ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título	SAÚDE
Autores(as)	Andrea Barreto de Paiva Edvaldo Batista de Sá Elizabeth Diniz Barros Luciana Mendes Servo Matheus Stivali Roberta da Silva Vieira Sérgio Francisco Piola

Título do Boletim	POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2015(n.23)
ISSN	1518-4285

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

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

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

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

CAPÍTULO 3

SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

Como nos processos eleitorais anteriores, em 2014 a saúde, ainda que de forma marginal, fez parte da agenda dos debates, e a garantia de acesso oportuno, equitativo e com qualidade aos serviços de saúde foi apresentada como uma das principais demandas da população. Esse desafio tem norteado as análises da área de saúde do Ipea e tem sido o foco do acompanhamento das políticas federais de saúde nos últimos anos. Nesta edição, não será diferente.

Seguindo a estrutura proposta para este capítulo, a seção 2 repercute o relatório nacional de acompanhamento do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e mostra que, apesar das melhoras sensíveis ocorridas desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), muito ainda precisa ser feito para se atingir níveis aceitáveis de mortalidade infantil e materna e reduzir as disparidades regionais e entre grupos populacionais existentes. Também será necessário lidar com questões específicas, como a ilegalidade do aborto e a epidemia de cesarianas, que colocam em risco a saúde de gestantes e crianças, e o aumento na mortalidade por câncer de mama.

Algumas das iniciativas adotadas ao longo do ano de 2013 e parte do ano de 2014 para expansão da cobertura e melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo SUS são apresentadas na seção 3.

O governo federal tem insistido na adoção da estratégia Saúde da Família (eSF) como forma principal de organização do cuidado, e a subseção que trata da atenção básica, além de descrever algumas iniciativas que visam melhorar o acesso e a qualidade dos serviços prestados nesse nível de atenção, traz uma reflexão a respeito da efetividade da eSF. De um lado, os dados evidenciam que a cobertura populacional por essa estratégia, se alcança níveis elevados nos municípios de menor porte, permanece como desafio naqueles com população superior a 100 mil habitantes, sugerindo a necessidade de reflexão sobre a adequação da generalização dessa estratégia para a oferta de atenção no contexto de diversidade em que opera o SUS. De outra perspectiva, a seção realiza uma reflexão sobre o indicador utilizado para avaliar a efetividade da atenção básica no âmbito do SUS – internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) – indicando como o mesmo pode estar sujeito à influência de outras variáveis, relacionadas aos determinantes da saúde e ao acesso a saneamento básico, renda, oferta de serviços de média e alta complexidade em saúde e presença maior ou menor da Saúde Suplementar.

Na subseção que trata da atenção de média e alta complexidade procura-se evidenciar que a ampliação do acesso por meio do aumento da oferta de equipamentos públicos, inclusive para atendimentos realizados fora de estabelecimentos hospitalares, persiste como o grande desafio. Contudo, é dado destaque à tentativa de reorganização dos serviços hospitalares, objeto central da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), e às novas regras de contratualização e remuneração dos hospitais sem fins lucrativos. A sustentabilidade dos hospitais filantrópicos, principais responsáveis pela oferta de leitos não estatais ao SUS e que não obstante vem sendo alvo de sucessivos programas de fortalecimento nos últimos anos, mantém-se como permanente desafio.

Mudanças no perfil epidemiológico da população são apresentadas em seguida para mostrar os desafios impostos pela convivência de doenças crônicas, doenças transmissíveis e altas taxas de morbimortalidade por causas externas.

Na área da Saúde Suplementar é dado destaque a questões relacionadas à qualidade da atenção ofertada, aos problemas de acesso e à abertura do setor à entrada de capital externo. As questões levantadas tornam evidente a necessidade de aperfeiçoamento da regulação sobre a área.

Em relação à gestão, a discussão sobre redes de atenção e regionalização, como condições para a organização do SUS, é trazida novamente nesta edição, apresentando os avanços e obstáculos de implementação e as dificuldades de coordenação do sistema. As questões normativas relacionadas ao financiamento e tentativas de ampliá-lo são apresentadas em seguida, ao passo que a análise da execução orçamentária foca em um antigo problema do sistema de saúde: a limitada participação do investimento no total de recursos federais destinados a ações e serviços públicos de saúde.

O objetivo das análises realizadas nessas seções é indicar os principais problemas para, na seção final, apontar os grandes desafios para o novo governo.

2 FATOS RELEVANTES: AVANÇOS E ALGUNS DESAFIOS APONTADOS PELO RELATÓRIO ODM

Em 2000, aproximadamente 190 nações firmaram diversos compromissos, denominados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com metas a serem atingidas até 2015 em áreas críticas do desenvolvimento humano. Na área de saúde foram definidas metas de redução da mortalidade na infância, de melhorias da saúde materna e de combate ao HIV/AIDS, à malária e outras doenças. O *Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* de 2014 (MP e Ipea, 2014) mostra avanços no cumprimento dos objetivos definidos para a área de saúde, mas também aponta desafios que ainda precisam ser enfrentados para que se continue avançando. Nesta seção, destacam-se a alta mortalidade de

crianças indígenas por causas evitáveis, o elevado número de partos cesáreos que trazem riscos desnecessários para a mãe e para a criança e o aumento da mortalidade por câncer de mama.

2.1 A mortalidade de crianças indígenas por causas evitáveis

A mortalidade na infância, óbitos de crianças com até cinco anos de idade, reduziu-se no Brasil de quase 54 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para menos de 18 óbitos por mil nascidos vivos em 2011. Mais de 85% dos óbitos nessa faixa etária ocorrem no primeiro ano de vida e o indicador utilizado – a taxa de mortalidade infantil (TMI) – também mostra expressiva queda no período: de aproximadamente 47 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para pouco mais de quinze óbitos por mil nascidos vivos em 2011. De acordo com estas estimativas,[1] o Brasil já superou as metas a serem atingidas até 2015. Contudo, o nível de mortalidade ainda é muito elevado e existem disparidades significativas entre regiões e grupos populacionais.

As disparidades existentes entre grupos populacionais podem ser ilustradas pelas precárias condições de saúde das crianças indígenas. Em 2009, enquanto a TMI geral foi estimada em menos de dezesseis óbitos por mil nascidos vivos, a TMI indígena era de quase 42 óbitos por mil nascidos vivos (Brasil, 2011). E as causas mais facilmente evitáveis ainda são responsáveis por uma grande proporção da mortalidade infantil indígena.

Em 2011, as afecções perinatais, relacionadas ao período que se estende das 22 semanas completas de gravidez até sete dias completos após o nascimento, respondiam por 59% do total de óbitos em menores de um ano no Brasil. O segundo principal grupo de causas eram as malformações congênitas, com 20% do total de óbitos nessa faixa etária. Observa-se uma menor participação das doenças infecciosas (4,4%) e do aparelho respiratório (5,3%). Contudo, mais de 25% dos óbitos de menores de um ano de idade entre as crianças indígenas em 2011 foram devidos a infecções da criança – principalmente doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias (MP e Ipea, 2014).

Segundo relatório do Conselho Indigenista Missionário (Cimi), morreram 693 crianças indígenas na faixa etária de 0 a 5 anos de idade entre os meses de janeiro e novembro de 2013. Em algumas populações a mortalidade não está sendo reduzida – entre as crianças Yanomami, os óbitos aumentaram de 79 casos em 2012 para 124 casos em 2013. Entre as principais causas estão: pneumonia, complicações do parto, diarreia e gastroenterite, morte fetal, morte sem assistência, insuficiência respiratória não classificada, agressão por meios não específicos, transtornos relacionados com gestação de curta duração e peso baixo ao nascer,

1. O Ministério da Saúde tem investido no aperfeiçoamento dos sistemas de informação. Em 2010, foi realizada pesquisa de busca ativa de óbitos e nascidos vivos em 129 municípios do Nordeste e Amazônia Legal que permitiu o cálculo de fatores de correção do sub-registro de óbitos e nascidos vivos posteriormente generalizados para todos os municípios brasileiros.

e outras septicemias – infecções generalizadas causadas por bactérias (Cimi, 2014). Outro fator que tem contribuído sobremaneira para a mortalidade das crianças indígenas é a desnutrição infantil. Mais de quatrocentas crianças indígenas morreram de desnutrição desde 2008 (Cimi, 2014). Um caso emblemático ocorreu em Mato Grosso do Sul, onde onze crianças morreram por desnutrição num intervalo de cinco meses, na aldeia Porto Lindo, a 30 km de Japorã.[2]

Os povos indígenas não estão se beneficiando do mesmo modo que os demais grupos populacionais dos avanços sociais verificados no país nas últimas décadas. Ser indígena no país implica maior chance de não completar o primeiro ano de vida, sofrer de desnutrição e anemia durante o período de crescimento, conviver com elevada carga de doenças infecciosas e parasitárias e estar exposto a rápido processo de transição nutricional, responsável pela emergência de agravos como obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (Coimbra Junior, 2014).

Em 2010, criou-se dentro da estrutura do MS a Secretaria Especial de Saúde Indígena para coordenar os esforços de formular políticas capazes de lidar com as necessidades específicas dos povos indígenas, em particular contribuir para a redução da mortalidade entre mulheres e crianças indígenas. As estratégias adotadas envolvem: a ampliação da assistência à saúde em áreas de difícil acesso, em parceria com o Ministério da Defesa e com a Fundação Nacional do Índio; melhoria da cobertura de saneamento básico; a definição de protocolos de atenção direcionados à mulher e à criança indígena, incluindo práticas tradicionais de cuidado; a intensificação das estratégias de vigilância nutricional; o aumento das coberturas vacinais; entre outras.

A inclusão de práticas tradicionais de cuidado nos protocolos de atenção à saúde pode ser um pequeno passo no reconhecimento das diferentes necessidades dos povos indígenas, uma vez que, como regra, a organização dos serviços de saúde tem como pilar o conhecimento baseado na biomedicina e em modelos específicos de organização administrativa, que impossibilitam o diálogo intercultural e o reconhecimento de que as necessidades culturais são diferenciadas.

2.2 Desafios na área de saúde da mulher

As metas definidas nos ODM para a saúde materna são, até 2015, reduzir a mortalidade materna em 75% do valor observado em 1990 e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva. O país dificilmente atingirá a meta de reduzir em 75%, de 1990 para 2015, o número de óbitos maternos por cada 100 mil nascidos vivos, o que equivaleria alcançar 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, visto que entre 1990 e 2011 o indicador diminuiu de 141 para 64. Por outro lado, houve avanços no acesso à atenção qualificada ao parto – em 2011, 99% dos partos foram realizados

2. Ver Mazzini (2014).

em estabelecimentos de saúde e aproximadamente 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais. Todavia, resta ainda a questão da qualidade da atenção que está sendo prestada. O Brasil também estipulou para si reverter a tendência de crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero. A meta foi atingida em relação ao câncer de colo de útero, mas a mortalidade por câncer de mama tem aumentado.[3]

2.2.1 Alta mortalidade materna e epidemia de cesarianas

Um dos desafios a serem enfrentados para melhorar a saúde materna é o elevado número de cesarianas. Entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, a pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*,[4] coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, entrevistou 23.894 mulheres em maternidades do País. A maioria dos nascimentos – 52% – ocorreu por meio de cirurgia cesariana; na rede privada o percentual é ainda maior, 88%. Esses dados colocam o Brasil na liderança mundial de partos deste tipo – a média mundial é de 18% e a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que esse percentual não ultrapasse 15%.

As razões para tamanha epidemia de cesarianas no Brasil são muitas e envolvem os métodos de pagamento, a formação dos profissionais de saúde, a conveniência do agendamento dos partos para o momento em que os profissionais especializados estejam disponíveis no sistema público (agendamento prévio em localidades que não tenham profissionais qualificados ou para horários específicos de plantões)[5] e as preferências das gestantes motivadas por medo da dor, crença de que o parto cesáreo é mais seguro etc. Do lado dos provedores, um incentivo claro é dado pela maior lucratividade da cesariana em relação ao parto normal (maior remuneração da cesariana e otimização dos recursos do hospital com o agendamento dos partos). Adicionalmente, os médicos parecem receber melhor treinamento na realização de cesáreas do que na realização do parto vaginal. Um estudo realizado em maternidade pública do município do Rio de Janeiro afirma que os médicos residentes da maternidade não reportam dificuldades em realizar uma cesariana, mas que, embora considerem importante o aprendizado das manobras obstétricas, uma parcela não se sente segura para realizá-las (Dias e Deslandes, 2004). Quanto às preferências das gestantes, segundo a pesquisa Nascer no Brasil, quase 70% delas queriam parto normal logo que engravidaram e, entre as que optaram por cesariana desde o início da gravidez, uma grande parcela reportou o medo de passar por um parto doloroso como principal razão para a escolha. O certo é que

3. O crescimento verificado pode estar associado ao menos em parte aos esforços recentes para melhorar o registro das mortes por esta doença, habitualmente notificadas como resultado de outras causas (MP e Ipea, 2014).

4. Os resultados da pesquisa estão disponíveis em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/> e em vários artigos publicados em um suplemento do volume 30 da revista Cadernos de Saúde Pública.

5. Ver, por exemplo, Freitas, Sakae e Jacomino (2008).

em vários casos ao longo da gravidez sem razões clínicas mudou-se a decisão em relação ao tipo de parto.

O parto por cesárea é um método importante para salvar a vida de mulheres e crianças. Mas, quando utilizado de forma inadequada ou desnecessariamente, aumentará os riscos tanto para a mulher como para a criança. Apesar de os médicos alegarem menores riscos, mulheres submetidas a cesáreas têm maior chance de morrer (3,5 vezes mais chance de morrer), maior chance de ter infecção puerperal (cinco vezes maior chance) e maior proporção de prematuros (entre 2000 e 2011, a proporção de prematuros se elevou, mais nas cesáreas – 7,8% – que nos partos normais – 6,4%, em 2010) (Brasil, 2012). Riscos mais elevados no parto por cesárea parecem em total contradição com a disseminação da ideia de que este tipo de parto é mais seguro, e sugerem que os médicos/provedores preocupam-se mais com os riscos e a conveniência para si próprios do que para suas pacientes.

A pesquisa Nascer no Brasil também aponta que aproximadamente 30% das mulheres entrevistadas não desejaram a gravidez – as mulheres com gravidez indesejada apresentam menor cobertura pré-natal, início tardio e menor número de consultas pré-natal. O que nos remete à necessidade de melhores serviços de planejamento reprodutivo e traz também para o debate a questão do aborto.

De acordo com uma pesquisa realizada com 2.002 mulheres, a interrupção da gravidez ocorre frequentemente, e mais de uma em cada cinco mulheres já fez aborto antes de completar 40 anos de idade (Diniz e Medeiros, 2010). O aborto continua a ser criminalizado no Brasil, sendo permitido pela lei somente quando a gravidez envolve violência sexual, risco de vida materna e fetos anencéfalos. Como consequência das restrições legais, várias mulheres recorrem a abortos inseguros e as condições inadequadas em que esses abortos ocorrem são responsáveis por problemas de saúde da mulher, levando inclusive a óbito.

Em maio de 2014, o MS publicou uma portaria (Portaria nº 415/2014) incluindo na tabela SUS os procedimentos de interrupção da gestação previstos na legislação. A inclusão do aborto permitido por lei nos procedimentos do SUS sofreu forte resistência, especialmente por parte da bancada evangélica no Congresso, e o governo revogou a Portaria nº 415/2014 por meio da Portaria nº 437/2014.[6]

2.2.2 Aumento da mortalidade por câncer de mama

O câncer de colo de útero e o câncer de mama estão entre as principais causas de óbitos por neoplasias de mulheres na faixa etária de 30 a 69 anos de idade. O Brasil estipulou para si, entre os ODM, a meta de reverter a tendência de crescimento da mortalidade por esses dois tipos de neoplasias. Diferentemente da mortalidade

6. Esse assunto também é tratado no capítulo 9 desta edição.

por câncer de colo de útero, que tem se mantido estável – apresentando taxas não superiores a nove casos por 100 mil mulheres com idade entre 30 e 69 anos –, a taxa de mortalidade por câncer de mama tem crescido e em 2011 chegou a quase 21 óbitos por 100 mil mulheres de 30 a 69 anos de idade. Mais de duas décadas atrás, a taxa de mortalidade era estimada em 17,4 óbitos por 100 mil mulheres (MP e Ipea, 2014).[7]

Em março de 2014, o MS publicou a Portaria nº 1.220, regulamentando a aplicação da Lei nº 12.732/2012, que trata do prazo para início do tratamento de pacientes com neoplasias malignas no SUS. A portaria estabelece que o prazo máximo de 60 dias para início do tratamento começa a contar a partir da assinatura do laudo patológico. Contrariamente à Lei nº 12.732/2012, uma portaria anterior[8] estabelecia o registro do diagnóstico no prontuário do paciente como início da contagem do prazo de sessenta dias – o registro pode levar até meses para ocorrer de acordo com grupos de defesa dos direitos dos pacientes oncológicos.

A publicação da nova portaria foi celebrada como um passo positivo para assegurar o tratamento oportuno dos pacientes oncológicos. Contudo, uma medida controversa foi tomada quanto ao câncer de mama. O MS publicou a Portaria nº 1.253, de 12 de novembro de 2013, restringindo o uso de mamografia bilateral para rastreamento do câncer de mama para mulheres de 50 a 69 anos de idade. Como esta norma contraria o disposto na Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, que determina que o exame seja assegurado pelo SUS a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, ela está sendo contestada pela bancada feminina no Congresso e por sociedades médicas. A Sociedade Brasileira de Mastologia, por exemplo, defende que o rastreamento por meio da mamografia deve começar aos 40 anos de idade.

Não existe consenso a respeito da eficácia da mamografia na redução da mortalidade devido ao câncer de mama. Resultados de um experimento realizado na Suécia sugerem que a mamografia reduz significativamente a mortalidade de mulheres com 40 anos ou mais de idade (Tabár *et al.,* 2011) e contrastam com os resultados de um experimento realizado no Canadá, onde o exame falhou em reduzir óbitos por câncer de mama em mulheres com até 59 anos de idade e ainda levou a tratamentos desnecessários[9] em algumas mulheres (Miller *et al.,* 2014).

Uma revisão de estudos que abordam a faixa etária alvo e a periodicidade do rastreio do câncer de mama através da mamografia concluiu que o rastreio regular por

7. O crescimento verificado pode estar associado ao menos em parte aos esforços recentes para melhorar o registro das mortes por esta doença, habitualmente notificadas como resultado de outras causas (MP e Ipea, 2014).

8. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013.

9. Tratamentos desnecessários são feitos quando ocorre o que se denomina de sobrediagnóstico: diagnóstico de alterações que nunca provocarão sintomas ou morte do paciente. No estudo realizado com mulheres canadenses, para cada 424 mulheres em que a mamografia foi usada para rastrear tumores, uma foi sobrediagnosticada. Preocupações com o sobrediagnóstico levaram a Sociedade Brasileira de Urologia a aumentar em cinco anos a idade mínima para avaliação precoce do câncer de próstata – 45 anos para homens com casos na família ou negros e 50 anos para os demais. Ver Sociedade... (2015).

mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos reduz significativamente a mortalidade por câncer de mama, porém não sendo recomendado na faixa etária de 40 a 49 anos (Pereira *et al.*, 2014). Interessante notar que, apesar de defender a mamografia a partir dos 40 anos de idade, a Sociedade Brasileira de Mastologia concordou, em apresentação feita em audiência pública na Câmara dos Deputados no primeiro semestre de 2014, que a literatura existente não é conclusiva a respeito dos benefícios da mamografia nessa faixa etária e que sua adoção é controversa.[10]

Portanto, considerando-se as evidências disponíveis, a decisão do governo de restringir o uso da mamografia pode parecer razoável, mas afronta a legislação existente e requer um debate que considere o contexto nacional.

