

<b>Título</b>	SAÚDE
<b>Autores (as)</b>	Andrea Barreto de Paiva Edvaldo Batista de Sá Leila Posenato Garcia Luciana Mendes Servo Sérgio Francisco Piola
<b>Título do BOLETIM</b>	BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS – ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
<b>Editora</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>Ano</b>	2011 (n.19)
<b>ISSN</b>	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.

## SAÚDE

### 1 APRESENTAÇÃO

A política de saúde está basicamente organizada segundo diferentes tipos de atividades e níveis de atenção – assistência farmacêutica, atenção básica, média e alta complexidade –, grupos populacionais específicos – mulheres, crianças, idosos, trabalhadores, entre outros – e ações de vigilância em saúde – vigilância de doenças, agravos e seus fatores de risco e vigilância ambiental. Sua implementação requer a atuação coordenada das três esferas de governo (União, estados e municípios) por meio de seus órgãos setoriais – o Ministério da Saúde (MS), as secretarias estaduais e as secretarias municipais de saúde. Contudo, garantir ou melhorar a saúde da população brasileira depende não somente da atuação desses órgãos típicos da saúde, mas também, no caso do enfrentamento de alguns agravos, de políticas públicas articuladas que extrapolam o âmbito setorial restrito. São vários os exemplos em que a atuação setorial da saúde é insuficiente para garantir melhores resultados de saúde. Nesta edição de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* são abordados alguns desses casos, como o combate ao consumo de drogas, mais especificamente o caso do *crack*, e a dengue.

O consumo de *crack* vem aumentando no Brasil. A área de saúde está procurando fazer a sua parte, alertando a população e autoridades para o problema e desenvolvendo, com base na estratégia de redução de danos, ações de educação, prevenção e assistência à saúde dos usuários. Mas a dimensão do problema requer a imediata articulação com outros setores para o seu enfrentamento mais completo.

Outro problema também sem perspectiva de solução no curto prazo é a dengue. Em 2009, foram notificados mais de 577 mil casos, número inferior apenas aos anos de 2002 e 2008. Esta doença é outro exemplo de problema que exige, para seu controle adequado, uma atuação intersetorial. A baixa cobertura e a irregularidade do abastecimento de água canalizada e da coleta de lixo, somadas à destinação inadequada de dejetos e à falta de apoio e acesso para as atividades de vigilância sanitária desenvolvidas pelos municípios, são fatores que comprometem o alcance de melhores resultados. Essa questão é objeto de análise na seção de vigilância à saúde deste capítulo.

No que diz respeito ao direito à saúde, o Judiciário tem sido acionado e tem ajudado a desenhar os contornos da tênue fronteira que separa o direito individual do direito coletivo. Também tem sido acionado para dirimir questões que envolvem pacientes, o Sistema Único de Saúde (SUS) e provedores de serviços. Preservar os direitos dos usuários em harmonia com os princípios do SUS, muitas vezes, não é trivial e não pode ser objeto de decisões apressadas. Neste periódico, é analisada decisão recente sobre o direito da chamada “diferença de classe” no atendimento, que pode abrir precedente para o estabelecimento de diferentes categorias de usuários, agora no SUS.

Análise, ainda que sucinta, das principais políticas e programas demonstra que na atenção básica, a estratégia *Saúde da Família* tem encontrado dificuldades para sua expansão nos municípios de maior porte e continua com problemas nas áreas de gestão, de recursos humanos e de articulação com o restante da rede de serviços, além da necessidade de investimentos em infraestrutura que permitam seu melhor funcionamento, como se verá na seção específica. Na média e alta complexidade, é dado destaque para a política de atendimento de urgências e emergências, principalmente ao Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). São inegáveis os benefícios introduzidos pelo Samu, mas ainda se identificam problemas principalmente na quantidade e/ou capacitação dos profissionais envolvidos. No tocante às UPAs, aparentemente estão contribuindo, e existem estudos que já demonstram esse resultado, para a redução da pressão sobre os serviços de urgência e emergência dos hospitais, que poderiam então ficar mais disponíveis para os casos de maior gravidade ou que necessitam de atendimento mais especializado. Contudo, em algumas especialidades, as UPAs estão substituindo todos os serviços prestados nas urgências/emergências dos hospitais em vez de cuidar somente dos casos menos complexos. O problema está também na área de recursos humanos, sobretudo na sua insuficiência numérica. Em muitos casos, as UPAs têm sido colocadas em funcionamento à custa de pessoal que estava atuando nos serviços de urgência e emergência de hospitais públicos, levando, inclusive, ao fechamento de serviços específicos.

Na área de vigilância em saúde, além da dengue, destaca-se a pronta resposta brasileira à denominada *gripe suína*, causada pelo vírus influenza A (H1N1). Após as expectativas iniciais, algumas até bastante alarmantes, a respeito da evolução da pandemia, a doença foi controlada. Após o anúncio da fase pós-pandêmica, seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o MS mantém, em ação conjunta com estados e municípios, o monitoramento da doença. Outro exemplo de sucesso na área de vigilância à saúde está relacionado ao sarampo. Em virtude das elevadas coberturas vacinais, mantidas a partir da década de 1990, em setembro de 2010, o Brasil foi o primeiro país das Américas a entregar relatório à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para receber a certificação da eliminação da circulação autóctone do vírus do sarampo.

Apesar do aumento do elenco dos medicamentos distribuídos pelos programas oficiais e da facilitação do acesso, via preços subsidiados, aos medicamentos disponíveis para aquisição na rede de estabelecimentos credenciados no Programa Farmácia Popular do Brasil, que apresentou grande crescimento nos últimos anos, a assistência farmacêutica continua sendo um ponto crítico do SUS.

Na gestão compartilhada do SUS, o avanço está representado pela preocupação crescente com o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas pelas três instâncias de governo, o que representa uma mudança importante na gestão do sistema. No financiamento, apesar da perda da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), a execução total do MS teve aumento real de R\$ 6,1 bilhões (11%) em relação a 2008. A maior parte desse aumento destinou-se às ações de controle da pandemia de H1N1 e a reajustes na tabela de procedimentos do SUS. Em relação à Emenda Constitucional (EC) nº 29, que continua sem regulamentação, em 2009, os gastos do MS com ações e serviços públicos de saúde ultrapassaram o piso em R\$ 4 bilhões.

Por fim, complementando alguns dos problemas que são colocados ao longo do texto, destacam-se alguns desafios, históricos e potenciais, que ameaçam a implementação do SUS de forma consistente com os seus princípios norteadores previstos nas normas legais que prescrevem o acesso universal e igualitário e o atendimento integral.

## **2 FATOS RELEVANTES**

### **2.1 Atuação do Judiciário em temas da saúde: decisões recentes e suas implicações**

Em vários momentos, o Ipea tem analisado a atuação do Judiciário na área de saúde. Como destacado em outras publicações,<sup>1</sup> esta é uma questão complexa que envolve longa discussão sobre a autonomia dos poderes, as discussões sobre direito individual e direito coletivo, a gestão das políticas de saúde e as questões de equidade na alocação de recursos públicos.

Conforme destacado na edição 17 deste periódico,

Em parte, [o recurso ao judiciário ou a judicialização da saúde] têm relação com a persistência dos problemas ainda enfrentados pelo SUS na busca do cumprimento dos preceitos constitucionais. Em particular, a busca do cumprimento do preceito de atendimento integral tem feito que muitos usuários do SUS, amparados pelo Art.196 da Constituição, que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, venham recorrendo ao Poder Judiciário para que lhes seja garantido o acesso

---

1. Ver Ipea (2009).

a determinados medicamentos ou procedimentos. (...) [a judicialização] está ocasionando uma polêmica acerca dos limites do direito à saúde e da integridade do atendimento em relação à incontornável limitação dos recursos. Esta prática, que começou há 15 anos com demandas por medicamentos antirretrovirais, ampliou-se nos últimos anos e passou a ser uma das vias de procura por uma série de medicamentos e tratamentos (IPEA, 2009, p. 152).

A visão predominante no Judiciário tem sido a de que o direito à vida tem primazia sobre todos os outros direitos e que a sua atuação se pauta em fazer valer o direito à vida e o direito à saúde previstos na Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Os gestores públicos da saúde argumentam que essas decisões do Judiciário têm tornado inviável a organização da política de saúde, particularmente da política de assistência farmacêutica, visto que parcelas cada vez maiores dos recursos estão sendo comprometidos com ações judiciais.<sup>2</sup> Afirmam que o problema está na falta de legislação específica que permita uma clara compreensão do direito à saúde. Para eles, falta legislação na qual seja possível enquadrar situações que ocorrem no cotidiano da assistência provida pelo SUS e esta ausência tem levado a maior protagonismo do Poder Judiciário na política de saúde.

Outros argumentam que nenhuma legislação infraconstitucional irá resolver essa questão, tendo em vista as interpretações do Judiciário, dando primazia ao direito à vida sobre todos os outros direitos constitucionais e que o direito à saúde implicaria que todos têm direito a todo e qualquer tratamento de saúde, independente de sua inclusão prévia como parte da política pública de saúde.

Nessa polêmica, houve várias tentativas, algumas infrutíferas, de conciliação entre o Judiciário e o Executivo. A última, e talvez a mais importante, foi a audiência pública organizada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2009. Na audiência, foram ouvidos especialistas e entidades da sociedade civil sobre temas que compreendem desde a responsabilidade dos entes da Federação em matéria de direito à saúde até a questão de fraudes ao SUS. De acordo com o STF, as opiniões dos especialistas permitiriam à corte analisar melhor as implicações das decisões judiciais, sem comprometer os direitos fundamentais dos cidadãos. Além disso, há dois projetos de lei (PLs)<sup>3</sup> relacionados à garantia de atendimento integral, de teores completamente diversos que tramitam no Senado Federal.

Diante dessas indefinições, o STF já foi instado a proferir decisões, ainda que muitas vezes em caráter pontual e preliminar, sobre assuntos variados, incluindo

---

2. Algumas informações adicionais sobre este debate podem ser obtidas em Ipea (2009), capítulo saúde.

3. PL nº 219/2007, de iniciativa do senador Tião Vianna, e 338/2007, de autoria do senador Flávio Arns.

diversos aspectos que envolvem o fornecimento de medicamentos e tratamentos especiais, por parte do SUS, no conceito de garantia do direito à saúde e ao tratamento integral.

Pode-se dizer que, por força das decisões tomadas, vem se formando uma jurisprudência a respeito de algumas questões. Assim, por exemplo, em 17 de março de 2010, o STF decidiu contra recursos interpostos pelo Poder Executivo que questionavam decisões judiciais que determinaram ao SUS o fornecimento de remédios de alto custo ou tratamento não oferecidos pelo sistema a pacientes de doenças graves que recorreram à justiça. Ao fazê-lo, resguardou o direito dos cidadãos e reafirmou alguns posicionamentos a respeito da matéria, como a vedação da obrigatoriedade de exigir que o poder público garanta medicamentos ou tratamentos sem autorização para uso no Brasil, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), bem como de tratamentos experimentais. Também definiu que nas ações, as três esferas de governo têm responsabilidade solidária, ou seja, o município, por exemplo, não pode alegar que determinado tratamento não é de sua responsabilidade. Além disso, garantiu o direito de se demandar medicamentos diferentes daqueles existentes nas listas do SUS, o que reforça a necessidade de regulamentação de forma mais precisa, pelo Legislativo, do processo de atualização dos protocolos terapêuticos do SUS e do processo de incorporação tecnológica de uma forma mais geral.

Contudo, se algumas decisões do STF podem ser vistas como avanços no sentido da preservação dos direitos dos cidadãos e de reafirmação dos princípios do SUS, outras podem significar retrocesso. Este é o caso, por exemplo, de decisão favorável ao Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, que ajuizou recurso contra acórdão do Tribunal Regional (4ª Região) que se manifestara em desacordo a pleito da utilização da chamada “diferença de classe” no SUS. Este tipo de atendimento diferenciado existia nos tempos do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) sob o nome de atendimento em acomodações especiais.

O pleito refere-se à possibilidade de se permitir

(...) o pagamento, por particulares, de valor complementar ao que é oferecido pelo Poder Público para a internação em regime ambulatorial (sic), objetivando o atendimento diferenciado (diferença de classe), como quarto privativo e atendimento por médicos que, via de regra, não atendem pacientes que utilizam o SUS (...) (BRASIL, 2010b).

O STF, em maio de 2010, acolheu a reclamação baseando-se em julgamentos anteriores, utilizando entre outras razões o argumento básico de que

(...) o direito à saúde, como está assegurado no Art. 196 da Constituição, não deve sofrer embaraços impostos por autoridades administrativas no sentido de reduzi-lo ou de dificultar acesso a ele. Inexistência, no caso de ofensa à isonomia” (BRASIL, 2010b).

Entre os julgamentos anteriores usados como suporte à decisão em tela, alguns se referiam a pedido de acomodações privativas, em função da situação de saúde do paciente, por recomendação médica, o que é diferente de, a critério pessoal, poder pagar por quarto privativo e para ter acompanhamento médico particular. Se prosperar este entendimento, será fortalecida a existência de duas filas, de duas categorias de atendimentos, agora no próprio SUS. De certa forma, a resolução é um atentado contra a igualdade de atendimento, um dos princípios fundamentais previsto na Constituição, quando trata da seguridade social e nos regramentos infraconstitucionais do SUS.

## 2.2 Saúde do homem: uma nova agenda no SUS?

Há algum tempo setores da sociedade vem alertando para a alta mortalidade da população masculina associada a diversos fatores. Destacam-se, entre as causas de óbito, as doenças crônicas e aquelas relacionadas às diversas formas de violências e acidentes. Assim, em agosto de 2009, o MS lançou a Política Nacional de Saúde do Homem (PNSH) que tem por objetivo

(...) promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.<sup>4</sup>

Em sua divulgação, o MS reforçou a importância da política, afirmando que: a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens; sua expectativa de vida é menor que a das mulheres e a incidência de algumas doenças, como alguns tipos de câncer, é mais elevada entre os homens.

