas despesas no total do gasto federal com ações e serviços de saúde foi menor do que nos anos anteriores da série. Esse fato deve-se ao crescimento, em percentuais mais elevados, do gasto total do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde, como decorrência da Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

TABELA 2

Percentual do gasto federal com ações e serviços públicos de saúde comprometido em ações de combate ao HIV/AIDS – 1999-2004
(Em R\$ bilhões)

| | Gastos com saúde | Gasto AIDS | Gasto AIDS/gasto saúde (%) |
|------|------------------|------------|----------------------------|
| 1999 | 18,4 | 0,643 | 3,49 |
| 2000 | 20,4 | 0,729 | 3,57 |
| 2001 | 22,5 | 0,831 | 3,69 |
| 2002 | 24,7 | 0,800 | 3,24 |

(Continua)

4. Gasto federal com ações e serviços públicos de saúde corresponde ao gasto total do Ministério da Saúde, menos os gastos com inativos e pensionistas e despesas com juros e encargos das dívidas interna e externa.

(Continuação)

| | Gastos com saúde | Gasto AIDS | Gasto AIDS/gasto saúde (%) |
|------|------------------|------------|----------------------------|
| 2003 | 27,2 | 0,842 | 3,10 |
| 2004 | 32,7 | 0,904 | 2,76 |

Fonte: SIOPS e Teixeira.

Retirados os gastos com a compra de medicamentos antirretrovirais do total das despesas com HIV/AIDS, verificou-se que a redução ou o aumento das despesas com o item de maior peso no combate à epidemia não pareceu influenciar o comportamento dos demais gastos com promoção, prevenção e tratamento do HIV/AIDS. Assim, ao longo dos anos analisados, a diminuição dos gastos com a aquisição de antirretrovirais não provocou aumento das despesas com outros itens. Da mesma forma, as variações a maior nos gastos com medicamentos para a AIDS não se deu por meio do remanejamento interno do orçamento do PN-DST/AIDS, o que leva a crer que tal ajuste possa ter ocorrido em outros itens de despesas com saúde.

Analisando apenas os dispêndios com a aquisição de antirretrovirais, observa-se, na tabela 3, que esses gastos representavam, de 1999 a 2001, aproximadamente 2,5% dos gastos federais com ações e serviços públicos de saúde, passando, nos dois anos seguintes, a um patamar de cerca de 2%. Em 2004, atingiu-se o menor percentual de gastos com a compra de medicamentos como proporção do gasto federal em saúde (1,72%).

TABELA 3

Percentual do gasto federal com saúde comprometido com a compra de medicamentos antirretrovirais – 1999-2004
(Em R\$ bilhões)

| | Gastos com saúde | Gasto com ARV | Gasto ARV/gasto saúde (%) |
|------|------------------|---------------|---------------------------|
| 1999 | 18,4 | 0,464 | 2,52 |
| 2000 | 20,4 | 0,496 | 2,43 |
| 2001 | 22,5 | 0,583 | 2,59 |
| 2002 | 24,7 | 0,505 | 2,04 |
| 2003 | 27,2 | 0,578 | 2,13 |
| 2004 | 32,7 | 0,562 | 1,72 |

Fonte: SIOPS; Teixeira.

A tabela 4 mostra o gasto do Ministério da Saúde com medicamentos no período 1999 – 2004. Pode-se observar que os medicamentos cujos gastos apresentam maior crescimento são os de dispensação excepcional, seguidos dos medicamentos do grupo dos estratégicos.

TABELA 4
Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos – 1999-2004
 (Em R\$ milhões)

| Ano | ARV | Estratégicos | Excepcionais | Farmácia básica | Farmácia pop. | Total |
|------|--------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
| 1999 | 464,52 | 836,09 | 189,50 | 124,20 | – | 1.149,79 |
| 2000 | 495,79 | 827,29 | 358,60 | 164,20 | – | 1.350,09 |
| 2001 | 583,40 | 858,28 | 449,50 | 168,30 | – | 1.476,08 |
| 2002 | 505,86 | 1.147,20 | 462,70 | 165,60 | – | 1.775,50 |
| 2003 | 578,28 | 1.184,97 | 597,40 | 176,60 | – | 1.958,97 |
| 2004 | 562,40 | 1.417,60 | 825,60 | 136,00 | 12,90 | 2.392,10 |

Fonte: MS/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.

A tabela 5 mostra que os gastos com a aquisição de medicamentos antirretrovirais, de 1999 a 2004, representaram, em média, 52% dos dispêndios com medicamentos estratégicos e 33% dos gastos totais com a compra de medicamentos pelo Ministério da Saúde, os quais compreendem as despesas com aquisição de medicamentos estratégicos mais aqueles relativos aos programas de farmácia básica, farmácia popular e medicamentos excepcionais.

Os medicamentos estratégicos, entre os quais se encontram os antirretrovirais, são definidos como aqueles medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e que tenham impacto socioeconômico. Os medicamentos estratégicos também atendem aos programas de tuberculose, hanseníase, endemias focais, sangue e hemoderivados.

Verifica-se, na tabela 5, que a tendência, a partir de 2002, é de sensível redução da participação dos gastos com antirretrovirais tanto na comparação com as despesas com medicamentos estratégicos, como em relação às despesas totais do MS com a compra de medicamentos. Essa redução é resultado não só da relativa manutenção dos gastos com antirretrovirais, mas, principalmente, do aumento dos gastos com medicamentos estratégicos e excepcionais. Em 2001, os medicamentos para AIDS representaram 68% dos gastos com medicamentos estratégicos, passando, em 2004 a representar pouco menos de 40%. Tomando-se como referência os gastos totais do MS com a compra de medicamentos, a maior participação dos antirretrovirais nesse total foi em 1999 (40%) e a menor também foi registrada em 2004 (23%).

TABELA 5

Participação do gasto com medicamentos antirretrovirais nos gastos com medicamentos estratégicos e no gasto total com medicamentos do Ministério da Saúde – 1999-2004

(Em R\$ milhões)

| Ano | ARV | Estratégicos | ARV/Estratég. (%) | Total | ARV/Total (%) |
|------|--------|--------------|----------------------|-----------------|------------------|
| 1999 | 464,52 | 836,09 | 55,56 | 1.149,79 | 40,40 |
| 2000 | 495,79 | 827,29 | 59,93 | 1.350,09 | 36,72 |
| 2001 | 583,40 | 858,28 | 67,97 | 1.476,08 | 39,52 |
| 2002 | 505,86 | 1.147,20 | 44,09 | 1.775,50 | 28,49 |
| 2003 | 578,28 | 1.184,97 | 48,80 | 1.958,97 | 29,52 |
| 2004 | 562,40 | 1.417,60 | 39,67 | 2.392,10 | 23,51 |

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/MS.

3.3 Gastos federais com HIV/AIDS por regiões brasileiras – 2001 a 2004

Em média, nos quatro anos de que se dispõe de dados regionalizados do gasto federal com HIV/AIDS, conforme revela a tabela 6, a participação da região Sudeste nesses recursos foi de 54%, seguida da região Sul (16,2%). Os gastos nacionais, que representam os gastos não passíveis de regionalização, alcançaram 11,4% do gasto federal. Em 2004, último ano da série, a participação da região Sudeste nos gastos federais, no entanto, diminuiu significativamente, observando-se incremento dos gastos alocados nas demais regiões.

TABELA 6

Distribuição do gasto federal com HIV/AIDS, por região – 1999-2004

(Em %)

| Ano | Nacional | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Total |
|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 2001 | 12,91 | 2,52 | 9,48 | 54,17 | 15,90 | 5,02 | 100,00 |
| 2002 | 14,04 | 2,62 | 10,29 | 51,92 | 16,52 | 4,60 | 100,00 |
| 2003 | 7,58 | 2,84 | 10,74 | 58,10 | 15,74 | 5,00 | 100,00 |
| 2004 | 10,69 | 3,21 | 12,01 | 51,99 | 16,89 | 5,21 | 100,00 |
| Total | 11,47 | 2,78 | 10,56 | 53,99 | 16,25 | 4,96 | 100,00 |

Fonte: Teixeira e Piola.

A distribuição dos gastos federais entre as regiões brasileiras tem sido, grosso modo, compatível com o número de casos notificados de AIDS, utilizado, neste estudo, como para necessidades de ações em HIV/AIDS. Em 2004, no entanto, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, os gastos federais foram proporcionalmente inferiores à distribuição do estoque de casos notificados. Por outro lado, a região Sul – que nos anos anteriores vinha recebendo percentuais inferiores ao

estoque de casos –, passou a ter maior participação, enquanto a região Sudeste, apesar de ainda manter participação percentual nos gastos superior ao estoque de casos, teve essa participação diminuída.

TABELA 7

Distribuição dos casos notificados de AIDS, excluídos os óbitos, e do gasto federal com HIV/AIDS por região – 2001-2004
(Em %)

| Região | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | |
|--------------|-------------------------|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|-------------------|
| | Casos de AIDS–1980-2001 | Gasto Federal | Casos de AIDS–1980-2002 | Gasto Federal | Casos de AIDS–1980-2003 | Gasto Federal | Casos de AIDS–1980-2004 | Gasto Federal (%) |
| Norte | 2,26 | 2,89 | 2,16 | 3,05 | 3,40 | 3,10 | 5,38 | 3,60 |
| Nordeste | 10,10 | 10,88 | 9,87 | 11,97 | 11,53 | 11,60 | 15,09 | 13,45 |
| Sudeste | 61,43 | 62,20 | 60,62 | 60,40 | 54,88 | 62,90 | 52,13 | 58,21 |
| Sul | 20,37 | 18,25 | 21,68 | 19,22 | 21,85 | 17,00 | 18,63 | 18,91 |
| Centro-Oeste | 5,84 | 5,77 | 5,68 | 5,36 | 8,33 | 5,40 | 8,76 | 5,84 |

Fonte: Boletins Epidemiológicos. PN-DST/AIDS/MS e Teixeira.
Elaboração dos autores.

A tabela 8, a seguir, mostra a distribuição, em cada região, dos gastos federais com HIV/AIDS acumulados entre 2001 e 2004, segundo os itens de despesa selecionados.

TABELA 8

Distribuição dos gastos federais com HIV/AIDS, por item de despesa, segundo região – 2001-2004
(Em %)

| | Hospitalar | Ambulatorial | Teste monit. e diagn. | ARV | IEC | Preservativos | Bancos de sangue | TOTAL |
|--------------|-------------|--------------|-----------------------|--------------|-------------|---------------|------------------|-------|
| Nacional | – | – | 1,04 | 47,48 | 19,14 | 32,34 | - | 100 |
| Norte | 6,02 | 0,31 | 14,38 | 65,10 | 2,76 | 1,29 | 10,13 | 100 |
| Nordeste | 4,96 | 0,33 | 11,80 | 71,05 | 2,20 | 0,76 | 8,91 | 100 |
| Sudeste | 2,91 | 0,40 | 9,86 | 81,78 | 0,82 | 0,39 | 3,83 | 100 |
| Sul | 4,81 | 0,39 | 10,09 | 77,22 | 1,23 | 0,95 | 5,32 | 100 |
| Centro-Oeste | 3,08 | 0,32 | 14,00 | 70,58 | 1,97 | 0,87 | 9,19 | 100 |
| Total | 3,29 | 0,35 | 9,70 | 76,19 | 2,61 | 3,15 | 4,71 | 100 |

Fonte: Teixeira e Piola.

As despesas com compras de antirretrovirais responderam por quase metade (47,48%) dos gastos alocados ao nível central (nacional), nos quatro anos

pesquisados. Em seguida, entre as maiores participações nos gastos denominados “nacionais”, encontram-se as despesas com aquisição de preservativos (32,34%) e, finalmente, os gastos com Informação, Educação e Comunicação (IEC) que atingiram 19,14% dos gastos.

A análise da distribuição interna dos gastos federais em cada região mostra que, ao longo do período analisado, 65,1% dos gastos na região Norte foram devidos à distribuição de antirretrovirais. Esse percentual é inferior aos valores observados nas demais regiões do país, onde esse número é superior a 70%, chegando a quase 82% no Sudeste.⁵ Por sua vez, a proporção dos gastos com testes de diagnóstico e monitoramento no Norte (14,38%) supera o observado nas demais regiões. Vale registrar, também, os reduzidos gastos com atenção ambulatorial, os quais se situam aquém das despesas realizadas no restante do país. As participações dos demais itens de gasto no total das despesas com HIV/AIDS na região Norte foram as seguintes: bancos de sangue, 10,13% do gasto; atenção hospitalar, 6,02%; IEC, 2,76% e preservativos, 1,29%.

Destaca-se na distribuição do gasto federal na região Nordeste, entre 2001 e 2004, a participação dos gastos com preservativos – 0,76% do gasto na região e inferior ao encontrado em outras regiões brasileiras. O percentual das despesas com bancos de sangue no total das despesas com o combate à epidemia de HIV/AIDS no Nordeste foi de 8,91%. A distribuição dos gastos do Nordeste com os demais itens selecionados foi de 71,05%, para a compra de medicamentos antirretrovirais; 11,8%, com testes de diagnóstico e de monitoramento; 4,96%, com atenção hospitalar; 2,2% com IEC e 0,33% com consultas.

A região Sudeste diferencia-se das demais regiões brasileiras pelo elevado comprometimento com a compra de medicamentos antirretrovirais (quase 82%) do gasto na região. Em contraposição, a participação dos gastos com preservativos no total de gasto federal no Sudeste foi inferior a 1%. Também chama a atenção a pequena participação dos gastos com internações (2,91%) nas despesas totais com HIV/AIDS no estado. O percentual registrado é inferior ao de outras regiões brasileiras, entretanto, em valores absolutos, esse gasto na região Sudeste é mais de duas vezes superior ao registrado, por exemplo, na região Sul. A mesma tendência ocorre com os gastos com hemoterapia (3,83% do gasto federal na região). Os demais percentuais de gastos no Sudeste forma: IEC, 0,82%; testes de diagnóstico e de monitoramento, 9,86%; atenção ambulatorial, 0,39%.

A participação dos itens de despesa selecionados na região Sul se apresenta próxima à média da distribuição brasileira, com exceção dos gastos com IEC (1,23%), que se situam abaixo da média nacional de 2,61%. Nos demais itens,

5. A regionalização dos gastos com antirretrovirais foi feita com base nos valores médios dos tratamentos e número de pacientes cadastrados de cada região.

os percentuais foram os seguintes: 4,81% com atenção hospitalar, 77,22% com aquisição de medicamentos antirretrovirais; 10,09% com a realização de testes de diagnóstico e de monitoramento; 5,32% para a triagem de sangue; perto de 1,0% com a compra de preservativos e 0,39% com atenção ambulatorial.

No Centro-Oeste, ressalta-se a alta participação dos gastos com testes de diagnóstico e monitoramento (14%) e dos gastos com bancos de sangue (9,19%), bastante superiores à distribuição média do gasto total com esses itens (9,7% e 4,7%, respectivamente). Os gastos com a compra de antirretrovirais representaram 70,58% do total das despesas federais com HIV/AIDS no Centro-Oeste. Para os demais itens os percentuais foram: perto de 2% para despesas com IEC; 3,08% para atenção hospitalar; 0,87% para a compra de preservativos; 0,32% para atenção ambulatorial.

A tabela 9, a seguir, apresenta os mesmos dados constantes da tabela 8, organizados com ênfase nos itens de despesa. Assim, apresentam-se as participações das diferentes regiões nos gastos com cada um dos itens de despesa selecionados pelo estudo.

TABELA 9
Distribuição percentual do gasto federal com HIV/AIDS, por região, segundo item de despesa – 2001-2004
(Em %)

| | Nacional | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Total |
|--------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| Hospitalar | 0 | 4,70 | 15,11 | 50,64 | 25,05 | 4,50 | 100 |
| Ambulatorial | 0 | 2,29 | 9,27 | 65,15 | 18,89 | 4,40 | 100 |
| Teste de diagn. e monit. | 0,87 | 3,81 | 12,21 | 58,32 | 17,86 | 6,94 | 100 |
| ARV | 5,03 | 2,19 | 9,36 | 61,57 | 17,40 | 4,45 | 100 |
| IEC | 59,08 | 2,71 | 8,43 | 18,10 | 8,05 | 3,62 | 100 |
| Preservativos | 82,91 | 1,05 | 2,43 | 7,10 | 5,19 | 1,33 | 100 |
| Bancos de Sangue | 0,00 | 5,53 | 19,01 | 46,70 | 19,38 | 9,38 | 100 |
| Total | 8,07 | 2,57 | 10,04 | 57,36 | 17,16 | 4,81 | 100 |

Fonte: Teixeira e Piola.

Observa-se que, de 2001 a 2004, do total de gastos federais com internações, 50,64% foram realizados no Sudeste e 25,05% no Sul, cuja participação foi igual à soma das regiões Centro-Oeste (4,5%), Norte (4,7%) e Nordeste (15,11%). As duas regiões de maiores gastos com internações agregaram, em 2004, quase 71% dos casos notificados de AIDS, excluídos os óbitos.

As reduções das taxas de mortalidade pelo HIV/AIDS, bem como o aumento do número de novos pacientes em acompanhamento requereram maior atenção da rede ambulatorial. Tendo em vista que a região Sudeste possui o maior número

de pessoas vivendo com HIV/AIDS em seguimento, não surpreende que nessa região sejam realizados 65,15% dos gastos com consultas, seguida da região Sul (18,89%). Não obstante, a participação dos gastos com consultas nas demais regiões, entre 2001 e 2004 – 2,29% no Norte; 9,27% no Nordeste e 4,4% no Centro-Oeste – está aquém do número de pessoas em tratamento nessas regiões, conforme pode ser visto na tabela 10, que traz uma estimativa do número de pacientes em seguimento por região, segundo o uso de ARV. Esses percentuais no Norte, no Nordeste e no Centro-Oeste foram de 3,3%, 12,6% e 6,0%, respectivamente.

TABELA 10
Pacientes em uso de ARV por região – dezembro de 2006

| Região | Pacientes em uso de ARV | % |
|--------------|-------------------------|------------|
| Sudeste | 101.101 | 60,5 |
| Norte | 5.447 | 3,3 |
| Nordeste | 21.104 | 12,6 |
| Sul | 29.481 | 17,6 |
| Centro-Oeste | 9.981 | 6 |
| Total | 167.114 | 100 |

Fonte: SISCEL e SICLOM/PN-DST/AIDS/MS.

A região Sudeste foi responsável por 58,32% dos gastos com testes no Brasil, seguida da região Sul (18,89%). Observa-se que os percentuais de gastos federais com testes nessas regiões seguem de perto o número de pessoas vivendo com AIDS em tratamento. A distribuição dos gastos federais com testagem nas demais regiões também é condizente com o número de pacientes em seguimento. Essa comparação entre gastos com testes e pacientes em tratamento por região é válida especialmente quando se trata de despesas com testes de monitoramento do HIV/AIDS. Os gastos com testes de diagnóstico, no entanto, seguem outra lógica e melhor se adequam portanto, à comparação com o volume populacional total de cada região. Como, neste estudo, os dados de gastos com testagem não estão desagregados em testes de diagnóstico e de monitoramento, essa análise não foi levada a cabo.

Os gastos com testagem – tanto testes de monitoramento e diagnóstico do HIV/AIDS como testes para triagem de sangue – representam maior percentual do gasto nas regiões Norte e Centro-Oeste que, paradoxalmente, apresentam menor número de casos por habitante. Esse dado pode sugerir insuficiência de testagem nas demais regiões ou sobretestagem e ineficiência no Norte e no Centro-Oeste do país. Chama a atenção, também, o fato de ser, justamente nesses estados onde a participação do gasto com testagem é alto, expressiva a proporção de pessoas com HIV que iniciam o acompanhamento clínico tardiamente e onde é maior o risco de morte por AIDS.

Por possuir abrangência nacional, grande parte dos gastos federais com campanhas de mídia são realizados preponderantemente pelo nível central. Destaca-se, contudo, a elevada participação de recursos federais direcionados para essa atividade na região Nordeste (8,43%), similar à observada na região Sul. O Norte absorve 2,71% desse gasto e o Centro-Oeste, 3,62%.

Apesar de tanto o Ministério da Saúde como as secretarias estaduais comprarem preservativos, os gastos reportados neste estudo são apenas os realizados com recursos federais. Os preservativos, nesse caso, são comprados de forma centralizada e distribuídos para os estados. Contudo, ao contrário do que foi feito em relação aos gastos com a aquisição de medicamentos antirretrovirais, não foi possível recuperar informações que permitissem a distribuição do valor total desse insumo por região, prejudicando a análise regional desse gasto federal. Dessa forma, 82,91% do gasto permaneceu alocado como nacional, sendo regionalizado apenas uma parcela menor: o Sudeste 7,1%, a região Sul 5,19%, o Norte 1,05% e o Nordeste 2,43%.

A participação das regiões nos gastos com bancos de sangue não seguiu tão de perto a população de cada uma das regiões brasileiras, estimada pelo IBGE para o ano de 2004. Assim, enquanto a participação dos gastos do Sudeste com hemoterapia nos gastos totais com esse item é de 46,7%, o percentual da população brasileira residente nessa região é de 42,6%. Esses percentuais são de 19,38% e 14,7%, respectivamente, para a região Sul. No Nordeste, que conta com 27,8% da população brasileira, foram realizados 19,01% dos gastos, o que denota que devem ocorrer problemas de acesso a esse serviço na referida região. Os gastos em bancos de sangue para a testagem relativa ao HIV/AIDS também são inferiores ao percentual da população na região Norte (7,9% da população brasileira e 5,53% do gasto). No Centro-Oeste essa relação é invertida: 7% da população e 9,38% dos gastos com hemoterapia no período estudado.

Finalmente, nas regiões Sudeste e Sul estão concentrados quase 80% dos gastos federais com a compra de medicamentos antirretrovirais. Mas, como se sabe, essas regiões, desde o início, possuem o maior número de pacientes em tratamento: 78,1% do total nacional, em dezembro de 2006 (tabela 10). De 2001 a 2004, o valor alocado nessas regiões foi, portanto, de cerca de dois bilhões de reais. Para a região Nordeste foram direcionados 9,36% do gasto federal com medicamentos ARV; 2,19% desse gasto foram realizados na região Norte e 4,45%, na região Centro-Oeste.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os gastos federais com o combate ao HIV/AIDS no Brasil totalizaram, de 1999 a 2004, cerca de R\$ 800 milhões anuais e, considerando a inflação no período, em torno de R\$ 1 bilhão por ano. Para se ter uma noção mais integral do comprometimento

público com a epidemia seria necessário somar, a esses valores, os gastos realizados por estados e municípios. Para o ano de 2004, os gastos com recursos próprios de estados e municípios representaram 37% dos gastos federais. Assim, as despesas das três esferas de governo para o combate ao HIV/AIDS, naquele ano, foram de R\$ 1,24 bilhão. Esses números mostram a prioridade atribuída ao combate à epidemia e o compromisso dos governos em termos financeiros.

Conquanto seja relevante dispor de informações sobre a magnitude financeira do combate ao HIV/AIDS, uma apreciação crítica dos dados deve considerar a tendência dessa variável ao longo da série histórica disponível e as perspectivas para seu comportamento futuro. Tal análise responderia assim a questões quanto à alocação de recursos entre as diversas ações envolvidas no combate à epidemia, bem como às possibilidades de continuar a desenvolver tal política nas bases atuais. Em outras palavras, trata-se de analisar a sustentabilidade da política de HIV/AIDS no Brasil, de forma a subsidiar a tomada de decisões.

Para se precisar o comportamento desses gastos, as despesas com os itens de maior participação no total dos dispêndios federais para o combate à epidemia foram coletados e analisados. Nesse contexto, os gastos com a aquisição de medicamentos antirretrovirais, devido à sua elevada participação nos gastos totais com HIV/AIDS nos anos pesquisados, ocupam lugar de destaque.

No período sob análise, observou-se que os gastos com ARVs, em valores de 2004, foram ascendentes de 1999 a 2001 e sofreram redução de 2002 a 2004. A explicação para o aumento dos gastos com essas drogas no primeiro período está principalmente relacionada à incorporação de novos e mais caros medicamentos (como o Efavirenz, em 1999) e ao aumento do número de pacientes em uso da terapia antirretroviral. No período seguinte, a diminuição do gasto se deveu, fundamentalmente, ao êxito nas negociações de preços com a indústria farmacêutica multinacional e à produção nacional de medicamentos, que chegou a representar 56% do total das drogas contra AIDS consumidas no País.

Indubitavelmente, esses resultados mostram que as ações do governo federal foram eficazes, no período estudado, para reduzir os preços médios dos medicamentos antirretrovirais e, mais ainda, que a condução da política de HIV/AIDS no Brasil, com acesso universal a esses medicamentos, contribuiu para reduzir as despesas com outros itens, como internações e compra de medicamentos para infecções oportunistas, e conter o avanço da epidemia, alcançando relativa estabilidade da incidência da doença nos últimos anos. Como proporção das despesas federais com saúde, verificou-se, nos anos pesquisados, diminuição da participação desses gastos.

Em 2005, a tendência declinante, em relação a 2004, dos dispêndios com a compra de ARVs foi revertida, devido, especialmente: aos resultados pouco

expressivos das negociações com os laboratórios multinacionais; à produção nacional que já dava sinais da limitação de sua capacidade, resultando em preços mais elevados dos medicamentos genéricos produzidos no país; ao aumento dos preços dos insumos decorrente da adesão dos países fabricantes aos acordos internacionais sobre propriedade intelectual e à introdução de drogas mais caras, de segunda e terceira gerações, no esquema terapêutico, entre outros fatores.

Em 2006, houve ligeira queda dos gastos com medicamentos antirretrovirais que dependeu de fatores exógenos à política de combate ao HIV/AIDS no Brasil, como a apreciação do real frente ao dólar, a qual diminuiu os preços em reais desses medicamentos. Para o futuro próximo, espera-se que o impacto da quebra da patente do medicamento Efavirenz provoque uma redução desses preços, contribuindo para conter os gastos com drogas ARV.

Segundo estimativas de Grangeiro ., os gastos com aquisição de medicamentos ARV totalizaram R\$ 705 milhões, em 2005, e R\$ 654 milhões, em 2006.

Cabe indagar se os próximos desdobramentos nesse mercado serão capazes de garantir a sustentabilidade da política de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais, com incorporação de novas drogas. Os dados apresentados mostram que os gastos com a aquisição desses medicamentos apresentaram evolução não definida, não sendo possível precisar uma trajetória clara, de forma a que se possa realizar projeções sobre o seu comportamento. Como foi dito, a sustentabilidade dessa política, ao longo dos anos pesquisados, dependeu de fatores que hoje não mais se apresentam ou que são externos a essa política. Mesmo assim, fica patente, conforme dados de Grangeiro *et al.*, que, a partir de 2005, os gastos com a compra dessas drogas passaram a se situar em novo patamar, claramente superior às despesas verificadas nos anos anteriores.

Assim, pode-se vislumbrar que a intensificação das ações nos próximos anos tenha que depender mais do ambiente econômico (crescimento do PIB e orçamento da Saúde) e de decisões fora da alçada do Programa Nacional de DST e AIDS (política industrial e de ciência e tecnologia), bem como pela concorrência por recursos com outras necessidades de saúde.

Quando cotejada com as despesas federais com saúde, essa afirmação fica ainda mais evidente. No período pesquisado, os dispêndios totais do governo federal com HIV/AIDS representaram 3,3% dos gastos do Ministério da Saúde. Apesar de elevados, a boa notícia é que, nos últimos anos, os gastos com HIV/AIDS têm consumido uma parcela decrescente das despesas federais com ações e serviços de saúde. Em valores absolutos, há tendência à estabilização das despesas com HIV/AIDS no período de 1999 a 2004,

Outra questão que merece atenção nos debates acerca dos aspectos financeiros da luta contra o HIV/AIDS no Brasil diz respeito ao patamar em que os gastos com

medicamentos antirretrovirais se encontram e se tais despesas são condizentes com o nível de atendimento das demais necessidades de saúde da população brasileira.

A esse respeito, cabe ressaltar que, de 1999 a 2004, os gastos com medicamentos antirretrovirais responderam por 50% dos recursos federais alocados para a compra de medicamentos estratégicos. Mas a participação é decrescente: era de quase 70% do total em 2001 e baixou para cerca de 40% em 2004. Em relação ao gasto total do Ministério com assistência farmacêutica, o gasto com antirretrovirais correspondeu, em média, a 33%.

O restante do gasto com assistência farmacêutica deveria atender às demais necessidades de saúde da população brasileira, entre as quais estão incluídos os cerca de 30 milhões de hipertensos e os 16 milhões de diabéticos, para citar apenas alguns agravos que requerem o uso continuado de medicamentos. No entanto, as famílias vêm comprometendo expressiva parcela de suas rendas com a compra desses e de outros medicamentos. Do total dos gastos familiares com assistência à saúde, a aquisição de medicamentos, em particular, responde, de acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 1995/1996, por metade de tal dispêndio nas famílias com renda de até seis salários-mínimos.

Em relação aos demais itens de gasto, convém destacar a robusta elevação das despesas com preservativos, que devem produzir impactos positivos sobre os futuros gastos com HIV/AIDS.

Por fim, verificou-se que, no período sob análise, os gastos regionais com os itens de despesa selecionados acompanharam as necessidades de ações para o combate à epidemia, quando se usa como dos gastos com tratamento o número de casos de AIDS e dos gastos com prevenção, a população regional, a despeito das limitações da utilização desses referenciais.

REFERÊNCIAS

FORSYTHE, S. S. **The Affordability of Antiretroviral Therapy in Developing countries**: what Policymakers need to know. Liverpool School of Tropical Medicine. AIDS Economics Home Page. Sem data (s/d). <<http://www.worldbank.org/aids-econ/arv/background/aidconc.htm>>.

GRANGEIRO, A.; TEIXEIRA, L.; BASTOS, F.; TEIXEIRA, P. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2006; 40 (Supl.): 60-9.

GRANGEIRO . **Análise da resposta nacional ao HIV, no contexto da Declaração das Nações Unidas** (UNGASS, 2007). São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, jan. 2008.

IZAZOLA-LICEA, José Antonio; CARDONA, Ricardo V. **Financiamiento y gasto em respuesta al VIH/SIDA**:lecciones aprendidas em America Latina y Caribe. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Série de informes técnicos do Departamento de Desenvolvimento Sustentável, n. 133, mar. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Medicamentos de AIDS**. Maio 2001 (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. DATASUS/CENEPI/SIM. **Boletim Epidemiológico – AIDS**, Ano XVI, n. 01, dez. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resposta +**: A Experiência do Programa Brasileiro de AIDS. 2002b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Perfil da AIDS no Brasil e metas de governo para o controle da epidemia**. 2003a. <www.aids.gov.br/final/biblioteca/metad/metad.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e AIDS. **Política de Incentivos**:Informativo, 2003c (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância à Saúde: **Boletim Epidemiológico AIDS**, Brasília, 2000 a 2005 (vários números).

MOATTI, Jean-Paul; LUCHINI, Stéphane; SOUTEYRAND, Yves. Some reflections of economists on prices of HIV/AIDS drugs in developing countries. Improving Access to care in developing countries: lessons from practice, research, resources and partnerships. Chapter 3: Human, material and financial resources; expert contribution. Binswanger, Hans; Supawitkul, Somsak; e Bermudez, Jorge (eds.). : Report from the meeting **Advocating for access to care and sharing experiences**. Unaid/WHO. Paris, França, nov./dez. 2001.

PIOLA, S.; NUNES, J.; TEIXEIRA, L. **Sistemas de información de respuestas nacionales contra el SIDA**Flujos de financiamento y gasto em VIH/SIDA. Cuentas Nacionales em VIH/SIDA. Brasil, 1999 – 2000. SIDALAC, México, 2002.

SIDALAC. **Guía Técnica para la Estimación de Cuentas Nacionales em VIH/ SIDA** VALLADARES, R. (Org.) México DF, 2000.

SIDALAC. **Indicadores financieros de las respuestas nacionales contra el VIH/SIDA**. Cuentas Nacionales em VIH/SIDA. 2002a.

TEIXEIRA, L.; PIOLA, S.; NUNES, J. **Contas em HIV/AIDS**Estimativas do Gasto Público em 2003 e 2004. Brasília: Programa Nacional de DST e AIDS, abr. 2006 (mimeo).

A OFERTA DE SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ana Patricia Kajjura*

1 INTRODUÇÃO

A partir da Constituição de 1988, a saúde no Brasil foi instituída como direito de todos e dever do Estado. Com a Lei 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi efetivamente constituído, apresentando a universalidade, a integralidade e a igualdade da assistência à saúde como princípios, com vistas à construção de um sistema de saúde descentralizado, regionalizado e hierarquizado.

Durante os anos 90, foram editadas várias normas operacionais pelo Ministério da Saúde que determinaram as condições para descentralização do sistema de saúde brasileiro. Tinham por objetivo viabilizar o processo de implementação do SUS, especialmente no tocante ao financiamento e à regionalização dos serviços de saúde, estabelecendo critérios organizacionais e financeiros.

O estudo da oferta e da utilização dos serviços de saúde é essencial para que se conheça a forma como ocorre a alocação dos recursos públicos no interior dos sistemas de saúde e, por consequência, para que se aprimore seu controle e sua avaliação, com vistas ao alcance da equidade.

Atualmente, a assistência à saúde no SUS está estruturada em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidades. A atenção básica – eixo orientador – caracteriza-se por ações individuais e coletivas que abrangem a promoção e a proteção da saúde e, em tese, deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde.

Após várias mudanças no financiamento das ações e dos serviços de saúde pela esfera federal, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) reafirmou as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite e reforçou os mecanismos de transferência fundo a fundo, ou seja, repasses financeiros federais a estados e municípios, na forma de cinco grandes blocos de financiamento: Atenção Básica,

* Tribunal de Contas da União, Brasília. kajjuraap@tcu.gov.br. O texto é de responsabilidade exclusiva da autora, não representando o pensamento da instituição a qual está vinculada.

Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.¹

O custeio das ações de média e alta complexidade (MAC) é responsável pela execução da maior parte dos recursos federais despendidos pelo Ministério da Saúde em assistência médica, segundo dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal Gerencial, disponíveis a partir de 2004 (tabela 1).

TABELA 1
Despesa total realizada pelo Ministério da Saúde (valores correntes) – Brasil, 2004-2009
 (Em R\$ milhões)

| Programa | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Atenção básica | 4.607 | 4.534 | 6.229 | 7.371 | 7.988 | 8.340 |
| Assistência ambulatorial e hospitalar especializada | 15.081 | 14.390 | 17.914 | 20.494 | 22.014 | 24.676 |
| Outros programas | 10.187 | 8.350 | 13.038 | 13.248 | 18.235 | 20.968 |
| Despesa total realizada pelo MS | 29.876 | 27.275 | 37.182 | 41.113 | 48.237 | 53.984 |

Fonte: Siafi Gerencial.

A atenção de média e alta complexidade vem sendo reorganizada, paulatinamente, por políticas nacionais, publicadas pelo Ministério da Saúde, com recortes variados. Tais recortes podem ser baseados em problemas de saúde ou serviços específicos dirigidos a determinados segmentos da população, como as políticas nacionais de atenção cardiovascular, de atenção à saúde auditiva, ao portador de doença renal, de procedimentos eletivos de média complexidade e de atenção oncológica. Também há linhas de ação que dizem respeito a problemas de saúde e outras questões assistenciais de aperfeiçoamento da rede pública de saúde, como: assistência em unidade de tratamento intensivo, redes estaduais de assistência a queimados, sistema nacional de transplantes e área de saúde da criança. Ainda há procedimentos, como exames com finalidade diagnóstica e procedimentos clínicos e cirúrgicos, que também estão incluídos no bloco MAC.

A média complexidade é composta por ações e serviços que necessitam de profissionais especializados e de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A organização das ações de média complexidade deve ser regionalizada e considerar, além da necessidade de profissionais qualificados e especializados,

1. A Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006, encontrava-se vigente até o dia 4 de setembro de 2010, segundo a Portaria 2.230, publicada no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009.

os dados epidemiológicos e sociodemográficos de cada localidade, buscando correspondências entre a prática clínica e a capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica, a complexidade e o custo dos equipamentos, a abrangência recomendada para cada tipo de serviço e a economia de escala. Os parâmetros de concentração para os procedimentos de média complexidade devem refletir, além das necessidades em saúde, o seu impacto financeiro e as disponibilidades de sua cobertura com os recursos disponíveis.

Já a alta complexidade engloba procedimentos de alta tecnologia e alto custo, que devem estar integrados aos demais níveis de atenção à saúde. As principais áreas estão organizadas em redes de atenção, como: assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular, vascular e cardiovascular pediátrica; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia e cirurgia de implante coclear; procedimentos em fissuras labiopalatais, entre outros.

Diante do padrão de crescimento da despesa realizada com essas ações, e consequente relevância das ações de média e alta complexidade, fica evidente a necessidade de estudos que examinem a produção e a distribuição dos procedimentos que fazem parte desse bloco.

2 A EQUIDADE E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE

No Brasil, embora o SUS tenha sido criado como um sistema único e universal, ao longo das duas últimas décadas, pode se observar um mercado de planos e seguros privados cada vez mais consolidado (SANTOS, 2007). Além disso, foi prevista a participação de instituições privadas de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, desde a sua concepção. Portanto, a oferta de serviços de saúde no país resulta de uma combinação de serviços oferecidos pelo SUS – que podem ser prestados em estabelecimentos públicos, filantrópicos ou em privados credenciados – e de serviços inteiramente privados.

Mesmo com essa crescente participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro, em seu sentido amplo, os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade na atenção à saúde são afirmados como a finalidade ética e política do SUS para a melhoria das condições de saúde e de vida da população brasileira (VIEIRA DA SILVA *et al.*, 2003). A equidade é reconhecida como um dos princípios da base do SUS, ainda que não literalmente explicitada na legislação (VIANA *et al.*, 2001).

A literatura sobre equidade em saúde e em serviços de saúde é ampla e escrita sob diferentes perspectivas, mas muitas vezes sua discussão é teórica e distanciada do aspecto prático das políticas públicas (CULYER, 2001).

O mesmo acontece com os conceitos correlatos à equidade em saúde, como acesso, necessidade, oferta, demanda e utilização de serviços. São amplos e polisêmicos, sujeitos a diferentes interpretações, que variam de acordo com o contexto em que são aplicados.

Whitehead (2000) remete o conceito de equidade em saúde à noção de que todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde, sem desvantagens para alcançá-lo. Desse modo, a equidade em saúde não busca eliminar todas as diferenças existentes, mas sim reduzir ou eliminar as que resultam de fatores de risco associados à saúde que são considerados evitáveis.

Culyer (2001) considera que o foco da discussão sobre equidade está na alocação de recursos. O princípio de que os recursos devem ser alocados de acordo com a necessidade é encontrado com frequência na literatura especializada. Uma das vertentes da necessidade pode ser definida como recursos ou despesas necessários para se alcançar o benefício. Se os recursos são insuficientes para esgotar todos os potenciais benefícios, deve-se encontrar a forma mais equitativa de distribuição dos recursos existentes em toda a gama de necessidades.

Em revisão bibliográfica sobre a utilização da avaliação econômica como ferramenta para a definição de prioridades em serviços de saúde, Hauck *et al.* (2004) discutiram vários conceitos relativos à equidade e concluíram que muitas contribuições relativas a esse conceitos são essencialmente teóricas, afastando-se de aplicações práticas. A maioria dessas considerações pode ser apreendida em duas grandes categorias: equidade relativa ao conceito de necessidade e equidade relacionada ao acesso aos serviços.

Goddard e Smith (2001 *apud* HAUCK, K.; SMITH, P. C.; GODDARD, M., 2004) desenvolveram um modelo para investigar desigualdades no acesso aos serviços de saúde baseado na medida de sua utilização. Esses autores destacam que a equidade no acesso é puramente um critério sob o ponto de vista da oferta, considerando que a utilização é determinada pela interação entre oferta e demanda por serviços de saúde. Separando as influências na utilização de serviços dos fatores relacionados à oferta e à demanda, poder-se-ia identificar a variação no acesso entre subgrupos.

Outra forma de avaliação das necessidades de atendimentos de saúde e da capacidade dos serviços instalados seria pela utilização de parâmetros técnicos e epidemiológicos de necessidades de saúde da população e de produtividade de serviços. No entanto, diante da falta de parâmetros epidemiológicos, pode haver dificuldade na aplicação de parâmetros técnicos, uma vez que sua elaboração pode ser baseada em regiões ou serviços de saúde com realidades epidemiológicas e sociais diferentes daquelas em que são aplicadas, sendo conveniente a adaptação à realidade de saúde local.

A utilização dos serviços como *proxy* para o acesso ao cuidado é um método considerado mais eficaz em regiões em que ocorre uma ampla cobertura (WHITEHEAD *et al.*, 1997). A dinâmica da utilização de serviços de saúde tem sido avaliada a partir de disponibilidade, organização e mecanismos de financiamento, que atuam como elementos indutores de sua oferta (SAWYER *et al.*, 2002).

Diversos fatores estão associados à utilização de serviços de saúde. Segundo Pinheiro e Travassos (1999), a necessidade seria o fator mais importante na explicação do uso em saúde. O padrão de utilização poderia ser analisado, ainda, a partir da demanda por serviços de saúde, definida pelas características demográficas e pelo perfil de necessidades individuais (SAWYER *et al.*, 2002), além da distribuição geográfica.

Goddard e Smith (2001) assumem que pode ser encontrada uma medida satisfatória para utilização de serviços de saúde, que permitiria o desenvolvimento de um modelo com base na interação entre a oferta de serviços de saúde (representada pelo acesso) e sua demanda. Esses autores reconhecem que, em muitos casos, há interação entre oferta e demanda, de modo a produzir variações na utilização dos serviços para uma determinada necessidade, dificultando sua separação.

Portanto, o conhecimento do padrão de utilização se torna essencial para avaliação e controle dos serviços de saúde. Além disso, esse padrão influencia o processo de alocação de recursos (SAWYER *et al.*, 2002), que envolve escolhas e dificuldades específicas e complexas para operacionalizar o equilíbrio entre oferta e demanda, com vistas à inclusão universal da população (FARIAS; MELAMED, 2003) e ao alcance de uma distribuição dos serviços mais adequada pelo território.

3 OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Com o objetivo de estimar a necessidade de oferta de serviços assistenciais à população, em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS 1.101/2002, estabelecendo alguns parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, para orientar o planejamento, o controle e a avaliação dos serviços de saúde. Contudo, de maneira geral, os registros disponíveis nos sistemas de informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), pertencente ao Ministério da Saúde, muitas vezes geram vieses que inviabilizam a identificação da produção efetivamente realizada. Além disso, a diversidade de cobertura das ações e dos serviços de saúde, tanto do SUS como dos planos privados de saúde, e da variação entre perfis epidemiológicos, em um país de dimensões territoriais como o Brasil, também trazem dificuldades.

A estrutura de financiamento idealizada para o SUS acarreta ainda maior complexidade para a estimativa do padrão de utilização dos serviços de saúde

no Brasil, pois o financiamento compartilhado (tripartite) com repasses federais fundo a fundo dificulta a associação imediata e direta entre o repasse federal e a produção de serviços.

No Brasil, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), a organização e a coordenação do sistema de informação de saúde faz parte das atribuições dos entes federativos.

Os sistemas informatizados utilizados pelos órgãos que compõem o SUS são diversos e abrangem questões epidemiológicas e de prestação de serviços, com aspectos gerenciais e financeiros. Enquanto alguns armazenam informações estatísticas e epidemiológicas, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e sobre Agravos de Notificação (Sinan), outros apresentam informações clínicas e administrativas, como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), Ambulatoriais (SIA/SUS), de Atenção Básica (Siab) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Segundo Carvalho (2009), o SIH/SUS se configura como o principal instrumento para indução e avaliação das políticas relacionadas à organização e ao financiamento da assistência médico-hospitalar no sistema público de saúde, pois foi concebido para propiciar o pagamento das internações e instrumentalizar ações de controle e auditoria.

Em 1991, com o início da implantação do SUS e da transferência do Inamps para o Ministério da Saúde, o sistema que era utilizado para pagamento das internações foi renomeado como Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e estendido aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais. Essa extensão da metodologia de financiamento dos hospitais privados para os públicos foi formalizada na NOB 01/91. Com o passar do tempo, diversas críticas relacionadas à consistência dos dados, como a compatibilidade de idade e sexo com o procedimento, e do procedimento realizado com a capacidade instalada e credenciamentos específicos passaram a ser realizadas eletronicamente, na entrada dos dados no sistema (CARVALHO, 2009).

Com a NOB 01/93 foi instituída a transferência direta e automática de recursos federais para a assistência médico-hospitalar. Os municípios habilitados à condição de gestão simplificada passaram a receber antecipadamente o volume total de recursos relativo ao seu teto financeiro e a se responsabilizar pelo pagamento dos prestadores de serviços, enviando os dados tão somente para inclusão no banco de dados nacional mantido e disseminado pelo Datasus. Os estados assumiram gradativamente funções mais complexas no gerenciamento do SIA e SIH/SUS, como elaboração e supervisão da programação físico-orçamentária dos serviços ambulatoriais e consolidação e crítica do faturamento ambulatorial e hospitalar a ser apresentado ao Ministério da Saúde para pagamento (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Em 1995, foi determinado que os tetos financeiros fossem utilizados para a remuneração das internações hospitalares (SIH/SUS) e das atividades ambulatoriais (SIA/SUS) (BRASIL, 1995a).

A atualização permanente dos bancos de dados nacionais visando ao aprimoramento da organização e da operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria foi uma das medidas previstas na NOB 01/96 (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

O SIA/SUS havia sido formalmente implantado pela NOB 01/91 e, desde sua concepção, era utilizado para pagamento de serviços prestados também pela rede pública. As críticas de consistência realizadas no processamento da informação utilizam metas físicas de atendimento, e o volume de recursos programado para sua execução, bem como dados cadastrais das unidades, com correlação de procedimentos com especialidade profissional e nível de hierarquia da unidade como parâmetros. Os quantitativos de procedimentos e seus valores são previamente aprovados e criticados pelos gestores locais (CARVALHO, 1997).

A partir da NOB 01/96 foi adotada estratégia de desagregação dos serviços ambulatoriais em: básicos, a ser remunerados exclusivamente *per capita*; de média complexidade, mantidos nas rotinas estabelecidas para o SIA/SUS, de prévia programação físico-orçamentária e registro da produção por unidade prestadora de serviço; de alta complexidade/custo, incorporados progressivamente em um sistema de registro individual do paciente, denominado Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (Apac), que permite os mesmos indicadores do SIH/SUS.

Com o objetivo de tornar os registros do SIA/SUS compatíveis com os requisitos da NOB 01/96, a Portaria GM/MS 1.230/1999 implantou tabela de procedimentos ambulatoriais com estrutura de codificação de oito dígitos, dividindo os três blocos da assistência em 28 grupos.

Posteriormente, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2002 incluiu procedimentos de média complexidade no elenco de procedimentos de Atenção Básica, classificando-os como Procedimentos de Atenção Básica Ampliada, e definiu um elenco de procedimentos de Média Complexidade de 1º nível de referência (M1). A Portaria GM/MS 1.020/2002 definiu os procedimentos da Média Complexidade de 2º nível de referência (M2) e os da Média Complexidade de 3º nível de referência (M3). A Portaria SAS/MS 968/2002, definiu o elenco dos procedimentos de Alta Complexidade. No entanto, como a modalidade de financiamento dos procedimentos independeria de seus níveis de complexidades, os procedimentos do SIA/SUS permaneceram estruturados por grupos, subgrupos e níveis de organização.

O SIA/SUS é composto por um módulo de produção que tem como instrumentos de coleta de dados o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac) e por um módulo de programação que tem como instrumento de coleta de dados a Ficha de Programação Orçamentária (FPO). O BPA é um registro mensal de todos os procedimentos realizados pelo estabelecimento de saúde. A FPO é resultado da Programação Pactuada e Integrada e registra o montante físico e financeiro acordado para cada procedimento, e a Apac, semelhante à AIH, é instrumento de coleta de dados, cobrança de procedimento, de autorização e de informações epidemiológicas de procedimentos de alta complexidade.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), implementado em 2003, é uma das bases de dados utilizadas pelo SIA e pelo SIH/SUS e visa disponibilizar informações acerca da estrutura física, dos recursos humanos, dos equipamentos e dos serviços ambulatoriais e hospitalares de todos os estabelecimentos de saúde do país, vinculados ou não ao SUS. Foi idealizado para unificação dos diversos cadastros de estabelecimentos utilizados pelos sistemas de informação de base nacional do Ministério da Saúde.

Observa-se, portanto, que os sistemas de informação ambulatoriais e hospitalares foram idealizados, inicialmente, para a realização de pagamentos, controle e fiscalização das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais. As informações disponibilizadas por esses sistemas têm sido objeto de estudos que buscam o conhecimento epidemiológico, a frequência e a distribuição dos procedimentos custeados com recursos públicos federais.

Bittencourt *et al.* (2006) destacaram o crescimento da utilização de dados do SIH/SUS na Saúde Coletiva, em revisão da produção científica da aplicação de suas informações. No período de 1984 a 2003, identificaram 76 artigos e os classificaram em cinco categorias, de acordo com as diferentes vertentes de análise: qualidade das informações do SIH/SUS; estratégias para potencializar o uso das informações para pesquisa, gestão e atenção médico-hospitalar; descrição do padrão da morbimortalidade hospitalar e da assistência médica prestada; vigilância epidemiológica e validação de outros sistemas de informação em saúde; avaliação do desempenho da assistência hospitalar. Entre as justificativas para uso do SIH foram destacados o grande volume de dados, a oportunidade da informação, o fácil acesso, a reconhecida deficiência das estatísticas dos sistemas de informações epidemiológicas e a necessidade de ampliação de estratégias e práticas no enfrentamento de doenças. Relataram menor confiabilidade do diagnóstico na internação, em virtude da precariedade das informações no prontuário do paciente, dos problemas inerentes à codificação de diagnóstico e à possibilidade de vieses na seleção dos procedimentos faturados, por parte da unidade hospitalar.