3 ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA E DOS PROGRAMAS

3.1 Atenção básica

As prioridades definidas pelo governo federal no âmbito da atenção básica (AB) em 2013 relacionaram-se ao enfrentamento de antigos problemas: financiamento, infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e melhoria do acesso e da qualidade dos serviços, ainda que tenha sido mantida a execução de diversas outras ações.[11]

Esta subseção abordará as principais ações executadas pelo governo federal no âmbito da atenção básica (AB) em saúde e discutirá, por meio da análise de um indicador de efetividade da AB, se a estratégia federal em priorizar e incentivar a implantação de um modelo de atenção baseado na estratégia Saúde da Família (eSF) resultou em maior efetividade para o sistema de saúde. Assim, o texto está organizado em três partes: a primeira apresenta os avanços de cobertura na estratégia Saúde da Família, a segunda descreve algumas ações de melhoria de acesso e qualidade da atenção básica executadas em 2013, e, por fim, a terceira apresenta uma reflexão sobre a efetividade da eSF.

3.1.1 Cobertura pela estratégia Saúde da Família

O governo federal tem a estratégia Saúde da Família (eSF) como prioridade na organização da AB e reservou, em 2013, 65,12% dos recursos de transferência[12] para estados e municípios do bloco de atenção básica para incentivar a implantação dessa estratégia e de suas variantes,[13] assim como para as equipes complementares.[14]

10. Ver Francisco e Freitas Júnior (2014).

11. Expansão de equipes de Atenção Domiciliar, ações no campo do controle da obesidade, da desnutrição infantil, da informatização do sistema de cadastro dos usuários e dos prontuários eletrônicos, doações diretas do governo federal para testes rápidos de sífilis e HIV e de equipamentos para a qualificação do pré-natal, entre outros.

12. Informações disponíveis em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 7 nov. 2014.

13. Além das equipes tradicionais de estratégia Saúde da Família, o governo federal tem destinado recursos para implantação de variantes dessas equipes dentro da eSF, tais como: equipes de consultório na Rua, equipes de Saúde da Família Fluvial (eSFF) e equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR).

14. Equipes de agentes comunitários de saúde (ACS), Equipes dos núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF) e equipes de atenção domiciliar.

Desde o início da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) – renomeado para estratégia Saúde da Família no começo dos anos 2000 – no final dos anos 1990, um dos grandes desafios para o governo federal tem sido aumentar a cobertura da eSF nas cidades com mais de 100 mil habitantes e metrópoles (MS, 2005b, p. 20). Assim, foram realizados diversos esforços para expansão da estratégia, tais como o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)[15] e a regra de equivalência de equipes de atenção básica.[16] Contudo, pode-se observar que, apesar de o aumento de cobertura pela eSF nos grandes centros ter sido significativo nos últimos anos, ainda há uma grande diferença de cobertura entre estes municípios e os demais (ver tabela 1).

TABELA 1
Percentual de cobertura[1] por equipe de Saúde da Família nos anos de 2011-2014, segundo faixa populacional

Faixa	Número de municípios (2011)	Cobertura por ano (%)				Variação 2014/2011 (%)
		2011	2012	2013	2014	
Até 20 mil habitantes	3.919	88,55	88,66	89,67	90,73	2
Entre 20 mil e 50 mil habitantes	1.043	73,08	74,34	76,08	79,09	8
Entre 50 mil e 100 mil habitantes	325	57,68	58,99	61,73	65,97	14
Entre 100 mil e 1 milhão de habitantes	268	42,63	44,24	45,97	49,71	17
Acima de 1 milhão de habitantes	15	32,15	33,33	36,21	40,93	27

Fonte: DAB/SAS/Ministério da Saúde.
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Para o cálculo das estimativas da cobertura da eSF, o MS considera que cada equipe acompanha 3.450 pessoas. O percentual de cobertura por eSF é a razão entre a população coberta estimada (número de equipes vezes 3.450) e a população total.

Assim, em 2013, o governo adotou novas medidas para melhoria do acesso na atenção básica priorizando a estratégia Saúde Família, sendo a mais divulgada a provisão de médicos para as áreas remotas e as periferias das grandes cidades com o lançamento do Programa Mais Médicos (PMM).[17]

15. O PROESF é um programa voltado à reorganização e ao fortalecimento da atenção básica à saúde, segundo os princípios da estratégia Saúde da Família (eSF). O seu grande desafio é a implantação e consolidação da eSF nos grandes centros urbanos (acima de 100 mil habitantes). Maiores detalhes do programa podem ser obtidos na edição nº 18 do periódico Brasil em Desenvolvimento.

16. Essa regra de equivalência de médicos e outros profissionais de modelos de equipe organizados de forma diferente da eSF, originalmente, visou a atender as recomendações de uma auditoria a respeito do cumprimento das transferências federais para os municípios. Essa questão foi abordada em maiores detalhes nas edições nºs 20 e 21 do periódico Brasil em Desenvolvimento.

17. O Programa Mais Médicos foi uma iniciativa lançada em 2013 pelo Ministério da Saúde como medida para ampliar a oferta de profissionais nas periferias das grandes cidades e em áreas remotas, bem como adequar a formação médica às necessidades do SUS. Para mais detalhes ver o nº 22 deste periódico.

Contudo, no mesmo ano, o governo federal adotou uma medida que parece reforçar a escassez de médicos que se tentou minimizar com o PMM. A Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013 alterou o quantitativo recomendado do número de habitantes por equipes de saúde da família (ESF), passando de 3.450 para 2 mil habitantes. De acordo com o governo, esta medida visa a ampliar o acesso à atenção básica por meio do aumento do número máximo de ESF que pode ser financiado com recursos federais em cada município. Novas equipes de saúde da família requererão mais médicos e mais recursos municipais direcionados para a atenção básica, o que colocará ainda mais pressão sobre recursos já limitados.

3.1.2 Melhoria do acesso e qualidade

O MS vem ampliando o repasse de recursos para os municípios com base em avaliações de desempenho, e adotando medidas para expandir a cobertura de outras modalidades de equipe que complementam o cuidado na atenção básica e de melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS). Destacam-se a seguir algumas dessas medidas.

Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O PMAQ-AB é uma política de incentivo federal que desde 2011 é utilizada para premiar aquelas equipes que ao longo de um período de avaliação tiveram desempenho melhor em relação a seus pares e a si mesmas. O principal objetivo é induzir a equipe a realizar ações que melhorem a qualidade da atenção. A avaliação é feita a partir da análise de um conjunto de indicadores. Embora a adesão ao PMAQ ocorra no nível das equipes, com a anuência do gestor municipal, os repasses dos recursos são feitos para os municípios. Isso implica dizer que os recursos do PMAQ podem não resultar no aumento de salários para os profissionais envolvidos com atenção básica, uma vez que a destinação dos recursos é decidida pelo prefeito.

Em 2013, o MS ampliou o PMAQ[18] possibilitando que, de forma voluntária, façam parte do programa outras equipes: Equipes de Atenção Básica "equivalentes"; Equipes de Saúde Bucal (ESB); equipes do NASF e as equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Chama atenção a crescente participação do PMAQ dentro do orçamento da atenção básica. Dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)[19] mostram que os valores empenhados nos anos de 2011, 2012 e 2013 foram, respectivamente,

18. O PMAQ foi alterado pela portaria nº 535 de 3 de Abril de 2013. A inclusão dos Centros de Especialidades Odontológicas no PMAQ se deu por meio da portaria nº 261 de 21 de fevereiro de 2013.

19. Dados disponíveis em <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 2 out. 2014.

de R$ 54,7 milhões, R$ 874,8 milhões e R$ 1,3 bilhão. No ano de implantação, 2011, o baixo valor deveu-se ao fato de que, no início do programa, as equipes recebiam apenas 20% do valor correspondente ao repasse do financiamento de uma ESF. À medida que são avaliadas, os valores podem chegar a 100% do que é repassado a uma ESF. Em 2013, os repasses do PMAQ representaram o terceiro maior volume de recursos dentro do Piso da Atenção Básica (PAB)-variável. Dessa forma, o crescimento exponencial do programa foi devido, em parte, ao processo de implantação e, em parte, à expansão para outras modalidades de equipes. Infelizmente, ainda não estão disponíveis avaliações sobre como os recursos do PMAQ estão melhorando os indicadores de saúde dos municípios.

Ampliação da cobertura por outras modalidades de equipes

As ações de expansão de cobertura por modalidades de equipes que complementam a rede de atenção básica à saúde também foram um dos objetivos explicitados pelo relatório de gestão do MS, mas parece que o alcance das metas vem ficando aquém do esperado. Toma-se, por exemplo, as ações dos programas *Melhor em Casa* e *Crack é Possível Vencer*.

O programa *Melhor em Casa* tem por objetivo reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam atendimento domiciliar na atenção básica, nos ambulatórios e nos hospitais com vistas à humanização da atenção, redução das internações ou dos períodos de internação hospitalar. No âmbito da atenção básica, o programa é formado por duas modalidades de equipes: equipe multidisciplinar de atenção domiciliar (EMAD) e equipe multidisciplinar de apoio (EMAP). Segundo dados contidos em Brasil (2014a), as metas de EMAD e EMAP eram de, no período 2011-2014, respectivamente, 1.000 e 400 equipes. Somente no ano de 2013, tinha-se por objetivo alcançar 325 EMADs e 120 EMAPs, mas apenas 135 EMADs e 92 EMAPs foram implantadas. O total acumulado de equipes implantadas no período entre 2011 e 2013 foi de 294 EMADs e 151 EMAPs. Parece pouco provável que as metas definidas sejam alcançadas.

O programa *Crack é Possível Vencer* é uma iniciativa multissetorial do governo federal que visa prevenir o uso e promover a atenção integral do usuário de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. Cabe ao Ministério da Saúde ações no cuidado em saúde, por meio do aumento da oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares. No caso das equipes de consultório na rua (ECR), principal ação do MS no programa, a meta até dezembro de 2013 era de 194 equipes e, até dezembro de 2014, de 308, posteriormente revista para 206. No final de 2013, existiam apenas 101 equipes em atividade com o financiamento federal.

Infraestrutura da atenção básica

No que diz respeito à infraestrutura da atenção básica, diversos estudos e pesquisas vêm apontando quão distante dos padrões recomendados por órgãos de controle[20] encontra-se a maioria dos estabelecimentos da AB que prestam atendimento à população. Por exemplo, a Controladoria Geral da União (CGU) divulgou, em dezembro de 2013, em relatório de avaliação do programa de governo 1.214 (Atenção Básica em Saúde, período de avaliação entre 2008 e 2011), que em 46% das Unidades Básicas de Saúde visitadas (649 de um total de 1.412) não havia condições físicas adequadas para o atendimento da população.

Resultado parecido, obtido em pesquisa anterior,[21] havia implicado, ainda em 2009, ações que visavam a melhorar a infraestrutura da AB. Uma dessas medidas foi o lançamento do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), que previa a construção de UBS nos municípios que adotassem ou ampliassem a estratégia de Saúde da Família (eSF). O MS estipulou que as novas UBS seriam construídas a partir da escolha de dois tipos: o porte I de 153,24 m^2 (para uma ESF) e o porte II de 293,28m^2 (para três ou mais ESF).

No ano de 2011, o governo federal modificou a sua estratégia de melhoria da infraestrutura da AB e elaborou um programa de requalificação de unidades básicas de saúde bem mais amplo que aquele adotado em 2009, com modalidades de reforma, ampliação e construção. A partir de então, não houve mais a exigência de se ter a estratégia de Saúde da Família (eSF) no município que solicitasse os recursos do programa, mas passou-se a exigir um número mínimo de equipes de atenção básica (EAB)[22] por porte de UBS, como definidos no plano de 2009.

Em 2013, ao estabelecer um novo ciclo de repasse, o MS modificou algumas regras. Padrões bem mais elevados para a construção das UBS foram então instituídos: para o funcionamento de, no mínimo, uma EAB o porte estipulado passou a ser de 297,72 m^2; para, no mínimo, duas EABs, 374,04 m^2; para, no mínimo, três EABs, 481,32 m^2; para, no mínimo, quatro EABs, 564,84 m^2. As regras de reforma e ampliação sofreram poucas alterações, que não serão discutidas aqui.[23]

Alguns números dos recursos repassados e da quantidade de obras vigentes e concluídas foram obtidos na sala de apoio à gestão do MS[24] e estão consolidados na tabela 2.

20. Ver Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 50 de 21 de fevereiro de 2002.

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

22. O termo equipe de atenção básica (EAB) refere-se tanto às equipes da eSF quanto às equipes de AB equivalentes.

23. Para mais detalhes das novas regras, consultar as portarias que redefiniram os programas de reforma, ampliação e construção de UBS (Portarias nº 341, 399 e 340 todas de março de 2013).

24. Disponível em <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 30 out. 2014.

TABELA 2
Execução orçamentária (R$ milhões) e física (quantitativo) de reformas, ampliações e construções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (2011-2013)

	Anos		
Recursos orçamentários (transferência fundo a fundo/valor pago)	2011	2012	2013
Reforma (R$ milhões)	105,7	128,9	244,4
Ampliação (R$ milhões)	-	109,5	279,9
Construção (R$ milhões)	169,8	203,8	555,2[1]
Obras vigentes (obras habilitadas que se encontram em diversas fases)[2]	Acumulado até 2012		2013
Reforma (quantidade)	5.070		2.835
Ampliação (quantidade)	4.798		2.780
Construção (quantidade)	3.491		5.487
Obras concluídas (obra acabada)[2]	Acumulado até 2012		2013
Reforma (quantidade)	3.467		480
Ampliação (quantidade)	2.461		198
Construção (quantidade)	1.935		31

Fonte: Sage/Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 30 out. 2014.
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Para o ano de 2013 o valor de construção apresentado corresponde a duas linhas de programas: Ampliação do âmbito do programa de requalificação de UBS – Construção (R$ 414,7 milhões) e Implantação de Unidades Básicas de Saúde (R$ 140,5 milhões).
[2] As informações para os anos de 2009 e 2012 estão agregadas no que se refere ao quantitativo das obras vigentes e concluídas porque fazem parte de um único ciclo do programa.

Dois fatos chamam atenção no que diz respeito ao volume de recursos. Primeiro, o crescimento dos recursos nas três modalidades ao longo dos anos e, segundo, os valores do investimento em UBS, de aproximadamente R$ 800 milhões no ano de 2013, que corresponderam a mais da metade dos recursos de investimentos totais executados pelo MS[25] nesse mesmo ano.[26]

A tabela 2 também traz dados a respeito da quantidade de obras vigentes (habilitadas, mas em diversas fases de execução) e das obras concluídas (entregues). As obras habilitadas até 2012 deveriam ter sido concluídas até março de 2014, segundo o relatório de gestão do MS. Nota-se, porém, que aproximadamente 40% destas obras não foram concluídas, sendo que a modalidade de ampliação teve o maior percentual de não conclusão (49%), seguida das obras de construção (45%) e reforma (32%).

As obras habilitadas a partir de 2013 devem ser concluídas em até dezoito meses a partir do pagamento da primeira parcela. Para tecer qualquer comentário

25. O valor total transferido (pago) a título de investimento em saúde no ano de 2013 pelo MS foi de R$ 1,75 bilhão.
26. O conceito de investimento utilizado na contabilidade pública tem um sentido mais restrito e corresponde aos valores de ampliação e construção de UBS. Reforma de UBS não é considerado investimento e é contabilizado como gasto de custeio (manutenção) pelo governo.

a respeito do andamento dessas obras faz-se necessário conhecer a data exata da liberação da primeira parcela, o que por ora não foi possível. Observa-se que o número de propostas de construção vigentes em 2013 (5.487) é superior ao acumulado até 2012 (3.491), quando os padrões de construção eram de apenas dois portes de UBS (153,24m^2 e 293,28m^2), refletindo uma possível priorização da construção de novas unidades por parte do governo federal.

As transferências fundo a fundo para ampliação e construção das UBS podem ser uma alternativa ao complexo processo de destinação de recursos por meio de convênios. Porém, o que deve ser avaliado é se uma regra padronizada dará conta da diversidade do país, assim como se os gastos futuros com a manutenção dessas unidades serão financeiramente sustentáveis. Essas novas estruturas exigirão maiores gastos de manutenção, além de mais recursos humanos. Interessante notar que, apesar das mudanças introduzidas, não há mecanismos que relacionem a quantidade de equipes e o tamanho físico das UBS com a produção de serviços. Dessa forma, a escolha do tamanho mínimo a ser financiado com a transferência de recursos federais parece estar muito mais relacionada com o padrão idealizado pelo governo federal do que com a real necessidade local.

3.1.3 Qualidade e acesso da Atenção Básica em Saúde: uma análise do indicador por condições sensíveis a atenção básica (ICSAB)

A defesa da ampliação da atenção básica (AB) acessível e de qualidade deve-se, em parte, ao fato de ela ser considerada uma das principais soluções para a diminuição das taxas de internação hospitalar, tendo como consequência um sistema de saúde mais efetivo (resolutivo) e eficiente (redução de custos).[27]

Uma das formas mais difundidas de mensuração da resolubilidade da AB é o indicador de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), que tem por objetivo dimensionar a quantidade de internações que poderiam ter sido evitadas. Há pelo menos duas formas de calculá-lo. A primeira é por meio do número de internações sensíveis à atenção básica por cada 100 mil habitantes. A segunda é a proporção de internações sensíveis à atenção básica em relação ao número total de internações.

Entre os trabalhos nacionais, Elias e Magajewski (2008), Fernandes *et al.* (2009), Guanais e Macincko (2009), Mafra (2011), Mendonça *et al.* (2011) encontraram que a estratégia de Saúde da Família (eSF) tem relação com uma menor taxa de internações por condições sensíveis a AB.

27. Guanais *et al.* (2012) apresentam uma estimativa do quanto se pouparia caso as internações por condições sensíveis tivessem sido evitadas em alguns países da América Latina.

Outros estudos encontraram resultados não conclusivos ou até mesmo contrários à perspectiva teórica para o ICSAB. No que diz respeito aos trabalhos inconclusivos, Batista *et al.* (2012) encontraram que as internações por condições sensíveis a AB são independentes da cobertura da eSF. Rodrigues-Bastos *et al.* (2013) observaram que algumas causas de internações aumentaram e outras diminuíram, concluindo pela necessidade de se aprofundar na reflexão sobre os determinantes do ICSAB. Resultados contrários à perspectiva teórica foram encontrados por Peixoto e Rocha (2008) e Santos *et al.* (2013). Ambos encontraram que as taxas de internações por condições sensíveis a AB aumentam quando a oferta hospitalar está presente, mesmo em localidades com AB estruturada. Santos *et al.* (2013) chamam atenção para o fato de que a demanda por internações esteja ocorrendo mais em função da oferta hospitalar instalada e das inadequações do sistema do que devido a necessidades de saúde, argumento também utilizado por Giuffrida, Gravelle e Rolland (1999).