Essa política parte da constatação de que os homens, por questões culturais e outros fatores sociais e profissionais, quando procuram o sistema de saúde o fazem por meio da atenção especializada e, em geral, em estado mais avançado das doenças ou agravos, com a conseqüente elevação da morbimortalidade deste grupo populacional, bem como maior custo para o SUS. Reconhece que há espaço para ampliação e qualificação da atenção básica para a promoção da saúde do homem e prevenção de agravos evitáveis relacionados a esse grupo populacional.

Assim como em outras políticas voltadas para grupos populacionais específicos, a PNSH deve ter por foco a atenção primária como porta de entrada do homem no sistema de saúde e reforço à promoção e à prevenção.

---

4. Portaria MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.

Ainda que esse seja o foco declarado pela política, em 2009 o MS repassou não mais que R\$ 14,2 milhões<sup>5</sup> de recursos adicionais para procedimentos urológicos (média e alta complexidade). Ainda que sejam procedimentos especializados, eles são fundamentais para a prevenção de cânceres e outras doenças urológicas. Complementarmente, o MS vem promovendo oficinas de capacitação de profissionais de saúde para a atenção integral a saúde do homem.

Hoje, praticamente, não há nenhum grupo populacional não coberto por alguma política ou programa destacado no âmbito do SUS. Isto porque existem políticas, programas e ações com foco em mulheres, homens, idosos, crianças, pessoas com deficiência, trabalhadores, população carcerária, população com problemas de saúde mental, adolescentes, população negra e indígena. Todas essas políticas propõem ampliação da qualificação dos profissionais de saúde para prestar correta atenção para cada um desses grupos populacionais. Todas elas também propõem que a atenção básica, por meio da estratégia de Saúde da Família, seja a porta de entrada para esses grupos populacionais no SUS. Assim, além da discussão sobre a necessidade de revisão curricular e metodológica dos cursos de graduação, conferindo aos graduados maior qualificação para trabalhar com os diversos recortes e segmentos populacionais, surgem outros problemas relacionados à própria organização da atenção básica em geral, e da Saúde da Família em particular, os quais serão objeto de análise na seção 3 deste capítulo.

### **2.3 Campanha Nacional de Alerta e Prevenção do Uso de Crack**

No segundo semestre de 2009, o MS lançou a Campanha Nacional de Alerta e Prevenção do Uso de Crack. A campanha faz parte de algumas iniciativas adotadas pelo ministério para tentar reduzir a disseminação do uso da droga no país e minimizar suas consequências tanto para os usuários quanto para terceiros. O crack é derivado das sobras do refino da cocaína e é, entre as substâncias ilícitas disponíveis no Brasil, a que tem o maior poder de dependência. Quando o efeito da droga diminui no organismo, o usuário costuma apresentar sintomas de depressão e psicoses, como a sensação de perseguição. Entre os danos físicos vale à pena citar a desnutrição, as rachaduras nos lábios, o sangramento da gengiva, a corrosão dos dentes e os problemas respiratórios. O uso do crack está associado ao maior risco de infecções, como hepatites virais, herpes, tuberculose e HIV. Além dos danos à saúde física e mental dos usuários, o crack provoca danos sociais que vão desde a perda dos vínculos familiares até a realização de delitos para a aquisição da droga.

---

5. Portaria MS nº 1.946, de 27 de agosto de 2009.

Segundo estimativas do governo, em 2005 existiam 380 mil usuários de crack no Brasil e atualmente este número saltou para 600 mil. Inicialmente, o uso da droga estava restrito a São Paulo. Mas, nos últimos anos, tem-se espalhado por centros urbanos de todas as regiões.<sup>6</sup> A estratégia adotada pelo governo no enfrentamento ao crack é multissetorial e baseia-se no combate ao tráfico, na prevenção e no tratamento dos dependentes. No campo específico da saúde, a estratégia adotada pelo MS tem como eixos, além da prevenção e assistência à saúde dos usuários, a redução de danos. Desse modo, o ministério tem investido nos consultórios de rua como forma de chegar aos usuários e reduzir danos por meio da distribuição de piteiras de silicone, protetores labiais e camisinhas. As piteiras, além de prevenir a propagação de doenças como tuberculose, evita que o cachimbo queime os lábios dos usuários e o protetor labial ajuda na cicatrização. As camisinhas ajudam a prevenir a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. No campo da assistência à saúde propriamente dita, as equipes de Saúde da Família e os Centros de Apoio Psicossocial (CAPs) devem desempenhar papel central. Contudo, na prática, a assistência prestada vai depender da rede de serviços local. Adicionalmente, o MS tem alocado recursos para disponibilizar leitos hospitalares específicos para o tratamento de dependentes de álcool e outras drogas, inclusive o crack.

### 3 ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS

#### 3.1 Atenção básica em saúde

A estratégia de Saúde da Família, concebida como um conjunto de ações vinculadas à atenção básica, tem sido considerada como a principal estratégia de organização da atenção à saúde no país. Na edição anterior de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, o trabalho concentrou-se na discussão sobre as dificuldades para sua expansão, particularmente nos municípios com mais de 500 mil habitantes (hab.). Como este problema de expansão de cobertura foi abordado naquela edição, ele será tratado brevemente nesta edição para apresentar os novos números, particularmente aqueles relacionados ao suplemento de *Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

---

6. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=1450&CO\\_NOTICIA=11327](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=11327)>. Acesso em: 3 nov. 2010. Ainda que o MS apresente estes números, segundo este ministério não se tem muito certeza de qual seja o número absoluto de usuários de crack no Brasil. Em palestra proferida pelo psiquiatra Pablo Roig à Frente Parlamentar Mista de Combate ao Crack, em 5 de maio de 2010, este apresentou uma estimativa de 1,2 milhão de usuários. Em revisão bibliográfica e compilação das informações existentes, Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008) afirmam que "O crack, nas crianças e adolescentes em situação de rua, começou a ser utilizado no final dos anos 80, especialmente nos estados da região sul e sudeste. A tendência de aumento foi progressiva, constatada nos levantamentos consecutivos (1987, 1989, 1993, 1997 e 2003). Tal achado também foi observado em outros estudos".

2008, que foi divulgada em 2009. Contudo, o foco desta seção nesta edição será em alguns aspectos relacionados aos investimentos necessários para o correto funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS), local de referência para as Equipes de Saúde da Família (ESFs),<sup>7</sup> bem como a ampliação de sua atuação com a colaboração das equipes dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASFs). Todavia, para melhor compreensão desta seção, procede-se antes uma breve recordação da organização da estratégia de Saúde da Família.

Como descrito, entre outras, na edição 17 deste periódico, a *Saúde da Família* tem sido pensada como uma estratégia de organização da atenção básica à saúde e, também, como a porta de entrada do sistema. As ESFs, compostas no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), por meio de uma atuação sistemática, focada na comunidade, em ações de prevenção e promoção da saúde, são responsáveis pela análise, pelo acompanhamento e pela busca de solução para os problemas de saúde da população sob sua responsabilidade. Algumas ações necessárias para promover, prevenir ou resolver os problemas de saúde da população seriam realizadas pelos próprios profissionais de *Saúde da Família*, focados naquilo que é passível de solução pela atenção básica. Contudo, sempre que necessário, é realizado encaminhamento para atendimento por profissionais cujas especialidades estão fora do âmbito de atuação da atenção básica – processo conhecido como referência. Os outros níveis de atenção devem receber as pessoas encaminhadas pela atenção básica, por meio das ESFs, e realizar todas as ações necessárias para garantir o adequado e oportuno atendimento às necessidades de saúde. Cabe aos profissionais dos outros níveis informarem às ESFs sobre como andam as pessoas que foram encaminhadas por elas e garantirem o seu retorno para darem continuidade ao acompanhamento na atenção básica – o chamado processo de contrarreferência. Contudo, este modelo idealizado tem encontrado grandes dificuldades para sua implementação, algumas delas destacadas em edições anteriores deste periódico, parte delas retomadas nesta edição.

Com relação à cobertura da estratégia *Saúde da Família*, em 2009 contava-se com 30,3 mil ESFs e 234,7 mil ACS. A cobertura populacional pelas ESFs ampliou-se de 49,5% para 50,7%, de 2008 para 2009. Em 2009, essa cobertura era, em média, superior a 80% da população nos municípios com até 20 mil habitantes; e menor que 30% nos municípios com mais de 500 mil habitantes. O suplemento de saúde da PNAD 2008 perguntou, pela primeira vez, sobre o cadastramento dos domicílios no Saúde da Família. De acordo com esta pesquisa amostral, 47,7% dos domicílios informaram estar cadastrados neste programa, representando uma

---

7. As UBS podem funcionar como unidades de atenção básica tradicionais, sem contar, em sua equipe, com ESF. A orientação da Política Nacional de Atenção Básica é para ampliação do número de unidades que funcionem no modelo do Saúde da Família. Sobre a forma de funcionamento do Saúde da Família e suas diferenças em relação ao chamado modelo tradicional ver, entre outros, Ipea (2007, 2009, 2010).

cobertura populacional de 50,9%. O maior percentual de cadastramento foi encontrado em domicílios com renda mensal domiciliar *per capita* (RDPC) mais baixa: os domicílios com renda de até meio salário mínimo (SM) tinham uma cobertura estimada de 62%, ao passo que a cobertura dos domicílios com RDPC superior a cinco SMs era 16,2%.

A unidade física de referência das ESFs são as UBS. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2006, entre outras atribuições, caberia aos municípios e ao Distrito Federal, “garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas”.<sup>8</sup> Contudo, dada a diversidade e outros problemas para implantação e correto funcionamento da estratégia Saúde da Família, já mencionados em edições anteriores deste periódico, observa-se que a parte de infraestrutura teve menos prioridade e ainda apresenta problemas consideráveis. Em 2009, o MS divulgou o resultado de uma avaliação realizada a partir de uma amostra representativa nacional, em que foram visitados 564 municípios e 3.991 ESFs. Os dados foram coletados em 2008 e os resultados divulgados em 2009. Entre os avanços registrados da estratégia, destacam-se a ampliação da cobertura e a estabilidade das equipes. Contudo, também foram revelados problemas. Entre eles, a pesquisa mostrou que, entre as UBS visitadas, apenas aproximadamente 25% apresentavam padrão mínimo requerido para a sua estrutura física. O elevado percentual de inadequação foi observado em todas as regiões do país.<sup>9</sup>

De acordo com as normas de funcionamento do PSF, as UBS deveriam conter, no mínimo: *i*) para cada equipe um consultório médico, um de enfermagem e um para atendimento conjunto; *ii*) em cada unidade básica, pelo menos uma sala para armazenar e uma para dispensar medicamentos; e *iii*) por unidade: uma sala de procedimentos básicos e curativos, uma sala exclusiva para vacinas, uma sala de expurgo, um sanitário somente para os funcionários e um sanitário para o público. De acordo com a pesquisa, os maiores problemas foram a ausência de sala de reuniões (menos de 36% tinham pelo menos uma sala), de sala específica para armazenar medicamentos (existente em apenas 16,45%) e de sala de expurgo (presente em menos de 37% das unidades).

Em setembro de 2009, o MS lançou o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família<sup>10</sup> que prevê “(...) financiamento da construção de Unidades Básicas de Saúde como forma de prover

8. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Anexo, seção 2.1.

9. Barbosa *et al.* (2009).

10. Portaria MS nº 2.226, de 18 de setembro 2009.

infraestrutura adequada às Equipes de Saúde da Família (ESF) para a melhoria do desempenho de suas ações e estimular a implantação de novas equipes.”<sup>11</sup>

Em artigo recente, que resume os resultados da pesquisa de 2008 comparando com aqueles de outra pesquisa realizada em 2001-2002, Barbosa, Rodrigues e Sampaio (2010) chamam atenção para o fato de se ter avançado em alguns aspectos da infraestrutura, como a ampliação do número de unidades com consultório médico e com consultório de enfermagem. Em 2001-2002, 3% das UBS não tinham consultórios médicos. Em 2008, já não havia ESF nesta condição. Com relação aos consultórios de enfermagem, em 2001-2002 37,79% das unidades não tinham consultório, ao passo que em 2008, este percentual reduziu-se para 18,98%.

Em 2001-2002, 81,34% das unidades declararam ter os equipamentos básicos – balança para adultos, balança infantil, termômetro, estetoscópio e esfigmomanômetro (aparelho de pressão) –, este percentual elevou-se para próximo de 85% em 2008. Com relação aos equipamentos básicos de gineco-obstetrícia, esse percentual se reduziu um pouco de 61,56% para 59,49%.

Adicionalmente, os resultados da avaliação mostram ainda um elevado percentual de médicos e enfermeiros com vínculos menos duradouros – entre 30% e 40% destes profissionais estão vinculados por contratos de trabalho temporários e entre 3% e 5% estão vinculados por meio da modalidade de prestação de serviços. Entre os médicos, pouco menos da metade (41,5%) era estatutário ou tinha contrato regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 2008 – os primeiros representavam 22,2%, enquanto os segundos representavam 19,3%. No caso dos enfermeiros, estes percentuais sobem um pouco, com os estatutários respondendo por 31,6% das modalidades de contratação e os celetistas por 20,5%.

No que se refere à gestão da referência e da contrarreferência, a maioria das equipes relatou redução no processo de encaminhamento dos usuários da atenção básica para a realização de procedimentos especializados:

(...) a dimensão que investiga o acesso a serviços e procedimentos especializados demonstra maior fragilidade face ao processo de trabalho, chamando atenção a redução dessa disponibilidade na grande maioria dos casos e estados. Este aspecto aponta também o grau de dificuldade com o qual os profissionais se deparam para viabilizar maior resolutividade da Estratégia de Saúde da Família (BARBOSA; RODRIGUES; SAMPAIO, 2010, p. 24).