Veras e Martins (1994), em estudo sobre a qualidade dos dados nos formulários de AIH preenchidos pelos hospitais credenciados da cidade do Rio de Janeiro, encontraram alta confiabilidade entre as variáveis administrativas e demográficas, como sexo, idade e tempo de permanência. Entretanto, observaram maior frequência de Serviços Auxiliares Diagnósticos e Terapêuticos nos formulários AIH do que nos prontuários, sugerindo que nem todos os serviços registrados nos formulários foram efetivamente realizados. Apontaram que isso pode resultar da prática de anotar informações padronizadas nos formulários de pacientes classificados em um mesmo procedimento realizado, independentemente de verificação dos serviços efetivamente prestados.

Diante da abrangência e da disponibilidade dos dados administrativos, Iezzoni (1997) defende que, embora o conteúdo desses registros inclua apenas características demográficas, de pacientes e códigos de procedimentos, esses dados podem ser utilizados para avaliar a qualidade da assistência à saúde. Ressalta que há possibilidade de se identificar variações na prática médica, no acesso (por exemplo, se as mulheres mais velhas realizam mamografias), nos resultados (por exemplo, nas taxas de mortalidade ou de outras complicações entre os hospitais), nos processos (por exemplo, na quantidade de encaminhamentos para certos exames), em diferentes áreas geográficas, mesmo diante de algumas lacunas nas informações clínicas e do contexto de faturamento a partir desses dados administrativos.

Com o objetivo de analisar a pertinência do uso do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde na avaliação da qualidade da assistência ao infarto agudo do miocárdio, Escosteguy *et al.* (2002) realizaram avaliação e análise exploratória do SIH/SUS e avaliação de amostra aleatória de prontuários médicos registrados com o diagnóstico principal de infarto agudo do miocárdio no município do Rio de Janeiro, no ano de 1997. Concluíram que a qualidade do diagnóstico foi satisfatória, com percentual de confirmação elevado. A precisão das variáveis demográficas (sexo, faixa etária) e de processo (uso de procedimentos e intervenções) foram superiores a das variáveis de resultado (óbito, motivo da saída), mas todas foram consideradas satisfatórias. A menor precisão das variáveis relacionou-se ao sub-registro de intervenções de fato realizadas.

Sá *et al.* (2001) avaliaram a universalidade do acesso à saúde a partir dos bancos de dados do SIA e do SIH/SUS. Selecionaram grupos de procedimentos considerados representativos de cada nível de complexidade, ambulatorial e hospitalar e calcularam a cobertura pela concentração de procedimentos por habitante/ano nas regiões do país, além da distribuição dos gastos assistenciais. Por esse indicador, observaram a evolução do acesso entre 1995 e 1998, constatando redução das internações e elevação da produção ambulatorial e dos gastos totais, com concentração nas regiões Sul e Sudeste. Ao analisar a assistência ambulatorial de média

complexidade, perceberam grande concentração *per capita* de ultrassonografias na região Nordeste, quando comparada às demais regiões. Ressaltaram que, apesar de esse exame requerer solicitação médica para sua realização, o número de consultas por habitante nessa região foi inferior às outras regiões do país, indicando ausência de justificativa para o exagero de consumo. Para melhores conclusões sobre esse número excessivo de ultrassonografias, sugeriram a realização de estudos com dados mais desagregados, bem como a necessidade de se constituírem parâmetros de cobertura regionais, com base nas reais necessidades da população.

Scatena e Tanaka (2000) consideram que os dados consolidados pelo SIA e pelo SIH/SUS podem ser utilizados para fornecer informações sobre o financiamento da saúde pelos gastos efetuados com a assistência ambulatorial e hospitalar, por meio de pelo menos três tipos de análises: séries temporais de gastos hospitalares *per capita* e por internação; séries temporais de gastos ambulatoriais *per capita* e por tipo de assistência; comparação de ambos os gastos e análise de tendência.

Por meio de registros do SIA e do SIH/SUS, Viana *et al.* (2001) utilizaram o número de consultas/habitante/ano, uma medida de concentração, como indicador de cobertura na atenção ambulatorial para medir acesso/utilização dos serviços de saúde. Ponderaram que tal indicador, da mesma forma que a taxa de internação, é afetado por composição etária, perfil epidemiológico da população e modelo de financiamento da atenção. Para medir a equidade dos efeitos distributivos da política aplicada pelo SUS, utilizaram indicadores de periodicidade desagregados por macrorregião e/ou estado para mensurar as desigualdades geográficas, construídos a partir de registros administrativos.

Com o objetivo de medir a taxa de hospitalização por diarreia infantil no Rio de Janeiro com dados provenientes do SIH/SUS, Bittencourt *et al.* (2002) afirmaram que, do ponto de vista epidemiológico, a utilização da AIH pode, além de subsidiar o monitoramento da assistência prestada, constituir poderoso instrumento da vigilância epidemiológica. Entretanto, verificaram que os estabelecimentos credenciados e filantrópicos admitiam cerca de quatro vezes mais crianças do que os públicos e os universitários, concluindo pela necessidade de se monitorar a utilização dos recursos hospitalares de forma contínua.

Segundo Pepe (2009), o confronto de dados do SIA e do SIH/SUS com outras fontes de informações, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é uma estratégia para validar ou contornar algumas deficiências da qualidade dos registros observados nos bancos de dados do Datasus. Os inquéritos populacionais servem de instrumento para formulação e avaliação das políticas públicas. No Brasil, os inquéritos populacionais realizados pelo IBGE são de abrangência nacional e incluem o tema saúde de formas variadas, entre os quais se destacam: a Pesquisa

de Assistência Médico-Sanitária (AMS); os Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1981, 1986, 1988, 1998, 2003 e 2008; a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989; a Pesquisa sobre Padrão de Vida (PPV) de 1996/97 e as Pesquisas de Orçamento Familiar (POF) de 1995/1996, 2002/2003 e 2008/2009.

Com objetivo de conhecer o perfil dos internamentos cirúrgicos em otorinolaringologia no Brasil, Gouveia *et al.* (2005) utilizaram dados do SIH/SUS. Os dados obtidos evidenciaram desigualdades entre estados e regiões do Brasil, tendo sido mais de 50% dos procedimentos, no ano de 2003, realizado na região Sudeste. Os hospitais filantrópicos foram os responsáveis pela maior parte dos procedimentos cirúrgicos. A partir do SIH/SUS, consideraram possível o conhecimento do perfil dos internamentos cirúrgicos na especialidade, com identificação de particularidades quanto às diferentes regiões do país. Os autores ressaltaram que, entre outros fatores, deficiências no preenchimento de formulários que geram a notificação dessas fontes de informação podem implicar informações inapropriadas, devendo-se tomar precauções ao analisar dados gerados por esses instrumentos.

Os bancos de dados administrativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde são cada vez mais empregados para o conhecimento da utilização dos serviços de saúde do SUS e para a avaliação do desempenho desses serviços (MARTINS *et al.*, 2001). A vantagem do uso de bases de dados administrativos está em sua pronta disponibilidade e alcance de todo o território nacional, com consequente economia de tempo e recursos. Além disso, o aumento de sua utilização pode contribuir para seu aperfeiçoamento.

O sistema de auditoria previsto como parte do processo de implantação dos sistemas de informação do SUS não se materializou de forma eficaz. As críticas foram idealizadas para identificar as contas hospitalares com desvio de média do valor da AIH ou indicadoras de incompatibilidade entre o procedimento realizado e o perfil do paciente, evidenciando a necessidade de mais investigações. O aprimoramento do sistema de crítica permitiu a melhoria da qualidade da informação registrada, mas ao mesmo tempo introduziu distorções nas informações fornecidas pelos prestadores diante da possibilidade de rejeição (PEPE, 2009).

Com as modificações introduzidas ao longo das duas últimas décadas, ao mesmo tempo em que há expectativas de o sistema se tornar menos suscetível à omissão de registros e à alteração intencional (CARVALHO, 2009), o registro da produção deixou de ser essencial para garantir os repasses mensais de recursos, à medida que não se dão como contrapartida direta à produção de serviços. Contudo, a atualização dos bancos de dados do SUS – especialmente o SIA e o SIH – permanece, oficialmente, como condição para que o fluxo de transferências federais não seja interrompido.²

2. Portaria MS/GM 3.462, de 11 de novembro de 2010.

Essas transferências federais ocorrem para a maioria de programas ou grupos de procedimentos na modalidade fundo a fundo, e, a depender das circunstâncias, podem estimular comportamentos distintos. De um lado, deve ser considerada a possibilidade de um volume de registros de produção superior ao efetivamente realizado, que justifique aumentos sucessivos nos valores das transferências federais a título de custeio das ações e dos serviços de saúde. Mas, de outro lado, existe a possibilidade de distorção das informações com registros a menor, particularmente provenientes de ambulatórios e hospitais públicos.

Também existem relatos de que o aumento no valor médio das internações pode influenciar a seleção de AIHs a ser pagas, com o registro das melhor remuneradas quando a quantidade permitida é excedida (SCATENA; TANAKA, 2000). Portanto, as limitações estipuladas pelo Ministério da Saúde em relação ao número de AIHs (9% da população residente ao ano – Portaria SAS/MS 15/1995) e em relação ao seu teto financeiro (valor máximo a ser gasto pelo ente estatal definido em Portarias) podem interferir no número e na natureza dos documentos efetivamente apresentados, criando a possibilidade de os responsáveis optarem por registrar os procedimentos mais caros. A possibilidade de sub-registro também deve ser considerada diante da política de contratualização de hospitais de ensino, filantrópicos e de pequeno porte, que passaram a ter o orçamento anual definido por sua rede de serviços e desempenho em relação a metas estipuladas (CARVALHO, 2009).

Mesmo com o aperfeiçoamento do sistema de críticas pelo SUS, a qualidade das informações constitui um dos principais problemas a ser enfrentados na utilização de bancos de dados secundários. Observa-se que, em vários estudos, a confiabilidade dos diagnósticos principais, dos procedimentos e dos dados demográficos tem sido considerada satisfatória para acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde no Brasil. Entretanto, constata-se importante lacuna na literatura sobre a utilização dos sistemas para medir os repasses e a quantidade de recursos aplicada em relação à oferta de serviços efetivamente realizada.

4 A ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR ESPECIALIZADA NO SUS

De acordo com informações constantes nos bancos disponibilizados pelo Datasus, no período de 2000 a 2009, os valores aprovados para a produção ambulatorial especializada e hospitalar apresentaram crescimento significativo (tabela 2). Em relação à quantidade de procedimentos, observou-se aumento dos registros de procedimentos ambulatoriais especializados, enquanto o volume físico das internações hospitalares diminuiu (tabela 3).

TABELA 2

Valor aprovado para os procedimentos ambulatoriais especializados e hospitalares no SUS – Brasil, 2000-2009
(Em R\$ milhões correntes)

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Amb. | 4.489 | 4.992 | 5.714 | 6.736 | 7.868 | 8.915 | 9.732 | 10.644 | 11.466 | 13.335 |
| Hosp. | 4.887 | 5.096 | 5.406 | 5.862 | 6.581 | 6.957 | 6.998 | 7.618 | 8.286 | 10.112 |
| Total | 9.376 | 10.088 | 11.120 | 12.598 | 14.449 | 15.871 | 16.730 | 18.261 | 19.752 | 23.447 |
| Amb. (%) | 47,88 | 49,48 | 51,38 | 53,47 | 54,45 | 56,17 | 58,17 | 58,28 | 58,05 | 56,87 |
| Hosp. (%) | 52,12 | 50,52 | 48,62 | 46,53 | 45,55 | 43,83 | 41,83 | 41,72 | 41,95 | 43,13 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS – SIA e SIH/SUS.

Obs.: A Produção Ambulatorial do SUS corresponde à categoria de procedimentos de Atendimento não Básico; sendo Procedimentos Especializados período de 2000 a 2007 e Média e Alta Complexidade no período de 2008 a 2009.

TABELA 3

Quantidade aprovada de procedimentos ambulatoriais especializados e hospitalares no SUS – Brasil, 2000-2009
(Em milhões)

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Amb. | 593,60 | 666,46 | 738,59 | 806,10 | 888,60 | 1.049,51 | 1.198,68 | 1.351,23 | 1.408,11 | 1.602,37 |
| Hosp. | 12,43 | 12,23 | 12,23 | 12,09 | 11,95 | 11,86 | 11,72 | 11,74 | 11,11 | 11,49 |
| Total | 606,03 | 678,68 | 750,82 | 818,19 | 900,56 | 1.061,37 | 1.210,40 | 1.362,97 | 1.419,22 | 1.613,86 |
| Amb. (%) | 97,95 | 98,20 | 98,37 | 98,52 | 98,67 | 98,88 | 99,03 | 99,14 | 99,22 | 99,29 |
| Hosp. (%) | 2,05 | 1,80 | 1,63 | 1,48 | 1,33 | 1,12 | 0,97 | 0,86 | 0,78 | 0,71 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS – SIA e SIH/SUS.

De forma geral, a média nacional da taxa *per capita* de internação (tabela 4) apresenta declínio no período de 2000 a 2009, com concentração em torno de 0,06 a 0,07 por habitante no último ano.

TABELA 4

Taxa *per capita* de internação no SUS, entre as regiões do Brasil – 2000-2009

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Norte | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,06 | 0,06 | 0,06 |
| Nordeste | 0,08 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,06 | 0,06 | 0,06 | 0,06 |
| Sudeste | 0,07 | 0,06 | 0,06 | 0,06 | 0,06 | 0,06 | 0,06 | 0,06 | 0,05 | 0,06 |
| Sul | 0,08 | 0,08 | 0,08 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 |

(Continua)

(Continuação)

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Centro-Oeste | 0,08 | 0,08 | 0,08 | 0,08 | 0,08 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,06 | 0,06 |
| Total | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,06 | 0,06 | 0,06 | 0,06 | 0,06 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS e IBGE.

TABELA 5

Produção ambulatorial especializada *per capita* no SUS, entre as regiões do Brasil – 2000-2009

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Norte | 2,20 | 2,51 | 2,94 | 3,23 | 3,64 | 4,03 | 4,62 | 5,03 | 5,96 | 6,88 |
| Nordeste | 3,06 | 3,32 | 3,68 | 3,77 | 4,05 | 4,46 | 4,99 | 5,40 | 5,99 | 6,58 |
| Sudeste | 4,26 | 4,67 | 5,03 | 5,53 | 6,07 | 7,08 | 7,96 | 9,11 | 10,55 | 11,89 |
| Sul | 3,02 | 3,34 | 3,63 | 3,98 | 4,21 | 5,01 | 5,86 | 6,27 | 7,69 | 8,54 |
| Centro-Oeste | 3,02 | 3,78 | 4,24 | 4,45 | 4,89 | 5,51 | 5,87 | 6,26 | 7,67 | 8,65 |
| Total | 3,50 | 3,87 | 4,23 | 4,56 | 4,96 | 5,70 | 6,42 | 7,14 | 8,30 | 9,30 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e IBGE.

A produção ambulatorial especializada *per capita* apresentou crescimento durante o período estudado em todas as regiões (tabela 5). As taxas das regiões Norte, Sul e Centro-Oeste se aproximaram da média nacional, com aumentos de suas taxas *per capita*. Já na região Nordeste, apesar do crescimento da taxa, houve diminuição do seu valor em relação à média nacional, pois a taxa *per capita* chegava a 87,43% da média nacional em 2000 e passou a 70,72% em 2009. Na região Sudeste, também houve maior distanciamento da média nacional, mas em sentido contrário, uma vez que essa produção ambulatorial especializada *per capita* da região que era 21,71% superior à média nacional em 2000, foi 27,85% mais elevada em 2009, sendo a maior de todo o país. Além disso, nos estados da região Sudeste encontram-se os maiores índices da população que possui cobertura por planos de saúde. Desse modo, observa-se que, apesar do aumento dos valores *per capita*, ainda se mantém a desigualdade na distribuição dos procedimentos ambulatoriais especializados entre as regiões.

Os dados disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) são gerados a partir de registros enviados pelas Secretarias Municipais em gestão plena e Secretarias Estaduais de Saúde. A produção ambulatorial no SUS contempla, além de procedimentos de atenção básica, procedimentos especializados e assistenciais de alta complexidade, reunidos em grupos.

De novembro de 1999 até 2007, os procedimentos especializados e assistenciais de alta complexidade eram organizados em 28 grupos, conforme apresentado na tabela 6.

TABELA 6
Produção ambulatorial especializada no SUS, por grupos – 2000-2007
(Em milhares)

| Grupo procedimento | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Procedimentos Especializados | 505.585 | 549.136 | 600.237 | 629.566 | 663.458 | 726.475 | 796.695 | 837.526 |
| Proced. espec. profis. Nível sup./méd. | 160.271 | 173.931 | 193.936 | 208.649 | 223.028 | 242.933 | 268.386 | 280.557 |
| Cirurgias Ambulatoriais Especializadas | 7.192 | 7.448 | 7.928 | 7.689 | 7.504 | 7.901 | 7.792 | 8.193 |
| Procedimentos Traumatolo-ortopédicos | 9.286 | 9.654 | 8.138 | 6.418 | 6.236 | 6.437 | 6.476 | 6.301 |
| Ações especializadas em odontologia | 4.634 | 5.260 | 6.193 | 6.613 | 7.140 | 7.971 | 7.383 | 8.072 |
| Patologia clínica | 222.192 | 240.761 | 259.781 | 273.628 | 286.426 | 315.366 | 348.851 | 373.523 |
| Anatomopatologia e citopatologia | 8.310 | 10.065 | 13.738 | 12.148 | 12.484 | 13.598 | 13.972 | 14.748 |
| Radiodiagnóstico | 30.992 | 33.595 | 35.948 | 37.705 | 39.630 | 42.642 | 45.706 | 46.655 |
| Exames Ultrassonográficos | 6.562 | 7.273 | 8.382 | 8.814 | 9.194 | 9.887 | 10.905 | 11.481 |
| Diagnose | 16.048 | 17.293 | 19.614 | 20.202 | 20.750 | 22.936 | 23.983 | 25.418 |
| Fisioterapia | 33.971 | 37.076 | 39.144 | 40.417 | 42.972 | 47.212 | 52.241 | 51.124 |
| Terapias especializadas | 4.098 | 4.533 | 4.751 | 4.488 | 5.286 | 6.489 | 7.023 | 7.745 |
| Instalação de cateter | – | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Próteses e órteses | 1.975 | 2.180 | 2.605 | 2.717 | 2.731 | 3.028 | 3.906 | 3.621 |
| Anestesia | 55 | 68 | 78 | 77 | 77 | 76 | 72 | 89 |
| Procedimentos assistenciais de alta complexidade | 88.015 | 117.321 | 138.354 | 176.532 | 225.144 | 323.037 | 401.983 | 513.703 |
| Hemodinâmica | 85 | 82 | 88 | 95 | 97 | 109 | 114 | 116 |
| Terapia renal substitutiva | 6.247 | 6.807 | 7.377 | 7.907 | 8.213 | 8.934 | 9.335 | 9.786 |
| Radioterapia | 4.956 | 5.369 | 5.698 | 6.137 | 6.366 | 6.866 | 7.075 | 7.131 |
| Quimioterapia – custo mensal | 785 | 945 | 1.097 | 1.233 | 1.339 | 1.538 | 1.672 | 1.787 |
| Busca de órgãos para transplante | 2 | 121 | 131 | 141 | 188 | 288 | 413 | 468 |
| Ressonância magnética | 76 | 87 | 115 | 140 | 163 | 209 | 245 | 271 |
| Medicina nuclear – in vivo | 326 | 281 | 299 | 306 | 313 | 345 | 358 | 370 |

(Continua)

(Continuação)

| Grupo procedimento | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|------------------|
| Radiologia intervencionista | 20 | 13 | 17 | 22 | 29 | 35 | 41 | 50 |
| Tomografia computadorizada | 907 | 818 | 903 | 975 | 1.069 | 1.201 | 1.273 | 1.386 |
| Medicamentos | 57.271 | 81.713 | 99.650 | 132.102 | 178.217 | 268.591 | 340.112 | 443.632 |
| Hemoterapia | 17.342 | 17.788 | 18.445 | 18.770 | 18.760 | 19.720 | 20.342 | 20.701 |
| Acompanhamento de pacientes | – | 200 | 1.005 | 4.778 | 7.111 | 10.879 | 16.496 | 23.542 |
| Atenção à saúde | – | – | – | – | 44 | 423 | 489 | 635 |
| Procedimentos específicos para reabilitação | – | 3.098 | 3.528 | 3.927 | 3.236 | 3.901 | 4.020 | 3.830 |
| Total | 593.600 | 666.457 | 738.591 | 806.098 | 888.602 | 1.049.512 | 1.198.678 | 1.351.229 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS.

A partir de 2008, os grupos foram reorganizados de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), mas não há correspondência direta e exaustiva dos itens de programação dessa lista de procedimentos para os grupos da tabela antecessora, conforme a tabela 7.

TABELA 7

Produção ambulatorial de média e alta complexidade no SUS, por grupos – 2008-2009
(Em milhares)

| Grupo procedimento | 2008 | 2009 |
|---|------------------|------------------|
| Ações de promoção e prevenção em saúde | 2.402 | 3.037 |
| Procedimentos com finalidade diagnóstica | 501.544 | 551.484 |
| Procedimentos clínicos | 358.324 | 400.594 |
| Procedimentos cirúrgicos | 10.811 | 11.514 |
| Transplantes de órgãos, tecidos e células | 1.279 | 1.579 |
| Medicamentos | 534.784 | 634.565 |
| Órteses, próteses e materiais especiais | 77 | 0 |
| Total | 1.409.221 | 1.602.773 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS.

A partir das tabelas 5, 6 e 7, observa-se que o número de procedimentos ambulatoriais especializados *per capita* e, conseqüentemente, os valores aplicados, cresceram de forma expressiva durante o período em análise, o que sugere a necessidade de estudos mais detalhados de como essa produção vem sendo realizada no interior de cada grupo de procedimentos.

Quando se compara o crescimento entre os grupos de produção ambulatorial especializada pelos registros no SIA/SUS, no período de 2000 a 2007, as maiores taxas são observadas em: busca de órgãos para transplante, medicamentos, ressonância magnética, radiologia intervencionista, quimioterapia, próteses e órteses, e exames ultrassonográficos.

Em relação à natureza do prestador de serviços, há grandes diferenças quando se compara as internações e os procedimentos ambulatoriais especializados registrados nos bancos do Datasus. No período de 2000 a 2009, cerca de 60% das internações financiadas pelo SUS foram realizadas em estabelecimentos que não fazem parte da rede própria de estabelecimentos públicos de saúde, com destaque para os estabelecimentos filantrópicos, onde ocorreram cerca de 40% de todas as internações registradas no SIH/SUS. No mesmo período, cerca de 26% dos procedimentos ambulatoriais especializados registrados no SIA/SUS foram realizados em estabelecimentos que não fazem parte da rede própria do SUS.

A concepção de oferta de serviços de saúde no Brasil está inserida no âmbito da política pública por meio da articulação contextual entre a rede física existente e o uso adequado de equipamentos, profissionais e tecnologias para atender às demandas da população (PIRES *et al.*, 2007). Apesar dessa abrangência do conceito, no presente estudo a oferta de internações no SUS foi considerada como a produção paga pelo SUS com recursos federais, traduzida pelas “AIH pagas”, registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

A frequência e a distribuição dessas AIHs pagas foram utilizadas como *proxy* para o acesso aos serviços, em todo o país.

Conforme já apontado, no período avaliado, houve diminuição do número de internações hospitalares e aumento da produção ambulatorial especializada. Contudo, observou-se contínua elevação dos valores monetários despendidos a título de ambas as rubricas.

Desde 1995, o Ministério da Saúde já estabelece limite máximo de AIHs por estado (BRASIL, 1995b). Almeida *et al.* (2000) relataram decréscimo acentuado no número de internações financiadas pelo SUS (19,54%) entre 1993 e 1996, atribuindo esse resultado à introdução de controle mais rigoroso sobre a qualidade dos dados do SIH/SUS e à redução do limite máximo de admissões financiadas pelo SUS. Scatena e Tanaka (2000), em análise da série histórica do volume de atendimentos ambulatoriais e internações no estado de Mato Grosso, no período de 1994 a 1998, verificaram a redução das internações hospitalares contra a elevação dos atendimentos ambulatoriais. Sá *et al.* (2001) também constataram a redução das internações, com elevação da produção ambulatorial e dos gastos totais, além da concentração nas regiões Sul e Sudeste, nos anos de 1995 e 1998. A mesma tendência é observada no período de 2000 a 2008; em 2009 houve ligeiro aumento do número das internações pagas pelo SUS (3,44%) em relação a 2008.

Durante todo o período observado (2000-2009), as taxas de internação não ultrapassaram o parâmetro de cobertura assistencial anual definido pelo Ministério da Saúde. De acordo com informações constantes na PNAD 2003, a distribuição da oferta das internações hospitalares sob responsabilidade do SUS manteve-se praticamente inalterada entre os anos de 1998 e 2003: nesse último ano o SUS teria sido responsável por 67,6% das internações, proporção ligeiramente superior à indicada em 1998 (63,1%). Ainda de acordo com dados da PNAD, o percentual de indivíduos que sofreram uma ou mais internações passou de 6,9%, em 1998, para 7,0%, em 2003, e 7,1%, em 2008. Já a AMS indica aumento de 3,90% das internações realizadas pelo SUS e de 16,45% do total de internações realizadas no país, entre 2001 e 2004.

Quando se verifica o quantitativo de internações, observa-se que os registros constantes do SIH/SUS estariam compatíveis com os obtidos pelas duas últimas PNADs. No ano de 2003, foram registradas 12.094.875 internações no SIH, e a média dos registros publicados pela PNAD revela cerca de 12.068.891 internações não realizadas por meio de planos de saúde. Para 2008, encontra-se situação semelhante: no SIH há registro de 11.107.155 internações, enquanto a média dos registros da PNAD indica 10.561.772 internações não realizadas por meio de planos de saúde.

Quanto à produção ambulatorial, não há possibilidade de comparação entre os dados publicados pelas PNADs e os registrados pelo Sistema Datasus, na medida em que os primeiros se apresentam agregados sem possibilitar a distinção entre a produção do SUS e da medicina privada.

5 A PRODUÇÃO AMBULATORIAL *VERSUS* A HOSPITALAR

Ainda que a evolução da medicina e seu crescente apoio tecnológico permitam a realização de maior número de procedimentos em regime ambulatorial, a ausência de proporção entre produção de serviços e respectivos valores despendidos, tanto na produção ambulatorial como na hospitalar, observados no Brasil para a última década, demonstra que a possível transferência do registro de procedimentos do sistema hospitalar para o ambulatorial pode ocasionar distorções no processo de sistematização da informação sobre a produção realizada. Além disso, a obediência ao limite máximo de internações estabelecidas pelo Ministério da Saúde pode gerar falsa expectativa de controle, pois há constante aumento no volume de recursos financeiros gastos com a assistência hospitalar, o que parece indicar a seleção das AIHs mais onerosas para registro, de modo que se cria um viés impeditivo para se conhecer o efetivo perfil das internações custeadas pelo SUS, conforme já havia sido observado por Scatena e Tanaka (2000).

De acordo com Pepe (2009), não se conhece com precisão a extensão da atual cobertura do sistema, tampouco suas variações locais.

Além disso, há necessidade de construção de parâmetros de cobertura regionais, com base nas reais necessidades da população, e de verificação se a produção registrada corresponde à efetivamente realizada. Variações nas taxas de intervenção entre diferentes médicos ou diferentes sistemas de saúde podem indicar desperdício de recursos ou adoção de práticas ineficazes (CULYER, 2001).

Em relação à natureza dos prestadores, verifica-se participação predominante dos estabelecimentos filantrópicos nas internações, que consomem a maior parte do orçamento da assistência hospitalar. A participação das instituições privadas de forma complementar ao SUS tem previsão constitucional, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Contudo, somente depois de comprovada a necessidade de complementar a rede pública, sem possibilidade de ampliação desses serviços, é que deve ser considerada a participação dos serviços privados. A partir das fontes de informação analisadas, não foi possível identificar a capacidade de produção dos estabelecimentos públicos, nem se ocorre a observância de seu prévio esgotamento que justifique a complementação com serviços privados.

Dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária -AMS do IBGE de 2002 e 2005 apontaram que 70% dos estabelecimentos privados com internação prestam atendimentos ao SUS. Em 2005, foi registrado que 82,1% do total de leitos privados pertencem a estabelecimentos que informaram prestar atendimento ao SUS. Assim, cerca de 80% do total de estabelecimentos com internação existentes no Brasil realizam internações para o SUS, demonstrando que o Sistema Único de Saúde é o principal financiador das internações no Brasil.

Em relação aos estabelecimentos sem internação, os registros da AMS de 2002 e 2005, indicam que cerca de 75% do total são públicos, apontando, mais uma vez, para a presença predominante do SUS no financiamento dos serviços de saúde brasileiro.

A produção ambulatorial especializada do SUS, conforme visto anteriormente, apresentou crescimento expressivo ao longo da última década. Entretanto, esse aumento não foi acompanhado da criação de parâmetros objetivos para a estimativa da necessidade ou de sua demanda e, principalmente, da melhoria na qualidade de seus registros, de modo que seu controle e sua avaliação permanecem, ainda, como tarefas de difícil execução.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do quadro encontrado, verifica-se a necessidade de que seja intensificada a investigação quanto à aplicação de recursos públicos em saúde no Brasil, especialmente em procedimentos da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, responsáveis por mais de 2/3 da despesa em assistência médica do Ministério da Saúde nos últimos dez anos. Apesar de o SIA e o SIH/SUS permitirem o registro de grande quantidade de informações que abrangem questões

epidemiológicas e de prestação de serviços, com aspectos gerenciais e financeiros, parece ter havido enfraquecimento de uma de suas finalidades primárias – a identificação da produção de ações e serviços de saúde induzidas a partir de recursos federais transferidos pelo Ministério da Saúde. Os repasses financeiros por meio de blocos flexibilizaram a aplicação dos recursos de acordo com as peculiaridades da realidade local, mas a precariedade dos respectivos mecanismos de controle tem impedido a correta identificação dos serviços prestados e respectiva associação aos pacientes efetivamente atendidos, acarretando, entre outras consequências, dificuldades para a avaliação da qualidade do próprio sistema de saúde. Desse modo, não há evidências quanto à efetiva produção realizada no âmbito do SUS, devendo ser realizado controle mais rigoroso sobre a produção ofertada à população brasileira por mecanismos mais eficientes de crítica centralizada nos níveis federal ou local, nesse último caso, pelos próprios estados e municípios.

Portanto, enquanto a literatura internacional consolida a metodologia de se conhecer o padrão de utilização dos serviços, empregando-o como *proxy* da necessidade, da demanda ou da oferta de serviços, no caso brasileiro, essa estimativa se torna difícil, pois tal padrão não é conhecido. Há limitações para utilização das AIH pagas registradas no SIH/SUS como *proxy* para o acesso aos serviços. Distorções no preenchimento de formulários que geram os registros dos sistemas de informação do SUS podem implicar informações inapropriadas para o planejamento das ações de saúde.

Algumas críticas levantadas por Levcovitz *et al.* (2001) quanto aos impactos dos mecanismos de transferência estipulados pela NOB SUS 01/96, como a não consideração do perfil de necessidades de saúde da população e a ausência de articulação com o controle de qualidade dos serviços prestados ou com a prevenção de fraude, ainda parecem pertinentes mais de quinze anos após a assinatura dessa Norma.

Acredita-se que o uso adequado de um sistema semelhante ao idealizado para o Cartão Nacional de Saúde, previsto desde a NOB 01/1996, seria uma das possíveis ferramentas a ser adotadas para maior aproximação entre oferta e demanda de serviços públicos em saúde, pois, ao menos teoricamente, todas as ações e os serviços de saúde poderiam estar diretamente associados ao prontuário do usuário, como acontece no sistema de saúde inglês, chamado National Health Service (NHS). Esse tipo de associação permitiria a criação de controles automáticos que, por si só, poderiam anular parte das incongruências observadas na literatura nacional sobre o assunto, tais como: a escolha para registro de procedimentos mais caros dos que são efetivamente realizados, a dupla contagem de pacientes, a quantidade excessiva de exames e até a dissociação entre a capacidade instalada de equipamentos médicos e sua efetiva utilização no atendimento da população. Dessa forma, seria criado ambiente mais adequado para o controle e a avaliação dos serviços de saúde, além de permitir a indexação de todos os procedimentos executados no âmbito do SUS,

com vinculação ao prontuário do usuário, associação aos profissionais que atuam nessas atividades e às unidades de saúde em que foram realizados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C.; PORTO, S.; LABRA, M. E. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. **International Journal of Health Services**, v. 30, n. 1, p. 129-62, 2000.

BITTENCOURT, S. A.; LEAL, M. C.; SANTOS, M. O. Hospitalizações por diarreia infecciosa no Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 747-54, 2002.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS 15, de 2 de março de 1995. **Diário Oficial da União** de 3/3/1995, seção 1, p. 2907. Brasília, DF, 1995a.

———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM 272, de 1º de março de 1995. **Diário Oficial da União** de 6/3/1995, seção 1, p. 2.968. Brasília, DF, 1995b.

———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS 221, de 24 de março de 1999. **Diário Oficial da União** de 25/3/1999, p. 81. Brasília, DF, 1999.

———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 5 mai. 2009.

———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS 699**, de 30 de março de 2006. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html>. Acesso em: 5 mai. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, DF, v. 6, n. 4, p. 7-46, 1997.

CARVALHO, D. M. T. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**/ Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. v. 1. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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**. São Paulo, v. 39, n. 2, p. 177-84, 2005.

CULYER, A. J. Equity – some theory and its policy implications. **Journal of Medical Ethics**, v. 27, p. 275-83, 2001.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 585-98, 2003.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. **Social Science & Medicine**, v. 53, p. 1.149-62, 2001.

GOUVEIA, M. C. L.; LESSA, F. J. D.; RODRIGUES, M. B.; CALDAS NETO, S. S. Perfil de internamento por morbidade otorrinolaringológica com tratamento cirúrgico. Brasil, 2003. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 6, p.698-704, 2005.

HAUCK, K.; SMITH, P. C.; GODDARD, M. **The Economics of Priority Setting for Health Care**: A Literature Review. Paper prepared for the World Bank's Resource Allocation and Purchasing Project, 2004.

IEZZONI, L. I. Assessing Quality Using Administrative Data. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, n. 8 (Part 2), p. 666-74, 1997.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003**: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro. 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária 2005. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008**: Um Panorama da Saúde no Brasil – Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, 2008.

LEITE, M. G.; MENDES, A.; MARQUES, R. M.; SENNA, R. Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos para Financiamento da Saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.abresbrasil.org.br/pdf/22.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

LESSA, F. J. D.; MENDES, A. C. G.; FARIAS, S. F.; SÁ, D. A.; DUARTE, P. O.; MELO FILHO, D. A. Novas Metodologias para Vigilância Epidemiológica: uso do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, (Supl. 1), p. 3-27, 2000.

LEVCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. **SIH-SUS (Sistema AIH)**: uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983–1991. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 57).

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-91, 2001.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C. M. V.; NORONHA, J. C. Sistema de informações hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. **Revista de Saúde Pública**, Supl. 1, v. 35, n. 2, p. 185-192, 2001.

PAIM, J. S. Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil. Ver. **Assoc. Saúde Pública Piauí**, v. 1, n. 2, p. 120-32, 1998.

PEPE, V. E. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). In: Brasil. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. v. 2 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-96, 1999.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1915>. Acesso em: 4 jun. 2010.

SÁ, D. A.; MENDES, A. C. G.; MEDEIROS, K. R.; LYRA, T. M. Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS: Brasil, 1995 e 1998. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 1, p. 45-52, 2001.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 429-35, 2007.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 757-76, 2002.

SCATENA J. H. G.; TANAKA O. Y. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 8, n. 4, p. 242-49, 2000.

VERAS, C. M. T.; MARTINS, M. S. A Confiabilidade dos Dados nos Formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 339-55, 1994.

VIANA, S. M.; NUNES, A.; BARATA, R. B.; SANTOS, J. R. S. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**. Uma proposta de monitoramento. Síntese de estudo, produto da parceria IPEA/OPAS, publicado em 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/desigual.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2009

VIEIRA DA SILVA, L. M; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. de S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, 2003.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization, 2000.

WHITEHEAD, M.; EVANDROU, M.; HAGLUND, B.; DIDERICHSEN, F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? **BMJ**, v. 315, 1997.

IMPLEMENTAÇÃO DAS NORMAS OPERACIONAIS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS): TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FEDERAIS PARA A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – 2001-2006

Carlos Alexandre Souza de Lima*

1 INTRODUÇÃO

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 (BRASIL, 2001) e NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002) –, editadas pelo Ministério da Saúde, visaram facilitar o acesso da população brasileira aos serviços de média e alta complexidade sob a perspectiva territorial, tendo como fulcro a macroestratégia da regionalização. Mediante esforços de reorganização do sistema, com base na elaboração de instrumentos de planejamento, buscou-se, entre outros objetivos, racionalizar os recursos e ampliar a oferta desses serviços, seguindo uma lógica de estabelecimento de redes regionais de assistência.

O processo de implementação das NOAS deve ser analisado a partir da elevação gradativa e constante dos recursos públicos disponibilizados a título de custeio das ações de média e alta complexidade, do calendário do processo de habilitações de sua distribuição geográfica e por último, mas não menos importante, pelo atendimento às suas condições.

O presente artigo tem por objetivo demonstrar as principais características do processo que permitiu a implementação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde, com base em informações de domínio público obtidas no Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datusus), correspondentes aos valores transferidos aos fundos estaduais e municipais classificados no Grupo de Despesa “Transferências – média e alta complexidade”, no período de 2001 a 2006.

* Ministério da Defesa. O texto é de responsabilidade exclusiva do autor, não representando o pensamento da instituição a que está vinculado. delimalex@gmail.com

2 ASPECTOS RELACIONADOS À LEGISLAÇÃO

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), estabelece, em seu Art. 35, uma combinação de critérios que norteariam a distribuição dos recursos financeiros do Ministério da Saúde aos demais entes federativos. Esse artigo, no entanto, nunca chegou a ser regulamentado. Ainda naquele ano, em 28 de dezembro, foi promulgada a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b), que apresenta a primeira tentativa concreta de normatização da sistemática de repasse regular e automático de recursos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Tendo sido editadas em 1991, 1992, 1993 e 1996, as Normas Operacionais Básicas (NOB) tiveram por objetivo comum a tentativa de regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde, sobretudo no que tange a descentralização de ações para estados e municípios. Dentre essas, as que mais contribuíram com o processo de descentralização, sob o aspecto do estabelecimento dos fluxos financeiros, foram a NOB 93 e a NOB 96. A primeira é considerada um marco na descentralização do financiamento à saúde, por ter permitido a estados e municípios que caracterizassem suas condições de gestão no SUS de acordo com suas capacidades operacionais, além de ter instituído a transferência de recursos pela modalidade “fundo a fundo”, ou seja, repasses financeiros – regulares e automáticos – do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais diretamente vinculados às Secretarias de Saúde. Já sua sucessora, a NOB 1996, teve como um de seus objetivos dividir a responsabilidade do financiamento entre os três níveis governamentais (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Embora constante das diretrizes do Sistema Único de Saúde, a regionalização só vem merecer destaque a partir das NOAS e, mais recentemente, no Pacto pela Saúde de 2006, representando uma estratégia de integração dos sistemas, desde o nível municipal, com a formação das redes regionais. A ampliação do acesso e a redução da iniquidade também eram objetivos dessa estratégia (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

A concepção original da diretriz de regionalização pode ser identificada no Art. 198 da Constituição Federal de 88:

(...) as ações e serviços públicos de saúde integram uma *rede regionalizada e hierarquizada* e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade (...) (BRASIL, 2005. Grifo nosso).

Viana, Lima e Ferreira (2010, p. 2318), em estudo sobre os condicionantes estruturais da regionalização, entendem esse mecanismo como:

(...) um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de interrelações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

Silva e Lima (2008, p. 61) relacionam a regionalização ao processo que busca a capacidade resolutiva do sistema de saúde, tendo como unidades territoriais áreas compostas por mais de um município, cuja conformação se dá de acordo com os seguintes fatores: a densidade populacional, as características epidemiológicas e a estrutura de produção sanitária existente. Os autores enfatizam que a equidade e a racionalização da oferta de bens e serviços produzidos pela estrutura sanitária – os quais dão forma ao modelo assistencial de uma área – representam os objetos de atenção da política de regionalização. A distribuição desses bens e serviços deve atender a uma classificação por níveis de complexidade, hierarquizando a assistência de modo a contribuir para a integração dos recursos sob uma perspectiva sistêmica. Concorrerá, assim, para a ampliação do acesso da população a ações e serviços, condição necessária ao atendimento da integralidade da atenção ao indivíduo como diretriz constitucional.

A regionalização, de acordo com Bifulco (2009, *apud* VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2318) tem, como fator responsável por sua complexidade, a necessidade de conciliar

(...) institucionalização de uma rede homogênea de serviços e intervenções frente a uma grande heterogeneidade territorial; a formalização da responsabilidade pública com ampla participação e envolvimento da sociedade civil e dos diversos agentes que compõem o sistema de saúde no território e a regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais.

Especificamente no caso do desenvolvimento do SUS, parece ter ocorrido um descompasso entre os processos de descentralização e de regionalização – em que pese a estreita ligação de ambos prevista na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2005) e na Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990a). Esse distanciamento entre eles pode ser atribuído, em um contexto histórico, à identificação da descentralização com o discurso voltado à abertura democrática e à busca pela eficiência governamental, enquanto a regionalização permaneceu carente da devida atenção – na forma de uma proposta de política pública – até o início dos anos 2000, com a edição das NOAS. Outros fatores viriam ampliar ainda mais o distanciamento entre os dois processos: a) o reconhecimento da descentralização – quase que exclusivamente – sob a dimensão da transferência da gestão dos

serviços do SUS aos entes subnacionais; b) a formulação de políticas públicas que não levaram em conta a lógica territorial e c) a descentralização que privilegiou o nível municipal, com conseqüente prejuízo ao fortalecimento do nível estadual no planejamento regional, isto é, o processo de descentralização acoplado ao “desenho federativo consolidado pelas regras constitucionais brasileiras” (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2318-9).

3 AS NORMAS OPERACIONAIS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Com o propósito de corrigir as deficiências das normas anteriores, particularmente no que diz respeito ao processo de regionalização, foram elaboradas e publicadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002). Tais normas resultaram de intensa negociação entre representantes das diferentes esferas governamentais, membros do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e tiveram como arena decisória a instância representada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (SOUZA, 2001). Paralelamente, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o processo também era acompanhado e discutido.

Nesse último fórum, ao final do ano 2000, foram relatados problemas relacionados à evolução do processo de descentralização, identificados a partir de uma avaliação da NOB 96 realizada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. O relatório apresentado por ocasião da 103ª Reunião Ordinária do CNS abordara os seguintes tópicos:

I) a alocação dos recursos financeiros do processo de descentralização não conferira a ênfase devida à diretriz de regionalização e hierarquização; II) a falta de investimentos na atenção básica à saúde e no sistema de referência e contra-referência; III) a responsabilidade reguladora dos estados na gestão do espaço intermunicipais (*sic*); IV) a ampliação do conceito de Atenção Básica; V) a média complexidade não sofrera reordenação dos serviços, no âmbito da atenção básica; VI) a formatação do modelo de atenção básica; VII) a PPI no âmbito da hierarquização e regionalização; VIII) a visão errônea da hierarquização e regionalização como instâncias de gestão; IX) termos de compromisso a serem firmados entre o Ministério da Saúde e os Estados; e X) os reordenamentos do processo de descentralização deverão ser objeto de discussão nas Comissões Tripartite, Bipartite, nos Conselhos de Saúde dos Estados e no Conselho Nacional de Saúde (Ata da 103ª Reunião Ordinária do CNS, 8 e 9/11/2000).

Como deliberação desse colegiado, foi criado um Grupo de Trabalho (GT) destinado a analisar a proposta do relatório referenciado no parágrafo anterior, o qual era composto por representações do Ministério da Saúde, do CONASS, do CONASEMS, usuários e prestadores de serviços de saúde, como titulares, e

a representação dos profissionais de saúde na suplência. Na Reunião Ordinária seguinte àquela, foi apresentada a Minuta de Portaria/Instrução Normativa referente à regionalização da assistência à saúde, fundamentada em três eixos: *i*) Regionalização; *ii*) Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS; e *iii*) Revisão dos Critérios de Habilitação e de Desabilitação de municípios e estados (Ata da 104ª reunião Ordinária do CNS, 6 e 7/12/2000).

Em 26 de janeiro de 2001, foi publicada a Portaria MS/GM nº 95, trazendo como anexo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Por essa norma buscava-se o fortalecimento do processo de regionalização pela pactuação de atribuições e responsabilidades na atenção à saúde entre os gestores dos diferentes níveis governamentais e também pela obrigatoriedade de elaboração, por parte dos estados e do Distrito Federal, de instrumentos de planejamento – Planos Diretores de Regionalização (PDR), Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Planos Diretores de Investimento (PDI) –, que deveriam conduzir à reorganização do sistema. A nova organização contribuiria assim para o acesso dos cidadãos brasileiros aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, em especial aos de média e alta complexidade. A existência de grandes vazios assistenciais nesses últimos níveis e a redundância dos referidos serviços em áreas economicamente favorecidas e de alta densidade populacional orientaram a elaboração da primeira das NOAS no sentido da macroestratégia de regionalização (BRASIL, 2001). São considerados peças-chave da política em discussão: *i*) o fortalecimento da capacidade de planejamento e a organização dos sistemas estaduais; e *ii*) o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na articulação e na integração dos sistemas municipais.

A NOAS-SUS 01/2001 apresentava como objetivo geral “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.” O trecho transcrito, correspondente ao objetivo da norma, demonstra a preocupação dos responsáveis por sua elaboração quanto à correção de falhas relacionadas à alocação de recursos financeiros da União distribuídos entre os entes federativos que compõem as esferas estadual e municipal. Quanto aos objetivos específicos da norma, os que apresentam maior correlação com a dimensão financeira abordada no presente artigo, são os seguintes:

- Reverter a lógica do financiamento centrada na oferta de serviços, buscando orientar o processo alocativo pelas necessidades de saúde e assegurar a sustentabilidade das intervenções prioritárias da política de saúde.
- Incrementar o volume absoluto das transferências fundo a fundo e sua proporção no total das despesas do Ministério da Saúde.

- Definir os limites financeiros de recursos federais alocados em todos os municípios do País, considerando suas bases territoriais-populacionais e unidades assistenciais neles sediadas, explicitando os recursos destinados aos residentes e às referências intermunicipais.
- Promover maior equidade na alocação de recursos, por meio do aumento de transferência fundo a fundo de recursos calculados em base *per capita*, para o financiamento das ações básicas e ações selecionadas de média complexidade (BRASIL, 2001).

O processo de Habilitação em Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) ou em Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE), etapa obrigatória para início das transferências de recursos de média e alta complexidade para os estados e para o DF de acordo com as NOAS, supunha algumas responsabilidades por parte desses entes subnacionais, assim como o cumprimento de alguns requisitos de naturezas técnica, financeira e administrativa. Além da elaboração dos documentos de planejamento (PDR, PPI e PDI), a coordenação do sistema de referências intermunicipais e interestaduais (Tratamento Fora de Domicílio), a gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados em nenhuma das condições de gestão e a cooperação técnico-financeira faziam parte, dentre outras, do rol de atribuições dos gestores estaduais estabelecidas pela NOAS-SUS 01/2001 (BRASIL, 2001).

Posteriormente, as Instruções Normativas GM/MS nº 1 e nº 2, ambas de 6 de abril de 2001, foram elaboradas com a finalidade de regulamentar conteúdos, instrumentos e fluxos dos processos de habilitação/deshabilitação, elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação do PDR, assim como o processo de qualificação de regiões/microrregiões, previstos na NOAS-SUS 01/2001.

Apesar de ter havido considerável adesão ao proposto na referida norma por parte dos estados – verificada pela apresentação de versões preliminares do PDR de vinte e dois deles até outubro daquele ano – resistências e questionamentos suscitados pelos gestores estaduais e municipais acabaram por conduzir à necessidade de sua revisão (QUEIROZ, 2004).

Somente a edição da NOAS-SUS 01/2002, publicada pela Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, tornou possível a finalização do processo, após praticamente um ano de debates que envolveram novamente, além do Ministério da Saúde, representações dos secretários estaduais e municipais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

As dilatações dos prazos para cumprimento de determinadas etapas ilustram adequadamente o grau de dificuldade observado no decorrer do período de implementação das NOAS. A Portaria nº 976 GM/MS, de 4 de julho de 2001,

por exemplo, prorrogou o prazo para o envio dos PDR, PPI e PDI estaduais à Comissão Intergestores Tripartite. A mesma dificuldade é exemplificada pela proposta de prorrogação para entrada da documentação necessária à habilitação dos estados naquela comissão, constante do Resumo Executivo da Reunião da CIT, de 18 de abril de 2002.