Além disso, como argumentam Caminal *et al.* (2004), fatores como características socioeconômicas, idade e comorbidades, assim como a variabilidade nos critérios clínicos e nas políticas de admissão hospitalares para internação, influenciam nas taxas de internações. Estas autoras chamam atenção para o fato de que o ICSAB deva ser utilizado com cautela, principalmente quando o objetivo é comparar pequenas áreas geográficas ou países com características distintas. Apesar das limitações apontadas, as autoras concluíram em pesquisa qualitativa, ao utilizarem a técnica de pesquisa Delphi com 44 especialistas, que existe uma lista *core* (restrita) de internações sensíveis a uma atenção básica de qualidade que deveria ser objeto de monitoramento pelo sistema de saúde.

Em outra perspectiva, Caminal *et al.* (2004) buscaram identificar atividades da atenção básica relacionadas com menores taxas de internações e concluíram ser tarefa impossível por não haver relação unívoca entre as mesmas e as internações hospitalares. As autoras concluíram que uma atenção básica resolutiva de uma forma geral deveria: *i)* detectar precocemente os sintomas relacionados ao início de uma doença; *ii)* tratar a doença de forma apropriada uma vez que foi diagnosticada; *iii)* monitorar a doença que foi diagnosticada; e *iv)* monitorar pacientes com doenças para evitar ou atrasar a ocorrência de complicações agudas ou crônicas.

Apesar de todas as críticas e limitações, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)[28] aprovou a utilização do ICSAB como um dos indicadores de monitoramento do cumprimento das diretrizes, objetivos e metas definidas para o período de 2013-2015. O ICSAB divulgado pelo portal DATASUS é calculado por meio da razão entre as internações clínicas por condições sensíveis a AB, conforme definido pela portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, e o total de internações clínicas dos

28. Brasil (2013b).

residentes do município, excluindo-se as internações cirúrgicas. A existência de um grande diferencial de internações cirúrgicas entre os municípios brasileiros foi o fator que levou o MS a excluí-las do cálculo do ICSAB.[29]

Na tabela 3, apresenta-se a média do ICSAB[30] segundo o grau de cobertura da eSF[31] com o objetivo de se fazer uma reflexão sobre a efetividade desse modelo. Os municípios foram separados em dois grupos: os que estavam acima e os que estavam abaixo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)[32] médio do Brasil no ano de 2010. Essa estratificação foi utilizada como tentativa de excluir parte dos efeitos socioeconômicos dos municípios sobre o indicador.

TABELA 3
ICSAB segundo cobertura da população por ESF (2010, 2011 e 2012)

	Municípios com IDH acima da média brasileira (0,6591) em 2011			
		ICSAB – média municipal (%) [1]		
eSF	Número de municípios	2010	2011	2012
Consolidada	1.915	33,50	31,98	31,66
Intermediária	569	31,16	29,90	29,36
Incipiente	207	28,96	27,77	27,53
Nenhuma	232	29,71	28,30	28,18
	Municípios com IDH abaixo da média brasileira (0,6591) em 2011			
		ICSAB – média municipal (%) [1]		
eSF	Número de municípios	2010	2011	2012
Consolidada	2.280	41,30	38,98	38,12
Intermediaria	261	43,75	42,00	41,89
Incipiente	53	41,03	40,25	41,55
Nenhuma	48	39,47	37,05	36,08

Fonte: Datasus e Ipeadata.
Elaboração dos autores.
Nota: [1] ICSAB corresponde a razão entre o número de internações por condições sensíveis à atenção básica em relação ao total de internações clínicas dos residentes de um determinado município (em %). O indicador é calculado pelo MS e pode ser encontrado em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2013/cnv/coapmunbr.def>.

Observa-se que ao longo do tempo, o ICSAB vem apresentando queda consistente, independentemente do modelo de atenção básica que predomine no município,

29. Informação obtida junto ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS – DEMAS/SE/MS. Alfradique *et al.* (2009) descrevem o processo de construção e validação da lista brasileira das internações que poderiam ser evitadas com uma atenção básica resolutiva.

30. Esse indicador pode ser encontrado em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2013/cnv/coapmunbr.def>. Acesso em: 7 nov. 2014.

31. Da mesma forma que foi colocado por Rasella *et al.* (2014), classificamos os municípios em quatro estratos conforme o grau de cobertura da eSF: nenhuma (cobertura igual a zero); incipiente (cobertura menor que 30% da população); intermediária (cobertura igual ou maior que 30% e menor que 70%) e consolidada (cobertura igual ou acima de 70%).

32. O IDH municipal é uma medida composta de indicadores de três dimensões: longevidade, educação e renda. Disponível em: <http://goo.gl/eCj2K8>. Acesso em: 28 jan. 2015.

e que municípios com melhores IDH tendem a apresentar proporções menores de internações sensíveis à atenção básica do que aqueles com IDH mais baixo.

Na eSF, por pressuposto, haveria uma busca ativa para a melhoria da saúde da população a fim de não permitir o agravo ou o surgimento de doenças, e, consequentemente, internações hospitalares por essas causas. Dessa forma, o que se esperava era que municípios com estratégia da Saúde da Família (eSF) consolidada tenderiam a ter menor ICSAB quando comparados com municípios com nenhuma ou incipiente cobertura por eSF, controlando-se o IDH. A tabela 3 mostra um resultado contrário a essa hipótese.

Porém, esse resultado deve ser analisado com cautela uma vez que a estratificação por IDH e grau de cobertura pela eSF pode não ser suficiente para representar a diversidade dos municípios.

O resultado da tabela 3 mostra a necessidade de se avançar nos determinantes das internações hospitalares por condições sensíveis a AB nos municípios, considerando os diferentes modelos de organização da atenção básica e os demais fatores citados acima.

3.2 Média e alta complexidade (MAC)

O acesso à atenção especializada, ou atenção de média e alta complexidade, que inclui a atenção hospitalar, configura-se como um dos grandes desafios do SUS. Nesta subseção, especial atenção será dedicada à política de atenção hospitalar. Mas, antes, será apresentado um resumo das iniciativas realizadas no âmbito da atenção especializada em geral.

Em 2013, foram destinados mais de R$ 38 bilhões (valores empenhados) para a atenção de média e alta complexidade, sendo que quase R$ 35 bilhões foram provenientes da Ação Orçamentária nº 8.585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, que define os recursos federais descentralizados para estados, municípios e Distrito Federal. Recursos foram destinados à ampliação da oferta de serviços de média e alta complexidade por meio da habilitação de 1.206 novos leitos de terapia intensiva (UTIs), 38 unidades de pronto atendimento (UPAs), 102 centros especializados de reabilitação, 160 centros de atenção psicossocial (CAPSs), 454 laboratórios regionais de prótese dentária (LRDPs), entre outros. Esses serviços referem-se à ampliação da oferta de equipamentos públicos, parte deles realizados fora de estabelecimentos hospitalares. Em 2013, o conjunto dos serviços de atenção especializada disponíveis ao SUS, públicos e privados, permitiram a realização de 11,04 milhões de internações, aproximadamente 2 bilhões de procedimentos ambulatoriais especializados, que incluem mais de 113 milhões de consultas especializadas e mais de 118 milhões de consultas em urgência e emergência (Brasil, 2014a).

Os recursos disponíveis deram continuidade a diversas políticas que tiveram prioridade ao longo dos últimos anos nas áreas de atenção à saúde da mulher e da criança, à saúde mental e às urgências e emergências, entre outros.

A atenção à saúde da mulher e da criança tem como destaque a Rede Cegonha e conta com recursos para melhoria do pré-natal e dos serviços prestados nas maternidades e para a implantação dos Centros de Parto Normal (CPN) e das Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). Em 2013 foram aprovadas 240 novas propostas de melhorias nas estruturas físicas e 79 novas propostas para aquisição de equipamentos nas unidades de saúde que compõem a Rede. Avanços existiram na adequação de leitos, sendo qualificados 258 leitos obstétricos para a gravidez de alto risco, 131 leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) adulto, 392 leitos de UTI neonatal e 244 leitos de unidade de cuidado intermediário neonatal (UCI). Mas as metas de implantação de novas unidades não têm sido atingidas. Por exemplo, como mostrou o capítulo de Saúde da edição anterior deste periódico, menos de vinte CPNs estavam em funcionamento. Em 2013 apenas um Centro foi habilitado e seis foram encaminhados para habilitação. A meta estipulada pelo governo federal é de 65 CPNs em funcionamento até 2015. Os CPNs podem ter importante papel na humanização do parto e na redução das cesarianas, mas geralmente sofrem oposição da classe médica sob alegação da falta de qualificação dos enfermeiros obstétricos para realização dos procedimentos previstos (ver edição anterior).

Na atenção à saúde mental, prioridade tem sido dada ao enfrentamento da dependência de drogas, com particular ênfase no combate à epidemia de crack. A política organiza-se principalmente por meio dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e, em dezembro de 2013, estavam habilitados 2.062 Centros.

Na atenção de urgência e emergência, o Governo tem dado prioridade ao Samu, às unidades de pronto atendimento (UPAs) e à ampliação de leitos (emergência e retaguarda). Estão em funcionamento 205 centrais de regulação do SAMU e 296 UPAs. Outro componente da atenção às urgências, as salas de estabilização[33] ainda não estão em funcionamento, mas 102 unidades estão em andamento – os recursos referentes à construção das instalações físicas já foram liberados. A meta estipulada era a liberação de recursos para colocar em andamento 125 salas no ano de 2013. Quanto à ampliação dos leitos, a inserção dos hospitais nas redes de atenção tem sido um dos grandes desafios do SUS, como apontado em edições anteriores deste periódico, e recebeu especial atenção em 2013.

Nesse sentido, foi publicada a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelecendo as diretrizes

33. Ver edição nº 19 deste periódico.

para a reorganização dos serviços hospitalares na rede pública de atenção à saúde e tentando lidar com os problemas estruturais e de gestão existentes.

O principal problema declarado é a falta de leitos em algumas áreas, um problema recorrente no SUS e que não parece de fácil solução. Como mostra a tabela 4, a despeito do aumento no número de leitos disponíveis para o sistema de saúde como um todo, entre 2010 e 2014 houve um decréscimo no número de leitos disponíveis ao SUS de quase 14 mil unidades.

TABELA 4
Número de leitos hospitalares por especialidade

Tipo de leito	Jan./2010			Set./2014		
	Leitos	SUS	Não SUS	Leitos	SUS	Não SUS
Cirúrgico	115.273	75.902	39.371	117.742	75.862	41.880
Obstétrico	60.968	46.614	14.354	56.688	42.213	14.475
Clínico	146.324	105.107	41.217	154.057	108.056	46.001
Complementar	42.388	23.401	18.987	54.176	27.346	26.830
UTI	38.648	19.365	19.283	40.198	19.726	20.472
Pediátrico	64.034	52.360	11.674	56.143	44.567	11.576
Outras especialidades	66.375	52.907	13.468	57.988	43.849	14.139
Psiquiatria	51.543	40.903	10.640	41.989	31.257	10.732
Hospital Dia	7.898	4.709	3.189	9.691	5.394	4.297
Total	**503.260**	**361.000**	**142.260**	**506.485**	**347.287**	**159.198**

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
Elaboração dos autores.

A redução no número de leitos hospitalares em algumas especialidades, como a psiquiatria, resulta de políticas deliberadas de mudança da organização de atenção que passa a ser feita em regime ambulatorial ou domiciliar (ver o nº 20 deste periódico). Mas, em algumas áreas, existe um *deficit* de leitos que, mesmo considerando o aumento observado no período, não está sendo sanado, como é o caso dos leitos para cuidados mais intensivos. O Plano Nacional de Saúde 2008-2011 tinha como meta habilitar 6.370 novos leitos de terapia intensiva e semi-intensiva até 2011. Nos anos de 2008 e 2009 foram habilitados 1.364 novos leitos (ver o nº 19 deste periódico) e, entre janeiro de 2010 e setembro de 2014, o número de leitos de UTI e de unidades de cuidados intermediários (presumivelmente leitos de terapia semi-intensiva) disponíveis para o SUS aumentou em 3.945 unidades – resultando em 5.309 novos leitos habilitados entre 2008 e setembro de 2014. Portanto, mesmo considerando o período estendido, a meta estipulada para 2011 não foi atingida.

Os leitos de UTI podem ser usados para ilustrar outro problema da atenção hospitalar, também presente em outras áreas da atenção à saúde: as disparidades geográficas e econômicas. A tabela 5 apresenta o número de leitos de UTI por 10 mil habitantes por grandes regiões e mostra que o índice na região Sul é mais de duas vezes superior ao verificado na região Norte. E a comparação entre UFs mostra desigualdades ainda maiores. No Amapá o número de leitos de UTI por 10 mil habitantes é inferior a 0,5, enquanto no Rio Grande do Sul o índice é superior a 1,7 mil.[34] Quanto às desigualdades econômicas, os dados da tabela 4 mostram como a população que pode acessar assistência à saúde por meio de financiamento privado (Saúde Suplementar e pagamentos diretos de bolso) tem à sua disposição número superior de leitos de UTI aos disponíveis para os usuários do SUS.

TABELA 5
Brasil e regiões: leitos SUS de UTI por 10 mil habitantes (set./2014)

Região	Leitos UTI (A)	População (B)	(A)/(B)
Norte	1.024	17.231.027	0,59
Nordeste	4.256	56.186.190	0,76
Sudeste	9.377	85.115.623	1,10
Sul	3.593	29.016.114	1,24
Centro-Oeste	1.476	15.219.608	0,97
Brasil	**19.726**	**202.768.562**	**0,97**

Fonte: CNES e IBGE.
Elaboração dos autores.

Importante ressaltar que a existência do leito de UTI não garante que o leito esteja disponível para utilização. A carência de leitos de UTI pode decorrer da inexistência deste recurso físico, da falta de profissionais ou equipamentos e da gestão/regulação inadequada dos leitos existentes. De acordo com levantamento do Tribunal de Contas da União em 114 hospitais públicos e dois hospitais filantrópicos, os mesmos informaram a existência de mais de 1.100 leitos indisponíveis por falta de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde e/ou por falta ou manutenção inadequada de equipamentos. O levantamento também constatou problemas de gestão, como dificuldades para referenciar pacientes para outros serviços e liberar os leitos por eles utilizados mesmo após a alta médica e taxas de ocupação fora dos parâmetros recomendados (Brasil, 2013d).

Os problemas enfrentados pelos hospitais brasileiros não são recentes. Ainda em 2004, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde produziu um documento intitulado "Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileiro"

34. Os indicadores foram estimados a partir de dados do CNES referentes a setembro de 2014. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) preconiza no mínimo um e idealmente três leitos de UTI por 10 mil habitantes para o adequado atendimento da população.

que chamou atenção para o momento crítico vivido pelos hospitais no Brasil, propondo diretrizes para a reforma da atenção hospitalar e ações emergenciais para determinados segmentos.[35] Mas o movimento de reforma havia sido iniciado ainda no ano de 2003 com a criação de uma comissão interinstitucional para discutir a situação dos Hospitais Universitários e de Ensino (HUE) e propor uma política para o setor. Desde então, os hospitais filantrópicos, os hospitais de ensino e os hospitais de pequeno porte têm sido objeto de políticas recorrentes que tratam de sua situação financeira e melhorias de gestão.

Em 2013 não foi diferente. A Portaria nº 2.035, de 17 de setembro, estabeleceu novas regras para o cálculo do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e aumentou de 26% para 50% o percentual mínimo de produção de média complexidade a ser destinada ao SUS no âmbito do Programa de Fortalecimento de Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos (Prosus).[36] O governo espera que com as novas regras seja possível aumentar a oferta de serviços e dar sustentabilidade ao funcionamento dessas instituições. Entre 920 hospitais considerados elegíveis, 762 hospitais filantrópicos foram contratualizados de acordo com as novas regras.

Essa estratégia se junta a outras que têm sido adotadas desde o diagnóstico realizado em 2004 com o objetivo de resolver os problemas vividos pelos hospitais que prestam serviços ao SUS. Em 2004, foi lançado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino envolvendo os ministérios da Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia e do Planejamento, Orçamento e Gestão. Decorrida mais de uma década, os ministérios não parecem engajados no Programa. Seu resultado mais visível foi a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública vinculada ao Ministério da Educação que tem por objetivo principal dar suporte aos hospitais universitários federais na realização de suas atividades. Entre os 43 hospitais federais de ensino, 31 já possuem contrato com a EBSERH.[37] Em 2005, foi lançado o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, que tinha por objetivo o aprimoramento da gestão institucional e a redefinição do papel das santas casas e hospitais filantrópicos na rede de serviços do SUS, com o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas. O programa de reestruturação em muito se assemelha ao Prosus, o que sugere que seus objetivos não foram atingidos. Como apontado em edições anteriores deste periódico,[38] o acompanhamento do cumprimento dos termos acordados por parte dos hospitais beneficiários dos programas de reestruturação

35. Os segmentos contemplados foram os hospitais federais localizados no Rio de Janeiro, os hospitais psiquiátricos, os hospitais universitários e de ensino, os hospitais de pequeno porte e os hospitais filantrópicos.
36. O Prosus foi tratado com mais detalhes na seção *Fatos Relevantes* do capítulo de Saúde da edição anterior deste periódico.
37. Disponível em: <http://ebserh.mec.gov.br/hospitais-universitarios/filiais-ebserh>. Acesso em: 20 jan. 2015.
38. Ver edições nºs 18 e 22 deste periódico.

é crucial para o seu sucesso e o governo não tem demonstrado capacidade de fazê-lo adequadamente.

3.3 Vigilância em saúde

Para se discutir o acesso aos serviços de saúde é fundamental conhecer o perfil epidemiológico da população que, juntamente com a análise dos determinantes demográficos e socioeconômicos, permite estudar a necessidade de saúde. As perguntas a serem respondidas são: quais são os principais problemas de saúde da população? Houve alguma mudança no perfil epidemiológico? Além de conhecer os problemas, é importante avançar, também, no conhecimento de suas causas. Nesta subseção, o foco será sobre o perfil epidemiológico recente, seus principais determinantes e os desafios que ele impõe para o sistema de saúde.

As últimas informações sobre mortalidade disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) mostram que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondiam, em 2012, por mais de 70% dos óbitos no país. Se fossem incluídas as causas externas, esse percentual ficava em torno de 80%. Essa predominância é observada em todas as regiões do país. Contudo, a evolução da participação das causas de morte não foi igual entre as regiões. Em 1990, as doenças infecciosas respondiam por menos de 5% das mortes nas regiões Sul e Sudeste, mas eram superiores a 10% nas regiões Norte e Nordeste. Na região Centro-Oeste a participação dessas doenças estava próxima a 10%. Em 2012, em todas as regiões essa participação foi inferior a 6% e a redução foi maior nas regiões Norte e Nordeste. Em todas as regiões houve aumento da participação das DCNT.

Numa análise simplificada, o atual perfil epidemiológico da população brasileira indicaria um processo acelerado de transição epidemiológica, conforme o termo cunhado por Omran (1971). Segundo esse autor, ao longo do processo de desenvolvimento do país, há uma redução das doenças infecciosas e parasitárias e aumento das doenças crônicas não transmissíveis, com elevada participação, também, das causas externas. Todavia, há muito tempo, vários autores têm questionado esse processo em países em desenvolvimento. Nesses países, ao contrário do proposto na teoria da transição epidemiológica, esse processo não foi linear ou homogêneo. Houve grandes diferenças entre grupos populacionais, entre países e entre regiões de um mesmo país. Além disso, a análise realizada por Omran (1971) focava-se na mortalidade, sem considerar as diferenças na morbidade. Em contraposição a essa abordagem, Frenk *et al.* (1991) afirmam que esses países vivem um processo de polarização epidemiológica, representada, em suma, pela convivência de doenças infecciosas com doenças crônicas não transmissíveis. Alguns grupos e regiões ainda apresentariam altas incidências de doenças infecciosas, enquanto outros apresentam uma participação maior das doenças crônicas não transmissíveis.

