ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título	SAÚDE
Autores (as)	Andrea Barreto de Paiva Edvaldo Batista de Sá Leila Posenato Garcia Luciana Mendes Santos Servo Matheus Stivali Roberta da Silva Vieira Sérgio Francisco Piola

Título do BOLETIM	BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS – ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Ano	2013 (n.21)
ISSN	1518-4285

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

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 do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

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

CAPÍTULO 3

SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

Como discutido na edição especial nº 17 deste periódico, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelos princípios da descentralização e do acesso universal, integral e igualitário às ações e aos serviços públicos de saúde, que deveriam ser organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada.

Nesses últimos vinte anos, o SUS avançou na ampliação da cobertura, na redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e nos processos de descentralização de responsabilidades do governo federal para os demais Entes Federados. Todavia, a CF/88 previu a participação do setor privado no sistema de saúde. Esta participação se materializa na provisão para o SUS, na prestação direta de serviços para a população e na assistência mediada pelo segmento de planos e seguros de saúde. Assim, parte da população brasileira tem acesso às ações e aos serviços de saúde tanto com financiamento público quanto com financiamento privado. A relação deste segmento com o SUS dá-se por inúmeras vias, entre elas, pelo compartilhamento de redes de serviços e horas de profissionais de saúde e por meio da renúncia fiscal. A existência destes vasos comunicantes traz implicações para o desempenho do sistema de saúde como um todo e, em particular, para o desempenho do SUS.

Na seção 2 deste capítulo, intitulada *Fatos relevantes,* este tema central do sistema brasileiro de saúde – a relação público-privada – é novamente abordado.[1] O foco será a regulação do segmento de saúde suplementar[2] e do acesso aos serviços privados de saúde, de uma forma geral, buscando, inicialmente, apresentar as principais ações de regulação: *i)* da relação dos profissionais de saúde com as empresas de planos e seguros de saúde; *ii)* do acesso aos serviços, pela definição de tempos de espera para atendimentos; e *iii)* do atendimento de urgência ou emergência em serviços privados, por meio da criminalização da exigência de garantia financeira. Em conjunto com estes fatos, acrescenta-se uma nova notícia sobre o Cartão Nacional de Saúde.

1. Esse tema já havia sido abordado sob diversas perspectivas em edições anteriores, tanto na discussão sobre a provisão privada de serviços, com ou sem financiamento pelo SUS, quanto na discussão sobre a regulação destes serviços.

2. A primeira lei que regulamentou esse segmento foi estabelecida em 1998 e, somente dois anos depois, foi criada uma agência reguladora que seria responsável por garantir a sua observância: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Segundo as últimas estimativas nacionais, provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, o segmento suplementar cobre em torno de 25% da população brasileira – esta estimativa inclui os planos exclusivamente odontológicos.

O esforço para efetivar o cadastramento dos usuários de planos privados de saúde neste cartão pode contribuir para o aperfeiçoamento do sistema de ressarcimento ao SUS e para a regulação tanto da parcela pública do sistema de saúde como do segmento suplementar.

Na seção 3, *Acompanhamento da política e dos programas*, o foco se volta para o SUS e, mais especificamente, para a atuação do governo federal. Apresentam-se as recentes mudanças na atenção básica e sua consolidação por meio da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Na atenção de média e alta complexidade, destacam-se as tentativas de consolidação de algumas redes de saúde consideradas prioritárias e os avanços obtidos na cobertura dos serviços de atenção especializada em saúde bucal. O envelhecimento populacional, as consequentes mudanças no padrão de morbi-mortalidade e o lançamento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil são destacados na parte que trata da vigilância de saúde, que ainda ressalta os persistentes problemas de saúde da criança e a instituição do Plano Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Na assistência farmacêutica, entre as novidades apresentadas, destaca-se a nova legislação que trata da incorporação de tecnologias e novos medicamentos no SUS. A busca do aperfeiçoamento da gestão do SUS teve continuidade com as tentativas de estabelecer metas, processos de monitoramento e avaliação, previstas no Decreto nº 7.508/2011. Por fim, apresenta-se a execução do orçamento federal da saúde e discute-se o grau em que esta expressa as prioridades do governo federal. Ainda nesta seção, são discutidos os avanços da regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, fato tão aguardado, mas que ainda deixou questões sem respostas.

A última seção deste capítulo, intitulada *Tema em destaque*, trata da questão regional na política de saúde, com foco na diretriz constitucional que prevê a integração das ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada. Argumenta-se que a regionalização tem sido abordada a partir de duas perspectivas: a criação de territórios (espaços) contínuos para a oferta de determinados serviços de saúde (regiões de saúde) e a organização de redes de saúde que possam atuar em espaços descontínuos e assegurem o atendimento integral. Argumenta-se, ainda, que a fase inicial de implantação do SUS foi muito focada em questões federativas e destacou-se pela descentralização das ações e dos serviços de saúde, com forte orientação municipalizante. Contudo, a regionalização e a formação de redes de atenção requerem a participação efetiva de todos os Entes Federados, e os anos 2000 têm sido marcados por diversas tentativas de resgatar o papel dos estados e avançar no processo de regionalização. Esta fase da regionalização é abordada por meio da discussão das diversas normas que tentaram trilhar este caminho. Progressos na regionalização também requerem a existência de uma rede de serviços adequada às necessidades de saúde da população. Houve significativa

expansão da atenção básica, mas ainda existem dificuldades para garantir acesso à atenção de média e alta complexidade. Estas dificuldades incluem desde a viabilidade e/ou as diferentes capacidades dos municípios de manterem serviços mais complexos, até a distribuição da oferta privada de serviços, visto que o SUS depende da rede privada para assegurar diversos serviços de saúde. Assim, a seção 4 também apresenta alguns aspectos da oferta pública e privada de serviços de saúde e tenta identificar possíveis gargalos para implementação da rede de serviços. Por fim, como a regionalização da saúde ocorre simultaneamente a outros processos de regionalização, é necessário também estabelecer um diálogo intersetorial constante e coordenado pelo Estado para o atendimento adequado das necessidades de saúde da população.

2 FATOS RELEVANTES

2.1 Regulações relativas ao segmento de saúde suplementar

2.1.1 Regulação da relação entre médicos e operadoras de planos de saúde

Do início de 2011 até o segundo semestre de 2012, os beneficiários de planos de saúde foram envolvidos na disputa entre médicos e operadoras de planos quanto ao valor e à forma de reajuste da remuneração dos serviços médicos. Neste período, ocorreram três episódios de paralisação[3] dos atendimentos aos beneficiários de planos, que tiveram intensidade diferenciada entre as Unidades da Federação (UFs) no que tange à adesão dos médicos e aos planos afetados.

A organização de médicos em associações, com objetivo de negociar conjuntamente os preços de procedimentos pagos pelas operadoras de planos de saúde, não é um fenômeno novo, ocorrendo desde a regulamentação da saúde suplementar, em 1998.[4] Em paralelo, houve também várias tentativas dos representantes dos médicos no Legislativo de institucionalizar tabelas de preços com mecanismos de reajuste e/ou negociação coletiva.[5]

O entendimento até o presente tem sido de que as associações médicas, ao definirem uma lista de preços mínimos para as operadoras, em muito se diferenciam da forma de negociação que envolve sindicatos e empregadores, uma vez que os médicos não dependem das operadoras para exercer sua profissão, e sua adesão à saúde suplementar é voluntária. Assim, a definição de uma lista de preços por parte de associações implicaria, de fato, um problema concorrencial, pois tal lista

3. Nos dias 7 de abril de 2011, 21 de setembro de 2011 e 25 de abril de 2012.

4. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, é o marco na regulação da Saúde Suplementar. Entretanto, esta privilegia em seu texto a regulação da relação operadora-beneficiário, deixando em segundo plano as relações operadora-prestador e prestador-beneficiário.

5. Ver, por exemplo, o Projeto de Lei (PL) da Câmara nº 39/2007, originado do PL nº 3.466/2004.

caracteriza uma clara coordenação entre concorrentes, em que seus preços só poderiam divergir acima dos valores mínimos estabelecidos.[6] Neste contexto, o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) tem sido acionado e se posicionado continuamente contra as associações médicas, entendendo que tais dispositivos são prejudiciais aos consumidores, que sofreriam o repasse dos preços mais altos pagos pelas operadoras de planos de saúde.[7]

Dado que a atuação do SBDC não foi suficiente para gerar uma solução perene – demonstram-no as paralisações citadas –, tanto médicos como operadoras têm demandado uma atuação mais ativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nesse aspecto da regulação.[8]

Até 2012, as normas da ANS a respeito da relação operadora-prestador foram bastante simples, sendo constituídas por resoluções que definem o conteúdo mínimo dos contratos entre as partes – por exemplo, os contratos devem especificar prazos e procedimentos para o pagamento dos serviços prestados.[9] Contudo, após os eventos dos últimos anos, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS publicou a Instrução Normativa (IN) nº 49, de 17 de maio de 2012, definindo diretrizes para o reajuste dos valores contratados entre médicos e operadoras da saúde suplementar.

Essa instrução normativa é uma tentativa de resolver o problema de operadoras, que não previam reajustes em seus contratos com prestadores e, assim, podiam ficar longos períodos pagando o mesmo valor a estes. Contudo, este mesmo aspecto da IN tem o problema de introduzir indexação ampla em um setor da economia cujo comportamento dos preços é ser sempre mais elevado que nos demais setores, o que pode ter consequências macroeconômicas graves. Ademais, as tentativas de negociação coletiva por parte dos médicos e as paralisações não são inibidas por este dispositivo.

2.1.2 Tempo de espera para atendimento na saúde suplementar

Para que uma operadora de planos de saúde consiga a autorização para iniciar a comercialização de um plano de saúde, ela deve, entre outras coisas, apresentar junto à ANS uma declaração de suficiência de sua rede de prestadores. Posteriores alterações da rede devem ser autorizadas pela ANS, e a operadora deve reapresentar

6. Contrariando o estabelecido no inciso I do § 3º do Artigo 36 da Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011, e o anteriormente disposto no inciso I do Artigo 21 da Lei nº8.884, de 11 de junho de 1994.

7. Diferentes visões teóricas sobre este ponto podem ser encontradas em Goldberg (2008) e Almeida (2009).

8. O Artigo 3º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, atribui à ANS a finalidade de regular as relações entre operadora-prestador e prestador-beneficiário.

9. Resolução Normativa (RN) da ANS nº 42, de 4 de julho de 2003; RN nº 54, de 28 de novembro de 2003, e RN nº 71, de 17 de março de 2004.

a declaração de suficiência de rede para manter o registro do produto.[10] Contudo, o arcabouço regulatório é mais estrito quanto à rede hospitalar,[11] não sendo tão claro quanto aos profissionais médicos das diversas especialidades que o plano de saúde deve disponibilizar.

Dada a grande quantidade de denúncias recebidas pela ANS, relativas à inadequação e/ou insuficiência da rede de operadoras de planos de saúde e também à inexistência, até então, de previsão de penalidades administrativas pelo não oferecimento dos serviços – previstos no Rol de Procedimentos da Saúde Suplementar –, a ANS realizou, em fevereiro de 2011, a Consulta Pública nº 37. Esta consulta pública resultou na Resolução Normativa (RN) nº 259, publicada em 17 de junho de 2011, que estabelece prazos máximos para as operadoras de planos de saúde disponibilizarem serviços e procedimentos a seus beneficiários e penalidades para as operadoras que descumprirem os prazos estabelecidos.

Como resultado do papel fiscalizador da ANS na aplicação dessa RN, em julho de 2012, ocorreu a suspensão da comercialização de 268 planos de saúde de 37 operadoras, que foram reincidentes no descumprimento dos prazos. Esta foi a primeira ação punitiva da ANS neste sentido, sendo possíveis, ainda, medidas mais graves, como o afastamento dos dirigentes de tais operadoras. Em dezembro de 2012, oito destas operadoras haviam conseguido readequar o acesso de seus beneficiários à rede e puderam voltar a comercializar seus produtos – isto é, 45 dos planos de saúde voltaram a ser comercializados. Contudo, naquele mesmo mês, outras nove operadoras foram proibidas de comercializar 120 planos de saúde.[12]

A elevação da renda média da população ao longo dos últimos anos foi acompanhada por um crescimento na demanda por planos de saúde, contudo, este não foi seguido pelo aumento do número de prestadores.[13] Este descompasso provocou o aumento do tempo de espera para atendimentos e uma piora geral da qualidade percebida pelos beneficiários.

Um dos fatores apontados como determinantes da demanda de seguros-saúde privados na presença de um sistema universal público é o menor tempo de espera para atendimento por meio do financiamento privado.[14] Com a elevação do tempo para atendimento, esperar-se-ia um arrefecimento da demanda por seguros privados e maior utilização do serviço público. Contudo, o mercado de planos de saúde no Brasil é muito heterogêneo. Pode-se supor que uma redução

10. Essas exigências são estabelecidas na RN/ANS nº 85, de 7 de dezembro de 2004, incluindo as modificações posteriores.
11. Ver Artigo 17 da Lei nº 9.656/1998.
12. Dados obtidos no *site* da ANS. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 4 dez. 2012.
13. Existem problemas específicos em algumas especialidades que têm fatores explicativos adicionais para o número de prestadores vinculados à saúde suplementar – no caso da pediatria, por exemplo, pode-se citar a baixa remuneração por consulta e a impossibilidade de o profissional realizar ou cobrar por procedimentos adicionais.
14. Ver, por exemplo, Besley, Hall e Preston (1999).

na contratação de planos de saúde por este motivo ocorreria apenas para um segmento deste mercado, aqueles planos somente com cobertura ambulatorial e de contratação individual.

A continuidade da ação da ANS para garantir a atenção aos prazos máximos demonstra o comprometimento do regulador com o *enforcement* da nova regra, o que deve fazer com que permaneçam no mercado apenas as operadoras que consigam cumprir os prazos de atendimento, com uma consequente melhora na qualidade, real e percebida, da saúde suplementar.

Destaca-se, ainda, que essa medida adotada na saúde suplementar não encontra paralelo no SUS. Embora existam algumas iniciativas no sentido de regular o tempo máximo de espera por alguns procedimentos – por exemplo, a lei que estabelece um prazo máximo de sessenta dias, a partir do diagnóstico, para o início do tratamento de neoplasias malignas[15] –, de modo geral, não há regulamentação do tempo de espera para os serviços do SUS. A regulação do tempo de espera no SUS, juntamente com a regulação do tempo de espera na saúde suplementar, seria uma importante medida de regulação do sistema de saúde brasileiro como um todo e poderia contribuir para a melhoria do acesso aos serviços de saúde.

2.2 Lei Duvanier: criminalização da exigência de caução para atendimentos de urgência e emergência

Em janeiro de 2012, o secretário de Recursos Humanos (RH) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP), Duvanier Paiva Ferreira, faleceu após o atendimento de urgência lhe ser negado em dois hospitais privados de Brasília. Este episódio explicitou os graves problemas dos atendimentos de urgência e emergência na rede privada.

Especificamente nessa fatalidade, os hospitais procurados não faziam parte da rede credenciada ao plano de saúde do secretário e exigiram garantia financeira (cheque caução, por exemplo) para realizar o atendimento. Não dispondo de meios para apresentar a garantia, o paciente teve de procurar outro estabelecimento até conseguir o atendimento.

Embora simbólico, esse não foi um evento isolado. No que tange aos atendimentos de urgência e emergência pela saúde suplementar, este tipo de exigência para o acesso à rede é vedado pelo estabelecido na RN nº 44, de 24 de julho de 2003. Contudo, neste caso específico, tratava-se de uma relação entre um cidadão e um estabelecimento hospitalar, sem intermédio de uma operadora de plano de saúde, o que retira a força do normativo da ANS.

15. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.

Tendo em vista os problemas existentes nesses atendimentos por prestadores privados, encontrava-se em tramitação, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei nº 460/2011, que altera o Código de Defesa do Consumidor (CDC),[16] caracterizando como prática abusiva a exigência de garantia para a realização de procedimentos de urgência e emergência. Atente-se que a redação original do CDC, assim como alguns dispositivos do Código Civil, embora não trate especificamente de cuidados à saúde, permitiria classificar a prática como abusiva, ou seja, vedada na relação de consumo. Contudo, em resposta ao falecimento do secretário Duvanier, o Poder Executivo promulgou a Lei nº 12.653, de 28 de maio de 2012, que modificou o Código Penal, criminalizando a exigência de garantias financeiras para a realização de atendimentos de urgência e emergência. Esta lei passou então a ser chamada, informalmente, de Lei Duvanier, e sua grande inovação foi criminalizar uma prática que era proibida, mas usual.

2.3 O Cartão Nacional de Saúde e o ressarcimento ao SUS

A implantação do Cartão Nacional de Saúde vem se prolongando desde 1999, quando tiveram lugar as primeiras experiências-piloto. Recentemente, este cartão ganhou novo impulso com a decisão do Ministério da Saúde (MS) – Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011 – e da ANS – Resolução Normativa nº 250, de 25 de março de 2011 – de acelerar a implementação do cadastramento dos usuários de planos privados de saúde.

Essa medida tem sido divulgada como mais uma ferramenta a ser utilizada com a finalidade de facilitar o ressarcimento ao SUS toda vez que os usuários de planos de saúde utilizarem a rede pública ou privada contratada pelo SUS para receberem atendimentos com cobertura prevista em seus respectivos planos. Tem, ainda, o efeito potencial de aumentar na população usuária de planos privados de saúde a sensação de que também pertence ao SUS.

As polêmicas em torno do ressarcimento não são recentes. Previsto no Artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, o dispositivo foi logo contestado pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde. Também não são poucas as divergências a respeito do real significado do ressarcimento em termos de volume de recursos que aportaria ao SUS.

A legalidade do reembolso ao SUS continua sem julgamento definitivo, uma vez que a liminar de 2003 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que decidiu pela legalidade da cobrança pelo governo, ainda é uma decisão provisória. Tudo indica, no entanto, a manutenção de tal entendimento no julgamento definitivo.

16. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

Quanto ao potencial arrecadador do ressarcimento, os números são bastante divergentes. O fato é que, de 1998 a 2011, foram arrecadados menos de R$ 220 milhões. No entanto, estimativas de alguns órgãos, como o Tribunal de Contas da União (TCU), atingiram valores superiores a R$ 3,8 bilhões no período de 2003 a 2007, somente no tocante a procedimentos de média e alta complexidade (Brasil, 2009). Tanto o MS como a ANS acreditam que a exigência do cartão facilitará a identificação do usuário, de sua situação junto à operadora e, consequentemente, a cobrança do ressarcimento.

Contudo, até mais importante que a questão do ressarcimento, é o papel esperado do Cartão Nacional de Saúde como elemento integrador dos diferentes sistemas de informação hoje existentes no sistema de saúde.

A fase atual da implantação do cartão ainda é de cadastramento dos usuários e de início do processo de integração das diferentes bases. A previsão do MS é que, até 2014, todos os brasileiros possuam este cartão. O trabalho em parceria com a ANS faz parte deste esforço. Com relação à integração de bases, estão sendo integradas as bases de dados do Sistema de Cadastro Único dos Usuários do SUS (CADSUS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para 2013, será a vez do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), entre outros de igual importância.

3 ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA E DOS PROGRAMAS

3.1 Atenção básica em saúde

Em 24 de outubro de 2011, foi divulgada pelo MS a nova Política Nacional de Atenção Básica,[17] com o propósito de revisar algumas diretrizes e normas da edição anterior.[18]

As principais alterações foram:

- incorporação de diretrizes e normas relativas a outras formas de organização da atenção básica, indo além da estratégia de Saúde da Família;
- incorporação de políticas voltadas para grupos populacionais específicos;
- inclusão das estratégias de promoção da atividade física; e
- mudanças no financiamento.

17. Portaria nº 2.488, de 24 de outubro de 2011.
18. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.

3.1.1 Formas de organização da atenção básica

Na PNAB 2006, havia uma diretriz explícita de que as equipes de Saúde da Família (ESFs) teriam caráter substitutivo em relação ao modelo tradicional – sem Saúde da Família – nos territórios em que aquelas atuam. O estímulo à adoção deste modelo seria atribuição das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal.[19] Na PNAB 2011, a estratégia Saúde da Família continua sendo considerada a forma de organização prioritária da Atenção Básica no país, mas a nova política incorpora critérios relativos a outras formas de organização existentes nos municípios, denominando, de forma geral, as equipes multiprofissionais de equipes de atenção básica (EABs). Desta forma, a PNAB assume a multiplicidade de formas de organização da Atenção Básica à Saúde no país.