---

11. Portaria MS nº 2.226/2009, Art. 1º, § 1º. Adicionalmente, essa portaria prevê que, para a construção de UBS de porte I, que abrigaria uma ESF, o MS faria repasse de R\$ 200 mil e para UBS de porte II, na qual se prevê a instalação de, no mínimo, três ESFs, o MS repassaria R\$ 400 mil. Se o custo de construção for superior a estes valores, a portaria prevê que a diferença seria coberta pelo município. Além disso, são definidos dois componentes de acordo com o porte do município. O componente I é voltado para municípios de até 50 mil habitantes e o componente II para aqueles com mais de 50 mil habitantes. No componente I, só poderão ser financiadas UBS de porte I e no componente II poderão ser financiadas UBS de porte I e II. Além disso, os municípios do componente I com cobertura do PSF superior a 70% podem utilizar as UBS construídas para abrigar as ESFs já implantadas ou novas equipes. Se a cobertura for inferior a 70%, estas unidades só poderão abrigar novas ESFs. No caso dos municípios do componente II, este percentual de cobertura se reduz para 50%.

Como parte da estratégia de Saúde da Família, em 2008 o MS propôs a formalização dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família. Conforme descrito na edição nº 16 deste periódico, estes núcleos são equipes compostas por profissionais especializados em diversas áreas, que deveriam atuar com vista a compor um sistema integrado de atenção a partir das necessidades identificadas pelas ESFs.<sup>12</sup> A proposta era que os gestores locais, a partir da identificação e priorização das necessidades específicas de sua população, organizassem equipes multiprofissionais que funcionassem como apoio às ESFs. Os NASFs deveriam atuar em conjunto com as ESFs, compartilhando e apoiando as práticas relacionadas à população sob responsabilidade destas equipes (população adscrita).

Para isso, os NASFs deveriam agir nas diretrizes propostas para a atenção básica em saúde que incluem: a ação intersetorial e interdisciplinar, o foco na comunidade, a participação social, a ênfase na promoção e na prevenção e a busca de ampliação da resolutividade desse nível de atenção.

Adicionalmente, em termos de priorização, a estratégia do NASF está relacionada a nove áreas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher; e assistência farmacêutica (BRASIL, 2010a).

Até 2009, haviam sido implantados 954 NASFs 1 e 104 NASFs 2. Estes núcleos estão concentrados, especialmente, em Minas Gerais e Ceará (19,5% e 12,47% dos NASFs 1, respectivamente). O Nordeste concentra aproximadamente 41% dos NASFs 1 já implantados e o Sudeste 31%. Supondo o número máximo de ESF por NASF (20 ESFs para cada NASF 1), em 2009, deveriam estar implantados, no mínimo, 1.560 NASFs, caso esta estratégia tivesse sido adotada em todos os municípios.

Assim, não se espera que os NASFs respondam pela atenção especializada, isto é, que atendam toda a população encaminhada pelas ESFs para tratamento especializado, mas, sim, que, nas áreas prioritárias, e por meio de uma atuação conjunta com estas equipes e de uma composição de equipe multiprofissional, ampliem a capacidade de promoção e prevenção da estratégia de Saúde da Família.

---

12. Eles foram organizados em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2, de acordo com a densidade populacional ser superior ou inferior a dez habitantes por quilômetro quadrado: NASF 2, se inferior a dez habitantes por quilômetro quadrado e NASF 1, caso contrário. Além disso, a composição do NASF 1 deve ser de no mínimo cinco das seguintes profissões de nível superior: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra. Cada NASF 1 deve apoiar o trabalho e garantir a atenção a população atendida por oito a 20 ESFs. Para o NASF 2, a composição passa a ser de no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional), vinculado a, no mínimo, três ESFs. Portaria MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Assim, essa organização não será aquela que responderá completamente pelo processo de referência e contrarreferência do SUS, garantindo o princípio da integralidade.

A busca de soluções para ampliação do acesso à atenção especializada passa por várias decisões. Além dos próprios centros de especialidades,<sup>13</sup> que devem ser estruturados para responder parcela desta demanda, recentemente o MS propôs a criação das UPAs, mas ainda não está claro como será regulada a referência e contrarreferência entre essas unidades e o Saúde da Família, já incluindo o trabalho dos NASFs.

### 3.2 Atenção de média e alta complexidade

Desde a edição nº 12 de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, destacam-se os avanços na implantação do Samu, criado em 2003. A partir da edição de número 18 deste periódico, a análise considerou também as recém-propostas UPAs. O Samu e as UPAs são elementos cruciais da Política Nacional de Atenção às Urgências lançada por meio da Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Nesta edição, discute-se essa política em mais detalhes.

Atendendo às diretrizes do SUS, a política busca estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de atenção integral às urgências<sup>14</sup> e reduzir a procura pelos serviços de urgência e emergência dos hospitais (prontos-socorros). O novo modelo engloba desde a atenção básica até os cuidados pós-hospitalares, como descrito no quadro 1.

#### QUADRO 1

##### Componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências

Componente	Serviços
Atenção pré-hospitalar fixa	Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, unidades da Saúde da Família e equipes de ACS) Ambulatórios especializados Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico
Atenção pré-hospitalar móvel	Centrais Samu Samu 192 Núcleos de Educação em Urgência
Atenção pré-hospitalar intermediária	Sala de Estabilização UPA 24 horas

(Continua)

13. Sobre os centros de especialidades, ver Ipea (2010).

14. O termo urgência abrange o conceito de emergência. Emergência pode ser definida como quadros clínicos agudos e cirúrgicos que impliquem risco de vida imediato. Assim, mais recentemente, o MS tem usado o termo atenção às urgências para referir-se às duas situações.

(Continuação)

Componente	Serviços
Atenção hospitalar	Prontos-socorros Leitos de internação (desde gerais até Unidades de Tratamento Intensivo – UTI)
Atenção pós-hospitalar	Atenção domiciliar Hospitais-dia Projetos de reabilitação integral

Fonte: Brasil (2006).  
Elaboração dos autores.

As novidades na política são a criação dos componentes pré-hospitalar móvel, cujo principal componente é o Samu, e pré-hospitalar intermediário,<sup>15</sup> cuja novidade é o lançamento da iniciativa das UPAs, em 2009. Como componentes adicionais, essa política inclui a necessidade de monitoramento do desempenho do serviço e a integração de todos os níveis de atenção. A tentativa de assegurar o atendimento integral se dá por meio das centrais de regulação. As centrais Samu fazem parte do componente pré-hospitalar móvel juntamente com o Samu 192 e os Núcleos de Educação em Urgência (NEUs). As centrais Samu devem decidir sobre o tratamento adequado a cada situação de urgência/emergência reportada e encaminhá-las ao devido serviço. As decisões são tomadas por um médico regulador e exigem conhecimento detalhado dos serviços disponíveis na região de abrangência do Samu tanto no que diz respeito ao primeiro atendimento até a porta de saída do sistema – por exemplo, o transporte adequado até o domicílio do paciente.

O Samu 192 é composto por profissionais de saúde diversos – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, socorristas – e veículos de salvamento (ambulâncias, motolâncias, ambulanchas). Os veículos de salvamento podem ser equipados para prestar desde cuidados básicos – unidades de suporte básico de vida – até serviços de UTI – unidades de suporte avançado. Os NEUs buscam capacitar adequadamente os profissionais de saúde que operam em todos os níveis de atenção para o atendimento às urgências e emergências no SUS, por meio da integração de diversos órgãos, que operam na área de saúde e possam contribuir para o desenvolvimento de conhecimento e capacitação na área – secretarias de saúde, serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícia, instituições de formação e capacitação de profissionais na área de saúde, entre outros.

O MS destina montantes definidos de recursos para a implantação – instalações, equipamentos e qualificação de pessoal – dos serviços que compõem a atenção pré-hospitalar móvel de acordo com critérios que levam em consideração

15. Nas portarias publicadas, o MS inclui as salas de estabilização e as UPAs na atenção pré-hospitalar fixa. Aqui se utiliza a denominação pré-hospitalar intermediário para estes serviços com o objetivo de facilitar a análise.

a população a ser coberta e, obviamente, no caso dos veículos de salvamento, a complexidade do serviço que é prestado. O custeio é feito de maneira compartilhada. O MS arca com 50% dos custos e os estados e municípios com o restante, de forma negociada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O ministério também arca com os investimentos em instalações e equipamentos das salas de estabilização (SEs) e das UPAs. O custeio é financiado de modo tripartite e os recursos alocados pelo MS têm seus valores definidos de acordo com determinados critérios. No caso das UPAs, existem três portes que variam de acordo com a população coberta, a quantidade de médicos e o número de leitos. As UPAs são estabelecimentos de saúde com grau de complexidade intermediário entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e os serviços de urgência dos hospitais. As SEs devem compor a atenção pré-hospitalar em localidades com características específicas – municípios com menos de 50 mil habitantes, com grande extensão territorial de característica rural ou com isolamento geográfico e onde uma microrregião determina o espaço geográfico de organização do Samu. As SEs não precisam ter leitos, bastando somente contar com um médico generalista habilitado em urgências.

Os recursos destinados às ações e aos serviços de média e alta complexidade da política fazem parte do Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, com destaque para as ações Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-Samu 192 e Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade.

A política tal qual estruturada leva a crer que haverá melhorias no acesso à atenção às urgências e redução da importância dos prontos-socorros hospitalares devido, principalmente, à implantação dos componentes pré-hospitalar móvel e pré-hospitalar intermediário. Os serviços de urgência/emergência configuram uma das portas de entrada do SUS, o que permite ao Samu contribuir para a organização dos fluxos de referência e contrarreferência integrando, assim, os diversos níveis de atenção. Dependendo do caso, o médico regulador pode orientar o paciente a buscar um serviço de atenção básica, enviar um veículo de salvamento ou até reservar leitos hospitalares. Isso requer, entre outras ações, a criação de mecanismos de relacionamento direto tanto com provedores quanto com as demais centrais de regulação existentes.

Desde setembro de 2009, foram inauguradas mais oito unidades do Samu 192, totalizando 155 serviços distribuídos em todas as unidades da Federação (estados e DF), e cobrindo uma população estimada em mais de 108 milhões. Ainda que a Portaria GM nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel, tenha por requisito a apresentação trimestral

de indicadores de desempenho, esses relatórios não estão disponíveis para consulta e ainda não há uma avaliação publicada sobre este serviço. Contudo, em 2009, o Tribunal de Contas de Santa Catarina realizou uma auditoria no Samu estadual e constatou, entre outros problemas, a insuficiência de profissionais e/ou a falta de capacitação destes para o atendimento de urgências e emergências, e a falta de integração entre os órgãos que fazem os atendimentos de urgências e emergências pré-hospitalares. A falta de profissionais deve implicar demora e até não atendimento. Por sua vez, a falta de capacitação deve afetar a adequação do atendimento prestado e indica que o NEU não está funcionando adequadamente.<sup>16</sup>

A atenção pré-hospitalar intermediária deveria também ter impacto relevante no acesso aos serviços e na redução do uso dos serviços prestados nos prontos-socorros hospitalares. Segundo estimativas do MS, pelo menos 70% dos atendimentos realizados em hospitais podem encontrar solução adequada por meio das UPAs. Até setembro de 2010, existiam 448 UPAs implantadas. Contudo, existe evidência de que, ao menos em algumas especialidades, estas unidades não têm conseguido ampliar os serviços à população por falta de médicos especialistas. Como descrito na edição anterior deste periódico, todas as unidades implantadas no estado do Rio de Janeiro terminaram por encerrar os serviços de ortopedia por falta de ortopedistas. Isto é, o governo teve que optar entre manter os profissionais disponíveis nos prontos-socorros dos hospitais ou nas UPAs. Caso semelhante está ocorrendo na área de pediatria no Distrito Federal, em que, recentemente, o governo local fechou a área de pediatria do hospital de uma determinada região administrativa e deslocou todos os pediatras para a recém-inaugurada UPA na mesma região.<sup>17</sup> Estes casos não sugerem a existência do alívio pretendido dos prontos-socorros hospitalares, mas simplesmente a substituição de um serviço por outro.

Por fim, a integralidade da atenção, especialmente nas emergências, deve ser prejudicada pela constante falta de leitos de UTI. O Plano Nacional de Saúde 2008-2011 tem como meta habilitar 6.370 novos leitos de terapia intensiva e semi-intensiva até 2011. Mas, a julgar pelo andamento das habilitações, o objetivo não deve ser atingido. Em 2008, foram habilitados 818 leitos novos de UTI e, de acordo com o Relatório de Gestão 2009 do MS, em 2009 foram habilitados apenas 546 novos leitos. Sendo assim, é pouco provável que a meta seja atingida.

### 3.3 Vigilância em saúde

Em 2009, a divulgação da ocorrência de óbitos pela doença denominada *gripe suína* teve grande repercussão na imprensa internacional e nacional. A doença

16. Disponível em: <<http://www.tce.sc.gov.br/web/noticias/noticia/2105>>. Acesso em: 28 out. 2010.

17. Disponível em: <<http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/182/2010/09/14/cidades,i=212802/PARA+GARAN+TIR+PEDIATRIA+NA+UPA+DE+SAMAMBAIA+GDF+DESATIVA+ALA+EM+HOSPITAL.shtml>>. Acesso em: 27 out. 2010.

é causada pelo vírus influenza A (H1N1), uma mutação do vírus influenza A, comum em porcos. Em 24 de abril desse mesmo ano, a OMS notificou a ocorrência de casos humanos de infecção por um novo vírus da gripe, ocorridos no México a partir de 18 de março e, posteriormente, nos Estados Unidos. No dia seguinte, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional de 2005, a OMS declarou este evento como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. A resposta da vigilância em saúde no Brasil foi imediata. No mesmo dia, foi instituído o Gabinete Permanente de Emergência de Saúde Pública (GPESP), no Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), para monitorar a situação e indicar as medidas adequadas ao país.