Queiroz (2004, p. 27-30) enumera as dificuldades no processo de implementação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde, como pertencentes a dois grupos: *i*) dificuldades estruturais ou conjunturais, dentre elas o comportamento dos atores participantes do processo e os contextos político-institucionais; e *ii*) dificuldades decorrentes da elaboração do texto da norma. No primeiro grupo elenca

(i) as elevadas expectativas, pelos formuladores da norma, em relação aos impactos já produzidos pela expansão alcançada na implantação da atenção básica. (...) (ii) as resistências dos titulares das SES para assumir as novas responsabilidades e prerrogativas no contexto de um sistema de saúde descentralizado, provocando distorções nos modelos de gestão estadual. (...) (iii) o comportamento de alguns representantes dos gestores estaduais e municipais nas instâncias de negociação que (...) desconsideraram acordos realizados e revelaram, em algumas situações, posicionamentos contraditórios com posições defendidas na mesa de negociação, ao conduzirem a discussão em seus estados.

Já no grupo de obstáculos referentes ao próprio texto da norma em si, a autora enumera os seguintes:

(i) as dificuldades de efetivação da proposta de referência unicêntrica do EPM-1 [Elenco mínimo de procedimentos da média complexidade ambulatorial] pelas sedes de módulos assistenciais. (ii) a vinculação da habilitação de cada município ao papel que lhe coube no desenho do PDR estadual (municípios-satélites, sedes de módulos, pólos assistenciais) ao cumprimento das novas exigências para a habilitação (...) e à habilitação do estado nas condições previstas pela NOAS, condições que demandavam conclusão e aprovação de todos seus instrumentos de planejamento na CIB e CES.

As datas de publicação das Portarias de Habilitação dos estados e do Distrito Federal em GPSE constantes do quadro 1 transmitem ideia da complexidade do processo. Foi necessário um período de aproximadamente três anos (2002 a 2004) para que todos os estados e o Distrito Federal fossem habilitados.

As NOAS também previam, em caso de não cumprimento das condições exigidas de estados e municípios, a possibilidade de anular a habilitação concedida pelo Ministério da Saúde. Para tal eventualidade, assim como na concessão de habilitação, havia regras e possibilidade de recurso por parte do ente subnacional ameaçado de perder sua condição de habilitado. A consequência da desabilitação

deveria ser a interrupção do fluxo financeiro fundo a fundo. Tal sanção, no caso dos estados, não chegou a ser aplicada.

QUADRO 1

Cronologiadadas habilitações dos estados e do Distrito Federal em gestão plena do sistema estadual de acordo com as normas operacionais da assistência à saúde

| UF | Nº da Portaria de Habilitação em GPSE | Data de assinatura | Previsão da vigência dos efeitos financeiros na Portaria | Mês/ano do início das transferências** | Limite financeiro da MAC |
|----|---------------------------------------|--------------------|--|--|--------------------------|
| AL | PT. GM nº 774 | 17/04/2002 | — | ago/02 | Art. 1º - Mantido |
| CE | PT. GM nº 775 | 17/04/2002 | — | ago/02 | Art. 1º - Mantido |
| DF | PT. GM nº 1122 | 17/06/2002 | Art. 5º - jun/2002 | ago/02 | Art. 1º - Alterado |
| GO | PT. GM nº 1123 | 17/06/2002 | — | ago/02 | Art. 1º - Mantido |
| SC | PT. GM nº 1261 | 10/07/2002 | — | ago/02 | Art. 1º - Mantido |
| PA | PT. GM nº 1262 | 10/07/2002 | — | ago/02 | Art. 1º - Mantido |
| SE | PT. GM nº 1273 | 11/07/2002 | Art. 4º - jul/2002 | ago/02 | Art. 1º - Alterado |
| RJ | PT. GM nº 1438 | 13/08/2002 | Art. 4º - ago/2002 | ago/02 | Art. 1º - Alterado |
| PB | PT. GM nº 1439 | 13/08/2002 | Art. 4º - ago/2002 | ago/02 | Art. 1º - Alterado |
| PR | PT. GM nº 1466 | 14/08/2002 | Art. 4º - ago/2002 | ago/02 | Art. 1º - Alterado |
| MS | PT. GM nº 1555* | 29/08/2002 | Art. 5º - set/2002* | set/02 | Art. 2º e 3º - Alterado* |
| MT | PT. GM nº 1556 | 29/08/2002 | Art. 5º - set/2002 | set/02 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| RS | PT. GM nº 2299 | 18/12/2002 | Art. 6º - fev/2003 | out/03 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| MG | PT. GM nº 2181 | 27/11/2002 | Art. 6º - dez/2002 | dez/02 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| RO | PT. GM nº 482 | 17/04/2003 | Art. 6º - abr/2003 | abr/03 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| SP | PT. GM nº 1398 | 22/07/2003 | Art. 6º - ago/2003 | ago/03 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| RN | PT. GM nº 1827 | 19/09/2003 | Art. 5º - set/2003 | set/03 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| AC | PT. GM nº 1997 | 15/10/2003 | Art. 5º - out/2003 | out/03 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| BA | PT. GM nº 2003* | 17/10/2003 | Art. 5º - out/2003* | out/03 | Art. 2º e 3º - Alterado* |
| RR | PT. GM nº 2278 | 28/11/2003 | Art. 5º - nov/2003 | nov/03 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| AM | PT. GM nº 219 | 13/02/2004 | Art. 5º - fev/2004 | fev/04 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| AP | PT. GM nº 221 | 13/02/2004 | Art. 5º - fev/2004 | fev/04 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| PI | PT. GM nº 801 | 30/04/2004 | Art. 5º - mai/2004 | mai/04 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| PE | PT. GM nº 1582 | 02/08/2004 | Art. 5º - jul/2004 | jul/04 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| MA | PT. GM nº 2475 | 17/11/2004 | Art. 5º - nov/2004 | nov/04 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| ES | PT. GM nº 2514 | 23/11/2004 | Art. 5º - nov/2004 | nov/04 | Art. 2º e 3º - Alterado |
| TO | PT. GM nº 2531 | 26/11/2004 | Art. 5º - nov/2004 | nov/04 | Art. 2º e 3º - Alterado |

Fontes: Sistema de legislação da saúde – Saúde legis (Ministério da Saúde), Diário Oficial da União e Datasus.

O caso do Distrito Federal é emblemático. Habilitado em GPSE, em 17 de junho de 2002, pela Portaria GM/MS nº 1.122, viria a sofrer risco de desabilitação,

conforme previa a NOAS 01/2002. No Resumo Executivo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) realizada em 20 de fevereiro de 2003, consta a seguinte informação:

Desabilitação do DF - os órgãos de fiscalização interna e externa do governo federal realizaram auditoria no SUS do DF e os relatórios apresentam constatações importantes que levaram o MS, seguindo o estabelecido no artigo 21 da Noas (*sic*) [Instrução Normativa nº1 GM/MS de 06 de abril de 2001] que trata do processo de desabilitação de estados, a propor a abertura do processo de desabilitação do DF em gestão plena do sistema pela CIT. O Ministério está marcando uma reunião (...) com a SES/DF, CONASS e CONASEMS no Gabinete do Ministro, para comunicação das irregularidades verificadas e conceder um prazo de defesa para a Secretaria se manifestar. Será pautado na próxima reunião da CIT o assunto (Resumo Executivo da Reunião da CIT de 20 de fevereiro de 2003).

O processo de desabilitação do Distrito Federal teve repercussão no Conselho Nacional de Saúde, que abordou o tema em mais de uma ocasião. Diz o texto da Ata da 128ª Reunião Ordinária do CNS, ocorrida nos dias 12 e 13 de março de 2003:

ITEM 12 – INFORMES DA TRIPARTITE – AVALIAÇÃO E DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE A TRIPARTITE E O CNS - (...) c) Desabilitação do Distrito Federal: os órgãos de fiscalização interna e externa do Governo Federal realizaram auditoria no SUS do DF e os relatórios apresentaram constatações importantes que levaram o MS a propor a abertura do processo de desabilitação do DF em Gestão Plena do Sistema, pela CIT (...).

Foi formado um Grupo-Tarefa (GT) encarregado de analisar a situação do Distrito Federal quanto à possibilidade de desabilitação. O grupo concluiu, ao fim do trabalho, que os motivos que levaram o Ministério da Saúde a propor a referida sanção àquela Unidade Federativa ainda persistiam. Tal conclusão foi apresentada aos membros do CNS em reunião e um dos conselheiros advertiu para a possibilidade de a medida não surtir efeito prático. Mesmo que a desabilitação fosse levada a termo, o processo de gestão seria mantido e o fluxo dos recursos fundo a fundo não seria interrompido (Ata da 133ª Reunião Ordinária do CNS, de 6 e 7/08/2003), o que de fato aconteceu, como pode ser verificado pelos dados do Datasus referentes às transferências ao Distrito Federal durante o período estudado.

4 CLASSIFICAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Os recursos federais destinados ao pagamento de ações e serviços de média e alta complexidade, em análise neste artigo, dividem-se em três modalidades, de acordo com a classificação adotada pelo Datasus:

- a) remuneração por serviços produzidos: representa pagamentos efetuados pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores, referentes às internações hospitalares e aos atendimentos ambulatoriais, excetuados os prestadores de entes subnacionais então habilitados em Gestão Plena ou Semiplena. Essa era a forma predominante de pagamento ao setor privado/conveniado antes da criação do SUS e sua extinção constituiu um dos principais objetivos do processo de descentralização de recursos federais;
- b) transferências – ações estratégicas: referem-se aos recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), criado pela Portaria GM/MS nº 531, de 30 de abril de 1999, e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 132, de 31 de janeiro de 2001. Esse Fundo tem por objetivo arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e os decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas; e
- c) transferências – média e alta complexidade: referem-se ao valor dos repasses federais relativos à assistência de alta e média complexidade, dirigidas a estados e municípios habilitados em Gestão Plena e Semiplena, estipulado pela Comissão Intergestores Bipartite do estado, homologado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e publicado no Diário Oficial da União. Embora a NOB 96 tenha instituído a rubrica “Gestão Plena do Sistema Estadual”, que incluía os repasses de média e alta complexidade para estados e municípios habilitados, somente a partir do início das transferências dos recursos previstos nas NOAS – agosto de 2002 – é que tal modalidade passou a evidenciar de forma significativa os recursos específicos de média e alta complexidade.

No gráfico 1 pode-se observar o comportamento das modalidades supracitadas no financiamento de ações e serviços de média e alta complexidade para o período de 2001 a 2006. É fundamental destacar que a participação da modalidade “remuneração por serviços produzidos” decai ao longo do período analisado até desaparecer totalmente em 2005, o que constitui um indicador de sucesso da política de descentralização de recursos para o financiamento de procedimentos de média e alta complexidade intensificada pelas NOAS. Essa modalidade representava os pagamentos realizados diretamente pelo Ministério da Saúde aos prestadores que – segundo todo o conjunto de orientações e normas expedidas ao longo

dos anos anteriores, como demonstrado acima – deveriam ser substituídos por transferências fundo a fundo. Desempenho oposto é observado na modalidade “transferências – ações estratégicas”, cujos recursos compõem o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Os recursos do FAEC correspondem a uma parcela mínima em 2001 e crescem nos anos subsequentes até se estabilizarem a partir de 2004. Em terceiro lugar, destaca-se o aumento da participação da modalidade “transferências – média e alta complexidade”, a qual se refere ao valor das transferências fundo a fundo relativas à assistência de alta e média complexidade direcionadas a estados e municípios habilitados em Gestão Plena e Semiplena. A tabela 1 apresenta com maior precisão os valores correspondentes ao gráfico 1.

GRÁFICO 1

Participação dos diferentes grupos de despesas nas transferências anuais de recursos financeiros de média e alta complexidade aos estados, Distrito Federal e municípios – 2001-2006
(Em R\$ bilhões)

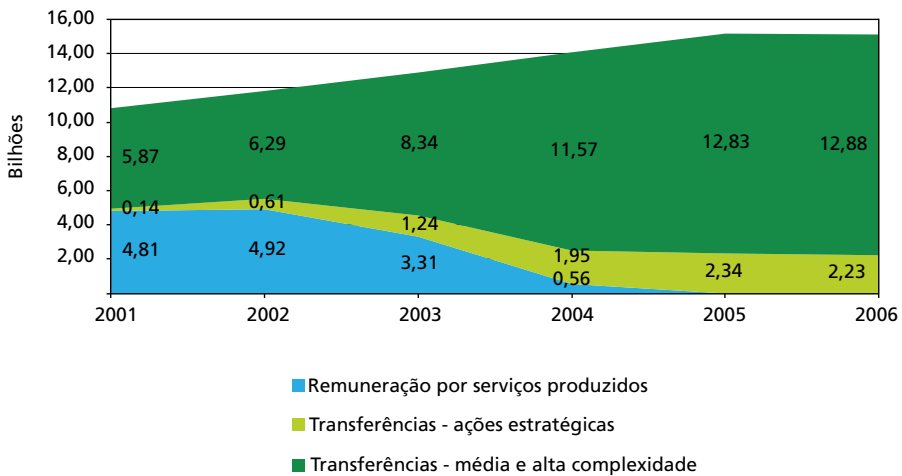


TABELA 1
Valores anuais destinados à média e alta complexidade transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, por grupo de despesa – 2001-2006
 (Em R\$ 1,00 corrente)

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | Total |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Remuneração por serviços produzidos | 4.811.167.964,43 | 4.917.016.671,41 | 3.313.894.214,14 | 555.519.374,64 | - | - | 13.597.598.224,62 |
| Transferências - ações estratégicas | 135.113.574,09 | 608.049.126,57 | 1.239.330.286,00 | 1.951.707.647,01 | 2.337.607.520,72 | 2.233.448.915,82 | 8.505.257.070,21 |
| Transferências - média e alta complexidade | 5.865.457.055,17 | 6.291.542.311,48 | 8.341.162.350,87 | 11.565.079.939,19 | 12.826.651.403,24 | 12.878.797.579,90 | 57.768.690.639,85 |
| Valores agregados anuais de média e alta | 10.811.738.593,69 | 11.816.608.109,46 | 12.894.386.851,01 | 14.072.306.960,84 | 15.164.258.923,96 | 15.112.246.495,72 | 79.871.545.934,68 |

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde – Datasus.

O recorte temporal eleito para esta análise do impacto das Normas Operacionais de Assistência à Saúde sobre o financiamento federal da média e alta complexidade (MAC) correspondeu ao período de vinte e cinco meses, compreendido entre os anos de 2001 a 2005: doze que antecederam e doze que sucederam aos meses em que foram publicadas as Portarias de Habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual. O foco da análise é a evolução das transferências fundo a fundo.

Os montantes destinados ao conjunto de municípios de cada um dos estados nos períodos correspondentes também foram verificados, a fim de comparar as evoluções dos fluxos financeiros direcionados aos fundos municipais e estaduais.

Ainda no sentido de criar parâmetros de comparação e tendo em vista a irregularidade nos fluxos de valores transferidos, foram calculadas as médias aritméticas mensais referentes aos valores recebidos pelos estados, por seus municípios (em conjunto) e pelo Distrito Federal, correspondentes aos seguintes períodos:

- a) de doze meses anteriores ao mês de habilitação até o mês que antecedeu o início da transferência dos recursos financeiros atribuídos à GPSE pela NOAS;
- b) do primeiro mês em que houve transferência de recursos sob a rubrica de GPSE/NOAS até o décimo segundo mês após o mês de habilitação de cada uma das Unidades Federativas.

5 DINÂMICA DAS HABILITAÇÕES

Os resultados do estudo trazem informações que caracterizam importantes aspectos do processo de implementação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde 01/2001 e 01/2002. Algumas considerações gerais podem ser preliminarmente destacadas a partir da cronologia das publicações de Portarias de Habilitação dos estados e do Distrito Federal e do início das transferências pela rubrica GPSE/NOAS a esses entes:

1. Os primeiros estados habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual – Alagoas e Ceará – tiveram suas Portarias publicadas em 17 de abril de 2002, ou seja, pouco mais de quatorze meses após a entrada em vigor da NOAS 01/2001. O estado de Tocantins, último habilitado, teve sua Portaria publicada em 26 de novembro de 2004; exatos dois anos e onze meses após a publicação da mesma norma.

2. O início das transferências fundo a fundo para estados e Distrito Federal sob a rubrica GPSE/NOAS só teve início no mês de agosto de 2002 – quatro meses após a publicação das primeiras Portarias de Habilitação. Essas transferências foram interrompidas em novembro de 2006.
3. Vinte e um estados passaram a receber os recursos no decurso do bimestre posterior às datas de publicação das suas Portarias de Habilitação.
4. Quatorze Unidades Federativas foram habilitadas no ano de 2002, seis em 2003 e sete em 2004.

6 RECURSOS FEDERAIS PARA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Os dados coletados permitem inferir que para todas as Grandes Regiões houve aumento progressivo nos dispêndios federais para média e alta complexidade no decorrer do período (tabela 2), correspondendo a uma variação média para todas as regiões de 139,78%, considerados valores correntes.

TABELA 2
Recursos financeiros do SUS repassados aos estados e municípios, destinados à média e alta complexidade, incluindo remuneração por serviços produzidos e FAEC – 2011-2006
 (Em R\$ 1,00 corrente)

| Região | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | Totais no período | Percentual |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Região Norte | 553.040.413,61 | 614.197.162,71 | 693.684.202,26 | 815.640.130,55 | 902.603.415,37 | 896.458.327,39 | 4.475.623.651,89 | 5,60% |
| Região Nordeste | 2.585.920.890,48 | 2.812.956.729,89 | 3.168.273.466,76 | 3.528.576.922,36 | 3.781.096.326,68 | 3.714.227.722,94 | 19.591.052.059,11 | 24,53% |
| Região Sudeste | 5.403.304.001,65 | 5.896.348.512,29 | 6.281.187.669,04 | 6.719.235.239,66 | 7.239.190.444,25 | 7.218.994.623,61 | 38.758.260.490,50 | 48,53% |
| Região Sul | 1.618.712.044,85 | 1.756.559.926,94 | 1.898.275.694,28 | 2.052.057.923,28 | 2.212.246.264,83 | 2.261.313.337,65 | 11.799.165.191,83 | 14,77% |
| Região Centro-Oeste | 650.761.243,10 | 736.545.777,63 | 852.965.818,67 | 956.796.744,99 | 1.029.122.472,83 | 1.021.252.484,13 | 5.247.444.541,35 | 6,57% |
| Total | 10.811.738.593,69 | 11.816.608.109,46 | 12.894.386.851,01 | 14.072.306.960,84 | 15.164.258.923,96 | 15.112.246.495,72 | 79.871.545.934,68 | 100% |

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde – Datasus.

Os maiores percentuais de aumento, comparando-se apenas os anos situados nas extremidades do recorte temporal (2001 e 2006), couberam às regiões Norte (62,10%) e Sul (56,93%) e os menores corresponderam às regiões Nordeste (43,63%), Centro-Oeste (39,70%) e Sudeste (33,60%) (tabela 3).

TABELA 3
Percentual de aumento para cada região, considerados os anos 2001 e 2006

| Região | 2006 (R\$) | 2001 (R\$) | Variação (%) |
|--------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Norte | 896.458.327,39 | 553.040.413,61 | 62,10% |
| Nordeste | 3.714.227.722,94 | 2.585.920.890,48 | 43,63% |
| Sudeste | 7.218.994.623,61 | 5.403.304.001,65 | 33,60% |
| Centro-Oeste | 2.261.313.337,65 | 1.618.712.044,85 | 39,70% |
| Sul | 1.021.252.484,13 | 650.761.243,10 | 56,93% |
| Total | 15.112.246.495,72 | 10.811.738.593,69 | 39,78% |

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde – Datasus.

Entretanto, apesar dos aumentos verificados na alocação de recursos federais, a participação relativa dos recursos destinados a estados e municípios, por região, para financiamento da média e alta complexidade, não apresentou variações significativas de 2001 a 2006. Os gráficos 2 e 3 demonstram os percentuais de recursos de média e alta complexidade destinados a estados, Distrito Federal e municípios, por Grandes Regiões, nos anos de 2001 e 2006, respectivamente. As maiores se encontraram nas regiões Norte (de 5,12% para 5,93%), Centro-Oeste (de 6,02% para 6,76%) e Nordeste (de 23,92% para 24,58%). As regiões Sul (de 14,97% para 14,96%) e Sudeste (de 49,98% para 47,77%) apresentaram reduções nos percentuais de participação. A leitura desses dados indica ter havido pequena redução na desigualdade no tocante à distribuição de recursos federais entre as regiões.

GRÁFICO 2

Percentual (por região) do total de recursos financeiros de média e alta complexidade transferidos a estados, Distrito e Municípios – 2001
(Em %)

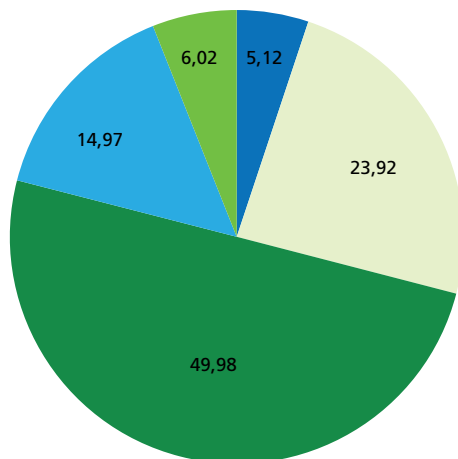
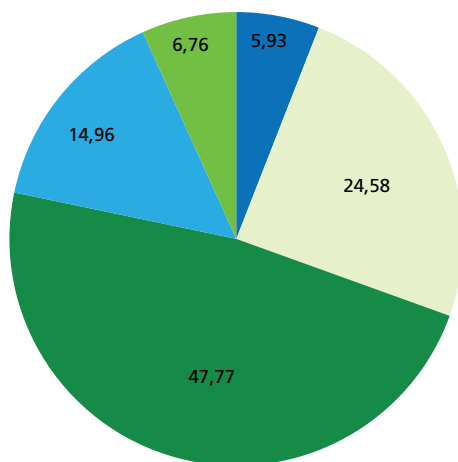


GRÁFICO 3

Percentual (por região) do total de recursos financeiros de média e alta complexidade transferidos a estados, Distrito e Municípios – 2006
(Em %)



Com o objetivo de avaliar o processo de descentralização, por meio do comportamento das transferências fundo a fundo, foram comparados os valores da rubrica denominada “Gestão Plena do Sistema Estadual (NOAS)” transferidos a cada estado, durante o período referente ao recorte eleito para o estudo, qual seja, de 2001 a 2005. Ressalte-se que essa rubrica foi considerada representativa pelo fato de corresponder a 72,33% do total de recursos de média e alta complexidade destinado a estados e municípios entre os anos de 2001 e 2006.

A tabela 4 apresenta, em valores correntes, as diferenças entre as médias mensais de recursos do Ministério da Saúde transferidos aos fundos estaduais e municipais, comparando os períodos anterior e posterior ao início das transferências creditadas à habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual pela NOAS.

TABELA 4

Varição das médias mensais de transferências de MAC para UF e seus respectivos municípios, antes e após o início sob a rubrica GPSE/NOAS

(Em R\$ 1,00 corrente)

| Unidade da Federação | Média transferências UF + conjunto de municípios antes da GPSE/NOAS (R\$) | Média transferências UF + conjunto de municípios depois da GPSE/NOAS (R\$) | Varição sobre a média inicial (%) |
|----------------------|---|--|-----------------------------------|
| Ceará | 32.309.226,03 | 30.787.996,12 | -4,71 |
| Paraná | 51.273.654,61 | 50.726.887,24 | -1,07 |
| Santa Catarina | 24.462.447,47 | 25.027.294,58 | 2,31 |
| Pará | 21.416.357,78 | 22.399.525,46 | 4,59 |
| Alagoas | 11.890.420,17 | 13.001.672,17 | 9,35 |
| Goiás | 22.212.909,45 | 24.602.832,29 | 10,76 |
| Distrito Federal* | 9.736.308,66 | 11.491.622,96 | 18,03 |
| Rio de Janeiro | 72.148.328,20 | 88.918.573,46 | 23,24 |
| Maranhão | 21.124.534,10 | 28.944.585,14 | 37,02 |
| Mato Grosso do Sul | 6.912.463,23 | 10.596.021,59 | 53,29 |
| Minas Gerais | 54.920.759,47 | 85.144.633,57 | 55,03 |
| Piauí | 8.061.728,88 | 15.874.513,01 | 96,91 |
| Rio Grande do Norte | 7.145.748,52 | 14.418.329,38 | 101,77 |
| Rio Grande do Sul | 26.468.532,49 | 54.128.525,33 | 104,50 |
| Paraíba | 7.311.621,83 | 15.717.061,91 | 114,96 |
| Roraima | 586.090,48 | 1.538.520,18 | 162,51 |
| Rondônia | 2.362.830,06 | 6.312.758,38 | 167,17 |
| Mato Grosso | 4.350.839,92 | 12.689.270,25 | 191,65 |
| São Paulo | 82.291.064,90 | 252.903.849,91 | 207,33 |
| Pernambuco | 13.644.149,29 | 48.308.722,81 | 254,06 |
| Sergipe | 2.173.867,86 | 8.134.657,21 | 274,20 |
| Espírito Santo | 4.665.290,27 | 18.590.302,94 | 298,48 |
| Bahia | 13.735.165,53 | 71.180.217,70 | 418,23 |
| Tocantins | 1.108.475,76 | 9.052.798,73 | 716,69 |
| Amapá | 212.137,18 | 2.474.324,48 | 1.066,38 |

(Continua)

(Continuação)

| Unidade da Federação | Média transferências UF + conjunto de municípios antes da GPSE/NOAS (R\$) | Média transferências UF + conjunto de municípios depois da GPSE/NOAS (R\$) | Varição sobre a média inicial (%) |
|-------------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| Amazonas | 924.050,57 | 13.123.943,01 | 1.320,26 |
| Acre | 134.620,65 | 3.082.549,25 | 2.189,80 |
| Soma médias mensais (Brasil) | 503.583.623,35 | 939.171.989,09 | 86,50 |

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde – Datasus.

Nota: * Não há transferência para fundos municipais, no caso do DF, em virtude da sua peculiaridade como ente federativo.

A maior parte dos estados teve aumento na média mensal de transferências (conjunto de estados e municípios). O estado do Ceará, já habilitado pela NOB 96 em janeiro de 2001,¹ ao contrário dos demais, teve sua média mensal de transferências financeiras de média e alta complexidade reduzida após o início do recebimento de recursos pela rubrica GPSE/NOAS, considerando-se apenas o período eleito para o estudo. O mesmo ocorreu com o estado do Paraná – habilitado pela norma acima referida em dezembro de 1999² – o qual, apesar de ter sua média mensal reduzida, continuou a figurar entre os seis estados que apresentaram as maiores médias de recursos de MAC recebidos no período.

Além da já citada redução das médias mensais dos recursos de média e alta complexidade transferidos aos estados do Ceará e do Paraná, verifica-se que houve variação de até 10% para Santa Catarina, Pará e Alagoas; acima de 10% e abaixo de 100%, para Goiás, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Piauí; entre 100% e 200%, para Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Paraíba, Roraima, Rondônia e Mato Grosso; de 200% a 1.000%, para São Paulo, Pernambuco, Sergipe, Espírito Santo, Bahia e Tocantins; por fim, Amapá, Amazonas e Acre apresentaram variação maior que 1.000%, em valores correntes. Vale ressaltar mais uma vez que, no caso específico do Distrito Federal, não houve transferência aos fundos municipais pelo fato de se tratar de ente subnacional com característica político-administrativa diversa dos demais entes federativos.

Deve ser lembrado que as médias apresentadas se referem, nesses casos, apenas à evolução dos recursos destinados à MAC por meio da modalidade transferência fundo a fundo, ou seja, as variações apresentadas não incluem a evolução do conjunto dos recursos destinados à MAC em cada estado.

As tabelas 5 e 6 apresentam em separado, respectivamente, as variações nas médias das transferências relativas aos estados (fundos estaduais) e aos municípios (fundos municipais), por estado. O Distrito Federal, por sua condição peculiar como ente

1. Portaria nº 01/GM, de 2 de janeiro de 2001.

2. Portaria GM/MS nº 1.362, de 7 de dezembro de 1999.

federativo, não foi representado nessas últimas planilhas. Deve ser considerado o fato de que, a partir do início do período de vigência da NOAS-SUS 01/2001, Bahia, Ceará, Goiás, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, além do Distrito Federal, já se encontravam habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual pela NOB 01/96, recebendo, portanto, recursos de média e alta complexidade provenientes de tal rubrica.

Com relação ao bloco correspondente à soma dos valores transferidos somente aos fundos estaduais (tabela 5), pode-se notar que Ceará, Pará e Santa Catarina apresentaram decréscimos em suas médias mensais de transferências de média e alta complexidade, sendo a média do primeiro reduzida em aproximadamente um quarto e a do segundo em um quinto. Paraná, Goiás e Alagoas tiveram variação positiva, mas inferior a 30%. A partir daí, todos os estados tiveram aumentos percentuais das transferências aos fundos estaduais da ordem de três a quatro dígitos: na faixa entre 400% e 1.000%, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Maranhão, Rio Grande do Norte, Sergipe e Espírito Santo; de 1.000% a 2.000%, Piauí, Mato Grosso, Paraíba, Roraima e Pernambuco, e acima de 2.000%, Acre, Amazonas, Rondônia, Tocantins, Amapá e Rio Grande do Sul, com destaque para a Bahia, que teve sua média mensal de transferências de média e alta complexidade elevada a um patamar de mais de trinta e três vezes a média inicial.

TABELA 5

Varição das médias mensais de transferências de MAC para UF (somente), antes e após o início dos repasses sob a rubrica GPSE/NOAS
(Em R\$ 1,00 corrente)

| Unidade da Federação | Média transferências UF antes da GPSE/NOAS (R\$) | Média transferências UF depois da GPSE/NOAS (R\$) | Varição sobre a média inicial (%) |
|----------------------|--|---|-----------------------------------|
| Ceará | 16.846.720,37 | 12.790.824,09 | -24,08 |
| Pará | 5.846.995,76 | 4.683.949,66 | -19,89 |
| Santa Catarina | 14.566.723,90 | 14.165.609,21 | -2,75 |
| Paraná | 26.104.744,96 | 27.038.552,96 | 3,58 |
| Goiás | 8.460.214,74 | 9.350.078,09 | 10,52 |
| Alagoas | 4.123.481,22 | 5.076.733,57 | 23,12 |
| Rio de Janeiro | 3.859.348,81 | 22.480.217,36 | 482,49 |
| Minas Gerais | 5.398.340,49 | 33.537.290,51 | 521,25 |
| Mato Grosso do Sul | 517.637,87 | 3.726.683,54 | 619,94 |
| São Paulo | 17.894.650,52 | 139.238.757,59 | 678,10 |
| Maranhão | 778.366,52 | 6.141.519,10 | 689,03 |
| Rio Grande do Norte | 688.068,47 | 5.510.306,17 | 700,84 |
| Sergipe | 523.061,15 | 4.393.312,63 | 739,92 |
| Espírito Santo | 1.573.657,47 | 15.316.899,58 | 873,33 |

(Continua)

(Continuação)

| Unidade da Federação | Média transferências UF antes da GPSE/NOAS (R\$) | Média transferências UF depois da GPSE/NOAS (R\$) | Variação sobre a média inicial (%) |
|----------------------------|--|---|------------------------------------|
| Piauí | 565.067,54 | 6.323.884,17 | 1.019,14 |
| Mato Grosso | 657.319,90 | 8.085.509,48 | 1.130,07 |
| Paraíba | 549.503,06 | 7.143.104,80 | 1.199,92 |
| Roraima | 68.998,92 | 951.209,84 | 1.278,59 |
| Pernambuco | 1.780.806,30 | 34.799.568,53 | 1.854,15 |
| Acre | 133.092,76 | 3.065.556,32 | 2.203,32 |
| Amazonas | 496.616,07 | 12.072.965,43 | 2.331,05 |
| Rondônia | 142.068,42 | 3.553.986,07 | 2.401,60 |
| Tocantins | 280.192,96 | 7.712.241,12 | 2.652,48 |
| Amapá | 75.876,24 | 2.118.735,46 | 2.692,36 |
| Rio Grande do Sul | 866.224,60 | 25.921.385,67 | 2.892,46 |
| Bahia | 1.607.451,20 | 53.558.963,99 | 3.231,92 |
| Soma médias mensais | 114.405.230,18 | 468.757.844,92 | 309,73 |

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde – Datasus.

Os conjuntos de municípios do Paraná e do Rio de Janeiro tiveram suas médias mensais reduzidas (tabela 5). Os de Alagoas, Minas Gerais, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina tiveram para seus municípios variação não superior a 10%; a partir daí e até os 100%, os municípios de Goiás, Rio Grande do Sul, Maranhão, Roraima, Pará, Pernambuco, Ceará, Rondônia, Mato Grosso, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Bahia, Tocantins e São Paulo; acima dos 100%, somente os de Sergipe, Amazonas, Amapá e, com aumento superior a 1.000%, os municípios do Acre. A hipótese mais provável para esses aumentos pode ser explicada pela intenção dos idealizadores da política em questão de reforçar as redes regionais de assistência menos desenvolvidas, tais como as últimas citadas.

TABELA 6

Varição das médias mensais de transferências de MAC para municípios (em conjunto) por UF, antes e após o início dos repasses sob a rubrica GPSE/NOAS
(Em R\$ 1,00 corrente)

| Unidade da Federação | Média transferências a municípios por UF antes da GPSE/NOAS (R\$) | Média transferências a municípios por UF depois da GPSE/NOAS (R\$) | Variação sobre a média inicial (%) |
|----------------------|---|--|------------------------------------|
| Paraná | 25.168.909,65 | 23.688.334,28 | -5,88 |
| Rio de Janeiro | 68.288.979,40 | 66.438.356,10 | -2,71 |
| Alagoas | 7.766.938,95 | 7.924.938,60 | 2,03 |
| Minas Gerais | 49.472.221,76 | 51.835.467,06 | 4,78 |

(Continua)

(Continuação)

| Unidade da Federação | Média transferências a municípios por UF antes da GPSE/NOAS (R\$) | Média transferências a municípios por UF depois da GPSE/NOAS (R\$) | Variação sobre a média inicial (%) |
|----------------------------|---|--|------------------------------------|
| Espírito Santo | 3.091.632,80 | 3.273.403,36 | 5,88 |
| Mato Grosso do Sul | 6.394.825,37 | 6.869.338,05 | 7,42 |
| Santa Catarina | 9.895.723,56 | 10.861.685,37 | 9,76 |
| Rio Grande do Sul | 25.602.307,90 | 28.207.139,66 | 10,17 |
| Goiás | 13.752.694,71 | 15.252.754,20 | 10,91 |
| Maranhão | 20.346.167,58 | 22.803.066,04 | 12,08 |
| Roraima | 517.091,56 | 587.310,34 | 13,58 |
| Pará | 15.569.362,01 | 17.715.575,80 | 13,78 |
| Pernambuco | 11.863.343,00 | 13.509.154,29 | 13,87 |
| Ceará | 15.462.505,66 | 17.997.172,03 | 16,39 |
| Rondônia | 2.220.761,64 | 2.758.772,31 | 24,23 |
| Mato Grosso | 3.693.520,02 | 4.603.760,77 | 24,64 |
| Paraíba | 6.762.118,77 | 8.573.957,11 | 26,79 |
| Piauí | 7.496.661,34 | 9.550.628,85 | 27,40 |
| Rio Grande do Norte | 6.457.680,06 | 8.908.023,21 | 37,94 |
| Bahia | 12.127.714,33 | 17.621.253,71 | 45,30 |
| Tocantins | 828.282,80 | 1.340.557,61 | 61,85 |
| São Paulo | 64.396.414,38 | 113.665.092,32 | 76,51 |
| Sergipe | 1.650.806,71 | 3.741.344,58 | 126,64 |
| Amazonas | 427.434,51 | 1.050.977,58 | 145,88 |
| Amapá | 136.260,95 | 355.589,03 | 160,96 |
| Acre | 1.527,89 | 16.992,94 | 1.012,18 |
| Soma médias mensais | 379.391.887,29 | 459.150.645,20 | 21,02 |

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde.

A distribuição de recursos financeiros de média e alta complexidade advindos da implementação das NOAS evidenciou, de modo geral, que a variação percentual global das médias mensais, em valores correntes, referentes aos repasses da União aos estados, foi de 309,73%, enquanto a dos repasses aos municípios foi de 21,02%, segundo os dados analisados nas tabelas 5 e 6. Ceará, Pará e Santa Catarina representam exceções, pois tiveram redução das médias mensais de repasses de MAC a eles destinados, tomando-se por base o período estudado. Levando-se em consideração a proposta de atribuir às Secretarias de Saúde Estaduais a responsabilidade pela organização e pela articulação das redes de saúde ao nível regional – consonante com a política de saúde então vigente – é plausível que os estados viessem efetivamente a receber recursos proporcionalmente maiores que os recursos recebidos pelos municípios existentes em seus territórios. A partir de agosto de 2002, houve

considerável elevação de repasses financeiros efetuados pelo Ministério da Saúde, destinados a compor mensalmente os tetos financeiros dos estados a título de custeio das ações de média e alta complexidade em todo o país. Entre abril de 1998 e julho de 2002 o total de transferências de recursos financeiros do Ministério da Saúde destinados à atenção em média e alta complexidade para estados e DF havia sido de 3,3 bilhões e para municípios, 16,39 bilhões, perfazendo o total de 19,69 bilhões, em valores correntes.

De agosto de 2002 a novembro de 2006, foram transferidos aos entes subnacionais, a título do custeio de consultas e procedimentos de média e alta complexidade, sob a rubrica GPSE/NOAS, um total de 23,27 bilhões a estados e Distrito Federal e a municípios, 24,85 bilhões, totalizando 48,13 bilhões, também em valores correntes. O aumento global para estados, Distrito Federal e municípios, comparados os dois períodos de igual duração (52 meses), corresponde a 144,38%. A variação para os estados e o DF foi de 605,21% e para os municípios em conjunto, 51,60%. Deve-se destacar que esse resultado, obtido a partir dos recursos transferidos fundo a fundo, reflete o grau de aderência ao processo de descentralização da Gestão. Os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e a Remuneração por Serviços Produzidos não foram considerados para efeito desta análise. As dinâmicas dos processos de habilitação dos entes federativos e de transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde a estados, Distrito Federal e municípios – verificada pela leitura dos dados coletados com a finalidade de fundamentar o presente artigo – demonstram distanciamento, em algum grau, entre o objetivo das normas e os seus efeitos reais no tocante ao padrão distributivo dos recursos de média e alta complexidade na perspectiva da regionalização.

A política expressa pelas NOAS é bem sucedida no tocante à elevação dos tetos financeiros de média e alta complexidade para a maioria dos estados e o Distrito Federal e, também, no que tange ao aumento das transferências fundo a fundo. O presente estudo indica que, a partir da implementação das NOAS, os recursos financeiros da MAC para as unidades federativas, de modo geral, ultrapassaram o critério meramente incremental, embora não necessariamente de acordo com alguns dos objetivos específicos dessas normas, tais como:

Reverter a lógica do financiamento centrada na oferta de serviços, buscando orientar o processo alocativo pelas necessidades de saúde [...]; Definir os limites financeiros de recursos federais alocados em todos os municípios do País, considerando suas bases territoriais-populacionais e unidades assistenciais neles sediadas, explicitando os recursos destinados aos residentes e às referências intermunicipais [...]; Promover maior equidade na alocação de recursos, por meio do aumento de transferência fundo a fundo de recursos calculados em base per capita, para o financiamento das ações básicas e ações selecionadas de média complexidade (BRASIL, 2001).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O efeito pretendido pelo Ministério da Saúde com a implementação das NOAS era o de reorganizar os sistemas de saúde regionais, contribuindo, desse modo, para a melhoria do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Isso explicaria a ampliação do aporte de recursos financeiros especialmente destinados a média e alta complexidade para estados, Distrito Federal e municípios, os quais seriam automaticamente transferidos desde que houvesse a assunção de determinadas responsabilidades e o cumprimento de uma série de requisitos como contrapartida dos entes subnacionais. Entre eles, pode-se destacar como fundamental a efetiva utilização de instrumentos de planejamento, tais como o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

No entanto houve, desde o início do processo, recorrente flexibilização dos critérios e dilatação dos prazos para cumprimento das etapas necessárias à habilitação a partir de arenas decisórias, como a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde. Prova irrefutável disso é o processo de desabilitação do Distrito Federal, para o qual foi dado tratamento eminentemente político à solução de uma questão técnica prevista nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde.

Ao longo do período analisado observou-se, em relação aos recursos federais destinados a média e alta complexidade, que:

1. A evolução do total dos dispêndios federais (todas as modalidades) a título de média e alta complexidade entre 2001 e 2006, em valores correntes, foi de 10,8 bilhões a 15,1 bilhões, aproximadamente, apresentando crescimento nominal de 39,8%.
2. A participação da modalidade remuneração por serviços produzidos decresce ao longo do período analisado até desaparecer totalmente em 2005, o que constitui indicador de sucesso da política de descentralização de recursos intensificada pelas NOAS.
3. Os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que tem por objetivo arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual e os decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas, correspondiam a uma parcela mínima em 2001, mas crescem nos anos subsequentes até se estabilizarem a partir de 2004.
4. A modalidade “transferências – média e alta complexidade”, que se refere ao valor das transferências fundo a fundo direcionadas a estados e municípios habilitados em Gestão Plena e Semiplena, teve crescimento importante e, isoladamente, representou evolução de 5,8 bilhões a

12,9 bilhões de 2001 a 2006, com crescimento nominal de 122,4%.

Indubitavelmente – mesmo considerando a taxa média de inflação no período em análise – houve considerável aumento no aporte de recursos financeiros para estados e municípios, consideradas as três modalidades de dispêndios da média e alta complexidade. Os maiores percentuais de aumento, comparando-se apenas os anos situados nas extremidades do recorte temporal (2001 e 2006), couberam às regiões Norte (62,1%) e Sul (56,9%), e os menores corresponderam às regiões Nordeste (43,6%), Centro-Oeste (39,7%) e Sudeste (33,6%).

A pergunta que precisa ser respondida é se, de fato, o aumento do aporte de recursos de média e alta complexidade destinado às Unidades Federativas correspondeu ao objetivo das NOAS, quanto à promoção de maior equidade na alocação de recursos e à melhoria do acesso dos cidadãos brasileiros aos serviços de saúde nesses níveis de atenção, particularmente sob a vertente da macroestratégia de regionalização.

Em relação às mudanças na distribuição regional dos recursos, como visto anteriormente, as alterações não foram muito significativas. Tomando-se como base a participação percentual de cada região nas alocações federais para média e alta complexidade nos anos de 2001 e 2006, obtêm-se os seguintes resultados: Norte (de 5,12% para 5,93%), Centro-Oeste (de 6,02% para 6,76%), Nordeste (de 23,92% para 24,58%), Sul (de 14,97% para 14,96%) e Sudeste (de 49,98% para 47,77%). Contudo, é importante ressaltar que os aumentos de participação, ainda que pequenos, beneficiaram as regiões com menor oferta de serviços.

Em relação ao acesso, ao que parece, não existem muitos estudos disponíveis que tenham por base a análise dos PDR de cada um dos estados ou de outras fontes de informação. Estudos de tal natureza poderiam vir a comprovar se, em unidades nas quais a política de regionalização tenha sido bem sucedida do ponto de vista financeiro, ou seja, a alocação de recursos tenha sido conduzida em observância ao princípio da equidade, poderia ter havido, concomitantemente, reorganização do sistema de saúde regional, acarretando melhorias no acesso.

REFERÊNCIAS

ATA DA CENTÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 103ª Reunião, nov. 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_00.htm>. Acesso em: 31 jul. 2011.

ATA DA CENTÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 104ª Reunião, dez. 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_00.htm>. Acesso em: 31 jul. 2011.

ATA DA CENTÉSIMA VIGÉSIMA OITAVA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 128ª Reunião, mar. 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_03.htm>. Acesso em: 31 jul. 2011.

ATA DA CENTÉSIMA TRIGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 133ª Reunião, ago. 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_03.htm>. Acesso em: 31 jul. 2011.

BRASIL. **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. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 31 jul. 2011.

_____. **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. 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2011.

_____. Constituição (1988). Da Saúde. *In*: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 25 ed. Título VIII, cap. II, seção II. São Paulo: Atlas, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001**. Brasília, DF: 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002**. Brasília, DF: 2002.

QUEIROZ, L. F. N. A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. **Res Pvblica**, Brasília, v. III, n. 04, p. 9-36, 2004.

SANTOS L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS**: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007. 165 p.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. *In*: _____. Ministério da Saúde. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Escola Politécnica Joaquim Venâncio (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 240 p.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-555, 2001.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D; FERREIRA, M. P. **Condicionantes estruturais da regionalização na saúde**: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 15, v. 5, p. 2.317-26. 2010.

UMA ANÁLISE DOS INCENTIVOS À COLUSÃO, NA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA, GERADOS PELA AMEAÇA DA ENTRADA DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Paulo Augusto P. de Britto*
Luiz Guilherme de Oliveira**

1 INTRODUÇÃO

Em setembro de 1999, após denúncia formal apresentada pelo Conselho de Farmácia do Distrito Federal, a Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça (SDE) instaurou processo administrativo para investigar suposta tentativa de frear a entrada de medicamentos genéricos no mercado brasileiro. A denúncia atribuía a um importante conjunto importante de laboratórios brasileiros farmacêuticos instalados no Brasil a formação de cartel cujo objetivo seria o de criar dificuldades à comercialização de medicamentos genéricos no Brasil, o que limitaria o acesso de novas empresas no mercado. A denúncia apresentou como prova a cópia da ata de reunião entre dirigentes de vendas dos laboratórios, realizada em 27 de julho de 1999.

A investigação realizada pela SDE envolveu atos praticados por 21 empresas, atos esses cujo resultado final seria uma efetiva coordenação de condutas individuais dessas empresas, relativamente aos distribuidores de medicamentos. O objetivo disso era impedir o acesso de novos concorrentes às redes de distribuição, quesito imprescindível ao sucesso da entrada dos medicamentos genéricos no país.

Após cerca de quatro anos de investigações, a SDE enviou os autos do processo administrativo para julgamento do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), órgão responsável pela decisão final, em esfera administrativa, sobre a existência de infração à ordem econômica, bem como pela aplicação de penalidades. Segundo a SDE, os laboratórios infringiram a ordem econômica ao praticar atos com os objetivos de limitar a livre concorrência e a livre iniciativa, de dominar o mercado e de exercer posição dominante de forma abusiva – infrações

* Universidade de Brasília (Unb), Centro de Estudos em Regulação de Mercados (Cerme), pbritto@unb.br

** Universidade de Brasília (Unb) Grupo de Estudos do Sistema Agroindustrial (Gesai), lgoliveira@unb.br

estas previstas no artigo 20, incisos I, II e IV da Lei nº 8.884/94 (BRASIL, 1994). O conselho do Cade condenou, por maioria, os laboratórios acusados a pagar multas de 1% a 2% de seu faturamento anual.

Nesse contexto, o presente artigo visa discutir os incentivos decorrentes da entrada dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro sobre o comportamento da indústria farmacêutica nacional, conforme ilustrado por esse caso, sem, contudo, oferecer julgamento sobre a conduta ou sobre a instrução. O objetivo do artigo é o de apresentar os principais dados do processo e discutir, à luz da teoria dos cartéis, os incentivos subjacentes presentes no setor de medicamentos, à época da denúncia, de forma a analisar a possibilidade de formação do cartel.

A análise conclui que as alterações esperadas no mercado brasileiro de medicamentos, em decorrência do lançamento dos medicamentos genéricos, criaram incentivos suficientes à formação de cartel nesse mercado que, no entanto, já apresentava condições estruturais que favoreciam esse tipo de formação. Com efeito, tais incentivos decorriam de iminente entrada de medicamentos genéricos no mercado brasileiro, que reduziriam o poder de mercado – e conseqüentemente as margens de lucro – dos laboratórios tradicionais instalados no País.

Na próxima seção será apresentada a estrutura da indústria farmacêutica; na seção 3 serão apresentados dados essenciais do caso, conforme a investigação da SDE; na seção 4, apresentados elementos da teoria dos cartéis necessários à análise dos incentivos a cartelização, feita na seção 5. A seção 6 concluirá o trabalho.

2 A ESTRUTURA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO BRASIL

A indústria farmacêutica possui características particulares importantes que definem sua estrutura, bem como o padrão de conduta de seus membros. O produto, o remédio, consiste em uma especialidade farmacêutica fabricada por laboratórios a partir de princípios ativos, ou fármacos, que determinam as suas aplicações terapêuticas.

Por convenção, os remédios são divididos em dois grupos: os éticos, comercializados mediante prescrição médica, e os não éticos, comercializados sem prescrição. O segmento de mercado dos remédios não éticos – também conhecidos como *over-the-counter*, ou OTC – é marcado por dinâmica competitiva baseada em inovações que reduzem custo na preparação dos medicamentos e em grandes dispêndios em propaganda. Já o segmento de mercado dos remédios éticos inclui produtos patenteados, genéricos e similares.

Os éticos patenteados são mais novos no mercado de medicamentos e possuem maior tecnologia embarcada. Além de mais rentável ao produtor, devido à baixa concorrência que sofre, os medicamentos que compõe esse segmento são caracterizados por inovações que visam ao desenvolvimento de produtos originais.

Os medicamentos éticos genéricos e similares são cópias de medicamentos cuja patente expirou. Em diversos países, os medicamentos genéricos estão sujeitos a algum tipo de regulamentação governamental, na forma de um controle de qualidade que garanta a substitutibilidade em relação ao remédio de marca. Assim, como genéricos e similares podem ser produzidos por qualquer laboratório, a competição se dá principalmente pela capacidade das empresas de investir em publicidade e em inovação na apresentação do produto.