A possibilidade de novas composições em relação à carga horária dos profissionais médicos nas equipes de Saúde da Família é um dos exemplos de como a PNAB 2011 ampliou o conceito de EAB.[20] A principal mudança foi permitir que as ESFs passassem a ser constituídas por médicos com cargas horárias inferiores a 40 horas por semana. Contudo, a carga horária total estabelecida deve ser tal que a produção dos profissionais que compõem a equipe seja equivalente ao que se espera de um profissional trabalhando 40 horas.[21]

3.1.2 Atendimento de grupos populacionais específicos

Adequações foram feitas nas equipes de saúde, para atender às necessidades de grupos populacionais em situações específicas. Estas adequações incluem: *i)* vinculação das equipes de consultório na rua (ECRs) à atenção básica;[22] *ii)* ESF para atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal sul-mato-grossense – conforme definido pela Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010; e *iii)* equipes de atenção domiciliar (EADs).

O modelo de atenção à saúde da população de rua, preconizado pela Coordenação de Saúde Mental do MS, focava a dependência química e o consumo de álcool e drogas. Contudo, havia demandas para considerar outras dimensões do cuidado à saúde desta população, as quais exigiriam dinâmicas específicas e

---

19. Portaria nº 2.488, de 24 de outubro de 2011.

20. Estas modificações foram mencionadas na edição número 20 deste periódico.

21. Como informado no número 20 deste periódico, são cinco as equivalências de carga horária do profissional médico. Estas equivalências são consideradas para efeitos de repasse do incentivo financeiro de uma ESF, variando de 60% a 100%. Por exemplo, dois médicos com carga horária de 30 horas atuando em uma mesma unidade básica de saúde (UBS) equivalem a um médico com carga horária de 40 horas, podendo receber 100% do incentivo financeiro. O menor repasse, de 60%, refere-se a um médico de 20 horas em uma equipe; esta, junto com a modalidade de dois médicos de 20 horas em uma equipe (com repasse de 85% do incentivo), é considerada equipe transitória. As outras modalidades são: três médicos de 30 horas equivalem a dois médicos de 40 horas e quatro médicos de 30 horas equivalem a três médicos de 40 horas, ambas podendo receber 100% do incentivo financeiro de uma ESF. Todos os outros profissionais que compõem uma ESF devem ter carga horária de 40 horas, não sendo permitida a utilização de equivalências de quantitativos e cargas horárias.

22. Portarias nºs 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012.

estruturação diferenciada da rede de atenção à saúde. Deste processo surgiu a proposta das ECRs. Estas equipes estão vinculadas a uma unidade básica de saúde (UBS), mas atuam como equipe itinerante, devendo ter uma formação específica e adequada para garantir a atenção à saúde desta população.

Considerando as especificidades da atenção à saúde de populações ribeirinhas da Amazônia Legal e do Pantanal sul-mato-grossense, em especial a baixa densidade demográfica e o fato de uma parte desta população viver em áreas remotas e de difícil acesso, a nova PNAB incorpora a modalidade de atenção com a utilização de unidades fluviais, com equipes específicas para este fim, denominadas de equipes de saúde da família ribeirinha (ESFRs) e equipes de saúde da família fluvial (ESFFs). As ESFRs devem desempenhar a maior parte de suas funções em UBS localizadas nas áreas adscritas e cujo acesso se dá por meio fluvial; ao passo que a atuação das ESFFs ocorre em uma unidade básica específica – a unidade básica de saúde fluvial (UBSF), que circula pelos rios de uma dada região levando cuidados à população. Há também algumas diferenças na composição de equipes, com a inclusão de um microscopista na ESFR que atue em áreas endêmicas e de um técnico de laboratório ou bioquímico para as ESFFs. Conforme suas necessidades, os municípios poderão optar por um ou outro modelo de atenção à saúde das populações ribeirinhas.

Adicionalmente, a PNAB 2011 incorpora as EADs. Estas equipes têm como foco a atenção à população com impossibilidade/dificuldade de locomoção até as UBS e que apresentem agravos que demandem acompanhamento por um período determinado ou permanente. As visitas domiciliares já faziam parte das atribuições das ESFs, que as utilizavam para cadastramento da população, busca ativa, ações de vigilância em saúde, educação em saúde, ampliação de seus conhecimentos sobre os determinantes da saúde da população sob sua responsabilidade e assistência à saúde. Contudo, ao reorganizar o Sistema de Atenção Domiciliar (SAD), o MS decidiu implantar estratégias voltadas para a população que necessite de atenção à saúde mais continuada. Esta política é denominada de Melhor em Casa e tem por principal objetivo reorganizar a atenção domiciliar a partir de serviços de saúde em caráter substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial. Ela parte da constatação de que esta população não é homogênea, havendo gradações que vão de cuidados básicos até aqueles com exigências de cuidados de alta complexidade. Para isto propõe a organização da atenção domiciliar considerando estas gradações, cabendo à atenção básica os cuidados domiciliares de populações que "necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das unidades básicas de saúde" (Brasil, 2011e).[23]

23. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, Artigo 19, inciso II.

3.1.3 Promoção da saúde na atenção básica: investimento em polos de Academia da Saúde

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada anualmente pelo MS nas capitais brasileiras, mostra que a prática de atividade física é mais comum entre homens, jovens e de alta escolaridade (Malta *et al.*, 2009). Ao mesmo tempo, a literatura tem mostrado que a inatividade física aumenta o risco de desenvolver diversas doenças crônicas e o risco de morte prematura (Lee *et al.*, 2012).

Buscando ampliar a prática de atividade física na população, desde 2005, foram estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) incentivos de custeio para o financiamento de projetos que promovessem a instalação de equipamentos para a prática de atividades físicas.[24] As avaliações dos programas de promoção de atividade física realizadas em alguns municípios demonstraram que o público que tem utilizado os recursos disponibilizados tem sido formado por mulheres e idosos de baixa escolaridade. Os resultados das avaliações indicam aumento da prática de atividade física em locais com equipamentos ou atividades desenvolvidas por meio destes programas (Malta, 2012).

A partir do resultado dessas experiências e da publicação da nova PNAB, esta ação passou a ser incorporada à atenção básica em duas linhas: vigilância e assistência. No caso das ações assistenciais, o principal recurso a ser disponibilizado refere-se ao investimento em polos de Academia da Saúde. Este incentivo tem por objetivo "criar mecanismos que possibilitem aos municípios ou ao Distrito Federal a construção de espaços físicos para a orientação de práticas corporais e atividades físicas, lazer e modos de vida saudáveis como forma de prover infraestrutura adequada ao programa Academia da Saúde" (Brasil, 2011g).[25] A Portaria nº 719/2011, que instituiu o programa Academia da Saúde, ao estabelecer as diretrizes para seu funcionamento, vinculou-o à coordenação da Rede de Atenção Básica do município. Além disto, este programa está estruturado para que suas atividades sejam desenvolvidas por profissionais que atuam preferencialmente nos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), embora o programa não faça nenhuma restrição quanto à sua existência e ao financiamento federal para municípios que tenham o modelo de atenção básica tradicional. Adicionalmente, foi estabelecido repasse mensal para custeio das ações por meio da Portaria nº 1.402/2011.

---

24. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, investiu no fomento de experiências em estados e municípios, destinando recursos para o financiamento de ações de vigilância em saúde e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas às práticas corporais/atividade física, por meio de repasses de recursos fundo a fundo: *i)* em 2005, para as 27 capitais, pela Portaria nº 2.608/2005; *ii)* em 2006, para 132 municípios, pelo Edital nº 2, de 11 de setembro de 2006; e *iii)* em 2007, para 210 municípios, pelo Edital nº 2, de 16 de setembro de 2007" (Brasil, 2011a, p. 11). Em 2008, foi publicada a Portaria nº 79, de 23 de setembro de 2008, que descentralizava recursos para os Entes Federados relativos à realização de avaliações de efetividade de programas de atividades física no Brasil, vinculada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

25. Parágrafo Único, Artigo 1º da Portaria nº 1.401/2011.

Essas políticas de promoção da saúde voltadas ao incentivo à atividade física estão incorporadas também ao Programa Saúde na Escola (PSE) – política intersetorial dos ministérios da Saúde e da Educação (MEC), criado em 2007, conforme destacado na edição número 18 deste periódico. Além da atividade física, na nova PNAB, explicita-se a escola como espaço de atuação das EABs para promoção de atenção psicossocial, alimentação saudável e outras atividades de atenção à saúde do estudante, bem como a intenção de expandir este programa para creches.

3.1.4 Mudanças nas modalidades de financiamento federal para a atenção básica

Os repasses federais para a atenção básica à saúde vêm sendo realizados por meio de dois instrumentos: o piso da atenção básica fixo (PAB-fixo) e o piso de atenção básica variável (PAB-variável). O primeiro piso incorpora um montante fixo de recursos a ser repassado a estados e, principalmente, por critérios *per capita,* a todos os municípios brasileiros, independentemente de terem ou não adotado estratégias específicas incentivadas pelo MS. O PAB-variável, por seu turno, foi estabelecido para induzir a implantação da estratégia Saúde da Família, inicialmente para as ESF e, posteriormente, para as outras modalidades a ela vinculadas e que foram implantadas ao longo dos anos 2000, tais como: equipes de saúde bucal (ESBs), NASF, PSE, entre outros.

As principais mudanças no financiamento da atenção visaram, como se verá mais adiante: *i)* inserir elementos de equidade na fixação do valor do PAB-fixo, mediante a utilização de fórmula com finalidade redistributiva; *ii)* inserir no PAB-variável novas formas de atuação visando atender às necessidades de grupos populacionais específicos; e *iii)* inserir na política de financiamento incentivos para o alcance de metas de produção e de qualidade do atendimento.

Entre 2010 e 2012, foram incorporados ao PAB-variável os recursos para custeio de ações específicas, como as ECRs, ESFFs, ESFRs, EADs, e os recursos para compensação de especificidades regionais (CER), além de recursos para contratação de microscopistas e para as academias da saúde.

Em 2011, teve início a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que, como será descrito neste capítulo, constitui-se, entre outros, em um incentivo que prevê aumentos de recursos transferidos por ESF.

A PNAB incorpora e consolida todas essas mudanças, as quais foram organizadas em cinco formas de financiamento federal para a execução da política, a saber: *i)* recurso fixo *per capita; ii)* recurso variável para projetos específicos, tais como CER e requalificação das UBS; *iii)* recursos de investimento; *iv)* recursos condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, como ESF,

ESB, agentes comunitários de saúde (ACS), NASF, ECR, ESFF e ESFR, EAD, PSE, microscopista e Academia da Saúde; e *v)* recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade (PMAQ-AB).

Nas duas próximas subseções serão destacados dois fatos novos: a alteração do PAB-fixo e os recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade.

Alteração do PAB-fixo

Entre as alterações no financiamento federal, destaca-se a mudança no PAB-fixo – repasse automático, fundo a fundo, para os municípios, com base na população divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) –, realizada pela Portaria nº 1.602/2011. Houve tanto a alteração dos valores *per capita*[26] repassados para os municípios quanto uma diferenciação segundo a classificação populacional e a pontuação de um índice composto pelos seguintes indicadores: produto interno bruto (PIB) *per capita*; percentual da população com Bolsa Família, ou percentual da população em extrema pobreza; percentual da população com plano de saúde; densidade demográfica. A tabela 1 apresenta os valores a partir da incorporação destes indicadores.

TABELA 1
Critérios e valores *per capita* anuais para o cálculo do repasse fundo a fundo dos municípios – PAB-fixo
(Em R$)

Pontuação segundo índice criado[1]	Faixas populacionais consideradas			
	Até 50 mil habitantes	Entre 50 mil e 100 mil habitantes	Entre 100 mil e 500 mil habitantes	Acima de 500 mil habitantes
Menor que 4,82	23,00	21,00	19,00	18,00
Entre 4,82 e 5,40	21,00	21,00	19,00	18,00
Entre 5,40 e 5,85	19,00	19,00	19,00	18,00
Acima de 5,85	18,00	18,00	18,00	18,00

Fonte: Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011.
Nota: [1] O índice criado utilizou as seguintes variáveis: PIB *per capita*/IBGE (quanto maior o PIB, maior a pontuação); percentual da população com Bolsa Família, ou percentual da população em extrema pobreza (para cada município foi utilizada a menor delas: quanto maior o percentual de pobres, menor a pontuação); percentual da população com plano de saúde (quanto maior o percentual de pessoas com plano de saúde, maior a pontuação); e densidade demográfica (quanto maior a densidade, maior a pontuação).

O MS utilizou, como justificativa, o critério de equidade para essa mudança no PAB-fixo. O entendimento é que os valores *per capita* não deveriam ser aumentados de forma igual para todos os grupos de municípios. Aqueles com maior

26. A Portaria nº 3.170/2010 estabelecia o valor *per capita* em R$ 18,00 e atualizava a base populacional para fins do repasse da parte fixa do PAB.

necessidade, definida a partir do indicador composto, deveriam receber aumentos relativamente maiores.

O índice composto utiliza a participação de planos de saúde como um dos critérios para considerar o município menos vulnerável. Isto pode levar a duas interpretações: os planos de saúde são parte do sistema assistencial brasileiro, cobrindo uma parcela da população que não é considerada prioritária no processo atual de expansão da atenção básica; ou, dado que não há recursos suficientes para implantar um sistema universal conforme preconizado pela CF/88, a prioridade é alcançar aqueles que não teriam acesso à atenção básica por outros meios. Este é um debate não trivial e que tem sido recorrente na política social brasileira.

Com relação à política de saúde, a questão é como organizar um sistema de saúde que possui vários subsistemas e várias portas de entrada. A parcela da população que possui plano e seguro de saúde utiliza o sistema público em algumas ocasiões, por exemplo, para serviços de vacinação ou para obtenção de bens e serviços de mais alto custo, incluindo medicamentos, ou indiretamente por meio de atividades de vigilância à saúde. Como seu contato com a maior parte dos serviços de atenção básica é feito por meio de planos ou seguros de saúde ou por pagamento direto do bolso, a gestão do cuidado integral pelo SUS só passa a ser feita quando esta parcela da população acessa os serviços de mais alta complexidade. Mesmo neste caso, há múltiplas possibilidades de combinação entre os serviços públicos e de mercado.

Quando se pretende que a atenção básica pública seja a porta de entrada preferencial do sistema e tem-se uma parcela da população que acessa este nível de atenção pelo mercado, faz-se necessário pensar um processo de regulação do acesso em todo o sistema de saúde.

Recursos adicionais condicionados ao cumprimento de metas e avaliação de resultados: PMAQ-AB

O PMAQ-AB foi lançado em 2011[27] com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Sua lógica está centrada na premiação por desempenho. Segundo Pinto, Souza e Florêncio (2012, p. 3),

> o PMAQ promoveu uma mudança profunda no financiamento da AB (atenção básica) vinculando parte importante do repasse de recursos à implantação de "padrões" que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores.

27. Instituído pela Portaria nº 1.654/2011.

Na primeira fase, denominada "adesão e contratualização", os municípios e as EABs aderem ao programa, com o recebimento imediato de 20% do valor de repasse do programa, por equipe. Há também a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes e os gestores municipais, e destes com o MS. Esta etapa encontra-se concluída, com a adesão de 70,7% dos municípios e 53,9% das EABs, com alguma variação entre os estados (Pinto, Souza e Florêncio, 2012).[28]

Em um segundo momento, denominado desenvolvimento, é realizada uma autoavaliação pelas equipes a partir de instrumentos do PMAQ-AB e outros pactuados com os municípios, o estado ou a região de saúde. Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2012), a fase 2 do PMAQ-AB foi construída sobre quatro estratégias: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. As EABs aderem a um termo por meio do qual se comprometem a seguir diretrizes do MS em relação a itens, por exemplo, diretrizes que organizam o processo de trabalho e o monitoramento de indicadores. As equipes são monitoradas por 47 indicadores[29] por meio do SIAB, que foi modificado para permitir tal acompanhamento.

O terceiro momento do programa está centrado na avaliação externa por meio de indicadores de resultado e de avaliações das EABs, da satisfação dos usuários e de estudos de base sobre acesso, utilização e qualidade da atenção básica. O desempenho das equipes no PMAQ-AB será mensurado nesta terceira fase e as equipes serão comparadas local, regional e nacionalmente.

As equipes, nesse primeiro ciclo, serão comparadas com equipes que tenham escores semelhantes.[30] Em um segundo ciclo, a análise do desempenho também considerará o resultado da própria equipe entre um ciclo e outro. O ciclo é fechado na quarta e última fase em que se recontratualiza com os municípios o incremento nos indicadores observados, com novos padrões de acesso e qualidade.

O cumprimento das metas e o alcance das melhores notas relativas implicarão que o total dos recursos repassados pelo MS por EAB poderá dobrar ao fim de um ciclo. Os documentos que orientam a implantação do PMAQ-AB

28. Segundo estes autores, os estados que tiveram menor e maior adesão em termos de municípios foram, respectivamente, Maranhão (9,2%) e Ceará (92,9%). No caso de equipes por estado, os de menor e maior adesão foram, respectivamente, Maranhão (6,5%) e Santa Catarina (79,5%). Os autores indicam também uma relação de adesão diretamente correlacionada com o índice de desenvolvimento humano (IDH) e o tamanho populacional.

29. Os 47 indicadores encontram-se listados nas páginas 28 e 29 do *Manual instrutivo do PMAQ-AB* (Brasil, 2012c). Eles abrangem indicadores de desempenho e monitoramento em sete áreas estratégicas da atenção básica – pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle da hipertensão arterial sistêmica e de *diabetes Mellitus*, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis –, assim como iniciativas estratégicas do MS – Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência.

30. Para fins de comparação, o MS classificou os municípios nos mesmos seis estratos utilizados para a estratificação dos recursos *per capita* do PAB-fixo, conforme apresentado na subseção intitulada *Alteração do PAB-fixo* deste capítulo. A estratificação do PMAQ-AB está disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos para certificacao.php>.

não deixam claro qual a duração de um ciclo, com suas quatro fases. Contudo, sua leitura leva a crer que esta dependerá do momento da solicitação da avaliação externa pelo município, que, segundo a normatização, possui um prazo de até seis meses para este primeiro ciclo e de dezoito meses para os demais ciclos.

O monitoramento contínuo e a avaliação de programas devem fazer parte do planejamento e da organização do sistema de saúde. Assim, promover a autoavaliação, associada a avaliações externas, e permitir que as equipes conheçam as melhores práticas é algo sempre muito bem-vindo. Contudo, a literatura reconhece as possibilidades de incentivos desta natureza produzirem consequências indesejadas na atenção à saúde. Gérvas e Fernández (2012) resenharam vários trabalhos sobre modelos de pagamento por desempenho em alguns países, entre eles Reino Unido, Espanha e Estados Unidos. Estes trabalhos alertam para o risco de os profissionais se concentrarem nos indicadores e perderem o foco na atenção clínica aos pacientes. Será necessário acompanhar este processo para verificar seus efeitos sobre a efetiva melhoria da qualidade e equidade do sistema de saúde.

3.2 Atenção de média e alta complexidade

Em 2011, os recursos destinados à atenção ambulatorial e hospitalar especializada possibilitaram a realização de mais de 11,3 milhões de procedimentos hospitalares e quase 1,2 bilhão de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Também promoveram a formação de redes de saúde em algumas áreas prioritárias e permitiram a expansão de serviços hospitalares – foram habilitados 1.287 novos leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI), e a implantação de novos serviços (Brasil, 2012a).

De acordo com o Relatório Anual de Gestão (RAG), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), "a principal estratégia de atuação da SAS em 2011 foi a de consolidar e promover as redes de atenção à saúde" (Brasil, 2012a, p. 24). A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.[31] Caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção e inovam ao organizar o deslocamento dos pacientes aos grandes centros que oferecem serviços de maior complexidade, quando necessário.

Inicialmente, os recursos estão sendo utilizados no desenvolvimento de redes de atenção consideradas prioritárias: a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e a Rede de Atenção Psicossocial. De modo geral, o desenvolvimento destas redes tem como objetivos principais melhorar o acesso aos serviços e

31. Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

promover mudanças no modelo de atenção, de modo a reduzir a necessidade de serviços de maior complexidade.