Em junho de 2009, a OMS elevou o nível de preparação para a pandemia da fase 5 para a fase 6, no qual a disseminação da infecção entre humanos ocorre em diferentes continentes. No Brasil, as secretarias estaduais de saúde foram acionadas para intensificar o processo de monitoramento e detecção oportuna de casos suspeitos de doenças respiratórias agudas e foi reforçada a vigilância em portos, aeroportos e fronteiras, uma vez que a maioria dos casos notificados no Brasil tinha como local provável de infecção outros países. Em 16 de julho, foi declarada a transmissão sustentada do vírus da influenza pandêmica no país. A partir deste momento, passaram a ser de notificação compulsória imediata somente os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e monitorados, também, os casos que evoluíram para o óbito, independentemente da sintomatologia. A partir do ano epidemiológico de 2010, iniciado em 3 de janeiro, foi recomendada a notificação e coleta de material biológico apenas dos casos de SRAG submetidos à internação hospitalar.<sup>18</sup>

O tratamento com o medicamento antiviral Oseltamivir foi indicado para pacientes com condições para complicação por influenza.<sup>19</sup> O MS adquiriu, em 2009, 21,9 milhões de tratamentos com Oseltamivir e 200 mil tratamentos de Zanamivir, medicamento a ser usado apenas em eventuais casos de resistência ao Oseltamivir. O Oseltamivir foi distribuído gratuitamente em postos e hospitais definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e nas unidades do programa Farmácia Popular do Brasil.

No Brasil, no ano epidemiológico de 2009, foram confirmados 46.100 casos e 2.051 óbitos por influenza pandêmica. De 1º de janeiro a 31 de julho de

---

18. Esta definição, adotada por outros países, foi acordada entre o MS, as (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e consta no Protocolo de Vigilância de Epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009.

19. Foram consideradas condições para complicação por influenza: idade, menor que 2 e maior que 60 anos, gestantes e portadores de doenças crônicas (cardiovascular, pneumopatia, renal, hematológicas, imunossupressoras, metabólicas, genéticas e neurológicas). Apesar de não ser de notificação compulsória, o Ministério da Saúde recomendou que todos os pacientes que apresentem alguma condição para complicação por influenza fossem minuciosamente avaliados e monitorados.

2010, foram confirmados 95 óbitos e 753 casos hospitalizados e, desde março, observa-se redução no número dos casos graves e óbitos pela influenza pandêmica em todo o país.

Em 10 de agosto de 2010, a OMS anunciou o início da fase pós-pandêmica da doença. Isto significa que o vírus da influenza A continua circulando no mundo, mas junto aos outros vírus sazonais (da gripe comum) e em intensidade diferente entre os países. O monitoramento epidemiológico mostrou que o vírus não sofreu mutação para formas mais letais, a resistência ao Oseltamivir não se desenvolveu de forma importante e a vacina se mostrou uma medida eficaz para proteger a população.

No Brasil, seguindo orientações da OMS, o MS manteve, junto aos estados e aos municípios, o monitoramento da doença. As ações de vigilância e a vacinação resultaram no controle da influenza pandêmica. Em 2010, o MS realizou a maior campanha de vacinação já realizada no país. Foram imunizadas mais de 91 milhões pessoas contra a influenza pandêmica. O objetivo da campanha foi manter os serviços de saúde funcionando e reduzir o número de casos graves e óbitos nos grupos mais vulneráveis.

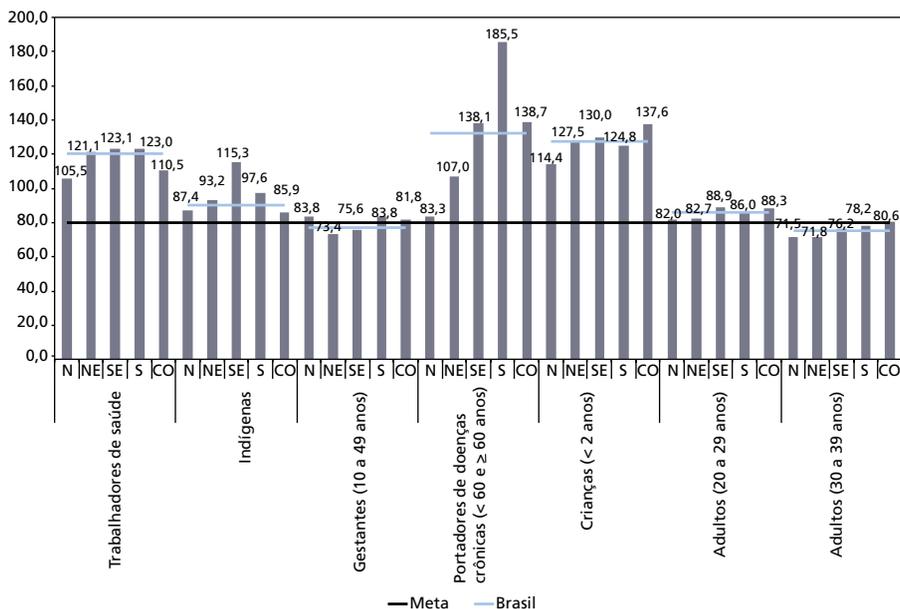
A meta de cobertura foi 80%, em relação à população estimada, para cada grupo prioritário.<sup>20,21</sup> Para o Brasil como um todo, a meta de cobertura não foi alcançada entre as gestantes de 10 a 49 anos (77,1%) e entre os adultos de 30 a 39 anos (75,3%). Entretanto, em algumas regiões, a cobertura foi alcançada. Para os demais grupos prioritários, a meta foi ultrapassada. Em alguns casos, a cobertura superou 100%, indicando maior número de vacinados que a população prioritária estimada (gráfico 1).

---

20. Os grupos prioritários indicados pela OMS foram: trabalhadores de serviços de saúde, indígenas, gestantes e portadores de doenças crônicas. Recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) foram seguidas para a definição desses grupos. Os profissionais da saúde foram incluídos buscando manter o funcionamento dos serviços de saúde envolvidos na resposta à pandemia e aos demais grupos prioritários, visando diminuir a morbimortalidade associada à doença, uma vez que estes apresentavam maior incidência de formas graves da doença e óbitos. No Brasil, a exemplo de alguns países, como Estados Unidos e Canadá, também foram vacinados grupos saudáveis. Inicialmente, foram incluídas crianças entre 6 meses e 2 anos e adultos de 20 a 29 anos, uma vez que estes grupos apresentaram as maiores proporções de casos graves de doença respiratória. Posteriormente, também foram incluídos os adultos de 30 a 39 anos. A definição da nova faixa etária considerou o grupo com maior número de hospitalizações e mortes depois daqueles priorizados nas etapas anteriores. A maior oferta mundial de vacinas possibilitou a aquisição de doses adicionais.

21. A meta estipulada considerou a capacidade operacional dos serviços de saúde para realizar a vacinação da população alvo no prazo preconizado e a capacidade dos laboratórios produtores para entregar, oportunamente, as vacinas na quantidade necessária e no prazo previsto.

**GRÁFICO 1**  
**Cobertura da vacinação contra influenza A (H1N1), segundo grupos prioritários –**  
**Brasil e macrorregiões, 2010**  
 (Em %)



Fonte: Brasil (s.d.).  
 Elaboração dos autores.

As 83 milhões de doses de vacina inicialmente adquiridas representaram um investimento pouco superior a R\$ 1 bilhão. As doses foram fornecidas pelos laboratórios produtores Instituto Butantan (33 milhões de doses) e Glaxo Smith Kline (40 milhões), além do Fundo Rotatório de Vacinas das Opas (10 milhões). Mais de 30 milhões de doses foram adquiridas incluir a população de 30 a 39 anos. Para isso, foi liberado um aporte de R\$ 300 milhões, por medida provisória (MP). Os recursos também foram utilizados para a operacionalização da nova etapa. A campanha contou com 36 mil pontos de vacinação em todo o país.<sup>22</sup>

Outro exemplo de sucesso na vigilância a saúde no Brasil está relacionado ao sarampo. Em setembro de 2010, o Brasil foi o primeiro país das Américas a entregar seu relatório para a certificação de eliminação do sarampo às Opas. O último caso autóctone de sarampo, relacionado à transmissão sustentada no território brasileiro, foi registrado em 2000, no estado do Mato Grosso do Sul. Entre 2001 e 2009, foram confirmados 67 casos de sarampo, todos relacionados a casos importados de outros países. Em 2010, até o mês de agosto, houve casos confirmados em João Pessoa (PB), Porto Alegre (RS) e Belém (PA). As ações oportunas

22. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=11113](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11113)>.

das vigilâncias epidemiológicas locais, articuladas com o MS, foram fundamentais para o controle da doença. A detecção de casos importados e relacionados reforça a necessidade da manutenção da vigilância epidemiológica ativa e alerta.

A imunização contra o sarampo no Brasil iniciou-se em meados da década de 1960, contudo, sem continuidade. A partir da década de 1990, a estratégia de vacinação foi reforçada, com elevação das coberturas e adoção da vacina tríplice viral – contra sarampo, caxumba e rubéola – para crianças de 1 ano, em todo o país. As coberturas elevadas atingidas na campanha de vacinação contra a rubéola, realizada em 2008, com as vacinas dupla (sarampo e rubéola) e tríplice viral também contribuíram para a eliminação do sarampo. A manutenção de coberturas elevadas, acima de 95% nos grupos etários prioritários,<sup>23</sup> também coloca o Brasil no caminho da eliminação da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC). Para assegurar a sustentabilidade desta conquista, o Brasil conta com um sistema de vigilância efetivo para notificar e acompanhar estas doenças, além de identificar os casos importados de países que ainda mantém transmissão ativa, evitando assim a sua reintrodução.<sup>24</sup>

A vigilância também tem papel importante no combate à dengue, doença cuja incidência no mundo cresceu dramaticamente nas últimas décadas. Atualmente, aproximadamente dois quintos da população mundial estão sob risco de contrair a doença. No Brasil, de 2000 a 2009, foram notificados cerca de 4 milhões de casos. Em 2009 foram notificados mais de 577 mil casos, número inferior apenas àqueles registrados em 2002 e 2008, nos quais ocorreram as maiores epidemias registradas até o momento (SIQUEIRA *et al.*, 2010).

Em 2009, o coeficiente de incidência mais elevado foi registrado no Acre (2.794,3 por 100 mil habitantes). Coeficientes superiores a mil casos por 100 mil habitantes também foram registrados em Mato Grosso (1.766,3) e Rondônia (1.299,5). Não foram registrados casos autóctones em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul (gráfico 2). Cabe lembrar que a dengue é sazonal. Assim, o gráfico 2 representa a situação em 2009.

---

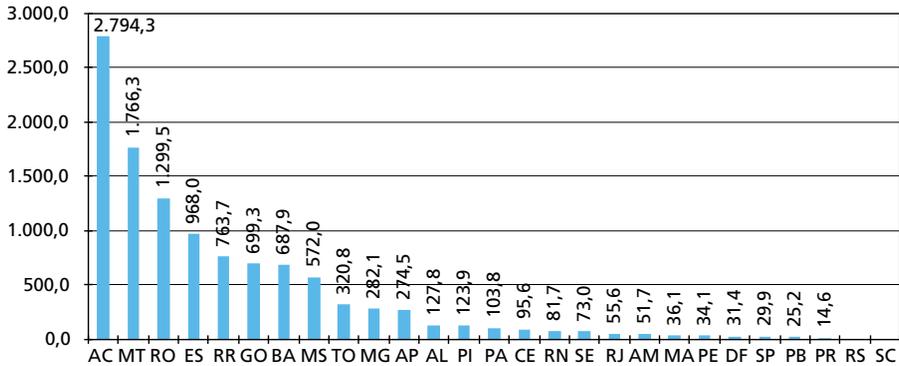
23. Homens e mulheres com idade entre 20 a 39 anos e entre 12 a 19 anos nos estados do Maranhão, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Minas Gerais e Mato Grosso, além da população indígena vivendo em aldeias.

24. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=1450&CO\\_NOTICIA=11736](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=11736)>.

GRÁFICO 2

**Coefficiente de incidência de dengue – unidades da Federação brasileira, 2009**

(Por 100 mil habitantes)

Fonte: Siqueira *et al.* (2010).

Uma figura semelhante com dados de 2008 apresentaria uma distribuição espacial diferente, com coeficientes de incidência mais elevados nos estados do Rio de Janeiro, Roraima e Sergipe (1.261,0; 1.193,6; e 1.071,8 casos por 100 mil habitantes, respectivamente). Isso é explicado pela circulação de diferentes sorotipos do vírus da dengue,<sup>25</sup> bem como pelas condições ambientais.

No segundo semestre de 2009, observou-se substituição do sorotipo 2 pelo 1 nas regiões Centro-Oeste e Norte, o que indica a possibilidade de ocorrência próxima de grandes epidemias, ao longo de 2010 e em 2011 (SIQUEIRA *et al.*, 2010). A introdução do sorotipo 4 no Brasil ocorreu em 1981 e durou até 1982, quando Roraima registrou uma epidemia da doença que posteriormente se espalhou pelo país. Em 2010, depois de 28 anos sem circular no Brasil, ocorreu a reintrodução do sorotipo 4, após o registro de casos em outros países, inclusive na vizinha Venezuela. Foram registrados casos de dengue pelo sorotipo 4, em Roraima. Contudo, não há evidências de que o vírus tenha se espalhado para outras partes do país. A maioria dos brasileiros não tem imunidade contra esse sorotipo, o que aumenta as chances de uma epidemia.

