

Título	SAÚDE
Autores (as)	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos Sociais.
Título do Boletim	BOLETIM POLÍTICAS SOCIAIS - ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	Brasília
Editora	Ipea
Ano	2003 (n.6)
ISSN	1518-4285

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

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

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

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

Tendências e problemas mais marcantes

A evolução das políticas de saúde ao longo dos dois períodos do governo Fernando Henrique Cardoso será examinada a seguir em conformidade com aspectos que se referem a condições de saúde, controle de enfermidades, organização do sistema, regulação e financiamento. Os avanços e problemas mais marcantes serão situados inicialmente em relação a cada um desses aspectos para que se tenha uma visão do conjunto.

Na avaliação das condições de saúde, a tendência descendente da mortalidade infantil em todas as regiões tem sido apresentada como o grande sucesso desse governo. No entanto, é notório que o decréscimo da mortalidade infantil deve ser analisado tecnicamente como parte de uma tendência de longo prazo que está associada a um conjunto complexo de fatores demográficos, sanitários, sociais e econômicos. A contribuição de cada fator dificilmente pode ser individualizada para uma dada conjuntura.

Os brasileiros, no fim da década de 1990, apresentavam uma expectativa média de vida de 68,6 anos e uma taxa de mortalidade infantil de 29,7 por mil nascidos vivos. A taxa de decréscimo anual da média nacional de mortalidade infantil foi de -5,2% no período 1990 a 1995, enquanto a do período 1995-2000 foi de -4,2%.

O grande avanço alcançado no decênio 1990-2000, nesse particular, diz respeito à região Nordeste e a seus estados, que, pela primeira vez, tiveram decréscimos superiores ou equivalentes à média nacional. Isso abriu a perspectiva de que os diferenciais históricos, na comparação com as regiões mais desenvolvidas, venham a cair progressivamente nas próximas décadas. Existem evidências de que o decréscimo da mortalidade infantil no Nordeste e nas demais regiões esteve associado à expansão da cobertura por serviços de saúde, graças à especial efetividade das ações de imunização, assistência à gestação, parto e puerpério e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Pode-se afirmar que essas ações do setor saúde, e particularmente as desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), implantado em todas as regiões, tiveram um papel significativo nas reduções verificadas na taxa de mortalidade infantil, num contexto em que o aumento da cobertura com ações de saneamento básico foi pouco significativo.

O processo de transição epidemiológica continuou na década de 1990 com a diminuição do impacto das doenças infecto-contagiosas na estrutura de mortalidade. Paralelamente, cresceram em importância as doenças crônico-degenerativas, tais como hipertensão, diabetes e as neoplasias, que, ao lado das causas externas, trauma e violência, requerem uma resposta setorial mais adequada.

Contudo, a despeito desses progressos, as condições de saúde reveladas por esses indicadores ainda nos mostram em posição bem desfavorável: o Brasil, se comparado aos doze países do continente americano que têm uma população superior a 12 milhões de habitantes, ocupa um modesto décimo lugar, em nítido descompasso com seu estágio de desenvolvimento econômico.

Na área de controle de enfermidades, resultados positivos foram conseguidos especialmente em relação às doenças controláveis por vacinas e à Aids. Menos alentador foi, no entanto, o desempenho alcançado no controle da epidemia da dengue e nas ações de controle da tuberculose, da hanseníase, da malária, citando apenas alguns exemplos.

No tocante à organização do SUS, a partir de 1993, e com maior velocidade a partir de 1998, intensificou-se o processo de descentralização da gestão para estados e municípios, especialmente para estes últimos. A orientação municipalizante da descentralização se, por um lado, possibilitou uma grande adesão das municipalidades ao processo, por outro, gerou problemas na organização da atenção à saúde, com reflexos negativos sobre a continuidade e a integralidade do atendimento, em virtude da ausência de instrumentos reguladores mais explícitos da articulação entre os subsistemas municipais e destes com as secretarias estaduais de saúde.

Um dos méritos incontestáveis do governo que findou foi o de contrariar a forte onda internacional em favor de reformas liberalizantes no campo da saúde, de que deram exemplos países vizinhos, tais como a Colômbia e a Bolívia. Ao contrário, o governo Fernando Henrique sempre se posicionou em favor do contínuo aperfeiçoamento e da descentralização do sistema público universal, que é o SUS, a par da introdução de mais eficazes mecanismos de regulação do setor.