A Rede Cegonha foi lançada por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, e organiza-se a partir dos seguintes componentes: *i)* pré-natal; *ii)* parto e nascimento; *iii)* puerpério e atenção à saúde da criança; e *iv)* sistema logístico. Os recursos destinados a promover o desenvolvimento desta rede são utilizados para reforçar a rede hospitalar, especialmente a obstétrica de alto risco, construir/reformar estruturas de assistência e qualificar os profissionais de saúde. Recursos também são destinados a assegurar o transporte da gestante para o pré-natal e o parto. O reforço da rede hospitalar busca assegurar a suficiência de leitos obstétricos e neonatais, com a vinculação prévia da gestante ao local mais adequado ao parto. Os partos de risco habitual devem ser realizados em maternidades ou centros de parto normal (CPNs), uma das novas estruturas de assistência criadas no âmbito da rede. As novas estruturas de assistência também incluem as casas de apoio a gestante, bebê e puérpera (CGBs) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Rede Cegonha (Samu Cegonha), cujas ambulâncias devem ser equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais, e reforçam a tentativa de assegurar transporte adequado para as gestantes. As casas de apoio estão vinculadas aos hospitais de referência em alto risco, provem acomodação e prestam alguns serviços de assistência à saúde (consultas, exames clínicos e coleta de material para diagnóstico) às gestantes ou puérperas cujos bebês ainda não receberam alta hospitalar.

A Rede Cegonha deve ser implantada gradativamente em todo o território nacional, obedecendo a critérios epidemiológicos e populacionais. A implantação desta rede se dá por meio de adesão das UFs e municípios, e começa com o diagnóstico da situação da atenção à saúde materna e infantil no espaço geográfico relevante (UFs ou região de saúde). A partir do diagnóstico, é elaborado o desenho regional da rede e o plano operativo, inclusive com a definição do aporte de recursos necessários. O MS compromete-se com o custeio total dos exames, do transporte, dos CPNs e das CGBs; com o fornecimento de *kits* para as UBS e para as gestantes; e com o custeio de 80% da ampliação e qualificação dos leitos hospitalares. Os municípios se responsabilizam pela contratualização dos pontos de atenção desta rede, que devem ser qualificados por meio do cumprimento de requisitos mínimos. Por fim, cumpridas todas as etapas, a rede precisa ser certificada pelo MS – o processo de certificação é refeito anualmente.

Por sua vez, a política de atenção às urgências está sendo reformulada a partir das diretrizes da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, com a criação da Rede de Atenção às Urgências. Esta rede prioriza as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica e tem como principais componentes na atenção de média e alta complexidade o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), as salas de estabilização, as unidades de pronto

atendimento 24 horas (UPAs 24 horas), os serviços de urgência hospitalar e os leitos de internação.[32] Particular importância tem sido dada à expansão das UPAs e do Samu 192.

Ao fim de 2011, estavam em funcionamento 145 UPAs e 165 centrais de regulação do Samu, contando com 2.009 ambulâncias devidamente habilitadas e 101 motolâncias – de acordo com os RAGs de 2011 e 2012. Considerando-se os dados e estudos disponíveis, não é possível afirmar se estes serviços atendem às necessidades existentes. Contudo, as metas estabelecidas no Mais Saúde não foram atingidas no prazo estipulado – as metas estipuladas eram a construção, habilitação e custeio de 533 UPAs, além da aquisição e custeio de 4.176 ambulâncias e 1.880 motolâncias do Samu, até 2011 (Brasil, 2010). Vale ressaltar que progressos foram feitos em 2012. O MS afirma em seu site na internet que, até o fim 2012, havia 4.658 unidades móveis habilitadas.[33] Quanto às UPAs, até março de 2012, 650 unidades estavam em andamento – considerando as que estão em construção – e 156 estavam em funcionamento, isto é, devidamente habilitadas e custeadas (Rio de janeiro, 2012).

A Rede de Atenção Psicossocial, criada pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, busca melhor articular os serviços de atenção à saúde para portadores de transtornos mentais e pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas. Entre as diretrizes para o funcionamento desta rede, destaca-se a construção de um projeto terapêutico que atenda às necessidades específicas de cada paciente, o que requer a adequada articulação entre os serviços de saúde. A Rede de Atenção Psicossocial inclui serviços de atenção básica, que são prestados nas UBS ou nos serviços móveis das equipes de consultório na rua, e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Os SRTs visam substituir os hospitais psiquiátricos e os hospitais de custódia na desinstitucionalização de pessoas longamente internadas, reinserindo-as no convívio social. No que diz respeito à atenção de média e alta complexidade, além dos centros de atenção Psicossocial (CAPS), merecem destaque os serviços de atenção às urgências e os serviços hospitalares. A Rede de Atenção às Urgências deve compor a Rede de Atenção Psicossocial e, em seu âmbito, responsabilizar-se pelo cuidado nas situações de urgência das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas. A atenção hospitalar requer serviços de referência e enfermarias especializadas para o tratamento de transtornos graves, especialmente os relativos à abstinência e intoxicações, que deve estar articulado com o projeto terapêutico individual.

32. A política de atenção às urgências e seus diversos componentes foram tratados em detalhes na edição 19 deste periódico.

33. Informação disponível no Portal da Saúde do MS em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36689&janela=1>. Acesso em: 30 nov. 2012.

A Rede de Atenção Psicossocial contava, até março de 2012, com 1.742 CAPS, 625 residências terapêuticas e 92 serviços móveis das equipes de consultórios na rua. Adicionalmente, 3.961 pacientes eram contemplados pelo programa De Volta para Casa, que paga um auxílio financeiro aos beneficiários, e estavam em andamento 640 iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2012b). Do mesmo modo que no caso dos serviços de urgência, não é possível afirmar se estes serviços atendem às necessidades existentes. Mas, considerando-se que as metas estipuladas pelo MS tentam atender estas necessidades, ainda falta muito a ser feito. Por exemplo, o Mais Saúde tinha como meta colocar em funcionamento 430 novos CAPS entre 2008 e 2011, o que resultaria em 1.841 destes centros em funcionamento ao fim de 2011. Portanto, a meta não foi atingida (Brasil, 2010).

O projeto terapêutico individual explicita um aspecto crucial para a formação de redes e para a garantia da integralidade: a coordenação da atenção à saúde. Ao tentar identificar reformas necessárias para uma melhor coordenação da atenção à saúde, Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007) destacam a necessidade de maior integração entre os níveis de atenção (componentes) e provedores, para lidar, principalmente, com as barreiras administrativas que dificultam o trânsito dos pacientes entre os diversos serviços. Almeida *et al.* (2010) estudaram os instrumentos facilitadores da integração entre a atenção básica e a atenção especializada nos municípios de Belo Horizonte, Florianópolis, Aracaju e Vitória, e identificaram os seguintes instrumentos: estruturas de regulação, organização dos fluxos para a atenção especializada (sistemas de referência e contrarreferência), implantação de prontuários eletrônicos e o desenvolvimento de protocolos clínicos. Estes instrumentos, combinados com o aumento da oferta de serviços especializados, contribuíram para avançar na coordenação da atenção à saúde nestes municípios.

Apesar dos avanços, alguns desafios ainda permanecem. Os instrumentos existentes precisam ser aperfeiçoados, a oferta de serviços ainda é inadequada e existem grandes dificuldades de coordenação de provedores que estão fora da gestão municipal, como os provedores privados e os provedores estaduais. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, existem relatos de que a regulação dos serviços de urgência ainda é bastante mediada por relações pessoais e contatos informais entre profissionais de saúde (Minayo e Deslandes, 2008; Lima e Rivera, 2010). Na atenção à saúde mental, Pereira (2009) alega que apenas seis UFs tinham uma cobertura considerada adequada e nenhuma tinha uma cobertura boa de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) – centros de atenção psicossocial que tratam especificamente de usuários de álcool e drogas.

Entre os novos serviços, vale a pena destacar os que compõem a atenção especializada em saúde bucal. Desde o lançamento do programa Brasil Sorridente,

em 2003, até novembro de 2012, 816 laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDs) foram credenciados, e implantados 882 centros de especialidades odontológicas (CEOs) em 735 municípios do país. Em 2011, foram feitos 27 milhões de procedimentos especializados nestes centros e, desde março de 2011, os CEOs também passaram a ofertar aparelhos e implantes.[34]

Os LRPDs são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses dentárias totais, próteses parciais removíveis e próteses coronárias/intrarradiculares e fixas/adesivas. Os CEOs servem como referência especializada para as equipes de saúde bucal e oferecem serviços de diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais.

A criação dos LRPDs e dos CEOs, juntamente com a inclusão de equipes de saúde bucal no Saúde da Família, melhoraram o acesso a serviços odontológicos, de modo geral, e nas regiões menos favorecidas, em particular. A PNAD 1998 estimava que 18,7% dos entrevistados nunca tinham consultado um dentista ao longo da vida, enquanto, na pesquisa realizada em 2008, este percentual caiu para 11,7% (IBGE, 2010). Esta redução coincide com o aumento na oferta de serviços públicos. Por exemplo, entre 2002 e 2010, o número de atendimentos especializados em atenção à saúde bucal quadruplicou, passando de 6 milhões para 25 milhões (Brasil, 2011b). Alguns estudos mostram que os recursos públicos têm sido direcionados para áreas com piores indicadores socioeconômicos (Baldani, Almeida e Antunes, 2009; Junqueira *et al.*, 2006) e, em algumas localidades, a assistência especializada em saúde bucal não era realizada antes da implantação dos CEOs (Deitos, 2009).

Contudo, as metas de implantação de novos centros não têm sido atingidas e ainda existem problemas de acesso, mesmo nas localidades que têm sido favorecidas pelo Brasil Sorridente. Em dezembro de 2008, estavam implantados 674 CEOs, e o MS definiu como meta a implantação de cem novos centros a cada ano. Se as metas fossem atingidas, estariam em funcionamento 974 CEOs. Contudo, como dito anteriormente, em novembro de 2012, estavam em funcionamento 882 destes centros. A partir de documentos oficiais e entrevistas com atores relevantes, Guerra (2009) aponta as dificuldades para contratação de profissionais especialistas, a existência de exigências de difícil cumprimento, como a realização de uma quantidade mínima de determinados procedimentos mesmo quando não são demandados, e as descontinuidades administrativas, como alguns empecilhos à implantação dos CEOs no estado do Rio de Janeiro.

34. Informação disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/ms_programa_brasil.php>. Acesso em: 20 jul. 2012.

Contudo, o principal empecilho parece ser a falta de recursos orçamentários. Os recursos federais são incertos: mesmo quando são liberados recursos para implantação do centro, não há garantia dos recursos de custeio. O gestor estadual não tem participado do cofinanciamento da atenção à saúde bucal nem mesmo na atenção básica. Os municípios, por sua vez, ou não possuem recursos próprios ou não priorizam os CEOs em seus orçamentos. Quanto ao acesso, quase 53% dos usuários dos CEOs de Recife reportaram ser difícil ou muito difícil obter uma vaga para tratamento (Lima, Cabral e Vasconcelos, 2010) e quase 53% dos usuários de um centro em Vitória da Conquista, na Bahia, reportaram espera superior a quinze dias para a realização da primeira consulta (Souza e Chaves, 2010).

3.3 Vigilância em saúde

Os resultados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, revelaram o rápido envelhecimento da população brasileira. Entre 1960 e 2010, ocorreram importantes alterações na estrutura etária, conforme pode ser observado nas pirâmides etárias relativas do Brasil, ilustradas no gráfico 1.

Enquanto, em 1960, a população de 60 anos ou mais representava 4,7% da população total, em 1991, passou a participar com 7,3%, e, em 2010, já correspondia a 10,8%. Por sua vez, o grupo de menores de 15 anos, que representava 42,7% em 1960, declinou gradativamente para 34,7 e 24,1% em 1991 e 2010, respectivamente (IBGE, 2011).

O envelhecimento reflete diretamente sobre a situação de saúde da população, com importantes repercussões para a vigilância em saúde, em consequência de seus impactos sobre os padrões de morbidade e mortalidade. Destaca-se o aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como acidente vascular cerebral, infarto, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

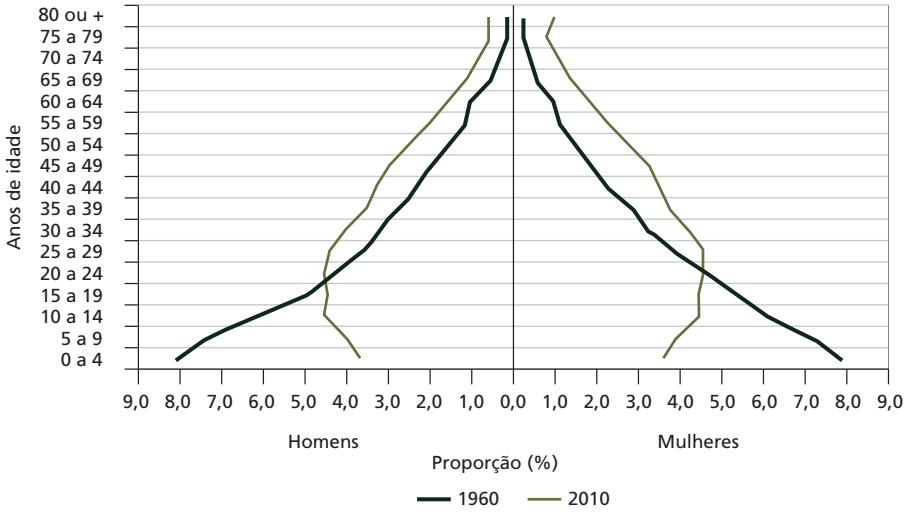
Estudo realizado com dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs) revelou que, no período 1998-2008, houve um aumento relativo de quase 50% na prevalência de diabetes no Brasil, quando foram considerados os coeficientes padronizados por sexo e idade, para ajustar a prevalência para as alterações na estrutura etária da população ocorridas durante o período do estudo. Em 2008 a prevalência de diabetes era 5% na população brasileira com 18 ou mais anos de idade. Todavia, entre os idosos (60 anos ou mais de idade), esta prevalência superava 15% (Freitas e Garcia, 2012).

Resultados do Inquérito Vigitel, realizado pelo MS, em 2011, nas 26 capitais dos estados e no Distrito Federal, mostram que a frequência de adultos que

referiram diagnóstico médico prévio de diabetes variou entre 2,7% em Palmas e 7,3% em Fortaleza. No conjunto da população adulta, das 27 cidades estudadas, a frequência foi 5,6%, sendo 5,2% entre homens e 6,0% entre mulheres. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença aumenta com o avanço da idade. Mais de um quinto de homens e mulheres com 65 anos de idade ou mais referiram diagnóstico médico de diabetes.[35]

Refletindo a elevada prevalência, as doenças crônicas não transmissíveis se sobressaem como uma das maiores causas de mortalidade. Em 2010, estas doenças foram responsáveis por 68% dos óbitos no país. Com as correções para subregistro e causas mal definidas de óbito, esta proporção se elevou para 73,9%. Enquanto, para algumas doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, observou-se declínio nas taxas de mortalidade específicas padronizadas por sexo e idade, para o diabetes, houve um aumento de 8% na taxa de mortalidade no período 2001-2010 de 33 para 36 óbitos por 100 mil habitantes – (Brasil, 2012g).

GRÁFICO 1
Composição relativa da população residente total, por sexo e grupos de idade – Brasil (1960-2010)



Fonte: Censos Demográficos de 1960 a 2010/IBGE.

35. Informações disponíveis no Portal da Saúde do MS em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel_2011_final_0812.pdf>. Acesso em: 18 set. 2012.

Entre os adultos (20-59 anos), as causas externas foram as principais causas de morte (27%). Contudo, quando somados, os óbitos por câncer (neoplasias) e doenças do aparelho circulatório (36%) superam esta proporção, refletindo a mortalidade precoce por doenças crônicas no Brasil (Brasil, 2012e). Na população idosa, as DCNTs predominam como causa de óbito, com destaque para as doenças do aparelho circulatório.

Entre idosos, a relação entre doença cerebrovascular e doença isquêmica do coração é um importante indicador da mortalidade. Quando a mortalidade por doença cerebrovascular é maior que aquela por doença isquêmica do coração, como ocorre no Brasil, há indícios de que não há controle adequado da hipertensão arterial. Apesar da redução na razão entre as taxas de mortalidade por doença cerebrovascular e por doença isquêmica do coração observada entre 1991 e 2010, a mortalidade pela primeira ainda predomina sobre a última. Isto indica que ainda são necessários esforços para ampliar o acesso ao controle da hipertensão arterial e torná-lo mais efetivo (Brasil, 2012h).

Na faixa etária de 60 anos ou mais de idade, a taxa de mortalidade por diabetes aumentou em 15,2% no período 1991-2010 (de 207 para 244 óbitos por 100 mil habitantes). A boa notícia é que a taxa de mortalidade geral (por todas as causas) de idosos se reduziu em aproximadamente 25%, no período 1991-2010, passando de 4,7 para 3,5 por mil habitantes com 60 anos ou mais de idade (Brasil, 2012h).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, ratificado em agosto de 2011, prevê uma série de ações com várias metas, entre elas, uma meta geral de redução em 2% ao ano das mortes prematuras por DCNT, o que resultaria em uma redução de 255 para 196 óbitos por 100 mil habitantes no período 2011-2022.[36] A elaboração deste plano foi coordenada pelo MS, em colaboração com vários órgãos governamentais, os quais compartilham entre si as responsabilidades pelo alcance das metas. Adicionalmente, envolveu diversas instituições de pesquisas e diversos segmentos da sociedade em seu processo de elaboração. Este processo deve-se à leitura que a redução das DCNTs só pode ser alcançada por meio da ação coordenada de várias instituições públicas e destas com a sociedade civil. O plano foi organizado em torno de três eixos: *i)* vigilância, informação, avaliação e monitoramento; *ii)* promoção da saúde; e *iii)* cuidado integral. O primeiro eixo conta com seis estratégias, o segundo com doze e o terceiro com oito. Apenas para citar um exemplo do compartilhamento de responsabilidades entre os órgãos de governo, toma-se o eixo de promoção da saúde, que tem por objetivo:

36. Informações disponíveis no Portal da Saúde do MS em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

"promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer articulações intersetoriais que promovam a construção de estilos de vida saudáveis". A sétima estratégia refere-se à ampliação e ao fortalecimento das ações de alimentação saudável e tem por meta alcançar um percentual de 80% das escolas com alimentação saudável em 2022. Para o alcance desta meta, estão envolvidos a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Atenção a Saúde do MS; a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa); o Ministério da Pesca e Agricultura; e o MEC, com o Programa Nacional de Alimentação Escolar.

Apesar da importância do envelhecimento e das DCNTs no Brasil, o país ainda convive com importantes problemas relacionados à saúde da criança. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil reduziu-se de 26,6 para 16,2 óbitos por mil nascidos vivos no Brasil. Mantendo-se a tendência, a meta do quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de 15,7 óbitos por mil nascidos vivos, será atingida antes de 2015 (Brasil, 2012f). Todavia, persistem importantes desigualdades regionais, e a mortalidade de menores de um ano no Brasil ainda é bastante elevada em comparação com outros países, como Argentina, Chile, México e Rússia (doze, oito, catorze e oito óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente). A mortalidade infantil no Brasil ainda é semelhante àquela da China e inferior à da Índia – dezesseis e 48 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente (WHO, 2012).

A poliomielite é uma doença da qual o Brasil está livre há mais de vinte anos. O último caso no país foi registrado em 1989, na Paraíba. O certificado de eliminação da doença foi recebido da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1994. A poliomielite não tem tratamento. Apenas a vacinação é capaz de prevenir a doença e impedir que o vírus não volte a circular no país, uma vez que este ainda circula em outros locais do mundo. Em preparação para a erradicação mundial da poliomielite, o Calendário Básico de Vacinação da Criança foi ampliado em 2012, com a introdução da vacina injetável, feita com vírus inativado. A nova vacina, injetável, passou a ser aplicada nas crianças que estão iniciando o calendário de vacinação, em paralelo com a campanha nacional de imunização, realizada com a vacina oral (em gotas). A vacina injetável será aplicada aos dois e aos quatro meses de idade e a vacina oral será utilizada nos reforços, aos seis e aos 15 meses de idade.[37]

A vacina pentavalente, que reúne em uma só dose a proteção contra cinco doenças (difteria, tétano, coqueluche, *Haemophilus influenza* tipo B e hepatite B), também foi incluída no Calendário Básico de Vacinação da Criança.

37. Informações disponíveis no Portal da Saúde do MS em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4029/162/saude-oferece-duas-novas-vacinas-para-criancas.html>. Acesso em: 19 set. 2012.