Com respeito à demanda, o mercado farmacêutico é caracterizado por forte problema de assimetria de informação. Isso porque os consumidores finais não têm, em geral, condições de avaliar as características terapêuticas de um medicamento e, portanto, se restringem a consumir o produto receitado pelo médico – salvo exceções restritas aos medicamentos não éticos. A separação entre a escolha do medicamento (a cargo do médico) e o consumo efetivo (por parte do paciente) faz com que a demanda por medicamentos seja pouco sensível a alterações nos preços. Nesse contexto, os laboratórios detentores de marcas de referência bastante conhecidas e aceitas possuem maior poder de mercado, na medida em que podem elevar seus preços sem sofrer reduções significativas em suas vendas (SCHERER, 1993).

Ademais, importa frisar que a lealdade à marca no setor farmacêutico é determinada pela reputação do laboratório e, em última instância, pela confiança do médico na eficácia do medicamento. Em virtude desse elevado grau de fidelidade ao binômio marca-laboratório, a entrada de novos medicamentos no mercado, após o término de patentes, somente seria efetiva mediante elevados gastos com publicidade, sobretudo direcionados à classe médica que, conforme mencionado, é responsável pela escolha do consumidor.

Com respeito ao comportamento do médico, sua fidelidade a determinado medicamento possui motivação clara: o médico está preocupado com a eficácia do tratamento, não desejando assumir riscos com eventuais experimentações de novos medicamentos. Dessa forma, a demanda por medicamentos sofre influência direta da menor sensibilidade ao preço que o médico exibe em relação ao consumidor. Esse fato, também conhecido por problema de agência, decorre da intenção de o médico se resguardar de possível insucesso no tratamento que possa ser imputado a si. Ademais, conforme destaca Mattos (2003, p. 86), tal fato tende a ser mais evidente no Brasil, onde existem evidências de que a classe médica teme pelo consumo de medicamentos falsificados.

A produção e a venda de um medicamento podem ser divididas em quatro etapas: a) pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos, que são os princípios ativos; b) produção industrial de fármacos, etapa essencialmente de processos químicos; c) produção de medicamentos, etapa onde fármacos e demais

componentes são misturados e embalados e d) marketing e comercialização (QUEIROZ; VELAZQUEZ, 2001).

As duas primeiras etapas requerem elevados investimentos e estão sujeitas a riscos consideráveis, pois envolvem a probabilidade de sucesso no isolamento de novas substâncias, a verificação de potencial terapêutico e o desempenho do novo fármaco em testes. Segundo estimativas do Pharmaceutical Researchers' and Manufactures' Association (2000), apenas uma nova molécula, entre 5 mil a 10 mil novas moléculas desenvolvidas, é aprovada para medicamento. As etapas seguintes são menos custosas e requerem tecnologia mais simplificada. Os grandes laboratórios atuam em todos os estágios do desenvolvimento de um novo medicamento. Contudo, os laboratórios menores atuam apenas na produção e na comercialização de medicamentos já desenvolvidos por outros laboratórios.

Para a indústria como um todo, os investimentos em P&D são vitais, pois proporcionam fluxos contínuos de novos produtos e, conseqüentemente, manutenção de espaço no mercado (LISBOA; FIUZA; VIEGAS; FERRAZ, 2000, p. 29). Contudo, do ponto de vista de um laboratório isolado com capacidade de investimento, a decisão de desenvolver novo medicamento depende não só do custo de produção e venda, mas também da expectativa de ganhos, do desempenho futuro da demanda.

Os preços de um medicamento inovador devem, portanto, refletir o tempo gasto em desenvolvimento, que pode superar 10 anos, e a quantia investida nesse período, de cerca de US\$ 500 milhões.

A presença de patentes no setor de medicamentos decorre da facilidade com que um medicamento pode ser copiado (VISCUSI; VERNON; HARRINGTON, 1995). Uma patente visa assegurar ao seu detentor lucros extraordinários ou direitos de inovação que permitam a restituição do investimento realizado e a remuneração desse investimento.

Em particular, no setor farmacêutico, a patente tem a função de reduzir o risco associado ao investimento em pesquisa e desenvolvimento de novas fórmulas, ao garantir exclusividade de comercialização do novo produto por período determinado.

Mesmo na ausência de patentes, investimentos em P&D podem ser verificados. Os setores em que isso ocorre são marcados pela dificuldade em se replicar o produto inovador. Esse não é, contudo, o caso do setor farmacêutico, em que é sabidamente baixo o custo para se replicar um produto. Nesse caso, o reconhecimento e o respeito a patentes é particularmente importante para proteger a inovação e, em última análise, incentivá-la.

No Brasil, somente em maio de 1997, com a entrada em vigor da Nova Lei de Propriedade Industrial do Brasil (BRASIL, 1996), o setor farmacêutico passou

a contar com a garantia de patentes. A lei garantiu a patente por 20 anos e incluiu dispositivo que reconhece a propriedade intelectual de projetos ainda em fase de desenvolvimento nos laboratórios e com patentes já reconhecidas no mundo.

Contudo, a prática comum no setor farmacêutico é o registro de um novo fármaco (final da primeira etapa de produção). Como, em média, um laboratório necessita de cerca de 10 anos para a colocação no mercado de um novo medicamento, sobram 10 anos para a *cobrança* de direitos de inovação.

Callegari (2000, p. 80) mostra crescimento no investimento do setor farmacêutico nacional a partir da entrada em vigor da Lei de Patentes: o investimento passou de cerca de US\$190 milhões anuais no período 1992-1996 para mais de US\$ 380 milhões anuais em 1997-1999. Contudo, se por um lado a Lei de Patentes gerou incentivos à P&D no setor farmacêutico no Brasil, por outro gerou dificuldades para laboratórios menores e sem condições de investir em P&D competirem no mercado, ao inviabilizar a produção de medicamentos similares ao medicamento inovador.

Mesmo com o fim do período de patente, os laboratórios gozam de razoável poder de mercado decorrente do problema de agência existente no setor. A existência desse poder de mercado propiciava margens de lucro maiores que aquelas que prevaleceriam em mercado competitivo, pois a introdução de medicamentos sem atestado de garantia, embora a preços menores, não implica significativa perda de vendas do medicamento de referência. Na prática, portanto, os laboratórios gozam de lucros extraordinários mesmo após a patente ter expirado.

Para reduzir o preço dos medicamentos ao consumidor final, vários países introduziram legislações específicas para medicamentos genéricos. De acordo com essas legislações, o medicamento genérico, além de cópia do medicamento de referência, teria de ser aprovado em testes de laboratório que garantissem segurança e equivalência em relação ao medicamento de referência.

Como não necessita recuperar gastos com P&D, o fabricante de um medicamento genérico estará apto a comercializá-lo a um preço menor que o medicamento de referência. Além disso, ao reduzir a questão da reputação associada a medicamentos produzidos por laboratórios pequenos e desconhecidos, os genéricos podem competir efetivamente com os medicamentos de referência, a ponto de forçar queda nos preços.

No Brasil, tal legislação surgiu no início de 1999, quando foi aprovada a Lei nº 9.787 (BRASIL, 1999), de 10 de fevereiro de 1999 (a Lei dos Genéricos). A exemplo do verificado em outros países, o espírito da lei era o de proporcionar medicamentos mais baratos, e com qualidade, aos consumidores. A lei brasileira introduziu, além dos mecanismos de certificação de qualidade, dispositivos de

comunicação à classe médica e aos consumidores finais com o objetivo específico de reduzir o problema de agência presente no setor farmacêutico.

3 A INVESTIGAÇÃO REALIZADA PELA SDE

Segundo a SDE, a investigação teve por objeto ações implementadas por um conjunto de laboratórios farmacêuticos instalados no País pouco tempo antes do início da comercialização efetiva dos medicamentos genéricos, nos termos da Lei dos Genéricos (BRASIL, 1999).

Tal lei tinha por objetivo incentivar a comercialização de medicamentos conforme seu princípio ativo e sua aplicação terapêutica, reduzindo a força das marcas de referência no mercado, de forma a promover maior competição. Assim, a maior competição resultaria na redução das margens de lucro verificadas na comercialização de medicamentos, com benefícios claros aos consumidores.

Com efeito, a Lei dos Genéricos previa disciplinar a comercialização de medicamentos genéricos no País, definindo-os como cópias de remédios já comercializados e cuja patente tivesse expirado. Conforme a lei, um medicamento somente poderia receber a denominação “genérico” se aprovado em testes que garantissem segurança e eficácia semelhante ao remédio de marca ou referência.

A Lei dos Genéricos havia sido regulamentada pela Resolução nº 391, de agosto de 1999, que estabeleceu critérios técnicos, definições e testes. Dessa forma, somente seriam registrados como genéricos, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), os medicamentos aprovados em exames de biodisponibilidade (verifica o grau de absorção do princípio ativo presente no medicamento, determinado por sua concentração, tempo na circulação sanguínea ou excreção pela urina) e de bioequivalência (assegura que dois produtos com igual biodisponibilidade, se administrados na mesma dose, produzem efeitos idênticos em relação aos medicamentos de referência), realizados por laboratórios credenciados.

A denúncia feita pelo Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal trouxe ao conhecimento da SDE uma cópia de Ata de Reunião, realizada em 27 de julho de 1999, na qual os gerentes nacionais de venda das principais empresas farmacêuticas no Brasil teriam debatido possíveis ações em face da distribuição de medicamentos no País, apontando quais distribuidores deveriam ser prestigiados, quais poderiam ser absorvidos por outros e quais cessariam suas atividades. Além disso, a ata registrava a intenção das empresas em estabelecer políticas e práticas comerciais padrão na relação com os distribuidores que optassem por distribuir os medicamentos genéricos. A ata encaminhada expressava, ainda, deliberações que seriam adotadas com vistas ao desenvolvimento de campanhas com o objetivo de desencorajar o uso de medicamentos genéricos via questionamentos de sua qualidade.

Com efeito, a conduta acertada visava normatizar práticas e políticas comerciais na relação dos laboratórios com distribuidores de medicamentos. Em particular, visava pressionar os distribuidores a não trabalhar com medicamentos genéricos, sob pena de boicote, discriminação ou mesmo exclusão do distribuidor do mercado.

A conduta ficou caracterizada por reunião de dirigentes de vendas dos laboratórios, realizada em 27 de julho de 1999, nas dependências da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGV/SP). Segundo o relatório da SDE (2003), a realização da reunião ficou amplamente comprovada pela ata elaborada e distribuída e por depoimentos de seus participantes. Ademais, conforme apurou a SDE, o convite para a reunião foi feito por mensagem eletrônica da qual constava relação de assuntos a ser discutidos, dentre os quais o mercado farmacêutico, a distribuição de medicamentos e a Lei dos Genéricos (BRASIL, 1999). A SDE observou, ainda, que a reunião foi realizada em horário normal de expediente e em sala da FGV/SP, reservada em nome da empresa Janssen-Cilag.

Em relação ao mercado, a SDE definiu, em sua análise, o mercado relevante como sendo mercado geral de medicamentos. Isso se justificou pela própria conduta caracterizada, que visava influenciar a estrutura de mercado a se desenhar a partir da entrada de genéricos viabilizada pela Lei nº 9.787/99. Assim, a despeito das alegações dos laboratórios de que comercializavam medicamentos de subclasses terapêuticas distintas e, portanto, pertencentes a mercados distintos, a SDE considerou que a conduta teria o objetivo de criar barreiras à atuação de potenciais concorrentes em diversos mercados, e não de um tipo específico de medicamento ou princípio ativo. Daí, o fato importante para a delimitação do mercado no caso não seria a substitutibilidade entre os produtos comercializados.

A partir dessa definição, a SDE verificou que as representadas possuíam poder suficiente para impedir a entrada de novos competidores, pois sua participação conjunta no mercado de medicamentos era de aproximadamente 47%, elevado poder econômico e capacidade de influenciar o mercado de distribuição.

Com respeito ao mercado de distribuição, a SDE concluiu que a distribuição de medicamentos possui especificidades relacionadas a capilaridade de distribuição, necessidade de tecnologia de separação e fracionamento dos produtos, além das características físicas para conservação e para ação da fiscalização sanitária. Essas características seriam determinantes barreiras à entrada de novos distribuidores, o que contribuiria para a efetividade da conduta, visto que os medicamentos genéricos dificilmente teriam alternativas para sua distribuição. Ademais, a interdependência entre os requerentes e os distribuidores reduzira o poder de mercado dos últimos, que provavelmente não romperiam com os tradicionais fornecedores em troca do mercado ainda incerto de genéricos.

Relativamente às infrações, a SDE observou que a Lei nº 8.884/94 veda a produção, ainda que potencial, dos efeitos anticoncorrenciais. A partir disso, concluiu serem suficientes as provas colhidas para caracterizar que a reunião de fato havia ocorrido e que permitiria, pelo menos, a tomada de atos preparatórios para a concertação da conduta.

A lei permite a interpretação de que a intenção de se atingir determinada posição de mercado é suficiente para a existência de risco de produção de efeitos. Dessa forma, se a empresa possuir capacidade para atingir seus objetivos, a infração ficará caracterizada, pois o potencial de efeitos leva às intenções e vice-versa.

As próximas seções serão dedicadas à discussão sobre a capacidade de os laboratórios atingirem seus objetivos por meio da conduta caracterizada.

4 OS INCENTIVOS À CARTELIZAÇÃO

A teoria econômica trata cartel como uma situação na qual as empresas implementam ações conjuntas com vistas à prática de preços superiores daqueles que seriam verificados em situação de competição irrestrita. Um cartel, portanto, é caracterizado por resultados observáveis na forma de preços e lucros injustificadamente elevados, e não pela forma específica segundo a qual esses resultados são obtidos (MOTTA, 2007, p. 138).

Essa caracterização do cartel é importante, pois as empresas podem formar um cartel organizado (colusão explícita) ou por comportamento puramente não cooperativo (colusão tácita), como forma de atingir seus resultados.

Em vários países a formação de um cartel é *de per se* ilegal. Desse fato decorre a impossibilidade de se escrever um contrato conclusivo e forçar seu cumprimento por meio de ações judiciais. Caso isso fosse feito, a detecção do cartel, bem como sua punição, seria simples.

Nesse contexto, a formação e a estabilidade de um cartel estão associadas aos incentivos intrínsecos que cada participante tem em cumprir seus termos acordados. Cartel tácito consiste em comportamento coordenado sem comunicação direta ou contrato formal. A colusão tácita somente pode ser atingida e sustentada se estiverem presentes no mercado certos fatores estruturais que tornam vantajoso para os membros do cartel modificar seu comportamento em relação aos seus competidores. Tais fatores estruturais influenciam os ganhos relativos das empresas ao a) coordenar suas decisões; b) desviar unilateralmente em relação à conduta colusiva; c) ser punidas pelas demais após a quebra do acordo. Além desses, os fatores também influenciam a probabilidade de detecção de quebra do acordo, probabilidade essa fundamental para a punição.

A análise de colusão na moderna teoria econômica baseia-se nas chamadas condições que favoreçam a coordenação, entre firmas, de decisões de preço, produção ou comercialização. Tais condições podem ser formalizadas mediante a comparação entre o resultado para uma empresa que participa do cartel e o resultado da empresa que dele não participa, mas que sabe de sua existência. Se o primeiro for maior que o segundo, diz-se que o mercado apresenta condições que tornam crível a formação do cartel.

Seguindo a abordagem tradicional introduzida por Rotemberg e Saloner (1986), pode-se representar por N_t o resultado operacional líquido de uma empresa competitiva e C_t o resultado operacional líquido da empresa cartelizada, em dado período t .

Considerando uma situação na qual o cartel deixa de existir após um ou mais de seus membros quebrarem o acordo, pode-se comparar os incentivos com os quais uma empresa decide se cumpre com os termos do cartel ou não. Se cumprir, a empresa obtém resultado equivalente ao valor presente de C_t , para $t = 0, \dots, \infty$, dada uma taxa de desconto intemporal δ :

$$\sum_{t=0}^{\infty} \delta^t C_t \quad (1)$$

Alternativamente, se a empresa optar por descumprir o acordo, seu ganho será igual ao benefício imediato, D_0 , decorrente do aumento de suas vendas em relação ao montante fixado pelo cartel, mais o valor presente de N_t , o resultado esperado sob competição, situação para a qual reverterá o mercado com o término do cartel. Com efeito, uma empresa que quebra o cartel deve esperar resultado equivalente a:

$$D_0 + \sum_{t=1}^{\infty} \delta^t N_t \quad (2)$$

A opção pelo cartel pode ser representada pela seguinte *condição para cartelização* que especifica o resultado líquido potencial para a empresa cartelizada:

$$\sum_{t=0}^{\infty} \delta^t C_t - \left[D_0 + \sum_{t=1}^{\infty} \delta^t N_t \right] \geq 0 \quad (3)$$

Em termos gerais, portanto, a probabilidade de formação de um cartel em determinado mercado será tanto maior quanto maior for o ganho de fazer parte do cartel, menor for o ganho individual imediato decorrente do descumprimento e menor for o resultado sob competição.

Conforme apontam Church e Ware (2000, p. 314), o resultado líquido potencial de um cartel depende do nível de incremento no poder de mercado de seus membros, incremento esse relacionado diretamente com os seguintes fatores:

- Elasticidade-preço da demanda: se a elasticidade for suficientemente pequena, os consumidores terão pouca capacidade em reduzir seu consumo do bem produzido pelo cartel;
- Número relativo dos participantes: uma proporção maior de empresas participantes do cartel, relativamente às não participantes, implica poucas oportunidades imediatas para os consumidores substituírem seu consumo por bens alternativos;
- Nível de barreiras à entrada: a existência de elevadas barreiras à entrada implica que os consumidores terão poucas oportunidades de substituição do bem produzido pelo cartel, num horizonte razoavelmente curto de tempo.

Esses três fatores, quando presentes em determinado mercado, acabam por garantir que o cartel constitua uma opção lucrativa para as empresas na medida em que eleva sobremaneira o poder de mercado dos cartelistas.

5 DISCUSSÃO SOBRE OS INCENTIVOS À COLUSÃO NA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA ANTE A ENTRADA DOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS

O modelo acima, que representa a tomada de decisão de uma empresa diante da possibilidade de colusão tácita, pode ser usado para entender a possibilidade de colusão no setor farmacêutico brasileiro, pouco antes da entrada dos medicamentos genéricos.

O cartel visaria à manutenção do poder de mercado existente por períodos além da vigência da patente, poder esse decorrente da assimetria de informação e do problema de agência na relação médico-paciente. Seguindo a terminologia de

Lande e Marvel (2000), o caso trata de um cartel tipo II, ao objetivar a exclusão de potenciais rivais.

Conforme discussão anterior, os lucros futuros tenderiam a cair, na medida em que a entrada de genéricos se efetivasse. Como o cartel não visava à elevação dos preços, não haveria evidente alteração no fluxo de ganhos futuros sem colusão.

Mesmo que a eficácia do cartel fosse limitada, implicando atraso da entrada dos genéricos no Brasil por período de tempo limitado, ainda assim os ganhos futuros seriam maiores em decorrência do cartel. A título de ilustração, conforme aponta Callegari (2000, p. 160), nos EUA os genéricos respondem por cerca de 30% do mercado de medicamentos e sua entrada induziu uma redução de cerca de 25% no custo de determinadas terapias. Além disso, seria natural esperar que a introdução de medicamentos genéricos ocorresse com mais força nas classes terapêuticas com maior potencial de ganhos.

Quanto aos incentivos à quebra do acordo, estes parecem ser pequenos. De fato, o desvio unilateral teria pouco ou nenhum potencial para elevar as vendas – e os ganhos – de um laboratório, pois os medicamentos de classes terapêuticas diferentes não são substituíveis entre si. Talvez o ganho mais importante obtido com o desvio fosse a redução do próprio custo da conduta colusiva, mas mesmo este parece ser pouco significativo, dado o poder de barganha dos laboratórios tradicionais diante das distribuidoras. Dessa forma, pode-se argumentar em favor de um D_0 suficientemente pequeno.

A combinação desses argumentos indica que as condições suficientes para cartelização estavam presentes no setor farmacêutico nacional momentos antes da introdução dos medicamentos genéricos: havia possibilidade de importantes ganhos futuros em decorrência da colusão e havia ganho suficientemente baixo decorrente do desvio.

Além desses, outros dois fatores favoráveis à conduta colusiva podem ser listados. O primeiro diz respeito a outra conduta potencialmente lucrativa no âmbito do cartel. Havia potencial de ganho mediante acordos táticos para que um laboratório membro do cartel não introduzisse genérico para competir com um medicamento de referência de outro membro. Tal acordo conservaria as margens extraordinárias de lucro dos medicamentos de referência e evitaria guerras de preços generalizadas.

O segundo diz respeito à crença na baixa probabilidade de detecção e punição por parte dos órgãos do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência. Isso porque, como é sabido, esses órgãos ainda não haviam atingido, àquela época, o grau de maturidade e sofisticação atuais no que diz respeito ao combate a cartéis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um cartel, ou conluio, consiste em um grupo de empresas que deveriam ser competidoras, mas que fizeram acordo no sentido de coordenar suas ações de forma a elevar seus lucros. Ao coordenar suas ações em um cartel, as empresas acabam por limitar a livre concorrência e a livre iniciativa, dominar o mercado relevante e exercer posição dominante de forma abusiva.

Os efeitos nocivos do cartel para a economia fizeram com que diversos países condenassem essa conduta. No Brasil, cartel é crime com penas previstas nas esferas administrativa e criminal.

Este trabalho teve por objetivo analisar os incentivos à cartelização no setor de medicamentos decorrentes da iminente entrada de medicamentos genéricos no mercado brasileiro, conforme definidos pela Lei nº 9.787/99. Como demonstrado, a Lei dos Genéricos introduziria novo tipo de produto no mercado de medicamentos éticos: o genérico com comprovada eficácia. Esse fato é definitivo para o resultado da análise, pois, como o consumidor não é capaz de avaliar a qualidade de um medicamento e como o médico é avesso ao risco, o menor preço de um medicamento similar não é suficiente para uma competição efetiva.

Dessa forma, a comprovação de eficiência de um genérico, associada a sua comprovada eficácia, seria capaz de introduzir efetiva competição em diversas classes terapêuticas. Nesse contexto, diante de real possibilidade de queda nos seus lucros futuros, em decorrência da entrada em vigor da lei, os laboratórios farmacêuticos passaram a ter incentivos para evitar que a nova configuração mais competitiva de mercado não se configurasse. A análise buscou demonstrar, portanto, que as empresas representadas no processo administrativo movido pela SDE tinham incentivos novos para coordenar suas ações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Administrativo de Defesa Econômica. Acórdão. **Processo Administrativo nº 08012.009088/1999-48**. Brasília: Conselho Administrativo de Defesa Econômica, 2005.

BRASIL. **Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994**. Transforma o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) em Autarquia, dispõe sobre a prevenção e a repressão às infrações contra a ordem econômica e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8884.htm. Acesso em: 05 de março de 2010

BRASIL. **Lei nº 9.279, de 15 de maio de 1996**. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9279.htm>. Acesso em: 08 de março de 2010

BRASIL. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999**. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9787.htm>. Acesso em: 08 de março de 2010

BRASIL. Secretaria de Direito Econômico. Nota Técnica. **Processo Administrativo nº 08012.009088/1999-48**. Brasília: Secretaria de Direito Econômico, 2003.

CALLEGARI, L. **Análise setorial: a indústria farmacêutica**. São Paulo: Gazeta Mercantil, 2000.

CURCH, J.; WARE, R. **Industrial organization: a strategic approach**. New York: McGraw-Hill, 2000.

LANDE, R. E.; MARVEL, H. The three types of collusion: fixing prices, rivals, and rules. **Wisc Law Rev**, 2000; n. 3, p. 941-999.

LISBOA, M.; FIUZA, E.; VIEGAS, M.; FERRAZ, L. **Política governamental e regulação do mercado de medicamentos**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

MATTOS, C. (Org.) **A Revolução do antitruste no Brasil**. São Paulo: Singular, 2003.

MOTTA, M. **Competition policy: theory and practice**. Massachusetts: Cambridge University Press, 2007.

PHARMACEUTICAL RESEARCHERS' AND MANUFACTURERS' ASSOCIATION. **Pharmaceutical Industry Profile 2000**. Disponível em: www.phrma.org. Acesso em: 12 jan. 2008.

QUEIROZ, S.; VELAZQUEZ, A. Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. São Paulo: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; p. 123-155, 2001.

ROTEMBERG, J.; SALONER, G. A supergame-theoretic model of prices wars during booms. **Amer Econ Rev**, 1986, n. 76, p. 390-407.

SCHERER, F. Pricing, profit, and technological progress in the pharmaceutical industry. **J Econ Persp**, 1993, n. 7, p. 97-115.

VISCUSI, W.; VERNON, J.; HARRINGTON, J. **Economics of regulation and antitrust**. Massachusetts: MIT Press, 1995.

ACESSO A MEDICAMENTOS POR VIA JUDICIAL E PROCESSOS ADMINISTRATIVOS: UM ESTUDO SOBRE SEU IMPACTO NA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Jucelino Nery da Conceição Filho*
Adriana de Souza Pereira Domingues**
Maria do Carmo Lessa Guimarães***

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais constitui um dos princípios precípuos da Política Nacional de Medicamentos (MS, 1993), embora a situação desse acesso ainda seja crítica. A rede pública consiste na única alternativa para aquisição de medicamentos essenciais para boa parte da população brasileira. Essa situação não é diferente em outros países do mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de dois bilhões de pessoas (1/3 da população mundial) não têm acesso regular a tais medicamentos (MARQUES, 2002; OPAS, 2005). Entretanto, os itens não contemplados na relação de medicamentos essenciais dos serviços públicos e que possuem elevado custo têm o seu acesso dificultado, geralmente, em decorrência do seu preço elevado. De forma paradoxal, esse fato atinge principalmente as camadas da população que têm menor capacidade econômica (NAVES; SILVER, 2005).

Como consequência dessa realidade, muitos pacientes passaram a recorrer a processos administrativos ou judiciais perante órgãos governamentais para fazer valer suas necessidades de medicamentos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), município com população residente de 2.714.977 habitantes (Tabnet-2006) tem se deparado com número crescente de processos administrativos e judiciais requerendo o fornecimento de medicamentos não contemplados em sua Relação de Medicamentos Essenciais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004). Tais reivindicações são para medicamentos que muitas vezes possuem um equivalente farmaco-

* Secretaria de Saúde do Município de Salvador, Bahia. jucelinonery@hotmail.com

** Secretaria de Saúde do Município de Salvador, Bahia. aspdomingues@hotmail.com

*** Universidade Federal da Bahia, UFBA. ducalessa@hotmail.com

lógico ou que foi prescrito para uma patologia onde não se tem uma eficácia terapêutica comprovada. Esta mesma situação tem se reproduzido em outros Estados brasileiros e vem preocupando os gestores das três esferas de governo de todo o país, não só em função do uso irracional dos medicamentos, mas também pelo impacto financeiro que essa prática implica.

Esse fenômeno consiste, portanto, em mais um novo desafio da gestão da assistência farmacêutica no SUS, onde se busca associar o uso de critérios na aplicação de recursos públicos com o uso racional de medicamentos frente às demandas judiciais e administrativas. Nos referidos pleitos evocam-se os princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade de maneira indiscriminada, sem se considerar algumas questões técnicas como disponibilidade de medicamentos de ação farmacológica semelhante, inexistência de registro do medicamento no país, patologia apresentada pelo paciente não constar entre aquelas de indicação terapêutica do medicamento registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, além do custo elevado em relação a similares disponíveis. Tal fato, por vezes, compromete o orçamento para aquisição dos medicamentos básicos. No entanto, compreende-se a dificuldade de promotores e juízes em avaliar a questão frente a uma indicação médica e a urgência no uso do medicamento em grande parte dos casos, não possuindo o conhecimento técnico no âmbito do medicamento.

A parceria entre os gestores e o judiciário para padronizar os procedimentos referentes a tais demandas de medicamentos tem sido a forma encontrada para minimizar o problema até que se regulamente o acesso a esses insumos.

Toda essa situação evidencia a necessidade de se criar mecanismos técnicos e legais com o objetivo de disciplinar o fornecimento desses medicamentos e definir as competências do município, do Estado ou da União frente a essa questão, além de subsidiar as decisões do Judiciário. Faz-se necessário, ainda, conscientizar os profissionais médicos quanto à observância do elenco de medicamentos disponibilizados pelas secretarias de saúde, evitando-se a prescrição de medicamentos inadequados, onerosos e com existência de similar terapêutico, racionalizando-se o uso dos medicamentos contemplados na Relação de Medicamentos Essenciais.

Diante desse quadro, este trabalho busca conhecer e analisar as características dos pleitos jurídicos e administrativos de medicamentos não contemplados pela REMUME com vistas a identificar as consequências financeiras e técnicas à gestão da Assistência Farmacêutica no município de Salvador (BA), identificando os fatores que levaram ao aumento no número de processos, bem como os impactos financeiros e técnicos sobre a gestão da Assistência Farmacêutica do município.

2 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos deste trabalho, analisaram-se os processos administrativos e judiciais de pleitos de medicamentos referentes ao período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2006, com vistas a traçar um perfil dos processos existentes. Esses dados foram obtidos a partir do arquivo documental e do banco de dados de cadastros, ambos existentes no Setor de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Foram analisados 270 processos, correspondendo a 100% do universo de pleitos existentes no período.

As variáveis estudadas foram: o número de processos; os medicamentos requeridos, classificados com base no “Código Anatômico, Terapêutico e Químico” (código ATC) e na denominação comum brasileira (DCB) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006); a inclusão dos medicamentos pleiteados em alguma lista de financiamento público (para aquisição); a condição patológica do autor pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10); a unidade de atendimento (se hospital universitário, federal, estadual ou privado, posto de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde, clínica conveniada ao SUS, clínica não conveniada ao SUS e médico particular); o responsável pela origem do processo (Defensoria Pública, instituições de saúde, familiar ou o próprio paciente) e o município de domicílio. A análise foi realizada, inicialmente, calculando-se a frequência simples de todas as variáveis, com o intuito de descrever as características principais dos processos de solicitação de medicamentos.

Foram elaborados diferentes questionários para o usuário, o prescritor e o gerente da assistência farmacêutica municipal, levantando-se dados considerados importantes para a análise pretendida. Esses questionários foram aplicados sob consentimento livre e esclarecido aos atores, os quais foram selecionados intencionalmente, considerando algumas condições como: atores essenciais ao esclarecimento de algumas questões, assuntos em foco e facilidade de acesso. Em relação aos usuários, os questionários foram aplicados por telefone com aqueles que mantiveram contato com o Setor de Assistência Farmacêutica da SMS, durante os meses de abril e maio de 2006, e por contato pessoal com aqueles que se dirigiram ao referido setor ou à unidade de saúde de referência para o recebimento do(s) medicamento(s) pleiteado(s). Quanto aos prescritores, optou-se por entrevistar aleatoriamente os profissionais da unidade de saúde responsável pelo maior número de processos perante a SMS e que estivessem presentes no dia das entrevistas. Os dados obtidos a partir dos questionários foram tabulados e analisados, baseando-se na frequência.

Os dados financeiros relativos aos gastos com os medicamentos não selecionados foram obtidos a partir da análise das notas fiscais obtidas na Coordenação

Administrativa da SMS. Os valores referentes à Farmácia Básica foram fornecidos pelo Setor de Assistência Farmacêutica por intermédio do sistema informatizado para acompanhamento da execução do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (SIFAB).

3 O SUS E O DIREITO À SAÚDE

O SUS preconiza a atenção à saúde de forma igualitária, universal e gratuita e se caracteriza, na sua origem, por ser solidário, pautando-se nos princípios da universalidade, da descentralização, da regionalização e da hierarquização dos serviços de saúde, da integralidade das ações e da participação popular por meio de representantes da sociedade organizada nos conselhos e conferências de saúde (MAYORGA *et al.*, 2004).

Os princípios e as diretrizes do SUS são garantidos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080/90. A Constituição, em seu Art. 196, conceitua a saúde como “(...) direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, p. 55, 2007), tendo o povo brasileiro assim reconhecido que a saúde é um direito fundamental (MARQUES; DALLARI, 2007).

A Lei 8.080/90, por sua vez, estabelece em seu Art. 6º que é atribuição do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Em seu Art. 7º, apresenta os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), como a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

As discussões sobre esses princípios são muitas e permeiam por diversos campos de atuação dos profissionais de saúde, inclusive o farmacêutico (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 1998; CARVALHO, 2006). Assim, enquanto a universalidade diz respeito aos titulares do direito à saúde, ou seja, todos, a integralidade está relacionada ao objeto, o tudo. No entender do Ministério Público Federal (MPF), necessariamente a integralidade abrange o tratamento completo e eficaz para todos os agravos em saúde, não se estendendo, contudo, a ponto de abranger todo e qualquer tratamento prescrito por qualquer profissional médico, seja ele do SUS ou não (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005).

Os diferentes conceitos de equidade encontrados na literatura têm como base a definição de Whitehead (WHITEHEAD, 1990, p. 9; LUCCHESI, 2003, p. 441), em que esse princípio “implica que idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial, se isso puder ser evitado”.

Almeida (2002) enfatiza que a sua formulação conceitual e histórica está relacionada às noções de igualdade e liberdade, remetendo à questão da justiça, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado.

Os antecedentes dessas discussões estão nos séculos XVII e XVIII, culminando na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, após a Revolução Francesa e, posteriormente, no século XX, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, e na Convenção Européia dos Direitos do Homem (1950), que marcam a nova era pós-Segunda Grande Guerra Mundial e serviram de guia para todas as constituições posteriores, dos diversos países (ALMEIDA, 2002, p. 27).

Esse termo pode adquirir conotações distintas ao longo do tempo e em diferentes sociedades, sendo vários os seus significados e raro o consenso em torno dessa discussão (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005).

O MPF, por sua vez, entende como equidade

(...) a garantia de acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do Sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira, assim como a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades amplas e publicamente reconhecidas (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005, p. 7).

Assim sendo, todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido de acordo com as suas necessidades (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005).

Em nota do grupo no manual elaborado pelo MPF intitulado “Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do Direito à Saúde”, registra-se que, diferentemente do que ocorre com os princípios da universalidade e da integralidade, que constam de forma expressa no texto da Constituição como “direito de todos”, “acesso universal” (Art. 196) e “atendimento integral” (Art. 198, II), não há no mesmo texto previsão expressa do princípio da equidade. Portanto, nesse sentido, o termo “equidade” pode ser considerado sinônimo da expressão “igualitário” do *caput* do Art. 196 (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005).

É ainda ressaltado pelo Ministério Público Federal (2005, p. 7) que se deve receber com ressalvas o argumento da existência do princípio constitucional da equidade como fundamento para “mitigar os princípios da universalidade (excluir do SUS quem pode pagar) ou da integralidade (excluir procedimentos demasiados caros, só por esse fundamento)”. Apresenta-se como reforço a tal entendimento a redação do texto constitucional, que assegura o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, Art. 198, II), e da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que inclui no campo de atuação do SUS a execução de ações de “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. (BRASIL, 1990, Art. 6º, I, d).

Como bem lembra Lucchese (2003, p. 441), “encontrar a interpretação do conceito de equidade mais adequada ao campo de atuação em saúde para então operacionalizá-lo em tarefas de gestão do sistema orientadas à redução de desigualdades é um grande desafio”. Matéria publicada pelo CONASEMS (2004) evidencia que, com a atuação do Ministério Público e a conscientização do cidadão, o direito à saúde passou a ser frequentemente questionado perante o Poder Judiciário, o qual entende que o direito à saúde deve ser garantido pelo Poder Público sem entraves, sendo um direito de eficácia imediata vinculado ao direito à vida. Dessa forma, isso se constituiu em uma vitória do cidadão e de todas as pessoas que durante décadas lutaram por uma saúde pública integral, universal e igualitária. O reconhecimento do direito à saúde tem gerado, entretanto, um excesso de liminares impetradas pelos cidadãos contra as Secretarias de Saúde na busca de garantir o acesso aos serviços de saúde sem, contudo, observar aspectos que orientam a organização do SUS para garantia da atenção à saúde a todos os brasileiros (CONASEMS, 2004; MARQUES, 2005).

Assim como Santos (2006), Marques (2005) ressalta que a decisão jurídica do caso individual não pode desconsiderar a política pública destinada a garantir o mesmo direito de toda uma coletividade, sob pena de privilegiar os interesses de pequena parcela da população, ou seja, aqueles que tiveram a oportunidade de acesso ao Judiciário, penalizando aqueles que adentraram ao SUS voluntariamente, além de poder estar atendendo, de maneira indireta, demandas fomentadas pelas indústrias de medicamentos.

Em decorrência dessa situação, representantes dos Três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) têm se reunido com frequência para discutir como assegurar o acesso de medicamentos de dispensação excepcional a todos os pacientes que deles necessitam, em cenário de orçamentos limitados e demandas judiciais por medicamentos que, em alguns casos, sequer são registrados no Brasil ou estão em fase experimental. Nesses eventos, o que se tem proposto é o estabelecimento de relação direta entre os gestores do SUS, o Ministério Público e o Poder Judiciário, por meio de troca de informações e esclarecimentos, promoção de seminários e reuniões conjuntas. Além disso, regulamentar o acesso e o fluxo de atendimento à população, por meio de lei a ser aprovada no Congresso Nacional. Essa lei deverá levar em consideração a utilização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como um dos critérios de acesso, bem como a definição de responsabilidades e competências das três esferas de gestão do SUS (CONASS, 2003, 2004).

A OMS (2004, p. 1) define como medicamentos essenciais “aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidados à saúde da população”. Ela recomenda como estratégia que em todas as partes, as pessoas tenham acesso aos medicamentos essenciais que necessitam; que os medicamentos sejam seguros, efetivos e de

boa qualidade; e que os medicamentos sejam prescritos e utilizados racionalmente, garantindo dessa forma maior acesso à população (WHO, 2004).

Baseando-se no que preconizam a OMS e o Ministério da Saúde (MS), o município de Salvador realizou a primeira revisão da sua Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), considerando o perfil epidemiológico da população, a eficácia, a segurança, a qualidade e o custo dos medicamentos selecionados. A REMUME publicada em 2004 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004) era composta de 389 especialidades farmacêuticas.¹

Como uma das estratégias do MS para efetivar o acesso da população brasileira a medicamentos e a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, instituiu-se o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional (PMDCE), que existe desde 1993. A Portaria 3.916/MS, de 30 de outubro de 1988, definiu como medicamentos de dispensação em caráter excepcional, designado na prática simplesmente como excepcionais ou de alto custo, os medicamentos utilizados em doenças raras cuja dispensação atende a casos específicos e que, geralmente, possui custo elevado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A sua dispensação é condicionada à aplicação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para as condições patológicas cobertas pelo Programa. Esses protocolos têm como objetivo estabelecer claramente os critérios de diagnósticos de cada patologia, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas e os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação dos resultados, constituindo-se em mecanismo para garantir a prescrição segura e eficaz (CONASS, 2004).

O PMDCE não atende a todos, pois os recursos destinados não são suficientes para suprir toda a demanda, além do fato de algumas patologias apresentadas pelos pacientes e para a qual o médico prescreveu o medicamento não serem contempladas pelos protocolos clínicos do programa.

Lopes e Vasconcelos (2003) e Carvalho (2005) indicam existir suspeitas fundadas, entretanto sem provas concretas, de que alguns laboratórios multinacionais participam de esquemas por meio de ações judiciais para forçar o SUS a fornecer medicamentos muito mais caros que aqueles utilizados para as mesmas patologias e adotados pela REMUME ou pelo PMDCE.

Barros (2004) ressalta bem a existência de vínculos entre a indústria farmacêutica e os autores de guias ou roteiros para a prática clínica. Menciona, ainda, estudo realizado pela Universidade de Toronto, publicado pelo JAMA (Journal of American Medical Association), o qual indica que alguns autores dos mencionados

1. A REMUME do município de Salvador foi revisada no ano de 2010.

guias trabalharam para essa indústria ou dela foram consultores. Muitas vezes, os referidos guias ou roteiros são utilizados pelos médicos para respaldar decisões diagnósticas e terapêuticas.

Temos ainda a ação das indústrias farmacêuticas por meio de propagandas. Entretanto, nesse âmbito, a ANVISA vem desenvolvendo parcerias com universidades brasileiras, procurando discutir o tema na comunidade acadêmica e, conseqüentemente, sensibilizar futuros profissionais, cumprindo seu papel educacional dentro da regulação. Dessa forma, iniciou-se o *Projeto de Monitoração de Propaganda e Publicidade de Medicamentos* abrangendo todas as regiões do país, com sua primeira fase encerrada em 2004 (CUSTÓDIO; VARGAS, 2005).

Como consequência dessa realidade, muitos passaram a recorrer ao uso de processos administrativos ou judiciais perante os órgãos governamentais para fazer frente às suas necessidades de medicamentos. Tal fato tem sido agravado em virtude de grande parte dos prescritores não levarem em conta a padronização existente no município.

O acesso aos medicamentos não selecionados, denominados “especiais” pela Assistência Farmacêutica do município, além da via judicial, ocorre também por meio de processo individual de solicitação de medicamentos à SMS. Ao processo de solicitação são anexados diversos documentos como: relatório com justificativa médica, receita e outros documentos (identidade, CPF e comprovante de residência). Esses processos são analisados por comissão técnica. Quando deferidos, os medicamentos são comprados e dispensados em unidades de saúde referenciadas. Vale ressaltar que não foram encontrados, em pesquisa realizada na literatura, estudos que tivessem como objeto, além dos processos judiciais, os administrativos, para pleitos de medicamentos não selecionados.

Esse conjunto de situações decorrentes da busca da garantia do acesso a medicamentos não selecionados gera diversos problemas para a gestão da assistência farmacêutica, conforme se poderá constatar nos resultados deste estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de janeiro a dezembro de 2006, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador recebeu 264 processos de cidadãos e da Justiça para fornecimento de medicamentos, sendo a maioria dos pleitos (97,7%) constituída de processos administrativos e apenas 2,3% de ordem judicial. Chama atenção o “pequeno” número de ações judiciais contra o município de Salvador. Essa situação parece ser explicada, segundo os técnicos do setor da assistência farmacêutica, pelo fato de já existir articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério Público, por meio da qual a equipe técnica da SMS subsidia os promotores e os orienta quanto às alternativas terapêuticas disponíveis para cada caso, buscando atender

melhor às necessidades da população e evitar, assim, que esta procure recorrer, por meio de ação judicial, para obter o seu medicamento.²

Do total dos pleitos, 255 (96,6%) foram oriundos de municípios de Salvador e 9 (3,4%) de pessoas residentes em outros municípios (tabela 1). De acordo com o protocolo da Assistência Farmacêutica dessa Secretaria, estes últimos eram orientados a entrar em contato com a Secretaria de Saúde do seu município de origem ou com a SESAB, para redirecionarem o seu pedido.

TABELA 1
Distribuição dos processos de acordo com o município de residência do pleiteante

| Município | N | % |
|-------------------------|------------|--------------|
| Salvador | 255 | 96,6 |
| Feira de Santana | 2 | 0,8 |
| Alagoinhas | 1 | 0,4 |
| Cardeal da Silva | 1 | 0,4 |
| Camaçari | 1 | 0,4 |
| Simões Filho | 2 | 0,8 |
| Xique-Xique | 1 | 0,4 |
| Município não informado | 1 | 0,4 |
| Total | 264 | 100,0 |

Fonte: Pesquisa de campo dos autores.

O fato de o município de Salvador já possuir fluxo definido para os pleitos de medicamentos não selecionados, já atender aqueles municípios que tiveram parecer técnico favorável do seu processo e alguns pacientes do interior do Estado terem atendimento médico em hospital da capital, levou cidadãos de outros municípios a requerer seus medicamentos à SMS (os fatores acima apontados estiveram presentes em 100% dos casos).

O número total de processos judiciais e administrativos (264) em 2006 foi significativamente superior aos dos anos anteriores: 2002 (1), 2003 (14), 2004 (87) e 2005 (166).

No período estudado, os processos totalizaram 524 itens solicitados, constituindo-se de 184 diferentes medicamentos. Destes, estavam contemplados pelo PMDCE 12,5% dos itens (conforme a Portaria GM 1.318/2002); da REMUME havia 21,2% (com 64,1% pertencentes à Farmácia Básica) e outros 64,1% não estavam contemplados em nenhum desses grupos.

2. Uma pesquisa em curso realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em a Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da UFBA, financiada pela Fundação de Amparo a pesquisa do Estado da Bahia, vem registrando um aumento significativo e crescente nos anos 2006 a 2009, de processos judiciais e administrativos para o acesso a medicamentos, não só para os de alto custo como os previstos na REMUME no município de Salvador, semelhante à tendência de crescimento observada em vários municípios brasileiros.

Os medicamentos mais solicitados foram o ácido ursodesoxicólico, o tiotrópio e o clopidogrel (tabela 2), itens que não fazem parte da REMUME. No PMDCE, apenas o ácido ursodesoxicólico é encontrado e se limita ao tratamento de cirrose biliar primária. Quando se tratava de medicamento já fornecido normalmente pelo município, o paciente era orientado a procurar uma das Unidades de Saúde da rede.

TABELA 2
Medicamentos mais solicitados nos processos

| Medicamento | N | % |
|-------------------------|----|------|
| Ácido ursodesoxicólico | 47 | 25,5 |
| Tiotrópio | 38 | 20,7 |
| Clopidogrel | 29 | 15,8 |
| Sinvastatina | 16 | 8,7 |
| Anlodipina | 14 | 7,6 |
| Ácido Acetilsalisílico | 13 | 7,1 |
| Metoprolol | 11 | 6,0 |
| Captopril | 10 | 5,4 |
| Losartam | 8 | 4,3 |
| Atorvastatina | 7 | 3,8 |
| Enalapril | 7 | 3,8 |
| Formoterol + Budesonida | 7 | 3,8 |
| Domperidona | 6 | 3,3 |
| Enoxaparina | 6 | 3,3 |
| Omeprazol | 6 | 3,3 |
| Prednisona | 6 | 3,3 |

Fonte: Pesquisa de campo dos autores.

Considerando-se a origem da condução dos processos, verificou-se que 62,9% (166) foram feitas pelo próprio paciente. Familiares ou amigos foram responsáveis por 25,0% (66); o Ministério Público conduziu 7,2% (19); 2,3% (6 processos) foram por Varas de Justiça; 1,5% (4 processos) foram conduzidos pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e 1,2% (3 processos) pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Tutelar e pela associação de bairro.

As ações judiciais tiveram como réus as três esferas de gestores – o federal, o estadual e o municipal, simultaneamente – baseando-se no princípio da responsabilidade solidária. Desse modo, dos 6 processos de ordem judicial, quatro (66,7%) foram atendidos e os outros 2 foram encaminhados para a SESAB, tendo em vista o fato de em um deles a autora não ser munícipe de Salvador. No segundo, o medicamento pleiteado requeria a administração em unidade hospitalar, pela sua forma

de uso (perfusão) e pelo risco de ocorrência de reações associadas à sua administração, necessitando observação médica durante a utilização; além disso, o referido tratamento não fazia parte das ações desenvolvidas pela rede municipal de saúde, que ainda não possui unidade hospitalar.

Ao se analisar o tipo de vínculo de atendimento dos interessados dos processos que foram acompanhados, verificou-se que 43,1% utilizavam atendimento particular ou por planos privados de saúde, enquanto 56,9% utilizavam o SUS ou Hospital Universitário. Observou-se que 28,8% dos autores eram oriundos de clínicas particulares; 26,9% de hospital federal universitário; 12,9% de hospitais privados conveniados com o SUS e 8,0% de consultórios médicos particulares (tabela 3). Analisando-se esses dados, podemos concluir que 43,1% dos pacientes não são de baixa renda, pois as prescrições são originadas de instituições particulares e de plano suplementar.

TABELA 3

Frequência de acordo com o vínculo de atendimento entre o paciente e a unidade de saúde onde este foi acompanhado

| Vínculo do paciente | % |
|-------------------------------------|--------------|
| Clínica | |
| Particular /plano suplementar | 28,8 |
| Pelo SUS | 12,5 |
| Hospital universitário (federal) | 26,9 |
| Hospital privado | |
| Particular/plano suplementar | 6,3 |
| Pelo SUS | 12,9 |
| Consultório | |
| Particular /plano suplementar | 8,0 |
| Hospital estadual | 2,3 |
| Unidade básica de saúde (municipal) | 2,3 |
| Total | 100,0 |

Fonte: Pesquisa de campo dos autores.

Foi constatado, em entrevistas aos usuários, que 53,6% dos pacientes foram orientados a pleitear os medicamentos ao Ministério Público ou diretamente à Secretaria de Saúde. Essas situações corroboram a ideia de que os usuários com menor renda e/ou baixo nível de esclarecimento podem estar sendo menos beneficiados nessa busca de medicamentos não selecionados.

A tabela 4 mostra os grupos de doenças mais frequentes que levaram ao pleito dos medicamentos à SMS, de acordo com a classificação do Código Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10), onde se observa o predomínio de doenças dos

aparelhos circulatório (32,6%), digestivo (21,2%) e respiratório (17,4%), destacando-se a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a hipertensão arterial severa e a colangite esclerosante primária (tabela 4). Setenta e sete pacientes (29,2%) tinham em seu relatório médico mais de uma patologia associada. Vale ressaltar que as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório encontram-se entre os grupos de patologias de maior taxa de mortalidade em Salvador (60,5%).