A partir de 1996, intensificaram-se as iniciativas de reorientação do modelo assistencial. Um dos instrumentos básicos para essa reorientação foi a estratégia de expansão da atenção básica da saúde, que teve nos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e na instituição do Piso de Atenção Básica seus principais instrumentos. Tal estratégia possibilitou, inequivocamente, uma notável expansão dos serviços básicos de saúde, mas não resolveu os problemas de articulação com os demais níveis de atendimento e até mesmo entre diferentes ações que são desenvolvidas no âmbito da atenção básica. A arraigada crença no poder indutor do governo federal na condução do processo de reorganização assistencial gerou a duas ordens de iniciativas de reorganização sistêmica: as fundadas em níveis de complexidade da atenção – básica, média e alta complexidades – e as calcadas na reorganização vertical de atividades assistenciais específicas como, por exemplo, saúde da mulher e controle da Aids.

O acesso aos serviços do SUS tornou-se menos desigual entre as regiões brasileiras, embora a insuficiência de oferta, sobretudo de serviços mais complexos, ainda seja um fator de restrição. Ações de regulação do poder público avançaram em áreas antes não abrangidas, primeiramente, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada para atuar no segmento privado de planos e seguros de saúde e, segundo, com a consolidação da autonomia institucional do setor de vigilância sanitária por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Na área de medicamentos, o incentivo à produção nacional, uma incipiente política de preços, a introdução dos genéricos e a intensificação seletiva da assistência farmacêutica oficial foram passos importantes para se encontrar uma solução mais adequada ao crônico problema de acesso a medicamentos.

O financiamento setorial ganhou maior estabilidade e solidariedade entre as instâncias de governo com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, no ano 2000. Entretanto, a participação pública no financiamento ainda é insuficiente se comparada à de outros países. Ademais, apesar de se ter observado uma alocação mais

redistributiva dos recursos federais, ainda não foram definidos e aprovados critérios equitativos para os repasses federais. Os próprios critérios e mecanismos em vigência no governo federal são frequentemente objeto de críticas por limitarem a capacidade dos gestores subnacionais do SUS de influírem na organização da atenção.

Alguns dos maiores desafios atuais do SUS estão ligados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, elevando a resolutividade, especialmente da atenção básica, qualificando-a como porta de entrada do sistema e garantindo o acesso aos serviços de média e alta complexidades. Em outras palavras, no campo assistencial, o desafio é dotar o sistema de maior capacidade de resposta às necessidades da população em termos de acesso oportuno, tratamento digno, continuidade e integralidade da atenção. Isso significa investir em recursos organizativos e humanos, sem descuidar dos investimentos estratégicos para reorganização do sistema.

Condições de saúde

De acordo com os dados preliminares do Censo 2000, a esperança de vida ao nascer da população brasileira é de 68,6 anos. Registrou-se um incremento médio de 3,1 anos na década de 1990. A análise da evolução desse indicador ao longo das décadas de 1980 e 1990 mostra que a mais importante mudança diz respeito aos padrões da desigualdade inter-regional. Assim, a população da região Nordeste teve ganhos consideráveis na esperança de vida nessas décadas, com valores superiores à média nacional (5,3 anos e 3,6 anos, respectivamente). De outra parte, a população da região Sul, que havia experimentado uma extensão de 5,2 anos na década de 1980, teve um incremento de apenas 2,3 anos na década de 1990. Com isso, o diferencial da esperança de vida entre as regiões Nordeste e Sul caiu de 6,6 para 5,2 anos. Por sua vez, a população da região Norte, que, na década de 1980, havia tido, entre todas as regiões, o maior incremento na sua esperança de vida, de 6,0 anos, na década de 1990 registrou o menor ganho, apenas 1,1 ano.

Em 2000, a diferença média na esperança de vida da população brasileira por sexo alcançou 7,8 anos em favor das mulheres. Na região Sudeste, a vida média dos homens é cerca de 9 anos inferior à das mulheres, seguida pelas regiões Sul (7,8 anos) e Centro-Oeste (6,7 anos).

A análise da mortalidade infantil, de acordo com dados consolidados por quinquênio, mostra que a velocidade de queda desacelerou, passando de -5,2% ao ano entre 1990 e 1995 para -4,2% ao ano entre 1995 e 2000. Deve-se registrar que, na região Nordeste, a velocidade de queda da mortalidade infantil na década de 1990 foi superior à das demais regiões. Com efeito, entre 1990 e 2000, ocorreu uma redução de quase 40% na mortalidade infantil da região Nordeste (de 73,4 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 44,7, em 2000).