Anteriormente, a imunização para estas doenças era oferecida em duas vacinas separadas (tetravalente e contra hepatite B). O emprego da nova vacina possibilita reduzir o custo, o número de injeções e o número de oportunidades perdidas de vacinação.[38]

Em 2012, pela primeira vez, o MS, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, realizou uma estratégia de campanha para atualização da caderneta de vacinação infantil. Mais de 1,3 milhão de crianças foram vacinadas contra diversas doenças. Durante a semana de atualização, em agosto de 2012, foram disponibilizadas aos menores de 5 anos de idade todas as vacinas do calendário básico da criança. A campanha será repetida anualmente, no segundo semestre de cada ano.[39]

Como destaque entre os fatos relacionados à vigilância em saúde, em 2012, está a publicação da portaria que instituiu a Política e o Plano Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Os objetivos desta política são fortalecer a vigilância em saúde do trabalhador e a integração com os demais componentes; promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis; garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador; ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal; incorporar a categoria "trabalho" como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde.[40]

Com esse instrumento, o MS passa a regulamentar, de maneira técnica e legal, a garantia dos direitos à saúde no ambiente de trabalho a todos os trabalhadores, independentemente de sua localização (urbana ou rural), de sua forma de inserção no mercado de trabalho (formal ou informal), de seu vínculo empregatício (público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observa os seguintes princípios e diretrizes: universalidade; integralidade; participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; descentralização; hierarquização; equidade e precaução. Estes devem ser observados nas três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal). A ênfase desta política é na vigilância, mas, como mencionado, também tem por diretrizes a promoção da saúde e dos ambientes e processos de trabalho saudáveis, bem como a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador.

---

38. Informações disponíveis no Portal da Saúde do MS em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4029/162/saude-oferece-duas-novas-vacinas-para-criancas.html>. Acesso em: 20 set. 2012.

39. Informações disponíveis no Portal da Saúde do MS em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/6815/162/campanha-abrange-mais--de-13-milhao-de-criancas.html>. Acesso em: set. 2012.

40. Publicada no *Diário Oficial da União* (DOU) no dia 24 de agosto de 2012, a Portaria do Ministério do da Saúde nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora integra ações do MS, no âmbito do SUS, e de outros dois ministérios – o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e o Ministério da Previdência Social (MPS) – e se articula com a política e o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

A expectativa é que essa política permita o fortalecimento da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), cujo foco principal tem sido a vigilância em saúde. Contudo, são muitos seus desafios, entre eles: *i)* promover uma vigilância efetiva, que permita conhecer, em coordenação com outras instâncias de governo, a realidade da saúde do trabalhador, incluindo a produção de informações com representatividade nacional sobre os acidentes de trabalho e doenças profissionais; *ii)* conseguir promover, no âmbito do SUS, uma gestão da saúde do trabalhador de forma a que se tenha uma efetiva atenção integral à saúde deste grupo populacional; e *iii)* formar profissionais no âmbito do sistema de saúde com capacidade para realizar ações de vigilância, promoção, prevenção e assistência à saúde do trabalhador.

3.4 Assistência farmacêutica

Entre o início de 2011 e o segundo semestre de 2012, a assistência farmacêutica (AF) no SUS foi modificada por dois dispositivos que regulamentam ou modificam aspectos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, trata especificamente da incorporação de tecnologias e novos medicamentos, estabelecendo critérios e uma racionalidade para a modificação/atualização dos serviços e medicamentos disponibilizados pelo SUS. Esta lei é uma inovação importante, pois criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), que passou a definir critérios objetivos para incorporação de medicamentos. Ademais, a lei trouxe ao corpo normativo do SUS a utilização de critérios de custo-efetividade para incorporação de tecnologia.

Por sua vez, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, define a periodicidade de atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) em dois anos e, adicionalmente, qualifica condições para a AF no SUS, isto é, afirma que o acesso à AF pressupõe tratamento e dispensação dos medicamentos no SUS.[41]

Além de definir os critérios para a incorporação de tecnologia ao SUS, como os já existentes em outros países com sistemas de saúde universais, a intenção destes dois normativos é reduzir a pressão orçamentária e desorganização no sistema de saúde causada por demandas judiciais relativas a medicamentos não incluídos nos programas do SUS e, por vezes, nem mesmo registrados na Anvisa.

41. Parte do contido nesta portaria já estava definido na Resolução MS nº 1, de 17 de janeiro de 2012. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) foi atualizada em 28 de março de 2012, pela Portaria MS/GM nº 533.

O MS publicou ainda a Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012, atualizando as normas operacionais do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Como parte da ação Brasil Carinhoso e do programa Saúde Não Tem Preço, esta portaria foi posteriormente modificada,[42] incluindo medicamentos para asma no PFPB. Assim, estes medicamentos passaram a ter distribuição gratuita tanto na rede própria do PFPB quanto na rede credenciada do Aqui tem Farmácia Popular.

No componente especializado da assistência farmacêutica, isto é, entre os medicamentos de alto custo, o MS passará, em 2012, a incluir o Trastuzumabe, medicamento para o tratamento do câncer de mama. Este vinha sendo demandado continuamente por via judicial, contudo sua incorporação foi feita seguindo a avaliação da CONITEC, isto é, o medicamento foi incorporado devido à avaliação de que ele apresenta uma relação custo-eficiência adequada.

3.5 Gestão do SUS

No que diz respeito à gestão do SUS, no segundo semestre de 2011 e início de 2012, observa-se a continuidade de processos iniciados no período anterior, parte destes relacionados à regulamentação do Decreto nº 7.508/2011, e outra parte às tentativas de estabelecer metas, processos de monitoramento e avaliação do SUS. Entre estes, encontra-se a publicação da PMAQ-AB, analisada na seção que tratou da atenção básica, e a publicação dos resultados do índice de desempenho do SUS (IDSUS), lançado em março de 2012.

O IDSUS tem por objetivo fazer "uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao *acesso* (potencial ou obtido) e à *efetividade* da atenção básica, das atenções ambulatorial e hospitalar e das urgências e emergências" (Brasil, 2011, p. 6). Foram selecionados 24 indicadores, organizados segundo as dimensões, bem como pelo nível de atenção (básica, especializada, ambulatorial geral ou especializada, hospitalar geral ou especializada, urgência e emergência) e por áreas prioritárias (saúde do adulto, da mulher, da criança e saúde bucal). Cada um dos indicadores é comparado com parâmetros que podem ter sido estabelecidos em norma do SUS ou no momento do cálculo do IDSUS em diálogo com especialistas em cada área e ponderados pelo método de componentes principais. Estes compuseram dois indicadores relacionados a cada dimensão, que foram ponderados para compor o IDSUS, que atribui uma nota ao desempenho do SUS no município, no estado, na região e no país, variando de zero a dez. Quanto menores as notas, pior seria o desempenho do SUS em cada um destes estratos. Para orientar as comparações entre os municípios, estes foram organizados em seis estratos homogêneos, elaborados a partir de quatro dimensões – indicadores de determinantes sociais, de condições de saúde da população, de estrutura do sistema de saúde e porte populacional.

42. Pela Portaria nº 1.146, de 1º de junho de 2012.

Ao ser lançado, houve quem criticasse e quem defendesse o IDSUS e o processo de monitoramento e avaliação a este subjacente. Os principais pontos da defesa estavam relacionados ao fato de que era importante ter um processo continuado de monitoramento e avaliação do desempenho do SUS e que o IDSUS permitiria um debate em torno desta questão. Os críticos disseram que um indicador composto para tratar de um sistema complexo não era a melhor metodologia ou forma de se avaliar o desempenho do SUS. Também se referiram ao fato de a nota permitir automaticamente um ordenamento (*ranking)* de municípios e que as comparações poderiam ser espúrias.

Ao longo do segundo semestre de 2012, não houve mais menções públicas a esta questão, mas o IDSUS vem sendo considerado em outros processos de gestão e análises internas do Ministério da Saúde. Entre outros, ele será um dos componentes considerados no processo de contratualização previsto no Decreto nº 7.508/2011, qual seja, o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). Como este contrato está intrinsecamente relacionado às discussões sobre regionalização da saúde, ele será tratado na seção 4 deste capítulo.

Ainda com relação ao Decreto nº 7.508/2011, nesta edição retoma-se a discussão sobre o processo de normatização da integralidade da assistência à saúde, que já vinha sendo tratada na edição número 20 deste periódico. Por meio deste decreto, fica estabelecido que o "acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço" (Brasil, 2011d). Estas portas de entrada são previamente definidas como os serviços: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto (Artigo 9º). A partir de pactos nas comissões intergestores, novas portas poderão ser criadas. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas portas de entrada (Artigo 10). Este acesso seria ordenado pela atenção primária (Artigo 11).

Adicionalmente, na edição de número 20 deste periódico, foi informado que, no capítulo IV, seção I do Decreto nº 7.508/2011, faz-se referência à Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) que "compreende *todas as ações e serviços* que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde" (Artigo 21, grifo nosso), cabendo ao MS dispor sobre ela e atualizá-la a cada dois anos. Os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a Renases, respeitadas as responsabilidades dos entes por seu financiamento, de acordo com o pactuado nas comissões intergestores.

O questionamento, ainda em aberto, repousa sobre quais seriam as ações e os serviços e se os procedimentos seriam aqueles constantes da tabela do SUS. Após a publicação desse decreto, duas novas portarias foram publicadas, uma delas relacionadas à Rename (comentada na subseção 3.4) e outra que trata da Renases – Portaria nº 841, publicada em 2 de maio de 2012.

Nessa portaria, a Renases está organizada nos componentes: *i)* ações e serviços da atenção básica (primária); *ii)* ações e serviços da urgência e emergência; *iii)* ações e serviços da atenção psicossocial; *iv)* ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e *v)* ações e serviços da vigilância em saúde. Para cada um destes está definida uma lista de ações e serviços de saúde que incluem todos aqueles contidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e outro rol de ações e serviços dispostos no anexo da Portaria nº 841/2012.

A Renases dispõe que as formas de acesso a estas ações e serviços de saúde podem ser: de livre acesso do usuário; por meio de encaminhamento de serviço próprio do SUS; por meio de autorização via central de regulação, complexo regulador ou outro dispositivo regulador; por meio de autorização do gestor municipal, estadual ou federal, para estabelecimento credenciado ao SUS para realização de procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS; por meio de indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional; ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância.

O acesso livre não se aplicaria à maioria dos serviços de atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Contudo, como as urgências e emergências são consideradas portas de entrada do sistema, se, ao buscar um destes serviços, o caso for classificado como tendo necessidade de internação ou de atendimento ambulatorial especializado, a continuidade da assistência estaria garantida.

Se, por um lado, por meio da Rename e da Renases, busca-se uma clara definição do que seria garantido por meio do SUS, por outro lado, ao fazê-lo, pretende-se também reduzir o número de processos judiciais que buscam medicamentos, ações e serviços de saúde. Há um entendimento de que estas duas relações seriam suficientes para reduzir os processos que têm por objeto medicamentos, ações e serviços que não estiverem nelas contidos. Todavia, será necessário aguardar o trâmite das demandas judiciais para se avaliar a efetividade destas relações para estes casos. Em momentos anteriores, em que várias ações buscavam medicamentos não constantes da edição anterior da Rename, esta linha de defesa não foi suficiente. Muitos medicamentos não constantes da Rename, e até mesmo sem registro na Anvisa, tiveram de ser fornecidos por gestores públicos do SUS

por ordem judicial. A novidade jurídica a ser considerada seria o fato de que, somente em 2011, foi publicado um decreto tratando deste tema e no qual estão citadas explicitamente a Renases e a Rename.

3.6 Financiamento e gasto

3.6.1 Análise da execução orçamentária 2011

Em 2011, o MS contou com uma dotação orçamentária inicial do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da ordem de R$ 77,16 bilhões, e teve um aporte de recursos orçamentários no valor de R$ 3,73 bilhões, gerando uma dotação autorizada de R$ 80,89 bilhões, que foram destinados à cobertura de treze programas finalísticos. Deste valor, o MS executou 97,1% da dotação autorizada, que correspondeu a R$ 78,56 bilhões, deixando de executar R$ 2,33 bilhões. A principal causa deste montante não executado foi o contingenciamento de R$ 2,28 bilhões, que provocou um limite de empenho de 78,61 bilhões, de acordo com o Relatório Anual de Gestão de 2011 produzido pela Secretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do MS. Ou seja, apesar do aumento do orçamento de R$ 3,73 bilhões, decorrente da abertura de créditos adicionais, 61% deste acréscimo não foram executados devido ao contingenciamento imposto pelo Ministério da Fazenda.

As principais despesas não empenhadas em 2011, que totalizaram R$ 2,33 bilhões, foram referentes às despesas de emendas parlamentares (50,3% deste total), de recursos do programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada (17,5%) e de pessoal (11,4%), correspondendo a 79,3% do total de despesas não empenhadas (tabela 2).

TABELA 2
Execução do Ministério da Saúde por programa (2011)
(Em R$ milhões)

Execução do MS	Dotação inicial (A)	Dotação atualizada (B)	Executado (C)	Nível de execução (D = C/B) (%)	Créditos adicionais (E = B - A)	Saldo orçamentário (F = B - C)	Distribuição do saldo (%)
Total de pessoal e dívida	**14.035,73**	**14.747,62**	**14.473,81**	**98,1**	**711,89**	**273,81**	**11,7**
(A) Pessoal ativo	8.349,98	8.527,02	8.269,19	97,0	177,05	257,84	11,0
(B) Pessoal inativo	5.635,68	6.185,52	6.176,48	99,9	549,84	9,04	0,4
(C) Dívida (amortização e encargos)	50,07	35,07	28,14	80,2	-14,99	6,93	0,3
Total do programa (exclusive pessoal, dívida e emendas)	**60.618,82**	**63.764,48**	**62.877,46**	**98,6**	**3.145,66**	**887,02**	**37,9**
Atenção integral, hospitalar e ambulatorial especializada (1220)	33.923,61	35.223,98	34.814,30	98,8	1.300,37	409,68	17,5

(Continua)

(Continuação)

Execução do MS	Dotação inicial (A)	Dotação atualizada (B)	Executado (C)	Nível de execução (D = C/B) (%)	Créditos adicionais (E = B - A)	Saldo orçamentário (F = B - C)	Distribuição do saldo (%)
Atenção básica em saúde (1214)	12.002,62	12.729,30	12.622,58	99,2	726,67	106,72	4,6
Assistência farmacêutica e insumos estratégicos (1293)	5.721,23	6.477,87	6.472,16	99,9	756,63	5,71	0,2
Vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos (1444)	3.560,30	3.649,55	3.602,50	98,7	89,24	47,05	2,0
Apoio administrativo (750)	1.352,02	1.501,05	1.464,45	97,6	149,03	36,59	1,6
Saneamento (122, 1036, 1138, 1287, 8007)	1.020,02	1.113,27	1.036,45	93,1	93,24	76,82	3,3
Gestão (16)	719,29	742,10	649,71	87,6	22,81	92,39	4,0
Formação e gestão de recursos humanos (1436)	467,46	482,47	467,51	96,9	15,01	14,96	0,6
Programas de atenção a grupos específicos (150, 1312)	489,28	459,67	420,86	91,6	-29,61	38,81	1,7
Vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes (1289)	330,30	324,97	311,17	95,8	-5,33	13,80	0,6
Regulação e fiscalização da assistência suplementar (1185)	113,81	123,23	120,26	97,6	9,42	2,97	0,1
Política de promoção de saúde (1446)	40,27	40,27	38,15	94,7	0,00	2,11	0,1
Cumprimento de sentenças judiciais e outros encargos especiais (901, 909)	13,04	13,18	12,46	94,6	0,14	0,72	0,0
Outros (1201, 1218, 1291, 1336)	865,56	883,59	844,88	95,6	18,03	38,71	1,7
Emendas parlamentares	**2.510,31**	**2.386,80**	**1.210,00**	**50,7**	**-123,51**	**1.176,80**	**50,3**
Total	**77.164,86**	**80.898,90**	**78.561,27**	**97,1**	**3.734,03**	**2.337,63**	**100,0**

Fonte: Secretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Saúde (MS).

A atenção básica vem conquistando espaço no orçamento da saúde, ainda que a distância para a média e alta complexidade seja grande. Em 2010, ela representava aproximadamente 15% do orçamento total da saúde, tendo esta participação aumentado para 16,3%. Foi, portanto, o programa que apresentou crescimento mais expressivo em termos de participação no total executado neste período, apresentando também um crescimento real de 18,7%, passando de R$ 10,7 bilhões, em 2010, para R$ 12,7 bilhões em 2011 (tabela 3).

Entretanto, este aumento de recursos observados na atenção básica foi proveniente, basicamente, de uma redistribuição interna de recursos entre os programas do MS, uma vez que praticamente não houve recurso adicional para saúde além do mínimo previsto. Isto porque, em 2011, o piso determinado para aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, de acordo com a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, foi de R$ 72,11 bilhões.[43] Em 2011, o MS executou R$ 72,33 bilhões, superando em pouco mais de R$ 200 milhões o valor da aplicação mínima obrigatória.

TABELA 3
Evolução da execução do Ministério da Saúde em ações e serviços públicos de saúde (2010 e 2011)
(Em R$ milhões atualizados pelo IPCA[1] de 2011)

Programas do Ministério da Saúde	Executado 2010	Distribuição (%)	Executado 2011	Distribuição (%)	Variação real 2011-2010 (%)	Variação (%)
Execução total do MS[2]	**71.808,17**	**100,0**	**78.561,27**	**100,0**	**9,4**	**-**
Execução do MS em ações e serviços públicos de saúde (ASPS)[3]	**66.077,43**	**92,0**	**72.332,28**	**92,1**	**9,5**	**0,05**
Atenção Integral, Hospitalar e Ambulatorial Especializada (1220)	33.136,94	46,1	36.161,18	46,0	9,1	-0,12
Atenção Básica em Saúde (1214)	10.754,36	15,0	12.768,34	16,3	18,7	1,28
Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (1293)	5.925,43	8,3	6.472,16	8,2	9,2	-0,01
Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos (1444)	3.575,50	5,0	3.602,80	4,6	0,8	-0,39
Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes (1289)	300,92	0,4	311,17	0,4	3,4	-0,02
Saneamento (122, 1036, 1138, 1287, 8007)	1.194,34	1,7	1.326,26	1,7	11,0	0,02
Programas de Atenção a Grupos Específicos (150, 1312)	469,92	0,7	420,86	0,5	-10,4	-0,12
Gestão (16)	523,11	0,7	649,71	0,8	24,2	0,10
Formação e Gestão de Recursos Humanos (1436)	411,71	0,6	467,51	0,6	13,6	0,02
Regulação e Fiscalização da Assistência Suplementar (1185)	195,91	0,3	195,74	0,2	-0,1	-0,02
Apoio Administrativo (750)	8.624,28	12,0	8.945,01	11,4	3,7	-0,62
Cumprimento de sentenças judiciais e outros encargos especiais (901, 909)	237,80	0,3	125,23	0,2	-47,3	-0,17

(Continua)

43. De acordo com a Emenda Constitucional (EC) nº 29, o piso a ser considerado em 2011 para aplicação em ações e serviços de saúde considera o valor executado em 2010, que foi da ordem de R$ 61,965 bilhões, corrigidos pela variação nominal do produto interno bruto (PIB) de 2010-2009, que foi 16,382%.

(Continuação)

Programas do Ministério da Saúde	Executado 2010	Distribuição (%)	Executado 2011	Distribuição (%)	Variação real 2011-2010 (%)	Variação (%)
Política de Promoção de Saúde (1446)	33,81	0,0	38,15	0,0	12,8	0,00
Outros (1201, 1291, 1336)	693,41	1,0	848,16	1,1	22,3	0,11
Execução do MS em ações não ASPS	**5.730,73**	**8,0**	**6.228,99**	**7,9**	**8,7**	**-0,05**
Inativos e pensionistas (89)	5.673,51	7,9	6.176,48	7,9	8,9	-0,04
Serviço da dívida interna e externa (905, 906)	44,96	0,1	28,14	0,0	-37,4	-0,03
UO 74202 – Recursos sob supervisão da ANS	12,26	0,0	24,36	0,0	98,7	0,01
Regulação e Fiscalização da Assistência Suplementar	12,26	0,0	24,36	0,0	98,7	0,01

Fonte: Siga Brasil.

Nota: [1] Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

[2] Para a análise da execução do MS, foi considerada a execução do Órgão 36000 – Ministério da Saúde, e da UO 74202 – recursos sob supervisão da ANS, que se referem aos empréstimos concedidos para liquidação de operadoras de planos privados de assistência à saúde (metodologia SPO). Este recurso existe desde 2004 e até 2011 já contabilizou, em termos nominais, cerca de R$ 70 milhões.