Esse arcabouço seria mais adequado ao caso brasileiro, principalmente quando se analisa o perfil de morbimortalidade e não somente a mortalidade. Continuamos convivendo com elevada incidência de doenças infecciosas, ao mesmo tempo em que aumenta a participação das doenças crônicas como causa de morte de todos os grupos populacionais do país. Se, como mencionado anteriormente, a mortalidade proporcional mostra uma elevada participação das DCNTs (superior a 70%) e das causas externas, a morbidade ainda revela a importância de se manter a vigilância e a atenção em relação às doenças transmissíveis. O último Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio mostra importantes avanços desde 1990 no controle da mortalidade por tuberculose, malária e HIV/aids. Todavia, nos últimos anos da década de 2000, a estabilidade na mortalidade por HIV/aids e o aumento da incidência em algumas regiões do país mostram a importância de se continuar realizando uma vigilância sistemática, ampliando o acesso ao diagnóstico e realizando ações de prevenção (MP e Ipea, 2014).

Ainda com relação às doenças transmissíveis, em 2013, foram observados novos surtos de dengue em várias regiões do país. Por exemplo, Minas Gerais tinha notificado 214,5 mil casos em 2010, depois menos de 50 mil em 2011, mas foram notificados 416,2 mil em 2013. O Rio de Janeiro tinha notificado menos de 30 mil casos em 2010. Esse número subiu para 165,8 mil em 2011 e ficou acima desse patamar nos anos seguintes, chegando a 213 mil em 2013. São Paulo também notificou mais de 200 mil casos em 2013. De 1,4 milhão de casos notificados em 2013, 918 mil foram na região Sudeste, mas houve surtos em outras regiões no país (Brasil, 2014b). Para redução significativa dos casos de dengue faz-se necessária a coordenação de ações com outras políticas públicas. O acúmulo de lixo e água parada constituem os principais criadouros do mosquito. Para isso, ações de vigilância dos espaços públicos e ações de conscientização da população são fundamentais. Todavia, são também necessárias ações públicas de saneamento e habitação que garantam meios de tratamento adequado do lixo e esgoto, bem como acesso contínuo à água para evitar estoques que podem ser focos de contaminação.

Recentemente, a imprensa noticiou casos de febre chicungunha no país. Essa doença é transmitida pelo *aedes*, o mesmo mosquito que transmite o vírus da dengue, e tem sintomas semelhantes. Contudo, há diferenças em relação aos sintomas e gravidade: as dores são maiores na febre chicungunha e as dores nas articulações podem durar por meses, porém sua gravidade é menor que a da dengue por apresentar menos complicações sérias ou óbitos. Até a semana de 12 a 18 de outubro de 2014, foram notificados 1.750 casos autóctones, dos quais 675 foram confirmados. Foram registrados, também, 38 casos importados confirmados por exames de laboratório (Brasil, 2014c). Apesar do número de casos ser considerado

pequeno, é importante observar que, devido a suas semelhanças com a dengue, o controle dessa doença tornou-se objeto de preocupação para a vigilância. A forma de controle é a mesma que a da dengue, ou seja, principalmente controle de lixo e água parada. Todavia, os constantes casos de dengue mostram que o controle dos focos do *aedes* ainda é um grande desafio para o país.

Outra fonte de preocupação na área de vigilância das doenças transmissíveis surgiu com o surto de ebola na África. Até o momento, os casos de ebola estão concentrados em três países africanos (Guiné, Libéria e Serra Leoa), que respondem por mais de 99,9% do total de casos. O que preocupa nessa doença é sua rápida transmissão e alta mortalidade. De um total de 15.914 casos, 5.681 foram a óbito. No Brasil, até outubro de 2014, o único caso suspeito de ebola não foi confirmado em exames laboratoriais.

A morbidade e a mortalidade por causas externas conformam a nossa tripla carga de doenças. Cálculos diretos feitos a partir de registros administrativos indicam que as causas externas respondem por quase 14% dos óbitos no país. Contudo, há vários problemas de registros de informação que podem gerar subnotificações desses óbitos (Cerqueira, 2012, entre outros). Especialistas em estudos sobre violência mostram que acidentes de trânsito, homicídios e violência doméstica devem ser uma preocupação constante do Estado brasileiro (Reichenheim *et al.*, 2011).

Os acidentes de transporte envolvem majoritariamente homens, sendo, em 2012, 60% na faixa etária de 15 a 49 anos. Os acidentes de trânsito estão associados, em grande medida, à organização do espaço urbano e ao modelo de transporte que priorizou os carros para uso particular em detrimento do transporte público. Nas metrópoles e cidades de grande porte, os congestionamentos ou a precariedade do transporte coletivo levaram a alternativas como o uso de motocicletas que respondem por parcela dos acidentes mais graves ou fatais.

Os homicídios vitimizam com mais frequência jovens negros do sexo masculino: 51% dos óbitos por homicídios notificados vitimaram jovens do sexo masculino na faixa etária de 15 a 29 anos e 63% dos óbitos foram de homens de cor preta ou parda. Com relação à violência doméstica, apesar da impossibilidade de apreender com precisão o número de vítimas letais (Blay, 2008), pode-se dizer que ela "(...) talvez não leve a tantos óbitos, mas sua parcela de morbidade relacionada à violência é grande" (Reichenheim *et al.*, 2011, p. 75). Os casos envolvem maus tratos a crianças e adolescentes por parte dos pais, violência entre parceiros íntimos, violência contra pessoas idosas e violência sexual (Azevedo e Guerra, 1993; FPA, 2010; Reichenheim *et al.*, 2011). O homicídio e a violência doméstica envolvem múltiplas causas que têm sido estudadas por especialistas no assunto (Suárez e Bandeira, 1999; Blay, 2008; Araujo *et al.*, 2009; Bandeira, 2009; Soares Filho, 2011; Waiselfisz, 2012; 2013; 2014, entre outros).

Esse perfil epidemiológico, composto pela tripla carga de doenças, apresenta um desafio para a estruturação da vigilância epidemiológica no país. Ao mesmo tempo, deve-se manter o controle e a vigilância de várias doenças infecciosas e organizar a atenção à saúde para responder aos desafios apresentados pelas doenças crônicas e pela violência. Em todos esses casos, há necessidade de ação coordenada com outras áreas de atuação do Estado.

A atuação do sistema de saúde nesses casos de violência está relacionada à busca de redução dos danos às vítimas, particularmente por meio da organização da rede de atenção às urgências e emergências, bem como o apoio ao sistema de notificação dos casos, para ampliar o conhecimento sobre os mesmos e a prevenção de novos casos (Mascarenhas *et al.*, 2009).

No caso da vigilância de doenças transmissíveis, parte de sua redução deve-se à estruturação da atenção à saúde e do sistema de vigilância em saúde do país. Como destacado em edição anterior desse periódico, o Programa Nacional de Imunização (PNI) acumula casos de sucesso no controle de várias doenças transmissíveis e a expansão da cobertura da atenção básica tem contribuído para a prevenção e o tratamento dessas doenças.

Nos episódios recentes de novas doenças, como a chicungunha e o ebola, houve rápida organização do sistema para análise dos casos suspeitos e tratamento dos casos confirmados. Esse sistema tem, também, ampliado a capacidade de registro das doenças mais prevalentes no país. Contudo, ainda há muito por ser feito para reduzir a subnotificação dos casos e ampliar o conhecimento do perfil epidemiológico da população. Ainda não temos um sistema nacional que nos permita analisar o perfil de morbidade da população em seu conjunto. Estimativas de incidência de várias doenças e agravos ainda dependem de pesquisas de base populacional, tais como o suplemento de acesso e utilização de bens e serviços de atenção à saúde da Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios (PNAD) do IBGE, cujos dados mais recentes são de 2008, ou o Vigitel, coordenado pelo Ministério da Saúde, com cobertura para as capitais do país.

Em dezembro de 2014, teve início a divulgação da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) com informações sobre a morbidade referida, com detalhamentos maiores que aqueles dos suplementos de acesso e utilização que fizeram parte da PNAD em 1998, 2003 e 2008. Todavia, até o momento, o que se tem são informações para algumas doenças e agravos provenientes de diversos sistemas de informação, tais como o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), que cobre uma lista de doenças e agravos de notificação compulsória,[39] e outros sistemas de notificação por doenças. O monitoramento e a análise do perfil

39. A lista foi revista e publicada como anexo da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, na qual constam 46 agravos ou doenças de notificação compulsória.

epidemiológico da população poderiam ser mais adequados se houvesse uma efetiva organização de um sistema como o cartão SUS ou de registros nacionais que permitissem acompanhar todas as pessoas que acessam o sistema de saúde, tanto público quanto privado. Essa discussão será retomada quando for abordada a questão da gestão do SUS.

Com relação às doenças crônicas, no período 2013-2014, teve continuidade a implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, lançado em 2011. Além das normatizações e regulações dos anos anteriores, no período recente houve avanços em ações de controle de fatores de risco, tais como implantação de novas academias das cidades, que visa ampliar a prática de atividade física, buscando reduzir o sedentarismo e a obesidade, bem como na atenção a doenças específicas, relacionadas, por exemplo, a estruturação dos serviços da rede oncológica.

Para cada uma das doenças e agravos há formas diferentes de prevenção e tratamento. Assim como nos casos de sucesso no controle de algumas doenças infecto-parasitárias, as doenças emergentes e reemergentes exigem ações que vão além da atuação do setor saúde. Doenças como a dengue e a malária, em diferentes perspectivas, mostram a importância da coordenação das ações de saúde com políticas urbanas, tais como aquelas relacionadas ao uso e ocupação do solo (particularmente para a malária), de controle de vetores em água parada (dengue) e de saneamento urbano. A atuação específica do setor saúde na prevenção e no tratamento dessas doenças, das doenças crônicas e nos casos de violência, passa, entre outras condições, por melhorias na qualidade dos serviços. Continua sendo um desafio aprimorar a atenção em unidades básicas, tornando-as cada vez mais capazes de reconhecer e atuar preventivamente tanto sobre doenças transmissíveis quanto sobre as não-transmissíveis, mas, também, no tratamento daqueles que adoecem ou são vítimas de violência. Adicionalmente, continua sendo um desafio a coordenação desse nível de atenção com os outros serviços de saúde para, quando necessário, encaminhar e acompanhar os usuários do SUS até que o problema seja resolvido.

3.4 Assistência farmacêutica

Desde 1964 a assistência farmacêutica no país é norteada pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).[40]Contudo, modificações recentes na legislação[41] levaram a uma ampliação no conceito da Rename, que não se restringe

40. Medicamentos essenciais são medicamentos que constituem o tratamento mais custo-efetivo para uma dada condição patológica (Hogerzeil, 2004).

41. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em relação à assistência terapêutica e à incorporação de tecnologias em saúde no SUS, e Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que a regulamenta.

mais aos medicamentos considerados essenciais no contexto da atenção básica e dos programas estratégicos e passa a ser composta pelos

> medicamentos que o SUS disponibiliza por meio de suas políticas públicas, selecionados a partir das melhores evidências disponíveis, e indicados para o tratamento daqueles agravos que acometem a população brasileira e que serão ofertados a todos os usuários do SUS, visando à garantia da integralidade do tratamento medicamentoso (Rename, 2013).

Assim, a Rename atualmente é composta pela: Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos; e Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. A versão mais recente foi publicada em 2013. A previsão é de que a relação de medicamentos seja atualizada no máximo a cada dois anos, sem prejuízo de eventuais incorporações (ou exclusões) nesse intervalo, recomendadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

A existência de uma relação oficial de medicamentos que devem ser disponibilizados pelo SUS visa garantir acesso e segurança, pela disponibilidade de produtos necessários à cobertura assistencial nos diversos níveis da atenção à saúde para as principais doenças e problemas de saúde e pela garantia de medicamentos eficazes e seguros. No entanto, a complexa atribuição de responsabilidades entre as esferas de governo, as indefinições sobre a responsabilidade pelo fornecimento dos itens, a fragilidade dos processos de planejamento, as dificuldades decorrentes das exigências burocráticas para sua aquisição e a crônica insuficiência de recursos não têm permitido assegurar que sempre estejam disponíveis nos estabelecimentos de atenção à saúde, constituindo claro descumprimento do dever do Estado.

Esses fatores, associados à prescrição de medicamentos não incluídos na relação ou nos protocolos ou ainda não detentores de registro sanitário no país, têm resultado na frequente demanda por meio de ações judiciais, processo que se convencionou chamar de "judicialização da saúde". A maioria dos estudos realizados sobre esse fenômeno aponta questões a serem equacionadas: de um lado, a demanda por medicamentos que não integram a Rename ou os protocolos do SUS ou não dispõem de registro sanitário, provocando controvérsia ética e jurídica; de outro, a forte presença, nas ações judiciais, de medicamentos que integram os componentes básico e especializado da assistência farmacêutica (Gandini, Barione e Souza, 2008; Barreto *et al.*, 2013; Bastos *et al.*, 2013; Conti, 2013), denunciando o não cumprimento, pelos gestores, das diretrizes da política. Adicionalmente, integra o debate o questionamento sobre os efeitos da judicialização, ou seja, sobre os impactos orçamentários de decisões judiciais.

Para a solução de parte expressiva dessas questões são indispensáveis medidas que associem melhores práticas de planejamento e disponibilidade de recursos suficientes para o cumprimento do dever estatal de assegurar a garantia da integralidade da atenção, na qual se inclui o fornecimento de medicamentos adequados aos usuários do SUS.

Com o objetivo de "contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde", o MS desenvolve o Qualifar-SUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica.[42] O programa contempla quatro eixos: Estrutura, Educação, Informação e Cuidado. Prioridade na implementação, o eixo Estrutura visa contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos. O Qualifar-SUS teve habilitados, nos anos de 2012 e 2013, 906 municípios de até 100 mil habitantes, tendo sido priorizados os municípios com maior concentração de população em situação de extrema pobreza, constantes no Programa Brasil Sem Miséria e com menor cobertura de serviços de saúde. O Conasems pleiteia a universalização do acesso a esses recursos pelos municípios.

Outra estratégia do MS tem sido fortalecer o programa *Aqui tem farmácia popular,*[43] que disponibiliza gratuitamente medicamentos para o tratamento da asma, hipertensão e diabetes e oferece mais treze tipos de medicamentos, com preços até 90% mais baratos, utilizados no tratamento de dislipidemia, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma, além de contraceptivos e fraldas geriátricas para incontinência. A Rede de Farmácia Popular totalizou, em 2013, 29.559 farmácias credenciadas em 4.119 municípios. O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015 estabeleceu como meta ampliar a cobertura do programa "Aqui tem farmácia popular" nos municípios do mapa da extrema pobreza que tenham farmácias, passando de 638 municípios em 2011 para 2.365 municípios até 2015. Contudo, o cumprimento das metas desse programa depende da existência e da adesão de estabelecimentos privados. Esperava-se que em 2013 o programa alcançasse 1.650 desses municípios. Ao final desse ano, apenas 1.464 municípios do mapa da extrema pobreza contavam com cobertura (Brasil, 2014a).

Outra medida implementada pelo Ministério da Saúde, em conjunto com a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)/Anvisa,[44] foi a ampliação da lista de substâncias usadas na fabricação de medicamentos que ficam

42. Portaria GM/MS nº 1.214, de 13 de junho de 2012.

43. O Programa Farmácia Popular, criado pela Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, é regulamentado pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, e pela Portaria nº 971, de 17 de maio de 2012.

44. A CMED é responsável pelo monitoramento dos preços dos remédios e por garantir que os preços fixados como teto para os produtos reflitam as reduções de imposto.

livres da cobrança dos tributos PIS/Pasep e Cofins.[45] A partir de julho de 2014 foram acrescidas 174 substâncias à relação, resultando em benefício fiscal que deve provocar uma queda média de 12% no preço dos remédios. Entre as incluídas, estão drogas indicadas para o tratamento de câncer de mama, leucemia, artrite reumatoide, doença de Gaucher, hepatite C e HIV. No total, a lista de medicamentos isentos, que há sete anos não era ampliada, passa a atingir 1.645 itens e cerca de 75% dos medicamentos identificados com tarja vermelha ou preta comercializados no País. Estima-se que o acréscimo na renúncia de arrecadação daqueles tributos federais decorrente desta ampliação seja de R$ 20 milhões ao ano. No total, as estimativas da Receita Federal do Brasil (RFB) para as desonerações tributárias referentes à Contribuição Social para o PIS-PASEP e Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) sobre medicamentos somavam R$ 5,6 bilhões em 2013.[46]

A incidência de tributos sobre medicamentos tem ocupado lugar central no debate político nos últimos anos. Quatro Propostas de Emenda Constitucional (PEC) tramitam no Congresso Nacional com o objetivo de eliminar ou reduzir a incidência de tributos sobre os medicamentos de uso humano.[47] A questão ganha maior complexidade quando a isenção se refere ao Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS,[48] pelo peso da receita proveniente desse tributo nos orçamentos dos estados e Distrito Federal. O ICMS é cobrado no Estado de origem do bem ou serviço, e a lei geral já define as operações sobre as quais não incide, como, por exemplo, operações com livros, jornais, periódicos e o papel destinado à sua impressão; derivados de petróleo; energia elétrica; operações e prestações que destinem ao exterior mercadorias ou serviços. Para medicamentos, suas alíquotas variam entre as unidades federadas, situando-se entre 12 e 19%. O problema vem sendo enfrentado por meio de embates no âmbito do Conselho Nacional de Política Fazendária (Confaz), órgão decisório que reúne secretários estaduais de Fazenda do país. Gradualmente, mediante isenções para fins específicos, acordos têm sido firmados entre os estados visando reduzir alíquotas ou desonerar medicamentos. Em 2002, o Convênio ICMS 87/02 concedeu isenção do ICMS nas operações com fármacos e medicamentos destinados a órgãos da administração pública direta federal, estadual e municipal. Posteriormente, sucessivas mudanças

45. Ver Brasil (2014d).

46. Ver Brasil (2012).

47. As propostas existentes sobre redução de impostos incidentes sobre medicamentos são: a PEC 25/2014, que veda a instituição de impostos e contribuições sociais sobre medicamentos de uso humano; a PEC 301/2013, que veda a instituição de impostos pela União, por estados, Distrito Federal e municípios sobre os medicamentos de uso humano e os insumos utilizados em sua produção e comercialização; a PEC 115/2011, que visa anular a incidência dos impostos federais, exceto o de importação, e as contribuições sociais para o PIS/Pasep e Cofins sobre os medicamentos de uso humano (nesta proposta, no entanto, fica de fora da imunidade tributária o ICMS, de competência dos estados e do DF); e a PEC 491/2010, que proíbe a criação de impostos incidentes sobre insumos agrícolas, pecuária, alimentos para o consumo humano e medicamentos.