O Brasil chegou ao início do século XXI apresentando, na média nacional, taxa de mortalidade infantil em torno de trinta por mil nascidos vivos. Essa é uma taxa que ainda pode ser considerada elevada e reflete a necessidade de adoção de estratégias de intervenção diferenciadas de acordo com a situação da cada região geográfica. Enquanto nas regiões Norte e Nordeste ainda predominam causas de mortalidade redutíveis por ações básicas de saúde e de saneamento, nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, onde a mortalidade infantil já se encontra em patamar bem abaixo (cerca

de vinte por mil), o ritmo de declínio tenderá a ser mais lento, por ser dependente, cada vez mais, de investimentos na melhoria das condições qualitativas de assistências pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Naturalmente, a melhoria das condições nutricionais das crianças é um fator decisivo para garantir a continuidade da queda da mortalidade infantil. Em 1996, a prevalência de retardo de crescimento em crianças de até cinco anos de idade situava-se em 10,4% no país como um todo. As taxas eram especialmente elevadas nas regiões Norte (16%) e Nordeste (18%) e existiam diferenças expressivas entre áreas urbanas (8%) e rurais (19%). No entanto, apesar de ainda elevadas, essas taxas aparecem como resultado de uma tendência declinante, que se acentuou nos anos 1990. No período entre 1989 e 1996, o declínio da prevalência do retardo do crescimento alcançou uma média anual de 4,8%, comparada com 3,7% do período entre 1975 e 1989.

A prevalência de desnutrição decresceu a uma média anual de 6,5% nas áreas urbanas do Nordeste, superando, pela primeira vez, o declínio ocorrido na região centro-sul (5,5%). Entretanto, esse decréscimo foi bem menos acentuado nas áreas rurais (2,6% no Nordeste contra 2,8% no centro-sul). Tal tendência declinante pode ser atribuída a três principais determinantes: a expansão do acesso a serviços de saúde por meio do SUS, incluindo a maior cobertura por atividades de vacinação e acompanhamento do desenvolvimento das crianças e as melhores assistências pré-natal e ao parto, no caso das mães; a elevação do nível de escolaridade das mães; e a ampliação da rede pública de abastecimento de água.

Uma importante tendência que afeta as possibilidades de ganhos continuados na esperança de vida da população tem a ver com o declínio da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIPs), muitas delas evitáveis ou controláveis por medidas e recursos associados à melhoria das condições ambientais e sociais em que se inserem os grupos populacionais. As DIPs representavam menos de 6% dos óbitos em 1999 (excluídas do total de óbitos as causas mal definidas), enquanto as doenças cardiovasculares (DCVs) alcançam mais de 30% do total. Em 1999, as DCVs apresentavam uma taxa de 146,4 óbitos por 100 mil habitantes, seguidas das causas externas (70,2) e das neoplasias, com taxas bem próximas (66,4). O peso crescente das causas externas na estrutura de mortalidade, associadas à violência e aos acidentes, é um dos fatores que mais têm afetado a sobrevivência dos homens se comparada à das mulheres, sobretudo entre os jovens.

Controle de enfermidades

Os maiores avanços ocorridos neste campo relacionam-se às doenças preveníveis por imunização, de que o sarampo constitui um bom exemplo. Até o início da década de 1990, uma das condições importantes que contribuía para a mortalidade infantil era a freqüente associação entre desnutrição e incidência de sarampo. O sarampo era a principal causa de morte entre um e quatro anos de idade em algumas cidades brasileiras. A fim de estabelecer o controle do sarampo no Brasil, foi estabelecida a partir de 1992 a vacinação em massa de toda a população brasileira entre 9 meses e 14 anos de idade, independentemente de estado vacinal prévio. O programa tornou-se bem mais efetivo na segunda metade da década de 1990, por meio das ações de vigilância epidemiológica e das campanhas de vacinação, o que fez que desde 2000 não tenha havido registro de casos autóctones de sarampo no Brasil.

As ações de prevenção por meios diversos mostrou-se bastante eficaz igualmente no que se refere à Aids. Na metade da década de 1990, a Aids passou a figurar como uma das principais causas de óbito em indivíduos de 20 a 49 anos de idade, para então apresentar redução importante nas taxas de mortalidade, principalmente entre os homens e na região Sudeste. Com as medidas de prevenção e assistência implementadas mais efetivamente a partir da segunda metade dos anos 1990, a taxa de incidência apresenta tendência declinante desde 1996 e a sobrevivência de adultos com Aids aumentou de 5 meses, naqueles casos registrados na década de 1980, para 58 meses, naqueles registrados em 1996, em razão da política de distribuição gratuita de anti-retrovirais. Entre as crianças com até 12 anos de idade, a sobrevivência aumentou para 46 meses em média.