TABELA 4

Distribuição das patologias apresentadas pelos pacientes, que os levaram a pleitear medicamentos ao município de Salvador, de acordo com o CID-10 – 2006

| Patologia (CID) | N | % |
|--|----|------|
| Doenças do aparelho circulatório (I00-I99) | 86 | 32,6 |
| Doenças do aparelho digestivo (K00-K93) | 56 | 21,2 |
| Doenças do aparelho respiratório (J00-J99) | 46 | 17,4 |
| Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90) | 37 | 14,0 |
| Patologias Associadas | 25 | 9,5 |
| Doenças do sistema nervoso (G00-G99) | 21 | 8,0 |
| Doenças do olho e anexos (H00-H59) | 13 | 4,9 |
| Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99) | 9 | 3,4 |
| Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99) | 7 | 2,7 |
| Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99) | 6 | 2,3 |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99) | 4 | 1,5 |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99) | 4 | 1,5 |
| Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89) | 2 | 0,8 |
| Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99) | 2 | 0,8 |
| Neoplasias [tumores] (C00-D48) | 2 | 0,8 |
| Outras | 6 | 2,3 |

Fonte: Pesquisa de campo dos autores.

A entrevista com os solicitantes dos medicamentos foi realizada com 28 pessoas (10,6%) do total de 264 pleiteantes. Constatou-se que 67,9% utilizam o SUS para atendimento médico, enquanto 53,6% possuem plano privado de saúde.

O conhecimento da existência de uma relação de medicamentos selecionados, fornecidos gratuitamente nas farmácias dos centros de saúde do município, foi referido por apenas 28,6% dos entrevistados. Apenas 14,3% dos pacientes entrevistados afirmaram conhecer o PMDCE, enquanto apenas 7,1% tinham conhecimento de que a SESAB é a responsável pelo Programa no Estado. Para a maioria dos solicitantes (60,7%), a Secretaria Municipal de Saúde deve fornecer qualquer que seja o medicamento prescrito.

Analisando-se a faixa etária, houve predomínio de pacientes com idade compreendida entre 40 a 49 anos (20,4%) e 60 a 69 anos (18,1%), como pode ser observado na tabela 5.

TABELA 5
Distribuição dos processos por faixa etária

| Faixa etária | N | % |
|--------------|------------|--------------|
| <1 ano | 1 | 0,4 |
| 01 a 04 anos | 9 | 3,3 |
| 05 a 09 anos | 5 | 1,9 |
| 10 a 14 anos | 9 | 3,3 |
| 15 a 19 anos | 5 | 1,9 |
| 20 a 29 anos | 19 | 7,0 |
| 30 a 39 anos | 19 | 7,0 |
| 40 a 49 anos | 55 | 20,4 |
| 50 a 59 anos | 37 | 13,7 |
| 60 a 69 anos | 49 | 18,1 |
| 70 a 79 anos | 35 | 13,0 |
| 80 e + anos | 10 | 3,7 |
| Ignorado | 17 | 6,3 |
| Total | 270 | 100,0 |

Fonte: Pesquisa de campo dos autores.

Foram entrevistados 20 prescritores, equivalente a 20% do quadro de médicos de uma das Unidades de Saúde que mais prescreveu dentre os processos de pleito de medicamentos à SMS. Desse total, 60% afirmaram conhecer a existência da REMUME; entretanto, apenas 2 (10%) disseram conhecê-la totalmente e 5 (25%) conhecê-la em parte. Apesar de 35% dizer conhecê-la, 10 prescritores (50%) disseram que seu elenco de medicamentos não é suficiente para atender às patologias mais frequentes no município, e 2 outros (10%) disseram atender em parte.

Ainda em relação aos prescritores, 13 (65%) relataram conhecer o PMDCE, mas apenas 9 (45%) sabiam que este é gerido pela SESAB. Dos 20 profissionais,

55% acham que o serviço público deve fornecer qualquer medicamento, desde que o cidadão não disponha de recursos financeiros para adquiri-lo.

Os processos de solicitação de medicamentos não selecionados envolvem 60% da equipe técnica do setor de Assistência Farmacêutica da SMS, desde o cadastro do processo até a dispensação dos medicamentos aos pleiteantes.

De acordo com o desfecho dos processos, 85,9% tiveram o pleito deferido (sendo 6 deles de ordem judicial). Dentre os pedidos indeferidos (14%), nove (6,3%) foram encaminhados à SESAB por terem os medicamentos pleiteados e as patologias contempladas pelo PMDCE, seis outros (4,2%) foram encaminhados à SESAB por serem os pleiteantes residentes de outros municípios e 3,5% foram orientados a procurar as unidades de saúde da rede municipal, tendo em vista os medicamentos já serem dispensados normalmente nessas unidades.

Foram gastos pela Secretaria Municipal de Saúde, para atender aos processos de solicitação de medicamentos não selecionados, um montante de R\$ 235.419,60 – valor este equivalente a 5,21% do total gasto com itens da Farmácia Básica. Daquele valor, as ações judiciais foram responsáveis por 34,4% do total. Levando-se em conta que foram apenas 6 ações judiciais e somente 4 foram atendidas, a quantia é considerável. Vale ressaltar que o valor gasto com medicamentos não selecionados não corresponde ao fornecimento para 12 meses, uma vez que os pleitos foram ocorrendo ao longo do ano e não foram de pronto atendidos.

Considerando-se que o valor gasto para aquisição de medicamentos da farmácia básica (R\$ 4.522.423,63) objetivou atender 2.714.977 habitantes do município durante todo o ano de 2006 (de acordo com SMS/CRA/SUIS/SIM) e que foram gastos o equivalente a 5,21% (R\$ 235.419,60) deste valor com medicamentos não selecionados, pode-se afirmar que o recurso utilizado para atender esses 227 pacientes no mesmo período seria suficiente para atender 141.450 habitantes com medicamentos básicos, o que demonstra serem essas solicitações bastante onerosas para o SUS, impactando portanto na gestão financeira da assistência farmacêutica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o número de processos de ordem judicial possa ser considerado pequeno em relação ao número total de pleitos de medicamentos não selecionados no município de Salvador, suas implicações para a gestão da assistência farmacêutica são relevantes. No caso do município estudado, é possível explicar esse baixo número, segundo os achados da pesquisa, pela constatação de uma articulação entre a Assistência Farmacêutica municipal e o Ministério Público, evidenciado pelo número de processos demandados por este à SMS. Assim, ainda que o número absoluto dos pleitos judiciais seja relativamente pequeno, o valor gasto com

as ações judiciais é considerado expressivo quando comparado com o total gasto com a aquisição de medicamentos da farmácia básica. É importante ressaltar que os gastos com ações judiciais atendem a número muito limitado de munícipes, impactando financeiramente na gestão da assistência farmacêutica municipal. Do ponto de vista político, e até mesmo filosófico – embora não se pretenda questionar aqui o direito universal de todos os brasileiros à saúde e ao acesso aos serviços e bens de saúde – parece importante uma reflexão, diante da desigualdade social tão fortemente vista no país, sobre o achado de que 43,1% dos pacientes que pleitearam os medicamentos à Secretaria de Saúde do município de Salvador provavelmente não são de baixa renda. Esse fato é inferido pelas prescrições originadas de instituições particulares e de planos de saúde privados

Do ponto de vista técnico, os resultados verificados evidenciam a necessidade de revisar a REMUME diante do perfil nosológico atual da população do município, bem como propiciar sua ampla divulgação aos prescritores. Também, ainda se ressentem de clara definição de competências do município, Estado ou União quanto ao fornecimento desses medicamentos. Do mesmo modo, sugere-se a regulamentação do acesso e do fluxo de atendimento à população por Portarias, levando-se em consideração a utilização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como um dos critérios de acesso. Além disso, é também necessário estreitar a articulação com o judiciário subsidiando-o de informações técnicas para as decisões referentes às ações judiciais.

Do mesmo modo, é premente a conscientização dos profissionais médicos sobre a importância de se observar o elenco de medicamentos disponibilizados pelas secretarias de saúde, evitando-se a prescrição de medicamentos inadequados e/ou onerosos, apesar da existência de similar com igual efeito terapêutico.

Tal conjunto de ações certamente vai impactar sobre os fatores que vêm gerando o aumento do número de pleitos por via judicial ou por processos administrativos para garantir o acesso a medicamentos à população, além de poder contribuir para assegurar a implementação das diretrizes das Políticas Municipal e Nacional de Medicamentos, pautada na equidade no acesso e no uso racional de medicamentos no SUS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Denominações Comuns Brasileiras (DCB)**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/dcb/2006>>. Acesso em: 4 abr. 2007.

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suplemento, p. 23-36, 2002.

———. *et al.* Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

BAHIA (Salvador). Secretaria Municipal de Saúde Comissão de Farmácia e Terapêutica. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais**. 22 p. Salvador, 2004.

BARROS, J. A. C. Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: UNESCO, 264 p., 2004.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição (1988)**. Brasília, 88 p. 2007.

BRASIL. Lei n. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde**. Rio de Janeiro: Ipea: 1998, 18 p. (Texto para Discussão, n. 687).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 215, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério Público Federal (MPF). Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – Grupo de Saúde. **Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa do Direito à Saúde**. Brasília, 109 p., 2005.

CARVALHO, G. Os governos trincam e trancam o conceito da integralidade. **Radis**, n. 49, p.16, set. 2006.

———. **Saúde**: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatório/Arquivos/Destaque92.doc>>. Acesso em: 13 dez. 2005.

CONASEMS. Judicialização de Saúde. **Rev. Conasems**, ed. jun./jul., n. 06. 2004.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 247 p. 2003.

———. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional**. CONASS. ed. dezembro, n. 5, 64 p, 2004.

———. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Medicamentos Excepcionais. CONASS. **Consensus**, ed. agosto, n. 5, p. 6-9. 2004.

CUSTÓDIO, B. B.; VARGAS, S. L. Z. **Propaganda de medicamentos – medicamento e lucro**: uma associação pouco saudável. Monografia apresentada à

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), Rio de Janeiro. 71 p., 2005.

DUARTE, M. C. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.

LOPES, C. R.; VASCONCELOS, W. Quando o remédio pode virar veneno. **Radis**, n. 43, p. 10-13, mar. 2003.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MARQUES, M. B. **Acessibilidade aos medicamentos**: o desafio de vincular ciência, tecnologia, inovação e saúde no Brasil. Brasília: CGEE, 2002.

MARQUES, S. B. **A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica**: o caso do Estado de São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. São Paulo; s.n., 230 p., 2005.

———. DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 101-107, São Paulo, 2007.

MAYORGA, P. *et al.* Serviços farmacêuticos no SUS: quando se efetivará? *In*: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, p. 196-205. 2004.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 39, n. 2, p. 223-30. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil. Ministério da Saúde, p. 260, 2005.

SANTOS, L. O SUS e os contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **Radis**, n. 49, p. 35, set. 2006.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414), 31p, 1990. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. **WHO Policy Perspectives on Medicines**. Geneva, World Health Organization, n. 8, 6 p., 2004.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PAPEL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA FISCALIZAÇÃO DOS ORÇAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti*

1 INTRODUÇÃO

A Lei nº 8.142/90 delimita a atuação dos conselhos de saúde na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990). A mesma lei estabelece, como um dos critérios exigidos para o repasse, regular e automático, de recursos destinados à cobertura de ações e serviços de saúde, a existência de conselho de saúde com composição paritária (50% de usuários, 25% de profissionais e 25% de gestores e prestadores de serviços).

O condicionamento dos repasses financeiros à existência dos conselhos resultou na criação de conselhos municipais de saúde na grande maioria dos municípios brasileiros. Informações disponíveis no Portal Participanet Sus, da Fiocruz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), demonstram a existência de conselhos de saúde em mais de 98% dos 5.559 municípios brasileiros em novembro de 2007 (5.463 conselhos municipais cadastrados até novembro de 2007).

Estudo de revisão de artigos publicados em periódicos brasileiros da área de saúde coletiva, concernentes ao tema participação da sociedade no sistema de saúde, resultou na identificação de 100 publicações referentes à participação social na saúde, em 24 periódicos nacionais de Saúde Coletiva, entre 1988 e 2005 (CABRAL, 2007). A despeito do volume significativo de publicações acadêmicas sobre os conselhos de saúde, apenas um trabalho, originalmente voltado para a saúde bucal, apresenta informações acerca da preocupação de 15 conselhos municipais de saúde com o financiamento, tema pautado em 65,9% das reuniões nesses conselhos entre 1990 e 2000 (ALVES-SOUZA; SALIBA, 2003). E somente um artigo aborda a necessidade de viabilizar o acompanhamento e a fiscalização do financiamento público de saúde, por intermédio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) (TEIXEIRA, V.; TEIXEIRA, G.,

* Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Saúde Coletiva (IESC). lourdes@iesc.ufrj.br

2003). Em contrapartida, diversos artigos tratam de dificuldades e empecilhos ao exercício do controle social, englobando as contradições e os paradoxos da sociedade brasileira; a institucionalização dos conselhos como fator de engessamento da participação social autônoma ao Estado; a complexidade do sistema de saúde, levando à necessidade de capacitação dos conselheiros; a profissionalização dessa atividade e conseqüente distanciamento entre a figura do conselheiro e a população por ele representada, entre outros aspectos.

No presente trabalho busca-se levantar elementos que contribuam para a reflexão e a discussão sobre possibilidades e dificuldades dos conselhos de saúde no exercício do controle da execução da política de saúde, em especial nos aspectos econômicos e financeiros.

2 CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL: PANORAMA DAS PUBLICAÇÕES NA ÁREA DE SAÚDE COLETIVA ENTRE 1988 E 2005

No âmbito da pesquisa “Gestão participativa em saúde: estudo e sistematização da produção acadêmica e das experiências de conselhos de saúde e conferências de saúde” (VIANNA; CAVALCANTI; ANTUNES *et al.*, 2007), Cabral (2007) realizou levantamento e sistematização bibliográfica de artigos referentes à participação da sociedade nas políticas de saúde, com vistas a sistematizar seus focos principais, identificar as abordagens predominantes e apontar eventuais lacunas analíticas. Foram examinados 100 artigos publicados em periódicos nacionais da área de Saúde Coletiva, entre 1988 e 2005, 88 destes publicados em quatro periódicos: Cadernos de Saúde Pública (32 artigos), Saúde em Debate (29 artigos), Ciência e Saúde Coletiva (15 artigos) e Revista de Saúde Pública (12 artigos).

Mais da metade dos artigos analisados são estudos de caso, e dentre estes prevalecem os que tratam de um conselho de saúde, de um conjunto de conselhos ou de conselheiros de saúde. Os demais trabalhos discutem o direito à saúde; as origens, os significados, os instrumentos e os tipos de participação na saúde; as potencialidades e os limites da participação e dos conselhos de saúde propiciarem mudanças no SUS. Em consonância com o propósito dos conselhos de saúde, concebidos com intuito de fortalecer a democratização do Estado diante da crise de legitimidade das formas tradicionais de representação de interesses nas democracias liberais (CORTES, 1996), o enfoque preponderante na maioria dos estudos diz respeito ao Estado e à democracia participativa.

Cortes (1998a), em artigo de debate, identifica alguns fatores favorecedores do êxito das experiências de participação da sociedade no setor saúde, em países da América Latina. Esse trabalho, juntamente com os comentários e a réplica da autora, procura discutir a viabilidade da participação via conselhos de saúde no Brasil. Os conselhos são apontados como expressão de uma reforma que introduz inovações

na relação Estado e sociedade e nas políticas de saúde, sendo reconhecida sua importância na luta pelo direito à saúde, bem como seu condicionamento à realidade institucional e à cultura política municipal. Faz-se alusão à necessidade de capacitação, à ausência dos gestores e dos profissionais de saúde nos conselhos, ao caráter reivindicativo, voltado para as demandas, às possíveis consequências da restrição do movimento popular aos espaços institucionalizados e à pertinência de se retomarem as experiências de democracia direta. Em sua réplica, Cortes (1998b) enfatiza a importância dos conselhos de saúde, apesar de ponderar ser improvável sua consolidação no contexto brasileiro (BARROS, 1998; VIANA, 1998; CARVALHO, 1998; O'DWYER; MOYSÉS, 1998; DAL POZ; PINHEIRO, 1998; VALLA, 1998).

Um conjunto de 14 artigos aprofunda o tema num plano macroestrutural, acentuando o propósito de democratização do Estado. Nesses estudos, a atuação nos espaços de participação é considerada um meio de qualificação da gestão, para promover a equidade e a eficiência na distribuição dos recursos, para ampliar o acesso aos serviços e a melhora da atenção à saúde.

Oito desses trabalhos abordam o aparato estatal, a institucionalização da participação no âmbito do SUS e suas interfaces com a gestão na perspectiva da governança. Na interação entre participação e gestão, os autores discutem: a burocracia estatal; o incremento da participação a partir da descentralização; os serviços públicos de saúde; os conflitos decorrentes das disputas de projetos e interesses; a dicotomia entre técnica e política e a supremacia do discurso tecnocrático nos processos decisórios; os mecanismos de constituição e atuação de grupos de interesse; as comissões intergestoras; a relação dos conselhos com os órgãos executivos e as dificuldades para o exercício do controle social (no sentido de controle do Estado pela sociedade), desde os níveis mais gerais até o âmbito específico dos conselhos de saúde (LUZ, 1992; PESSOTO; NASCIMENTO; HEIMANN, 2001; CECILIO, 1999; VANDERLEI; WITT, 2003; PEDROSA, 1996; SANTOS *et al.*, 2000; SILVA, 2004; RIBEIRO, 1997).

Os conselhos de saúde são identificados como novos espaços coletivos que facilitam a constituição de sujeitos com capacidade crítica de análise (VANDERLEI; WITT, 2003; SANTOS *et al.*, 2000). No entanto, a superação dos entraves depende da criação de uma cultura política e da promoção de uma consciência sanitária na sociedade e nos serviços de saúde. Nesse sentido, as reflexões relativas à articulação entre participação e gestão convergem para o âmbito da cultura na sociedade brasileira, questão enfatizada nos outros seis trabalhos que examinam as implicações culturais ante possibilidades, modos e efetividade da participação da população no sistema de saúde. Seus autores refletem a respeito da interação entre grupos sociais e da assimetria das relações na dinâmica dos serviços e, especialmente, dos conselhos de saúde.

Alguns enfocam as dificuldades oriundas da formação social brasileira, extremamente desigual, estratificada, hierarquizada. Outros enfatizam a importância da inserção dos conselhos nesse contexto e avaliam a participação como um instrumento de acúmulo de capital social e fortalecimento da democracia. Apesar de os estudos, em sua totalidade, sugerirem ou afirmarem a vinculação entre participação e cidadania, nesses particularmente predomina o enfoque da participação como promotora da cidadania (GERSCHMAN, 2004; OLIVEIRA, 1996; OLIVEIRA, 2004; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; LUZ, 1992; LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Apenas dois artigos referem-se às conferências de saúde, nacionais e municipais, enquanto 33 discutem conselhos (LABRA; FIGUEIREDO, 2005; TEIXEIRA, 1996). Nestes, verifica-se a expressão tanto da participação como estratégia de gestão quanto dos aspectos culturais que afetam as práticas participativas. Cinco trabalhos tratam dos processos e das dinâmicas de funcionamento, criação e escolha dos representantes de conselhos municipais de saúde. Em geral salientam a distância entre a realidade dos conselhos e a efetiva participação da população nos processos decisórios, conforme preconizado na legislação. Revelam as fragilidades desse *modus operandi* de controle social, sua incapacidade para modificar o modelo assistencial e a permanência da lógica clientelista da troca de favores paralela às ações que buscam assegurar direitos (PINHEIRO, 1995; PINHEIRO; DAL POZ, 1995; LIMA, 2001; LOPES; ALMEIDA, 2001; SOARES FILHO; SAMPAIO, 2001).

Dez estudos também concernentes aos conselhos municipais ou locais de saúde traçam o perfil dos conselheiros, analisam as temáticas e as proposições discutidas, investigam o conhecimento dos conselheiros acerca do SUS e suas percepções sobre o conselho e a atuação dos conselheiros, ressaltando o despreparo desses participantes e a importância de sua capacitação – com a ressalva de que os problemas políticos e administrativos se sobrepõem à qualificação dos conselheiros (OLIVEIRA *et al.*, 1998/1999; PEDROSA, 1997; BÓGUS *et al.*, 2003; COHN; ELIAS; JACOBI, 1993; FABRE, 2004; GONÇALVES; ALMEIDA, 2002; VAZQUEZ; SILVA; CAMPOS, 2003; WESTPHAL, 1995; ZANARDI; CORDONI, 2004; CREVELIM, 2005).

Como referido anteriormente, em relação ao financiamento, um estudo mostra que o tema esteve em pauta em 65,9% das reuniões em quinze conselhos municipais do Paraná entre 1990 e 2000. As várias intervenções relativas ao orçamento são interpretadas como ‘avanço na sistemática de investimentos’ e expressão da preocupação ética com o destino de recursos (ALVES-SOUZA; SALIBA, 2003). Apenas um trabalho aborda a necessidade de viabilizar o acompanhamento e a fiscalização do financiamento público de saúde, por intermédio do Sistema

de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) (TEIXEIRA, V.; TEIXEIRA, G., 2003).

Por fim, com relação às possibilidades de consolidação da participação da sociedade no sistema de saúde, a maioria dos autores (64 trabalhos) expressa posição favorável, e entre os restantes, metade aponta limitações e outra metade manifesta ceticismo, especialmente quanto à participação via conselhos de saúde. Percebe-se que a participação na saúde constitui uma causa da qual a maioria dos autores é ou foi militante, e a escolha do tema como objeto de estudo evidencia envolvimento com a questão que transcende a realização da atividade acadêmica, técnica ou profissional.

3 FISCALIZAÇÃO DOS ORÇAMENTOS PÚBLICOS NO BRASIL

É senso comum que o acompanhamento, o controle e a fiscalização do uso dos recursos públicos faz parte das atividades importantes e necessárias em sociedades democráticas. Na esfera da cidadania, constitui direito do cidadão ser informado a respeito dos gastos públicos, e seria desejável que todos tivessem conhecimento mínimo sobre o processo orçamentário. No entanto, monitoramento e fiscalização de poderes públicos são tarefas robustas, e sua realização demanda competência técnica e aparato burocrático, a cargo de órgãos voltados especificamente para tal desempenho.

No Brasil, os Tribunais de Contas da União e dos estados, o Ministério Público que atua junto ao TCU e os poderes legislativos possuem a atribuição constitucional de fiscalização das contas públicas.

No tocante ao Tribunal de Contas da União (TCU), sua existência foi institucionalizada na primeira Constituição Republicana, em 1891, mas, a partir da Carta Constitucional de 1988, seu papel foi ampliado:

Recebeu poderes para, no auxílio ao Congresso Nacional, exercer a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, à legitimidade e à economicidade e a fiscalização da aplicação das subvenções e da renúncia de receitas (BRASIL. TCU, 2009).

Por determinação constitucional, compete ao TCU, entre outras responsabilidades:

Fiscalizar a aplicação de recursos da União repassados a estados, ao Distrito Federal e a municípios [e] Apurar denúncias apresentadas por qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato sobre irregularidades ou ilegalidades na aplicação de recursos federais (BRASIL. TCU, 2009).

No Congresso Nacional a responsabilidade pela fiscalização do orçamento público é da Comissão Mista de Planos, Orçamentos e Fiscalização (CMO), que

tem como membros titulares 33 deputados e 12 senadores e recebe auxílio do Tribunal de Contas da União (TCU). Conforme estabelecido no Art. 166 da Constituição, cabe a uma Comissão mista permanente de Deputados e Senadores examinar e emitir parecer sobre os projetos de lei do Plano Plurianual, das Diretrizes Orçamentárias, do Orçamento Anual e dos Créditos Adicionais, sobre as contas apresentadas anualmente pelo Presidente da República, bem como sobre planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos na Constituição, além de exercer o acompanhamento e a fiscalização orçamentária. Para cumprir suas funções, a CMO possui quatro Comitês Permanentes (Comitê de Avaliação, Fiscalização e Controle de Execução Orçamentária; Comitê de Avaliação da Receita; Comitê de Avaliação das Informações sobre Obras e Serviços com Índícios de Irregularidades Graves e Comitê de Admissibilidade de Emendas).

A Câmara de Deputados dispõe da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira (COFF), órgão técnico consultivo para

(...) prestação de assessoramento em orçamento, controle e fiscalização financeira, acompanhamento de planos, programas e projetos de interesse da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização, bem como das Comissões Permanentes, Parlamentares de Inquérito e Especiais da Casa, em matérias compatíveis com o seu âmbito de atuação (BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011a).

Um dos onze Núcleos Temáticos pelos quais se distribuem os consultores de orçamento e fiscalização financeira diz respeito a Saúde e Transferências a Entidades Privadas (BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011b).

Disponível na internet, o Jornal da Câmara de 6/11/2006 (BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011c) relata a reativação, pela CMO, do Comitê de Acompanhamento Orçamentário, constituído por 15 deputados e 8 senadores, com o propósito de institucionalizar o controle e a fiscalização orçamentária, por meio de parcerias com a Controladoria Geral da União (CGU), a Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e as áreas de fiscalização dos legislativos estaduais e municipais. A notícia tem como pano de fundo o escândalo da compra de ambulâncias superfaturadas a partir de emendas ao orçamento apresentadas pelos parlamentares. Os deputados mencionam dificuldades de os Tribunais de Contas Estaduais fiscalizarem as transferências realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, por ausência de ferramentas de integração, de informação ou por estar *muitas vezes submetidos a interesses e influência política dos estados* (BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011c). Na mesma nota, o presidente do TCU informa a intenção de, com apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (Bid), “criar uma estrutura e um modelo para que, mesmo com liberdade para organização própria, os tribunais de contas possam fornecer informações compatíveis” (BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011c).

Na esfera da sociedade civil há algumas entidades que se propõem a exercer o controle dos gastos públicos, dentre as quais a ONG Contas Abertas (CONTAS ABERTAS, 2011), que se propõe a atuar no fortalecimento da esfera pública, na ampliação das políticas sociais promotoras de justiça social, no combate à corrupção, buscando contribuir para o aprimoramento da execução financeira e estimular a participação do cidadão na elaboração e no acompanhamento orçamentário dos poderes executivos.

Além disso, a Presidência da República, por meio da Controladoria Geral da União disponibiliza na internet o Portal da Transparência (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CGU, 2011a) “para assegurar a boa e correta aplicação dos recursos públicos. O objetivo é aumentar a transparência da gestão pública, permitindo que o cidadão acompanhe como o dinheiro público está sendo utilizado e ajude a fiscalizar” (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CGU, 2011b).

O controle social do dispêndio público, considerando a adequação e a qualidade da aplicação dos recursos, constitui tarefa complexa, com diversos níveis de aproximação e acompanhamento. Evidentemente, o papel do cidadão difere do parlamentar representante do povo, ou do técnico especialista no assunto e funcionário do governo. Cabe à população estar atenta, demonstrar interesse e acompanhar, na medida do possível, encaminhamentos, processos e realizações no âmbito das políticas públicas.

4 OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E A FISCALIZAÇÃO DOS ORÇAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO

No que concerne à saúde, a fiscalização orçamentária conta com um instrumento de grande importância, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a), que disponibiliza informações sobre o financiamento e os gastos com ações e serviços públicos de saúde por município, por estado e pela União. O SIOPS gera automaticamente indicadores referentes às despesas com saúde, dentre os quais: o percentual de recursos próprios aplicados em saúde, de acordo com a EC 29; a despesa total com saúde *per capita*; a despesa própria com saúde *per capita*; a receita de impostos e transferências constitucionais e legais totais e por habitante; as transferências do Ministério da Saúde totais e por habitante e o peso dessas transferências no gasto total com saúde por estado e por município, além de fornecer dados de alguns itens das despesas com ações e serviços de saúde como, por exemplo, pessoal, serviços de terceiros e medicamentos, entre outros. Os valores dos gastos totais com saúde são disponibilizados em reais, em dólares e como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b; 2011c).

Lima (2005) verificou a validade das informações geradas pelo SIOPS em 2001 e 2002, comparando-as com os registros do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), e concluiu que há consistência nos dados do SIOPS:

Os achados permitem afirmar que os dados disponibilizados pelo SIOPS são confiáveis para os anos analisados. As informações disponibilizadas pelo sistema, de caráter orçamentário e financeiro, devem ser utilizadas para o planejamento, a gestão e o controle social do financiamento e do gasto público em saúde. (LIMA, 2005, p. 37)

O SIOPS diferencia-se dos demais sistemas de informação do Ministério da Saúde por sua história interinstitucional e de compartilhamento com entidades de representação do controle social (Conselho Nacional de Saúde), dos gestores (Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)) e de defesa dos interesses da sociedade (Ministério Público Federal/ Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão). Tais órgãos compõem, juntamente com técnicos das diversas Secretarias do MS, do Instituto de Pesquisa Aplicada (Ipea) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do SIOPS (LIMA, 2005).

A autora descreve a criação do SIOPS, assinalando a atuação do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde nesse processo:

O Ministério Público Federal (MPF) e a Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão do Distrito Federal tiveram um importante papel na construção do SIOPS. A partir de uma solicitação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), instauraram em 1994 o Inquérito Civil Público nº 01/94, solicitando aos gestores estaduais e dos municípios das capitais informações sobre receita total e despesa com saúde. As informações foram enviadas em cópias dos balancetes, dificultando a consolidação e conseqüentemente as análises. Em reunião realizada na X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, ficou acordado que o DATASUS desenvolveria um sistema informatizado para obtenção das informações sobre gastos públicos em saúde.

As definições das informações a serem coletadas foram obtidas em reuniões realizadas na sede do MPF, com participação de representantes do CNS, do DATASUS e de procuradores da República. (LIMA, 2005, p. 5-6)

Entre as várias etapas e reformulações do sistema, destacam-se sua assunção pelo Ministério da Saúde em 1999 e a proposição "de condicionar a transferência dos recursos federais à apresentação dos dados requeridos pelo sistema", registrada no relatório da XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000 (LIMA, 2005).

A autora refere-se ainda, como atribuições incorporadas ao SIOPS, ao acompanhamento do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 (articulada com o Tribunal de Contas da União); à obrigatoriedade de preenchimento do sistema para habilitação às condições de gestão estabelecida pela Norma Operacional de Assistência a Saúde de 2001 (NOAS-2001) e à coleta de informações concernentes ao Relatório Resumido

da Execução Orçamentária da Lei de Responsabilidade Fiscal (articulada com a Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda). E conclui que “o sistema passou a ser a mais importante fonte de informações sobre gastos públicos em saúde, com detalhamento não encontrado em nenhum outro sistema.” (LIMA, 2005, p. 8).

A origem do SIOPS, vinculada a uma demanda do Conselho Nacional de Saúde e aliada à história de sua evolução e consolidação como “a mais ampla fonte de dados sobre receita e despesa em saúde no âmbito municipal” (LIMA, 2005, p. 36), evidencia a importância, se não dos conselhos municipais de saúde, certamente do controle social, por buscar mais transparência e por viabilizar a fiscalização orçamentária e financeira no SUS.

No entanto, apesar de o SIOPS significar um enorme avanço, para os conselhos de saúde permanece o desafio de incorporar, como atividade sistemática, o deslindamento e o entendimento dos obscuros meandros percorridos pelo dinheiro público, no caso específico, os recursos da saúde. Quanto ao papel fiscalizador dos conselhos de saúde, por um lado constata-se quão distante está de se concretizar, e, como sugere Vargas, um certo desapontamento ou pessimismo quanto às possibilidades de consolidação desses conselhos como espaços efetivos de controle social. Por outro, é necessário considerar a inegável complexidade e dificuldade de acompanhamento dos orçamentos públicos, haja vista a infraestrutura e a burocracia constituídas no Congresso Nacional e no Tribunal de Contas da União para esse fim. Diante disso e do contexto em que se insere o sistema de saúde brasileiro, deve-se reconhecer como extremamente satisfatórias ações como a exercida pelo Conselho Nacional de Saúde na instauração do SIOPS; as proposições relativas ao tema nas X e XI Conferências Nacionais de Saúde; a mobilização dos conselheiros de saúde pela regulamentação da EC 29 e a atuação do CNS para fomentar a discussão da reforma tributária (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011d) e do financiamento da saúde. Assim, por enquanto, o mais recomendável é ponderar se a fiscalização dos orçamentos públicos de saúde constitui tarefa robusta demais para dela se incumbirem sozinhos os conselhos municipais de saúde, isso não quer dizer, de modo algum, que sua atuação seja desprovida de importância e significação no sentido do controle social, como controle do Estado pela sociedade.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 63, p. 63-73, 2003.
- ALVES-SOUZA, R. A.; SALIBA, O. A Saúde Bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1381-1388, 2003.

BÓGUS, C. M.; MARTINS C. L.; DIMITROV P.; FORTES, P.; CARVALHO, A.; CAPUCCI, P. F.; NEMES FILHO, A. *et al.* Programa de capacitação permanente de conselheiros populares de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago./dez. 2003.

BARROS, E. D. Os conselhos de saúde e a responsabilidade cidadã. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 18-19, 1998.

BRASIL. **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.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Atribuições**. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/a-camara/estruturaadm/conof/atribuicoesoff.html>>. Acesso em: 4 fev. 2011a.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Estrutura**. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/a-camara/estruturaadm/conof/index.html>>. Acesso em: 4 fev. 2011b.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Jornal da Câmara**. Edições Anteriores. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/jornalcamara/default.asp?selecao=edicoesAnteriores&anomes=200611>>. Acesso em: 4 fev. 2011c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Participanetsus**. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo>. Acesso em: 2 jul. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SIOPS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 4 fev. 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim SIOPS 3**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Boletim%20SIOPS3.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2011b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SIOPS como instrumento de Planejamento e Gestão do SUS: conceitos e práticas**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Boletim%20SIOPS4.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2011c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Saúde. Reforma Tributária**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webtributaria/index.html>>. Acesso em: 4 fev. 2011d.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Breve histórico**. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/institucional/conheca_tcu/historia>. Acesso em: 1º out. 2009.

CABRAL, M. H. P. **Participação em saúde**: uma sistematização dos estudos sobre conselhos municipais no Brasil – 1988/2005. Dissertação de Mestrado. 2007. Instituto de Estudos de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

CARVALHO, A. I. Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 23-25, 1998.

CECILIO, L. C. O. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 30-36, 1999.

COHN, A.; ELIAS, P.; JACOBI, P. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 90-93, 1993.

CONTAS ABERTAS. Disponível em: <http://contasabertas.uol.com.br/WebSite>. Acesso em: 4 fev. 2011.

CORTES, S. M. V. As origens da participação na área da saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 30-37, 1996.

CORTES, S. M. V. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 5-17, 1998(a).

CORTES, S. M. V. Conselhos Municipais de Saúde: avaliações otimistas e pessimistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 33-35, 1998(b).

CORTES, S. M. V. **Céticos e esperançosos**: perspectivas da literatura sobre participação e governança. Porto Alegre, jan. 2005. Mimeografado.

COSTA, A. M.; NORONHA, J. C. Controle Social na Saúde: construindo a Gestão Participativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-363, 2003.

CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

DAL POZ, M. R.; PINHEIRO, R. A Participação dos Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e seus Determinantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 28-30, 1998.

DALLARI, S. G.; ADORNO, R. C. F.; FARIA, M. M.; SHUQAIR, N. S. M. S. A. Q.; TREWIKOWSKIET, S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, 1996.

DORNELES, S.; LOKS, M. T. Controle social: de quem? Para o quê? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 348-357, 2003.

FABRE, H. S. C. Conselho Municipal de Saúde de Londrina: perfil dos representantes dos usuários. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 5, n. 2, p. 1-16, 2004.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.

GONÇALVES, M. L.; ALMEIDA, M. C. P. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o conselho municipal de saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 167-175, 2002.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LIMA, J. C. Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 29-39, 2001.

LIMA, C. R. A. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**: confiabilidade e uso das informações na construção de um perfil dos municípios brasileiros. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 2005.

LOPES, M. L. S.; ALMEIDA, M. J. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): realidade e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 16-28, 2001.

LUZ, M. T. As relações entre burocracia – aparato estatal e sociedade civil na sociedade brasileira a partir de políticas sociais: possibilidades e limites de generalizações para a América Latina analisando-se o caso das políticas de saúde. **Série de Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 28, dez. 1992.

NEDER, C. A. P. O seu candidato investirá no controle social, se eleito? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 74-76, 1994.

O'DWYER, G. C.; MOYSÉS, N. M. N. Conselhos Municipais de Saúde: o direito de participação da sociedade civil? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 26-27, 1998.

OLIVEIRA, F. J. A. Participação popular em saúde: as dimensões da cultura. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 52, p. 67-73, 1996.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.

OLIVEIRA, T. D.; MOLESINI J. O.; GOMES I. F.; TEIXEIRA C. F. Conselhos municipais de saúde na Bahia: avaliação dos resultados da capacitação de conselheiros de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Públ.**, v. 23, n. 1/4, p. 75-98, jan./dez. 1998/1999.

PEDROSA, J. I. S. Dilemas e Perspectivas do SUS no Estado do Piauí: uma conversa com conselheiros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 49-50, p. 28-32, 1996.

PEDROSA, J. I. S. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 741-748, 1997.

PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L. S. A gestão semi-plena e a participação popular na administração da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, 2001.

PINHEIRO, R. A dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro: três estudos de casos, Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus do Itabapoana. **Série de Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 124, 1995.

PINHEIRO, R.; DAL POZ, M. R. Democratização e controle social na saúde: análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. **Série de Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 109, mar. 1995.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005.

PRATA, L.; GARCIA, A. L. A.; LEITÃO, C. L.; HENRIQUE, M. M. Conselho de Unidade de Saúde – uma estratégia de fortalecimento do Controle Social no município de Manhuaçu (MG). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 107-111, 2004.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Controladoria Geral da União (CGU). **Portal da Transparência**. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br>>. Acesso em: 4 fev. 2011a.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Controladoria Geral da União (CGU). **Sobre o Portal**. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/sobre>>. Acesso em: 4 fev. 2011b.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.

SANTOS, N. R. A relação entre os órgãos executivos e o Conselho Nacional de Saúde na gestão do SUS: um relato comentado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 148-152, 2003.

SANTOS, N. R.; FERREIRA, F. M. S.; CUNHA, C. A. C.; DARCY, R.; CARTAXO, F.; RIBEIRO, G. C. *et al.* A prática do controle social através dos conselhos de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p.71-91, dez. 2000.

SILVA, I. F. O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS e o controle social no estado do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 130-139, 2004.

SOARES FILHO, A. M.; SAMPAIO, J. J. C. Canais institucionais e relações sociais de negociação: necessidade e poder contratual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 5-15, 2001.

TEIXEIRA, C. F. Conferências Municipais de Saúde: construindo o SUS na Bahia. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 52, p. 50-57, 1996.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

VALLA, V. V. Comentários a “Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 31-32, 1998.

VANDERLEI, M. I. G.; WITT, R. R. Conselhos de Saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 131-137, 2003.

VAZQUEZ, M. L.; SILVA, M. R. F.; CAMPOS, E. S. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, 2003.

VIANA, A. L. D. Desenho, Modo de Operação e Representação de Interesses – do Sistema Municipal de Saúde – e os Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 20-22, 1998.

VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. L. T.; ANTUNES, L. *et al.* **Gestão participativa em saúde**: estudo e sistematização da produção acadêmica e das experiências de conselhos de saúde e conferências de saúde. Relatório de Pesquisa. Laboratório de Economia Política da Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, dezembro de 2007.

WENDHAUSEN, Á.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, 2002.

WESTPHAL, M. F. Gestão Participativa dos serviços de saúde: pode a educação colaborar na sua concretização? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 41-49, 1995.

ZANARDI, R. C.; CORDONI Jr, L. A participação social na construção do modelo assistencial de saúde de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 7-15, 2004.

O ORÇAMENTO FEDERAL E AS EMENDAS PARLAMENTARES DA SAÚDE NO PPA 2004-2007: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DAS REGRAS INSTITUCIONAIS

Tatiana Wargas de Faria Baptista*
Márcia Garcia**
Luciana Dias de Lima***
Cristiani Vieira Machado****
Carla Lourenço Tavares de Andrade*****

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF88) introduziu mudanças importantes nas regras para a construção do orçamento público federal, entre elas a prerrogativa de participação do Congresso Nacional no processo orçamentário e no controle das finanças públicas, com possibilidades de emendas ao orçamento e com a nomeação dos membros do Tribunal de Contas da União (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999; FIGUEIREDO, 2001). Com essa definição, o Congresso recuperou poderes subtraídos pelas sucessivas reformas constitucionais impostas pelos governos militares e autoritários e retomou o papel de mediador dos interesses públicos, bem como o de controlador de recursos e ações do governo federal na esfera orçamentária (PESSANHA, 2003).

A mudança no texto constitucional surge após o período de redemocratização e traduz um esforço de criação de mecanismos que viabilizem ampliar a participação no processo decisório do orçamento federal, tendo em vista maior equalização fiscal entre estados e regiões e compensação de desigualdades. No entanto, alguns estudos têm demonstrado que as mudanças introduzidas com a CF88 não foram suficientes para romper com o padrão político institucionalizado

* Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). twargas@ensp.fiocruz.br

** Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). mgarcia@ensp.fiocruz.br

*** Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). luciana@ensp.fiocruz.br

**** Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). cristiani@ensp.fiocruz.br

***** Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). carlamv@ensp.fiocruz.br

(DINIZ, 1995; FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999; PEREIRA; MUELLER, 2002; AMORIM NETO, 2004). De um lado, mantém-se uma relação desbalanceada entre os Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), com a supremacia do Poder Executivo perante os demais; de outro, persiste uma cultura política de caráter clientelista, refletindo interesses particularistas e garantindo a manutenção do *status quo*.

Dessa forma, normas e procedimentos institucionais definidos em 1988 possibilitam que o Executivo ainda tenha grande controle sobre o processo orçamentário, deixando fora do domínio dos parlamentares grande parte do orçamento. Ressalte-se que a possibilidade de intervenção do parlamentar no orçamento federal, via emendas parlamentares, tornou-se uma ferramenta a mais de barganha entre os Poderes, recurso de valor político no âmbito federal e de grande expressão nos pequenos territórios e localidades do país (BEZERRA, 1999).

O peso das emendas parlamentares no orçamento público federal não é significativo em termos orçamentários, mas, como argumentam Pereira e Muller (2002), tem sido suficiente para assegurar a sobrevivência política da maioria dos congressistas, que utilizam as emendas como recurso político perante seu eleitorado. Para o Executivo as emendas surgem como moeda de troca com o Legislativo, à medida que são liberadas na garantia de votos favoráveis a projetos apresentados pelo governo, o que mais do que compensa a alteração da proposta original de orçamento.

De toda forma, mesmo que reúna quantitativo pequeno de recursos no orçamento, para algumas regiões e localidades a emenda parlamentar pode ter impacto bastante expressivo, especialmente em algumas áreas específicas. No orçamento federal da saúde, o montante advindo das emendas inclui-se no instrumento convênios e destina-se majoritariamente a ações de investimento, que correspondem historicamente a pequena parcela do orçamento federal da saúde (FAVERET, 2002; PESSÔA, 2005; MACHADO, 2007), menos de 5% dos recursos. Uma análise apurada sobre os recursos de investimentos da saúde revela a participação significativa das emendas parlamentares nesse contexto, variando de 25% a 58% dos recursos de investimento do Ministério da Saúde no período de 1997 a 2005 (GADELHA *et al.*, 2007).

Há, contudo, pouca visibilidade sobre o destino das emendas parlamentares da saúde e muito pouca discussão acerca das regras institucionais e do processo político que as envolvem. Este texto procura aprofundar essa discussão ao descrever e analisar as regras institucionais que embasam a apresentação das emendas parlamentares no orçamento público federal a partir de 1988, buscando compreender melhor como o orçamento público federal opera.

O texto descreve as mudanças introduzidas no processo orçamentário a partir da Constituição Federal de 1988, discutindo as etapas do processo, as

diferentes resoluções normativas que constituem a base institucional em vigor e as regras que definem a apresentação das emendas parlamentares. Analisa, de forma específica, o período de 2004 a 2007, referente ao ciclo do último PPA do governo federal, apresentando as emendas da saúde aprovadas no orçamento federal nesse período e buscando correlacionar os dados relativos às emendas parlamentares com as regras instituídas.

Os dados apresentados são parte dos resultados da pesquisa sobre o papel das emendas parlamentares da saúde no financiamento do Sistema Único de Saúde no PPA 2004-2007.¹ A pesquisa realizou uma revisão das regras institucionais norteadoras do sistema orçamentário brasileiro, assim como revisão bibliográfica sobre a temática; analisou, a partir do Sistema SIGA do Senado Federal,² as emendas totais e da saúde aprovadas no período e, a partir das planilhas do Ministério da Saúde, as emendas de saúde executadas. Para fins de discussão deste texto serão abordados apenas os dados das emendas aprovadas em cada ano *vis-à-vis* as regras institucionais definidas.

2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O PROCESSO ORÇAMENTÁRIO

O orçamento público é importante instrumento de planejamento e execução das finanças públicas. É um documento legal que contém a previsão de receitas e despesas de um governo em determinado exercício. Ao fim e ao cabo, o orçamento público reflete a definição de como a renda apropriada pelo Estado, por meio da tributação, será distribuída entre os diferentes grupos da sociedade. É, pois, importante instrumento da política pública, revelando o complexo processo de negociação de interesses e a capacidade do Estado de mediar as demandas dessa sociedade.

Para Souza (2003), o Estado desenvolve capacidades que o possibilitam ter espaço próprio de atuação, que embora permeável a influências externas e internas não determina sua atuação, garantindo “autonomia relativa do Estado”. Ou seja, o Estado media a pluralidade de interesses dos atores que interagem no seu processo de elaboração e execução, mas mantém o controle e o direcionamento da política, criando condições para implementação dos objetivos das políticas públicas.

Os processos orçamentários são organizados diferentemente em cada país. No Brasil, tal processo esteve durante muito tempo desatrelado do planejamento

1. A pesquisa contou no ano de 2008 com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e a partir de 2009 passou a ser financiada pelo Programa Papes da Fundação Oswaldo Cruz.

2. O SIGA – Brasil é um sistema de informações que permite, por meio da Internet, acesso a diversas bases de dados sobre planos e orçamentos públicos federais. Reúne os dados do SIAFI (Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal) e outras bases em um único portal (BRASIL, SENADO FEDERAL, 2008).

governamental, mantendo uma lógica fragmentada na programação dos recursos.³ Ou seja, as definições de cada órgão de governo se davam sem discussão do conjunto e das prioridades do Estado, e a despesa ditava o orçamento, baseando-se em séries históricas de gasto (GIACOMONI, 2001). Além disso, prevaleceu, durante muitos anos e períodos alternados, a atuação do Poder Executivo na definição orçamentária, com baixa capacidade de interferência e controle dos demais Poderes na elaboração e na execução orçamentária.

Importante inflexão nesse cenário se deu com a promulgação da CF88, que buscou integrar as atividades de planejamento e orçamento⁴ e recuperar prerrogativas do Poder Legislativo no processo orçamentário.

Três instrumentos legais foram instituídos buscando compor de forma articulada o marco jurídico-institucional do processo orçamentário: a Lei do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 1988, Art.165).

O Plano Plurianual (PPA) constitui-se num instrumento de planejamento de longo prazo (editado a cada quatro anos), onde estão definidos os programas e as ações de governo. A vigência de um PPA vai do início do segundo ano de mandato presidencial até o final do primeiro ano de mandato do governo subsequente. Portanto, um novo mandato se inicia no último ano de ciclo de um PPA.

A LDO, de periodicidade anual, compreende metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orienta a elaboração da Lei Orçamentária Anual, dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. Define principalmente a ligação entre o PPA e a LOA, destacando do PPA os investimentos e os gastos prioritários que deverão compor a LOA, e define regras e normas que orientem a elaboração da Lei Orçamentária Anual.

3. Nos últimos quarenta anos, três importantes tentativas de modernização administrativa e reformas orçamentárias ocorreram, a primeira com a Lei nº 4.320/64, que introduz modelo para controle e gerência dos meios (orçamento por desempenho), a segunda também no início da década de 1960 com o Decreto-lei n. 200 de 1967, na tentativa de integrar o planejamento ao orçamento programa, e a terceira a partir da CF88 com a definição do Plano Plurianual e as leis orçamentárias. Para uma história das teorias e práticas de planejamento governamental adotadas e desenvolvidas no Brasil nos últimos cinquenta anos, ver TEIXEIRA (1997), FURTADO (1998), FIORI (1995) e CORE(2004).

4. Ressalte-se o fato que o processo orçamentário não foi plenamente consolidado conforme previsto na CF88. Algumas lacunas importantes precisam ser resolvidas, como a definição de regras de integração de planejamento e de orçamento público com vistas a substituir a Lei 4320/64. A tentativa de integração também tem sido frustrada devido à ausência de Lei de finanças públicas, prevista no Art. 163 da Constituição. Atualmente a elaboração, apreciação, execução e avaliação dos planos e orçamentos públicos é regulada principalmente pelos Arts. 70, 72 e 165 a 169 da Constituição Federal de 1988, pelos Art. 34 a 42, 60 e 72 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), pela Lei do Plano Plurianual (PPA) aprovada para cada quadriênio, pela Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO), aprovada para cada exercício, pela Lei 4.320/64 que vem suprimindo a inexistência da Lei complementar prevista no Art. 165, § 9º da Constituição Federal, por alguns dispositivos do decreto-lei 200/69 e pelas Resoluções do Congresso Nacional.

Já a LOA fixa o planejamento de curto prazo, materializando anualmente as ações e os programas a ser executados, e compreende: I - o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público; II - o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto; III - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e todos os órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público. Portanto, a LOA é uma lei ordinária que estima a receita e fixa a despesa da União com validade para cada exercício fiscal.