[3] De acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2010 e 2011, "consideram-se exclusivamente como ações e serviços públicos de saúde a totalidade das dotações do órgão Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida, transferência de renda a famílias e despesas financiadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza" (Brasil, 2011g e 2012i). Portanto, as despesas da UO 74202 – Recursos sob supervisão da ANS, não fazem parte do cálculo de gastos em ASPS. As informações desta tabela referentes à despesa com ASPS contempla a despesa com pessoal nos programas, bem como as despesas referentes a emendas parlamentares. Esta é a razão pela qual os números apresentados aqui diferem um pouco do apresentado na tabela 2. Em relação às emendas parlamentares de 2011, do total de R$ 1,2 bilhão executado, 64% foram destinados ao programa de atenção ambulatorial e hospitalar especializada (R$ 770 milhões), 24% aos programas de saneamento (R$ 290 milhões) e 12% ao programa de atenção básica.

A tabela 4 mostra os impactos que os novos programas priorizados pelo MS tiveram no financiamento da atenção básica. Cabe lembrar que o Plano Interno de Trabalho do MS não aparece claramente na execução orçamentária e financeira dos sistemas mais usualmente utilizados – Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor) e Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi) –, nem no sistema Siga Brasil do Senado Federal. Ou seja, para análise destas informações, também foram consideradas algumas informações extraídas da antiga Sala de Situação do MS, atualmente denominada Sala de Apoio a Gestão Estratégica,[44] bem como foram consideradas as informações apresentadas no Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Assistência à Saúde.

44. A Sala de Situação, ou Sala de Apoio à Gestão Estratégica, do Portal da Saúde do MS (disponível em: <http://189.28.128.178/sage/#>), apresenta os recursos financeiros que foram destinados a estados e municípios. Não é totalmente compatível com as informações constantes do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi), no entanto, suas informações são complementares na análise em questão.

TABELA 4
Evolução da execução do Programa Atenção Básica em Saúde do Ministério da Saúde (2010 e 2011)
(Em R$ milhões atualizados pelo IPCA de 2011)

Programa Atenção Básica em Saúde	Executado 2010	Distribuição (%)	Executado 2011	Distribuição (%)	Diferença (R$)
Outras despesas correntes (GND = 3)	**10.408,95**	**96,79**	**11.781,05**	**92,3**	**1.372,10**
20AD – Piso de atenção básica variável – Saúde da Família	6.334,98	58,91	7.197,73	56,4	862,75
20AI – Auxílio-reabilitação psicossocial aos egressos de longas internações psiquiátricas no SUS (De Volta para Casa)	14,96	0,14	16,47	0,1	1,51
20B1 – Serviços de atenção à saúde da população do sistema penitenciário nacional	8,80	0,08	3,31	0,0	(5,49)
2272 – Gestão e administração do programa	6,26	0,06	6,80	0,1	0,54
4641 – Publicidade de utilidade pública	8,31	0,08	10,02	0,1	1,71
8573 – Expansão e consolidação da estratégia de Saúde da Família	60,20	0,56	69,99	0,5	9,79
8577 – Piso de atenção básica fixo	3.899,69	36,26	4.446,12	34,8	546,43
8581 – Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde	13,68	0,13	9,34	0,1	(4,35)
8730 – Atenção básica em saúde bucal	24,71	0,23	2,43	0,0	(22,28)
8735 – Alimentação e nutrição para a saúde	37,35	0,35	18,84	0,1	(18,51)
Investimento (GND = 4)	**345,41**	**3,21**	**987,29**	**7,7**	**641,88**
12I5 – Construção de UBS	-	0,00	553,44	4,3	553,44

(Continua)

(Continuação)

Programa Atenção Básica em Saúde	Executado 2010	Distribuição (%)	Executado 2011	Distribuição (%)	Diferença (R$)
8573 – Expansão e consolidação da estratégia de Saúde da Família	13,77	0,13	25,78	0,2	12,01
8581 – Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde	314,41	2,92	376,19	2,9	61,78
8730 – Atenção básica em saúde bucal	16,75	0,16	21,42	0,2	4,67
8735 – Alimentação e nutrição para a saúde	0,49	0,00	10,46	0,1	9,98
Total	**10.754,36**	**100,00**	**12.768,34**	**100,0**	**2.013,98**

Fonte: Siga Brasil.

Em 2011, foi lançado, no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, que tem por objetivo melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, além de modernizar e qualificar o atendimento à população por meio de construção, ampliação, reforma e informatização das UBS. Este programa recebeu R$ 553 milhões destinados à construção de 2.105 UBS (Pinto, Koerner e Silva, 2012). Estes recursos mostram claramente o impacto que este programa de requalificação teve no orçamento: com esta nova ação, o investimento em atenção básica passou do patamar de 3,2% do valor executado em 2010 para 7,7% em 2011, sendo que 4,3% foram provenientes deste novo investimento.

De acordo com o Relatório Anual de Gestão 2012, da Secretaria de Atenção à Saúde, R$ 542 milhões foram aprovados para a execução de obras em 5.272 UBS instaladas (componente reforma), cujo impacto será observado no PAB-fixo (ação 8577), totalizando R$ 108 milhões. Este valor corresponde a 20% do total de recursos pré-aprovados e que foram de fato empenhados em 2011, explicando uma parte do incremento observado na execução fundo a fundo.

O principal componente do PAB-fixo refere-se ao valor *per capita* repassado aos municípios, que tiveram uma considerável alteração em 2011. Como descrito na seção 3.1, que trata da atenção básica, estas alterações compreendem, além de reajuste do valor, a distribuição deste recurso por faixas, conforme critérios populacionais e renda, mediante portaria publicada em julho de 2011.

O PAB-variável, que engloba, principalmente, os recursos para a estratégia de Saúde da Família, teve um aumento de recursos relacionado às mudanças

nas composições das equipes de saúde da família, consolidadas na nova PNAB. De acordo com Pinto, Koerner e Silva (2012), "essa mudança permitiu enfrentar a estagnação do crescimento da ESF".

O crescimento da quantidade de agentes comunitários de saúde, bem como o reajuste de sua remuneração, também teve impacto sobre o PAB-variável, tendo este incentivo aumentado, em termos nominais, cerca de R$ 224 milhões.[45] Vale frisar que o aumento da cobertura populacional pelas equipes de saúde bucal também produziu impactos nesta ação.

Além disso, outro componente importante no desenho do financiamento do PAB-variável foi a criação do incentivo financeiro no âmbito do PMAQ-AB, tendo sido garantidos cerca de R$ 54 milhões em recursos em 2011. Em 2012, o impacto orçamentário referente a este incentivo tende a ser bem maior.

Se, por um lado, tem-se observado o esforço contínuo da estruturação e expansão da atenção básica, por outro lado, observa-se também a importância que a rede de atenção especializada tem na saúde, tendo sido responsável por 46% de seu orçamento em 2010 e 2011. Neste último ano, cabe mencionar algumas "marcas do governo" que tiveram destaque no que se refere à média e alta complexidade, entre elas a Rede Cegonha. No entanto, o impacto deste novo programa será observado de fato a partir de 2012. Em 2011, este componente apresentou cerca de R$ 700 mil, nos recursos transferidos fundo a fundo.

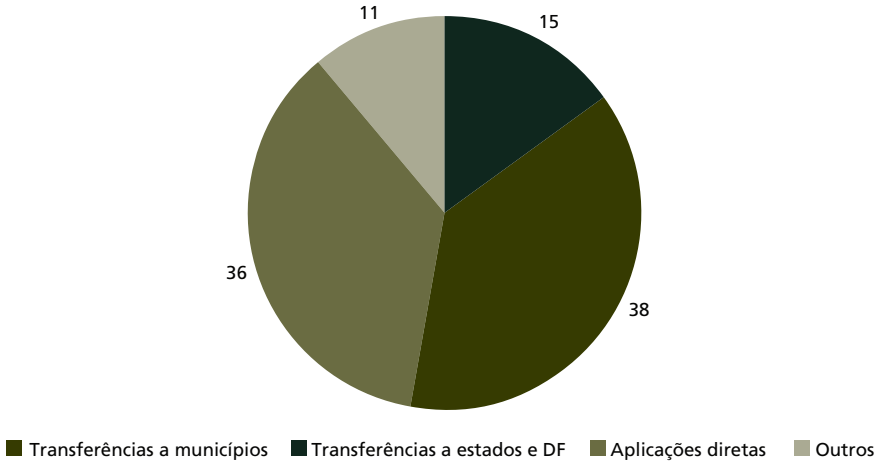
A Rede de Atenção às Urgências do SUS também teve seu papel de destaque no orçamento de 2011, quando foi reformulada a Política Nacional de Atenção às Urgências. São integrantes desta rede, mais especificamente do componente pré-hospitalar fixo, as UPAs, que, em 2011, foram responsáveis pela execução de R$ 215,9 milhões, de acordo com dados do Siga Brasil.

Em relação aos restos a pagar (RP), em 2011, foram inscritos R$ 8,4 bilhões, ou seja, 10,8% do total executado pelo MS nesse ano. Registrou-se, portanto, um aumento da inscrição de restos a pagar neste ano, uma vez que, em 2010, foram inscritos 9,5% do montante executado naquele ano. O gráfico 2 mostra a distribuição destes recursos não pagos (inscritos em RP) em relação à modalidade de aplicação: em 2010, 15% do total de inscritos em RP foram referentes aos recursos transferidos a estados, passando a configurar 21% em 2011. Em contrapartida, pode-se observar uma queda do percentual dos gastos diretos da União em relação a este montante, passando de 36% para 33%.

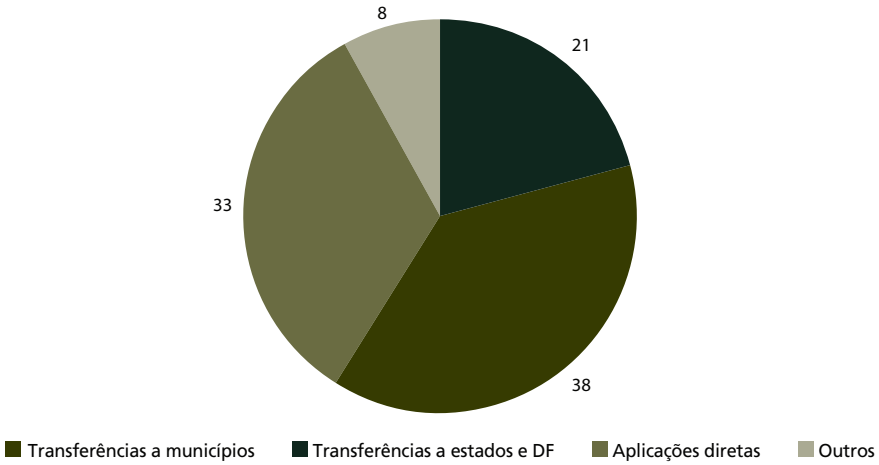
45. Esta informação foi extraída da Sala de Situação do Ministério da Saúde em setembro de 2012.

GRÁFICO 2
Restos a pagar inscritos, saldo do valor executado e pago, por modalidade de aplicação (2010 e 2011)
(Em %)

2A – Restos a pagar inscritos em 2010: R$ 6,4 milhões



2B – Restos a pagar inscritos em 2011: R$ 8,4 milhões



Fonte: Siga Brasil.

Um dos grandes problemas da inscrição de recursos em restos a pagar é o seu possível cancelamento ou a prescrição. Até a vigência da Lei Complementar (LC) nº 141/2012, que regulamentou a EC nº 29/2000, este era um problema adicional para o financiamento do SUS, pois os recursos empenhados que foram contabilizados para o cumprimento do mínimo constitucional não foram de fato verificados. Com esta nova lei, estes recursos cancelados ou prescritos deverão ser

repostos até o fim do ano seguinte ao cancelamento/prescrição, mediante dotação específica para esta finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

3.6.2 Regulamentação da EC nº 29/2000: será que valeu o esforço?

Transcorrida quase uma década desde as primeiras tentativas, a EC nº 29/2000 foi finalmente regulamentada por meio da Lei Complementar nº 141, sancionada pela Presidência da República em 13 de janeiro de 2012. Apesar de não ter correspondido aos anseios daqueles que desejavam aumentar a participação dos recursos da União no financiamento do SUS, a regulamentação desta emenda tem seu papel de destaque na política de saúde.

Um resultado relevante foi a definição, por meio de instrumento adequado, do que se entende por "ações e serviços públicos de saúde", para fins de verificação do cumprimento da emenda. A rigor, a maior parte do rol de ações que poderia ser considerada como ações e serviços públicos de saúde e, principalmente, os critérios básicos para este julgamento já constavam de regulamentações anteriores, como a Portaria GM/MS nº 2.047, de 5 de fevereiro de 2002; a Resolução nº 316, de 3 e 4 de abril de 2002; e a Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Entretanto, estes diplomas legais foram seguidamente contestados sob a argumentação de serem hierarquicamente insuficientes para alcançar o propósito de regular a emenda. Como se sabe, a falta de uma regulamentação que não pudesse ser contestada permitiu que fossem encontrados subterfúgios para fugir do cumprimento efetivo. Estes "vazamentos" permitiram que, segundo estimativas, cerca de R$ 16 bilhões deixassem de ser aplicados no SUS apenas pelos estados no período entre 2004 e 2008 (Fiocruz, 2012; Servo *et al.*, 2011). Segundo as mesmas fontes, o chamado déficit de aplicação da União foi de R$ 3,08 bilhões de 2000 a 2008 e chegaria a cerca de R$ 6 bilhões se aos gastos do MS fosse adotada a mesma análise de compatibilidade com conceito de ações e serviços públicos de saúde da Resolução nº 322 do CNS, que era aplicada pela equipe do Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) na análise de balanço das administrações estaduais.[46]

Outro ponto positivo da regulamentação foi o tratamento a ser dado aos restos a pagar cancelados, como mencionado anteriormente. Todo ano, uma parte dos recursos empenhados, e que entravam na contabilidade de cumprimento da emenda, eram registrados para serem aplicados nos anos seguintes. Por uma série de motivos, parte destes recursos pode ter sua execução cancelada, fato que ocorre na União, nos estados e nos municípios. Somente o MS cancelou recursos

46. Nesse total não estão incluídos R$ 2,6 bilhões de restos a pagar cancelados no período 2000-2008.

da ordem de R$ 2,6 bilhões no período 2000-2008. Agora, a regulamentação define que os recursos cancelados, que entraram na conta para se alcançar o valor mínimo, devem ser repostos e como isto deve ser feito.

Além desses dois itens mencionados, a Lei Complementar nº 141 também se mostrou presente no que tange à regulamentação acerca do descumprimento do percentual mínimo gasto em saúde previsto em lei. A partir desta lei, ficou definido que aqueles entes que descumprirem o valor mínimo previsto para ser gasto em ações e serviços públicos de saúde em determinado ano deverão compensar esta diferença no ano seguinte, sem que esta diferença entre na contabilidade do valor gasto neste ano.

A LC nº 141 frustrou, no entanto, as esperanças dos segmentos que lutavam pelo aumento da participação federal no financiamento do SUS. A pretensão do movimento social – Primavera da Saúde – era de que a União aplicasse 10% de sua receita corrente bruta. No entanto, o texto aprovado no Congresso Nacional manteve a forma de cálculo da participação federal no financiamento do SUS, qual seja a variação do PIB como base de cálculo da vinculação de recursos da União.

O argumento do movimento social para a mudança na regra de cálculo da União está baseado na premissa de que, apesar de ter sido observado um grande aumento nos recursos para o financiamento da saúde nas três esferas, o esforço da União tem sido proporcionalmente menos intenso. Esta afirmação é respaldada pelas seguintes constatações: *i)* crescente participação da União na carga tributária total; *ii)* manutenção da participação relativa da saúde nos gastos sociais da União, como percentual do PIB, enquanto se verifica aumento significativo do gasto social federal;[47] *iii)* diminuição da participação relativa dos gastos federais com ações e serviços públicos de saúde em relação à receita corrente bruta da União; e *iv)* diminuição da participação relativa dos recursos federais no financiamento do SUS de quase 60%, em 2000, para cerca de 45% em 2010.

Em parte, a diminuição da participação relativa da União no financiamento do SUS – argumento mais amplamente utilizado – pode ser explicada pela baixa participação de estados e municípios no financiamento da saúde no ano 2000. Mas é também preciso considerar que a participação da União partiu de uma base não muito expressiva em 2000[48] e, ademais, nos anos seguintes, o que deveria ser um valor mínimo – correção pela variação nominal do PIB –, passou, na maioria dos anos, a funcionar como teto das aplicações da União no SUS.

47. O gasto social federal cresceu de 11,2% do PIB, em 1995, para 15,8% do PIB, em 2009, enquanto os gastos federais com saúde se mantiveram em torno de 1,7% do PIB no mesmo período (Ipea, 2011; Castro *et al.*, 2012).

48. A mudança na forma de vinculação dos recursos federais para o SUS, para uma situação que não significasse repercussão financeira mais intensa e imediata sobre o nível de gasto da União com a saúde, foi a fórmula encontrada para a obtenção do *nihil obstat* da área econômica do governo à aprovação da EC nº 29/2000.

Apesar da derrota sofrida pelo movimento social em relação ao aumento de recursos federais para a saúde, em março de 2012, a articulação de diversas entidades da sociedade civil lançou o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, propondo um projeto de lei de iniciativa popular com o objetivo de alterar o valor mínimo a ser aplicado pela União como o equivalente a 10% de sua receita corrente bruta.[49] Outro ponto em que a LC nº 141 deixou a desejar refere-se aos critérios de transferência de recursos da União para estados e municípios e dos estados para os municípios.

No tocante a essa questão, nada que pudesse ser objeto de operacionalização mais imediata foi incluído na lei complementar. Pelo contrário, o dispositivo que se refere aos critérios de transferência até aumenta o grau de dificuldade para sua implementação por diversos motivos: *i)* ao acrescentar outros requisitos; *ii)* ao retornar, sem nenhum modificação, ao Artigo 35 da Lei nº 8.080:[50] e *iii)* ao revogar o parágrafo 1º do referido artigo, que previa o percentual de 50% transferível pelo critério populacional simples, o único dispositivo que poderia ter aplicabilidade imediata. Mantém, contudo, o parágrafo 2º do inciso III do Artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que estabelece que, dos recursos da União, 15%, no mínimo, serão aplicados nos municípios, segundo o critério populacional, em serviços de atenção básica. Ou seja, é uma tarefa hercúlea tentar incorporar em uma fórmula de distribuição de recursos quase uma dezena de dimensões e requisitos. A menos que, como tem sido feito, haja uma utilização parcial e isolada de diferentes dimensões e critérios. Pensando desta forma, todos os repasses vigentes atendem a, pelo menos, um dos critérios previstos. Mas convém lembrar que o Artigo 35 da Lei nº 8.080 fala, no *caput,* em combinação de critérios para definição dos valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios.

De importante, houve o reconhecimento de que os recursos destinados para investimentos devem merecer tratamento diferenciado daquele concebido para as transferências para custeio. Mas a alocação de recursos para investimento terá critérios prévios definidos? Ou estes continuarão a ser negociados ano a ano e repassados mediante convênios? O repasse, por convênio, pode ser aceitável, desde que os critérios sejam definidos previamente, pois isto dá maior transparência aos repasses e mais segurança à instância receptora.

O principal objetivo da alocação regional dos recursos públicos deve ser atender às necessidades de saúde da população. No caso da União, a distribuição de seus recursos deve servir também para reduzir desigualdades injustas. Desta forma,

49. Na Câmara Federal já existem duas iniciativas de parlamentares, apensadas, sendo apreciadas na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), as PLPs nºs 123/2012 e 124/2012, respectivamente de autoria dos deputados Darcisio Perondi e Eleuses Paiva, com a mesma finalidade.

50. O Artigo 35 da Lei nº 8.080 não é autoaplicável e jamais foi regulamentado.

devem ser também consideradas as capacidades de autofinanciamento de estados e municípios e a distribuição das ações e serviços de saúde no território (Fiocruz, 2012, p. 136). Uma questão central é como medir "necessidade de saúde", ou que indicadores devem ser utilizados para medi-la. No Brasil, diversos estudos analisaram a questão da utilização de indicadores de necessidade de saúde para orientar propostas de alocação de recursos entre as instâncias gestoras do SUS. A título de exemplo, são citados os trabalhos realizados por Porto *et al.* (2001), Heimann *et al.* (2002), Machado *et al.* (2003) e Viegas *et al.* (2004). Os dois primeiros discutem critérios para distribuição dos recursos federais para estados e municípios. Os dois últimos simulam critérios para transferências de recursos estaduais para os municípios do estado de Minas Gerais. A maioria destes trabalhos, como dito, discute a distribuição dos recursos federais com base em indicadores de necessidades de saúde. Contudo, dadas as diferenças socioeconômicas entre as UFs, também deveria ser considerada nesta discussão a capacidade de participação de estados e municípios no financiamento do SUS.