Entre as endemias rurais, a malária continua a ter grande importância, embora com tendência declinante. A incidência de malária havia atingido as maiores cifras já registradas no país, com 637.472 casos em 1999 e 615.245 casos em 2000. A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) elaborou um Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (PIACM), em 2000, com ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento, por intermédio da descentralização e da integração com as ações de atenção básica, e melhor equacionamento das ações seletivas de controle vetorial. O plano buscou igualmente estabelecer normas específicas voltadas para a instalação de assentamentos rurais e de projetos de desenvolvimento em áreas de maior risco de transmissão. Em virtude dessas ações, desenvolvidas em parceria com estados e municípios, em 2001 ocorreu um forte declínio da incidência da enfermidade, com 388.807 casos, correspondentes a cerca de 40% dos casos registrados em 1999. A redução da transmissão foi particularmente notável nos estados de Amazonas, Acre e Roraima.

A dengue representa um contraponto negativo a esses exemplos de sucesso no controle de enfermidades. A incidência da dengue chegou a uma cifra inédita de 428.117 casos registrados em 2001, tendo ocorrido, em diversos estados, casos hemorrágicos, que apresentam uma alta letalidade. Nesse ano, com a adoção do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), foram selecionados 657 municípios como áreas prioritárias para a intensificação de medidas em andamento e para a adoção de iniciativas de maior eficácia. Entre as principais medidas que foram implementadas por ação conjunta da Funasa e das secretarias estaduais e municipais de saúde se destacam: *i*) a intensificação das ações de combate ao vetor, prioritariamente nos municípios com maior participação na geração dos casos; *ii*) o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a oportunidade da resposta ao risco de surtos; *iii*) a integração das ações de vigilância e de educação sanitária, com os programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde; e *iv*) uma forte campanha de mobilização social e de informação pública para garantir a efetiva participação da população. Tem sido também priorizada a melhoria na capacidade de detecção de casos de dengue hemorrágica, com vistas a reduzir a letalidade para níveis inferiores a 1%.

Organização do Sistema de Saúde: acesso e oferta

A acessibilidade aos serviços é uma das características básicas de um bom sistema de saúde. Facilitar o acesso relaciona-se com auxiliar as pessoas a buscarem os recursos apropriados para cuidar da sua saúde, para preservá-la ou melhorá-la de forma oportuna e suficiente.

Um bom indicador de oferta, acesso ou utilização dos serviços de saúde é o número de consultas médicas por habitante/ano. Esse indicador se encontra disponível de forma sistemática apenas para as consultas cobertas pelo SUS no Datasus. Entre 1995 e 2001, o número de consultas médicas praticamente se igualou à taxa de crescimento populacional, mantendo-se estável ao longo desse período em torno de duas consultas por habitante/ano. Ainda existe uma razoável diferenciação regional, estando nos extremos da distribuição a região Sudeste, com uma média de 2,5 consultas por habitante/ano, e a região Norte, com uma média de 1,3 consulta. Contudo, as diferenças regionais no número *per capita* de consultas providas pelo SUS diminuíram continuamente ao longo da década.

O número de internações hospitalares por 100 mil habitantes/ano é outro importante indicador de utilização dos serviços de saúde. De acordo com os dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIA/SUS), entre 1991 e 2001, houve um declínio e uma convergência regionais desse indicador.

Em 1999, havia, no conjunto dos setores público e privado, 2,9 leitos hospitalares por cada mil habitantes. Essa média nacional variava entre um máximo de 3,3, na região Centro-Oeste, muito influenciada pela rede hospitalar da capital, Brasília, e um mínimo de 2,1, na região Norte. Historicamente, o setor privado é majoritário na oferta de leitos hospitalares. Em 1999, 66,5% dos 7.806 hospitais, 70,4% dos 484.945 leitos e 87% dos 723 hospitais especializados existentes no país eram de natureza privada, ou seja, pertenciam a empresas de finalidade lucrativa e instituições comunitárias e filantrópicas.

Já o setor público dispunha, em 1999, de 143.518 leitos, a que se somava uma proporção de leitos no setor privado sob condições de contrato. Deve ser observado que os hospitais privados de maior porte ou mais complexos costumam reservar uma parte reduzida de sua capacidade instalada para o atendimento a pacientes do SUS. Estima-se que 23% das internações no setor privado em 1999 se referiam a pacientes vinculados ao SUS.