As ações do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), desenvolvidas em parceria com estados e municípios, têm efetividade limitada, uma vez que não existe vacina, nem tratamento efetivo. O combate ao principal vetor, o mosquito *Aedes aegypti*, apresenta dificuldades, especialmente nos centros urbanos, em que situações de habitação e saneamento precárias favorecem a proliferação do mosquito e, por outro lado, dificultam sua eliminação. Entre as dificuldades, destacam-se a falta de apoio e acesso para as atividades de inspeção

25. São conhecidos quatro sorotipos do vírus da dengue: 1, 2, 3 e 4, responsáveis por manifestações clínicas da doença que variam desde infecções assintomáticas até formas mais graves, podendo levar a óbito.

da vigilância sanitária municipal, bem como a baixa cobertura e irregularidade do abastecimento de água canalizada e da coleta de lixo, com destinação adequada, especialmente nas regiões periféricas (TAUIL, 2002).

Ainda como ação importante na área da vigilância em saúde, destaca-se a ampliação da Lista de Doenças de Notificação Compulsória, por meio da Portaria nº 2.472, de 1º de setembro de 2010.<sup>26</sup> A última atualização da lista havia sido realizada em 2006.<sup>27</sup> Foram incluídos cinco agravos: acidentes com animais peçonhentos – como cobras, escorpiões e aranha; atendimento antirrábico decorrente de ataques de cães, gatos e morcegos; intoxicações exógenas por substâncias químicas – incluindo agrotóxicos e metais pesados; sífilis adquirida; e Síndrome do Corrimento Uretral Masculino. Agora, são 44 doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional que devem ser informadas pelas autoridades sanitárias dos municípios e dos estados ao Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A nova portaria segue recomendações do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), de 2005.

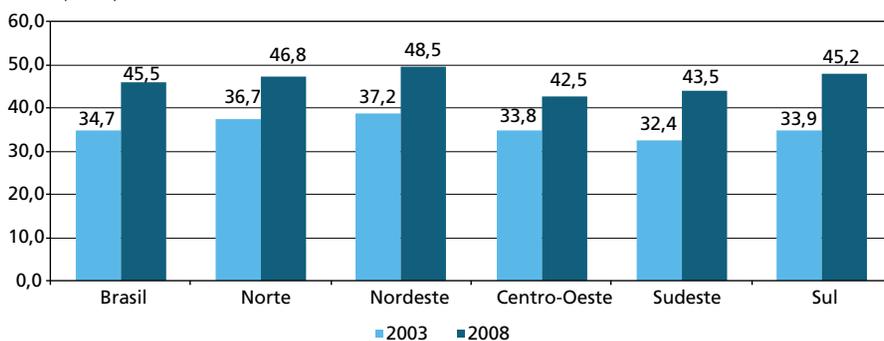
### 3.4 Assistência farmacêutica

O acesso da população aos medicamentos e seu uso racional permanecem como desafios importantes para o SUS. Ainda assim, dados do suplemento sobre saúde da PNAD parecem indicar aumento da cobertura da assistência farmacêutica gratuita, entre os dois anos da pesquisa – 2003 e 2008 (gráfico 3).

GRÁFICO 3

**Pessoas que receberam medicamentos gratuitamente – Brasil e macrorregiões, 2003/2008**

(Em %)



Fontes: PNADs 2003 e 2008/IBGE.

Elaboração própria.

Obs.: As informações se referem às pessoas que tiveram atendimento de saúde – público ou privado – nas duas semanas anteriores à entrevista e neste atendimento houve prescrição de medicamentos. Para 2003, os valores se referem ao recebimento de algum medicamento gratuito – exceto amostra grátis. Para 2008, os valores se referem à soma do recebimento gratuito de todos e parte dos medicamentos recebidos.

26. Portaria MS nº 2.472, de 1º de setembro de 2010.

27. Portaria MS nº 5, de 22 de fevereiro de 2006.

O percentual de pessoas que receberam medicamentos gratuitamente, entre aquelas que haviam recebido prescrição de medicamento em um atendimento de saúde realizado nas duas semanas anteriores à entrevista, elevou-se de 34,7% em 2003, para 45,5% em 2008. Em 2008, o maior percentual foi registrado na região Nordeste (48,5%) e o menor na Centro-Oeste (42,5%) (gráfico 3).

Ressalta-se que existem diferenças na forma das perguntas das PNADs de 2003 e 2008 que originaram esses dados.<sup>28</sup> Estas diferenças devem ser levadas em conta na comparação dos dados de 2003 e 2008. Apesar das diferenças metodológicas, foi registrada uma elevação que não é desprezível, maior que 10 pontos percentuais (p.p.), ou equivalente a um aumento relativo de 31% no percentual de pessoas que relataram ter recebido medicamentos gratuitamente.

Essa elevação pode estar relacionada ao incremento do elenco de medicamentos nos programas de assistência farmacêutica, bem como ao maior volume de compras de medicamentos para a assistência farmacêutica no SUS. Embora com menor impacto, o aumento do recebimento de medicamentos gratuitos por meio de ações judiciais também pode ter contribuído para o aumento da cobertura da assistência farmacêutica pública.

O programa Farmácia Popular do Brasil também pode ter favorecido esse aumento. Este tem dois eixos de atuação: as unidades próprias, em parceria com estados e municípios, e o sistema de copagamento, em parceria com farmácias e drogarias privadas. Até 2009, o programa contava com 530 unidades próprias e 10.790 conveniadas. Em junho de 2010, havia 534 unidades próprias e 12.499 conveniadas. Contudo, ainda não foi realizada ou publicada nenhuma avaliação da eficiência e efetividade deste programa.

### 3.5 Gestão do SUS

O processo de pactuação iniciado em 2006 com o Pacto pela Saúde em seus três componentes – o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS – foi considerado, inicialmente, como grande avanço na gestão e nas relações federativas relacionadas ao SUS. Passados quase quatro anos desde o início desse novo marco da pactuação, em março de 2010, em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ficou definida uma reunião extraordinária para avaliação do Pacto pela Saúde.

O MS e os Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) apresentaram suas avaliações. Todos três destacaram, com maior ou menor ênfase, a posição secundária

28. Em 2003, foi perguntado se a pessoa: *recebeu algum medicamento gratuitamente (exceto amostra grátis)*, enquanto, em 2008, se: *recebeu gratuitamente os medicamentos receitados*, com as alternativas de resposta: *todos os medicamentos, parte dos medicamentos ou nenhum dos medicamentos*.

ao qual foi relegado o Pacto em Defesa do SUS. O representante do CONASS foi mais veemente ao afirmar, em sua apresentação, que esse componente do Pacto pela Saúde é o menos compreendido e o menos divulgado. Com isso, nesses quatro anos não se observou uma mobilização da sociedade em defesa do SUS. Isso se reflete, por exemplo, na não aprovação, até o momento, da lei complementar que regulamenta a EC nº 29 (CONASS, 2010).

Em sua apresentação, a representação do MS foi mais enfática na defesa do pacto. Destacando a constituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), a organização das transferências em blocos de financiamento – com maior autonomia dos gestores na gestão dos recursos financeiros –, a definição de uma agenda de prioridades, objetivos metas e indicadores, entre outros. Contudo, destacou também vários desafios, entre eles: *i*) não regulamentação da EC nº 29; *ii*) continuidade do fracionamento do financiamento, isto é, apesar das transferências federais terem sido organizadas em blocos de financiamento, ainda existem muitos recursos que são alocados fora destes blocos; *iii*) insuficiência de recursos humanos; *iv*) normatização vertical excessiva, isto é, o MS ainda tem papel central na definição da política de saúde por meio da transferência de recursos para programas e ações pré-definidos (recursos carimbados); e *v*) permanência da necessidade de discutir o papel do gestor estadual (BRASIL, 2010b).<sup>29</sup>

Em sua avaliação, o CONASS destacou avanços em alguns blocos de financiamento. Destacou, também, a criação, em 2009, do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, que veio consolidar os mecanismos de transferências fundo a fundo, com isso, reduzir os repasses via convênios. Contudo, chama atenção para o fato de que terminou por se incorporar uma série de incentivos que “(...) vão na contramão da proposta original, que era reduzir o chamado número de ‘caixinhas’ de repasse de recursos” (CONASS, 2010). Para isto propõe uma revisão do bloco de gestão com vista à unificação dos incentivos e um processo centrado em repasse único de recursos baseado no cumprimento das metas estabelecidas no Pacto pela Saúde.

O CONASEMS, por sua vez, apresenta avanços com a constituição dos CGRs, o aumento da participação dos municípios nos processos de pactuação, uma explicitação mais clara do papel das secretarias estaduais de saúde, entre outros. Por seu turno, apresenta como problemas uma posição secundária do Pacto em Defesa do SUS, a retração do financiamento federal, a não concretização do cofinanciamento na maioria dos estados, o fato do pacto não ter potencializado uma mudança do modelo centrado na média e na alta complexidades (CONASEMS, 2010).

---

29. O SUS é um sistema descentralizado em que os três níveis de governo são responsáveis pela provisão da atenção à saúde, e os municípios são diretamente responsáveis pela provisão desta à população. Dada autonomia dos três níveis de governo e o papel desempenhado pelo governo federal no financiamento, o gestor estadual tem sido relegado a segundo plano.

Como pode ser visto, há muitos pontos em comum nas avaliações dos representantes dos três entes federados sobre o Pacto pela Saúde. Ainda há que se avançar na redução da normatização vertical excessiva, na unificação de incentivos e em um processo efetivo de pactuação baseados em metas, indicadores e resultados.

Com relação à pactuação de metas e indicadores, em outra avaliação realizada pelo próprio MS, observou-se que esse processo apresenta uma série de problemas que precisavam ser revistos, tais como metas inadequadas aos objetivos e propósitos que estão sendo pactuados, indicadores sem possibilidade de cálculo ou problemas de consistência que os tornavam pouco adequados para avaliação de resultados, dificuldades de estabelecer fontes para alguns indicadores, entre outros. Além disso, o sistema de monitoramento do pacto e o processo de informação sobre os indicadores era pouco coordenado e informatizado. Assim, com o apoio da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa), o MS deu início a um processo de revisão da sistemática de monitoramento e avaliação do pacto. Como primeiro passo, foi proposto o desenvolvimento de um sistema de informações que permitisse que todos os estados e municípios pudessem alimentar automática e regularmente as informações que permitiriam o cálculo dos indicadores e o acompanhamento das metas constantes do pacto. Com isso, hoje é possível calcular automaticamente e acompanhar 24 dos 40 indicadores e metas pactuados para o biênio 2010-2011. Há 16 indicadores que ainda não são obtidos por esta sistemática. Adicionalmente, o MS está concluindo a avaliação de todos os indicadores propostos para o período 2010-2011 de forma a retomar sua validação e revisão efetiva para o novo processo de pactuação para o biênio 2012-2013. Este processo, ainda que em fase inicial e com um longo caminho a ser percorrido, representa um avanço para o monitoramento e avaliação dos indicadores do pacto.

Adicionalmente, como os próprios gestores apontaram, há que se avançar em várias outras frentes relacionadas ao financiamento, à mobilização da sociedade em defesa do SUS, à necessidade de maior clareza nas definições de atribuições de cada ente federado, entre outras.

### **3.6 Financiamento e gasto**

#### **3.6.1 Execução orçamentária 2009**

Em 2009, o nível de execução do MS se elevou novamente em relação ao ano anterior, da mesma forma como ocorreu em 2008,<sup>30</sup> passando de um nível de execução de 95,4% da dotação autorizada em 2008 para 97,8% em 2009. Este desempenho foi possível devido ao crescimento real expressivo da dotação autorizada (8,1%),

---

30. Vale lembrar que, conforme demonstrado no número 18 deste periódico, o nível de execução de 2007 foi de 93,4%.

acompanhada de um crescimento ainda maior do valor empenhado<sup>31</sup> (10,8%), conforme demonstrado na tabela 1. Ou seja, como a taxa de crescimento do valor empenhado foi maior que a da dotação autorizada, isto implicou aumento do nível de execução do MS. O principal responsável por esta mudança de patamar no nível de execução do ministério foi o programa Atenção Integral, Hospitalar e Ambulatorial Especializada, uma vez que apresentou um incremento no seu nível de execução em relação a 2008, passando de 95% para 97,7% em 2009, o que impacta fortemente na execução total, uma vez que representa quase metade dos recursos executados pelo MS. Ainda assim, cabe ressaltar que o saldo orçamentário de recursos que não foram executados foi de R\$ 1,4 bilhão, que pode ser justificado, em parte, pelo contingenciamento imposto pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e pelo Ministério da Fazenda (MF).

TABELA 1

**Execução orçamentária do Ministério da Saúde – 2008/2009**(Em R\$ mil de 2009, atualizados pela média anual do IPCA)<sup>1</sup>

Programas do MS	2008			Nível de execução (%) (D=C/B)	2009			Nível de execução (%) (D=C/B)
	Dot. Inicial (A)	Autorizado (B)	Empenhado (C)		Dot. Inicial (A)	Autorizado (B)	Empenhado (C)	
<b>Execução total do MS</b>	<b>55.159.711</b>	<b>59.520.889</b>	<b>56.765.764</b>	<b>95,4</b>	<b>59.530.821</b>	<b>64.339.731</b>	<b>62.919.103</b>	<b>97,8</b>
(I) Execução do MS em ASPS	50.951.676	53.774.474	51.049.239	94,9	54.827.279	59.680.255	58.270.261	97,6
Atenção Integral, Hospitalar e Ambulatorial Especializada (1.220)	25.751.097	27.965.522	26.556.264	95,0	27.088.826	29.568.720	28.896.563	97,7
Atenção Básica em Saúde (1.214)	8.567.180	7.333.067	7.142.708	97,4	9.363.304	9.374.211	9.160.462	97,7
Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (1.293)	4.675.027	4.879.880	4.631.627	94,9	5.058.379	5.590.120	5.548.870	99,3
Vigilância, Prev. e Controle de Doenças e Agravos (1.444)	2.448.550	2.820.034	2.540.130	90,1	2.566.424	3.759.800	3.606.880	95,9
Vigilância Sanitária de Prod. Serv. e Ambientes (1.289)	257.111	282.292	279.053	98,9	299.658	304.544	291.569	95,7
Saneamento	1.112.486	1.481.887	1.320.308	89,1	1.167.109	1.432.511	1.340.511	93,6

(Continua)

31. Nesta análise, os valores considerados para avaliar a execução do MS referem-se aos valores empenhados e não liquidados. Isto porque, posteriormente, serão analisados os gastos com ações e serviços públicos de saúde à luz da EC nº 29, que se utiliza dos valores empenhados no ano anterior e da variação nominal do produto interno bruto (PIB) para calcular o mínimo. Entretanto, na prática, a opção por analisar os valores empenhados ou liquidados não faz diferença porque estes valores se igualam no fechamento do exercício. Sendo assim, a discussão que importa refere-se aos restos a pagar que foram cancelados no exercício seguinte, uma vez que foram contabilizados como gastos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no ano anterior.