4 TEMA EM DESTAQUE – REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

A discussão sobre regionalização da saúde no Brasil é anterior à própria implantação do SUS. Há relatos de experiências de regionalização na década de 1920. Entre as experiências relatadas encontram-se aquelas conduzidas pelos estados da Bahia e de São Paulo (Mello, Ibañez e Viana, 2011; Araújo, Ferreira e Nery, 1973). Em ambas as experiências, o processo referia-se à desconcentração administrativa e à oferta pública de serviços regionais de saúde.[51]

Deve-se relembrar que, quando se trata da organização do sistema de saúde em todo o país, o acesso aos serviços de assistência era predominantemente baseado na inserção no mercado formal de trabalho e no sistema previdenciário, com participação majoritária do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e grande participação do pagamento direto do bolso no financiamento (Ipea, vários anos).[52] Isto fez com que a oferta de serviços também se concentrasse nos espaços em que este público residia. Como o mercado formal de trabalho, tanto em volume como em participação, era muito maior nas regiões centro-sul do país, foi nestas que se concentraram os investimentos em infraestrutura e a oferta de profissionais, organizados por uma lógica predominante de mercado.

51. A atuação do setor público estava mais voltada ao controle de endemias, com algumas ações de vigilância e atenção básica em saúde.

52. O acesso da população mais pobre dependia da benemerência de instituições de assistência social e filantrópicas, em sua maioria vinculada a grupos religiosos.

O período entre o fim dos anos 1970 e início dos anos 1980 ficou marcado pela busca de um desenho de políticas públicas nacionais visando ampliação do acesso da parcela mais pobre da população à assistência a saúde. Neste período surgem, por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde (PIASS). Criado em 1979, este programa atuou, principalmente, em dez estados do Nordeste e contou com o apoio de secretários estaduais de saúde e da própria Previdência Social (CONASS, 2011). Na década de 1980, houve movimentos de integração das ações – por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983 – e de descentralização, com a proposta de criação do Sistema Único Descentralizado da Saúde (SUDS), em 1987 (CONASS, 2011).

Ainda assim, no momento da promulgação da CF/88, a oferta desses serviços encontrava-se fortemente concentrada na região centro-sul do país, e a maior parte da população, mesmo nestas regiões, não tinha acesso a muitos deles. Desta forma, havia um problema de desigualdade no acesso aos serviços de saúde associado a duas dimensões: social e regional.

O processo de democratização e a pressão social pela construção de um sistema universal de saúde levaram à criação do SUS (Ipea, vários anos). Somente neste momento, da promulgação da CF/88, é que se declara a saúde como direito de todos e dever do Estado.

O SUS deveria ser organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Brasil, 1988, Artigo 198). A CF/88 dispõe também que as ações e os serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada.

Nesse momento histórico, as definições sobre rede, regionalização e hierarquização vinham sendo construídas a partir dos debates e do processo de implantação do SUS, cujo início foi marcado por uma predominância da aplicação do princípio de descentralização (Vianna, Lima e Ferreira, 2010). Assim, como será discutido na subseção 4.1, ainda que a regionalização estivesse contemplada na CF/88, ela só ganhou força no início dos anos 2000, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), de forma mais prioritária com o Pacto pela Saúde em 2006 e, mais recentemente, com as alterações propostas pelo Decreto nº 7.508/2011. Neste momento, amplia-se também a discussão sobre redes de atenção, proposta que se apresenta como uma das possíveis soluções para a concentração regional da oferta de serviços, que, como será discutido a seguir, representa um dos desafios a serem enfrentados pela regionalização.

Este capítulo deve ser considerado como uma introdução geral à discussão sobre regionalização dos serviços de saúde no Brasil. Na subseção 4.1, retomar-se-á, brevemente, a discussão sobre descentralização e regionalização, com apresentação das decisões normativas e dos processos recentes relacionados à discussão

sobre esta diretriz. Na subseção 4.2 será ressaltada a importância da organização estrutural da oferta e do financiamento do sistema de saúde brasileiro para a questão da regionalização da saúde. Em seguida, será discutida sua relação com a formação de redes de atenção.

4.1 Descentralização e regionalização: normatização, universalidade, integralidade

Da perspectiva normativa, por meio da CF/88 e de suas normatizações imediatamente subsequentes, como a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), estabeleceu-se um "projeto político audacioso para organização do sistema público de saúde, que deve ser, em um só tempo, nacional e universal, mas também descentralizado, unificado e hierarquizado no território, atendendo à diversidade regional do país" (Vianna, Lima e Ferreira, 2010, p. 2.318). Todavia, o processo de descentralização avançou muito mais rápido que a discussão sobre regionalização.

Enquanto, no período anterior, observa-se mais um processo de desconcentração administrativa no âmbito dos governos estaduais e de interiorização dos serviços de saúde, no período pós-constitucional, a descentralização está mais relacionada a um processo de redefinição de responsabilidades dos entes governamentais, com ampliação do poder decisório de estados e, principalmente, dos municípios.

Como bem colocado por Lima *et al.* (2012, p. 1.904),

> frente à concentração geográfica de serviços de maior complexidade, às diferenças de porte populacional e condições político-institucionais dos Entes Federativos no Brasil, há necessidade de conformação de arranjos regionalizados de atenção à saúde que não se restringem aos seus limites administrativos, sendo a interdependência entre os governos bastante significativa. Admitindo múltiplos partícipes, a regionalização na saúde é um processo político, condicionado pelas relações estabelecidas entre diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos) no espaço geográfico.

Nesse período, a descentralização das ações e serviços públicos no país foi implantada a partir de um forte processo de municipalização. Isto se deve, em parte, a uma visão de que o ente municipal seria aquele mais próximo da população e isto faria com que ele tivesse uma compreensão mais clara de suas necessidades. Complementarmente, esta proximidade levaria a população a recorrer primeiramente ao município, contribuindo para que este prestasse o serviço de modo mais adequado.

Outra explicação para esse avanço rápido da descentralização seria que a implantação do SUS ocorreu no âmbito de um processo de redemocratização com fortes pressões sociais por mais participação e aproximação do Estado da população, incluindo a desconcentração do poder como forma de evitar um período como aquele que fora vivido durante o regime militar.

Adicionalmente, um dos objetivos do novo sistema era ampliar a cobertura de ações e serviços de saúde com financiamento público. A universalização do acesso requeria a expansão da cobertura (e ampliação da oferta) de serviços, tanto para os diversos grupos populacionais quanto entre as regiões do país. Havia uma compreensão que isto só poderia ser alcançado por meio de um processo de descentralização. Ou seja, a extensão de cobertura era um requisito para a universalização do acesso e este seria requisito para o alcance de outros princípios, como o da integralidade.

Essas seriam algumas das explicações para o avanço mais rápido do processo de descentralização frente ao de regionalização. Viana, Lima e Ferreira (2010, p.1-2) definem

> regionalização como um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, organizações, 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.

A partir desse conceito, estes autores apresentam outras importantes explicações, além da questão já mencionada do discurso contra o regime militar e o autoritarismo, considerando a perspectiva da efetividade da ação pública: *i)* não havia um projeto de desenvolvimento, o que seria importante para se entender o processo de descentralização em um contexto mais amplo: não apenas como um processo de transferência de recursos e responsabilidades para o ente municipal, mas sim como um processo político-econômico-social nos territórios; *ii)* as políticas territoriais não foram consideradas como prioritárias no processo de redemocratização e implantação de políticas públicas nos anos 1990, e tampouco se considerou a dimensão territorial das políticas setoriais; e *iii)* no processo de descentralização, acentua-se o papel dos municípios, mas não se implementa, na estrutura federativa, uma política clara que considere o papel dos estados. Assim, criam-se canais de comunicação direta, principalmente via transferências, entre o governo federal e os municípios.

Todavia, outra diretriz importante do sistema é que ele seria único, incluindo neste termo a percepção de que deveria ser implantado de forma coordenada pelos três entes da Federação. No processo de descentralização com forte orientação municipalizante, os estados ficaram em uma situação de indefinição institucional/organizacional e, por diversas vezes, tentou-se resgatar e redefinir seu papel no processo de construção do SUS. Se, para a descentralização, não havia clareza deste papel, para a regionalização, considerava-se imprescindível a participação dos estados.

Nos últimos dez anos, houve diversas tentativas de se estabelecer claramente o papel dos estados na construção do SUS. Neste período, destacam-se a Noas,

publicada em 2001 e 2002, e as recentes discussões sobre o Pacto de Gestão (Ipea, vários anos; Viana, Lima e Ferreira, 2010) e o Decreto nº 7.508/2011.

Por meio da Noas, amplia-se a participação dos municípios na gestão da atenção básica e o entendimento de que há precondições para a integralidade. Estas precondições não podem, na maioria das vezes, ser garantidas por um único município, sendo necessários mecanismos de coordenação entre eles. Assim, a

> Noas-SUS 01/01 baseia-se, portanto, no reconhecimento da regionalização em saúde fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, nesse momento específico da implementação do Sistema Único de Saúde. Vale destacar que o *aprofundamento do processo de regionalização só é possível em face dos avanços decorrentes do intenso processo prévio de descentralização,* com ênfase na municipalização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas do SUS 01/93 e 01/96, que possibilitou a emergência de milhares de gestores municipais como atores políticos e afirmou a sua responsabilidade sanitária. Além disso, a experiência acumulada com o processo de descentralização trouxe novos elementos para o amadurecimento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2001, p. 5, grifo nosso).

Essa norma traz uma leitura de que a descentralização criou as bases para se avançar na regionalização. Ela estabelece um dos instrumentos importantes para o processo de regionalização, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a ser elaborado a partir de um processo coordenado pelas secretarias estaduais de saúde (CONASS, 2011), envolvendo os municípios e buscando estabelecer regiões de saúde para todo o estado. Ele deve ser um instrumento de planejamento das ações com enfoque territorial-populacional, respeitando a autoridade do gestor municipal. Assim, o PDR é visto como um instrumento no processo de regionalização da assistência à saúde em cada estado, devendo ser elaborado a partir da definição de prioridades com vistas a atender às necessidades de saúde da população. Vinculam-se a este o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Na Noas 01/2002 destaca-se a regionalização como um processo que

> deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (Brasil, 2002).

Nessa concepção de regionalização, encontra-se também a ideia de hierarquia de municípios relacionadas a sua capacidade de gestão e organização do sistema. A Noas incorpora o conceito de 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" (Brasil, 2001).

> Essa discussão teve avanço com o apoio da teoria criada em 1955 por Perroux, considerada clássica no campo da economia, por desenvolver a noção de polo de desenvolvimento para explicar as razões do processo de concentração de riquezas e o papel das indústrias motrizes no processo de desenvolvimento regional e local. Corrobora esse pensamento a Teoria do Lugar Central, de Christaller (1933) *apud* Corrêa, ao especificar que algumas cidades, por conta de seu porte econômico, são vistas como polarizadoras e atraem outras cidades com a oferta de bens e serviços. Essas teorias serviram de base para o aprofundamento do estudo sobre a diretriz de regionalização, especialmente por apontarem elementos passíveis de apropriação pelo campo da Saúde Coletiva (Jacometti e Stephan-Souza, 2010, p. 16).

Nessas normas, a região de saúde foi definida como a base territorial do planejamento, que poderia ultrapassar os limites administrativos dos estados e deveria considerar as relações entre os municípios, as necessidades em saúde da população e a oferta de serviços. Um estado poderia se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde, a depender do modelo de regionalização por este adotado em seu processo de planejamento e conforme diretrizes estabelecidas.

Ainda que as Noas de 2001 e 2002 tenham criado novos e importantes instrumentos que comporiam o processo de regionalização, outras dificuldades continuariam presentes nos anos seguintes, incluindo: a não solução, a partir das modalidades propostas, dos problemas referentes à diferença de capacidade gerencial de municípios e estados;[53] o fato de a estrutura do repasse federal ser baseada em diversos mecanismos de incentivos, por vezes muito pulverizados; a rigidez normativa de um processo que deve considerar a dinâmica e os fluxos populacionais; entre outros.

Destaca-se a importância para essa discussão das considerações acerca da capacidade financeira dos municípios e da forma como o financiamento estava estruturado no momento em que a Noas foi publicada. Cabe lembrar que, até o ano 2000, 70% dos recursos públicos aplicados em saúde provinham do governo federal. Naquele ano, foi promulgada a EC nº 29, que promoveu um aumento da participação de estados e municípios no financiamento do SUS, fazendo com que, onze anos depois, ao longo da década seguinte, eles passassem a responder

53. A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) havia estabelecido duas condições de gestão: gestão municipal da atenção básica e gestão municipal dos sistemas de saúde. A habilitação dos municípios em uma ou outra forma de gestão dependia da oferta de saúde e sua capacidade de produzir outros serviços de saúde além da atenção básica. Em 2002, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) ampliou as áreas de atuação mínimas dos municípios na atenção básica, para incluir a vigilância de algumas doenças e agravos (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes) e atenção à saúde de grupos populacionais (saúde da criança, da mulher), além da saúde bucal. Define-se, assim, a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Os estados poderiam ser habilitados na condição de gestão avançada ou gestão plena do sistema estadual. Estas habilitações geraram diferenças nas transferências de recursos do governo federal para os governos municipais.

por aproximadamente metade dos recursos investidos. Ainda que a principal modalidade de aplicação dos recursos federais fosse por meio da descentralização de recursos para estados e, principalmente, para municípios (Servo *et al.,* 2011), o Ministério da Saúde vinha sendo criticado por uma excessiva normatização da forma de repasses (Lima *et al.*, 2012; Goulart, 2001).

As discussões continuaram e uma nova proposta foi elaborada e publicada em 2006, sob a denominação de Pacto de Gestão. Este pacto reforçou a diretriz de regionalização, sem desconhecer os processos anteriores. Nele, a regionalização é definida como "um processo de constituição das regiões de saúde, onde se organize uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção visando à universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade das ações e serviços de saúde" (Brasil, 2005, p. 18).

As regiões de saúde são entendidas como "recortes territoriais em espaços geográficos contínuos" (Brasil, 2007, p. 25), que não se restringem aos limites administrativos, devendo considerar as diversidades locais, as identidades econômicas, sociais e culturais, bem como as infraestruturas existentes não só específicas do setor saúde, mas nas áreas de transporte e comunicação (Brasil, 2007). Estas deveriam ser organizadas de forma a favorecer a cooperação e a solidariedade entre os gestores. Estas regiões de saúde deveriam ser construídas considerando a economia de escala, o acesso a serviços de qualidade, os fluxos assistenciais e as redes viárias existentes e com flexibilidade para responder às diversidades regionais. Ademais, considerava como pressupostos da regionalização a subsidiariedade – a esfera local deveria exercer as funções para as quais tivesse capacidade, sem que estas fossem absorvidas ou transferidas para outras esferas; a cooperação por meio de mecanismos que promovessem a articulação e pactuação; coesão regional; a responsabilização pelos compromissos assumidos; a territorialização, entendida como a clara definição da espacialidade regional, considerando as regiões de saúde existentes e as especificidades regionais (Brasil, 2005).

O pacto observou, também, a necessidade de se avançar na organização do financiamento da saúde, particularmente na forma como os recursos federais seriam transferidos para estados e municípios e também entre estes entes. Esta reorganização foi feita por meio dos blocos de financiamento, os quais buscavam dar maior autonomia para os gestores municipais aplicarem os recursos transferidos pelo governo federal. [54] Isto denota que os processos de descentralização e regionalização deveriam ser pensados em constante articulação.

54. Em 2006, já haviam sido identificadas mais de cem formas de transferência de recursos federais para outros Entes Federados, havendo uma reclamação de que o processo de descentralização destes recursos apresentava um forte componente de tutela federal. No Pacto de Gestão é proposta uma organização destas transferências em blocos (denominados blocos de gestão) e, por meio destes, seria dada maior autonomia no uso dos recursos em cada bloco. Esta discussão fez parte do capítulo *Saúde*, na edição 14 deste periódico.

O Pacto de Gestão estabeleceu os Termos de Compromisso de Gestão (TCGs) a serem pactuados entre Entes Federados, contendo objetivos, metas, atribuições e responsabilidades sanitárias, indicadores de monitoramento e avaliação (CONASS, 2011). Neste pacto, foram criados também os Colegiados de Gestão Regional (CGRs), os quais eram:

> Formados por representação do estado (do nível central ou das estruturas de representação regional das Secretarias de Estado de Saúde) e do conjunto de municípios das regiões [de saúde], podem ser considerados uma inovação da política de saúde ao criar um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, com regras definidas e funcionamento estável, o que possibilitará preencher aquilo que chamamos de "vazio" de governança regional. Os CGRs permitem a identificação de problemas, a definição de prioridades e de soluções para organização da rede assistencial, bem como a formalização de novos modelos de relacionamento entre provedores públicos e privados. Dessa forma, podem ser um instrumento poderoso para a constituição de objetivos compartilhados e do estabelecimento de uma lógica voltada para o bem-estar da população e as necessidades de saúde na provisão dos serviços (Viana, Lima e Ferreira, 2010).

Ainda que se expressem essas expectativas em relação aos CGRs, houve limitações de governança, particularmente, no que se refere à solução para organização da rede assistencial e formalização de novos modelos de relacionamento entre provedores públicos e privados. A implantação dos CGRs no território nacional foi diferenciada, em grande parte, devido às distintas capacidades de gestão e articulação dos Entes Federados, além das condições sociais e outras dimensões do desenvolvimento regional.

Lima *et al.* (2012) avaliaram a implantação do Pacto de Gestão e apresentaram uma agregação dos estados brasileiros em quatro grupos de acordo com sua adesão ao pacto até 2010, incluindo estados com adesão municipal abaixo de 50% até estados com 100% de adesão municipal.

> Grupo 1: estados com baixo percentual de adesão municipal (abaixo de 50%): Acre, Amazonas, Amapá, Bahia, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Sergipe e Tocantins;
>
> Grupo 2: estados com percentuais médios de adesão municipal (entre 50% e 70%): Maranhão, Paraíba e Roraima;
>
> Grupo 3: estados com alto percentual de adesão municipal (acima de 70% até 99%): Alagoas, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo;
>
> Grupo 4: estados com adesão total dos municípios (100%): Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraná e Rio Grande do Norte (Lima *et al.*, 2012, p. 1.908).

Lima *et al*. (2012) agregam os fatores explicativos para esta diversidade de implantação em três grandes blocos, relacionados a seguir.

1) Histórico-estrutural: antiguidade do processo, presença de identidade regional, dinâmica socioeconômica, características do sistema de saúde (complexidade, perfil e distribuição da oferta de serviços).

2) Político-institucional: incluindo legado de implantação de políticas prévias de descentralização e regionalização da saúde, aprendizado institucional acumulado pelas instâncias colegiadas do SUS e pelos governos estaduais e municipais nos diversos campos e funções gestoras da saúde, existência de uma cultura de negociação intergovernamental, qualidade técnica e política da burocracia governamental, grau de democratização da operação e condução das políticas de saúde.

3) Conjuntural: perfil e trajetória dos atores políticos, dinâmica das relações intergovernamentais, e grau de prioridade do pacto na agenda governamental de estados e municípios.