A participação privada na oferta de leitos era ainda mais elevada no início da década de 1990, quando alcançava 75,2% do total. Ocorreu desde então uma retração de 10,9% no número de leitos do setor privado e um crescimento simultâneo de 6,2% do número relativo ao setor público. A expansão do número dos leitos hospitalares do SUS fez-se acompanhada de uma descentralização da estrutura assistencial para o nível municipal de governo.

Como parte da avaliação do esforço de descentralização, cumpre mencionar que o percentual de leitos em estabelecimentos municipais em relação ao total de leitos públicos passou de 26,5%, em 1992, para 43,4%, em 1999. Metade das internações nos hospitais públicos em 1999 foi efetuada por estabelecimentos municipais.

Outro dado importante é a grande descentralização alcançada com os recursos humanos de função assistencial. Em 1999, 65,2% dos empregos de médicos do conjunto do setor público concentravam-se na esfera municipal.

A rede ambulatorial do SUS compreendia, em dezembro de 1999, 55.735 estabelecimentos de saúde de diversos tipos. Com 109.708 consultórios e 43.333 equipamentos odontológicos, essa rede oferecia 6,7 consultórios e 2,6 equipamentos por 10 mil habitantes.

Organização do Sistema de Saúde: descentralização

As funções do Estado no setor saúde foram substancialmente transformadas nos anos 1990, em especial com a descentralização da gestão e a participação social. A descentralização nesse período é uma peça política que percorre todo o espectro ideológico no campo da institucionalidade dos serviços públicos na área de saúde.

O processo de descentralização na área da saúde, ainda que tenha assumido contornos mais definitivos na Constituição de 1988 e na legislação infraconstitucional subsequente (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, normas e portarias regulamentadoras), é um movimento que começou a se estruturar na década de 1980 com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). A Constituição de 1988 reforçou essa tendência: a descentralização (art. 198, I) e a participação da comunidade (art. 198, II) passaram a ser diretrizes para a organização do SUS; a competência concorrente das três esferas de governo – cuidar da saúde e da assistência pública (art. 23, II) – é genérica; apenas o município – o ente federativo com o qual o cidadão tem relações mais próximas, freqüentes e imediatas – recebeu a missão específica de prestar serviços de atendimento à saúde da população. À União e aos estados cabe prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo (art. 30, VII).

A Lei Orgânica da Saúde foi promulgada em 1990, mas foram necessários mais três anos para que se desenhasse uma estratégia mais clara para o processo de descentralização. A Norma Operacional Básica (NOB/SUS 01), aprovada pelo Ministério da Saúde em maio de 1993, que estabeleceu “normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde”, formalizou essa estratégia. Diante da diversidade de situações (populacional, econômica e administrativa) que caracteriza o perfil dos municípios brasileiros, foram estabelecidos estágios de gestão – *incipiente, parcial e semiplena* –, que representavam diferentes níveis de responsabilidade e de autonomia de gestão. No entanto, era somente na condição de gestão semiplena que os estados e municípios passavam a ter responsabilidade integral sobre a gestão da prestação de serviços e, em contrapartida, passavam a receber mensalmente do Ministério da Saúde o total de recursos correspondente aos tetos estabelecidos para o custeio das assistências ambulatorial e hospitalar. Foi pactuado que a descentralização deveria se efetivar de forma negociada e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas, que poderiam escolher em que condição de gestão queriam se enquadrar, desde que atendidos requisitos estabelecidos na norma operacional. Para instrumentalizar e dar continuidade ao processo de negociação, no âmbito federal, foi instalada a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – composta por gestores do SUS dos três níveis de governo. Em cada unidade federada passou a funcionar uma Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) – representantes das secretarias estaduais e municipais de Saúde.

A NOB de 1993 tinha, no entanto, uma grande limitação por tratar apenas da descentralização da assistência médico-hospitalar, não incorporando no esforço descentralizador a execução de outras atividades como a vigilância sanitária, a epidemiológica e o controle de doenças.