As três leis, de iniciativa do Poder Executivo, são encaminhadas ao Congresso Nacional conforme calendário previsto no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) (quadro 1). Cabe ao Congresso apreciar e aprovar os projetos e reenviá-los para sanção presidencial, também conforme o calendário. O cumprimento dos prazos estabelecidos para apresentação e apreciação dos projetos deveria garantir o bom andamento do processo orçamentário e não comprometer a execução de programas e ações previstos no planejamento governamental. Ou seja, nessa lógica, Executivo e Legislativo têm atribuições específicas no processo orçamentário e deveriam cumprir prazos de modo a garantir o planejamento estatal.

QUADRO 1
Calendário do Orçamento Federal

| Poder Federal | PPA | LDO | LOA |
|---------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| Envio ao Congresso | 31 de agosto ¹ | 15 de abril | 31 de agosto |
| Retorno para o Presidente | 31 de dezembro | 15 de julho | 31 de dezembro |
| Vigência | 4 anos | 1 ano | 1 ano |

Fonte: Elaborado a partir do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Nota: ¹ Do primeiro ano do mandato.

Contudo, pelo que é possível observar no calendário proposto, o sistema de planejamento e orçamento da forma como está concebido não favorece a integração desses instrumentos, isso porque o PPA, principal instrumento de planejamento, é apreciado no primeiro ano de mandato, mas só entra em vigor no ano seguinte, enquanto a LDO e a LOA são apreciadas anualmente.⁵ Noutra perspectiva, essa incompatibilidade de datas também não favorece uma ação articulada com as demais esferas de governo (estados e municípios), que também apresentam calendários próprios para confecção de suas leis orçamentárias, fazendo com que as decisões políticas, expressas por planos e orçamentos, cheguem sempre atrasadas. Para Sanches (2007) é preciso

5. Ainda que seja feita revisão anual do PPA, há incompatibilidade de programação gerada pelo descasamento de datas.

(...) modificar a cronologia de elaboração e apreciação dos PPAs, LDOs e LOAs, de modo a restabelecer a ordem lógica prevista no texto constitucional (e distorcida pelo ADCT) e a assegurar que não apenas cada uma dessas leis seja elaborada sob a base propiciada pela que a antecede, mas, também, que os estados possam cumprir essa atividade com o prévio conhecimento do conteúdo das normas federais, e que os municípios o façam com o prévio conhecimento das normas das esferas federal e estadual antes do final do prazo para a formalização dos seus instrumentos. (SANCHES, 2007, p. 59).

Portanto, um primeiro aspecto a ressaltar no processo orçamentário pós CF88 é o necessário ajuste temporal e programático entre as leis de planejamento e orçamento nos diversos níveis, buscando assegurar eficácia aos processos nas três esferas de governo e fornecer maior densidade ao planejamento.

3 ETAPAS DO PROCESSO ORÇAMENTÁRIO

Existem duas etapas no processo orçamentário: a de elaboração e definição do orçamento e a de execução e fiscalização (ou controle).⁶

Na primeira etapa, a participação do Legislativo se dá por meio da apreciação da proposta de orçamento feita pelo Executivo e pela apresentação de emendas aos projetos de lei, enquanto na segunda etapa seu papel é de controle da execução orçamentária.

Contudo, há que se considerar a existência de uma “etapa prévia” à apreciação do orçamento, que se inicia antes mesmo de sua entrada no Congresso, quando o Poder Executivo elabora os respectivos projetos de lei de PPA, LDO e LOA. Nesse momento são definidas prioridades, parâmetros e volume de recursos a ser destinados para cada área e um conjunto de negociações se desenvolvem entre o Executivo e os parlamentares com mais prestígio e poder político (PEREIRA; MUELLER, 2002). É também nesse contexto que o Poder Executivo aumenta seu espaço de influência, com a inclusão de receitas que dependem da aprovação do Legislativo (REZENDE; CUNHA, 2002). Essa não é uma etapa formal do processo orçamentário, mas se desenvolve a cada ano, não apresentando regras explícitas ou fixas e estando sujeita ao momento político de cada governo e às negociações conjunturais que lhe afetam.

Assim, quando o Presidente da República apresenta ao Congresso os respectivos projetos de lei é que se inicia oficialmente a discussão sobre o orçamento no Congresso Nacional. Os projetos são apreciados conjuntamente pelas duas Casas legislativas (Senado Federal e Câmara dos Deputados), cabendo à Comissão

6. A base legal para o processo orçamentário do setor público é a Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, que estabelece normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle de orçamentos e balanços públicos. Com a Constituição de 1988, introduziram-se modificações no processo orçamentário com a definição do PPA, da LDO e da LOA.

Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO) examinar e emitir parecer sobre os referidos projetos.

A CMO, a partir da CF88,⁷ ganhou também novas atribuições. Sua composição renova-se ano a ano, elegendo-se novo presidente, vice-presidentes, relator-geral e relatores setoriais do orçamento. A indicação dos participantes é feita pelos partidos, tal como nas demais comissões de trabalho do Congresso, e passa a constituir em seu interior quatro Comitês Permanentes,⁸ com a finalidade de se especializar e aprofundar temas de sua competência. A participação nessa Comissão é muito disputada pelos partidos, pois é uma forma importante de influenciar a destinação dos recursos para suas preferências ou para os seus redutos eleitorais (BEZERRA, 1999).

Entre os projetos apresentados, o que demanda mais tempo e discussão da CMO é o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), pois é nele que se especificam as despesas por Programas e Ações, e quando se decide de fato o destino dos recursos. A apreciação do PLOA começa nas subcomissões permanentes da CMO, passa pelo Plenário da CMO e se encerra no Plenário do Congresso Nacional, envolvendo, em cada um desses níveis, etapa de discussão e decisão.

A participação do Congresso Nacional na elaboração do orçamento dá-se por meio de emendas ao referido Projeto de Lei. Antes, porém, de receber as emendas o relator-geral apresenta um Parecer Preliminar,⁹ que estabelece parâmetros e critérios que, obrigatoriamente, deverão ser obedecidos pelos demais relatores, tornando-se importante instrumento no processo decisório relativo ao orçamento.¹⁰

Após a votação dos relatórios setoriais, cabe ao relator-geral a compatibilização e a consolidação do conjunto da proposta orçamentária e a apresentação de um substitutivo.¹¹ O relator-geral equaciona as demandas representadas pelas emendas coletivas e incorpora as emendas individuais, estas atendidas na fase setorial. Esse é o momento em que se amplia o debate com outros atores, como partidos, Comissões do Senado e

7. A CMO não é propriamente uma inovação da CF88: sua criação se deu por emenda constitucional de 1969 que a destinou ao exame do projeto de lei orçamentário e dos créditos adicionais. A CF88 ampliou as atribuições da CMO e a incumbiu do exame do conjunto de projetos de lei relacionados ao processo orçamentário (PPA, LDO, LOA, além dos créditos adicionais).

8. Os Comitês são: *i*) o de admissibilidade de emendas; *ii*) o de avaliação das informações sobre obras e serviços com indícios de irregularidades graves; *iii*) o de avaliação, fiscalização e controle da execução orçamentária; *iv*) o de avaliação de receita. Esses comitês foram introduzidos com a Resolução nº 2 de 2006 (BRASIL, CN88, 2006).

9. Foi pela Resolução nº 02/1995 do Congresso Nacional que ficou prevista a edição anual de um Parecer Preliminar, votado pela CMO, onde são definidas as normas adicionais a ser observadas pelos parlamentares no processo de intervenção no PLOA.

10. O Parecer preliminar pode ser emendado pelos parlamentares e pelas subcomissões permanentes da CMO e precisa ser aprovado pelo Plenário da CMO. Nesse sentido, a participação do parlamentar na CMO o diferencia dos demais parlamentares, pois ao integrar a Comissão o parlamentar reúne a prerrogativa para solicitar destaque para as emendas e com isso consegue iniciar a negociação com os relatores em torno das emendas de seu interesse (BEZERRA, 1999).

11. É o projeto de lei modificado pelas emendas.

da Câmara dos Deputados e parlamentares, exigindo maior capacidade de negociação do relator-geral na composição dos interesses.

O projeto aprovado pela CMO é encaminhado à Mesa do Congresso para votação final. Depois de processadas as modificações é elaborada a versão final do documento, em seguida enviado à sanção presidencial. Após análise da consistência das re-estimativas de receitas e gastos realizados pelo Legislativo, o Presidente determina a correção de desequilíbrios identificados, procedendo por fim à sanção. Havendo veto, o Congresso tem 15 dias úteis para apreciá-lo, podendo torná-lo sem efeito caso seja aprovado por maioria absoluta.

A definição de regras próprias para a apreciação das demandas, onde se diferenciam aquelas que são pleitos individuais (todas acatadas)¹² daquelas que são pleitos coletivos (amplamente negociadas), dá ao Legislativo um papel protagonista, embora não haja garantias de que as emendas aprovadas nessa fase do processo orçamentário serão necessariamente executadas, na medida em que é o Executivo o detentor da decisão final quanto ao pleito (BEZERRA, 1999; REZENDE *et al.*, 2003).

Com a lei aprovada¹³ inicia-se a segunda etapa do processo orçamentário: a etapa de execução, quando o Poder Executivo passa a distribuir e efetivar as despesas previstas no orçamento. Cabe, então, ao Executivo a decisão de gasto, podendo remanejar recursos ou simplesmente não liberar algumas das rubricas definidas na LOA.

Dessa forma, o modelo orçamentário brasileiro aponta para o tipo “autorizativo”¹⁴ (GIACOMONI, 2001; GIAMBIAGI; ALÉM, 1999), pois dá autonomia ao Poder Executivo para liberar os recursos orçamentários conforme sua conveniência.

Para alguns autores (PEREIRA; MUELLER, 2002), o principal risco da adoção do modelo “autorizativo” no processo orçamentário é o uso dos recursos públicos como instrumento de patronagem do Presidente da República na relação com o Congresso Nacional. Assim, as emendas parlamentares poderiam ser utilizadas como mecanismo de cooptação dos parlamentares ao se condicionar sua liberação à votação de interesse de governo. Em última análise, as emendas

12. Em 1995, com a Resolução do Congresso Nacional (Resolução do Congresso Nacional nº 2 de 1995), foi definido um número máximo de emendas e tetos nos valores por parlamentar. Todas as emendas individuais são acatadas desde que não haja infração nas regras orçamentárias gerais, bem como no valor e no número de emendas fixados.

13. Conforme o calendário, a LOA deve ser aprovada entre os meses de dezembro e janeiro. No período do PPA 2004-2007, o único ano em que esse prazo não foi cumprido foi o de 2006; a lei foi aprovada em maio de 2006, ou seja, cinco meses após a previsão do calendário.

14. Pelo orçamento autorizativo, modelo atualmente adotado no País, cabe ao Executivo definir as prioridades de quanto e como deverão ser gastos os recursos do Governo. Já no modelo impositivo, que tem nos Estados Unidos o exemplo de sua aplicação – maior referência mundial nesse sentido –, cabe ao Legislativo definir as prioridades.

liberadas com esse fim podem não expressar as prioridades estabelecidas pela política nacional, e sim interesses individuais.

Já para Souza (2003), o fato de o orçamento ser peça indicativa de despesa no Brasil e não peça impositiva de gasto possibilita a decisão sobre a liberação de recursos estar no Executivo, reforçando seu argumento de que este mantém “autonomia relativa” na condução das políticas públicas, amenizando também a prática de captação de recursos do Legislativo para atender às demandas fisiológicas e paroquiais, do tipo *pork barrel*.

É importante, no entanto, considerar que o risco da utilização dos recursos públicos para atender a demandas paroquiais não é algo que se apresenta em razão das regras instituídas a partir da CF88, mas algo que remonta a um padrão político anterior, numa prática tradicional de patronagem e fisiologismo na distribuição dos recursos, em que os orçamentos públicos serviam como mecanismos institucionais para atrair os membros do Legislativo para aprovação de políticas de iniciativa do Executivo, como indicam Amorim Neto e Santos (2001). Há, portanto, longo caminho a trilhar na consolidação de um padrão político democrático na construção e na execução do orçamento público no Brasil.

De toda forma há de se reconhecer que desde a CF88 o Congresso Nacional tem buscado ajustar-se aos novos papéis que lhe foram deferidos, visando corrigir inconsistências e traçar novos rumos na construção orçamentária. Para tanto, editou várias resoluções normativas introduzindo mudanças sucessivas no processo orçamentário e no funcionamento da própria CMO. A edição das resoluções normativas do Congresso Nacional, a partir de 1991, visou melhorar a eficiência e a eficácia da apreciação congressual e diminuir oportunidades de corrupção ou favoritismo entre os que participam do processo orçamentário. A seguir serão detalhadas as principais mudanças introduzidas com as resoluções do Congresso.

4 AS RESOLUÇÕES NORMATIVAS DO CONGRESSO NACIONAL

No texto constitucional de 1988 não estava prevista a distinção entre emendas individuais e coletivas, tampouco havia limites no valor das emendas ou definição do número máximo de emendas a ser apresentadas; inexistiam restrições à alocação de recursos em favor de municípios ou à concessão de auxílios e subvenções para entidades privadas; a re-estimativa de receita era aceita sem maiores questionamentos; os relatores detinham grande poder decisório e não existia preocupação com a equidade no atendimento dos estados e dos parlamentares (SANCHES, 1998).

Assim, a Constituição de 1988 deixou em aberto as regras para a construção propriamente dita do orçamento, possibilitando ampla margem de manobra do orçamento por parte dos parlamentares. Segundo o consultor de orçamento da Câmara dos Deputados, Helio Tollini (2008), o número de emendas

apresentadas cresceu exponencialmente nos primeiros anos de vigência da Constituição. Em 1988 foram apresentadas 2.660 emendas, em 1989 o número de emendas foi de 11.180, em 1990, 13.358 emendas e em 1991 chegou ao número máximo de 71.543 emendas. Foi nesse ano (1991) que se apresentou a primeira resolução normativa¹⁵ do Congresso Nacional¹⁶ buscando regular o funcionamento da CMO e disciplinar a intervenção do parlamentar no projeto de lei orçamentária, aprimorando o processo de apresentação e apreciação das emendas.

Mas foi em 1995, com a edição de nova resolução,¹⁷ que se normatizou de forma mais incisiva o processo orçamentário, configurando-se num marco importante. A resolução dispôs sobre estrutura, composição, direção e funcionamento da CMO e definiu a forma de tramitação, os procedimentos e os prazos de apreciação dos projetos sobre a matéria orçamentária, tentando tornar o processo orçamentário mais transparente.

Essa resolução veio na esteira das recomendações da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Orçamento, de 1993, onde foram verificadas irregularidades no processo orçamentário¹⁸ e quando se evidenciou não existirem regras que resguardassem o Congresso da ação predadora de alguns parlamentares no processo orçamentário.¹⁹

Na verdade a resolução de 1995 buscou responder a essa situação, ao disciplinar não só os trabalhos dos relatores²⁰ e o processo de apresentação e acatamento de emendas, como a elaboração do parecer preliminar da CMO, destinado a sistematizar os parâmetros e critérios a ser obedecidos pelos relatores setoriais e pelo relator-geral. Além disso, limitou as emendas coletivas de bancada estadual (dez por estado ou Distrito Federal), de bancada regional (cinco por região) e de comissões e limitou as emendas individuais para um número de vinte por parlamentar, entre outras medidas.

A partir da resolução de 1995 surgiram outras resoluções ainda no intuito de manter a racionalização do processo orçamentário e de diminuir a influência individual dos parlamentares, como a de 2001,²¹ com suas modificações em

15. Resolução Normativa do Congresso Nacional nº 01, de 17 de maio de 1991.

16. Deve-se considerar que a resolução normativa é instrumento de gestão negociado politicamente pelo Congresso Nacional; na prática funciona como mecanismo de regulação do Congresso sobre o processo orçamentário.

17. Resolução Normativa do Congresso Nacional nº 02, de 14 de setembro de 1995.

18. A CPMI do orçamento foi instalada em 20 de outubro de 1993 para "apurar fatos contidos nas denúncias do Sr. José Carlos Alves dos Santos, referentes às atividades de parlamentares, membros do Governo e representantes de empresas envolvidas na destinação de recursos do Orçamento da União".

19. Limongi e Figueiredo (2001) calcularam que a porcentagem do valor das emendas propostas sobre o total dos recursos foi de 2% em 1996, 1998 e 1999 e de 3,8% em 1997, enquanto em 1993 o percentual era de 40%.

20. Segundo Sanches, as restrições à apresentação de emendas de relator era preocupação que vinha sendo progressivamente ampliada pelo Congresso Nacional a partir de 1993 em razão dos problemas identificados pela "CPI do Orçamento" na sua utilização (SANCHES, 1998). A resolução de 1995 buscou reduzir a autonomia do relator-geral e lhe atribuiu o papel de coordenador de uma equipe composta de relatores adjuntos. A partir de então o relator-geral passa a ficar impedido de aprovar emendas já rejeitadas ou apresentar emendas de relator que impliquem inclusão de subprojetos e subatividades.

21. Resolução Normativa do Congresso Nacional nº 01/2001, de 4 de outubro de 2001.

2003.²² O PPA 2004-2007 e as leis orçamentárias desse período estiveram amparados nas resoluções editadas até então.

No entanto, cabe ressaltar que em 2006 nova resolução normativa do Congresso Nacional foi editada, introduzindo mudanças substantivas nas regras, visando superar problemas e distorções identificados no processo orçamentário, tais como: *i*) as emendas de bancada e de comissão com programação genérica que garantiam benefícios eleitorais individualizados em detrimento do caráter coletivo; *ii*) a falta de identificação precisa do objeto da emenda; *iii*) a destinação de recursos para obras estruturantes sem previsão de continuidade e conclusão; *iv*) o conflito de interesses entre o autor da emenda e as entidades privadas beneficiadas.

Essa resolução, apesar de não influir na elaboração do orçamento de 2007, em votação no ano de 2006, pode ter introduzido na prática algumas mudanças na construção do orçamento nesse ano que, como é possível verificar nos dados, se explicitam em algumas mudanças de padrão em relação aos orçamentos dos anos anteriores.

No quadro 2 é feito um comparativo entre as resoluções de 1995, 2001 e 2006 do Congresso Nacional, sistematizando as principais normativas e modificações introduzidas a cada resolução.

QUADRO 2

Principais regras das Resoluções Normativas do Congresso Nacional – 1995, 2001 e 2006

| | Resolução nº 2/95 CN | Resolução nº 01/01 CN | Resolução nº 01/06 CN |
|--|---|--|--|
| Composição da Comissão Mista de Orçamento (CMO) | Dispõem sobre a estrutura, composição, direção e funcionamento da CMO. Defini a forma de tramitação e os prazos de apreciação dos projetos sobre matéria orçamentária | 84 membros, com igual número de suplentes, sendo 63 deputados e 21 senadores | 40 titulares (mais 40 suplentes), sendo 30 deputados e 10 senadores (com possível acréscimo de duas vagas) |
| | Extinção da regra que proibia a continuidade dos parlamentares por mais de um ano na CMO na tentativa de especializá-los | Os membros podiam ser reconduzidos à CMO indefinidamente | Renovação total da composição da CMO a cada sessão legislativa |
| Emendas individuais à Lei Orçamentária Anual (LOA) | Limita a no máximo 20 para cada parlamentar | Número máximo de 20 para cada parlamentar (valor fixado no parecer preliminar) | Número máximo de 25 para cada parlamentar (valor fixado no parecer preliminar) |
| | | Sem restrição quanto às prioridades | Direcionadas somente às prioridades definidas no parecer preliminar |
| | | Para entidades privadas, sem exigências | Exige-se identificação da entidade beneficiada, seu endereço e nome dos responsáveis |
| | | Sem exigências | Recursos devem garantir a conclusão da obra ou etapa do cronograma de execução |

(Continua)

22. Em 2003 foram editadas três resoluções normativas (n^{as} 01, 02 e 03, de 20 de agosto, 13 de novembro e 12 de dezembro, respectivamente) que introduziram mudanças em artigos da resolução de 2001.

(Continuação)

| | Resolução nº 2/95 CN | Resolução nº 01/01 CN | Resolução nº 01/06 CN |
|------------------------------|---|--|--|
| Emendas coletivas à LOA | Criação das emendas coletivas (de bancada estadual, regional e de Comissões permanentes) | Não existia distinção entre emendas de remanejamento e de apropriação | Divisão entre emendas de remanejamento e de apropriação (recursos novos) |
| | Emendas de bancada estadual limitada a 10 | Emendas de bancada variavam de 18 a 23 | Emendas de bancada variam de 18 a 23, sendo três necessariamente de remanejamento. |
| | | Resolução não impedia a prática de emendas genéricas | Proibidas emendas genéricas de bancada ("conhecidas como rachadinhas") |
| | | Não existia obrigatoriedade de alocar recursos para conclusão de obras iniciadas | Bancadas comprometem-se a incluir na LOA recursos para concluir obras iniciadas por emendas das próprias bancadas |
| | Emendas de Comissão até 5, podendo ser apresentada pelas Comissões temáticas da CD e do SF, com caráter nacional ou institucional e relacionados com a atuação temática da Comissão | Até o limite de cinco emendas por comissão permanente | Emendas de comissão variam de quatro (duas de apropriação e duas de remanejamento) a oito (quatro de apropriação e quatro de remanejamento), a depender da competência da comissão |
| | Emendas regionais limitadas a 5 | Bancadas regionais podiam apresentar até cinco emendas | Extinção das emendas de bancada regional |
| Divisão das relatorias (LOA) | | Essa atribuição era da relatoria geral | Criada a relatoria da receita; indicação do relator será no máximo em cinco dias após a instalação da CMO |
| | | Não existia essa exigência | Relatório da receita deve obrigatoriamente ser votado antes do parecer preliminar |
| | | Essa restrição não existia | Receita será atualizada uma única vez |
| | | Não havia esse tipo de emenda | Criada emenda de renúncia de receita para acomodar projetos em tramitação de iniciativa do Congresso, desde que o autor aponte a compensação necessária |
| Relatores setoriais (LOA) | | Essa exigência não existia | Indicados entre os membros das comissões permanentes para as respectivas áreas temáticas, ou entre os que tenham notória atuação parlamentar na área |
| | | Não havia essa proibição | Será vedada a manutenção do mesmo partido em cada relatoria por dois anos seguidos |
| | | Não existia formalmente essa divisão | Dos dez relatores, quatro serão do Senado e seis da Câmara |
| | | Esse maior engajamento das comissões permanentes não era previsto | Haverá debates nas comissões permanentes antes da elaboração dos relatórios setoriais, e integrantes dessas comissões participarão das discussões da CMO |

(Continua)

(Continuação)

| | Resolução nº 2/95 CN | Resolução nº 01/01 CN | Resolução nº 01/06 CN |
|---|----------------------|---|--|
| Rodízio nas relatorias | | Essa restrição não existia | Em cada legislatura (quatro anos), o parlamentar exercerá somente uma vez alguma das relatorias da LOA, LDO ou PPA |
| | | Suplente poder ser escolhido pelo relator era vedado | Suplente pode ser escolhido relator |
| Distribuição de recursos para emendas coletivas (LOA) | | Resolução não definia partilha | Distribuição dos recursos deverá respeitar a seguinte proporção: 25% para bancadas estaduais, 55% para relatores setoriais e para atender emendas de bancadas e de Comissões e 20% para relator-geral para alocação entre as emendas de bancadas e de comissões |
| | | Não existiam esses critérios | Distribuição de recursos entre bancadas deverá respeitar a seguinte proporção: 50% pelo Fundo de Participação dos Estados, 40% pela média do atendimento nos últimos três anos e 10% com base na população residente no estado |
| | | Não existia essa garantia | Relator-geral garantirá que as emendas de comissão recebam 15% do total dos recursos líquidos disponíveis para as emendas coletivas |
| Comitês permanentes | | Antes existiam apenas comitês de assessoramento, sob a coordenação do relator-geral, com previsão máxima de cinco | Criados quatro comitês permanentes: a) Avaliação da Receita; b) Avaliação, Fiscalização e Controle da Execução Orçamentária; c) Avaliação das Informações sobre Obras e Serviços com Índices de Irregularidades Graves; e d) Exame de Admissibilidade de Emendas |
| | | | Formados por cinco a dez membros (exceto o da Execução orçamentária, que inclui relatores da LOA), designados cinco dias após instalação da CMO |
| | | | Todos os relatórios dos comitês serão votados na CMO |
| LDO (encaminhada ao CN até 15 de abril) | | O limite anterior era de 20 emendas por parlamentar | Cada parlamentar poderá apresentar até cinco emendas ao anexo de metas e prioridades |
| | | Bancadas podiam apresentar entre 18 e 23 emendas, e comissões, cinco emendas | Bancadas e comissões permanentes podem apresentar até cinco emendas. |
| | | Não existia essa previsão | Apresentação de parecer preliminar, como acontece na LOA |

(Continua)

(Continuação)

| | Resolução nº 2/95 CN | Resolução nº 01/01 CN | Resolução nº 01/06 CN |
|---|---|---|---|
| PPA (encaminhado ao CN até 31 de agosto) | | O limite anterior era de 20 emendas | Parlamentares apresentarão até dez emendas ao projeto original e suas revisões |
| | | Bancadas podiam apresentar entre 18 e 23 emenda, e comissões, cinco emendas | Bancadas e comissões permanentes podem apresentar até cinco emendas |
| | Essa precedência não existia | Não existia essa previsão | Apresentação de parecer preliminar como na LOA |
| | Essa precedência não existia | Essa precedência não existia | Exige-se aprovação do PPA no Congresso antes da votação do relatório geral da LOA na comissão mista |
| Créditos adicionais | | Antes eram 20 emendas | Redução de 10 emendas por parlamentar |
| | Não existia essa definição de prazo | Não existia essa definição de prazo | Instituído prazo (20 de novembro) para votação dos créditos na CMO. Os que não forem votados serão remetidos ao Plenário do Congresso |
| Contestação às Leis orçamentárias | Esse mecanismo não existia | Esse mecanismo não existia | Resolução cria mecanismo pelo qual o parlamentar pode questionar estimativa de receita, indexação de despesa, admissão de emendas ou trecho do texto do projeto |
| Quorum | Essa exigência não existia, permitindo que um único parlamentar derrubasse a sessão | Essa exigência não existia, permitindo que um único parlamentar derrubasse a sessão | Para pedir verificação na sessão do Congresso, o parlamentar precisará do apoio de pelo menos um vinte avos dos integrantes de sua respectiva Casa (por exemplo, cinco senadores) ou dos líderes que os representem |

Fonte: Resoluções do Congresso Nacional nº 2 de 1995, nº 1 de 2001 (modificada pelas resoluções de 2003), nº 1 de 2006.

Obs.: Através de emendas genéricas, ou seja, sem indicação do município onde seria aplicado o recurso, Parlamentares entravam em acordo político nos estados e municípios para propor emendas individuais disfarçadas de coletivas. Depois de aprovadas eles enviavam aos Ministérios a relação dos municípios que seriam contemplados.

5 SOBRE AS EMENDAS PARLAMENTARES

Faz parte dos princípios orçamentários²³ previstos na Lei nº 4.320/1964 e na CF88 que nenhuma despesa pública seja executada sem estar consignada no Orçamento e que é necessário manter o equilíbrio entre despesas e receitas. Assim, a aprovação de emendas não pode acarretar aumento na despesa total do orçamento, a menos que sejam identificados erros ou omissões nas receitas devidamente comprovados (BRASIL, 1988).

23. Os princípios orçamentários são premissas a ser observadas na elaboração da proposta orçamentária. São eles: unidade, totalidade, universalidade, anualidade, exclusividade, especificação, equilíbrio, legalidade, publicidade, clareza, exatidão, orçamento bruto e não vinculação (Lei n. 4.320/1964 e CF88).

Existem três tipos de emendas possíveis de ser apresentadas ao PLOA: de texto, de receita e de despesa. As emendas de texto são usadas nas alterações de texto do Projeto de Lei. As emendas de receita têm o objetivo de corrigir os erros e as omissões, devendo mostrar quais os itens de receita correspondentes. As emendas de despesa compreendem os acréscimos nas dotações constantes na proposta orçamentária. Por isso, é considerada a mais importante e a mais utilizada pelos parlamentares já que é por intermédio dela que se podem incluir novas programações, sendo as que exigem maior tempo de negociação.

As emendas de despesa se dividem em três tipos:

1. *Emendas de remanejamento* – propõem acréscimo ou inclusão de dotação, utilizando como fonte de recursos a anulação de dotação equivalente de projeto constante na PLOA, exceto as da Reserva de Contingência;
2. *Emendas de apropriação* – utilizam recursos da reserva, ou seja, da re-estimativa de receita, da reserva de contingência e de outras dotações que venham a ser definidas no Parecer Preliminar;
3. *Emendas de cancelamento* – propõem apenas o cancelamento de dotações, sendo mais raras.

Além disso, as emendas podem ser individuais ou coletivas. As emendas individuais são aquelas apresentadas pelos parlamentares, deputados ou senadores, e estão voltadas para interesses ou compromissos mais específicos dos congressistas. Já as emendas coletivas são aquelas apresentadas pelas bancadas (regionais ou estaduais) e comissões permanentes e mesas diretoras da Câmara e do Senado e foram concebidas como instrumento de conciliação e concentração de iniciativas em torno de projetos de grande vulto ou ações e atividades relacionadas a políticas públicas setoriais e regionais.

As resoluções normativas do Congresso também aprimoraram paulatinamente as regras para apresentação de emendas, especialmente visando definir limites à atuação do parlamentar individual e induzir a negociação de projetos de abrangência mais coletiva. No quadro 3 é possível apreender as principais mudanças introduzidas nas resoluções de 1995, 2001 e 2006.

QUADRO 3

Classificação e diretrizes para apresentação de emendas parlamentares ao orçamento federal, segundo autoria e tipo de emenda, nas resoluções de 1995, 2001 e 2006 do Congresso Nacional

| Autoria | Iniciativa | Resolução 1995 | Resolução 2001 | Resolução 2006 |
|------------|---|--|---|---|
| Coletivas | Comissões Permanentes (Comissões com competência sobre uma área temática e Comissões com competência sobre mais de uma área temática) | Até 5 emendas por Comissão Permanente | Até 5 emendas por Comissão permanente | De 4 a 8 emendas dentro da competência da comissão, sendo 2 ou 4 de apropriação e 2 ou 4 de remanejamento. |
| | Bancada estadual | Até o limite de 10 emendas por bancada | Mínimo de 18 e máximo de 23 por bancada | Mínimo de 18 e máximo de 23 por bancada, sendo 15 a 20 de emendas de apropriação e 3 de emendas de remanejamento. |
| | Bancada regional | Até o limite de 5 emendas por macrorregião | Até o limite de 2 emendas por macrorregião | Extinção das emendas de bancada regional. |
| | Mesa diretora do Senado Federal e da Câmara dos Deputados | Não se aplica | Não se aplica | 4 emendas de apropriação e 4 emendas de remanejamento. |
| Individual | Parlamentar | 20 | 20 (valor fixado por parlamentar no parecer preliminar) | 25 (valor fixado por parlamentar no parecer preliminar). |

Fonte: Resoluções do Congresso Nacional nº 2 de 1995, nº 1 de 2001 (modificada pelas resoluções de 2003), nº 1 de 2006.

As resoluções também incidiram nos valores totais das emendas apresentadas por parlamentar. De 1995 até 2000, o valor total para apresentação de emenda individual por parlamentar foi de R\$1,5 milhão. A partir de 2001 esse valor cresceu significativamente, como pode ser observado na tabela 1, o que indica existir nesse âmbito uma disputa pela manutenção dos recursos dos pleitos individuais.

TABELA 1

Limites nos valores das emendas individuais por parlamentar

| Ano | Valor em milhões |
|------|------------------|
| 2001 | 2,0 |
| 2002 | 2,0 |
| 2003 | 2,5 |
| 2004 | 3,5 |
| 2005 | 4,5 |
| 2006 | 6,0 |
| 2007 | 8,0 |

Fonte: Parecer preliminar PLOA, 2001 a 2007.

6 O PPA 2004-2007 E AS EMENDAS PARLAMENTARES DA SAÚDE

Tendo em mãos as informações das mudanças do processo orçamentário apresentadas, serão a seguir analisadas as emendas parlamentares, específicas da área da saúde, no período referente aos anos de 2004 a 2007, quando se inicia o PPA elaborado pelo primeiro governo Lula.

Observa-se na tabela 2 a participação percentual das emendas totais e da saúde nos orçamentos aprovados no período.

TABELA 2

Valores reais do orçamento aprovado nos anos de 2004 a 2007 e participação percentual das emendas parlamentares totais e emendas destinadas à saúde aprovadas (Em R\$ 1,00 corrente)

| | 2004 | % | 2005 | % | 2006 | % | 2007 | % |
|--------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|
| Orçamento global | 1.502.129.012.295 | 100 | 1.606.403.171.042 | 100 | 1.660.772.285.176 | 100 | 1.511.540.601.307 | 100 |
| Emendas totais | 58.520.424.437 | 3,9 | 37.489.700.670 | 2,3 | 39.133.101.914 | 2,4 | 18.652.610.587 | 1,2 |
| Emendas da saúde | 12.331.044.975 | 0,8 | 1.498.572.562 | 0,1 | 3.281.664.717 | 0,2 | 3.808.637.107 | 0,3 |
| Orçamento Ministério da Saúde | 33.099.623.569 | 100 | 36.684.557.843 | 100 | 40.497.699.395 | 100 | 45.665.189.468 | 100 |
| Emendas no Orçamento do MS (%) | 12.331.044.975 | 37,3 | 1.498.572.562 | 4,08 | 3.281.664.717 | 8,1 | 3.808.637.107 | 8,3 |

Fonte: Elaborado a partir do Siga-Senado Federal.

Verifica-se que em 2005 e 2006²⁴ há um volume de recursos de emendas que se mantém de forma constante em relação ao orçamento total, com queda significativa desse volume no ano de 2007. Em todos os anos o montante de recursos que as emendas mobilizam é bem pequeno em relação ao total. No caso específico da saúde, esses valores mostram-se ainda menores no volume global do orçamento (abaixo de 0,5%), apesar de mobilizarem recursos constantes nos últimos dois anos da série, correspondendo, no entanto, a um volume não pouco expressivo dos recursos aprovados para o Ministério da Saúde nesses anos (8%).

A primeira impressão ao verificar os valores destinados às emendas é de que esse seria um mecanismo político frágil, dado o volume de recursos total que mobiliza. Contudo, é preciso compreender esse mecanismo no contexto mais

24. Nota metodológica: é preciso interpretar e isolar o ano de 2004 em virtude da mudança na classificação dos dados da base SIGA. Até esse ano as emendas não eram diferenciadas, estando juntas àquelas relativas a acréscimo de recursos bem como as de remanejamento. A partir de 2005, com a diferenciação das emendas, torna-se possível uma percepção mais nítida da participação das emendas.

geral da discussão orçamentária. Conforme evidencia Rezende *et al.* (2003) a margem de manobra do orçamento federal tem sido pequena, restando em torno de 10% para as despesas discricionárias, ou seja, em torno de 10% dos recursos do orçamento para definir investimentos voltados a diferentes áreas e programas. As emendas parlamentares inserem-se nesse percentual obtendo historicamente parcela pouco expressiva dos recursos (em torno de 2% do orçamento). No caso específico da saúde, a participação das emendas da saúde no total de emendas destinadas às áreas se destaca.

Os dados mostram também haver predomínio do número total de emendas aprovadas da saúde frente às demais áreas em todos os anos (tabela 3), sem mobilizar, no entanto, quantitativo expressivo de recursos para a área. Em termos quantitativos, a proporção de emendas da saúde no total de emendas aprovadas variou de 27,2% a 33,5% nos anos de 2005 a 2007 (tabela 3), já em termos de recursos as emendas da saúde tiveram de 4% a 20,4% dos recursos das emendas totais no mesmo período (tabela 4), destacando-se o diferencial no ano de 2007. Novamente vale alertar que 2004 não deve ser considerado como típico.

TABELA 3
Número total e participação percentual das emendas da saúde aprovadas no conjunto das emendas

| Áreas | 2004 | % | 2005 | % | 2006 | % | 2007 | % |
|--------------------|-------|-----|-------|------|-------|------|-------|------|
| Assistência social | 855 | 9,1 | 647 | 7,5 | 573 | 6,5 | 501 | 5,6 |
| Desporto e lazer | 560 | 6 | 767 | 8,9 | 744 | 8,5 | 645 | 7,2 |
| Educação | 512 | 5,4 | 417 | 4,8 | 500 | 5,7 | 512 | 5,7 |
| Saúde | 4.042 | 43 | 2.345 | 27,2 | 2.879 | 32,9 | 2.989 | 33,5 |
| Urbanismo | 610 | 6,5 | 1.316 | 15,2 | 1.143 | 13,1 | 1.336 | 15 |
| Outras | 2.820 | 30 | 3.138 | 36,4 | 2.919 | 33,3 | 2.933 | 33 |

Fonte: Elaborado a partir do SIGA-Senado Federal.

TABELA 4

Peso das emendas aprovadas de saúde no total de emendas aprovadas por ano
(Em R\$ 1,00 corrente)

| Ano | Valor total | Valor saúde | Emendas Saúde (%) |
|------|-----------------------|----------------|-------------------|
| 2004 | 58.520.424.437 | 12.331.044.975 | 21 |
| 2005 | 37.489.700.670 | 1.498.572.562 | 4 |
| 2006 | 39.133.101.914 | 3.281.664.717 | 8 |
| 2007 | 18.652.610.587 | 3.808.637.107 | 20 |

Fonte: Elaborado a partir do SIGA-Senado Federal.

E por que as emendas da saúde se apresentam em maior número absoluto em relação às demais áreas? Algumas hipóteses podem ser lançadas. Essa é uma área de grande expressão eleitoral (conexão eleitoral) sendo fácil identificar o autor da emenda com a ação. Assim, o setor saúde apresenta programas e ações que são de fácil execução, facilitando a realização de convênios com estados e municípios. Outra explicação plausível é que o orçamento da saúde é robusto, sendo mais fácil negociar valores nesse âmbito do que em outras áreas, aumentando também as chances de execução de uma emenda. Mas deve-se ressaltar que, apesar de o volume de emendas ser expressivo nessa área, isso não significa aporte de recursos de igual expressão, o que também parece indicar uma característica das emendas da saúde, destinadas a atender demandas de baixo custo, como a organização da atenção básica, a compra de unidades móveis ou de equipamentos.

A análise das regiões e dos estados permite visualizar o peso das emendas da saúde nas localidades. Tomando apenas as emendas coletivas (bancada e comissão) e as individuais (deputados e senadores), verifica-se que a Região Sudeste apresentou nos quatro anos do PPA número bem maior de emendas que as demais regiões, seguida da Região Nordeste. Já em valores *per capita*, a Região Norte é a que tem sido mais contemplada. A média *per capita* Brasil de recursos via emendas da saúde (exceto as de relator) foi, em cada ano, de R\$ 8,76, R\$ 8,14, R\$ 10,70 e R\$ 11,82, tendo as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste alcançado *per capita* superior à média Brasil (tabela 5).

O fato de a Região Norte receber mais recursos *per capita* que a Sudeste pode ser visto como fator de compensação das desigualdades, mas também pode ser indicativo do *modus operandi* da política, ou seja, da lógica de distribuição dos recursos discricionários conforme os interesses locais e a pressão dos parlamentares, sem necessariamente garantir ação planejada de recursos e continuidade e sustentabilidade da política. Outra observação que reforça essa tese é que o Sudeste ainda é a região que mais recebe recursos das emendas em termos absolutos e é também a região com maior poder econômico e estrutura de serviços de saúde. Assim, mesmo que em termos *per capita* o valor das emendas seja menor nessa

região do que nas demais, parece haver nesse dado algo que explicita o papel das emendas no processo político. Essas são questões que mereceriam ser exploradas a partir do estudo de casos sobre o destino e o uso das emendas.

Além disso, retomando os dados do período analisado, é possível perceber que há acréscimo percentual e absoluto de recursos pelas emendas nos últimos dois anos do PPA (gráfico 1). Esses valores como recursos para investimentos podem significar acréscimo orçamentário significativo para as regiões e, em específico, para algumas localidades. Considerando como referencial o Piso da Atenção Básica (PAB), incentivo financeiro criado na Norma Operacional Básica de 1996 para organização da atenção básica, os valores das emendas da saúde por vezes dobram o volume de recursos para algumas regiões, especialmente no Norte. Novamente é importante destacar que as regiões que mais recebem recursos de emenda *per capita* também são as mais carentes em termos de serviços de saúde. Ressalte-se, ainda, que os valores apresentados referem-se às emendas aprovadas no orçamento final. Na etapa de execução do orçamento há um conjunto de emendas não executadas, o que também é bem variado pelas regiões e conforme a autoria.

TABELA 5

Emendas parlamentares da saúde aprovadas, individuais e coletivas por região – 2004-2007

| Ano de 2004 | | | | |
|---------------|--------------------|----------------------------------|---|------------------|
| Região | População | Número total de emendas da saúde | Valor total de emendas da saúde (Em R\$ 1,00) | Per capita (R\$) |
| Norte | 14.064.278 | 348 | 228.424.718 | 16,24 |
| Nordeste | 49.862.741 | 920 | 546.650.360 | 10,96 |
| Centro-Oeste | 12.532.306 | 224 | 135.867.779 | 10,84 |
| Sudeste | 76.333.625 | 1.266 | 435.346.492 | 5,70 |
| Sul | 26.315.184 | 371 | 171.725.301 | 6,53 |
| Brasil | 179.108.134 | 3.253 | 1.569.407.965 | 8,76 |

(Continua)

(Continuação)

| Ano de 2005 | | | | |
|---------------|--------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Região | População | Numero total de emendas da saúde | Valor total de emendas da saúde | Per capita (R\$) |
| Norte | 14.698.834 | 196 | 206.574.848 | 14,05 |
| Nordeste | 51.018.983 | 557 | 424.278.074 | 8,32 |
| Centro-Oeste | 13.020.789 | 119 | 106.182.532 | 8,15 |
| Sudeste | 78.472.036 | 1.083 | 504.186.936 | 6,4 |
| Sul | 26.973.432 | 255 | 187.428.724 | 6,95 |
| Brasil | 184184074 | 2345 | 1.498.572.562 | 8,14 |
| Ano de 2006 | | | | |
| Região | População | Número total de emendas da saúde | Valor total de emendas da saúde | Per capita (R\$) |
| Norte | 15.022.071 | 281 | 257.021.000 | 17,11 |
| Nordeste | 51.609.036 | 813 | 621.190.517 | 12,04 |
| Centro-Oeste | 13.269.564 | 168 | 159.998.900 | 12,06 |
| Sudeste | 79.561.023 | 1.079 | 601.935.000 | 7,57 |
| Sul | 27.308.919 | 288 | 227.728.895 | 8,34 |
| Brasil | 186.770.613 | 2.809 | 1.997.743.312 | 10,70 |

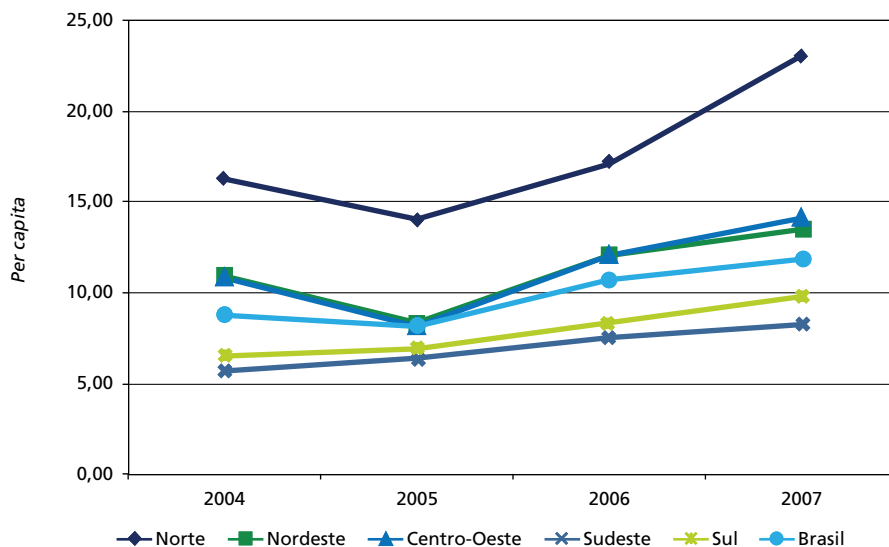
(Continua)

(Continuação)

| Ano de 2007 | | | | |
|---------------|--------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Região | População | Número total de emendas da saúde | Valor total de emendas da saúde | Per capita (R\$) |
| Norte | 15.342.561 | 332 | 354.075.000 | 23,08 |
| Nordeste | 52.193.847 | 839 | 703.553.000 | 13,48 |
| Centro-Oeste | 13.516.181 | 178 | 191.340.000 | 14,16 |
| Sudeste | 80.641.101 | 1.066 | 663.859.162 | 8,23 |
| Sul | 27.641.501 | 375 | 270.325.000 | 9,78 |
| Brasil | 189.335.191 | 2.952 | 2.237.637.162 | 11,82 |

Fonte: Elaborado a partir do SIGA-Senado Federal.

GRÁFICO 1

Emendas parlamentares da Saúde aprovadas, individuais e coletivas, em valores *per capita* por região – 2004-2007

Fonte: Elaborado a partir do SIGA-Senado Federal.

Além das emendas individuais e coletivas é importante identificar a participação das emendas da relatoria (geral e setorial) nas emendas da saúde. Como já ressaltado, o ano de 2004 não pode ser utilizado na análise, pois distorce a compreensão do volume de recursos destinados à área. O que se verificou foi que, na discussão do PLOA de 2005, o relator não apresentou emendas de acréscimo para a saúde. Além disso, no início de 2005 o governo praticou um contingenciamento importante²⁵ que causou impacto sobre as alterações do Congresso bastante próximo do montante global de emendas aprovadas, sendo R\$ 9,7 bilhões decorrentes de emendas individuais e coletivas e R\$ 3,2 bilhões de emendas de relator (Lei Kandir e outros ajustes). De forma geral, o contingenciamento das dotações do orçamento implica limitação das despesas com investimento e conseqüentemente das emendas dos parlamentares.

Já nos anos de 2006 e 2007 as emendas de relatoria compreenderam boa parte dos recursos das emendas, como se pode verificar na tabela 6.

TABELA 6

Valor das emendas aprovadas destinadas à saúde pela relatoria do orçamento – 2005-2007

(Em R\$ 1,00 corrente)

| Ano | Emendas saúde total | Emendas saúde individuais e coletivas | Emendas saúde relatoria | Emendas relator (%) |
|------|----------------------|---------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 2005 | 1.498.572.562 | 1.500.972.562 | 0 | 0,0 |
| 2006 | 3.281.664.717 | 1.997.743.312 | 1.283.921.405 | 39,1 |
| 2007 | 3.808.637.107 | 2.237.637.162 | 1.570.999.945 | 41,2 |

Fonte: Elaboração a partir do SIGA-Senado Federal.

De acordo com as regras institucionais, as emendas de relator devem priorizar ações nacionais ou projetos de maior porte e também exercer o papel de ajuste da programação orçamentária visando compensar possíveis distorções e lacunas no orçamento. Por tudo isso o relator-geral torna-se importante interlocutor do Poder Executivo; ele buscará conciliar os interesses tanto dos parlamentares como do governo. As emendas de relator, assim como as emendas coletivas, não apresentam tetos estabelecidos, o que favorece esse tipo de ação. Nesse ponto é interessante perceber que as regras institucionais vêm reforçar uma prática política que busca a coalizão de poder, articulando os interesses dos Poderes Executivo e Legislativo.

25. Por meio do Decreto nº 5.379/05 (CONGRESSO NACIONAL, 2005).

Esses dados representam uma primeira aproximação com os tipos de emendas aprovadas, com pistas para uma análise mais minuciosa no destino de recursos. É preciso, contudo, atentar que esses dados refletem as emendas aprovadas nos orçamentos dos anos analisados e que a execução dessas emendas remete a outro momento do processo orçamentário, que garante ou não o destino efetivo do recurso aprovado, exigindo também novas negociações entre o Executivo (federal, estadual e municipal) e o Legislativo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo processo orçamentário implica disputa política entre os Poderes Executivo e Legislativo, especialmente porque é nesse momento que se definem a agenda das políticas públicas. No PPA 2004-2007 verificou-se ser a saúde a área que mais recebe recursos de emendas parlamentares em relação às demais. Ainda que o volume total de recursos mobilizados pelas emendas para o setor não seja muito expressivo nesse período, mantém-se um canal de negociação política importante entre o Executivo e os parlamentares. Esse *modus operandi* do processo orçamentário reforça a desvinculação entre planejamento e distribuição de recursos.

Noutra perspectiva, as regras institucionais, ainda que aprimoradas no decorrer dos anos desde a CF88, ainda favorecem um processo político que atende aos interesses dos parlamentares, e não necessariamente responde às demandas concretas que se apresentam. O fato da aprovação de uma emenda individual ocorrer de forma quase automática, sem análise de mérito, dentro do limite financeiro que cada parlamentar recebe e dentro da admissibilidade técnica da emenda, permite total liberdade para se definir os projetos a ser executados e reforça uma prática perversa na distribuição dos recursos, desconsiderando-se critérios básicos da política nacional que deveriam nortear essa distribuição, repercutindo na programação dos gastos públicos em saúde.

Observou-se também que as emendas parlamentares refletem a complexidade do arranjo federativo brasileiro e que não é possível fazer relações imediatas entre o destino de recursos de emendas e a situação (de maior ou menor) dependência de recursos de estados e municípios. Não há evidências de os estados que mais recebem recursos de emendas serem aqueles a se contemplar. A situação econômico-tributária dos entes precisa ser analisada a partir do contexto político local e das intermediações de interesse entre o Executivo e o Legislativo.