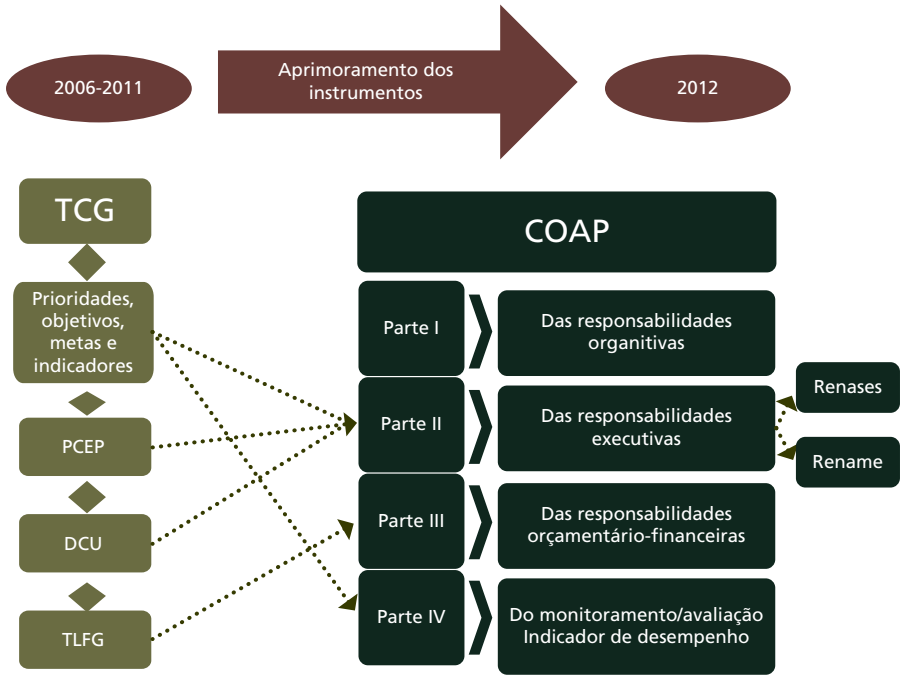
Assim, observa-se que seriam necessários processos adicionais de pactuação, planejamento e discussão federativa; organização e regulação do sistema de saúde como um todo – incluindo sua parte privada; planejamento de políticas públicas com uma dimensão territorial e gestão, discussões que vão além do setor saúde. Além disso, os gestores municipais demonstram preocupação em assumir compromissos regionais e não ter a devida contrapartida dos estados e do governo federal. Alguns afirmam que já houve várias tentativas de "empurrar" a responsabilidade para os municípios sem a devida contrapartida em termos de apoios técnicos e financeiros (Roese, 2012).[55]

Em 2011, como parte do processo de regulamentação da Lei nº 8.080/1990, foi publicado o Decreto nº 7.508 que, entre outros, cria o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP).[56] O contrato integraria vários instrumentos existentes, incorporando, entre outros, o Pacto de Gestão. Ele também criaria novos instrumentos que permitiriam avançar na regionalização. A partir deste decreto, o antigo CGR passa a ser denominado de Colegiado Intergestores Regional (CIR). As relações deste decreto com os instrumentos existentes e as partes constitutivas do COAP estão resumidas na figura 1.

55. Segundo o Ministério da Saúde, em abril de 2011, 419 CGRs estavam presentes em 24 estados e 5.330 municípios, todavia, com diferentes processos de implementação. Informações disponíveis no Portal da Saúde do MS em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28709>. Acesso em: dez. 2012.

56. Este decreto foi analisado na edição 20 deste periódico. Além da breve discussão sobre a regionalização, nesta edição, na seção 3, são apresentadas as novidades quanto a Renases e Rename.

FIGURA 1
O Pacto pela Saúde e o Decreto nº 7.508/2011



Fonte: Ministério da Saúde.
Obs.: Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP); Declaração de Comando Único (DCU), refere-se a gestão de prestadores que constam da Programação Pactuada e Integrada (PPI);[57] Termo de Limite Financeiro Global (TLFG), trata dos recursos federais de custeio transferidos as Unidades Federadas nos blocos de financiamento.

O Decreto nº 7.508/2011 define regiões de saúde como "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde" (Brasil, 2011d). Estas regiões seriam constituídas pelos estados, em pactuação com os municípios, e deveriam conter, no mínimo, ações e serviços de saúde de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.[58]

57. A PPI seria aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para estabelecimento dos limites financeiros relacionados aos repasses federais para os municípios.

58. O texto da Noas já trazia uma noção de que uma oferta assistencial mínima dependeria da coordenação das ações, visto que parte dos serviços não estaria presente em todos os municípios. No capítulo que trata da garantia do primeiro nível de referência intermunicipal e da qualificação de microrregiões na assistência à saúde, encontra-se o seguinte texto: "Do ponto de vista da organização da assistência à saúde, além da melhoria da qualidade e resolutividade da Atenção Básica, no âmbito municipal, é importante garantir o acesso de toda a população, o mais próximo possível de sua residência, a um grupo de serviços conformadores do primeiro nível de referência em média complexidade, nem sempre disponível em todos os municípios, que compreende: laboratório, radiologia simples, ultra-sonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia básica, algumas ações odontológicas especializadas e leitos hospitalares para atendimento do parto normal, primeiro atendimento em clínica médica e pediatria" (Brasil, 2001, p. 18).

Lenir Santos, uma das protagonistas nas discussões que levaram à publicação do Decreto nº 7.508/2011, afirma que

> a conformação de uma região de saúde não pode se ater apenas ao conceito de territórios limítrofes, uma vez que deve conter todos os elementos que possibilitem a efetividade do direito à saúde. Ela deve ser dotada de características que lhe permitam compreender serviços em qualidade e quantidade suficientes para garantir direitos sociais essenciais para a qualidade de vida. A região de saúde não esteve ainda no palco do SUS como estrela essencial para a efetiva regionalização dos serviços de saúde e uma governança regional centrada nas necessidades regionais e no desempenho dos serviços (Santos, 2012, p. 12).[59]

Na avaliação dessa autora, o Decreto nº 7.508 estabelece as bases para a construção de efetivas regiões de saúde, condições estas que não estiveram presentes até o momento no SUS, sendo a principal delas o estabelecimento de CIR como espaço real de gestão e decisão.

O primeiro estado a aderir ao COAP foi o Ceará, que o fez em agosto de 2012, seguido pelo Mato Grosso do Sul. Entre as possíveis explicações para esta lenta adesão, encontra-se o fato de que a assinatura de contrato entre Entes Federados implica um compromisso formal maior que aquele estabelecido em processos de pactuação anteriores.

O COAP prevê incentivos e sanções, os quais devem ser pactuados em cada contrato. Todavia, como o primeiro contrato foi assinado em 2012, ainda não está claro como este processo funcionaria e não é possível avaliar ainda sua efetividade. Outra possível explicação para o lento processo de adesão ao COAP estaria no processo de revisão de suas regiões de saúde em face das novas exigências do decreto. Contudo, será necessário fazer uma avaliação mais aprofundada deste processo para melhor compreender seus desafios.

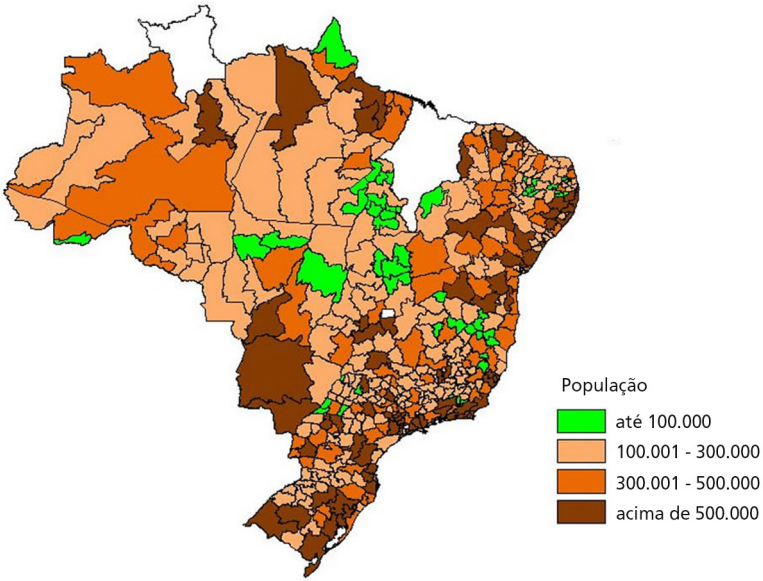
Além das questões federativas e relativas à gestão, são necessários investimentos para que cada região seja capaz de responder por todos estes níveis de atenção, visto que há forte concentração de recursos em algumas regiões do país, conforme será apresentado resumidamente na próxima subseção.

4.2 Análise espacial da oferta de serviços de saúde

Como dito anteriormente, o Decreto nº 7.508/2011 prevê que as regiões de saúde devem responder, no mínimo, por ações e serviços de saúde de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Ainda que a formatação das regiões de saúde esteja em discussão, ela tem tomado como ponto de partida as existentes, que, como pode ser visto na figura 2, encontravam-se distribuídas por todo o território nacional.

59. A autora também defende a regionalização como forma de obter ganhos de escala, em direção à eficiência e à economicidade, visto que os recursos são escassos.

FIGURA 2
Mapa dos colegiados de gestão regional, por densidade demográfica (2012)



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Portal da Saúde/MS. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: out. 2012.
Obs.: 1. Nesta figura aparecem 415 regiões, por CGR, mas algumas delas ainda estão em processo de negociação para definição de quantas serão os CIRs.
2. Imagem reproduzida em baixa resolução em virtude das condições técnicas dos originais disponibilizados pelos autores para publicação (nota do Editorial).

Assim, esses espaços contínuos, nos quais seriam conformadas as regiões de saúde, deveriam ser capazes de ofertar estes serviços. Contudo, o que se observa é uma distribuição desigual desta oferta no território nacional, a qual se torna mais concentrada quanto mais complexo é o serviço ou a tecnologia ofertada.

Analisando o primeiro nível do sistema, a atenção básica, observam-se avanços importantes na cobertura por meio de ações e programas governamentais. Estes ganharam maior escala a partir dos incentivos do governo federal para a implantação de equipes de saúde da família, principalmente a partir do estabelecimento do PAB-Variável na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96). Por meio deste incentivo, buscou-se induzir um modelo de atenção em bases territoriais, multidisciplinar e mais resolutivo.

Sem desconhecer os avanços, deve-se observar que há dificuldades para a universalização da cobertura por meio da estratégia Saúde da Família, entre elas a sua expansão para municípios de grande porte, principalmente aqueles situados em áreas metropolitanas (figura 3).[60]

60. Essas discussões foram objeto de reflexão em várias edições deste periódico, destacando-se as edições 11, 13, 17, 19 e 20, bem como a seção 3 desta edição, que discutiu algumas propostas do governo federal para enfrentá-las.

FIGURA 3
Cobertura municipal por equipes de saúde da família (dez./1998 e dez./2011)

3A – 1998

3B – 2011

Fonte: Histórico de Cobertura da Saúde da Família do Departamento de Atenção Básica do MS.

Se os municípios estavam avançando na cobertura populacional da atenção básica, percebia-se que havia dificuldades, na maioria deles, para garantir o acesso à média complexidade. Estas estavam relacionadas à oferta insuficiente de serviços

de atenção especializada e de apoio à diagnose e terapia, o que gerava deslocamentos da população em busca de atendimento, os quais, por sua vez, aumentavam a dificuldade para organização da referência intermunicipal. Estas dificuldades estavam associadas a diversos fatores, incluindo as grandes diferenças de porte dos municípios (predominância de municípios com menos de 20 mil habitantes) e o fato de muitos deles não terem ou não conseguirem manter estruturas de saúde mais complexas (Roese, 2012).[61] Problemas que persistem ainda hoje.

Quando se analisa a cobertura regional/espacial de alguns indicadores, isso parece ficar mais claro. Analisando, por exemplo, o indicador de leitos por mil habitantes, observa-se que há convergência entre as macrorregiões ao longo do período 1999-2009, resultante da redução da oferta total de leitos em todas as regiões (tabela 5). Contudo, em 2009, vários municípios não possuíam nenhum leito ou tinham menos de 2,5 leitos por mil habitantes – um dos parâmetros de suficiência que tem sido utilizado quando se refere a este indicador.[62]

TABELA 5
Leitos por mil habitantes – Brasil e macrorregiões (1999, 2002, 2005 e 2009)

Brasil e regiões	1999	2002	2005	2009
Brasil	**2,96**	**2,70**	**2,41**	**2,26**
Norte	2,24	2,05	1,85	1,84
Nordeste	2,74	2,50	2,27	2,02
Sudeste	3,03	2,75	2,44	2,35
Sul	3,31	3,08	2,76	2,65
Centro-Oeste	3,46	3,05	2,62	2,32

Fonte: Indicador Ripsa E2, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e IBGE.
Elaboração dos autores a partir do TabNet/Datasus.

Dessa forma, a garantia da integralidade, incluindo o acesso aos serviços necessários para a solução dos problemas de saúde da população, aponta, cada vez mais, para a necessidade de cooperação e articulação intermunicipal. Faz-se necessário também ampliar os investimentos para oferta de determinados serviços em vazios assistenciais (locais sem nenhuma oferta ou com oferta insuficiente).

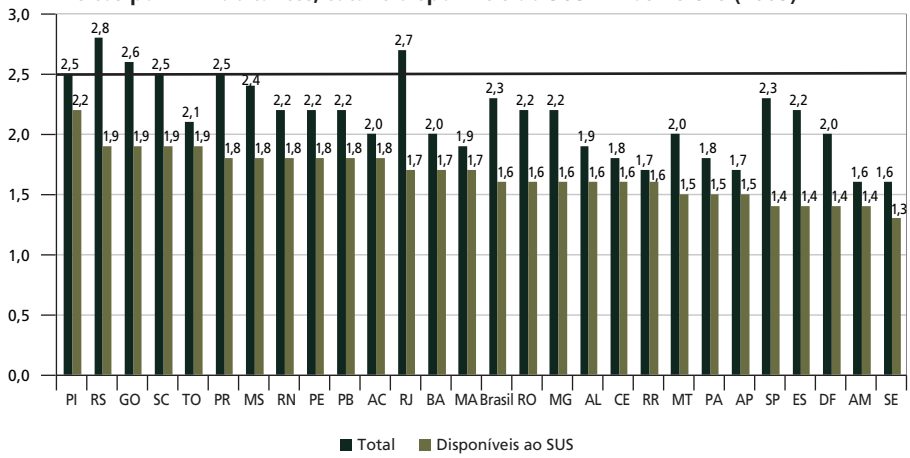
61. "O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional" (Hartz e Contandriopoulos, 2004, p. S331).

62. O parâmetro de 2,5 a 3 leitos hospitalares totais por mil habitantes foi estabelecido pela Portaria nº 1.101/2002, que está em processo de revisão. Todavia, como não foi publicado novo parâmetro, este continua sendo utilizado.

Outra questão pertinente na discussão sobre a oferta de serviços de saúde refere-se às diferenças de acesso via SUS e por outros modos de financiamento. Sabe-se que menos da metade do financiamento do sistema de saúde brasileiro provém de fontes públicas (IBGE, 2009; Piola *et al*, 2011). Esta repartição pode fazer com que a lógica de parte significativa dos investimentos em saúde e das decisões sobre a organização do sistema de saúde considere fatores de mercado (por exemplo, lucratividade).

Para exemplificar essa situação, considere-se novamente o indicador de leitos por mil habitantes. A mencionada redução da oferta aconteceu em estabelecimentos privados de saúde. Houve aumento da oferta em estabelecimentos públicos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Contudo, não foi suficiente para compensar a redução da oferta privada. Ainda que se diga que, com o avanço tecnológico, está havendo uma substituição de modalidades de tratamento, com redução da necessidade de internação ou do tempo que se permanece internado, o que se observa é que os parâmetros de oferta de leitos para o SUS estão bem abaixo de 2,5 leitos por mil habitantes (gráfico 3).

GRÁFICO 3
Leitos por mil habitantes, total e disponíveis ao SUS – Brasil e UFs (2009)



Fonte: AMS.

A análise da oferta total de serviços inclui os serviços ofertados em estabelecimentos públicos e privados. Parte destes serviços está disponível ao SUS. Nos serviços sem internação, principalmente os de menor complexidade, a oferta em estabelecimentos públicos é maior que a oferta em estabelecimentos privados, enquanto nos casos mais especializados ocorre o contrário. No caso de serviços de apoio a diagnose e terapia, essa dependência do setor privado é quase total (tabela 6).

TABELA 6
Estabelecimentos por esfera administrativa e tipo de atendimento – Brasil e macrorregiões (2009)
(Em %)

Brasil e macrorregiões	**Total**		Com internação		Sem internação		Apoio à diagnose e terapia	
	Pública	**Privada**	Pública	Privada	Pública	Privada	Pública	Privada
Brasil	**55,3**	**44,7**	**41,3**	**58,7**	**0,0**	**69,8**	**9,2**	**90,8**
Norte	**72,6**	**27,4**	62,6	37,4	0,0	84,3	12,2	87,8
Nordeste	**68,5**	**31,5**	60,3	39,7	0,0	78,7	13,6	86,4
Sudeste	**46,8**	**53,2**	26,0	74,0	0,0	62,1	8,7	91,3
Sul	**47,8**	**52,2**	23,7	76,3	0,0	68,0	4,0	96,0
Centro-Oeste	**47,5**	**52,5**	42,0	58,0	0,0	59,4	13,0	87,0

Fonte: AMS.
Obs.: os estabelecimentos privados incluem aqueles que prestam serviços para o SUS e os que prestam serviços somente por meio de intermediação de planos de saúde ou pagamento direto do bolso.

Adicionalmente, quanto mais nova a tecnologia, mais a sua disponibilização atende à lógica de mercado: é o caso, por exemplo, da oferta de equipamentos de ressonância magnética por 1 milhão de habitantes que é altamente concentrada nas capitais e, principalmente, em São Paulo e no Rio de Janeiro (Andreazzi, 2011).

Essa discussão sobre a oferta traz outra questão para o debate: quais serviços devem ser ofertados por meio de uma rede de ações e serviços de saúde que envolva coordenação e cooperação entre diferentes regiões de saúde? Esta questão faz parte do debate sobre redes de atenção à saúde, que será apresentado na próxima subseção.

4.3 Redes de atenção à saúde: uma visão a partir da política pactuada entre os Entes Federativos

A oferta de serviços de saúde deveria ser condicionada pelas necessidades de saúde da população ao longo de seu ciclo de vida. No modelo atual proposto para o sistema brasileiro, a atenção primária à saúde deveria ter capacidade de resposta para a maior parte das demandas da população e coordenar-se com outras ações e serviços para garantir a resolutividade e integralidade da atenção. Por este modelo, a atenção básica deve ser espalhada no território nacional, ficando próxima da população e garantindo seu acompanhamento continuado. A oferta dos outros níveis de atenção deveria ser organizada de acordo com a análise das necessidades de saúde e por meio de um sistema de acesso que considerasse os efeitos de deslocamento (distância) sobre as condições de saúde da população e a escala a partir da qual a oferta seria eficiente e efetiva.

> A construção de uma rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Assim, a organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam as ações necessárias de forma apropriada. Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização) (Kuschnir *et al.*, 2011, p. 124).

Assim, o principal objetivo das redes de atenção seria garantir o cuidado integral por meio da oferta de ações e serviços de saúde. Esta formatação da rede pode acontecer em espaços descontínuos, isto é, não precisa ater-se aos limites de um município, estado ou região de saúde.

No Decreto nº 7.508/2011, consta a definição de rede de atenção à saúde como o "conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde" (Brasil, 2011d). As redes deveriam ser capazes de responder às demandas por ações e serviços de saúde em uma ou mais regiões de saúde.

Atualmente, o MS está priorizando a construção de quatro redes temáticas ou linhas de cuidado nos mesmos territórios: *i)* atenção obstétrica e neonatal (Rede Cegonha); *ii)* urgência e emergência; *iii)* atenção psicossocial (enfrentamento do álcool, *crack*, e outras drogas); e *iv)* doenças crônicas: câncer (a partir da intervenção no câncer de colo de útero e mama), cardiovascular e deficiência.[63]

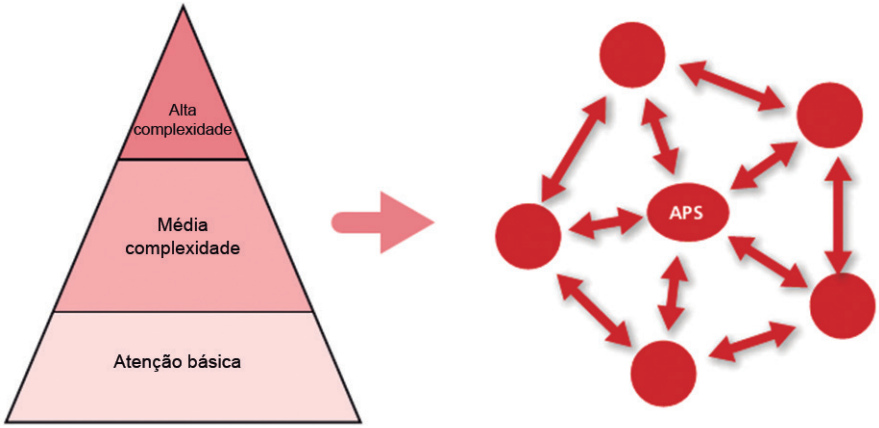
Em debates sobre o tema das redes encontram-se questões conceituais importantes: *i)* as redes deveriam ser organizadas por temas ou de forma a coordenar o cuidado integral independentemente do problema em questão; e *ii)* as redes deveriam ser hierárquicas ou poderia ser considerado um conceito mais horizontal de redes.