Com a aprovação da NOB 01/1996, que só começou a ser efetivamente implantada em 1998, mudanças importantes foram introduzidas. As formas de gestão municipal foram reduzidas a duas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde. A criação do *status* de gestor da atenção básica permitiu que inúmeros municípios brasileiros que não tinham condições de assumir a gestão integral do sistema pudessem, ao menos, se habilitar à gestão do nível mais básico da atenção à saúde. Outros aspectos positivos foram: *i*) manutenção do processo democrático inaugurado pela NOB 01/1993; *ii*) ampliação da descentralização de recursos, ao incluir como objeto de repasses automáticos, além dos recursos destinados à assistência médica, recursos destinados ao controle de doenças transmissíveis e às vigilâncias sanitária e epidemiológica; *iii*) criação do Piso Assistencial Básico (PAB), um valor *per capita* que passou a ser transferido diretamente aos municípios habilitados e destinado ao custeio de serviços básicos de saúde; *iv*) sinalização para mudança do modelo assistencial, ao intensificar o apoio à adoção de estratégias como os programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde; e *v*) criação da Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento central para definição da oferta dos serviços e dos critérios de alocação dos recursos para os estados e municípios.

Até o início de 2000, praticamente a totalidade dos municípios brasileiros já havia aderido a um dos dois tipos de gestão descentralizada, em um processo que permitiu o desenvolvimento e o amadurecimento de experiências exitosas no âmbito municipal e a formação de um importante contingente de profissionais qualificados nas diversas áreas do SUS.

Como decorrência da NOB 01/1996, a descentralização de recursos para estados e, principalmente, para municípios sofreu grande incremento. Pode-se observar a intensidade desse processo com a evolução das formas de utilização dos recursos do Ministério da Saúde destinados às assistências hospitalar e ambulatorial, que correspondem, em média, a 60% dos recursos para Outros Custeios e Capital (OCC) daquele órgão no período de 1998 a 2000. Os pagamentos diretos, que representavam 55,3% do gasto total em assistências hospitalar e ambulatorial em 1998, passam a responder por 39% dos gastos em 2000, demonstrando que a modalidade de relacionamento direto entre o Ministério da Saúde e o prestador final de serviços está em decadência. O crescimento das transferências *fundo a fundo* foi notável, tanto em termos percentuais em relação ao gasto total como em valores absolutos. No primeiro caso, as transferências, que representavam 44,7% do gasto total em 1998, passam a responder por 61% do gasto em 2000. Em valores constantes, passa-se de cerca de R\$ 5,2 bilhões, em 1998, para R\$ 7,9 bilhões, em 2000. As transferências específicas para a atenção básica também apresentam grande crescimento: passam de R\$ 1,8 bilhão, em 1998, para cerca de R\$ 3,2 bilhões, em 2000.

No âmbito local, são significativos alguns resultados já obtidos no processo de descentralização, sobretudo naqueles municípios que assumiram responsabilidade integral pela gestão do sistema. A gestão municipal tem permitido negociações com os provedores de serviços com reorientações na oferta assistencial, adequando-a às

prioridades e necessidades locais. Paralelamente, a municipalização da operação do Sistema de Informação de Internações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informação de Atendimentos Ambulatoriais (SIA) permitiu a criação de sistemas informatizados de marcação de internações e consultas médicas em vários municípios, o que confere maior comodidade e presteza no acesso a esses serviços. Resultados também começaram a aparecer na diminuição de internações suscetíveis de prevenção, como nos casos de doença diarréica, infecções respiratórias em crianças, em decorrência de um melhor atendimento ambulatorial. Pesquisa feita pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), no estado do Ceará, numa amostra de municípios de diferentes dimensões populacionais, constatou que as reduções da mortalidade infantil foram maiores nos municípios com gestão descentralizada em relação aos de não descentralizada (de 16% a 26%) e que a produtividade média das consultas médicas foi 21% maior nos municípios com gestão descentralizada em relação aos com gestão não descentralizada.

Apesar das inúmeras experiências exitosas que podem ser facilmente identificadas em todas as regiões do país, o processo de descentralização deixa transparecer uma série de problemas quanto à eficiência, à integralidade do atendimento e à equidade na alocação de recursos e na utilização dos serviços, que, em parte, pode ser atribuída à forma com que vem se dando sua implementação.

As normas operacionais, ao privilegiarem o contato direto entre a União e os municípios *conferiram*, sem dúvida alguma, maior velocidade ao processo de descentralização, porém desvelaram novos desafios. Por um lado, propiciaram que a quase totalidade dos municípios brasileiros assumisse alguma responsabilidade na gestão da atenção à saúde de suas populações; por outro, criaram uma tendência de fragmentação do sistema, com comprometimento da solidariedade entre as esferas de governo e do compartilhamento nas responsabilidades de gestão. Além disso, a orientação do processo, tendo como ator preferencial os municípios, implicou uma retração das secretarias estaduais de Saúde no seu papel de coordenador do SUS no âmbito da unidade federada.

O pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros torna inviável atender – até mesmo por motivos de eficiência, escassez de recursos humanos especializados e de recursos financeiros – no seu próprio território, a todas as demandas por serviços, especialmente os de maior custo e complexidade. Essa situação requer o estabelecimento, de forma planejada, de espaços supramunicipais de assistência à saúde, sem o que os recursos públicos serão aplicados de forma pulverizada e a população continuará, sobretudo a dos pequenos municípios, com dificuldades de acesso ao atendimento integral de suas necessidades de saúde. A criação de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) procurou, em parte, contornar esses problemas com a associação de diversos municípios para provimento de determinados serviços. Contudo, essas formas associativas mostraram-se instáveis e incapazes de resolver o problema da falta de uma coordenação/articulação sistêmica mais geral no âmbito estadual.

Para enfrentar os problemas anteriormente citados, foi negociada em 2001 a Norma Operacional da Assistência Saúde (Noas/SUS). Os objetivos declarados dessa norma são o incremento da resolutividade da atenção básica e o aumento da acessibilidade a uma atenção mais integral mediante a regionalização e a hierarquização da rede assistencial, reforçando o propósito de organização dos sistemas estaduais.

Simultaneamente, a responsabilidade dos municípios na provisão da atenção básica foi ampliada com a criação da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (Gpaba). De acordo com a Noas 01/2001, todos os municípios deverão assumir os procedimentos do atual Piso de Atenção Básica (PAB), mais um elenco mínimo de procedimentos ambulatoriais de menor complexidade. Além disso, conforme a Noas 01/2001, “o gestor municipal deverá participar ativamente do processo de regionalização e de Programação Pactuada Integrada no estado, visando garantir o acesso de sua população aos outros níveis de atenção cujos serviços não estejam em seu território”.

A Noas também instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como “instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal”. O PDR deve ser elaborado de forma a garantir “o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências municipais”.

Devem ser definidas regiões/microrregiões de saúde como o território base para o planejamento da atenção à saúde. O município-sede do módulo assistencial deve ofertar, além dos procedimentos de atenção básica ampliada, um conjunto mínimo de serviços de média complexidade, como radiografia simples, ultra-sonografia obstétrica, primeiro atendimento em clínica médica e pediatria, entre outros, para a sua população e para a de outros municípios a ele vinculada.

A regulação do setor suplementar

Como parte da política de reforma do Estado, foram definidos no fim da década de 1990 novos formatos institucionais e novos parâmetros para a atuação do setor privado em saúde. Foram criadas duas agências regulatórias, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A primeira visa a controlar a oferta dos planos e seguros de saúde, e a segunda busca resguardar a saúde da população por meio do controle sanitário.

A Lei nº 9.656, de 1998, com abrangência nacional, passou a regulamentar as operadoras e os planos de saúde, e por intermédio da Lei nº 9.961, de 2000, foi criada a ANS. Do ponto de vista normativo, o principal objetivo da ANS é promover a concorrência e a defesa do consumidor, com vistas à redução das práticas oligopolistas e à eliminação dos abusos econômicos dos cartéis. Essa agência deve zelar pelo bem-estar social e pelo esclarecimento da clientela dos planos de saúde, garantindo aos consumidores as informações necessárias sobre as operadoras contratadas e os planos adquiridos, como já o fazem os órgãos de defesa do consumidor e as entidades de portadores de patologias. Ademais, os interesses da ANS devem ser compatíveis com os do SUS, conforme a diretriz da Constituição e das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990.

O papel da ANS é particularmente delicado. Ao sensibilizar-se com a contestação “dos que têm voz e voto”, o governo federal se viu forçado a representar, quando adequado, os interesses dos consumidores (dos planos individuais) contra o aumento sistemático de preços – muitas vezes reajustados acima da taxa média de inflação da economia, contra a baixa qualidade dos serviços e, evidentemente, contra eventuais descumprimento de contratos. No entanto, segundo as entidades da sociedade civil organizada, os objetivos preconizados pela ANS não vêm sendo cumpridos; pelo contrário, vêm se transformando cada vez mais em uma figura de retórica. As operadoras,

por sua vez, alegam que seus custos não são cobertos pelos reajustes sancionados pelo governo federal, principalmente após a adoção das normas regulatórias. Já os médicos, estes reivindicam às operadoras maiores honorários, assim como criticam a interferência delas sobre seu processo de trabalho. E, finalmente, os gestores da ANS acreditam estar promovendo, eficientemente, as condições econômico-financeiras e assistenciais para atuação das operadoras no mercado.