48. Regulado pela Lei Complementar nº 87/1996, chamada *Lei Kandir*.

foram ampliando seu alcance, concedendo isenções em operações internas e interestaduais.[49] Atualmente, ainda que longe de universalizar a isenção tributária a medicamentos, abrange um elenco maior de situações que incluem medicamentos contra hipertensão, diabetes e asma distribuídos gratuitamente pelo programa federal Farmácia Popular, medicamentos para o tratamento de portadores do vírus da AIDS e dos fármacos destinados à sua produção, fármacos e medicamentos derivados do plasma humano e, desde maio de 2014, medicamentos para o tratamento do câncer.

3.5 Saúde suplementar

O setor de saúde suplementar experimentou, nos últimos dez anos, expressivo crescimento: em dezembro de 2004 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) registrava a existência de 33,8 milhões de beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia; em junho de 2014, eram 50,9 milhões.[50] A taxa de cobertura – percentual da população coberta por plano privado de saúde – passou de 18,1% para 26,1%. Mais de 65% desses vínculos eram com planos coletivos empresariais, mas cerca de um terço dos novos vínculos criados no período correspondiam a planos coletivos por adesão,[51] alternativa criada pelas operadoras que restringiram a oferta de planos individuais, sujeitos a regras mais rigorosas e ao controle de reajustes.

O crescimento da massa de beneficiários não foi acompanhado por uma ampliação compatível da rede de atendimento, resultando em filas e na introdução de empecilhos para dificultar o acesso do beneficiário ao atendimento, tais como negação de atendimento, demora em autorizar e marcar procedimentos como consultas e exames, negativa de cobertura ou reembolso, alterações na rede credenciada sem aviso aos beneficiários, tanto em quantidade quanto em qualidade dos prestadores de serviços, além de reajustes de faixa etária em desrespeito ao estatuto do idoso. Pesquisa do Instituto Datafolha, encomendada pela Associação Paulista de Medicina (APM), realizada em 2013,[52] detectou que a maioria dos associados aos planos de saúde no estado de São Paulo enfrentou dificuldades na hora em que precisou dos serviços contratados. A demora no atendimento foi apontada por 66% dos entrevistados e as dificuldades em agendar exames e obter diagnósticos foram referidas por 47% dos entrevistados. O levantamento mostra,

49. Ver Brasil (2002).

50. Há que se destacar que beneficiários de planos e seguros nos cadastros da ANS não são pessoas, mas vínculos, visto que uma mesma pessoa pode ter mais de um plano ou seguro. Para ter a cobertura populacional efetiva, teriam que ser eliminados os múltiplos vínculos. Para uma melhor análise dessa cobertura será necessário aguardar os dados da PNS 2013, cujo módulo sobre planos de saúde está previsto para 2015, bem como analisar quais modalidades de planos ou seguros cresceram: de referência, nacional, regional, odontológica, com ou sem cobertura hospitalar etc.

51. Sistema de Informações de Beneficiários, disponível em: <http://goo.gl/ipAuHg>.

52. Disponível em: <http://goo.gl/uDuzOc>. Acesso em 20 mar. 2015.

ainda, que a deterioração do atendimento levou 30% dos beneficiários a pagar por serviços particulares ou a procurar o SUS.

Também aumentou o número de reclamações contra planos de saúde registrados pela ANS. Em 2013 foram recebidas 102.232 reclamações, enquanto em 2012 haviam sido 78.061, um aumento de 31%. Esse quadro adquiriu tamanha dimensão que a ANS foi forçada a ampliar a regulação sobre o setor, estabelecendo a portabilidade, ou seja, a possibilidade de mudança de operadora sem precisar cumprir novas carências,[53] e definindo o prazo limite para assegurar o acesso a cada tipo de atendimento.[54] Desde março de 2014 todas as operadoras de planos de saúde passaram a ser obrigadas a divulgar informações sobre a qualificação dos profissionais e estabelecimentos de saúde que fazem parte de suas redes credenciadas. Entre os dados estariam especialização de médicos e profissionais ou acreditação de hospitais. A divulgação das informações sobre a rede assistencial deve seguir padronização estabelecida pela ANS por meio de ícones dos atributos, especificados no anexo da Instrução Normativa nº 52.[55] Contudo, consulta realizada em dezembro de 2014 à rede credenciada no *site* de uma das maiores operadoras do país evidencia que a norma não vem sendo cumprida. Nesse quadro, a agência passou a fortalecer seu programa de monitoramento e a introduzir mecanismo de suspensão da comercialização dos planos que apresentassem grande número de queixas de beneficiários a cada trimestre. O 11º ciclo de monitoramento, cujo resultado foi divulgado em novembro de 2014, resultou na suspensão da comercialização de 65 planos de saúde de dezesseis operadoras por desrespeito aos prazos máximos de atendimento e por negativas indevidas de cobertura. No mesmo ciclo, 81 planos foram autorizados a voltar à atividade. Segundo a ANS, desde o início do programa de monitoramento, 1.017 planos de 142 operadoras já tiveram as vendas suspensas e outros 847 planos foram suspensos, mas voltaram ao mercado após comprovar melhorias no atendimento.[56] A suspensão de planos, contudo, não impede que a operadora registre novos planos e não estão disponíveis dados consolidados que permitam analisar se, e em que medida, esta estratégia vem sendo utilizada pelas operadoras.

Simultaneamente as operadoras passaram a demandar o apoio do governo a investimentos para ampliar sua rede própria. O processo de verticalização das empresas tem sido intenso nos últimos anos. Ao menos 40% dos planos de saúde têm rede própria de atendimento, formada por hospitais, ambulatórios e centros de exames laboratoriais. Estima-se que em algumas operadoras a verticalização

53. Resolução Normativa da ANS nº 186, de 14 de janeiro de 2009.
54. Resolução Normativa da ANS nº 259, de 17 de junho de 2011.
55. O Manual de Uso dos Ícones dos Atributos de Qualificação pode ser visto em: < http://goo.gl/dd5LER>.
56. Ver Suspensa... (2014)

já represente de 35% a 45% dos atendimentos dos planos. Em alguns planos, a rede própria chega a representar cerca de 80% das opções ofertadas aos clientes.[57] Há reações a esse processo de verticalização dos planos de saúde, por gerar conflito de interesses, na medida em que o plano passa a deter o poder de solicitar exames e também de autorizá-los. O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) afirma não haver benefícios na verticalização pelas operadoras, denunciando não haver vantagens para o usuário, na medida em que a livre escolha acaba, nem para os médicos, que teriam suas decisões limitadas e perderiam autonomia para solicitar exames.

A ANS negociou com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) a criação de linha de financiamento para empresas de planos de saúde ampliarem sua rede usando como garantia a sua reserva técnica, que tem como função assegurar o atendimento dos consumidores, caso a empresa apresente alguma dificuldade de caixa. Especialistas criticam essa decisão, por introduzir novo risco aos beneficiários e representar destinação de recursos públicos a uma esfera do setor privado já beneficiado por renúncias tributárias e pelo perdão de uma dívida bilionária pelo não pagamento do Programa de Integração Social (PIS)/ Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins). Além disso, seria premiar inadimplentes, já que grande parte das operadoras deixa, sistematicamente, de reembolsar o sistema público de saúde pelos gastos correspondentes ao atendimento prestado a seus beneficiários.

O crescimento da massa de segurados, combinado ao forte apoio governamental ao setor, tem fortalecido o movimento de internacionalização do capital no setor, que se associa à tendência de financeirização. Nos últimos anos, após um movimento de concentração no setor, a presença de capital externo passou a ser visível. Uma das operações que maior atenção obteve foi a aquisição, em outubro de 2012, da Amil Participações pela UnitedHealth, gigante americana que procura deixar de concentrar os negócios nos Estados Unidos e diversificar operações em mercados pouco maduros e menos incertos.[58] O presidente da UnitedHealth afirmou, em teleconferência, que a ascensão da classe média e as políticas de estímulo ao setor de saúde no Brasil o transformam em mercado atrativo: "Para nós, o potencial parece ser o mesmo que o mercado dos Estados Unidos tinha vinte anos atrás ou mais",[59] sugerindo que crê na possibilidade de que os planos privados alcancem aqui a mesma proporção de cobertura que têm lá: quase 80% da população. Ademais, alguns analistas creem que o crescimento da economia brasileira pode render à UnitedHealth "receitas com a venda de sistemas de análise de dados, oferta de serviços voltados à população de

57. Ver Ferraz e Bassette (2014).
58. Ver Vaz (2012).
59. Ver Pereira e Bianconi (2012).

baixa renda e soluções para parcerias com órgãos do governo na área de saúde".[60] São indícios da batalha que o SUS deve enfrentar – em condições desvantajosas em termos de financiamento – para se preservar como sistema universal e se consolidar como garantidor do direito universal assegurado pela Constituição de 1988. A "oferta de serviços voltados à população de baixa renda" pode significar o fortalecimento do movimento, já em curso, de oferta de planos baratos, com provisão de serviços precários, subsidiados por crescente aporte de fundo público.

Esse movimento de internacionalização tem sido apoiado pela ANS e foi referendado pela Advocacia-Geral da União (AGU), que emitiu, em 2008, parecer[61] em que considerava que a vedação constitucional ao capital estrangeiro,[62] à luz do § 3º do Artigo 1º da Lei nº 9.656/98 modificado pela Medida Provisória nº 2177-44/2001, não alcançava a saúde suplementar, o que viabilizou a sua entrada no segmento. Após analisar os fatores que podem condicionar a vedação ao capital estrangeiro – a garantia da integralidade, a soberania nos campos político e econômico, o interesse nacional, as repercussões sobre a livre iniciativa e a livre concorrência, o parecerista conclui que:

a. a vedação à participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, prevista no § 3º do art. 199 da CF, bem como a permissão para a mesma participação, como exceção, nos casos legais, prevista na parte final do mesmo dispositivo constitucional merecem análises dicotômicas em atenção ao modelo dicotômico de saúde adotado no Brasil;

b. nos domínios da saúde pública, vistos os serviços de saúde como serviços públicos próprios, prestados diretamente pelo Estado, ou, excepcionalmente, por entidades privadas no âmbito do SUS, a vedação à participação de capital estrangeiro no atendimento à saúde atende aos reclamos da soberania nacional, só cedendo diante da diretriz da integralidade;

c. nos domínios da saúde suplementar, a vedação à participação de capital estrangeiro no atendimento à saúde atende aos reclamos da livre concorrência e, em homenagem ao mesmo princípio, pode ser excepcionada pelo legislador ordinário; (...) (AGU, 2008).

Considera ainda o mesmo parecer que:

> [a] compatibilidade da referida norma com a Constituição Federal é mantida ainda que a operadora possua rede própria de assistência à saúde, não havendo razão para, à luz do fundamento justificante da exceção – a livre concorrência – se faça distinção

60. Sarah James, analista da Wedbush Securities, disponível em: <http://goo.gl/fngkHS>.
61. AGU (2008).
62. "Artigo 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
(...) § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei" (Brasil, 1988).

> entre operadoras com rede própria de assistência à saúde e operadoras sem rede própria de assistência à saúde (AGU, 2008).

O parecer ressalta que:

> a possibilidade de uma operadora possuir rede própria de assistência à saúde, sem necessidade de constituir pessoa jurídica independente, decorre da prescrição contida no art. 35-F da Lei nº 9656/98, o qual, por sua vez, representa a tradução da diretriz da integralidade na saúde suplementar, diretriz esta que possui sede constitucional (AGU, 2008).

Imperfeições ou falhas de mercado na área da saúde, conflitos de interesse e microestratégias de regulação para controlar o acesso de beneficiários não integram a argumentação. A ANS segue comungando com essa visão e se coloca na arena como defensora da tese de abertura desse mercado ao capital estrangeiro, alegando insuficiência de capital nacional para enfrentar a demanda por ampliação da rede hospitalar, de laboratórios e de exames diagnósticos.

Em outubro de 2013, o presidente do órgão regulador defendeu a ampliação da abertura do setor ao capital externo, propondo que investidores estrangeiros possam controlar hospitais, sob o argumento de que o país precisa de investimentos de R$ 7 bilhões para suprir a carência de 14 mil leitos nos hospitais.[63]

O ambiente de apoio ao setor também se expressou na tentativa do Congresso Nacional de conceder benefício bilionário aos planos de saúde, por meio da introdução de emenda à Medida Provisória nº 627/2013, convertida em lei,[64] que alterava a legislação tributária federal, concedendo anistia às multas expedidas pela ANS por infrações como negativa de procedimentos de laboratórios, de exames e de consulta e demora em atendimento aos milhões de usuários de todo o país. Por esse artigo era alterado o Artigo 25 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que passava a vigorar estabelecendo que:

> No caso de 2 (duas) ou mais infrações da mesma natureza, em período inferior a 1 (um) semestre-calendário, praticadas até 31 de dezembro de 2014, aplica-se a pena de 1 (uma) única infração, se iguais, ou a mais grave, se diferentes, a qual deverá ser aumentada em até 20 (vinte) vezes, observados o valor da multa definido em regulamento e os seguintes parâmetros de proporcionalidade:
>
> I – de 2 (duas) a 50 (cinquenta) infrações, 2 (duas) vezes;
>
> II – de 51 (cinquenta e uma) a 100 (cem) infrações, 4 (quatro) vezes;
>
> III – de 101 (cento e uma) a 250 (duzentos e cinquenta) infrações, 8 (oito) vezes;
>
> IV – de 251 (duzentos e cinquenta e uma) a 500 (quinhentas) infrações, 12 (doze) vezes;

63. Ver Kafruni (2013).
64. Ver Brasil (2014e).

V – de 501 (quinhentas e uma) a 1000 (mil) infrações, 16 (dezesseis) vezes;

VI – acima de 1.000 (mil) infrações, 20 (vinte) vezes.

Aprovado pelo Congresso Nacional, o artigo foi vetado pela presidente da República em 14 de maio de 2014, com a justificativa de que:

> A medida reduziria substancialmente o valor das penalidades aplicadas, com risco de incentivo à prestação inadequada de serviço de saúde. Além disso, o dispositivo enfraqueceria a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, causando desequilíbrio regulatório (Brasil, 2014f).

Contudo, em 17 de dezembro de 2014, pouco antes do encerramento das atividades legislativas, o Congresso Nacional, ao votar o projeto de conversão da Medida Provisória nº 656/2014,[65] que modificava legislação tributária, entre dezenas de emendas adicionadas incluiu e aprovou o Capítulo XVII – Da abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços de saúde.

Nesse capítulo, é alterado o Artigo 23 da Lei nº 8.080/90, que estabelecia que "É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos", e incluído o Artigo 53-A na mesma lei, que passam a ter a seguinte redação:

> Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:
>
> I – doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;
>
> II – pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:
>
> a) Hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada;
>
> b) Ações e pesquisas de planejamento familiar;
>
> III – serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e
>
> IV – demais casos previstos em legislação específica.
>
> (...)
>
> Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde, laboratórios de análises

65. Ver Brasil (2014g).

clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros.

Trata-se de abertura indiscriminada, distante da excepcionalidade prevista no texto constitucional, em flagrante inconstitucionalidade.[66] Essa nova ação do Congresso Nacional – ainda sujeita à sanção presidencial – evidencia o crescente poder de interferência dos segmentos ligados ao processo de financeirização e internacionalização do capital das empresas no setor da saúde.

Uma ação para impor limites no âmbito da saúde suplementar foi direcionada à regulação sobre a qualidade da atenção. Diante da repercussão das informações sobre a absurda taxa de cesáreas entre beneficiárias de planos de saúde, referida na seção 2, a ANS desencadeou medidas visando ações regulatórias que assegurem oferecer às mulheres gestantes e parturientes melhores práticas na atenção à saúde. Para isso, abriu consultas públicas para emissão de duas resoluções normativas: uma que obriga as operadoras a informar às beneficiárias as taxas de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico, e outra que torna obrigatória a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante. Por esta resolução, a apresentação do partograma ou do relatório médico detalhado contendo a justificativa pela adoção da cirurgia cesárea torna-se requisito mínimo essencial para a realização do pagamento ao prestador de serviços de saúde. Já a primeira resolução normativa visa atender ao direito à informação das beneficiárias das operadoras de plano privado de assistência à saúde em relação às taxas de partos normais e de cirurgias cesáreas, no ano anterior ao questionamento, e dos obstetras e estabelecimentos de saúde que integram a rede de cooperados, credenciados ou referenciados da operadora.

A ANS também tornou públicos, em novembro, os resultados do programa de Qualificação das Operadoras 2014 – ano-base 2013, no qual consta a nota de todas as 1,2 mil empresas de planos de saúde do país, o índice de desempenho da saúde suplementar (IDSS). O IDSS é construído com os dados disponíveis nos sistemas da ANS e varia de zero a um, sendo que 40% deste valor é formado pelo índice de desempenho da atenção à saúde (Idas); 20% pelo índice de desempenho econômico-financeiro (IDEF); 20% pelo índice de desempenho de estrutura e operação (IDEO); e 20% pelo índice de desempenho da satisfação dos beneficiários (IDSB).

O relatório da ANS aponta que, no período compreendido entre os anos-base 2011 e 2013, houve relativa estabilidade no percentual de operadoras do segmento médico-hospitalar situadas nas duas melhores e nas duas piores faixas do IDSS: 62% e 13%, respectivamente, em 2011; 61,5% e 14% em 2012 e 66% e 11% em 2013, com discreta melhora neste último ano.[67]

66. Ver Lenir (2014).
67. Ver ANS (2014).

3.6 Gestão

As análises sobre o setor saúde apresentam grande convergência sobre quais sejam os grandes desafios a serem enfrentados na área de gestão do SUS. A fragmentação da gestão e do cuidado, a necessidade de constituição de redes de atenção que assegurem a integralidade, a gestão cooperativa dos espaços regionais no contexto federativo brasileiro e a regulação do sistema de saúde aparecem destacadas como questões a serem priorizadas por quase todos os analistas que se debruçam sobre formulação de alternativas para aperfeiçoar o SUS, garantindo o acesso equitativo às ações e aos serviços de saúde.

3.6.1 Regionalização

A regionalização do sistema público de atenção à saúde é determinação constitucional[68] e, embora orientações sobre essa diretriz integrem diversos dispositivos legais[69] que a regulamentaram ao longo do processo de implantação do sistema, ela foi objeto de clara definição em 2011, com o decreto que regulamentou a Lei nº 8.080/90 e dispôs sobre a organização do SUS.[70]

Nesse decreto, a região de saúde é compreendida como:

> [o] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Capítulo I, Artigo 2º).

Sua constituição, que é responsabilidade das Comissões Intergestores, deve ainda atender a requisitos mínimos definidos no Artigo 5º, que envolvem a existência, em seu âmbito, de ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde.

A integralidade da assistência à saúde será, contudo, assegurada pela Rede de Atenção à Saúde, que corresponde ao "conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente" (Artigo 2º, inciso VI), que podem estar compreendidos "*no âmbito de uma região de saúde, ou de várias delas*" (Artigo 7º, grifo nosso). Os entes federativos responsáveis pela provisão das ações e serviços que a integram deverão definir "o rol de ações e serviços que serão ofertados"

68. Ver Brasil (1988, Artigo 198).
69. Em particular: Lei nº 8.080/90; Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) nº 01/1993; NOB-SUS nº 01/1996; Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS (NOAS-SUS) nº 01/2001; NOAS-SUS nº 01/2002; Pacto pela Saúde 2006; Portaria nº 4.279/2010.
70. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

e "respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços" (Artigo 7º).