Dessa forma, as emendas parlamentares parecem funcionar como um híbrido de poder-recurso que atende às necessidades locais e aos interesses de parlamentares e governos. Tanto o Poder Executivo como o Poder Legislativo desfrutam desse mecanismo no processo político e o que tende a variar é o bom ou o mau uso desse mecanismo no destino de recursos.

Rezende *et al.* (2003) de certa forma já ressaltavam essa questão ao questionar as interpretações que tendem a enfatizar as diferenças entre Legislativo e Executivo, acentuando o individualismo dos parlamentares. Os autores mostram, a partir da análise orçamentária, não haver grande discrepância nas prioridades estabelecidas pelo Legislativo e pelo Executivo na lei orçamentária e que os programas prioritários para o Legislativo recebem também atenção privilegiada do Executivo no momento da execução do orçamento.

Esse mecanismo híbrido de poder-recurso não é um problema em si, mas entendê-lo como tal é importante. Os recursos que as emendas parlamentares da saúde mobilizam são muito pequenos em proporção ao orçamento federal destinado ao setor, mas suficientes para atender aos interesses dos parlamentares e do Poder Executivo (nos três níveis) e para manter o poder de alguns. Portanto, o poder se sustenta não só com o uso indevido dos recursos, mas também porque atende e responde aos interesses das localidades e da população.

Nesse ponto, é importante perceber que apesar de existir um conjunto de instrumentos legais e políticos constituídos a partir da CF88 para integrar planejamento e orçamento e constituir mecanismos de maior atenção às demandas locais, há ainda grande dificuldade de se constituir um planejamento mais participativo e integrado. Talvez aqui incida uma questão de fundo maior, que diz respeito à lógica do planejamento no Brasil e por que o orçamento se manteve durante tanto tempo distante dessa lógica.

O Brasil é um Estado federativo que define um planejamento central para atender às necessidades dos entes. Tem também um sistema tributário arcaico e incompatível com a lógica federativa, onde se reproduzem os interesses que prevalecem nos estados, sem um olhar capaz de mediar as diferenças e as discrepâncias regionais.

Na análise das regras institucionais relativas à elaboração e à execução do orçamento público, evidencia-se a fragilidade dos mecanismos de acompanhamento e controle da execução orçamentária; não há qualquer mecanismo de controle efetivo na execução propriamente dita de uma emenda a partir do momento de sua liberação no orçamento federal, a chegada desse recurso na localidade (estado, município, entidade privada ou outro) não é acompanhada, o que apenas reforça que o importante não é a ação prevista, mas o recurso destinado.

Os resultados obtidos já trazem contribuições importantes para a análise do orçamento público em saúde no Brasil, indicando a forte centralidade do Executivo no controle das informações, a pouca transparência do processo de negociação do orçamento na fase de execução e a reprodução de uma prática política perversa que se alimenta da complexidade do próprio sistema político.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, Sérgio. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Revista Dados**. Rio de Janeiro: IUPERJ, v. 31, n.1, p. 5-34, 1988.
- AMORIM NETO, Octavio. O Poder Executivo, centro de gravidade do Sistema Político Brasileiro. *In*: AVELAR, Lucia; CINTRA, Antônio Octávio (Org.). **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação UNESP, 2004, p. 123-134.
- AMORIM NETO, Octavio; SANTOS, Fabiano. A Conexão Presidencial. Facções Pró e Antigoverno e Disciplina Partidária no Brasil. **Dados-Revista de Ciências Sociais**, v. 44, n. 2, 2001.
- BEZERRA, Marcos Otávio. **Em nome das “bases”**. Política, favor e dependência pessoal. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.
- CORE, Fabiano Garcia. **Reformas orçamentárias no Brasil: uma trajetória de tradição e formalismo na alocação dos recursos**. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2-5 nov. 2004.
- DINIZ, Eli. **Relações executivo-legislativo**. Grupo de Conjuntura. Relações executivo-legislativo e reformas constitucionais. IUPERJ, Grupo de conjuntura, n.51, 1995, p.1-6.
- FAVERET, Ana Cecília de Sá Campelo. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- FIGUEIREDO, Argelina C. Instituições e política no controle do Executivo. **Dados – Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, 2001, p. 689-727.
- FIGUEIREDO, Argelina C.; LIMONGI, Fernando. **Política orçamentária no Presidencialismo de Coalizão**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.
- FIORI, José Luiz. **O vôo da Coruja**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ. 1995.
- FURTADO, Celso. **O Capitalismo Global**. Salamanca: Ed. Paz e Terra, 1988.
- GADELHA, Carlos; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Nota Técnica Final do Estudo da Dimensão Territorial do PPA no Tema da Saúde. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2007. (Mimeografado, 132 p.).
- GIACOMONI, James. **Orçamento Público**. 10 ed., São Paulo: Atlas, 2001.

GIAMBIAGI, Fábio; ALÉM, Ana Cláudia. O ajuste do Governo Central: além das reformas. *In*: GIAMBIAGI, Fábio; MOREIRA, Mauricio Mesquita (Org). **A Economia Brasileira nos anos 90**. Rio de Janeiro: BNDES, 1999, p. 85 -110.

GREGGIANIN, Eugenio. Processo de Apreciação Orçamentária no congresso Nacional – Subsídios para a reforma orçamentária. **Estudo e Nota Técnica da Câmara dos Deputados, 2005**. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/internet/orcamentobrasil/orcamentouniao/estudos/artigos/Artigo140.pdf>> Acesso em: 24 nov. 2008.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.

PEREIRA, Carlos; MUELLER, Bernardo. Comportamento Estratégico em Presidencialismo de Coalizão. As relações entre Executivo e Legislativo na elaboração do Orçamento Brasileiro. *In*: **Dados**, v. 45, n. 2, 2002.

PESSANHA, Charles. O Poder Executivo e o processo legislativo nas Constituições brasileiras. *In*: VIANNA, Luiz Werneck (Org). **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ/FAPERJ, 2003.

PESSÔA, Luisa Regina. **Mergulho em Montes Claros**: desafios da alocação de recursos na rede SUS. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

REZENDE, Fernando; CUNHA, Armando (Coord). Contribuintes e cidadãos. Compreendendo o orçamento federal. **Programa de Estudos Fiscais**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002. 152 p.

REZENDE, Fernando. *et al.* **O orçamento público e a transição do poder**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003. 160 p.

SANCHES, Osvaldo. A Atuação do Poder legislativo no Orçamento: problemas e imperativos de um novo modelo. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, n. 35, n. 138 abr./jun., 1998.

SANCHES, Osvaldo. Alguns dos imperativos da reforma orçamentária. **Boletim de Desenvolvimento Fiscal**. Diretoria de Estudos Regionais e Urbanos, IPEA, Rio de Janeiro, n.05, 2007, p. 54 – 72.

SOUZA, Celina. Políticas públicas e orçamento público. Conflitos e cooperação. *In*: BENEVIDES, Maria Victoria; KERCHER, Fábio (Org.). **Reforma política e cidadania**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003, p.134-161.

TEIXEIRA, Alberto. **Planejamento Público**: de Getúlio a JK. Fortaleza, Ed. Iplance, 1997.

TOLLINI, Helio. Em busca de uma participação mais efetiva do Congresso no Processo de elaboração Orçamentária. **Estudo e Nota Técnica da Câmara dos Deputados**, 2008. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/orcamentobrasil/orcamentouniao/estudos/2008/Em%20Busca%20de%20uma%20Participacao%20mais%20Efetiva%20do%20Congresso%20no%20....pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2008.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Processo Orçamentário** – Cartilha. Brasília, Câmara dos Deputados, 2006. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/orcamento/processoorca/cartilha/index.html>>. Acesso em: 01 de março de 2010.

BRASIL. Congresso Nacional. **Nota Técnica Conjunta nº 04/2005**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/Internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/OR2005/Red_Final/NTC-04-2005-Contingenciamento_2005.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. **Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito criada pelo requerimento nº 151/93-CN, destinada a “apurar fatos contidos nas denúncias do Sr. José Carlos Alves dos Santos, referentes às atividades de parlamentares, membros do Governo e representantes de empresas envolvidas na destinação de recursos do Orçamento da União”**. 1994. Brasília: Congresso Nacional. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/atividade/Comissoes/comCPI.asp>>. Acesso em: 24 ago. 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. **Resolução nº 2, de 1995**. Dispõe sobre a Comissão Mista Permanente a que se refere o § 1º do Art. 166 da Constituição e sobre a tramitação das matérias a que se refere o mesmo artigo. Brasília, set. 1995. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/comissoes/cmo/copy_of_normas.html>. Acesso em: 01 de março de 2010.

BRASIL. Congresso Nacional. **Resolução nº 1 de 2001**. Dispõe sobre a Comissão Mista Permanente a que se refere o § 1º do Art. 166 da Constituição e sobre a tramitação das matérias a que se refere o mesmo artigo. Brasília, outubro 2001. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/comissoes/cmo/copy_of_normas.html>. Acesso em: 01 de março de 2010.

BRASIL. Congresso Nacional. **Resolução nº 1, de 2003**. Dispõe sobre a Comissão Mista Permanente a que se refere o § 1º do Art. 166 da Constituição e sobre a tramitação das matérias a que se refere o mesmo artigo. Brasília, agosto 2003. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/comissoes/cmo/copy_of_normas.html>. Acesso em: 01/03/2010.

BRASIL. Congresso Nacional. **Resolução nº 1, de 2006**. Dispõe sobre a Comissão Mista Permanente a que se refere o § 1º do Art. 166 da Constituição e sobre a tramitação das matérias a que se refere o mesmo artigo. Brasília, dez. 2006.

Disponível em <http://www2.camara.gov.br/comissoes/cmo/copy_of_normas.html>. Acesso em: 01/03/2010.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 5 de Outubro de 1988. (Atualizada até a Emenda Constitucional n. 40, de 29 maio. 2003) Disponível em: <www.legis.senado.gov.br/con1988/index.htm>. Acesso em: 15 dez. 2003.

POLÍTICAS DE INVESTIMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (1997-2004): UMA ANÁLISE DO PROJETO REFORSUS E SEUS EFEITOS NO COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE

Edmundo Gallo*
Luiz Felipe Pinto**
Janice Dornelles de Castro***
Alcindo Antonio Ferla****

1 INTRODUÇÃO

O projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) foi financiado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e pelo Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) com um montante aproximado de US\$ 650 milhões, alocados a partir de 2006. Esse projeto propunha: (i) promover a qualidade da assistência, dos insumos e da gestão da rede de serviços de saúde, reduzindo custos e utilizando de forma mais eficaz os recursos públicos; (ii) aumentar o grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviço; (iii) promover a equidade, apoiando programas que atuassem nos principais pontos de estrangulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e contribuíssem para a superação dos maiores problemas de saúde da população. Suas ações eram agrupadas em dois componentes, cuja implementação pressupunha um enfoque integrado, buscando oferta de serviço quantitativa e qualitativamente adequada às necessidades de saúde da população. Os componentes a partir dos quais o projeto foi planejado são: Componente I – Apoio à melhoria da capacidade e da eficiência do SUS; Componente II – Promoção de inovações na administração do setor saúde (BRASIL, 2004).

Segundo Santos (2003), o projeto REFORSUS investiu principalmente em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, e aproximadamente 70% dos seus recursos foram destinados à aquisição de equipamentos, com investimentos realizados principalmente de forma descentralizada.

* Fundação Oswaldo Cruz, RJ, Brasil. edmundo.gallo@uol.com.br

** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem felipesmsdcriodejaneiro@gmail.com

*** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Faculdade de Ciências Econômicas, Porto Alegre/RS. janice.dornelles.castro@gmail.com

**** Universidade de Caxias do Sul (UCS). alcindoferla@gmail.com

A aprovação das propostas financiadas pelo REFORSUS ocorreu em uma época de hegemonia do movimento municipalista na saúde, expressa na Norma Operacional Básica SUS 01/93 (NOB-SUS 01/93) (BRASIL, 1993) e na Norma Operacional Básica SUS 01/96 (NOB-SUS/96) (BRASIL, 1997). Com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01 (BRASIL, 2001), foram formatados instrumentos para apoiar o processo de regionalização que buscavam ampliar a capacidade de gestão do SUS nas diversas esferas de governo, permitindo maior regulação no âmbito estadual e inter-relação entre os municípios. Nessa perspectiva, esperava-se que técnicos e gerentes locais do REFORSUS nas unidades da federação enfatizassem que a alocação dos recursos dos projetos de investimentos levasse em consideração o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimento (PDI) de cada Estado, conforme sugeria a NOAS.

Análises posteriores apontam, de forma preliminar, para a inexistência de vínculo planejado entre os investimentos realizados pelo REFORSUS e uma perspectiva de desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde (CPS), assim como para a baixa eficácia na promoção da equidade inter-regional e a baixa eficiência na alocação de recursos.

Além de compartilhar evidências com essas conclusões mais gerais, a análise e a avaliação de experiências locais da gestão dos investimentos do Projeto REFORSUS, como no Estado do Rio Grande do Sul (FERLA *et al.*, 2001), mostrou déficits na cultura de gestão de projetos de investimento no SUS capazes de explicar, ao menos em parte, a dissociação apontada. Os recursos alocados inicialmente mostraram um padrão de pulverização, com atendimento de demandas pontuais e sem a subordinação às políticas de regionalização e organização microrregional da rede assistencial. A regulação pública dos projetos de investimento colocou em questão a dicotomia entre dispersão de recursos em muitos municípios e agregação de recursos em projetos estruturantes embasados na política de regionalização. Ou seja, o ordenamento na utilização dos recursos financeiros do Projeto REFORSUS teve variações durante o período de sua execução e as condições iniciais estabelecidas não foram suficientes para uma regulação com base na lógica desenhada no projeto nacional. Dessa forma, mais do que evidenciar dissociação entre as lógicas sanitária e do desenvolvimento econômico (GADELHA, 2006), a análise de experiências locais mostrou fragilidade na própria capacidade de planejamento e gestão de investimentos na saúde.

Esses estudos e experiências demonstram a necessidade de uma avaliação mais geral dos recursos investidos pelo REFORSUS. Este artigo tem por objetivo descrever e analisar o Componente I do Projeto REFORSUS no período de 1997 a 2004, observando os efeitos da aplicação dos recursos de capital no país e as suas consequências na readequação física e tecnológica da rede assistencial.

2 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICO-CONCEITUAIS: A CONSTRUÇÃO DE REFERENCIAIS PARA A ANÁLISE ENTRE A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO

A formação social brasileira caracterizou-se por incluir entre as funções do Estado a de criar e sustentar setores dinâmicos de acumulação capitalista, entre elas a saúde, por meio de investimentos públicos (GALLO *et al.*, 2005).

A crise da década de 80 modificou o funcionamento da economia, com o Estado perdendo parte de sua capacidade de financiar e liderar o processo econômico, reduzindo-se os investimentos públicos. Por sua vez, o processo de abertura comercial do final dos anos 80 e nos anos 90 ampliou os investimentos privados, com marcada internacionalização do capital investido. Isso resultou em uma estrutura econômica com duas características principais: (i) grande dependência de determinados setores em relação ao financiamento do Estado e (ii) constituição de nova estrutura produtiva privada mais internacionalizada (BIASOTTO; AFONSO, 2007).

A compreensão com maior profundidade dessa situação divide os autores que tematizam o assunto. Segundo alguns, deles, o “tratamento ideológico” da questão levaria à conclusão de que para manter o equilíbrio fiscal seria necessária uma redução da participação do Estado na economia, devendo sua atuação focar nos setores considerados essenciais. Assim, não existiriam recursos para investimentos em diversas áreas, especialmente as de infraestrutura de base (BIASOTTO; AFONSO, 2007). Estes e outros autores propõem uma releitura das condições da economia brasileira de forma a avaliar o papel do investimento público para o crescimento econômico, considerando que aquele não pode ser tratado apenas como “gasto”, em função das suas peculiaridades, entre elas: a complementaridade com outros investimentos, a necessidade dos empresários – que desejam ter retorno sobre o capital investido – de obter segurança em termos da política econômica, e a importância do Estado brasileiro na produção e na oferta de bens e serviços, bem como na regulação de preços (BIASOTTO; AFONSO, 2007; GALLO; COELHO, 2005; GADELHA, 2003).

Entretanto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirmava, já em 1959 (HORWITZ, 1959), que era conhecida a conexão entre a doença e a pobreza, propondo a inversão dessa relação e, assim, abrindo caminho para o estabelecimento de uma vinculação positiva entre saúde e desenvolvimento. Naquela época já estava evidente a existência de diversos fatores inter-relacionados que condicionavam a qualidade de vida de uma sociedade ou o seu bem-estar: alimentação, educação, moradia e saúde. Por isso, estava clara a importância do estabelecimento de uma política de desenvolvimento que considerasse essas necessidades e também a quantidade e a qualidade dos recursos disponíveis para promover o desenvolvimento.

Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de sua Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, reiterou a importância de se “estudar as relações entre saúde e pobreza e demonstrar que investimentos em saúde podem acelerar o crescimento econômico” (OMS, 2003).

Vários autores (GALLO *et al.*, 2005; BIELSCHOWKKY, 2000; SOUZA, 2005; SEN, 2000; HUNT, 1981) afirmam que a concepção de desenvolvimento econômico não se mantém igual ao longo dos anos e diferentes correntes econômicas adotam diferentes conceitos. Segundo tais autores, para Adam Smith ele é alcançado pela livre competição no mercado; Marx entende serem os ciclos e as crises do capitalismo inevitáveis caminhos para o desenvolvimento; Keynes enfatiza o investimento e o papel do Estado; os cepalinos identificam a relação desigual entre países centrais e periféricos, sendo a industrialização a saída; Schumpeter define crescimento como processo de adaptação e desenvolvimento como produto da inovação. Sen (2000), por sua vez, traz a ideia de desenvolvimento como liberdade, ou garantia de direitos e não apenas aumento de PIB ou renda.

A abordagem aqui escolhida defende uma concepção de desenvolvimento que adota a complementaridade de dois aspectos:

- a) o incremento positivo na situação de saúde amplia as possibilidades de crescimento econômico, na medida em que reduz morbidade e mortalidade, tornando a força de trabalho mais produtiva, com possibilidade de reverter recursos adicionais passíveis de ser aplicados em melhorias das condições de vida e infraestrutura social. Conforme o relatório da OMS,

[...] para oito milhões de mortes evitadas todos os anos, seriam poupados 330 milhões de DALY's (Disability Adjusted Life Years) – cuja unidade corresponde a um ano de vida saudável perdido – acelerando assim o crescimento econômico e quebrando o ciclo da pobreza (OMS, 2003).

- b) o investimento no Complexo Produtivo da Saúde (CPS) estimula um mercado inovador e com alto potencial de crescimento e lucratividade, gerando emprego, renda, arrecadação e desenvolvimento local, com impactos na melhoria das condições de vida e saúde (GADELHA, 2003, 2006; GALLO *et al.*, 2005).

Essa abordagem parece ter sido adotada, em 2004, pelo Ministério da Saúde, que buscou inflexão nas políticas de investimento, com o objetivo de requalificar o sentido das políticas públicas para afirmar sua capacidade de realizar mudanças sociais. Para tanto buscou a equidade em suas ações, sem perder de vista a eficiência na alocação de recursos e sua importância na reestruturação das redes de atenção e no financiamento do Complexo Produtivo da Saúde (CPS) para o desenvolvimento regional e nacional (BRASIL, 2004).

A incorporação do conceito do Complexo Produtivo da Saúde (CPS) no contexto das políticas governamentais para a saúde compartilha o desafio teórico e político de articular as lógicas sanitária e do desenvolvimento econômico, buscando englobar o conjunto das atividades produtivas e as relações de interdependência que mantêm entre si (GADELHA, 2003, 2006).

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Em virtude dos objetivos propostos, o estudo adotou como estratégia metodológica a abordagem quantitativa, a partir da análise de dados secundários do universo de subprojetos, e a revisão da literatura sobre investimentos em saúde, complexo produtivo em saúde e incorporação tecnológica. Este é um estudo transversal que considera os dados agregados do período de 1997 a 2004 para um total de 1.171 subprojetos aprovados, tendo como fonte secundária principal a base de dados gerada pelo Projeto REFORSUS e a base de dados considerada no estudo realizado por Bustani *et al.* (2004). Nesse período, o projeto construiu um total de 130 tabelas que formavam um Sistema de Informações. Foram elaboradas tabulações especiais desse sistema, oriundas de sete tabelas principais que, após devidamente criticadas e em alguns casos redigitadas, formaram novo banco de dados, com variáveis específicas tais como: unidades da federação / regiões geográficas, porte populacional dos municípios, microrregiões de saúde da NOAS existentes até 2004, natureza jurídica da instituição que recebeu os recursos, área de investimento dos projetos executados, número de leitos criados de UTI e geral, número de equipamentos, valores dos termos aditivos e tempo médio de execução das obras. O aplicativo estatístico utilizado neste trabalho foi o SAS System para integração das sete tabelas e *linkage* dessas tabelas. Mesmo fazendo parte do complexo produtivo da saúde, o estudo não considerou no universo de análise os 59 subprojetos relacionados a investimentos no Programa de Saúde da Família (por exemplo, Cursos de Especialização) financiados pelo Componente I, em um montante de R\$ 39,3 milhões em valores da época, pela inconsistência de seus dados.

4 RESULTADOS

Com a exclusão dos 59 subprojetos de investimentos associados ao Programa de Saúde da Família do universo de análise, foram avaliados 1.112 subprojetos. Do total de recursos, 63,9% foram destinados a aquisição de equipamentos médico-hospitalares, 30,4% a obras e 5,7% a modernização gerencial. A Região Sudeste recebeu 37,9% dos recursos, seguida pela Região Nordeste (27,9%), pela Sul (12,3%), pela Norte (12,2%) e pela Centro-Oeste (9,6%). Quanto à natureza jurídica da unidade de saúde, os estabelecimentos estaduais receberam 47,3% dos recursos, os municipais (27,8%), os filantrópicos (18,7%) e os federais (6,2%).

Conforme se verifica na Tabela 1, que contém dados relativos à alocação realizada segundo porte populacional e localização geográfica (capital x demais municípios), excetuando-se a Região Nordeste, todas as demais apresentaram comportamento com maior número de subprojetos em municípios de menos de 50 mil habitantes, apresentando maior valor de recursos totais, quando comparados às cidades de mais de 200 mil habitantes. Os valores medianos também apresentam associação positiva com o porte populacional, isto é, quanto maior o porte populacional do município, maior esse valor. Do total de 785 municípios brasileiros que receberam investimentos do REFORSUS, mais de R\$ 600 milhões foram executados nas cidades de mais de 200 mil habitantes, que tiveram 331 subprojetos.

TABELA 1
Distribuição dos investimentos totais realizados pelo REFORSUS nas Áreas Programáticas I, III e IV, segundo porte populacional, número de subprojetos por município e grandes regiões – Brasil, março de 2004

| Regiões | Porte populacional | Número de municípios que receberam investimentos | Número de subprojetos | Valor total dos investimentos (Em R\$ 1,00) | Valor mediano dos investimentos (Em R\$ 1,00) |
|----------|---------------------------|--|-----------------------|---|---|
| Norte | Até 50.000 hab. | 58 | 68 | 28.826.481,26 | 341.761,31 |
| | De 50.001 a 100.000 hab. | 9 | 16 | 26.475.563,37 | 685.145,09 |
| | De 100.001 a 200.000 hab. | 5 | 6 | 7.401.386,12 | 640.885,00 |
| | Mais de 200.000 hab. | 7 | 39 | 75.572.742,24 | 780.860,87 |
| | Subtotal | 79 | 129 | 138.276.172,99 | 494.681,00 |
| Nordeste | Até 50.000 hab. | 132 | 136 | 44.400.343,19 | 211.175,03 |
| | De 50.001 a 100.000 hab. | 40 | 46 | 19.105.612,09 | 308.765,00 |
| | De 100.001 a 200.000 hab. | 13 | 19 | 25.318.975,30 | 316.373,11 |
| | Mais de 200.000 hab. | 20 | 136 | 225.361.222,76 | 860.597,40 |
| | Subtotal | 205 | 337 | 314.186.153,34 | 374.976,21 |
| Sudeste | Até 50.000 hab. | 188 | 195 | 64.228.977,50 | 140.097,30 |
| | De 50.001 a 100.000 hab. | 35 | 46 | 46.274.392,43 | 456.452,13 |
| | De 100.001 a 200.000 hab. | 31 | 37 | 79.090.625,90 | 954.147,06 |
| | Mais de 200.000 hab. | 32 | 83 | 237.082.185,29 | 1.611.431,89 |
| | Subtotal | 286 | 361 | 426.676.181,12 | 311.387,00 |

(Continua)

(Continuação)

| Regiões | Porte populacional | Número de municípios que receberam investimentos | Número de subprojetos | Valor total dos investimentos (Em R\$ 1,00) | Valor mediano dos investimentos (Em R\$ 1,00) |
|--------------|----------------------------------|--|-----------------------|---|---|
| Sul | Até 50.000 hab. | 83 | 88 | 18.983.903,03 | 109.878,50 |
| | De 50.001 a 100.000 hab. | 26 | 31 | 15.631.869,78 | 278.244,00 |
| | De 100.001 a 200.000 hab. | 16 | 19 | 26.057.637,33 | 553.664,00 |
| | Mais de 200.000 hab. | 15 | 44 | 77.831.294,04 | 1.293.496,55 |
| | Subtotal | 140 | 182 | 138.504.704,18 | 244.833,37 |
| Centro-Oeste | Até 50.000 hab. | 55 | 60 | 31.045.997,84 | 435.670,09 |
| | De 50.001 a 100.000 hab. | 10 | 8 | 13.511.876,06 | 816.990,45 |
| | De 100.001 a 200.000 hab. | 4 | 6 | 9.820.399,06 | 311.387,94 |
| | Mais de 200.000 hab. | 6 | 29 | 53.222.942,67 | 883.252,56 |
| | Subtotal | 75 | 103 | 107.601.215,63 | 441.618,39 |
| Brasil | Até 50.000 hab. | 516 | 547 | 187.485.702,82 | 200.000,00 |
| | De 50.001 a 100.000 hab. | 120 | 147 | 120.999.313,73 | 353.415,00 |
| | De 100.001 a 200.000 hab. | 69 | 87 | 147.689.023,71 | 664.368,00 |
| | Mais de 200.000 hab. | 80 | 331 | 669.070.387,00 | 1.176.956,40 |
| | Subtotal | 785 | 1.112 | 1.125.244.427,26 | 358.458,45 |

Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS.

A grande maioria dos municípios que receberam investimentos do REFORSUS era formada por cidades-sede de módulos assistenciais previstos no acordo da regionalização preconizada pela NOAS.

Entre os valores originalmente aprovados (R\$ 620.731.676,75) e os valores desembolsados (R\$ 1.125.244.427,26), observa-se grande volume de recursos de aditivos, que em alguns casos chegou a mais de três vezes do valor inicial dos investimentos. Previstos para o Brasil como um todo, o aumento de valores devido a termos aditivos foi da ordem de 44,8% do total de investimentos desembolsados, com pequenas oscilações entre as Regiões Norte (46,1%), Nordeste (43,3%), Sudeste (45,2%), Sul (42,7%) e Centro-Oeste (48,8%).

Em valores *per capita*, o Manual do REFORSUS (REFORSUS, 1997) previa originalmente números muito diferentes daqueles realizados, quer seja pelo inicialmente aprovado, quer pelo efetivamente desembolsado (Tabela 2). O índice de correlação de 0,18 (p -valor < 0,01) entre os valores per capita previstos pelos critérios definidos no

referido manual (REFORSUS, 1997) e os valores *per capita* desembolsados demonstra não se observar nenhuma relação entre essas duas variáveis. Ao contrário, parece ter havido no final do processo, uma tendência aleatória entre a alocação prevista por unidade da federação, segundo o Manual do REFORSUS (REFORSUS, 1997) e aquela efetivamente realizada (Gráfico 1) Os valores per capita iniciais previam alocação mais igualitária do que aqueles realizados no final da execução dos subprojetos. A alta do dólar ocorrida em 2000, o tempo decorrido entre a contratação e a execução dos projetos, as deficiências na conclusão dos projetos e a realocação de valores e projetos iniciais foram fatores que afetaram os valores *per capita* previstos inicialmente.

TABELA 2

Distribuição dos valores *per capita* aprovados, desembolsados e previstos no Manual do REFORSUS para a Área Programática I do Componente I,¹ segundo as unidades da federação – Brasil, março de 2004
(Em R\$ 1,00 corrente)

| Regiões | Unidades da Federação | Número de subprojetos | Valor total aprovado | Valor total aprovado <i>per capita</i> | Valor total desembolsado ² | Valor total desembolsado <i>per capita</i> | Valores <i>per capita</i> Manual REFORSUS |
|----------|-----------------------|-----------------------|----------------------|--|---------------------------------------|--|---|
| Norte | AC | 5 | 2.414.154,97 | 4,33 | 2.994.994,39 | 5,37 | 3,58 |
| | AM | 23 | 8.549.180,00 | 3,04 | 10.758.350,16 | 3,83 | 3,28 |
| | AP | 2 | 1.194.185,00 | 2,50 | 1.194.185,00 | 2,50 | 3,71 |
| | PA | 30 | 24.762.881,45 | 4,00 | 58.484.357,97 | 9,44 | 3,61 |
| | RO | 36 | 10.390.202,53 | 7,92 | 16.645.105,05 | 12,06 | 3,32 |
| | RR | 1 | 1.083.640,00 | 3,34 | 1.242.747,09 | 3,83 | 3,35 |
| | TO | 4 | 4.323.885,22 | 3,74 | 14.241.180,52 | 12,31 | 2,98 |
| | Subtotal | 101 | 53.258.129,17 | 4,13 | 105.560.920,18 | 8,18 | 3,41 |
| Nordeste | AL | 21 | 8.992.927,80 | 3,19 | 18.468.865,26 | 6,54 | 2,94 |
| | BA | 66 | 48.813.972,04 | 3,73 | 74.246.472,03 | 5,68 | 3,21 |
| | CE | 48 | 24.179.440,68 | 3,25 | 39.931.483,32 | 5,37 | 2,49 |
| | MA | 32 | 15.314.209,35 | 2,71 | 25.348.442,89 | 4,49 | 2,72 |
| | PB | 9 | 14.225.228,82 | 4,13 | 28.205.794,46 | 8,19 | 2,48 |
| | PE | 61 | 23.775.324,94 | 3,00 | 59.510.589,89 | 7,52 | 2,52 |
| | PI | 36 | 6.731.645,19 | 2,37 | 10.917.593,41 | 3,84 | 2,49 |
| | RN | 10 | 8.888.659,49 | 3,20 | 15.946.045,11 | 5,74 | 2,92 |
| | SE | 16 | 5.125.287,00 | 2,87 | 8.071.165,89 | 4,52 | 3,15 |
| | Subtotal | 299 | 156.046.695,31 | 3,27 | 280.646.452,26 | 5,88 | 2,76 |
| Sudeste | ES | 12 | 11.121.758,75 | 3,59 | 17.513.164,59 | 5,65 | 2,98 |
| | MG | 222 | 51.758.155,23 | 2,89 | 106.134.888,79 | 5,93 | 2,24 |
| | RJ | 39 | 43.460.665,72 | 3,02 | 65.454.537,65 | 4,55 | 1,98 |
| | SP | 53 | 88.410.826,93 | 2,39 | 180.594.583,77 | 4,88 | 1,73 |
| | Subtotal | 326 | 194.751.406,63 | 2,69 | 369.696.994,80 | 5,11 | 2,23 |

(Continua)

(Continuação)

| Regiões | Unidades da Federação | Número de subprojetos | Valor total aprovado | Valor total aprovado per capita | Valor total desembolsado ² | Valor total desembolsado per capita | Valores per capita Manual REFORSUS |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Sul | PR | 61 | 21.466.039,69 | 2,24 | 40.554.988,00 | 4,24 | 1,64 |
| | RS | 36 | 25.957.956,36 | 2,55 | 38.182.691,25 | 3,75 | 2,07 |
| | SC | 75 | 17.538.603,12 | 3,27 | 31.877.077,20 | 5,95 | 2,51 |
| | Subtotal | 172 | 64.962.599,17 | 2,59 | 110.614.756,45 | 4,41 | 2,07 |
| Centro-Oeste | DF | 2 | 6.135.626,32 | 2,99 | 6.135.626,32 | 2,99 | 1,95 |
| | GO | 34 | 18.989.874,00 | 3,80 | 35.766.627,96 | 7,15 | 0,23 |
| | MS | 21 | 4.760.100,95 | 2,29 | 11.090.883,36 | 5,34 | 2,64 |
| | MT | 30 | 15.813.869,48 | 6,31 | 41.618.953,02 | 16,62 | 2,73 |
| | Subtotal | 87 | 45.699.470,75 | 3,93 | 94.612.090,66 | 8,13 | 1,88 |
| Brasil | | 985 | 514.718.301,03 | 3,03 | 961.131.214,35 | 5,66 | 2,47 |

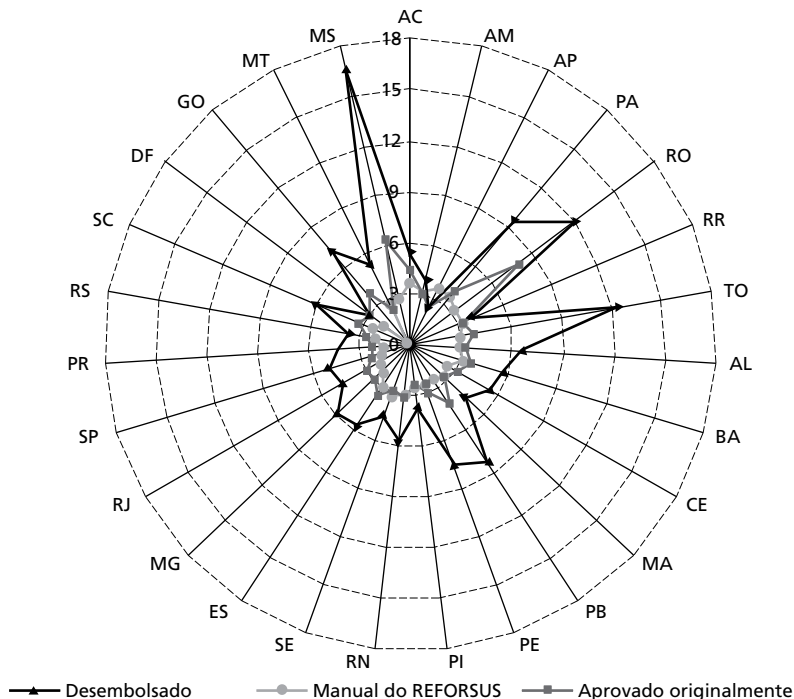
Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS.

Notas: ¹ Exceto a área programática II.

² Inclui os valores dos aditivos.

GRÁFICO 1

Valores per capita preconizados pelo REFORSUS, valores aprovados originalmente e valores desembolsados na Área Programática I do Componente II, segundo as unidades da federação – Brasil, março de 2004



Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS.

Nota: ¹ Exceto a área programática II.

5 EFEITOS DOS INVESTIMENTOS DO REFORSUS NA CAPACIDADE INSTALADA DE SERVIÇOS

Com base nos dados disponíveis no Sistema de Informações do REFORSUS e nas bases de dados de atenção à saúde disponíveis no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, é possível estimar efeitos no complexo da saúde, em relação à capacidade instalada hospitalar (incremento potencial de leitos e internações) ou de exames complementares.

A análise considera o potencial de ampliação da capacidade instalada, uma vez que não há registros fidedignos sobre a efetiva utilização dos equipamentos ou mesmo sobre a substituição de equipamentos e leitos obsoletos. Entretanto, para a análise que se pretende neste artigo, a estimativa de potenciais de ampliação da oferta de ações e serviços parece um bom marcador do efeito no sistema de saúde e no complexo produtivo a ele associado.

5.1 O potencial acréscimo de leitos e internações

Em 2004, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o tempo médio de permanência em leitos de UTI era de cerca de 10,4 dias quando a especialidade relacionada ao procedimento realizado na internação era a clínica cirúrgica, 8,7 dias quando estava associado a clínica médica e 13,5 dias no caso da pediatria.

Sendo assim, se considerarmos esses valores como projeção do potencial de internações que os novos leitos de UTI construídos pelo REFORSUS poderiam gerar, serão encontrados os seguintes resultados: foram criados 594 leitos de UTI adulto; considerando-se como tempo médio de permanência nesses leitos o valor de 9 dias, em um ano eles representam um potencial de 23.760 novas internações/ano.

Utilizando-se o mesmo raciocínio, obtém-se potencial de 10.507 internações/ano para os leitos de UTI Neonatal, 5.280 internações/ano para os leitos de UTI Pediátrica e 456.519 internações/ano para os leitos convencionais. Portanto, o total de internações/ano, potencialmente favorecidos pelo acréscimo dos 9.099 leitos construídos pelo REFORSUS, é de cerca de 500 mil, ou seja, 4% do total de internações realizadas pelo SUS em um ano. Há de se considerar que essas internações foram classificadas como potenciais, já que não havia garantia de ser alcançada por não estar condicionada à existência de recursos de custeio para sua manutenção.

Para análise mais aprofundada da relação entre a ampliação da oferta e o efeito em termos de assistência é necessário estudo mais detalhado sobre a utilização efetiva desses leitos em cada realidade local, entre outros aspectos necessários ao funcionamento pleno dos serviços. Entretanto, o padrão de utilização de leitos em geral pelo Sistema Único de Saúde gera evidências de que, pelo menos em parte, esses leitos foram absorvidos pelo próprio SUS.

TABELA 3

Acréscimo da oferta de leitos de UTI e leitos convencionais, segundo grandes regiões – Brasil, março de 2004

| Regiões | Acréscimo do Número de Leitos de UTI Adulto | Acréscimo do Número de Leitos de UTI Neonatal | Acréscimo do Número de Leitos de UTI Pediátrica | Acréscimo do Número de Leitos de UTI Internação | Acréscimo do Número de Leitos de UTI Total |
|---------------|---|---|---|---|--|
| Norte | 46 | 28 | 9 | 752 | 835 |
| Nordeste | 184 | 77 | 43 | 2.844 | 3.148 |
| Sudeste | 223 | 181 | 56 | 2.594 | 3.054 |
| Sul | 77 | 87 | 57 | 671 | 892 |
| Centro-Oeste | 64 | 21 | 33 | 1.052 | 1.170 |
| Brasil | 594 | 394 | 198 | 7.913 | 9.099 |

Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS.

5.2 Potencial de Realização de Exames

De acordo com o Sistema de Informações do REFORSUS, os equipamentos com maior frequência de aquisição foram os eletrocardiógrafos (415), seguidos pelos aparelhos: Raio X (372), aparelhos de ultrassom (242), hemodiálise (165), ultrassom com doppler colorido (111), vídeo-endoscópio (85), mamógrafos (42), tomógrafos (38), aceleradores lineares (10), Raio X para angiografia (9), gama câmera (8), litotripsia (7), ressonância magnética (6) e bombas de cobalto (2), totalizando 1.558 equipamentos (Tabelas 4 e 5).

Para estimar a capacidade física instalada dos equipamentos utilizados para exames e terapias, deve ser considerado seu horário de funcionamento diário, número de dias / mês disponíveis para uso. Alguns desses equipamentos possuem parâmetros de cobertura preconizados pelo Ministério da Saúde na Portaria MS, nº 1.101, de 13 de junho de 2002.

TABELA 4
Componente I: distribuição do acréscimo de equipamentos segundo grandes regiões – Brasil, março de 2004

| Regiões | Acréscimo de Mamógrafos | Acréscimo de Aceleradores Lineares | Acréscimo de Aparelhos de Gama Câmera | Acréscimo de Aparelhos de Raio X | Acréscimo de Aparelhos de Ressonância Magnética | Acréscimo de Aparelhos de Ultrassom | Acréscimo de Aparelhos de Ultrassom com Doppler Colorido | Acréscimo de Arcos Cirúrgicos |
|---------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---|-------------------------------------|--|-------------------------------|
| Norte | 4 | 1 | 1 | 30 | 1 | 17 | 9 | 4 |
| Nordeste | 9 | 2 | 4 | 106 | 1 | 80 | 34 | 6 |
| Sudeste | 21 | 3 | 3 | 138 | 3 | 87 | 45 | 19 |
| Sul | 3 | 3 | 0 | 42 | 0 | 30 | 18 | 9 |
| Centro-Oeste | 5 | 1 | 0 | 56 | 1 | 28 | 5 | 8 |
| Brasil | 42 | 10 | 8 | 372 | 6 | 242 | 111 | 46 |

TABELA 5
Componente I: distribuição do acréscimo de equipamentos segundo grandes regiões – Brasil, março de 2004

| Regiões | Acréscimo de Bombas de Cobalto | Acréscimo de Eletrocardiógrafos | Acréscimo de Equipamentos de Raio X de Angiografia | Acréscimo de Equipamentos de Litotripsia | Acréscimo de Máquinas de Hemodiálise | Acréscimo de Tomógrafos | Acréscimo de Vídeo-endoscópios | Acréscimo Total de Equipamentos |
|---------------|--------------------------------|---------------------------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|--|
| Norte | 0 | 25 | 0 | 1 | 14 | 2 | 13 | 122 |
| Nordeste | 0 | 159 | 3 | 1 | 48 | 14 | 30 | 497 |
| Sudeste | 1 | 149 | 6 | 2 | 76 | 17 | 37 | 607 |
| Sul | 1 | 44 | 0 | 3 | 3 | 2 | 3 | 161 |
| Centro-Oeste | 0 | 38 | 0 | 0 | 24 | 3 | 2 | 171 |
| Brasil | 2 | 415 | 9 | 7 | 165 | 38 | 85 | 1.558 |

Fonte: Sistema de Informações do REFORSUS, Ministério da Saúde, março de 2004.

Como se afirmou anteriormente, o sistema de monitoramento do projeto não previa o registro de variáveis como o aumento associado de pessoal qualificado e de recursos financeiros de custeio, por exemplo, que permitiriam inferir com mais precisão sobre o incremento efetivo da oferta de ações e serviços de saúde. Além disso, os sistemas de informação de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares normalmente restringem-se ao registro de informações até o limite dos tetos financeiros dos prestadores, o que dificulta a análise global de aumento na produção de ações de saúde associadas ao incremento da capacidade instalada, conforme se identificou nos dados do projeto REFORSUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada permite identificar diversas fragilidades nas informações disponíveis para uma avaliação em maior profundidade dos resultados do Projeto de Investimentos, mas evidencia efeito no aumento da capacidade dos serviços (Tabelas 3 a 5). Não é possível informar sobre a efetiva utilização dos investimentos no componente público do sistema de saúde brasileiro, o que torna necessário o registro da necessidade de estudos de caso para algumas unidades da federação, com objetivo de aprofundar algumas questões problemáticas como, por exemplo, a pulverização de recursos em determinadas unidades da federação e a concentração em outras e, mesmo, o efetivo incremento de ações de saúde associado à ampliação da capacidade instalada.

Alguns dados de avaliação não foram registrados pelo Sistema de Informações do REFORSUS, como a substituição de equipamentos ou a reforma de instalações físicas já existentes que não geraram aumento da capacidade física e tecnológica instaladas. Tais situações sugerem maior disponibilidade para a sustentabilidade dos investimentos, uma vez que aumenta a capacidade de operacionalização e de custeio desses investimentos. Essa parece ser uma questão importante para o desenho de sistemas de acompanhamento de projetos de investimento. No caso de um sistema com a complexidade do Sistema Único de Saúde, a qualificação da capacidade de gestão e acordos mais efetivos dos gestores das três esferas de governo em torno de marcos estratégicos para o planejamento de expansão dos serviços parece fundamental. A incorporação do conceito do Complexo Produtivo da Saúde (CPS) no marco operacional do planejamento nas três esferas de governo poderia ampliar a efetividade dos investimentos realizados.

Poderiam ser levantados com análise minuciosa e criteriosa dos microdados do SIA e SIH-SUS, a partir de 2004, época em que a maior parte dos subprojetos da Área Programática I foram concluídos. Para a análise de impacto trazida pelo REFORSUS em relação à capacidade institucional local, seria importante avaliar a situação dos municípios que receberam investimentos *antes x depois* do REFORSUS, ou seja, a habilitação dessas unidades na NOB-96 e na NOAS. Há algumas evidências que sugerem que tais investimentos potencializaram o aumento dessa capacidade, como o fato de alguns municípios que antes se encontravam em gestão da atenção básica terem se transformado em municípios-sede das microrregiões de saúde na NOAS.

Uma análise dos aditivos de tempo (e não apenas de valor, como o que foi aqui apresentado) poderia ser realizada, especialmente para a categoria 'obras'. O custo médio/mediano do metro quadrado segundo área de atuação do investimento realizado poderia ser incorporado à análise dos dados, desde que essa informação fosse devidamente criticada a partir do Sistema de Informações do REFORSUS.

REFERÊNCIAS

- BIASOTTO Jr., G.; AFONSO Jr. Investimento Público no Brasil: propostas para desatar o nó. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 77, p. 7-26, março 2007.
- BIELSCHOWKKY, R. (Org). **Cinqüenta Anos de Pensamento na CEPAL**. Rio de Janeiro/São Paulo: Record/Cofecon/Cepal, 2000.
- BUSTANI, C. *et al.* Estudos dos investimentos em infra-estrutura do Projeto Reforsus: Avaliação dos modelos de execução, resultados e perspectivas para uma nova Política de Investimentos. Eixo 6 - Subprojeto Avaliação de Práticas, Resultados e Perspectivas para uma Política de Investimento, Readequação Física e Tecnológica da Rede Assistencial. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/93). **Portaria MS n° 545, de 20 de maio de 1993**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 18 jun. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01). **Portaria n° 95 de 26 de janeiro de 2001**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 18 jun. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde** – Projeto Qualisus. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Diretoria de Investimentos Estratégicos, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS). **Manual de Operação**. Componente I. Brasília: Ministério da Saúde/REFORSUS, 1997.
- FERLA, A. A. *et al.* Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 24, p. 52-71, 2001.
- GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev. Saúde Pública**, 40, n. esp, 2006.
- GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-35, 2003.
- GALLO E *et al.* Saúde, desenvolvimento e globalização. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 71, p. 314-325, 2005.
- GALLO, E; COELHO, I. Regulação Econômica e Financiamento do Complexo Produtivo da Saúde no Brasil – O papel do Ministério da Saúde. *In*: BUSS, P;

TEMPORÃO, J. G. **Vacinas, Soros e Imunização no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

HORWITZ, A. Relaciones entre salud y desarrollo económico. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 38, n. 2, p. 93-100, Washington, 1959.

HUNT, E. K. **História do Pensamento Econômico**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1981.

MARTINS, L. **Estado Capitalista e Burocracia no Brasil pós-64**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

OFFE, C. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Investir na Saúde**: resumo das conclusões da comissão sobre macroeconomia e saúde, 2003, p. 14.

SANTOS, G. F. Economia e gestão da política de saúde no período de 1995-2002. **Anais da I Jornada de Economia da Saúde – Associação Brasileira de Economia de Saúde**, São Leopoldo, 2003.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SOUZA, N. J. **Desenvolvimento Econômico**. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

INCIDÊNCIA DE CUSTOS TRANSACIONAIS EM PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO SOBRE AS AVALIAÇÕES DO PLANO PLURIANUAL (PPA)

Paulo Carlos Du Pin Calmon*
Marcel de Moraes Pedroso**

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é apresentar uma abordagem alternativa para avaliação dos programas de saúde que leva em consideração a incidência de custos transacionais nas fases de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas.

Ao longo dos últimos anos, várias abordagens distintas têm sido utilizadas para avaliar as políticas de saúde no país. Por exemplo, há grande conjunto de estudos fundados na chamada “economia da saúde” que aferem a eficiência alocativa dos programas governamentais, fazendo uso de técnicas tradicionais de análise custo-benefício e custo-efetividade (MACHADO; SIMÕES, 2008). Outra abordagem, ainda focada na questão da eficiência alocativa, compara o desempenho de diferentes unidades de produção de serviços de saúde mediante a estimativa de suposta fronteira de produção, por meio da aplicação de técnicas de Análise Envoltória de Dados (MARINHO, 2001). Pode-se também citar amplo conjunto de análises voltadas para o exame da economia política dos programas de saúde, discutindo aspectos relacionados à equidade alocativa, ao papel do estado, à interação entre política e economia e ao envolvimento da sociedade nos programas governamentais (REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001).

O foco deste trabalho, em formato de estudo de caso, complementa algumas das análises acima mencionadas, no entanto se concentra em um conjunto particular de variáveis. Mais especificamente, a análise realizada objetiva identificar a incidência de custos transacionais nos programas de saúde e analisar como esses custos podem afetar o desempenho de tais programas.

* Universidade de Brasília (UnB), Centro de Estudos Avançados de Governo e Administração Pública (CEAG/UnB). paulo.calmon@gmail.com

** Universidade de Brasília (UnB), Centro de Estudos Avançados de Governo e Administração Pública (CEAG/UnB). pedroso.marcel@gmail.com

O estudo de caso levou em consideração os dez principais programas do MS, que representam aproximadamente 75% de todos os gastos realizados pelo Ministério, além de abrangerem as ações consideradas mais importantes da política de saúde no país. Esse estudo se fundamenta no pressuposto da multifuncionalidade dos programas na área de saúde e na existência de custos transacionais importantes no *design*, na implementação, no monitoramento e na avaliação desses programas. Uma metodologia específica foi desenvolvida no sentido de operacionalizar a análise realizada. Ao final é apresentada, de forma sumária, uma discussão sobre as principais conclusões.