Entre os objetivos da intervenção do governo no mercado das operadoras de planos e seguros de saúde, encontra-se a contenção de abusos tais como a recusa de pacientes com doenças preexistentes; os limites de cobertura em função de redução de mensalidade; os limites ou prazos entre tratamentos ou exames; e as limitações ao atendimento de urgência.

Financiamento do Sistema Único de Saúde

O financiamento tem sido uma das questões centrais do SUS desde o início de sua implementação em 1990. Afinal, não se passa de um sistema de saúde dimensionado para 90 milhões de pessoas, como ocorreu no apogeu da medicina previdenciária, para outro com responsabilidades de acesso universal e de atendimento integral para mais de 160 milhões de pessoas, sem um aporte significativo de novos recursos.

A crise no financiamento da saúde eclodiu em 1993, quando em virtude de restrições fiscais, aliadas ao aumento das despesas da Previdência Social, os recursos originários da contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salários, tradicionalmente utilizados para compor o financiamento da área, deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde. Em função desses problemas, esse ministério teve de recorrer à utilização de empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), os quais serviram como socorro em situações de instabilidade, mas oneraram os orçamentos dos anos subsequentes. Em 1994, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE), posteriormente rebatizado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e a seguir de Desvinculação de Receitas da União (DRU), que, naquele ano, foi a principal fonte de financiamento do gasto federal com saúde.

Assim, diante das dificuldades de financiamento do SUS, começaram a surgir no âmbito do Legislativo, desde 1993, diversas propostas para dar maior estabilidade ao financiamento setorial. Uma solução emergencial foi a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) em 1996. Essa tem sido prorrogada desde então, deixando de ser uma contribuição exclusiva para a saúde, embora ao SUS ainda corresponda a sua maior parcela.

Finalmente, no ano 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que promoveu a vinculação de recursos para a saúde nos orçamentos das três esferas de governo, assegurando um patamar mínimo de recursos da União, estados e municípios. Estados e municípios foram obrigados a alocar, a partir de 2000, pelo menos 7% das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais para a área da saúde. Esse percentual deve crescer gradualmente até atingir 12% para estados e 15% para municípios até 2004. A União teve de destinar à saúde, em 2000, 5% a mais do que despendeu em 1999. Para os anos seguintes, o valor apurado no ano anterior deve ser corrigido pela variação nominal do PIB.

Em 1993-1994, o gasto líquido médio do Ministério da Saúde, excluídos os gastos com inativos e pensionistas e amortização da dívida, foi de R\$ 111,91 por habitante,

valor que passou para R\$ 146,72 em 2000-2001, o que representa um crescimento de 31% no período, em valores constantes. A análise ano a ano do gasto líquido *per capita*, por sua vez, revela que, desde 1995, seu valor vem oscilando em torno de R\$ 140, mas com ligeira tendência de crescimento.

Os números apontam também para uma mudança importante de prioridades no financiamento federal. Em 1998, o financiamento das ações básicas de saúde absorvia 9,1% do gasto *per capita* do Ministério da Saúde; em 2001, este percentual passou para 14,3%, representando um crescimento de 57%. Com essa política, foram particularmente privilegiadas iniciativas como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), considerados estratégicos para a mudança do modelo assistencial. A alocação de recursos para atenção básica tem privilegiado as regiões mais desfavorecidas.¹²

Em relação ao gasto público total, estimativas realizadas pela Disoc/Ipea (Brasília), para 1998, indicam a seguinte participação relativa das três instâncias de governo no financiamento público da saúde: União (63,0%); estados (20,6%); e municípios (16,4%). Dados do Siops referentes ao ano 2000 (atualizados até 1/7/2002), anteriores, portanto, à vigência da EC 29, indicam redução da participação relativa dos estados (18,5%) e da União (59,9) e crescimento da participação municipal (21,6%).

Em valores absolutos, o gasto público total foi estimado em R\$ 33.982,30 milhões no ano 2000, sendo R\$ 20.351,50 milhões correspondentes a recursos da União e R\$ 13.630,80 milhões oriundos de estados e municípios.

12. Em 1999, a despesa federal per capita com atenção básica foi R\$ 17,21 na região Nordeste, R\$ 16,15 na Norte, R\$ 13,95 na Centro-Oeste, R\$ 13,35 na Sul e R\$ 12,21 na região Sudeste.