(Continuação)

Programas do MS	2008			Nível de execução (%) (D=C/B)	2009			Nível de execução (%) (D=C/B)
	Dot. Inicial (A)	Autorizado (B)	Empenhado (C)		Dot. Inicial (A)	Autorizado (B)	Empenhado (C)	
Programas de Atenção a Grupos Específicos	350.128	419.440	398.100	94,9	379.153	439.512	427.348	97,2
Gestão	549.381	563.075	437.886	77,8	569.819	585.066	511.413	87,4
Formação e Gestão de Recursos Humanos	402.955	377.961	341.506	90,4	412.029	380.902	357.010	93,7
Regulação e Fiscalização da Assistência Suplementar	136.838	167.835	162.411	96,8	128.614	165.332	163.461	98,9
Apoio administrativo	5.897.266	6.542.851	6.330.405	96,8	6.923.557	7.099.329	7.014.758	98,8
Cumprimento de sentenças judiciais e outros encargos especiais	132.652	187.087	186.595	99,7	182.988	217.029	216.181	99,6
Política de Promoção de Saúde	32.266	33.069	29.962	90,6	35.764	37.045	35.499	95,8
Outros	638.738	720.473	692.283	96,1	651.654	726.133	699.735	96,4
(II) Execução do MS em ações não ASPS	4.208.035	5.746.416	5.716.525	99,5	7.035.542	4.659.476	4.648.842	99,8
Inativos e pensionistas	4.093.664	3.965.092	3.963.734	100,0	4.619.447	4.585.729	4.579.570	99,9
Serviço da dívida interna e externa	103.244	91.986	65.637	71,4	72.744	62.396	58.438	93,7
Programas financiados pelo FCEP	—	1.678.210	1.678.210	100,0	—	—	—	—
Atenção Básica em Saúde	—	1.678.210	1.678.210	100,0	—	—	—	—
UO 74202 - Recursos sob supervisão da ANS	11.128	11.128	8.944	80,4	11.352	11.352	10.834	95,4
Regulação e Fiscalização da Assistência Suplementar	11.128	11.128	8.944	80,4	11.352	11.352	10.834	95,4

Fonte: Siga Brasil.

Nota: <sup>1</sup> Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo.

A execução total do MS em 2009 teve um aumento real em relação a 2008 de R\$ 6,1 bilhões (11%). Este mesmo incremento observado em 2008 em relação a 2007 foi de R\$ 1,9 bilhão (3,5%). O crescimento da execução do MS está diretamente vinculado ao crescimento de três grupos de natureza de despesa (GNDs), que conjuntamente representam, em média, 99,6% do gasto do MS:<sup>32</sup> despesa com pessoal, despesa com investimento e o grupo outras despesas

32. Esta média refere-se aos anos de 2006 a 2009. Neste mesmo parágrafo, todas as médias referem-se a este mesmo período. Em 2009, estes três grupos de despesa foram responsáveis por 99,76% do gasto total do MS.

correntes (ODCs). São principalmente mudanças na taxa de crescimento nestes grupos que influenciam o comportamento do gasto do MS, na respectiva ordem: *i*) alterações no comportamento de ODC, que representam em média 77% do gasto total do MS; *ii*) alterações no comportamento da despesa com pessoal, que representam em média 17,5%; e *iii*) alterações no comportamento da despesa com investimento, que representa em média 5% do gasto do MS.

Em 2009, o crescimento da execução destes três grupos de despesa foi de 11%, o que contribuiu para a execução total ter aumentado também em 11% em termos reais, conforme mencionado anteriormente. A despesa com pessoal ativos e inativos, que em 2009 representou 17,9% da despesa total do MS, teve um crescimento real de 14% em relação a 2008 (R\$ 1,3 bilhão). No ano anterior este crescimento foi de 8% (R\$ 726 milhões). Ou seja, em termos reais, este crescimento praticamente dobrou de um ano para o outro.

Em relação ao GND/ODC, que representou 76,4% do gasto do MS em 2009, o crescimento apontado foi de 9,3% (R\$ 4 bilhões) em relação ao ano anterior, enquanto em 2008 o crescimento foi de 4,1% (R\$ 1,7 bilhão). Quase metade deste crescimento pode ser atribuído ao combate à pandemia de influenza A, que em 2009 teve R\$ 1,9 bilhão de recursos executados nesta nova ação.<sup>33</sup> Desconsiderando este novo recurso para o combate à influenza, o crescimento teria sido de 4,9%, bem próximo ao verificado no ano anterior.

A despesa com investimentos, que em 2009 representou 5,4% do gasto total do MS, cresceu 25% em relação a 2008, retornando ao patamar de 2007, já que em 2008 sofreu uma queda. Para a retomada desse crescimento, dois programas tiveram participação fundamental: atenção básica em saúde e assistência hospitalar e ambulatorial. Na atenção básica, o investimento foi focado nas transferências aos municípios para a estruturação da rede de serviços de atenção básica, tendo os municípios do estado de São Paulo recebido a maior parcela (22%). No programa de assistência hospitalar e ambulatorial, o combate à pandemia de influenza novamente exerce um papel importante no crescimento de recursos. Além disso, o credenciamento de novos leitos de UTI, a ampliação do Samu e a habilitação de novas UPAs, ou seja, as ações que fazem parte da Política Nacional de Atenção às Urgências, também exerceram influência neste processo.

Ainda em relação à despesa com investimento, chama atenção a melhora significativa em sua capacidade de execução em relação ao ano anterior. Em 2009, a despesa empenhada desse grupo de despesa atingiu 80% da dotação autorizada,

---

33. O valor total executado na ação Prevenção, Preparação e Enfrentamento para a Pandemia de Influenza em 2009 foi de R\$ 2,2 bilhões, dos quais R\$ 1,9 bilhão (88%) foi executado no grupo de despesa ODC e o restante, ou seja, R\$ 263 milhões (12%) foram executados como investimento.

quando em 2008, este mesmo percentual foi de 66%, como pode ser visto na tabela 2. O aumento do patamar de execução do investimento deveu-se, principalmente, ao aumento do nível de execução do investimento do programa atenção hospitalar e ambulatorial, que passou de 46% em 2008 para 72% em 2009. Caso, em 2009, o patamar do nível de execução dos investimentos deste programa tivesse repetido o mesmo de 2008, o nível total de execução do investimento teria sido 68%, e não 80%.

TABELA 2

**Execução orçamentária do Ministério da Saúde por grupo de natureza de despesa – 2008/2009**

(Em R\$ mil de 2009, atualizados pela média anual do IPCA)

GND	2008	Nível de execução (%)	2009	Nível de execução (%)
1. Pessoal	9.912.544	97,7	11.273.446	99,5
2. Juros	28.350	54,0	20.059	84,4
3. ODC	43.984.602	97,6	48.081.060	99,0
4. Investimento	2.732.966	66,1	3.412.564	80,0
5. Inversões financeiras	70.015	92,3	93.594	99,5
6. Amortizações	37.286	94,5	38.379	99,4
<b>Total</b>	<b>56.765.764</b>	<b>95,4</b>	<b>62.919.103</b>	<b>97,8</b>

Fonte: Siga Brasil.

A tabela 3 permite uma análise dos principais programas finalísticos do MS e suas ações, neste caso os programas que recebem mais recursos, que foram redefinidos/reagrupados no Plano Plurianual (PPA) 2008-2011. Os principais programas listados a seguir, que representam 75% do total de recursos executados pelo MS, apresentaram crescimento real de 11% em relação a 2008.

Sob outra ótica, percebe-se novamente a importância que a ação de combate à pandemia de influenza A exerceu no orçamento da saúde em 2009, quando representou 3% do total executado. Esta ação está presente nos quatro principais programas finalísticos do MS, alterando substancialmente, em alguns programas, sua composição.<sup>34</sup> É o caso, por exemplo, do programa de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos. A principal ação do programa em 2008, que era o incentivo financeiro a estados, municípios e DF, detinha 37% dos recursos deste, seguido pela ação de imunobiológicos para prevenção e controle de doenças, à época com 33% dos recursos. Em 2009, o combate à pandemia de influenza A foi a ação que recebeu mais recursos do programa de vigilância (executou 31% do total

34. Do total de R\$ 2,20 bilhões destinados ao combate da pandemia de influenza, R\$ 2,17 bilhões estavam concentrados nos principais programas do MS detalhados na tabela 3 (99%). O valor restante foi destinado quase que integralmente ao programa de Ciência, Tecnologia e Inovação no Complexo da Saúde (R\$ 24 milhões), e o restante em outros programas.

de recursos), mudando totalmente a configuração da participação das ações supracitadas, pois a ação referente ao incentivo financeiro ficou com 28% dos recursos e a ação de imunobiológicos deteve 22,6%, conforme mostra tabela 3. De fato, o crescimento real de 42% dos recursos destinados ao programa de vigilância está estritamente relacionado ao combate à pandemia de influenza A, pois desconsiderando esta ação, o conjunto das outras ações sofreu uma queda real de 2%.

O combate à influenza também teve uma representatividade considerável quando se trata do programa de assistência farmacêutica e insumos estratégicos, sendo responsável por 10% do total destes recursos. Neste programa, outras ações também contribuíram para o aumento real de 19,8% da quantidade de recursos executados, que é o caso da ação voltada para a compra e dispensação de medicamentos excepcionais, bem como o atendimento a pacientes portadores de HIV/AIDS e outras doenças transmissíveis. Entretanto, o combate à influenza, novamente, foi quem mais contribuiu para o crescimento observado.

Já no programa de atenção básica, o combate à influenza teve impacto menor que o observado nos outros programas mencionados anteriormente, não deixando de ser importante: do crescimento real observado de R\$ 339 milhões, R\$ 114 milhões foram provenientes do combate à influenza, R\$ 126 milhões foram provenientes da estruturação da rede de serviços e R\$ 187 milhões vieram do aumento da ação Piso Básico Variável referente à Saúde da Família, devido à implantação de novas ESFs, novas equipes de saúde bucal, novos NASFs e novos ACS, além do aumento nominal de 12% à remuneração desta categoria, que passou de R\$ 581,00 em 2008 para R\$ 651,00 em 2009.<sup>35</sup> Vale ressaltar que em relação à estruturação da rede de serviços de atenção básica, o aumento deste recurso foi de 49% em relação ao ano anterior. Parcela deste incremento pode ser explicada pela instituição do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, conforme Portaria GM/MS nº 2.226, de 18 de setembro de 2009, que tem o objetivo de criar mecanismos que possibilitem o financiamento da construção de UBS como forma de prover infraestrutura adequada às ESFs.

Por fim, quando se analisa o programa Atenção Integral, Hospitalar e Ambulatorial Especializada pode-se observar, novamente, que a principal ação que contribuiu para o aumento de recursos executados foi a atenção à saúde da população para procedimentos de média e alta complexidade, que respondem por 86,2% do total de recursos deste programa e 40% em relação ao total executado pelo MS. Em 2009, os recursos desta ação apresentaram crescimento real de 6,7%, o equivalente a R\$ 1,5 bilhão. Tal crescimento pode ser justificado pelo aumento do valor pago para diárias de leito de UTI, pelos reajustes da tabela de pagamento por procedimentos (tabela

35. Portaria GM/MS nº 2.008, de 1º de setembro de 2009.

SIA e SIH/SUS, Portaria nº 3.192, de dezembro de 2008) e sua respectiva consequência sobre o reajuste dos tetos municipais e estaduais.<sup>36</sup> Depois desta ação, o maior incremento, em valores reais, ocorreu na ação de combate à influenza pandêmica (R\$ 400 milhões), seguido do Samu (R\$ 144 milhões) e das ações relacionadas aos centros de referências mantidos pelo MS (R\$ 117 milhões). Cabe observar que, em relação ao Samu, houve incremento real de 46% em relação ao ano anterior, justificado pelo aumento da cobertura deste, que em 2009 atingiu 105 milhões de habitantes. Quanto às ações relacionadas aos centros de referências mantidos pelo MS, houve um incremento real de 27% em relação ao ano anterior, justificado, principalmente pela implantação da nova sede do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into).