Não obstante, o mesmo decreto estabelece que a garantia da integralidade da assistência aos usuários é a finalidade do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), cujo objeto é "a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde" (Artigo 34). Desses dispositivos pode-se inferir que, mesmo nos casos em que a ação ou serviço necessário ao cidadão usuário não seja ofertado no âmbito da região de saúde, é responsabilidade da mesma estabelecer mecanismos de referência para garantir o acesso oportuno a serviço adequado na Rede de Atenção à Saúde a que pertence.

O processo de regionalização do SUS encontra-se em curso e 436 regiões de saúde foram definidas até o final de 2013, tendo sido também elaborada proposta para o monitoramento e avaliação das regiões de saúde pelos estados e pelo MS. Ainda não estão disponíveis, contudo, avaliações relativas aos critérios e processos de constituição das redes.

Principal instrumento de formalização de acordos interfederativos no processo de regionalização da atenção à saúde, o COAP, criado pelo mesmo decreto,[71] é definido como:

> acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Artigo 2º).

A implementação do COAP em todas as regiões de saúde constitui meta do Plano Plurianual (PPA) 2012-2015. As metas do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015, porém, incluem "promover a assinatura de contratos de ação pública, com definição de responsabilidades recíprocas na rede federativa em relação à população, em 80% das comissões intergestores regionais (CIR) até 2015", estando prevista no Plano Anual de Saúde 2013 (PAS 2013) a assinatura dos contratos por 154 Comissões Intergestores Regionais (CIR).[72]

Tratando-se, contudo, de processo que depende da adesão das unidades federadas estaduais e municipais e que envolve a implementação de processos de planejamento regional que demandam complexos acordos acerca da compatibilização

71. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.
72. Brasil (2014a).

de planos municipais e de programação anual, bem como das responsabilidades pelo financiamento das ações, essas metas não foram alcançadas.

Além da complexidade dos processos de negociação que envolve, a efetivação dos COAPs tem enfrentado sérias resistências dos estados e municípios em razão do crônico subfinanciamento do sistema de saúde. A formalização do compromisso de prover serviços, com a assinatura de um contrato cujo descumprimento pode resultar em pesadas sanções,[73] sem a garantia de aporte de recursos adicionais que assegurem a ampliação da capacidade instalada e a melhoria das condições de operação, tem resultado em recusa de prefeitos ao instrumento. O CONASS e o CONASEMS têm manifestado apoio a essa posição.

Em 2013, onze estados – Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins – manifestaram interesse em promover a contratualização em todas as suas regiões de saúde, mas nenhum deles alcançou o objetivo até o final desse ano.[74] Havia previsão para a assinatura do COAP nas regiões de saúde dos estados de Alagoas, Espírito Santo e Tocantins no primeiro trimestre de 2014. Contudo, nenhum COAP foi assinado em 2013 e até setembro de 2014 apenas três estados haviam conseguido efetivar o COAP: Ceará, Mato Grosso do Sul e Sergipe. A complexidade de realização de acordos interfederativos, com dimensões políticas e administrativas que ultrapassam a esfera da gestão setorial, já foi apontada em análise apresentada na edição 21 deste periódico.

O MS publicou em junho de 2013, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite,[75] as regras do processo de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, com definição de um rol de indicadores a ser utilizado nos instrumentos de planejamento do SUS (plano de saúde, programação anual de ações e serviços de saúde e relatórios de gestão) e no COAP. A implementação dessas regras tem sido lenta e se manifesta na dificuldade de obter as informações necessárias à construção dos indicadores, evidenciando que a reconstrução de processos de planejamento e de sistemas de informação confiáveis se configura como desafio que busca enfrentamento inadiável.

3.6.2 Redes de atenção à saúde

A instituição de redes segue sendo a estratégia adotada para intervenções destinadas a melhorar o acesso à atenção especializada no SUS.

73. O decreto determina em seu Artigo 42 que "Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo: I – o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste decreto; (...)".

74. SEGEP – Relatório Anual de Gestão (RAG) 2013.

75. Ver Brasil (2013b).

O apoio à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde é, desde 2011, objeto do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS-Rede),[76] no âmbito de programa de cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Banco Mundial (BIRD). Como costuma ocorrer nesses programas de cooperação, trata-se de projeto-piloto destinado à implantação de quinze experiências de redes de atenção à saúde em estados brasileiros de todas as regiões, sendo dez experiências em Regiões de Saúde vinculadas às regiões metropolitanas (RM) e cinco Regiões de Saúde consideradas típicas de cada região geográfica.

Paralelamente, o MS publicou a portaria GM nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. A portaria estabelece competências comuns e específicas do MS, das SES e das SMS na gestão da rede. O Artigo 6º da portaria apresenta as competências comuns, atribuindo às três esferas de governo a responsabilidade de, entre outras coisas,

> garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças crônicas possuam infraestrutura e tecnologias adequadas, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário [bem como] garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças crônicas, de acordo com suas responsabilidades.

Essa medida reforça a tendência de organização de "redes temáticas" em detrimento da constituição de redes de atenção integral no âmbito de cada região de saúde, ampliando o risco de fragmentação do cuidado. Mas é inegável a relevância de medidas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – responsáveis, em 2011, por mais de 70% dos óbitos registrados no país –, um dos principais desafios contemporâneos, declarado prioridade pela OMS. Essa tarefa demanda, contudo, esforços multissetoriais e envolve ações de promoção, prevenção dos fatores de risco, além de investimentos na qualificação da atenção e da assistência aos pacientes.

3.6.3 Melhoria de procedimentos de gestão/sistemas de informação

Um dos principais instrumentos demandados para a viabilização da operação do sistema de saúde regionalizado e das redes de atenção à saúde, o Cartão SUS visa possibilitar a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde em que foram realizados. Contudo, segue enfrentando dificuldades em sua implementação, o que ocorre desde o início de sua criação, no âmbito do Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (ReforSUS), instituído em 1996.

76. Ver Brasil (2011).

Análise realizada em 2008 pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) para o MS já identificara, como causas para essas dificuldades, entre outras, a expansão não planejada, os problemas na transmissão dos cadastros para a base de dados federal, a emissão centralizada do cartão pelo MS para posterior entrega do cartão definitivo ao seu proprietário e, por fim, a rejeição dos médicos à utilização do Terminal de Atendimento do SUS (TAS),[77] devido à possibilidade de aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e avaliação em relação ao cumprimento de horário de trabalho e à qualidade do atendimento (*apud* Brasil, 2013d).

Embora o PNS tenha estabelecido como meta para 2013 "disponibilizar o sistema Cartão Nacional de Saúde para 100% das redes assistenciais", esse objetivo ainda não se concretizou.

Entre os problemas que tiveram que ser enfrentados para a retomada do projeto, estavam a dificuldade de realizar operações com o Cartão SUS nos municípios em que não há disponibilidade de conexão à rede mundial de computadores em tempo integral[78] e a existência, nos estados e municípios, de múltiplos cadastros com sistemas nem sempre compatíveis.

Da multiplicidade de cadastros derivou a existência de 248 milhões de registros de usuários do SUS no Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (CadSUS),[79] que foram objeto de processo de unificação e "higienização", realizado em 2013, resultando na constituição da base de dados nacional que já conta com 140 milhões de cadastros válidos. O cadastramento envolve o registro de informações pessoais (nome, data de nascimento etc.), de contato (telefone, endereço etc.) e de documentos do usuário do SUS, e gera o número do Cartão Nacional de Saúde, informação solicitada em diversos outros sistemas do MS para alimentar os bancos de dados com finalidade de diagnóstico, avaliação, planejamento e programação das ações de saúde. Isso tem permitido a utilização dessa base de dados para algumas das funcionalidades previstas para o cartão. Desde fevereiro de 2014 está em vigor medida[80] que determina que as informações de pacientes internados no SUS sejam obrigatoriamente checadas junto à base de dados do Cartão Nacional de Saúde. Também foram desenvolvidos *softwares* para assegurar padrões de interoperabilidade para os sistemas de informação do SUS interagirem e intercambiarem dados de forma automática, com vistas a aproveitar os sistemas desenvolvidos por cerca de duzentos municípios e que já estão em funcionamento, adequando-os e fazendo com que dialoguem com o sistema nacional

77. Em 2004, médico de Sergipe onde o sistema TAS estava em implementação em fase experimental, provocou o Cremese, por meio de um processo-consulta, "a manifestar-se sobre a legalidade ou não de tal determinação, e se faz parte do ato médico a manipulação de tal equipamento", tendo o CFM concluído que "o uso do Terminal de Atendimento ao SUS (TAS) não constitui matéria que configure ou enseje dilema ético". Para mais informações ver CFM, disponível em <http://goo.gl/9SczEp>.
78. Brasil (2013d).
79. O Cadastro Nacional de Usuários do SUS compõe a Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, sendo constituído por dados de identificação e de residência dos usuários.
80. Portaria GM/MS nº 1.905/2013.

e entre si. Além disso, foi desenvolvido o *web service* do Cadsus *Web*, promovendo a interoperabilidade de treze sistemas do MS com o Cadsus *Web*. O MS anunciou também que está em fase de conclusão o processo licitatório para a distribuição aos usuários de 192 milhões de unidades físicas do cartão.

Com a mesma perspectiva de desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos sistemas de informação, a Secretaria de Atenção à Saúde do MS implementa o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).[81] Esse sistema visa alcançar o objetivo de que os registros de atendimento e informações de saúde sejam realizados por meio de duas estratégias: o prontuário eletrônico do cidadão (PEC) e/ou as fichas da coleta de dados simplificada (CDS), que trazem informações individualizadas, com o intuito de agilizar e melhorar o atendimento à população. Sua implantação se dá por intermédio do programa Requalifica UBS do MS e do Programa Nacional de Banda Larga, do Ministério das Comunicações (MC), e almeja adequar a estrutura e os equipamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com computadores e internet com conexão banda larga. Para viabilizar a transição entre o SIAB e o SISAB (e-SUS AB), o MS ampliou o limite do período de implantação inicialmente previsto (julho de 2014) e estabeleceu como novo prazo para que as informações sejam enviadas obrigatoriamente para a base de dados do SISAB a competência de junho de 2015.[82] Esse dispositivo se aplica a todas as equipes da atenção básica, incluindo as equipes da Estratégia de Saúde da Família, as equipes de Agentes Comunitários de Saúde, as equipes dos Núcleos de Saúde da Família, as equipes do Consultório na Rua, as equipes participantes do Programa Saúde na Escola e do Programa Academia da Saúde (Artigo 5º).

Dentro da mesma preocupação, de modernizar e racionalizar a gestão do sistema, vem sendo implementada a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica.[83] Para sua operação será utilizado o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), ferramenta desenvolvida a partir de 2009 com o objetivo de contribuir para a qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS. O Hórus visa aperfeiçoar os mecanismos de controle de estoque e aplicação dos recursos financeiros alocados à assistência farmacêutica e conhecer o perfil de acesso aos medicamentos pelos usuários, com quatro módulos que permitem identificar o perfil de acesso de acordo com as especificidades do fluxo de distribuição e dispensação dos medicamentos: Hórus Básico, Hórus Estratégico, Hórus Especializado, Hórus Indígena. A partir de 2013 esse sistema passou a contribuir para a formação da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica. Ele permitirá também que os usuários obtenham informações, em linguagem adequada, acerca dos medicamentos recebidos e agendem a retirada dos próximos medicamentos.

81. Brasil (2013c).
82. Brasil (2014h).
83. Brasil (2013a)

Em 2013, o projeto Hórus Básico/Estratégico contou com a adesão de 2.678 municípios e de vinte estados e do Distrito Federal. Destes, 1.240 municípios, dezoito estados e o Distrito Federal já utilizam o sistema para gerenciamento dos serviços farmacêuticos. No ano de 2013, 1.739 profissionais vinculados a 528 municípios foram capacitados, na modalidade a distância, e estão aptos a utilizar a ferramenta (Brasil, 2014a).

3.6.4 Incorporação de tecnologias ao SUS

A incorporação ao SUS de medicamentos, equipamentos e processos está submetida à prévia aprovação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), criada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre "a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)". A CONITEC analisa as demandas de incorporação com base em análise da adequação e eficácia do produto, avaliadas mediante comprovação de evidência clínica consolidada e do custo-efetividade dos produtos. A mesma lei estabeleceu a obrigatoriedade de abertura de processo administrativo para toda demanda submetida à CONITEC, assim como determinou prazo para a finalização da análise da proposta de incorporação (180 dias, prorrogáveis por mais noventa dias). Uma vez aprovado pela comissão e incorporado ao SUS, o medicamento ou tecnologia pode levar até 180 dias, após publicada a deliberação no Diário Oficial da União, para estar disponível ao paciente.

O processo de análise inclui a realização de Consulta Pública[84] a que é submetido o parecer emitido pelo Plenário sobre as propostas de incorporação de tecnologias. Entre janeiro e julho 2014 foram realizadas, pela CONITEC, dezenove consultas públicas, destinadas a obter informações e colher opiniões da sociedade civil, da comunidade científica e dos demais interessados sobre produtos e tecnologias objeto de propostas de incorporação. A comissão também analisa o impacto orçamentário da incorporação de medicamentos.

A operação da CONITEC tem conferido maior celeridade ao processo de incorporação de tecnologias. Entre janeiro de 2010 e janeiro de 2012 foram realizadas 58 incorporações de medicamentos – 41 dos quais corresponderam a demandas protocoladas em 2010. As demais correspondiam a pedidos protocolados entre 2005 e 2009. Entre janeiro de 2012 e julho de 2014, o ministério incorporou 114 novas tecnologias, sendo cerca de 70% de medicamentos.

Estão incluídos nas medidas mais recentes medicamentos destinados ao tratamento da AIDS e da Síndrome Hipereosinofílica, à diminuição dos sintomas

84. A Consulta Pública é uma exigência legal, estabelecida pelo Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, Artigo 19.

do autismo e o primeiro tratamento oral para esclerose múltipla. Também passará a ser disponibilizada na rede pública nova opção de tratamento para a Doença Arterial Coronariana (DAC), principal causa de infartos: o Stent farmacológico.

3.7 Financiamento e execução orçamentário-financeira

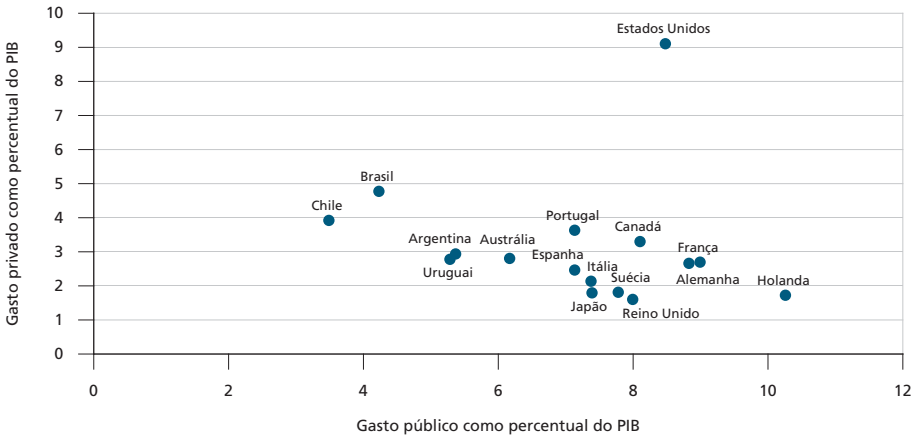
3.7.1 Financiamento: mais recursos, maior eficiência e melhor distribuição

Três questões relacionadas ao financiamento da saúde serão discutidas nesta subseção. Uma, a mais recorrente, é a questão da insuficiência do financiamento público. As duas outras se referem à eficiência na utilização dos recursos e à participação das três esferas de governo no financiamento público da saúde, especialmente o papel redistributivo que devem ter as transferências da União.

O volume do gasto em saúde de um país pode ser avaliado por meio de diferentes indicadores, como a porcentagem do produto interno bruto (PIB), o gasto *per-capita* etc. Já o compromisso do setor público com a saúde é mais bem avaliado verificando-se a participação de recursos públicos e privados no financiamento setorial e a participação do gasto com saúde no gasto governamental.

Quando se toma o gasto total (público e privado) como porcentagem do PIB, constata-se que o gasto do Brasil não é dos mais baixos. Pelo contrário, o percentual total não está muito distante da média dos países que têm sistemas de saúde com cobertura universal. O problema do Brasil é que a participação do financiamento público, inferior a 50% do total, deixa o país junto daqueles com menor investimento público na saúde, até mesmo na América Latina.

GRÁFICO 1
Brasil e outros países: gasto público e privado em saúde (2010)
(Em % do PIB)



Fonte: Organização Mundial da Saúde. World Health Statistics 2013.
Elaboração dos autores.

O Brasil encontra-se nessa situação de desbalanceamento da participação pública *versus* privada apesar de, desde 2000, ter sido aprovada a Emenda Constitucional nº 29. Com essa emenda o financiamento público passou de 2,89% para 3,9% do PIB entre 2000 e 2011. As três instâncias de governo aumentaram as suas alocações na saúde mas, enquanto a maioria dos estados e municípios fizeram do percentual previsto na emenda o piso de suas aplicações em saúde, a União, até pela sistemática de cálculo adotada para seus recursos, transformou aquilo que deveria ser a aplicação mínima em teto.[85] Como consequência, os gastos da União com ações de serviços públicos de saúde, que correspondem aos recursos destinados ao cumprimento da emenda, ficaram estagnados em menos de 1,8% do PIB desde o ano 2000.

Por esse motivo e pelo fato de a União ficar com mais de 53% da receita pública disponível, é que a proposta de Emenda Popular do Movimento Saúde+10 (PLP nº 321/13, de 29 de agosto de 2013) reivindica que a vinculação de recursos públicos da União para o sistema público seja fixada em 10% da receita corrente bruta desta esfera de governo. Este PLP, com outros quatro, foi apensado ao PLP nº 123/12, que está esperando análise da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ). Em 2013, entre os diversos substitutivos que buscaram, sem sucesso, uma alternativa para o PLP nº 321/13 que resolvesse a questão do financiamento da saúde, os mais discutidos propunham a vinculação de percentual da receita corrente líquida (RCL), ao invés de percentual da receita corrente bruta (RCB). A substituição da RCB pela RCL como valor de incidência da vinculação visa a, segundo os proponentes, evitar possíveis contestações de legalidade, uma vez que a RCB contém receitas com destinação já definidas na Constituição. Quanto ao percentual a ser vinculado, calcula-se que cerca de 19% da RCL equivaleriam aos 10% da RCB.

Para colocar mais problemas em uma situação já bastante conflituosa, o governo, por meio de sua liderança no Senado, apresentou, em novembro de 2013, nova proposta, a PEC nº 358. Nessa PEC, originalmente destinada a legislar sobre o orçamento público e seu caráter, foi inserida a questão do financiamento da saúde, em condições bastante distintas de outras propostas que vinham sendo debatidas. Para começar, a vinculação sobre a RCL chegaria a, no máximo, 15% em 2018, começando por 13,2% em 2014. Se isto não bastasse, a PEC nº 358 alteraria a situação de recursos já previstos para a saúde. Em 2012 foi aprovada a Lei nº 12.858, a chamada lei do pré-sal. Por essa lei ficou determinado que, das receitas provenientes de *royalties* e participações especiais auferidas por órgãos da administração direta da União e por estados, Distrito Federal e municípios, 75% serão destinados à educação e 25% à saúde. Esses recursos seriam aplicados

85. Ver Câmara dos Deputados (2013).

em acréscimo ao mínimo obrigatório previsto na CF (Lei nº 12.858, Artigo 4º). O montante de recursos ainda é quase uma incógnita, na verdade existem apenas estimativas e os fluxos ainda não estão estabelecidos, mas essa iniciativa legislativa era uma boa notícia, especialmente porque seriam recursos adicionais. Contudo, pela PEC nº 358, os recursos previstos na Lei nº 12.858 seriam incluídos no montante mínimo previsto para a saúde. Com a proposta do Movimento Saúde+10, o aumento de recursos para o SUS seria de R$ 257,1 bilhões em cinco anos. Pela proposta da Emenda Constitucional nº 358 os recursos adicionais seriam de apenas R$ 64,2 bilhões. Além disso, os recursos dos *royalties* seriam contabilizados dentro do mínimo.