Com relação à primeira questão, enquanto as redes temáticas consideram a atenção a grupos populacionais ou problemas de saúde definidos, há propostas de organização de redes que se preocupam mais em organizar uma estrutura de serviços que considere todos os problemas de saúde que podem ser apresentados pelo indivíduo ao longo do ciclo de vida.

63. Essas redes foram apresentadas na seção intitulada *Acompanhamento da política e dos programas* desta e de edições anteriores deste periódico.

Com relação ao formato da estruturação de redes, a crítica à rede hierárquica é apresentada, entre outros, por Mendes (2011), que considera que colocar a atenção primária de saúde (APS) na base de uma pirâmide e como um nível hierárquico inferior significaria uma noção de complexidade equivocada e que privilegia o uso de tecnologias mais complexas.

FIGURA 4
A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde

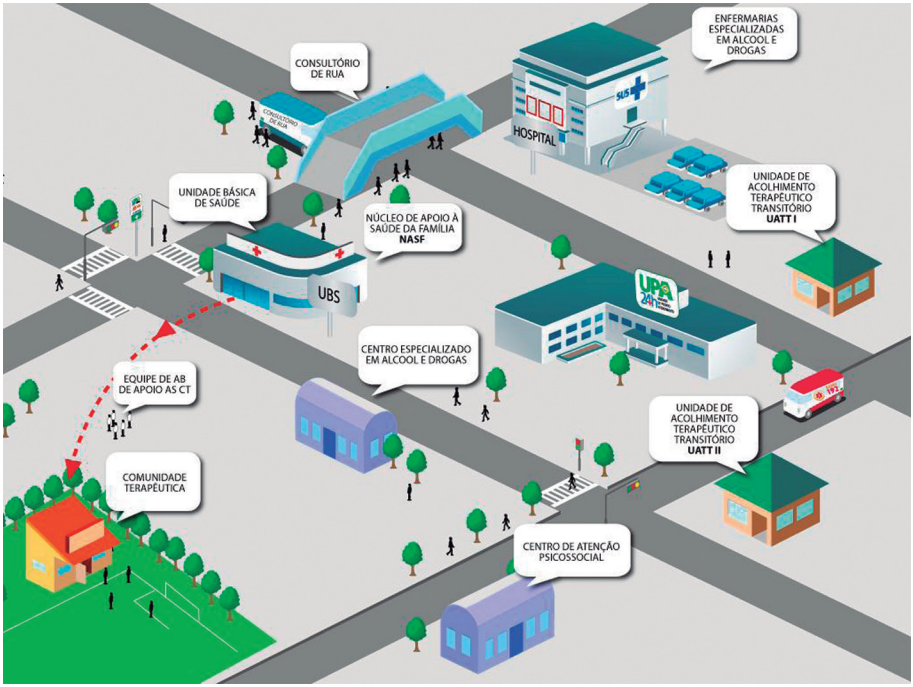


Fonte: Mendes (2011, p. 84).

Essa crítica parece ter eco na área de saúde mental, área em que o MS aponta o Centro de Atenção Psicossocial, com suas equipes multiprofissionais (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais etc.), como serviço estratégico na organização da porta de entrada e de regulação da Rede de Atenção Psicossocial (figura 5).[64]

64. Informações disponíveis no Portal da Saúde do MS em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_mental_revisado_6_11_2008.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2013.

FIGURA 5
Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Ministério da Saúde.

Contudo, ao agregar os diferentes níveis de atenção em uma só unidade, o CAPS suscita questões relevantes quanto à sua forma de inserção na rede. Como bem lembram Onocko-Campos e Furtado (2006, p. 1.056): "Seria esta uma volta à forma piramidal própria da hierarquização classicamente definida pelo SUS ou estar-se-ia trabalhando com uma concepção de rede horizontal na qual, então, o papel do CAPS poderia ser entendido como o de agenciador, articulador?"

4.4 Algumas considerações adicionais sobre a regionalização em saúde

Avança-se na expansão de cobertura, mas os processos gerenciais e de regulação e os recursos necessários para garantir acesso efetivo, universal, integral e equânime ainda não estão garantidos. Desta forma, mesmo que se observem progressos na desconcentração espacial da oferta de serviços em todos os níveis de complexidade, ainda há diferenças na oferta entre grupos populacionais, os quais estão distribuídos de modo desigual no espaço, favorecendo as regiões mais desenvolvidas. Adicionalmente, internamente às UFs (estados ou municípios), há diferenças na alocação espacial de recursos que estão relacionadas ao fato de que parte dos investimentos privados privilegia os locais com maior concentração de populações e com maior poder aquisitivo.

Considerando a forte participação do financiamento privado, os estabelecimentos privados de saúde podem decidir se irão disponibilizar parte de sua oferta/estrutura de produção para o setor público. Esta escolha dependerá de suas decisões sobre lucro, formação de mercados, entre outras. Para evitar problemas de redução ou ausência de cobertura para determinados serviços, podem ser citadas algumas opções que se colocam para a atuação do Estado: *i)* ampliar a oferta (investimento) pública; *ii)* aumentar os preços pagos para atrair o setor privado; *iii)* reduzir os incentivos públicos ao setor privado, o que poderia gerar aumento dos preços do setor privado; e *iv)* regular a oferta privada.

Para ampliar a oferta pública ou aumentar os preços pagos, seriam necessários mais recursos, que podem vir pela redistribuição do financiamento entre programas e ações ou pela ampliação dos recursos totais destinados ao setor público e não somente ao setor saúde, sem desconsiderar possibilidades de ganhos de eficiência neste setor. Como foi discutido na seção 3, esta questão não está relacionada apenas aos serviços de mais alta complexidade, visto que, mesmo na atenção básica, há ações do governo federal destinadas a realizar investimentos consideráveis em infraestrutura, observando-se, assim, um aumento relativo da participação do financiamento para este nível de atenção. Há também espaço para aumentar a eficiência do gasto público, com melhorias de gestão. Porém, pelas estimativas atuais de necessidade, feitas a partir de comparações internacionais, este caminho, ainda que necessário, não seria suficiente para fazer valer todos os princípios do SUS. Todas estas alternativas devem ser estudadas para que se compreendam os seus mecanismos e as consequências da adoção de cada uma delas.

O fato de haver uma grande participação privada na oferta de serviços públicos é, em si, um problema? Não necessariamente. Há diversos países que construíram sistemas universais, com elevados níveis de integralidade e equidade, em que há grande participação do setor privado na oferta de serviços (entre outros, Alemanha, Japão e França). Contudo, estes países têm participação majoritária do financiamento público e/ou outros mecanismos de regulação da participação privada no sistema de saúde. Em alguns deles, o financiamento público é majoritário, o que gera um grande poder de compra governamental, sendo este, em si, um mecanismo de regulação. Mesmo neste caso, o Estado faz valer seu poder de regulação na tentativa de direcionar o sistema como um todo para os princípios estabelecidos por ele e, muitas vezes, defendidos pela sociedade local. Naqueles em que o financiamento público não é majoritário, o Estado regula, por exemplo, os preços dos bens e serviços de saúde, a partir de negociações com os prestadores e com o segmento de saúde suplementar (planos e seguros) e, também, busca organizar a estrutura de incentivos ao setor privado. Assim, mesmo em sistemas com forte dependência do setor privado, há mecanismos de regulação visando garantir que o sistema seja universal, integral e equânime.

A definição das prioridades para aplicação de recursos finitos deve ser um processo político-social, mas feito de forma transparente e com uma provisão de informações significativa, inclusive de custo/efetividade. Contudo, considerando os conflitos de interesse, inclusive no próprio aparato do Estado, este é um processo em construção no país (Viana, Lima e Ferreira, 2010, p. 9). [65] Este talvez seja o maior desafio para o estabelecimento de uma política regional/territorial. Entre estes atores é fundamental considerar as relações com o setor privado, com os profissionais de saúde e com outros setores sociais e econômicos.

Dessa forma, algumas questões necessitariam de mais trabalhos de pesquisa para serem respondidas, entre elas: *i)* quais os espaços para aumentar a eficiência pública; *ii)* qual a real necessidade de financiamento para a implantação de um sistema público universal, integral e equânime, pensado de modo descentralizado e organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada; e *iii)* quais mecanismos de regulação da relação público-privada poderiam ser utilizados pelo Estado para fazer como que o sistema funcione prioritariamente em direção a estes princípios.

No campo político-institucional, é necessário compreender os mecanismos e processos que fazem com que alguns estados avancem mais que outros no processo de regionalização e se estes são replicáveis.

Adicionalmente, deve-se considerar que a regionalização da saúde não é o único processo de regionalização observado no país. Há vários processos relacionados ao desenvolvimento brasileiro, aos fluxos da população e às suas organizações políticas, sociais e culturais. Além dos tradicionais recortes por macrorregiões, outros processos de regionalização dialogam com a proposta para o setor de saúde. Estas regionalizações produzem fluxos que têm impactos sobre a organização do sistema brasileiro de saúde.

Alguns pesquisadores da saúde, em suas análises sobre a regionalização, vêm destacando os limites de um processo que faz diálogos intrasetoriais, mas que tem pouco poder ou instrumentos efetivos para promoção de coordenação intersetorial.

Ianni *et al.* (2012), em sua análise sobre os dilemas da pactuação de saúde em uma região metropolitana, utilizam o exemplo de uma reclamação comum dos gestores de saúde: os deslocamentos de populações que residem em um município e vão buscar serviços de saúde em outros municípios. A principal reclamação é que isto acontecia em níveis de atenção que deveriam ser providos no município, por exemplo, a atenção básica. Estes autores citam o trabalho realizado por Bosquat e Nascimento (2001 *apud* Ianni *et al.*, 2012) para dizer

65. Essa afirmação de Viana, Lima e Ferreira (2010) foi feita no contexto de um relatório que buscava avaliar as Comissões Intergestores Bipartes, que foram criadas como parte do processo de pactuação e em busca da direção única do SUS. Ainda que feita com outro objetivo, ela aplica-se perfeitamente a todos os outros processos de regionalização, às suas instâncias e aos instrumentos.

que a população vai em busca das respostas para suas necessidades de saúde em locais em que entende que esta resposta possa ser mais efetiva. Se o sistema local (municipal) não oferece esta resposta, a população não fica restrita aos limites político-administrativos, deslocando-se para outros municípios. Assim, "as sub-regiões metropolitanas são aquelas capazes de reter a grande maioria dos fluxos dos usuários originados em sua própria área, ou seja, no que se refere ao território 'usado', as lógicas de deslocamentos são regionais e não municipais" (Ianni *et al.*, 2012, p. 928).

Ainda que reconheçam essas dificuldades e limitações do processo de regionalização, em suas entrevistas com gestores de saúde, os autores observaram que há consenso entre eles em relação a avanços já realizados na coordenação intermunicipal e de uma expectativa positiva, naquele momento, com relação à implantação do Pacto de Gestão. Admitem que o setor saúde, neste processo, faria aflorar os conflitos e possíveis soluções em espaços democráticos que são desconhecidos ou incipientes em outros setores.

Embora algumas dessas decisões estejam relacionadas a uma perspectiva setorial, muitas outras dependem de acontecimentos externos ao setor saúde. Neste sentido, destaca-se o modo de organização dos espaços urbanos, as políticas voltadas para eles (por exemplo, transporte público e saneamento) e as decisões de investimento do setor público e privado, que, muitas vezes, implicam mudança temporária ou permanente de grandes contingentes populacionais para atender às demandas por mão de obra nestes espaços, exigindo, por conseguinte, adequações dos serviços de saúde. Convém lembrar, ainda, que a dinâmica produtiva também tem reflexos sobre a saúde da população e, portanto, pode criar novas demandas para o setor. Por exemplo, a ampliação de carros nas ruas e seus reflexos sobre acidentes, qualidade do ar, saúde mental etc.; ou, ainda, o uso de agrotóxicos para aumentar a produtividade do agronegócio e seus reflexos sobre a saúde da população.

Assim, além das demandas consideradas mais estruturadas, os gestores da saúde se defrontam com novas questões, algumas delas geradas por outras políticas setoriais. Ao pensar a regionalização da saúde, é importante entender estas dinâmicas e suas expressões territoriais, bem como ter noção de suas implicações. Deve-se entender que a discussão sobre regiões de saúde requer planejamento – como dito, muitas vezes, indo além do setor saúde – e uma capacidade de coordenação, pactuação e decisão intra e intersetorial, bem como intragovernamental e entre o governo e outros segmentos da sociedade.

Ainda está pouco claro como foram feitas as análises de escala e possibilidades nacionais de construção das regiões de saúde ou o quanto estes processos têm considerado outros processos de regionalização. Algumas análises recentes indicam que as discussões sobre regionalização da saúde ainda são muito internas ao próprio setor.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. F. **Poder compensatório e política de defesa da concorrência**: referencial geral e aplicação ao mercado de saúde suplementar brasileiro, 2009. Tese (Doutorado) – Escola de Economia de São Paulo, São Paulo, 2009.

ALMEIDA, P. F. *et al*. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Caderno de saúde pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ANDREAZZI M. A. R. **Pesquisa de assistência médico sanitária (AMS) 2009**. Brasília: Bottlenecks; Costs and Equity, 8 ago. 2011.

ARAÚJO, J. D.; FERREIRA, E. S. M.; NERY, G. C. Regionalização dos serviços de Saúde Pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. **Revista de saúde pública**, Mar 1973, v. 7, n. 1, p.1-19.

BALDANI, M. H.; ALMEIDA, E. S.; ANTUNES, J. L. F. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no Paraná. **Revista de saúde pública**, v. 43, n. 3, p. 446-454, 2009.

BESLEY, T.; HALL, J.; PRESTON, I. The demand for private health insurance: do waiting lists matter? **Journal of public economics**, v. 72, n. 2, p. 155-181, 1999.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Congresso nacional, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Noas 01/2001 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação. Brasília: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais saúde**: direito de todos: 2008-2011. v. 4. ed. Brasília: MS, 2010. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão**: garantindo saúde para todos. Brasília: MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: MS, 2007.

_____. Tribunal de Contas da União (TCU). **Relatório de atividades do primeiro trimestre de 2009**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/publicacoes_institucionais/relatorios/relatorios_atividades/2009_Relat%C3%B3rio_1%C2%BA_Trimestre.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação da efetividade dos programas de atividade física no Brasil**. Brasília: MS, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: MS, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Apresentação da SBBrasil**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/apresentacao_abbrasil_2010.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Implantação do Decreto nº 7.508/2011 e aprimoramento do Pacto pela Saúde. Brasília, 2011d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_apresentacao_nov2011.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2012.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2011e.

_____. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Congresso nacional, 2011f.

_____. Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para construção de polos da Academia da Saúde. Brasília: Congresso nacional, 2011g.

_____. Lei de Diretrizes Orçamentárias 2011. Brasília: Congresso Nacional, 2011h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2011**. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados**, Brasília, ano 7, n. 10, mar. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, 2012c.

_____. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do Artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Mortalidade do adulto: taxas de mortalidade segundo sexo, causas e regiões. *In*: _____. **Saúde Brasil 2001**: uma análise da situação de saúde e da vigilância em saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

_____. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil: tendências, componentes e causas de morte. *In*: _____. **Saúde Brasil 2001**: uma análise da situação de saúde e da vigilância em saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012f.

_____. Ministério da Saúde. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010. *In*: _____. **Saúde Brasil 2001**: uma análise da situação de saúde e da vigilância em saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012g.

_____. Ministério da Saúde. Tendências em 20 anos da mortalidade entre idosos no Brasil: 1991-2010. *In*: _____. **Saúde Brasil 2001**: uma análise da situação de saúde e da vigilância em saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012h.

_____. **Lei de Diretrizes Orçamentárias 2012**. Brasília: Congresso nacional, 2012i.

CASTRO, J. A. *et al*. **Gasto Social Federal**: prioridade macroeconômica no período 1995-2010. Brasilia: Ipea, set. 2012. (Nota Técnica, n. 11).

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conass, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS). v. 1.

DEITOS, A. R. **Avaliação na atenção especializada em saúde bucal**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; MS; SAE, 2012.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 21, n. 1, 2012.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. Pago por desempeño. **AMF 2008**, v. 4, n. 6, p. 344-352, 2012. Disponível em: <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/pago-por-desempeno-%C2%ABpay-for-performance%C2%BB-p4p/>. Acesso em: 22 nov. 2012.

GOLDBERG, D. K. Antitruste e a barganha coletiva no mercado de saúde suplementar. *In*: MATTOS, C.; FRANCO NETO, A. A. M. (Orgs.). **A revolução do antitruste no Brasil 2**: A teoria econômica aplicada a casos concretos. São Paulo: Singular, 2008. p.329-357.

GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria – Considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001.

GUERRA, K. C. M. **Os centros de especialidades odontológicas nos municípios do estado do Rio de Janeiro**: uma investigação dos fatores identificáveis como facilitadores ou não na implantação de uma política de indução financeira. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Caderno de saúde pública**, v. 20, suplemento 2, p. S331-S336, 2004.

HEIMANN, L. S. *et al*. **Quantos Brasis**? alocação de recursos no SUS. São Paulo: SES-SP/Nisis/IS/CIP, 2002.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: OECD Publishing, 2007. (Health Working Papers, n. 30).

IANNI, A. M. Z. *et al*. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da região metropolitana da baixada santista, São Paulo, Brasil. **Caderno de saúde pública**, v. 12, n. 5, p. 925-934, 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** – Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. 15 anos de gasto social federal, notas sobre o período de 1995 a 2009. **Comunicado do Ipea**, n. 98, Brasília, jul. 2011.

_____. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise. Vários anos.

JACOMETTI, E. J.; STEPHAN-SOUZA, M. A. I. Espaço, território e região: conceitos-chave para a compreensão da atratividade de Juiz de Fora no processo de regionalização da saúde na macrorregião sudeste de Minas Gerais. **Revista APS 13**, suplemento 1, 2010.

JUNQUEIRA, S. R. *et al*. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em municípios do estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 15, n. 4, p. 41-53, 2006.

KUSCHNIR, R. *et al*. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. *In*: GONDIM, R., GRABOIS, V., MENDES JUNIOR, W. V. (Orgs.). **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.121-151.

LEE, I. *et al*. Effects of physical inactivity on non-communicable diseases. **The Lancet**, v. 380, n. 9.838, p. 219-229, 21 July 2012.

LIMA, A. C. S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Política Nacional de Saúde Bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. **Revista baiana de saúde pública**, v. 34, n. 2, p. 371-1387, 2010.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Caderno de saúde pública**, v. 26, n. 2, p. 323-36, 2010.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1.903-1.914, 2012.

MACHADO, E. M. *et al*. **Atenção básica à saúde em Minas Gerais**: desigualdade na distribuição de recursos financeiros e na prestação de serviços básicos após a introdução do piso de atenção básica. Belo Horizonte: FJP, 2003.

MALTA, D.; SILVA, J. B. Policies to promote physical activity in Brasil. **The Lancet**, v. 380, n. 9.838, p.195-196, 21 July 2012.

MALTA, D. *et al*. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas 2006. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 18, p. 7-16, 2009.

MELLO, G. A.; IBAÑEZ, N.; VIANA, A. L. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no estado de São Paulo. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 853-866. 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. p. 549.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Caderno de saúde pública**, v. 24, n. 8, p. 1.877-1.886, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1.053-1.062, maio 2006.

PINTO, H. A; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para atenção básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>.

PEREIRA, M. O. **Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas**. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. Brasília, 2012. Mimeografado. Disponível em: <https://www.box.com/s/d0310809211144811e60>. Acesso em: 5 out. 2012.

PORTO, S. M. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2001. (Relatório final de projeto REFORSUS).

RIO DE JANEIRO. Atenção às urgências: Especial UPAs. **Emergência**, mar. 2012. Disponível em: <http://www.ecosistemas.com.br/doc/Especial_36.pdf>.

ROESE A. **Planejamento regional ascendente e regionalização**: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, 2012.

SANTOS L. **Regionalizando a descentralização**: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos Entes Federativos? Campinas: Idisa, 2012.

SERVO, L. M. *et al*. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L. Satisfação dos usuários assistidos nos centros de especialidades odontológicas do município de Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de saúde pública**, v. 26, n. 5, p. 991-1.002, 2010.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. **Ciência & saúde coletiva**, n. 15, v. 5, p. 2.317-2.326, 2010.

VIEGAS, M. A. *et al*. **Metodologia de alocação equitativa de recursos**: uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte: SES, 2004.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics**. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf>. Acesso em: 18 set. 2012.