**TABELA 3**  
**Execução orçamentária dos principais programas finalísticos do Ministério da Saúde, desagregado por ações – 2008/2009**  
 (Em R\$ mil de 2009, atualizados pela média anual do IPCA)

Programas e ações finalísticas selecionadas	Empenhado em 2008	(%)	Empenhado em 2009	(%)	Var. (%)
1220 – Atenção Integral, Hospitalar e Ambulatorial Especializada	26.556.264	100,0	28.896.563	100,0	8,8
8585 – Atenção a saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	23.348.662	87,9	24.902.184	86,2	6,7
6217 – Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde	901.908	3,4	989.428	3,4	9,7
8535 – Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde	693.288	2,6	675.384	2,3	-2,6
6148 – Assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e desenvolvimento de atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde – Serviço social autônomo da Associação das Pioneiras Sociais	567.445	2,1	580.630	2,0	2,3
8761 – Serviço de atendimento móvel de Urgência (Samu 192)	313.924	1,2	458.184	1,6	46,0
20ba – Prevenção, preparação e enfrentamento da pandemia de influenza	–	0,0	399.750	1,4	
Ações relacionadas aos centros de referência mantidos pelo MS (INC, INCA e INTO): 110H, 125H, 1K09, 8755, 8758, 8759	432.462	1,6	550.392	1,9	27,3
Outras ações	298.576	1,1	340.611	1,2	14,1
1214 – Atenção Básica em Saúde (incluído parcela financiada pelo FCEP)	8.820.917	100,0	9.160.462	100,0	3,8
20AD – Piso de atenção básica variável (Saúde da Família)	4.972.325	56,4	5.159.421	56,3	3,8
8577 – Piso de atenção básica fixo	3.412.592	38,7	3.380.496	36,9	-0,9
8581 – Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde	268.544	3,0	395.160	4,3	47,1
8730 – Atenção básica em saúde bucal	66.547	0,8	32.894	0,4	-50,6
8573 – Expansão e consolidação da estratégia de saúde da família	39.459	0,4	17.650	0,2	-55,3

(Continua)

36. Portaria GM/MS nº 3.194, de 24 de dezembro de 2008.

(Continuação)

Programas e ações finalísticas selecionadas	Empenhado em 2008	(%)	Empenhado em 2009	(%)	Var. (%)
20ba – Prevenção, preparação e enfrentamento da pandemia de influenza	–	0,0	114.447	1,2	
Outras ações	61.450	0,7	60.395	0,7	-1,7
1293 – Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos	4.631.627	100,0	5.548.870	100,0	19,8
4705 – Apoio para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais	2.411.319	52,1	2.645.173	47,7	9,7
20ae – Promoção da assistência farmacêutica e de insumos estratégicos na atenção básica em saúde	937.561	20,2	908.103	16,4	-3,1
4370 – Atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis	634.460	13,7	739.186	13,3	16,5
4368 – Promoção da assistência farmacêutica e de insumos para programas de saúde estratégicos	137.859	3,0	137.567	2,5	-0,2
8415 – Manutenção e funcionamento das farmácias populares	494.112	10,7	562.430	10,1	13,8
7660 – Implantação de farmácias populares	5.702	0,1	1.000	0,0	-82,5
20ba – Prevenção, preparação e enfrentamento da pandemia de influenza	–	0,0	542.909	9,8	
Outras ações	10.614	0,2	12.501	0,2	17,8
1444 – Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos	2.540.130	100,0	3.606.880	100,0	42,0
20al – Incentivo financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios certificados para a vigilância em saúde	950.920	37,4	1.020.871	28,3	7,4
6031 – Imunobiológicos para prevenção e controle de doenças	844.821	33,3	814.788	22,6	-3,6
8670 – Vigilância, prevenção e controle de HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis	131.722	5,2	126.542	3,5	-3,9
20ac – Incentivo financeiro a estados, Distrito Federal e municípios para ações de prevenção e qualificação da atenção em HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis	130.412	5,1	138.353	3,8	6,1
20ba – Prevenção, preparação e enfrentamento da pandemia de influenza	–	0,0	1.116.490	31,0	
Outras ações	482.254	19,0	389.837	10,8	-19,2
Subtotal (quatro maiores programas)	42.548.939	75	47.212.775	75	11,0
<b>Total</b>	<b>56.765.764</b>		<b>62.919.103</b>		<b>10,8</b>

Fonte: Siga Brasil.

Em relação aos restos a pagar, em 2009, tem-se que do total de R\$ 62,9 bilhões executados pelo MS, R\$ 8,6 bilhões permaneceram para liquidação no exercício posterior sob forma de restos a pagar, ou seja, 13,6% deste total. Este percentual aumentou em relação ao ano anterior, visto que os restos a pagar de 2008 representaram 10,5% em relação ao valor total executado nesse mesmo ano.

Tanto a existência do saldo orçamentário no valor de R\$ 1,4 bilhão, mencionado no início desta seção, quanto o aumento de restos a pagar indicam que a gestão de recursos do MS ainda pode ser melhorada. Ou seja, apesar do nível de execução do MS ter aumentado em 2009, é possível tornar a gestão destes recursos ainda mais eficiente, identificando obstáculos internos e externos à sua

execução orçamentária e financeira. Ou seja, além dos problemas internos de gestão do Ministério da Saúde, o contingenciamento imposto pelo MF e pelo MPOG é fator crucial para a execução dos recursos da saúde de forma adequada.

### 3.6.2 Financiamento da saúde

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) que regulamentou o SUS completou 20 anos em 2010. Apesar do grande avanço ocorrido na saúde brasileira, seu financiamento continua gerando profundas preocupações. A aposta é que a garantia de sustentabilidade para seu financiamento advirá da regulamentação da EC nº 29 que, além de definir o que são consideradas ações e serviços públicos de saúde, define também o valor mínimo que deve ser aplicado por cada esfera de governo.

Em 2009, o MS aplicou R\$ 58,2 bilhões em ASPS, o que significou um incremento real de 14% em relação ao ano anterior, conforme apresentado na tabela 1. Segundo o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2009 do MS, este aumento, apesar de importante, continua sendo insuficiente para atender às demandas relacionadas à saúde. Estados e municípios aplicaram, em 2009, R\$ 32,2 bilhões e R\$ 34,5 bilhões,<sup>37</sup> respectivamente, totalizando um gasto público em ASPS de R\$ 125 bilhões nas três esferas de governo. Este montante representou, em 2009, 3,98% do PIB. Para se ter ideia do subfinanciamento do nosso sistema público de saúde, em países com sistema de saúde similar ao nosso, o gasto público com saúde representou, em 2008, cerca de 6,3% do PIB na Espanha, 7,5% do PIB no Reino Unido e 9% do PIB na França, segundo os dados da Organização Mundial da Saúde.<sup>38</sup>

Em relação ao cumprimento da EC nº 29, em 2009, a União ultrapassou o valor mínimo em R\$ 4 bilhões, de acordo com o RAG 2009. Os estados deixaram de aplicar R\$ 721 milhões<sup>39</sup> e os municípios, R\$ 3 milhões, segundo os dados transmitidos ao SIOPS por estes entes. No entanto, estes valores provavelmente serão ainda maiores depois da análise de balanço geral dos estados efetuados pela

---

37. Dados extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) em novembro de 2010. Em relação aos municípios, este número reflete 5.456 municípios que transmitiram os dados ao SIOPS, ou seja, 98% do total de municípios.

38. Ver informações sobre estes países no *site* da OMS <http://www.who.int/countries/en/>. Verificar as informações sobre National health accounts.

39. Cabe ressaltar que a maior parte deste valor refere-se a não aplicação de um único estado: o Rio Grande do Sul que deixou de aplicar R\$ 692 milhões.

equipe do (SIOPS).<sup>40</sup> Isto porque, os estados e, provavelmente, os municípios<sup>41</sup> consideram como gasto em ASPS as despesas alheias a esta política, tais como despesas com saneamento, pagamento de inativos, hospitais de clientela fechada, entre outros, captados por sucessivas análises de balanço realizadas pela equipe do SIOPS em relação às informações estaduais.

Além disso, o próprio MS contabiliza como gastos em ASPS os serviços de saúde de servidores (clientela fechada), que não são considerados como universais, requisito essencial para ser contabilizado como ASPS.<sup>42</sup> Problemas como estes reforçam ainda mais a necessidade da regulamentação da EC nº 29, de forma que a definição sobre o que são ações e serviços públicos de saúde seja aprimorada.

Outro ponto que contribui fortemente para a questão desta necessidade de regulamentação refere-se aos restos a pagar. Isto porque o MS tem, recorrentemente, cancelado seus restos a pagar empenhados no ano anterior. Ou seja, uma parte do valor empenhado e inscrito em restos a pagar que foi considerado para o cálculo do valor aplicado em saúde tem sido cancelada nos anos posteriores. Como consequência disto, por exemplo, o cancelamento dos restos a pagar inscritos em 2007 e 2008 implicou o não cumprimento do mínimo constitucional para o gasto com saúde nestes dois anos, de acordo com o Tribunal de Contas da União (TCU), apesar de, antes destes cancelamentos, a União ter cumprido o mínimo. Devido a este acontecimento, os ministros do TCU decidiram, em acórdão aprovado no dia 6 de novembro de 2010, que o MF, o MS e o MPOG garantam a aplicação dos valores referentes aos restos a pagar que sejam cancelados e que foram considerados para fins de cumprimento do mínimo com saúde, mediante dotação específica. Esta decisão terá vigência até a regulamentação da EC nº 29.

Dessa forma, a regulamentação desta emenda foi uma das prioridades definidas na agenda política do CNS para 2010. De acordo com este conselho:

(...) a regulamentação da Emenda Constitucional 29 assume a cada dia uma importância maior para o processo de Reforma Sanitária Brasileira, particularmente no tocante à estabilidade do financiamento pelas três esferas de governo, possibilitando um aporte mais adequado de recursos para o SUS. (CNS, 2010).

40. A análise dos balanços gerais dos estados efetuados pela equipe do SIOPS tem por objetivo verificar a consistência dos dados publicados nos balanços gerais em relação aos dados enviados ao sistema SIOPS. A metodologia utilizada para tal análise consiste nas definições estabelecidas pela Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em relação às despesas próprias e às despesas com ações e serviços públicos de saúde. Para se ter ideia como estes valores podem aumentar, em 2008, de acordo com a NT nº 19/2010 do SIOPS/SE/MS, apenas quatro estados tinham deixado de aplicar o mínimo em ASPS; no entanto, após a análise de balanço realizada pela equipe do SIOPS, 12 estados deixaram de aplicar o mínimo. Em 2009, de acordo com os dados enviados ao SIOPS apenas três estados deixaram de aplicar o mínimo.

41. Não é realizada, ainda, a análise de balanço de todos os municípios. Entretanto, a equipe do SIOPS já começou a analisar os dados das capitais.

42. De acordo com a análise da Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin) do CNS "a posição de eliminação destes gastos como despesas constitucionais com ações e serviços de saúde é do Ministério Público Federal e do próprio Departamento de Economia em Saúde do Ministério da Saúde, através do SIOPS e do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), que glosam estas despesas de estados e municípios" (BRASIL, 2009).

No entanto, cabe ressaltar que o projeto de regulamentação de emenda não se alterou em relação ao que foi relatado no último periódico. Ele continua em fase final de votação no Plenário da Câmara, restando apenas um destaque a ser votado.<sup>43</sup> A esperança, mais uma vez, é que a emenda seja regulamentada no início do novo governo, tendo em vista que este assunto fez parte da campanha eleitoral de 2010, constando nos programas de governo dos candidatos.

#### 4 DESAFIOS

A CF/88 criou o SUS e o dotou de características socialmente progressistas: acesso universal, atendimento igualitário e integral. Isto é, o SUS se caracteriza por estar voltado para toda população e para o conjunto de suas necessidades de saúde. Contudo, a assistência à saúde foi declarada “livre à iniciativa privada” (CF/88, Art. 199, *caput*), propiciando que os planos e seguros de saúde, que já se encontravam bem consolidados no fim da década de 1980, tivessem uma expansão progressiva, inclusive contando com estímulos do Estado.

Assim, o sistema de saúde do Brasil apresenta-se como pluralista em termos institucionais,<sup>44</sup> de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa nas vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: *i*) o SUS, de acesso universal,<sup>45</sup> gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições); *ii*) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; *iii*) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; e *iv*) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO, PIOLA e SERVO, 2005).

Há importantes canais de comunicações entre os diferentes segmentos do sistema. Entre eles está o financiamento público que se estende a todos os segmentos: em alguns, de forma mais direta e preponderante; em outros, de forma indireta e mais parcial, por meio de isenções e renúncias fiscais, que alcançam as entidades filantrópicas, os medicamentos e os gastos das famílias e das empresas com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde.

O resultado disso é uma indesejada desigualdade no financiamento e no acesso aos serviços de saúde, que tem sua face mais visível na possibilidade de

---

43. Para mais detalhes sobre este projeto, ver Ipea (2010).

44. Sua estrutura é composta por entes públicos – federais, estaduais e municipais – e privados – com e sem fins lucrativos.

45. Ainda que mais de 90% da população seja usuária de algum serviço do SUS, apenas 28,6% utilizam exclusivamente o sistema público. A maioria dos brasileiros (61,5%) utiliza o SUS e outras modalidades – plano de saúde ou pagamento direto. Os não usuários do SUS, por outro lado, são apenas 8,7% (CONASS, 2003).

dedução sem limite no imposto de renda dos gastos privados com assistência à saúde. Esse mecanismo, segundo alguns autores, tornou-se importante fonte de financiamento do setor de saúde suplementar (ALMEIDA, 1998; ANDRADE, 2004; ANDREAZZI; OCKÉ-REIS, 2007).

Os dados indicam a existência de importantes desigualdades no uso de serviços de saúde entre os beneficiários de planos e seguros privados de saúde, que correspondem a cerca de 22% da população, e os usuários do SUS. As diferenças parecem mais significativas nos serviços ambulatoriais e preventivos do que nos serviços hospitalares. Estudo de Viacava *et al.* (2005) mostra que pessoas cobertas pelo sistema suplementar têm probabilidade 34% maior de usar serviços de saúde do que pessoas com as mesmas características cobertas exclusivamente pelo SUS.

As desigualdades no acesso/utilização também têm uma face regional. A oferta de serviços, tanto públicos como privados, está concentrado nas regiões mais afluentes, particularmente, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. No Brasil, os serviços privados de saúde, parte deles componente da rede SUS, operam com total liberdade em relação à sua localização, ao contrário do que ocorre em outros países de economia de mercado que mantêm um sistema universal de saúde. Com isso, os recursos tendem a se concentrar em áreas mais afluentes, em detrimento das demais onde seriam mais necessários. Estudo realizado no Ipea, em 2003, mostrou excesso na oferta de aparelhos de tomografia computadorizada<sup>46</sup> em cinco unidades federadas (SP, RJ, RS, DF e GO) e déficit nas demais. As maiores carências destes recursos estavam na Bahia, no Pará e no Ceará. A desigualdade se repetia no caso de aparelhos de ressonância magnética, máquinas para diálise e bombas de cobalto (VIANNA *et al.*, 2005).