A PEC nº 358, como dito anteriormente, trata do orçamento impositivo, ou seja, torna obrigatória a execução da dotação orçamentária que especifica. No caso, o caráter impositivo tem uma direção bem definida: as emendas de parlamentares. Estas deverão ser cumpridas pelo Executivo Federal e poderão atingir um percentual equivalente a 1,2% do orçamento total. Outra característica da proposta: 50% do valor das emendas deverá ser direcionado para a área de saúde. Na verdade, melhor seria que o orçamento não acatasse emendas individuais para a saúde. Geralmente essas emendas individuais – ainda que a maioria nem seja cumprida, por ser o primeiro objeto de cortes e de contingenciamentos – quase não levam em conta as necessidades de investimentos definidas nas programações pactuadas do SUS. Pelo contrário, geralmente atendem a pleitos singulares que visam atender as bases de apoio do parlamentar autor da emenda. A Emenda nº 358 foi aprovada em votação de primeiro turno. Por outro lado, a votação em segundo turno tem sido postergada desde maio de 2014 e dificilmente será realizada na atual legislatura. A estratégia da "bancada da saúde" tem sido a de aprovar a emenda, mas desvincular e votar em contrário à proposta nela enxertada de revisão do financiamento federal do SUS. Desta forma, a questão de mais recursos públicos para o SUS certamente voltará à tona.

A segunda questão – melhorar a gestão do SUS – é também bastante consensual. Mesmo os que julgam imprescindível aumentar, de forma substancial, os recursos públicos, não desconhecem a necessidade de se obter ganhos de eficiência na utilização dos recursos, de uma forma geral. No entanto, diversas iniciativas, que poderiam contribuir para melhorar a qualidade do atendimento e para o uso mais racional dos recursos, simplesmente não ganham a escala necessária. Esse é o caso, por exemplo, do cartão SUS com registro eletrônico de prontuários. Essa medida seria capaz de aperfeiçoar o controle dos gastos com exames e outros procedimentos e de melhorar a qualidade do atendimento pelo acesso que propiciaria aos dados da história clínica do paciente. Melhorias na gestão também se refletiriam na melhoria dos índices de rotação de leitos e de utilização de equipamentos, com reflexos positivos no atendimento.

Ao lado da gestão mais eficiente dos processos assistenciais, é preciso alcançar maior eficiência na gestão macro do sistema. Este aspecto tem relação com o modelo de organização geral do sistema. Neste particular, diversos estudos demonstram a precedência de sistemas organizados com foco na Atenção Básica em Saúde. Sistemas com essa característica, com atenção básica de qualidade, resolutiva, ordenadora do acesso aos demais serviços assistenciais, apresentam melhores resultados e são financeiramente mais sustentáveis. No Brasil, a estratégia de Saúde da Família é o modelo principal de atenção básica, mas não cobre a totalidade da população, não está suficientemente integrado aos outros níveis de assistência e tem, apesar dos esforços que vem sendo realizados, qualidade bastante irregular e resultados que precisam ser mais bem avaliados, conforme discutido na seção específica que trata da atenção básica.

Por fim, a questão da distribuição dos recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios. Nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 já existe a preocupação de tornar mais regular, transparente e redistributiva a transferência de recursos da União para estados, Distrito Federal e municípios. Esses repasses hoje representam cerca de 67% dos recursos aplicados pelo MS. Contudo, conforme já analisado em boletins anteriores, o Artigo 35 da Lei nº 8.080/90, que estabelece critérios para a distribuição dos recursos federais, não foi regulamentado, e o estabelecido na Lei nº 8.142/80 – distribuição pelo critério populacional simples até a regulamentação do Artigo 35 – jamais foi cumprido. Como se sabe, esse dispositivo foi suprimido na aprovação da Lei Complementar nº 141/2012. Maior automatismo, regularidade e transparência nas transferências foram conquistas irrefutáveis. Contudo, a autonomia na alocação dos recursos a serem transferidos e o caráter redistributivo que deveriam ter os repasses federais do SUS têm sido menosprezados. A regulamentação da LC nº 141/2012 recolocou a necessidade de conferir aos repasses para custeio e para investimentos um objetivo principal, qual seja, a redução das disparidades regionais. A nova metodologia de repasses,[86] prevista na Lei, ainda não foi definida, apesar das discussões já realizadas pelos gestores do SUS. A simples comparação da distribuição populacional e da distribuição das transferências federais por região dá uma primeira aproximação do problema a ser enfrentado para o reordenamento dos repasses federais por meio de metodologia que leve em consideração os critérios previstos na Lei Complementar nº 141/2012.

Diante de tantas indefinições, a distribuição e o papel das transferências da União seguramente também vão compor a agenda do novo governo. Por outro lado, a metodologia de distribuição das transferências para investimento, que, segundo a Lei nº 141/2012, deverá ter caráter redistributivo, poderá entrar em conflito com as definições do orçamento impositivo (PEC nº 358/2013), se este

86. O BPS 22 discute as dificuldades de definição e implementação da nova metodologia de repasses.

for finalmente aprovado. Será que os deputados aceitarão as regras de destinação de recursos federais na elaboração de suas emendas para investimentos no SUS? Talvez essa questão passe a ser tratada com regras mais claras se o SUS avançar no processo de organização de regiões e de redes assistenciais, com a valorização efetiva de planos pactuados de investimentos.

3.7.2 Execução orçamentária e financeira do MS

Em 2013, o MS apresentou uma dotação orçamentária inicial de R$ 99,3 bilhões e teve um aporte de recursos orçamentários no valor de R$ 1,2 bilhão, atingindo uma dotação autorizada de R$ 100,5 bilhões (tabela 6). O MS executou apenas 92,2% da dotação autorizada, o que correspondeu a R$ 92,7 bilhões. Mais uma vez, o contingenciamento das despesas discricionárias foi o grande responsável pelo nível de execução, uma vez que o orçamento da saúde teve mais de R$ 7 bilhões de recursos contingenciados.

Como é de se esperar, o impacto deste contingenciamento reflete-se imediatamente nas emendas parlamentares, pois são as primeiras a sofrerem com o corte. Não é à toa que seu nível de execução foi de 18%. O restante do impacto do contingenciamento foi sentido, principalmente, por ações do Programa Aperfeiçoamento do SUS. De acordo com os dados da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO), deixou-se de aplicar cerca de R$ 3 bilhões em ações referentes à estruturação de unidades de atenção especializada em saúde, serviços de urgência e emergência na rede hospitalar, manutenção do Farmácia Popular, entre outros.

TABELA 6
Execução orçamentária do Ministério da Saúde (2013)
(Em R$ milhões correntes)

Execução do Ministério da Saúde	Dotação inicial (a)	Dotação atualizada (b)	Empenhado (c)	Nível de execução (d = c/b) (%)	Créditos adicionais (e = b-a)	Saldo orçamentário (f = b-c)	Distribuição do saldo (%)
Total de pessoal e dívida	15.309,04	16.405,65	16.179,61	98,6	1.096,61	226,04	2,9
Pessoal ativo (a)	8.378,54	9.119,82	8.906,93	97,7	741,28	212,90	2,7
Pessoal inativo (b)	6.919,65	7.274,98	7.264,75	99,9	355,33	10,23	0,1
Dívida: amortização e encargos (c)	10,84	10,84	7,93	73,1	0,00	2,91	0,0
Programas (exclusive pessoal e dívida)	79.125,08	79.246,90	75.633,68	95,4	121,82	3.613,22	46,2
Operações especiais: cumprimento de sentenças judiciais	3,06	3,00	2,82	93,9	-0,06	0,18	0,0
Operações especiais: gestão da participação em organismos internacionais	0,00	64,75	64,75	100,0	64,75	0,00	0,0
Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde	74.750,54	74.205,67	71.095,07	95,8	-544,87	3.110,61	39,8

(Continua)

(Continuação)

Execução do Ministério da Saúde	Dotação inicial (a)	Dotação atualizada (b)	Empenhado (c)	Nível de execução (d = c/b) (%)	Créditos adicionais (e = b-a)	Saldo orçamentário (f = b-c)	Distribuição do saldo (%)
Desenvolvimento produtivo	422,56	449,37	365,92	81,4	26,81	83,45	1,1
Proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas	897,40	1.136,40	1.025,69	90,3	239,00	110,71	1,4
Resíduos sólidos	17,50	17,50	17,50	100,0	0,00	0,00	0,0
Saneamento básico	1.112,04	1.294,38	1.193,59	92,2	182,34	100,79	1,3
Segurança alimentar e nutricional	38,57	38,57	38,37	99,5	0,00	0,20	0,0
Programa de gestão e manutenção do Ministério da Saúde	1.883,41	2.037,25	1.829,98	89,8	153,85	207,28	2,7
Emendas parlamentares	4.858,83	4.875,83	899,12	18,4	17,00	3.976,71	50,9
MS total geral	**99.292,95**	**100.528,38**	**92.712,41**	**92,2**	**1.235,43**	**7.815,97**	**100,0**

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS.
Elaboração dos autores.

Devido às mudanças impostas pelo PPA 2012-2015, que promoveu um enxugamento dos programas – passando de dezessete programas finalísticos para seis programas temáticos –, propusemos a reagregação especificada na tabela 7 para efeitos de análise temporal.

Dito isso, observamos que a média e alta complexidade, representada principalmente pelas transferências MAC, teve um aumento inexpressivo em 2013, quando comparado com 2012: o aumento de recursos foi de R$ 700 milhões, fazendo com que sua participação no total diminuísse de 43,6% para 41,8%.

Por outro lado, o gasto com medicamentos teve um aumento expressivo de mais de R$ 1,3 bilhão, sendo os medicamentos excepcionais responsáveis pela maior parte deste incremento (quase R$ 900 milhões). O programa Farmácia Popular também teve uma participação considerável neste incremento (mais de R$ 300 milhões).

A atenção básica teve um aporte adicional de recursos da ordem de R$ 1 bilhão. Destes, mais de R$ 900 milhões foram provenientes do PAB Variável, que destinou R$ 500 milhões para o Programa Mais Médicos, criado no final de 2013.

TABELA 7
Execução do MS por grandes grupos (2012 e 2013)
(Em R$ milhões correntes)

Ministério da Saúde	2012	Distribuição (%)	2013	Distribuição (%)
Execução total do MS	**86.816,90**		**92.527,12**	
Execução do MS em ASPS	78.210,74	100,0	83.053,26	100,0
Pessoal ativo	8.520,06	10,9	8.906,93	10,7

(Continua)

(Continuação)

Ministério da Saúde	2012	Distribuição (%)	2013	Distribuição (%)
Média e Alta Complexidade (MAC)	37.496,75	47,9	38.322,69	46,1
Transferências MAC	34.077,46	43,6	34.737,05	41,8
Hospitais próprios e pioneiras sociais	2.091,53	2,7	2.240,77	2,7
Hospitais universitários	497,67	0,6	488,85	0,6
Samu	830,10	1,1	856,02	1,0
Atenção básica	12.815,69	16,4	13.896,35	16,7
PAB-fixo	4.422,00	5,7	4.515,42	5,4
PAB Variável	8.128,17	10,4	9.090,88	10,9
PROESF	94,57	0,1	90,64	0,1
Saúde bucal	170,95	0,2	199,41	0,2
Medicamentos	7.225,21	9,2	8.564,94	10,3
Medicamentos (compra direta, incluindo estratégicos)	933,89	1,2	905,03	1,1
Medicamentos excepcionais	4.082,15	5,2	4.977,53	6,0
Farmácia Básica (PAB)	1.077,45	1,4	1.213,50	1,5
Farmácia Popular[1]	1.131,73	1,4	1.468,87	1,8
Vigilância em saúde	3.862,52	4,9	4.409,84	5,3
Bolsas e combates às carências	9,25	0,0	11,14	0,0
Saneamento[2]	1.013,84	1,3	1.230,80	1,5
Demais ações	7.267,43	9,3	7.710,57	9,3
Execução do MS em ações não ASPS	8.606,16	100,0	9.473,86	100,0
Inativos e pensionistas	6.738,12	78,3	7.264,75	76,7
Serviço da dívida interna e externa	5,01	0,1	7,93	0,1
UO 74202 – recursos sob supervisão da ANS	10,63	0,1	10,43	0,1
Farmácia popular copagamento	366,63	4,3	490,26	5,2
Saneamento básico/resíduos	903,02	10,5	1.100,09	11,6
Assistência médica a servidores	344,27	4,0	379,13	4,0
UO ANS	209,38	2,4	221,27	2,3
Demais	29,10	0,3	0	0,0

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS e Siga Brasil/Senado Federal.
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Só foram consideradas as ações referente ao sistema de gratuidade (ação 20YR). O sistema de copagamento foi excluído por não ser consideado ASPS (20YS) (Lei nº 141/2012).
[2] Não foram considerados os resíduos sólidos e ações de saneamento para municípios com população de até 50 mil habitantes por não serem consideradas ASPS, além da ação 20Q8.

A tabela 7 também aponta quais foram os valores executados em ações e serviços públicos de saúde em 2012 e 2013: R$ 78,2 bilhões e R$ 83,05 bilhões, respectivamente.

Segundo o Artigo 5º da Lei Complementar nº 141/2012, a União deve aplicar em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o montante correspondente ao

valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido da variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Sendo assim, como a variação do PIB de 2012 em relação a 2011 foi de 6,01%, o MS deveria aplicar em 2013, no mínimo, R$ 82,9 bilhões em ASPS, conforme demonstra a tabela 8.

TABELA 8
Piso para aplicação em ASPS (2013)

	R$ milhões
Valor empenhado 2012 (Lei nº 141)	78.211
Variação nominal do PIB (2012/2011) (%)	6,01
Valor adicional a ser aplicado	4.700,48
Valor mínimo em 2013	82.911
Valor empenhado 2013	83.053

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS.
Elaboração dos autores.

De fato o MS cumpriu o mínimo em 2013: ele deveria gastar R$ 82,91 bilhões em ASPS e gastou R$ 83,05 bilhões. É recorrente a reclamação dos conselhos estaduais e municipais de saúde acerca do cumprimento da emenda por parte do governo federal. Este aplica sempre o mínimo; nunca extrapola em grande escala esta margem. É por isso que o piso constitucional é frequentemente chamado de teto.

3.7.3 Execução orçamentário-financeira: uma análise dos investimentos federais

Como discutido nas seções anteriores, ainda há carência de investimentos para ampliação da oferta de serviços de saúde. Nos últimos três anos, a participação dos investimentos no gasto total com ações e serviços públicos de saúde do governo federal aumentou de 1,5%, em 2011, para 2,0% em 2013 (tabela 9).

TABELA 9
Valor e participação do investimento fundo a fundo em relação ao gasto federal com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) (2011-2013)

Ano	Gasto federal em ASPS (R$ bilhões)[1]	Investimento fundo a fundo (R$ bilhões)[1]	Participação (%)
2011	72.332,29	1.070,00	1,5
2012	80.063,17	875,84	1,1
2013	83.053,26	1.700,92	2,0

Fonte: Gasto federal ASPS – MS/SPO/SE; Investimento fundo a fundo – MS, sala de apoio à gestão, Transferência fundo a fundo – competência, Bloco: investimentos.
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Valores correntes.

Nos três anos analisados, a maior participação foi de investimentos de ampliação e construção de unidades básicas de saúde, seguida por aquisição de equipamentos e material permanente e pelo componente pré-hospitalar fixo da rede de atenção integral às urgências (tabela 10). Quando essas linhas/iniciativas são abertas para outras análises, observa-se que, na linha de aquisição de equipamentos e material permanente, há também uma significativa participação dos investimentos para estruturação da rede de serviços para atenção básica (44% do total dessa linha em 2013). Nessa mesma linha de investimento, a estruturação de unidades de atenção especializada teve a segunda maior participação (35%), seguida pelos serviços de atenção às urgências e emergências na rede hospitalar (17%).

TABELA 10
Linhas ou iniciativas de investimento do Ministério da Saúde transferidas fundo a fundo (2011 a 2013)

Linhas/iniciativa	(R$ milhões)[1]			(%)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Ampliação do âmbito do programa de requalificação de UBS	-	138,61	768,94	-	15,8	45,2
Aquisição de equipamentos e material permanente	298,17	288,17	497,62	27,9	32,9	29,3
Pré-hospitalar fixo das redes de atenção integral às urgências	270,32	174,96	163,22	25,3	20,0	9,6
Implantação de ações e serviços de saúde	48,68	139,45	102,81	4,5	15,9	6,0
Qualificação da gestão do SUS – investimento	26,41	13,56	45,37	2,5	1,5	2,7
Piso variável de vigilância e promoção da saúde (PVVPS) – investimento	-	33,50	42,95	-	3,8	2,5
Viver sem limites	-	-	19,05	-	-	1,1
Crack, é possível vencer	-	-	14,90	-	-	0,9
CAPS	-	-	12,60	-	-	0,7
Básico da assistência farmacêutica	-	7,37	9,02	-	0,8	0,5
Implantação de unidades básicas de saúde	396,79	67,60	7,27	37,1	7,7	0,4
Unidade de acolhimento	-	-	7,20	-	-	0,4
PROESF fase 2 – capital	17,33	7,88	4,61	1,6	0,9	0,3
Aquisição de materiais e mobiliários e de equipamentos de tecnologia e rede para o Samu	1,28	-	2,91	0,1	-	0,2
Piso de atenção básica variável	11,02	4,75	2,45	1,0	0,5	0,1
Total	**1.070,00**	**875,84**	**1.700,92**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão. Transferência fundo a fundo – competência. Bloco: Investimentos.
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Valores correntes.

Com isso, ao reorganizar os dados por modalidade de atenção pode-se argumentar que mais de 50% do investimento federal transferido fundo a fundo, em 2011 e 2013, foi constituído de investimentos em atenção básica, em atenção de urgência e emergência (26,9% e 14,8%, respectivamente),

em atenção especializada (11,7% e 10,5%, respectivamente). A vigilância em saúde, particularmente o programa de Academia da Saúde, teve participações variáveis, registrando seu maior peso em 2012, quando contou com 20,5% dos recursos de investimento do MS que foram transferidos fundo a fundo (tabela 11).