2 CUSTOS TRANSACIONAIS, MULTIFUNCIONALIDADE E ESTRUTURAS DE GOVERNANÇA NO SETOR PÚBLICO

O pressuposto fundamental do estudo é a importância dos efeitos dos custos transacionais na eficiência, na eficácia e na efetividade das políticas públicas em geral e, mais especificamente, no âmbito da gestão de programas do Ministério da Saúde. No entanto, há que se ter cuidado inicial em prover uma definição do que sejam os custos transacionais, visto que se trata de conceito cujo uso se disseminou muito rapidamente e que, portanto, corre o risco de se tornar muito vago, abrangente e, conseqüentemente, de pouca utilidade analítica.

Há várias possibilidades para definição do que sejam custos transacionais. As mais tradicionais estão associadas aos “custos relacionados ao planejamento, adaptação e monitoramento da execução de diferentes ações em diferentes estruturas de governança” (WILLIAMSON, 1989, p. 142), ou aos “custos de mensuração dos atributos do que está sendo negociado e os custos de proteger os direitos de propriedade, monitorar e implementar acordos” (NORTH, 1990, p. 27).

De maneira geral as análises que privilegiam os custos transacionais fazem sempre alusão ao chamado mundo “Coasiano”, isso é, um contexto em que direitos de propriedade são caracterizados de forma perfeita e, simultaneamente, contratos e acordos entre diferentes partes podem ser definidos, negociados, implementados e monitorados de forma a prever todas as possíveis contingências. Contratos definidos dessa forma gerariam eficiência alocativa. Evidentemente, esse mundo é, na verdade, um padrão ideal jamais observado.

A análise dos custos transacionais toma quase sempre por base a existência de um conjunto de contratos. No entanto, o termo “contrato” é entendido de forma bem mais ampla do que o sentido a ele atribuído tradicionalmente. Para os analistas que examinam o impacto dos custos transacionais, contratos são entendidos como promessas entre diferentes partes, em que uma delas concorda em desempenhar determinada ação que tem valor econômico, em contrapartida ao recebimento de um pagamento ou do compromisso de desempenhar outra ação com valor econômico.

Outro elemento importante a ser destacado, e que em grande medida complementa a análise dos custos transacionais, diz respeito à existência de multifuncionalidade em políticas públicas e programas governamentais. Tradicionalmente, os bens econômicos têm sido classificados entre públicos e privados em função de algumas características a eles inerentes, principalmente a capacidade de exclusão e não rivalidade no consumo e na produção. A multifuncionalidade significa que um mesmo programa governamental pode gerar diferentes produtos, combinando características típicas de bens privados com aquelas que pertencem aos bens públicos e que atendem a diferentes objetivos da sociedade simultaneamente.

A natureza multifuncional das políticas de saúde e seus programas podem resultar em efeitos que são gerados em conjunto ou que são complementares/substitutos. Em decorrência disso, a definição de metas e indicadores, assim como sua apuração, é sempre tarefa complexa. Os efeitos de políticas e programas de caráter multifuncional são de difícil monitoramento e avaliação, o que eleva os custos transacionais inerentes.

Cabe ressaltar que o reconhecimento da presença de custos transacionais e multifuncionalidade cria alguns paradoxos interessantes. Por exemplo, na presença de custos transacionais, um programa multifuncional pode atuar de forma ineficaz e ineficiente e, mesmo assim, atender plenamente a expectativas fixadas no planejamento setorial. Em outras palavras, custos transacionais e multifuncionalidade criam impedimentos para o desempenho de um programa ser avaliado com precisão e dificultam o surgimento de estruturas de governança que gerem programas para alcançar de forma efetiva as condições necessárias à eficiência alocativa. Mesmo que fosse possível o surgimento dessas estruturas, nem sempre é factível implementá-las ou apurar com precisão seus efeitos.

Importante contribuição do estudo dos custos transacionais é o foco na análise das estruturas de governança desenvolvidas para lidar com esses custos e aspectos da multifuncionalidade das ações desenvolvidas. Essas estruturas de governança são mais do que firmas ou organizações no sentido restrito. Elas envolvem relações de delegação e intermediação, onde a multitude de atores envolvidos possuem preferências heterogêneas, diferentes graus de acesso à informação e diferentes estruturas de incentivo.

A percepção da presença generalizada de custos transacionais e multifuncionalidade tem provocado amplo debate sobre a eficiência alocativa no setor público. Esse debate tem grande impacto no âmbito da análise dos sistemas de gestão de políticas públicas e, mais especificamente, nas análises sobre gestão orçamentária. O consenso hoje é de centrar a análise em estratégias que busquem a “remediação” ou a remediabilidade, ou seja, a proposição de alternativas para estruturas de governança superiores do ponto de vista da eficiência alocativa, mas também factíveis e implementáveis. A noção de que as alternativas devam ser

factíveis e implementáveis é tratada com grande ênfase. Além disso, o foco tem sido não em propor estruturas ideais, mas em realizar análises comparativas com as demais alternativas disponíveis e sua capacidade de lidar com um mundo complexo e repleto de incerteza.

Com base nessas considerações, este estudo focaliza três categorias fundamentais de custos transacionais na análise de sistemas de gestão de políticas públicas. Tais categorias se baseiam em taxonomia proposta por Williamson (1985) e por Vatn (2001):

1. “*Custos Transacionais Ex-ante*”, ou seja, os custos de reunir informações necessárias para propor programa ou política a ser implementados, as dificuldades de concepção do programa, de definição dos seus indicadores, de caracterização das suas formas de operação, de definição dos recursos e do fluxo de recursos envolvido para o pleno desempenho das funções preconizadas no programa.
2. “*Custos Transacionais Durante*”, ou seja, os custos relacionados à gestão do programa, incluindo a liberação dos recursos; a negociação e coordenação com os parceiros; as mudanças conjunturais que podem ter afetado a gestão e o processo de tomada de decisão; a contratação e demais aspectos relacionados à implementação dessa política.
3. “*Custos Transacionais Ex-post*”, ou seja, os custos relacionados ao monitoramento e à avaliação da política, de forma tal a se assegurar que é possível identificar e aferir as atividades, os produtos e os resultados do programa, a definição e a participação nas arenas para discussão e a revisão dos problemas de concepção que possam ter ocorrido, além dos custos de supervisão que garantam a implementação dos acordos firmados e da programação previamente definida.

3 ASPECTOS DA ESTRUTURA DE GOVERNANÇA NOS PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Um segundo pressuposto deste estudo é fundado na existência de subsistemas de políticas públicas que operam com base em estrutura de governança específica. Esses subsistemas constituem, portanto, o que se poderia cognominar de matriz de relações institucionais, ou seja, um complexo de organizações e instituições que regem o processo de formação, implementação e avaliação das políticas públicas (NORTH, 1990). Participa também desses subsistemas amplo conjunto de atores oriundos dos setores público e privado.

Aspecto importante dessas estruturas de governança é o fato de que, apesar de não serem estáticas, elas evoluem em torno de parâmetros que limitam o conjunto

de transformações factíveis de ser implementadas. Utilizando-se o termo adotado no âmbito do estudo das políticas públicas, as estruturas de governança são sujeitas a um processo de institucionalização dinâmico e “dependente da trajetória” (“*path dependent*”), ou seja, influenciado pelas tradições, pelas organizações e pela cultura estabelecida no setor (PIERSON, 2004).

A existência de “dependência da trajetória” e a dinâmica de institucionalização limitam as tentativas de promover a eficiência alocativa na gestão das políticas públicas e, especialmente, na gestão da política orçamentária, mas também criam restrições importantes no número de tentativas factíveis de remediar a estrutura de governança existente.

A análise das políticas na área de saúde no Brasil exige, portanto, a compreensão de que estas são geradas a partir da interação de dois subsistemas específicos: o subsistema de saúde e o subsistema de gestão da política orçamentária. Esses dois subsistemas possuem organizações, institutos, tradições e uma cultura específica que condicionam toda a política de gastos do setor público.

Em função disso, cabe caracterizar alguns aspectos mais importantes de cada um desses dois subsistemas. Começando pelo subsistema de saúde:

1. *Do ponto de vista organizacional*: existência de um Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo União, estados e municípios, que compartilham a responsabilidade de planejar, gerir, monitorar e avaliar as ações a ser desenvolvidas. O SUS tem como ator principal o Ministério da Saúde. Há também participação de atores oriundos do setor privado, que interagem com o SUS na provisão de alguns serviços especializados.
2. *Do ponto de vista da demanda*: o subsistema de saúde sofre pressão crescente da população e de governantes locais pela expansão e pela melhoria na qualidade dos serviços de saúde. Além disso, há que se destacar a existência de grande sucessão de episódios recentes envolvendo o desvio ou o desperdício de recursos públicos na área.
3. *Do ponto de vista da oferta*: a combinação de ações centralizadas no âmbito da União com ações descentralizadas, executadas em nível estadual e municipal, todas elas financiadas por recursos públicos.

Já o subsistema de gestão orçamentária tem como características a ser destacadas:

1. *Do ponto de vista organizacional*: prevalece também complexa estrutura de governança, que é responsável pelo planejamento e pela execução dos gastos orçamentários e que tem como atores principais o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) – que elabora as propostas da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária

Anual (LOA) e do Plano Plurianual (PPA) – e o Ministério da Fazenda, que libera os recursos a ser gastos. Cabe destacar também a existência de um sistema de execução de despesas idiossincrático, onde prevalece dicotomia entre autorização e execução, gerando a existência de contingenciamentos, além de uma série de outras barreiras institucionais e burocráticas que dificultam a programação do gasto público.

2. *Do ponto de vista da demanda:* destaca-se o compromisso com uma política fiscal restritiva, fundada na implementação de metas ambiciosas de superávit primário, que se combinam com programa de governo centrado na redução de desigualdades sociais.
3. *Do ponto de vista da oferta:* há uma combinação bastante problemática: alta carga tributária, sistema de compartilhamento de receitas com outros entes federados, múltiplas vinculações e tributos regressivos que geram distorções alocativas graves.

Examinando essas características gerais dos dois subsistemas, destaca-se o fato de ambos compartilharem alguns aspectos importantes, a saber: *i*) estrutura de governança complexa, com várias jurisdições e múltiplos atores; *ii*) tradição que privilegia instrumentos voltados para o planejamento das ações governamentais, algumas vezes em detrimento de instrumentos voltados para a gestão e a avaliação dessas ações; e *iii*) desequilíbrio fundamental entre as demandas existentes por serviços de saúde e por recursos públicos e a capacidade de supri-las adequadamente.

É sobre esses dois primeiros aspectos, ou seja, em relação às características da estrutura de governança dos dois subsistemas e o foco no planejamento das ações, que a análise deste trabalho será centrada. De maneira mais específica, interessa examinar o planejamento e a gestão dos gastos públicos na área de saúde e como ocorrem esse planejamento e essa gestão no âmbito do sistema de governança relacionado à gestão da política orçamentária.

4 BASES METODOLÓGICAS PARA ANÁLISE DA GESTÃO DE PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Com intuito de analisar a gestão de programas do Ministério da Saúde há que se refletir sobre a estratégia metodológica mais adequada para análise dos custos transacionais incidentes sobre a gestão desses programas. De maneira geral, os trabalhos já produzidos voltados para a análise empírica dos custos transacionais têm adotado diferentes estratégias que fazem uso de estudos de caso quantitativos, estudos de caso qualitativos e métodos econométricos “transversais” (“*panel data*”) (SHELANSKI; KLEIN, 1999). No entanto, dadas as dificuldades em observar e mensurar os custos

transacionais, uma das estratégias mais comumente adotadas na operacionalização dessas pesquisas tem sido a coleta de informações com base em entrevistas estruturadas e não estruturadas com funcionários das organizações envolvidas.

A opção escolhida para a análise da gestão de programas do MS foi de adotar estratégia de estudo de caso que tem como objeto os dez principais programas do Ministério da Saúde. A escolha por analisar os programas especificamente deve-se ao fato de os gastos serem definidos e geridos mediante programas, daí eles se constituírem na unidade básica de planejamento e execução das ações do MS.

Na verdade, a evolução do sistema orçamentário brasileiro se deu de tal forma que hoje o programa é considerado o instrumento de organização da atuação governamental. Ele articula um conjunto de ações que concorrem para um objetivo comum preestabelecido, mensurado por indicadores, e objetivam a solução de um problema ou o atendimento de determinada necessidade ou demanda da sociedade. Mais ainda, há a percepção de que todas as ações do governo devem estar estruturadas em programas e estes devem estar voltados para a consecução dos objetivos estratégicos definidos no Plano Plurianual.

Como é sabido, o PPA tem vigência de quatro exercícios financeiros, devendo seu projeto ser enviado para a apreciação do Legislativo até 31 de agosto do primeiro ano de cada mandato, concluindo-se no primeiro ano do mandato presidencial subsequente. A coordenação de elaboração do Projeto de Lei do PPA cabe ao MPOG. Todos os recursos orçamentários são alocados por programas e estão previstos no PPA.

O programa é subdividido em ações que caracterizam as diversas atividades e projetos que serão realizados. Cada uma dessas ações é subdividida em projetos e atividades. Uma vez que os custos desses projetos e atividades são quantificados, tem-se clareza da dotação orçamentária requerida para a realização de cada ação e, portanto, do programa como um todo. Cada projeto ou atividade deve estar associado a um produto específico e esse produto deve ser quantificável. Com base na agregação desses produtos, gera-se percepção da meta do programa como um todo e, da consecução dessas metas por programa, tem-se percepção do andamento do plano de governo. Portanto, o programa é o nexo que agrega e une as dimensões físicas e financeiras de todas as ações constantes no plano de governo.

Tendo como objeto a análise dos programas, o corte temporal adotado envolve o período entre 2001 e 2006, ou seja, um período de seis anos. Cabe dizer que a escolha desse período se deu basicamente em função da disponibilidade de informações para ser estudadas e do fato de que ele representa uma perspectiva mais recente da evolução da estrutura de governança dos programas do Ministério da Saúde.

No entanto, é importante ressaltar que o período analisado apresenta alguns problemas no que tange à análise da gestão orçamentária. Por exemplo, em 2004, começou a vigorar novo Plano Plurianual e, com ele, houve mudanças na composição dos programas do MS, com nova agregação de ações, novos títulos e, em alguns casos, nova lógica de atuação. Portanto, a série ao longo do período passou por importante interrupção. Além disso, em 2002 ocorreram eleições presidenciais e o candidato do governo, que acabou derrotado, era justamente José Serra, que ocupava o cargo de Ministro da Saúde. Em função disso, não se pode negligenciar que os programas e os relatórios do MS foram influenciados pelo clima eleitoral.

Um terceiro aspecto que merece também ser mencionado diz respeito à sucessão de notícias e escândalos envolvendo os gastos com saúde durante o período, resultando em investigações policiais e prisões. Portanto, o estudo da gestão dos gastos do MS se tornou, em grande parte, assunto politicamente sensível e sujeito a uma série de desconfianças importantes por parte dos principais *stakeholders* envolvidos nos programas.

Como já dito anteriormente, a amostra de dez programas examinados é formada pelos programas mais significativos do MS e que contemplaram todas as principais linhas de ação e prioridades do MS no período analisado. No entanto, também como já mencionado, em função do novo PPA em 2004, a estrutura dos programas do MS se modificou bastante. Com base nessa nova estrutura, foram selecionados os dez programas que guardavam maior equivalência de propósitos e ações com aqueles que foram examinados no período anterior. Mas cabe destacar que a comparação dos gastos entre os períodos 2001-2003 e 2004-2006 se tornou prejudicada.

As análises realizadas basearam-se nos relatórios de avaliação do PPA nos anos de 2001 a 2006. Assim como a estrutura programática é definida por lei, a avaliação sistemática do Plano Plurianual também é prevista em diversos instrumentos legais, dos quais se destaca a própria lei que cria o Plano. A avaliação do PPA é realizada em termos de programa, em termos setoriais e considerando o Plano como um todo. O foco das análises desse trabalho foram as avaliações realizadas em termos de programa. A avaliação dos programas do PPA pode ser considerada avaliação interna, qualitativa e de caráter fundamentalmente formativo. Do ponto de vista operacional, ela é conduzida pela própria equipe do programa, mais especificamente pelo seu gerente, e é realizada mediante a resposta de um questionário desenvolvido pela Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (SPI) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. O questionário é disponibilizado por intermédio do Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento (SIGPlan).

A avaliação é realizada mediante respostas a três blocos de questões que se referem à concepção do programa, às formas de sua implementação e aos resultados alcançados. No bloco sobre concepção, o gerente analisa a necessidade de aperfeiçoamento no *design* do programa, especialmente no que se refere aos seus objetivos, à definição do público-alvo, aos indicadores que foram definidos, às metas preconizadas e a percepção do seu impacto. Outra questão muito importante também analisada nesse mesmo bloco diz respeito à adequação das metas físicas aos recursos orçamentários programados. Finalmente, o bloco sobre a concepção examina questões relativas à definição dos produtos relacionados a cada uma das ações e à adequação da estratégia de implementação.

No bloco sobre a implementação, o gerente analisa aspectos que podem afetar o desempenho do programa, especialmente a suficiência e o fluxo de recursos orçamentários programados e liberados, a adequação dos recursos humanos e físicos, as restrições de natureza legal ou burocrática que afetam o desempenho das ações, as dificuldades de firmar contratos e convênios, o relacionamento com estados e municípios, o relacionamento com outros órgãos dentro do MS ou em outros ministérios, as formas de consulta ao público-alvo, metodologia de participação popular e exercício do controle social, e a adequação da estrutura organizacional.

No terceiro bloco, o foco recai sobre os resultados do programa e a verificação se as metas foram ou não alcançadas. Cabe dizer que os resultados das avaliações realizadas no âmbito do PPA enfrentam vários problemas. Um dos mais comuns é decorrente da própria estruturação dos programas e da ausência de informações adequadas a ser utilizadas como base para responder o questionário proposto.

Apesar dos problemas inerentes à avaliação do PPA por parte dos gerentes dos programas, essa avaliação pode ser considerada fonte de informação válida e importante na análise dos custos transacionais relacionados ao conjunto dos programas do MS analisados.

É muito importante enfatizar que a avaliação do PPA não leva em conta, de forma explícita ou implícita, a incidência de custos transacionais na gestão dos programas governamentais. A concepção do PPA tem bases distintas, sendo fundada, principalmente, em larga tradição de modelos e técnicas de planejamento governamental, que remonta pelo menos, à década de 50, quando modelos de planejamento eram preconizados para instrumentalizar e consolidar ações e projetos voltados para o desenvolvimento econômico e social. Na verdade, o termo “custos transacionais” não aparece em nenhum dos documentos oficiais relacionados à avaliação dos programas do PPA.

Apesar disso, há clara relação entre os itens examinados no modelo avaliativo do PPA e os custos transacionais mencionados anteriormente. Assim, o bloco sobre avaliação da concepção do programa gera informações importantes sobre o que classificamos como custos transacionais *ex-ante*. Já o bloco sobre implementação do programa guarda relação interessante com aspectos dos custos transacionais *durante*. O bloco sobre resultados, que para o MPOG é o mais importante do PPA, do ponto de vista da análise dos custos transacionais produz alguns indícios sobre os custos transacionais *durante e ex-post*.

Também merece ser destacado o fato de as informações dispostas na avaliação do Plano Plurianual apresentar subsídios importantes sobre a gestão orçamentária dos programas, principalmente sobre a adequação dos recursos e o fluxo durante a sua execução.

Em conjunto, os dois tipos de análise – o exame da execução orçamentária e a análise dos resultados do processo de avaliação do PPA – nos permitem ter perspectiva bastante interessante da dinâmica da gestão orçamentária dos programas do MS e, mais especificamente, sobre aspectos relacionados à incidência de custos transacionais nessa gestão. Cabe também notar que essa combinação metodológica viabiliza a realização de análises sobre a incidência e o impacto dos custos transacionais fundadas em estudos de caso, seguindo, como mencionado anteriormente, uma prática que tem sido adotada nos estudos realizados sobre o mesmo tema.

A grande virtude do uso dessas informações decorre do fato de elas serem públicas, oficiais e de os gerentes dos programas poderem ser responsabilizados pela qualidade delas. Também, as respostas dadas aos questionários que visam à avaliação combinam perguntas fechadas e, portanto, comparáveis, com perguntas abertas, onde o gerente pode expressar uma série de observações e comentários adicionais. Portanto, as análises feitas e as inferências propostas podem ser replicadas.

5 RESULTADOS: CUSTOS TRANSACIONAIS NOS PRINCIPAIS PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Com intuito de operacionalizar a análise dos custos transacionais na gestão do Ministério da Saúde a partir dos relatórios de avaliação do Plano Plurianual (PPA), foram selecionadas 15 variáveis (quadro 1) que, como mencionado, seriam diretamente ligadas à existência de custos *ex-ante*, custos *durante* e custos *ex-post*.

QUADRO 1
Tipologia de custos transacionais analisados nos programas do Ministério da Saúde

| Tipo de custos transacionais | Item analisado |
|-------------------------------------|---|
| Custos transacionais <i>ex-ante</i> | 1 - Design Geral do Programa |
| | 2 - Design Indicadores e Metas |
| | 3 - Definição de Recursos Orçamentários e Financeiros |
| | 4 - Definição de Bases Institucionais |
| Custos transacionais <i>durante</i> | 5 - Quantidade Total de Recursos Financeiros Disponibilizados |
| | 6 - Adequação do Fluxo de Recursos Financeiros Disponibilizados |
| | 7 - Quantidade de Recursos Humanos Disponibilizada |
| | 8 - Qualidade dos Recursos Humanos Disponibilizada |
| | 9 - Adequação de Infraestrutura Física e Equipamentos |
| | 10 - Adequação de Normas e Recursos Institucionais |
| Custos transacionais <i>ex-post</i> | 11 - Capacidade de Aferição de Indicadores |
| | 12 - Capacidade de Aferição de Resultados |
| | 13 - Capacidade de Coordenação, Comunicação e Cooperação com outros Programas do MS e com o Conselho de Saúde |
| | 14 - Capacidade de Coordenação, Comunicação e Cooperação com outros Ministérios |
| | 15 - Capacidade de Coordenação, Comunicação e Coordenação com estados/municípios e setor privado |

Fontes: Criada pelos autores com base em Williamson (1985); North (1990) e Vatn (2001).

A partir da definição desses itens foi construída uma escala simples para detectar a relação e a presença de custos transacionais. Essa escala é fundada em três categorias definidas na quadro 2.

QUADRO 2
Escala utilizada na análise dos custos transacionais

| Escala | Definição |
|--------|--|
| 0 | O item não é mencionado ou considerado como capaz de afetar o desempenho do programa |
| 1 | O item é mencionado, mas não é especificado como oneroso ou que tenha afetado de maneira importante o desempenho do programa |
| 2 | O item é mencionado e especificado como oneroso ou responsável por afetar de maneira importante o desempenho do programa |

Fonte: Criada pelos autores.

A partir dos 15 itens e de sua relação com os custos transacionais e com base na escala definida, procedeu-se a leitura e análise sistemática de todos os relatórios

de avaliação do PPA entre 2001 e 2006 referentes aos programas do Ministério da Saúde selecionados. Os resultados completos dessa análise, por itens, programas e anos, estão dispostos nas tabelas 1 e 2.

TABELA 1

Análise das menções de problemas relacionados aos custos transacionais nas avaliações do PPA nos programas selecionados do Ministério da Saúde – 2001-2003

| Programa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Total |
|------------------------------|--|---|---|--|---|---|---|---|--|----|----|----|----|----|----|-----------|
| | Custos Transacionais <i>ex-ante</i> | | | Custos Transacionais <i>durante</i> | | | | | Custos Transacionais <i>ex-post</i> | | | | | | | |
| Saúde da Família | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 3 | 33 |
| 2001 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 8 |
| 2002 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 13 |
| 2003 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 12 |
| Prevenção e Controle Vetores | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 6 | 6 | 5 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0 | 2 | 36 |
| 2001 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 8 |
| 2002 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 14 |
| 2003 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 14 |
| Prevenção e Controle DST | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 20 |
| 2001 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2002 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 9 |
| 2003 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| Qualidade e Eficiência SUS | 4 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 0 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 41 |
| 2001 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 2002 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| 2003 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 17 |
| Assistência Farmacêutica | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 4 | 2 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 2 | 20 |
| 2001 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2002 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| 2003 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 14 |

(Continua)

(Continuação)

| Programa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Total |
|---|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|-------------------------------------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|
| | Custos Transacionais <i>ex-ante</i> | | | | | Custos Transacionais <i>durante</i> | | | | | Custos Transacionais <i>ex-post</i> | | | | | |
| Qualidade do Sangue | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 5 | 6 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 28 |
| 2001 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| 2002 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 13 |
| 2003 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| Prevenção Controle Imunoprevenção | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 2 | 6 | 6 | 4 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 27 |
| 2001 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 4 |
| 2002 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 12 |
| 2003 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 11 |
| Alimentação Saudável | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 17 |
| 2001 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| 2002 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 2003 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Profissionalização Enfermagem | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| 2001 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 2002 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| 2003 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Atendimento ambulatório Emergência Hospitalar | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 6 | 6 | 4 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 3 | 42 |
| 2001 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 12 |
| 2002 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 14 |
| 2003 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 16 |
| Total | 12 | 14 | 19 | 16 | 21 | 24 | 39 | 42 | 23 | 3 | 22 | 21 | 9 | 2 | 15 | |

Fontes: Relatórios de Avaliação do Plano Plurianual (PPA) e SPI/MPOG 2001, 2002, 2003.

TABELA 2
Análise das menções de problemas relacionados aos custos transacionais nas avaliações do PPA nos programas selecionados do Ministério da Saúde – 2004-2006

| Programa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Total |
|---|-------------------------------------|---|---|---|---|-------------------------------------|---|----|---|----|-------------------------------------|----|----|----|----|-----------|
| | Custos Transacionais <i>ex-ante</i> | | | | | Custos Transacionais <i>durante</i> | | | | | Custos Transacionais <i>ex-post</i> | | | | | |
| Alimentação Saudável | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 4 | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 27 |
| 2004 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 14 |
| 2005 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| 2006 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 3 | 3 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 24 |
| 2004 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 17 |
| 2005 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 2006 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Atenção Básica em Saúde | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 11 |
| 2004 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 2005 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| 2006 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Atenção Hospitalar e Ambulatorial | 6 | 6 | 6 | 0 | 6 | 2 | 6 | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 45 |
| 2004 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 17 |
| 2005 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| 2006 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Vig. Epidemiológica e Ambulatorial | 0 | 5 | 2 | 4 | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4 | 46 |
| 2004 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 13 |
| 2005 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 18 |
| 2006 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 15 |
| Atenção Especializada | 0 | 6 | 4 | 3 | 2 | 3 | 6 | 6 | 6 | 0 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 46 |
| 2004 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| 2005 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 21 |
| 2006 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 11 |
| Prev. e Cont. de Doenças Imunopreveníveis | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 3 | 5 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 27 |
| 2004 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| 2005 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| 2006 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 |

(Continua)

(Continuação)

| Programa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Total |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|-------------------------------------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| | Custos Transacionais <i>ex-ante</i> | | | | | Custos Transacionais <i>durante</i> | | | | | Custos Transacionais <i>ex-post</i> | | | | | |
| Vig. Prev. Atenção HIV/AIDS e DST | 0 | 1 | 4 | 4 | 4 | 6 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| 2004 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| 2005 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| 2006 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Educação Perman. Qualif. Profissional | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 | 1 | 6 | 6 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 24 |
| 2004 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| 2005 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 11 |
| 2006 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Seg. Transfusional e Qual. do Sangue | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 18 |
| 2004 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 2005 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 8 |
| 2006 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 8 |
| Total | 8 | 32 | 21 | 19 | 17 | 27 | 43 | 37 | 34 | 9 | 4 | 5 | 11 | 8 | 17 | |

Fontes: Relatórios de Avaliação do Plano Plurianual (PPA) e SPI/MPOG 2004, 2005, 2006.

Inicialmente serão analisados os resultados do período de 2001-2003. A partir da tabela 1 pode-se verificar que os itens identificados pelos gerentes dos programas como afetando negativamente o desempenho das ações sob sua responsabilidade estão, primeiramente, relacionados aos custos transacionais *durante*, ou seja, são custos transacionais que afetam a gestão e a implementação das ações do programa.

Entre esses itens o que é considerado mais importante e que ocorre de maneira recorrente está relacionado à gestão de recursos humanos. Em cada uma das avaliações realizadas no período de 2001 a 2003, todos os gerentes dos dez programas do MS analisados fizeram pelo menos uma menção explícita de que a quantidade de pessoal qualificado constituiu um impedimento importante para o funcionamento do programa.

Esses problemas relacionados a quantidade e qualidade dos recursos humanos devem ser tratados como custos transacionais e estão diretamente ligados a estrutura de governança da política orçamentária no país e a questões de natureza tipicamente contratual. Além disso, cabe dizer que tais problemas ocorrem tanto nos programas predominantemente geridos no âmbito federal, como nos que são gerenciados de forma compartilhada com estados e municípios.

Em relação aos programas geridos no âmbito federal, o problema de gestão de recursos humanos advém de arranjos contratuais idiossincráticos: as equipes responsáveis pela gestão e pela operação das ações não fazem parte do quadro de funcionários permanentes do setor público brasileiro, e sim são mantidas mediante contratos de trabalho por produto ou contratos temporários firmados com organizações internacionais, especialmente o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que, por sua vez, disponibilizam esses funcionários para exercer atividades nos órgãos do Ministério da Saúde. Em outras palavras, além de a equipe de funcionários ter dimensões inadequadas, é predominantemente formada por terceirizados.

A necessidade de contratação dessa forma se faz necessária pelo crescimento da demanda por recursos humanos especializados no MS, principalmente em função das modificações na estrutura de governança das políticas de saúde e do surgimento de novas áreas de atuação em um momento em que ocorre, simultaneamente, a redução da equipe de funcionários permanentes e com mais experiência no Ministério.

Tal redução ocorre pela imposição de uma restrição orçamentária rígida nos gastos com pessoal no governo federal, o que implica retardar a realização de concursos públicos para provimento de cargos efetivos, e dos anúncios e das tentativas, muitas vezes frustradas, de reforma previdenciária no setor público, que resulta em grande incerteza por parte de servidores. E muitos dos colaboradores mais experientes optam por requerer aposentadoria como forma de garantir direitos adquiridos. Em suma, a política de ajuste fiscal adotada no país estabelece um nexo perverso entre política fiscal e política social no que tange à gestão de recursos humanos.

Os problemas de gestão de recursos humanos no âmbito dos programas conduzidos por outras esferas de governo de forma descentralizada não foram muito diferentes daqueles do âmbito federal, conforme atestam os relatórios de avaliação do PPA. Tanto estados quanto municípios também foram sujeitos às mesmas restrições geradas pelo ajuste fiscal. No entanto, soma-se a esses problemas o fato de o processo de descentralização instaurado a partir da Constituição de 1988 demandar criação e ampliação da capacidade gerencial e operativa que muitos desses entes federados simplesmente não possuem. As tentativas de capacitação de recursos humanos desde então lograram algum êxito, mas os ganhos obtidos foram reduzidos pelas restrições de contratação, pelas aposentadorias e pelo elevado *turnover*.

Cabe notar que, em alguns casos, alguns problemas relacionados à gestão de recursos humanos foram decorrentes de erros na concepção nos programas.

Esse parece ter sido o caso do programa “Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar”, concebido sem equipe gerencial capacitada para fazer frente às suas necessidades.

O segundo grupo de problemas identificados pelos gerentes do MS como afetando, de forma importante, o desempenho dos programas, está relacionado à qualidade da infraestrutura física e à disponibilidade de equipamentos. No entanto, esse problema não ocorre em todos os programas: está concentrado nos programas de “Prevenção e Controle de Doenças Causadas por Vetores” e “Doenças Imunopreveníveis”, assim como no programa de “Qualidade e Eficiência do SUS”.

Um terceiro grupo de problemas refere-se à estimativa da quantidade de recursos necessários à execução dos programas, um custo transacional classificado como do tipo *ex-ante*, e à liberação desses recursos em quantidade e em um fluxo mensal compatível com as necessidades da programação de gastos das ações dos programas, o que foi considerado custo transacional *durante*. Essa informação é interessante, pois contradiz em grande parte a percepção disseminada em algumas conversas informais e entrevistas com a equipe do Ministério de que, com o advento da Emenda Constitucional nº 29, os problemas relacionados à provisão e ao fluxo de recursos orçamentários estariam bem equacionados. No entanto, esse não parece ter sido o caso.

Com exceção dos programas “Assistência Farmacêutica” e “Alimentação Saudável”, todos os demais programas fizeram pelo menos uma menção à existência de problemas relacionados à quantidade de recursos e/ou ao fluxo desses recursos. Mais ainda, problemas que dizem respeito a prevenção e controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), doenças transmitidas por vetores e doenças imunopreveníveis, demonstraram, com grande ênfase, que os recursos não fluíram de forma adequada ao longo do ano. Como esses programas de prevenção e controle de doenças têm grande potencial de impacto na qualidade de vida da população, é surpreendente que esses problemas na execução orçamentária tenham ocorrido de maneira importante.

A execução orçamentária dos dez programas analisados apresentou comportamento bastante diferenciado. Os programas denominados “Qualidade e Eficiência do SUS” e “Profissionalização da Enfermagem” conseguiram executar menos da metade do valor dos gastos autorizados no período. É interessante notar que a “Profissionalização da Enfermagem” foi contemplado com forte elevação das suas dotações pelo Congresso Nacional. No entanto, sua capacidade de elevar a dotação inicialmente prevista não se refletiu na capacidade de executar esses gastos.

Já em relação à baixa capacidade de gerir os recursos do programa cognominado de “Qualidade e Eficiência do SUS” deve-se, fundamentalmente, à existência de vários projetos de investimentos gerados a partir de emendas parlamentares. Muitas dessas emendas são concebidas de maneira inadequada e se referem a projetos locais de difícil implementação. Além disso, como é de conhecimento geral, a liberação dos recursos para essas emendas parlamentares é contingenciada e sujeita a manobras políticas.

Há também a existência de um quarto grupo de problemas que estão relacionados à presença de custos transacionais *ex-post*, mais especificamente à aferição de indicadores e resultados. Esse é um problema que vem sendo tratado no MS mediante a tentativa de desenvolver sistemas de monitoramento e avaliação paralelos das ações dos programas. Esses sistemas dependem de indicadores bem definidos o que, por sua vez, requer programas bem concebidos e executados. No entanto, a presença de problemas de *design* e de implementação dos programas acaba dificultando a apuração dos resultados e o monitoramento de seus indicadores.

Um último aspecto referente à presença de custos transacionais diz respeito às formas de coordenação, cooperação e comunicação entre diferentes órgãos do MS e com atores externos de outros ministérios ou de estados, municípios e setor privado. Nesse particular, os gerentes dos programas apontaram que o formato atual de relacionamento com os demais entes federados é muito difícil e impõe desafios de monta. Isso ocorre em um contexto em que a estrutura de governança da grande maioria dos programas é implementada de forma descentralizada, a partir de convênios e contratos com estados e municípios, seguindo tendência de descentralização com larga tradição na história recente do sistema de saúde no país.

De maneira mais específica, os gerentes percebem que existe potencial de cooperação com os demais entes federados, mas há dificuldades para a operacionalização do relacionamento com esses entes. Primeiramente, há custos transacionais *ex-ante* que afetam a definição e a negociação de contratos e convênios com estados e municípios. Os gerentes percebem que a definição e a implementação desses contratos são morosas e dificultam o andamento das ações. Os gerentes alertam, de maneira enfática, para a necessidade de novos mecanismos para viabilizar a implementação desses acordos. Há ainda problemas relacionados à definição da quantidade e do fluxo de recursos para os entes federados, carência de mão de obra especializada, dificuldades com recursos físicos e infraestrutura e problemas com monitoramento e implementação das ações descentralizadas. Em suma, existem problemas de todos os tipos envolvendo esses subtipos de programas.

Tomando por base a análise dos programas e não dos problemas, os dois programas onde existe a indicação da ocorrência do maior número de problemas são os associados à “Qualidade e Eficiência do SUS” e ao “Atendimento Ambulatorial,

Emergencial e Hospitalar”. Na percepção dos gerentes esses programas apresentam problemas de concepção, de implementação, de monitoramento e de avaliação. Não foi surpresa verificar que esses dois programas foram reformulados e substituídos por outros no PPA 2004-2007.

Em um segundo momento, foram analisados os resultados referentes aos dez programas selecionados do MS constantes dos relatórios de avaliação do PPA de 2004 a 2006. Esses resultados detalhados são apresentados na tabela 2. Como mencionado anteriormente, apesar de não existir perfeita correspondência entre esses programas e os analisados no período 2001-2003, os dez programas selecionados são aqueles que mais se aproximam do grupo anterior.

Um aspecto que parece se destacar é que, apesar da ampla reformulação do PPA, os relatos dos gerentes desses novos programas que constam no Relatório Anual de Avaliação no período de 2004-2006 indicam que, fundamentalmente, os problemas existentes anteriormente continuam a assolar os programas do MS.

A tabela 2 indica que problemas relacionados a custos transacionais *durante*, principalmente quantidade e fluxo de recursos financeiros, assim como quantidade e qualidade dos recursos humanos e físicos disponíveis parecem ser ainda os problemas mais impactantes sob a ótica dos gerentes. Há que se mencionar também, como esperado, que no período 2004-2006 muitos dos gerentes perceberam o surgimento de problemas de concepção dos programas (custos transacionais *ex-ante*), principalmente na definição de indicadores, metas e recursos financeiros.

O que se pode inferir da tabela 2 é, primeiramente, que grande parte dos problemas existentes no período anterior continua existindo, em especial, problemas relacionados a gestão de recursos humanos, recursos financeiros e recursos físicos. Surgem problemas novos e continuam problemas relacionados ao *design* dos programas e seus indicadores. Nesse aspecto é importante mencionar o fortalecimento de capacidades verificado com a criação, em 2005, do Sistema de Avaliação do Plano Plurianual, composto pela Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) e pelas Unidades de Monitoramento e Avaliação (UMA) de cada Ministério ou órgão equivalente, que no âmbito do desenvolvimento de sistemas de monitoramento e eventualmente de reavaliação, lograram êxitos importantes, porém persistem problemas de *design* e de gestão dos programas.

Em relação ao processo de liberação de recursos em quantidade e fluxo ao longo do ano, compatíveis com as necessidades dos programas, vale a pena destacar o relato feito pela equipe do programa “Vigilância, Prevenção e Controle de AIDS e DST”, que fala sobre um ciclo recorrente de problemas relativos à execução orçamentária. Embora nenhuma outra narrativa tenha sido tão clara e objetiva sobre esse problema, há fortes indícios de que os problemas são comuns

a todos os programas e, com isso, custos transacionais relacionados a implementação e gestão aparecem com grande intensidade.

Apesar de a constatação da existência do ciclo da gestão orçamentária dos programas ser bastante explícita, vale a pena ressaltar alguns pontos importantes. Primeiramente, demonstra que o sistema de governança das políticas do MS está marcado pela presença de diversos custos transacionais, ou seja, de acordo com a definição de North (1990), pelos “custos de proteger os direitos de propriedade, monitorar e implementar acordos”. Nesse sentido os dois subsistemas, o de saúde e o de gestão orçamentária, interagem de forma idiossincrática, ineficiente e custosa.

Se já não bastassem os problemas inerentes ao rápido crescimento da demanda por serviços de saúde e às dificuldades para gestão desses serviços a partir de uma estrutura de governança marcada por ações descentralizadas, há também que se lidar com os custos transacionais gerados pela interação com o subsistema de gestão orçamentária, que possui, na prática, poder de veto sobre as ações do MS, na medida em que a não liberação de recursos ou seu contingenciamento impede a execução das atividades programadas.

Apesar da existência desses dois modelos, os problemas parecem ser os mesmos, ou seja, há dificuldades importantes na execução financeira em nível federal, regional e local, há carência de mão de obra, especialmente a qualificada, e há problemas de *design*, de concepção de indicadores e de aferição de resultados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi proporcionar uma análise da gestão dos programas do Ministério da Saúde. Do ponto de vista conceitual, essa análise foi fundada na perspectiva de a gestão dos programas se dar a partir da interação de dois subsistemas de políticas públicas: *i*) o subsistema das políticas de saúde; e *ii*) o subsistema da gestão da política orçamentária. Da interação desses dois subsistemas surge uma estrutura de governança, formada por uma série de relações que podem ser caracterizadas como tendo natureza contratual. O *design*, a implementação, o monitoramento e a avaliação desses programas, dentro desse nexo de contratos, resultam em custos transacionais importantes.

Do ponto de vista empírico, o trabalho foi estruturado como um estudo de caso e fez uso de informações de natureza quantitativa e qualitativa, especialmente das narrativas dos gerentes dos programas sobre problemas enfrentados ao longo dos anos. Essas informações constam nos relatórios de avaliação PPA elaborados anualmente entre 2001 e 2006.

A partir dessa análise evidenciou-se a incidência de custos transacionais que afetam o *design* (custos transacionais *ex-ante*), a implementação (custos transacionais “*durante*”) e o monitoramento e a avaliação desses programas (custos transacionais “*ex-post*”).

Dois tipos muito particulares de custos transacionais associados à implementação dos programas (*durante*) foram considerados os mais importantes. O primeiro diz respeito à dificuldade de identificar, treinar, contratar e manter os recursos humanos necessários para a operação dos programas do MS. O segundo diz respeito à negociação e à obtenção de recursos financeiros necessários e temporalmente oportunos. Os dois problemas têm natureza tipicamente contratual, geram grande incerteza na gestão e afetam sobremaneira a eficiência, a efetividade e a eficácia dos programas do Ministério da Saúde.

Esses dois problemas incidem igualmente nas duas variantes de arranjos institucionais, cognominadas de “modelos de programas”, que prevalecem no MS: *i*) os programas de gestão centralizada, como é o caso do programa “Alimentação Saudável” ou do programa “Qualidade do Sangue”, onde o governo implementa ações mediante parcerias com estados e municípios, mas o programa é fundamentalmente definido e normatizado em nível federal; e *ii*) os programas de gestão descentralizada, em que o Ministério basicamente repassa fundo a fundo ou via outros mecanismos os recursos para os demais entes federados.

Nos programas de gestão centralizada, a falta de recursos humanos ocorre principalmente no âmbito do MS, que teve sua equipe reduzida em função da ausência de concursos públicos e da incerteza gerada pela reforma previdenciária. Já as dificuldades em obter recursos orçamentários necessários e oportunos para a operação dos programas, são frutos do regime fiscal adotado no país, em que a programação financeira é definida pelo Ministério do Planejamento, Gestão e Orçamento e pelo Ministério da Fazenda. Ambos assumem não apenas o papel de “guardião do tesouro”, mas também a função de gerar superávits primários consistentes com a estratégia de estabilização macroeconômica vigente. Trata-se, portanto, de restrições de cunho contratual e político que se combinam.

Nos programas de gestão descentralizada, a falta de recursos humanos também é considerada problema muito grave e decorre, primeiramente, da elevação da demanda por esses recursos gerada pelo próprio movimento de descentralização das ações de saúde. Além disso, em nível local, os governos enfrentam restrições orçamentárias rígidas e compromisso com a geração de superávits primários, o que limita a realização de concursos e a contratação de recursos humanos. Na verdade, como bem identificam os relatórios de avaliação do PPA, a preocupação com o ordenamento jurídico e institucional, estabelecido com intuito de incentivar a disciplina fiscal, tem dificultado a aquisição de materiais e equipamentos fundamentais para a realização das ações de saúde, não apenas pela falta de recursos, mas por existirem dúvidas quanto a sua legalidade.

Do ponto de vista da gestão dos programas executados na modalidade descentralizada, há o reconhecimento generalizado de que as políticas de descentra-

lização das ações de saúde requerem dos governos locais contrapartidas de caráter organizacional e financeiro que muitos simplesmente não são capazes de gerar. Além disso, a morosidade dos procedimentos contratuais ainda se constitui em barreira para a realização de várias ações de saúde, apesar de a burocracia para firmar convênios e acordos com esses entes federados ter sido reduzida em decorrência da adoção de mecanismos de transferências fundo a fundo.

Criou-se, portanto, um dilema curioso. De um lado, as transferências fundo a fundo representam inovação, pois reduzem os custos transacionais *durante*, na medida em que diminuem a incerteza e facilitam a operacionalização do fluxo de recursos. De outro lado, a definição do montante necessário para atender às demandas locais, que necessariamente deve ser transferido, tornou-se tarefa mais difícil, assim como o monitoramento e a avaliação da aplicação desses recursos. Em outras palavras, a adoção de novos mecanismos de transferência fundo a fundo elevou os custos transacionais *ex-ante* e *ex-post*.

Com isso, o debate acerca da eficiência e da efetividade sobre esses mecanismos de transferência geram infundável discussão sobre quais seriam os melhores critérios de repartição de recursos, de qualificação e certificação dos governos locais e de monitoramento e avaliação das ações descentralizadas. É questionável se essa discussão poderá avançar a contento, dada a complexidade e a heterogeneidade do país, a natureza multifuncional das políticas de saúde, os hiatos de capacidade nos governos locais e a existência intrínseca de custos transacionais inerentes às ações de execução descentralizada.

A partir da análise realizada, caberia perguntar se a atual estrutura de governança das políticas de saúde, fundada em dois modelos de gestão de programas (centralizado e descentralizado) poderia ser remediada no sentido de que pudessem ser implementadas medidas que promovessem eficiência alocativa e maior efetividade e eficácia nas políticas sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

Embora recomendar alternativas à estrutura de governança atual esteja além dos propósitos deste estudo, algumas sugestões podem ser destacadas. São elas:

1. Simplificação dos requerimentos legais e burocráticos para aquisição de material e contratação de pessoal em programas considerados importantes para a manutenção da saúde pública. Tal medida equivaleria à criação de um regime legal e normativo de execução de despesa alternativo equivalente ao Simples Federal, hoje existente para tributação de micro e pequenas empresas. Em outras palavras, empenho, liquidação e pagamento dos gastos em ações estratégicas poderiam ser grandemente simplificados para os programas que fossem considerados prioritários. Com isso, programas selecionados poderiam negociar a aquisição de materiais e equipamentos, assim como realizar a

contratação de pessoal, com maior facilidade, adotando procedimentos simplificados. Esse regime especial seria similar àquele adotado recentemente nas reformas orçamentárias em alguns países europeus e latino-americanos.

2. Simplificação dos requerimentos legais e burocráticos para firmar convênios e contratos com estados e municípios em relação a programas considerados prioritários e regiões consideradas mais sensíveis.
3. Adoção de orçamentos bianuais que incluam parâmetros para programação financeira. Alguns países já adotam a prática de elaboração de orçamentos bianuais. Expandir o horizonte de tempo do orçamento e definir parâmetros para a programação da despesa poderia ser importante passo na redução da burocracia e da incerteza e poderia estabelecer novo arranjo institucional para disciplinar o fluxo de recursos públicos.
4. Aperfeiçoamento do sistema de avaliação de programas e elaboração de relatório anual sobre dificuldades mais específicas para execução dos programas governamentais.
5. Estabelecimento de protocolos para criação de programas, definição de indicadores e desenvolvimento de sistemas de monitoramento e avaliação de programa.
6. Capacitação intensiva e perene de recursos humanos na área de elaboração e avaliação de programas governamentais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Relatório Anual de Avaliação**: anos base: 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: MP, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Secretaria-Executiva, Coordenação e Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Plano Nacional de Saúde**. Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2004.

FARIA, C. A. P. Idéias, Conhecimento e Políticas Públicas: um Inventário Sucinto das Principais Vertentes Analíticas Recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 21-29, fev. 2003.

MACHADO, F.; SIMÕES, A. Análise Custo-Efetividade e Índice de Qualidade da Refeição Aplicados à Estratégia Global da OMS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 64-72, fev. 2008.

MARINHO, A. **Estudo da eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de rankings**. Ipea. Brasília, DF, maio 2001 (Texto para discussão, n. 794).

NORTH, D. C. **Institutions, Institutional Change and Economic Performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

PIERSON, P. **Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis**. Princeton: Princeton University Press, 2004.

REIS, C. O.; RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. **Financiamento das Políticas Sociais nos Anos 1990: O Caso do Ministério da Saúde**. Ipea. Brasília, DF, jun. 2001. (Texto para discussão n. 802).

SIGPLAN. **Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento**. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (SPI). MPOG. Disponível em: <<http://www.sigplan.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

SHELANSKI, H. A.; KLEIN, P. G. Empirical Research in Transaction Cost Economics. *In*: CARROLL, G.; TEECE, D. J. (Ed.). **Firms, markets and hierarchies: the transaction cost economics perspective**. Oxford University Press, Inc., New York, 1999.

VATN, A. Transaction Costs and Multifunctionality. **Workshop on Multifunctionality**. Directorate for Food, Fisheries and Agriculture: OECD, 2001. Mimeografado.

WILLIAMSON, O. **The Economic Institutions of Capitalism**. New York: Free Press, 1985.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Editorial

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Revisão

Suely Touguinha Neves Medina

Njobs Comunicação

Supervisão

Cida Taboza

Fábio Oki

Inara Vieira

Thayse Lamera

Editoração

Anderson Reis

Larita Arêa

Capa

Andrey Tomimatsu

Livraria

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 3315 5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea
Produzir, articular e disseminar conhecimento para
aperfeiçoar as políticas públicas e contribuir para o
planejamento do desenvolvimento brasileiro.



ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada



SECRETARIA DE
ASSUNTOS ESTRATÉGICOS
DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Ministério da
Integração Nacional