A distribuição de recursos humanos especializados também revela insuficiências. Estudo realizado em 2007 por técnicos do Ministério da Saúde<sup>47</sup> revela que 16% dos municípios com mais de 25 mil habitantes não ofereceram, em 2005, consultas especializadas em nefrologia, cardiologia, endocrinologia, dermatologia, oftalmologia e ortopedia. A existência de grande número de municípios que não dispõem de serviços especializados traz à discussão a necessidade de aprofundar os esforços de planejamento e regionalização e de ampliar o investimento público para assegurar a disponibilidade de uma rede de serviços resolutiva.

Os esforços empreendidos, nas duas décadas de vigência do SUS, não foram suficientes para diminuir em grau significativo as desigualdades regionais e entre grupos sociais e nem para superar todas as deficiências acumuladas. Apesar de a cobertura ter se expandido, o acesso oportuno e a integralidade da atenção

46. O parâmetro do MS é de um tomógrafo para cada 10 mil habitantes.

47. André Bonifácio (DAD/SE/MS), Cristina Amaral (GAB/MS), Lúcia Queiroz (Naem/SAS/MS), Roberto Esteves (DMPS/FCM/UNICAMP) e Sérgio Gaudêncio (Aisa/GA/MS).

apresentam-se como de difícil solução. Ainda há consideráveis problemas para se consolidar a descentralização, incluindo discussões sobre a relação e os papéis de cada ente da Federação e a regionalização efetiva do sistema. Há, também, significativa necessidade de aprimoramento no âmbito da gestão, incluindo os recursos humanos, os modelos de gestão hospitalar, entre outros.

A expansão do acesso à atenção básica, com base na estratégia de Saúde da Família, foi talvez o esforço que mais contribuiu para aumentar a cobertura do sistema e tentar reorientar o modelo assistencial e um dos principais desafios do SUS. Não obstante, muitos percalços ainda precisam ser superados na atenção básica. Estes se relacionam à expansão da rede assistencial, à melhoria dos processos de trabalho e gestão, à maior qualificação dos profissionais e dos serviços ofertados, à melhor integração entre os diversos níveis de complexidade da atenção, de modo a assegurar o acesso e a continuidade da atenção.

Com relação à integração entre os diversos níveis de atendimento, para que a Saúde da Família se converta na porta de entrada preferencial do sistema de saúde, faz-se necessário que os outros níveis de atendimento estejam preparados para atender à demanda referida a partir da atenção básica.

Apesar das medidas que vêm sendo tomadas, o acesso a procedimentos especializados e de média complexidade permanece como um dos pontos fracos do sistema, comprometendo a continuidade e a oportunidade da oferta de ações e serviços.

Diante de tais questões, tornam-se cada vez mais recorrentes as propostas de organização e regulação de redes assistenciais e de fluxos de usuários entre os estabelecimentos que as compõem, bem como a estruturação de sistemas logísticos complementares. No mundo inteiro, a estruturação de redes é uma estratégia para organizar serviços de saúde de maneira racional e efetiva, mas não existe consenso sobre a forma mais “correta” ou “melhor” para fazer isso.<sup>48</sup>

Adicionalmente, há uma preocupação com a gestão dos recursos humanos vinculados ao SUS. Os problemas de contratação de profissionais para as ESFs, por exemplo, persistem e não parece haver uma solução política fácil. Observa-se alta rotatividade dos profissionais de saúde no PSF o que compromete a proposta do programa de acompanhamento de uma família ao longo do tempo permitindo um conhecimento mais amplo sobre a saúde de seus membros. Ainda com relação aos recursos humanos, cabe destacar que a grade curricular dos cursos superiores na área biomédica tem pouca relação com a formação requerida para um profissional do PSF.

---

48. Em 2005 e 2006, o conceito de redes foi trabalhado pelo MS e traduzido em uma série de portarias relacionadas a áreas de alta complexidade (cardiologia, nefrologia, oncologia etc.) tendo em comum o estabelecimento de critérios para cadastramento de unidades, segundo os quantitativos populacionais e os tipos de procedimentos a serem por elas realizados. O potencial estruturante desta abordagem, no entanto, ficou limitado por sua desvinculação da atenção primária e da ausência de referência territorial.

A percepção dos problemas referidos anteriormente, relacionados à atenção básica e ao acesso aos serviços de média e alta complexidades, tem estimulado a busca de novos modelos organizacionais que se mostrem mais resolutivos na atenção básica, mais acessíveis nos demais níveis e que confirmem maior racionalidade e eficiência no sistema como um todo, de modo que alcance padrões de qualidade perceptíveis pelos usuários.

Os problemas de gestão sistêmica da assistência a ser prestada à população são reforçados por problemas de gerência no âmbito das unidades de prestação de serviços. Administrar de forma eficiente estabelecimentos de saúde, particularmente os hospitais, tem sido um desafio para os gestores do SUS das três esferas de governo, desde muitos anos. A falta de autonomia gerencial e orçamentária na administração pública direta é colocada como um dos principais problemas enfrentados pelos diretores dessas unidades (COSTA; RIBEIRO, 2004; WORLD BANK, 2007). Outros problemas, extensivos também à administração indireta, são a falta de profissionalização dos quadros dirigentes e a preponderância de critérios políticos nas nomeações para os cargos de direção. Na tentativa de superar estes problemas, principalmente a falta de autonomia gerencial, foram sendo criadas diferentes modalidades de administração pública indireta. Mais recentemente, o MS demandou do MPOG a formulação de uma proposta de um novo modelo para os hospitais públicos, que tivesse como objetivos a inovação e flexibilidade na gestão. Foi nesse processo que foi elaborado e proposto o projeto de criação de fundações estatais de direito privado, atualmente em tramitação no Congresso.

Outra questão fundamental diz respeito ao financiamento do sistema público que foi golpeado ainda no nascedouro com a retirada dos recursos da Previdência, criando um descompasso entre as responsabilidades constitucionais do SUS, ou seja, a garantia do acesso universal à assistência integral à saúde, e a disponibilidade orçamentária, que fica ainda mais reduzida devido a toda sorte de subsídios, diretos e indiretos, que o Estado concede ao sistema privado.

O setor público tem, mundialmente, papel imprescindível na área de saúde, seja como financiador, seja como regulador ou mesmo como provedor de serviços, embora o grau de envolvimento estatal em cada uma destas funções possa variar de país para país.

No tocante ao financiamento, na maioria dos países desenvolvidos, a parte mais expressiva do financiamento setorial provém de fontes públicas, que respondem, em média, por 70% do gasto total (público e privado). Estados Unidos e China, a despeito das diferenças culturais, políticas e econômicas, são as exceções mais importantes a esta regra por terem um gasto privado superior a 50% do total. No Brasil, a situação é mais paradoxal, em se tratando, possivelmente, do único país com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, no qual o gasto privado é maior que o público.

O Brasil, segundo estimativas da OMS, tem um dispêndio total – público e privado – em saúde equivalente a 8,4% do PIB (WHO, 2010). Esse percentual é baixo quando comparado com o observado nos Estados Unidos (15,7%), mas bastante próximo ao de países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como Inglaterra (8,4%), Espanha (8,5%), Canadá (10,1%) e Austrália (8,9%) que também possuem sistemas universais. A diferença é que nestes países a participação das fontes públicas no financiamento do sistema vai de 67,5% (Austrália) a 81,7% (Inglaterra) da despesa total. No Brasil, no entanto, a participação das fontes públicas nos gastos totais com saúde é inferior a 50% (WHO, 2010).<sup>49</sup>

A insuficiência de recursos e a irregularidade nos fluxos financeiros sempre estiveram presentes no sistema público de saúde brasileiro, mesmo antes da criação do SUS. A implantação do SUS, no início da década de 1990, ocorreu em meio a uma intensa crise econômica, com fortes reflexos sobre o padrão de financiamento do Estado. Apenas em 2000, com a aprovação da EC nº 29, que vinculou recursos das três esferas de governo à saúde, o sistema começou a experimentar alguma estabilidade no financiamento e acréscimo no volume, principalmente pelo aporte crescente de recursos das esferas subnacionais.

As esperanças de preservar a sustentabilidade do financiamento do SUS, e até mesmo aumentar o seu volume de recursos, estão concentradas na regulamentação da EC nº 29 mediante lei complementar. De um modo geral, as propostas de regulamentação da emenda que tramitam no Congresso Nacional, buscam: *i*) a ampliação da participação federal no financiamento do SUS mediante alguma forma de vinculação de recursos; e *ii*) a eliminação da inadimplência.<sup>50</sup> Uma das alternativas em jogo, o aporte mínimo de 10% da receita corrente bruta da União para financiamento do SUS, representaria um acréscimo de recursos equivalente a cerca de 1% do PIB. Vale lembrar que, mesmo com essa proposta, considerada a mais atraente para a saúde, o gasto público não chegaria a 5% do PIB. A definição legal do que pode ser considerado como despesa com ações e serviços públicos de saúde também poderia reforçar o aporte de recursos.<sup>51</sup> Apesar de todos esses esforços, o volume de recursos alocados à saúde poderia ainda ficar aquém das necessidades, mas ao menos aproximaria o Brasil do padrão de outros países com sistemas de saúde de acesso universal.

---

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

50. A maioria dos estados ainda não cumpre o percentual mínimo de aplicação da receita própria em ações e serviços públicos de saúde (SUS), conforme determina a EC nº 29.

51. Repetidamente, a União, os estados e os municípios, por falta de uma definição mais clara do que deve se entender como gastos em ações e serviços públicos de saúde, para efeito de cumprimento da emenda, têm incluído gastos que têm sido questionados pelo CNS e pelo Ministério Público, por exemplo, gastos com saneamento, segurança alimentar, entre outros.

O baixo nível de financiamento e reconhecidos problemas de gestão são, desta forma, os principais fatores que fazem com que o SUS padeça de patentes deficiências operacionais para ofertar atendimento integral e de melhor qualidade à maior parte da população que tem nesse sistema a principal ou quase exclusiva forma de atenção. Vale lembrar que estas deficiências são ainda mais evidentes em algumas regiões do país em que há um déficit na oferta de serviços de saúde, tanto públicos quanto privados.

Desse modo, a questão da justiça social na área da saúde só pode ser equacionada mediante uma estratégia que contemple simultaneamente: o combate às desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a efetiva priorização do SUS no gasto público e a melhora da qualidade do sistema público.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: Ipea, nov. 1998 (Texto para Discussão, n. 599).

ANDRADE, M. V. Financiamento do setor de saúde suplementar no Brasil: uma investigação empírica a partir dos dados da PNAD/98. *In*: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (Org.). **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: MS, 2004.

ANDREAZZI, M. F.; OCKÉ-REIS, C. A. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007.

BAHIA, L. *et al.* O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 951-965, 2006.

BARBOSA, A. C. Q.; RODRIGUES, J. M.; SAMPAIO, L. F. R. De programa a estratégia: a Saúde da Família no Brasil em perspectiva. Um comparativo da década de 2000. *In*: SEMINÁRIO DE ECONOMIA MINEIRA, 14. Diamantina: Cedeplar, maio 2010.

BARBOSA *et al.* Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas. Estudo Amostral 2008/Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. *In*: CONGRESSO MINEIRO DE EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA, 5., COMESP. Belo Horizonte: Face/UFMG; MS/DAB, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Análise da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde sobre o Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde – RAG/MS 2009**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Núcleos de Apoio ao Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/dab/nasf.php>>. Acesso em: 20 out. 2010a.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal (STF). **Recurso Extraordinário RE 611559 RS**. Brasília, 11 jun. 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Avaliação do Pacto pela Saúde. *In*: REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). Brasília, 18 mar. 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Programa Nacional de Imunizações (PNI)** [s.d.]. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br>>.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (CONASS). **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília, 2003. 244 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br>>, *link* Publicações.

\_\_\_\_\_. Avaliação do Pacto pela Saúde. *In*: REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). Brasília, 18 mar. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Jornal do CNS**, CNS, ano 6, jan./fev. 2010. ISSN 1809-3493. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornais/jan\\_fev\\_2010.PDF](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornais/jan_fev_2010.PDF)>.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. **Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social**. Rio de Janeiro, jul. 2004. Mimeografado.

DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, suplemento 4, p. S549, 2008.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003.

IPEA. Estado de uma nação. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, Ipea, n. 13, 2007. Edição Especial.

\_\_\_\_\_. Estado de uma nação. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, Ipea, n. 17, 2009. v. 1.

\_\_\_\_\_. Estado de uma nação. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, n. 18, Ipea, 2010.

RIBEIRO, J.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. *In: JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE DA ABRES*, 2. Belo Horizonte, dez. 2005. Publicado na revista *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, Cebes.

SIQUEIRA J. B. *et al.* Morbidade e mortalidade por Dengue no Brasil: uma década em perspectiva. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, 2010.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 867-871, 2002.

VIACAVA, F. *et al.* Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: An analysis of data from the World Health Survey. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, 2005. Suplemento: S119-S128.

VIANNA, S. M. *et al.* **Atenção de alta complexidade no SUS**: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília, 2005. 150 p. Trabalho desenvolvido no âmbito do Projeto Economia da Saúde (MS/SCTIE/DES, IPEA e DFID). Mimeografado.

WORLD BANK. **Governance in Brazil's Unified Health System (SUS)**: Raising the Quality of Public Spending and Resource Management. World Bank, 15 Feb. 2007. p. 16 (Report n. 36601-BR).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics**, 2010.