TABELA 11
Detalhamento dos investimentos do Ministério da Saúde transferidos fundo a fundo por modalidade de atenção (2011-2013)

	(R$ milhões)[1]			(%)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Atenção básica	544,13	336,51	1.099,23	50,9	38,4	64,6
Ampliação no âmbito do programa de requalificação das UBS	-	138,61	768,94	-	-	-
Estruturação de Rede de Serviços de Atenção Básica	127,15	117,67	220,42	-	-	-
Implantação de unidades básicas de saúde	396,79	67,60	102,81	-	-	-
Aquisição de equipamentos odontológicos (PAB variável)	0,85	4,45	0,80	-	-	-
SIS Fronteiras (PAB variável)	0,85	0,30	1,65	-	-	-
PROESF	17,33	7,88	4,61	-	-	-
Atenção básica em saúde bucal	1,17	-	-	-	-	-
Atenção às urgências e emergências	287,56	220,63	250,96	26,9	25,2	14,8
Serviços de atenção às urgências e emergências na rede hospitalar	15,96	43,23	84,83	-	-	-
Salas de estabilização (SE)	-	1,30	7,90	-	-	-
UPA	270,32	173,66	155,32	-	-	-
Aquisição de materiais e mobiliários e de equipamentos de tecnologia e rede para o Samu	1,28	2,44	2,91	-	-	-
Atenção especializada	125,31	121,98	179,33	11,7	13,9	10,5
Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde	125,01	118,59	174,03	-	-	-
Implantação do Centro de Especialidade Odontológica (CEO)	0,30	3,39	5,30	-	-	-
Saúde mental	-	-	27,50	-	-	1,6
CAPS	-	-	12,60	-	-	-
Crack, é possível vencer	-	-	14,90	-	-	-
Vigilância em saúde	58,56	179,75	140,47	5,5	20,5	8,3
Academia da saúde	48,38	124,97	85,90	-	-	-
Alimentação e nutrição	-	11,10	11,62	-	-	-
Piso variável de vigilância e promoção da saúde	-	33,50	42,95	-	-	-
Vigilância alimentar e nutricial – adesão PMAQ-AB	10,18	10,18	-	-	-	-
Outros	54,44	16,98	3,43	5,1	1,9	0,2
Total	**1.070,00**	**875,84**	**1.700,92**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão. Transferência fundo a fundo – competência. Bloco: Investimentos.
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Valores correntes.

Todavia, apesar de se observar a concentração dos investimentos em determinadas áreas, não se tem conhecimento de uma análise detalhada das necessidades. Isso porque a referência que era utilizada para isso, a Portaria nº 1.101 de 2002, está defasada e em processo de revisão. Ainda assim, devem ser realizados estudos mais aprofundados pensando a estruturação e organização das redes e regiões de saúde e as necessidades de investimentos a elas relacionados.

4 DESAFIOS

A análise da situação de saúde da população brasileira, um dos tópicos regulares deste periódico, permite identificar exemplos de sucesso e, ao mesmo tempo, descortinar situações que geram apreensão e demandam por políticas mais efetivas. Entre os exemplos de sucesso, que envolvem desde medidas que incidem sobre o controle de riscos até a disponibilização de recursos de tecnologia de ponta, alguns dos mais evidentes são: a redução da mortalidade infantil, a diminuição e até mesmo controle da ocorrência de doenças imunopreveníveis, a diminuição da desnutrição infantil, o controle do tabagismo, o programa de atenção e controle de HIV/AIDS e o programa de transplantes.

O sinal de alerta deve ser ligado, no entanto, para as características dominantes do perfil sanitário brasileiro, configurado por um crescimento, de certa forma previsível, da participação relativa das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), mas com a manutenção, ainda em níveis elevados da incidência, de algumas doenças transmissíveis, como a dengue, e de taxas inaceitáveis de morbi-mortalidade por causas externas.

As doenças do aparelho circulatório, que fazem parte das DCNTs, constituem a principal causa de morte em ambos os sexos, com grande participação das doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração. A maior parte das DCNTs pode ser prevenida, atuando-se sobre seus fatores de risco (obesidade, sedentarismo, hipertensão, tabagismo etc.), ou ter seu curso alterado por meio de ações de assistência, que começam por uma atenção primária de saúde de qualidade. Para o melhor controle das neoplasias necessita-se, além da atuação sobre fatores de risco, de medidas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. As causas externas, em que se destacam os homicídios e os acidentes de trânsito, requerem um conjunto diversificado de políticas e ações que superam, evidentemente, a responsabilidade do setor saúde, mas cabe a este setor a iniciativa indelegável de colocar o foco no problema e induzir políticas multissetoriais para seu enfrentamento.

Para responder às necessidades de saúde da população, organizam-se serviços de saúde. O Brasil tem como determinação constitucional a responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde, de que decorre a existência de um sistema público (SUS) de acesso universal, ou seja, cujos serviços todo cidadão brasileiro

tem direito de utilizar. Além do SUS, existe um setor privado, representado pelo segmento de planos e seguros privados de saúde e de provedores privados autônomos. Mais de 25% da população é usuária desses segmentos. Apesar da separação, existem ligações entre os três segmentos, seja no financiamento, em que recursos públicos, por meio de incentivos fiscais (dedução no imposto de renda e isenções fiscais, por exemplo), contribuem para a assistência privada, seja na execução de serviços, em que profissionais, equipamentos e instalações suprem as necessidades dos três segmentos.

Esse modelo traz efeitos perversos: *i)* parcela da população tem uma "dupla" cobertura subsidiada com recursos públicos; *ii)* retira do SUS justamente a parcela da população com maior poder de pressão e de maior exigência em relação à qualidade dos serviços; *iii)* reforça a mercantilização de ações cuja natureza é incompatível com a lógica do mercado.

É provável que este problema da segmentação não seja resolvido em um futuro próximo. O país, como consequência da liberalidade com que lida com o segmento privado, tem se mostrado um mercado atraente para o capital internacional nesse setor, e nem todos os políticos ou gestores setoriais consideram essa segmentação um problema. Mas, seria importante, do ponto de vista de justiça social, que o financiamento público para saúde tivesse o SUS, que é o sistema de acesso universal, como seu destinatário exclusivo. E que se fortalecessem mecanismos de regulação para assegurar que os usuários da saúde suplementar não sejam reduzidos a "consumidores" de "mercadoria" lucrativa.

Há consenso, entre os que se dedicam a analisar a questão da saúde no Brasil, de que o SUS sofre uma insuficiência crônica de recursos financeiros. A participação dos recursos públicos no gasto total com saúde, menos de 50% do total, não resiste a uma comparação com países que também possuem sistemas públicos com responsabilidade de cobertura universal. Nesses países, a participação pública nunca é inferior a 70% do total. Aportar maior volume de recursos para o SUS é condição essencial para que o sistema público possa cumprir suas responsabilidades constitucionais.

Como agravante, a insuficiência crônica de recursos, associada a problemas de gestão e ineficiência, está diminuindo a disponibilidade e adequação de profissionais, instalações e equipamentos para o SUS com reflexos no acesso da população aos seus serviços. Em setembro de 2014, por exemplo, a disponibilidade de leitos de UTI para o SUS – cerca de 20 mil, para atender toda a população do país –, era quase similar à disponibilidade de leitos para o segmento privado de planos e seguros de saúde, que atende a pouco mais de 25% da população.

Se houve avanço considerável em relação à cobertura com a estratégia de Saúde da Família (eSF), também é preciso reconhecer que reparos podem ser

feitos à resolubilidade e à adequação irrestrita desse modelo de atenção primária de saúde diante da diversidade de necessidades e de condições dos territórios. Entre os problemas está a questão do modelo único. Pensar a atenção básica tendo um modelo geral para todo o território nacional implica não reconhecer as diferentes capacidades municipais, a diversidade territorial de necessidades de saúde, de capacidade de gestão e organização dos sistemas próprios. Assim, faz-se necessário discutir se o que se quer é um único modelo de atenção básica ou modelos diversificados mais efetivos e resolutivos. Ademais, apesar de já decorridas duas décadas desde o início da implementação do SUS e apesar da prioridade dada à sua expansão, persistem problemas relacionados à formação/capacitação dos profissionais, sobretudo médicos, tanto em termos quantitativos como qualitativos, problemas que não foram superados no processo de formação profissional e de inserção na rede pública. Avaliações mais consistentes e eventuais reorientações são necessárias para que o modelo utilizado realmente seja capaz de produzir os efeitos esperados de uma atenção primária de saúde de boa qualidade.

Com a expansão da atenção básica, a organização de redes regionalizadas constitui elemento fundamental para garantir o acesso integral. Desde as tentativas iniciais mais concretas de 2002, a alternativa dos Consórcios Intermunicipais, passando pelo Pacto pela Saúde até, mais recentemente, o Decreto nº 7.508/2011, que criou o COAP, o fato é que ainda não se tem uma estratégia comprovadamente capaz de atender plenamente os requisitos da regionalização dos serviços do SUS, resolvendo os conflitos de gestão e de responsabilidade hoje existentes, sobretudo no que se refere à governança e ao financiamento desses espaços regionais. A complexidade de acordos interfederativos diante das desigualdades das necessidades e das capacidades de resposta dos entes federados, associada à insuficiência no financiamento, tem se mostrado um desafio que exigirá, além do foco prioritário, criatividade e flexibilidade no estabelecimento de arranjos operacionais que viabilizem a constituição de regiões de saúde capazes de assegurar acesso oportuno e resolutivo à população.

Avançar na busca de alternativas para a solução dos problemas supramencionados e promover um forte investimento na área de tecnologia da informação, com adoção de prontuários eletrônicos e de recursos de telemedicina, fecham uma lista básica dos desafios que, se superados, podem reativar a confiança no SUS como modelo preferencial de atenção à saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

AGU – ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO. Parecer nº 002/2008/PROEGE/GECOS. Participação de capital estrangeiro em operadora de plano de saúde com rede própria de

serviços de assistência à saúde e exegese do § 3º do Artigo 199 da Constituição Federal. Rio de Janeiro: AGU, 2008. Disponível em: <http://goo.gl/vozV5I>.

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009. Disponível em: <http://goo.gl/JkIeGB>.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório da qualificação das operadoras 2014**: ano-base 2013 – Programa de Qualificação de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/kbzE1Q>.

ARAUJO, E. M. *et al.* Diferenciais de raça/cor da pele em anos potencias de vida perdidos por causas externas. **Revista Saúde Pública** v. 43, n. 3, p. 405-412, 2009.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (Coords.). **Infância e violência doméstica**: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez, 1993. Disponível em: <http://goo.gl/CeDmHC>.

BANDEIRA, L. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 401-438, maio/ago. 2009. Disponível em: < http://goo.gl/S4lE30>.

BARBOSA, A. C. Q. *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. Trabalho apresentado no Congresso Mineiro de Epidemiologia e Saúde Pública, 5., Belo Horizonte, 2009. Belo Horizonte: Face/UFMG; MS/DAB, 2009.

BARRETO, J. L. *et al.* Perfil das demandas judiciais por medicamentos em municípios do estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 536-552, jul./set. 2013. Disponível em: <http://goo.gl/nNSEFP>. Acesso em: nov. 2014.

BASTOS, M. L. C. *et al.* Ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no Departamento de Assistência Farmacêutica – PA. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, 2013.

BATISTA, S. *et al.* Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/SIoVn1>.

BLAY, E. A. **Assassinato de mulheres e direitos humanos**. São Paulo: Editora 34, 2008.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Convênio ICMS 87/02. Concede isenção do ICMS nas operações com fármacos e medicamentos destinados a órgãos da administração pública direta federal,

estadual e municipal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002. Disponível em: <http://goo.gl/e9WbXR>.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de Gestão 2010**. Brasília: MS/Funasa, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/kMrGnW>.

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal, Subsecretaria de Tributação e Contencioso. **Demonstrativo dos Gastos Tributários 2013**. Brasília: MF, ago. 2012. Disponível em: <http://goo.gl/udDq7y>.

_____. Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 jun. 2013b. Disponível em: <http://goo.gl/26eAOI>.

_____. _____. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013c.

_____. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Levantamento**. Brasília: FiscSaúde, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2013**. Brasília: MS, 2014a.

_____. _____. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Casos de dengue**: Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 1990 a 2013. Brasília: MS, jul. 2014b. Disponível em: <http://goo.gl/EBXhCX>. Acesso em: 3 nov. 2014.

_____. _____. Secretaria de Vigilância Sanitária. Monitoramento dos casos de dengue até a Semana Epidemiológica (SE) 41 e febre de Chikungunya até a SE 42 de 2014. **Boletim Epidemiológico**, v. 45, n. 26, 2014c.

_____. Decreto nº 8.271 de 26 de junho de 2014. Altera o anexo ao decreto nº 3.803, de 24 de abril de 2001, que dispõe sobre o crédito presumido da Contribuição para o PIS/Pasep e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins, previsto nos Artigos 3º e 4º da Lei nº 10.147, de 21 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, jun. 2014d.

_____. Lei nº 12.973, de 13 de maio de 2014. Altera a legislação tributária federal relativa ao Imposto sobre a Renda das Pessoas Jurídicas – IRPJ e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 maio 2014e. Disponível em: <http://goo.gl/VKakua>.

_____. Mensagem nº 111, de 13 de maio de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014f.

_____. Projeto de Lei de Conversão nº 18, de 2014. Brasília: Câmara dos Deputados, 2014g.

_____. Portaria nº 1.976, de 12 de setembro de 2014. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013. **Diário oficial da União**, Brasília, 2014h.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Relatório da Comissão Especial destinada a discutir o financiamento da saúde pública**. Brasília: Câmara dos Deputados, out. 2013.

CAMINAL, J. *et al.* The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **European Journal of Public Health**, v. 14, n. 3, 2004. Disponível em: <http://goo.gl/IovpYA>. Acesso em: 13 nov. 2014.

CERQUEIRA, D. Mortes violentas não esclarecidas e impunidade no Rio de Janeiro. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, jun. 2012 . Disponível em: <http://goo.gl/ulSaJk>. Acesso em: 22 dez. 2014.

CIMI – CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **Violência contra os povos indígenas no Brasil**: dados de 2013. Brasília: Cimi, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/4x9pZW>.

COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-859, abr. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/FXr33n>.

CONTI, M. A. **Avaliação das demandas judiciais por acesso a medicamentos no Distrito Federal**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://goo.gl/FpiuAh>. Acesso em: nov. 2014.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 109-116, jan./fev. 2004. Disponível em: <http://goo.gl/wFKCqU>.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 15, suplemento 1, p. 959-966, 2010. Disponível: <http://goo.gl/CJzkQR>.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008. Disponível em: <http://goo.gl/6WUTgS>.

FERNANDES, V. B. L. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, 18 dez. 2009. Disponível em: <http://goo.gl/GgA45R>.

FERRAZ, A.; BASSETTE, F. 40% dos planos de saúde já oferecem hospitais e laboratórios próprios. **Estadão**, São Paulo, 3 fev. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/f6qnA9>.

FPA – FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisas de opinião**: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo, ago. 2010. Disponível em: <http://goo.gl/mYM5SA>.

FRANCISCO, J.-L.; FREITAS JÚNIOR, R. Rastreamento do câncer de mama. Rio de Janeiro: SBM, 25 mar. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/RssmWK>. Acesso em: 18 nov. 2014.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não- Médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, maio 2008.

FRENK, J. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Boletin of Sanit Panam**, v. 111, n. 6, p. 485-296, 1991.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. de. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 11, n. 49, jan. 2008. Disponível em: <http://goo.gl/j8mPC3>. Acesso em: nov. 2014.

GIUFFRIDA, A.; GRAVELLE, H.; ROLLAND, M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. **BMJ**, v. 319, n. 10, 1999. Disponível em: <http://goo.gl/0jJzvw>.

GUANAIS, F.; *et al.* **Primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean**. Washington: Dec. 2012. (Series of Avoidable Hospitalizations and Strengthening Primary Health Care, n. 266). Disponível em: <http://goo.gl/fxnX06>.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. **Journal of Ambulatory Care Manage**, Filadélfia, v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.

HOGERZEIL, H. V. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. **BMJ**, v. 329, p. 1169-1172, 2004.

KAFRUNI, S. ANS propõe que investidores estrangeiros possam controlar hospitais. **Correio Braziliense**, Brasília, 27 out. 2013. Disponível em: <http://goo.gl/BD3Ehm>.

LENIR Santos: abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços de saúde. **Cebes - 2011. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde**, 26 dez. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/G4LpeO>.

MAFRA, F. **O impacto da Atenção Básica em Saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/C7VIYn>.

MASCARENHAS, M. D. *et al.* Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no sistema de serviços sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 7-16, jan.-mar. 2009.

MAZZINI, L. Desnutrição matou 11 crianças índias em 5 meses em Japorã (MS). **Coluna Esplanada**, 17 mar. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/Souysv>. Acesso em: 14 out. 2014.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Team in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, p. 1-8, 2011.

MILLER, A. B. *et al.* Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. **British Medical Journal**, 2014.

MP – MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO; IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: MP/SPI; Ipea, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/QuqUuG>.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: MS, 2005a. Disponível em: <http://goo.gl/6HnjWt>.

_____. **Saúde da família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2005b.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Mem Fund Q**, v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.

PEIXOTO, Sandro Garcia Duarte; ROCHA, Fabiana Fontes. **Impactos da política de atenção básica de saúde**: uma análise a partir dos municípios da Região Sudeste. São Paulo: [s.n.], 2008.

PEREIRA, M. B. *et al.* Grupo etário e periodicidade recomendados para a mamografia de rastreio: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1135-1140, 2014.

PEREIRA, V.; BIANCONI, C. UnitedHealth compra Amil em acordo de R$ 10 bilhões. **Estadão**, 8 out. 2012. Disponível em: <http://goo.gl/J63gwb>.

RASELLA, D. *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **The British Medical Journal**, v. 348, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/vkCses>. Acesso em: 13 nov. 2014.

REICHENHEIM, M. E. *et al.* Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, Londres, p. 75-89, maio 2011. Disponível em: <http://goo.gl/TM9jKk>.

RODRIGUES-BASTOS, R. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 2, p. 120-127, mar./abr. 2013. Disponível em: <http://goo.gl/vjgp0v>.

SANTOS, V. *et al.* Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comomunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <http://goo.gl/JDbQLX>.

SOARES FILHO, A. M. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 745-455, 2011.

SOCIEDADE Brasileira de Urologia lança recomendações para o câncer de próstata 2013. **Sociedade Brasileira de Urologia**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/?noticias&id=1701>. Acesso em: 18 nov. 2014.

SUÁREZ, M. BANDEIRA, L. (Orgs.). **Violência, gênero e crime no Distrito Federal**. Brasília: Universidade de Brasília; Paralelo 15, 1999.

SUSPENSA comercialização de 65 planos de 16 operadoras. **Notícias ANS**, 13 nov. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/GTSlCx>.

TABÁR, L. *et al.* Swedish two-county trial: impact of mammographic screening on breast cancer mortality during 3 decades. **Radiology**, v. 260, n. 3, Sep. 2011.

VAZ, T. Quem é a UnitedHealth, a nova dona da Amil. **Exame**, 8 out. 2012. Disponível em: <http://goo.gl/8ggYDU>.

WAISELFISZ, J. J. **O mapa da violência no Brasil 2012**: atualização – homicídios de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/uA1HCw>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. **O mapa da violência no Brasil 2013**: acidentes de trânsito e motocicleta. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2013. Disponível em: <http://goo.gl/nD4NNO>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. **O mapa da violência no Brasil 2014**: jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/3Agmc3>. Acesso em: 17 dez. 2014.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: MS/SVS/Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/Bm0lyp>.

TAVARES, G. R. P. *et al.* **Diagnóstico das ações judiciais direcionadas à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Sato**. Trabalho apresentado no Congresso Consad de Gestão Pública, 3., Brasília, 2010. Brasília: Consad, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/2tjRDe>. Acesso em: nov. 2014.

CAPÍTULO 4

EDUCAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

A aprovação do novo Plano Nacional de Educação (PNE) no final de junho de 2014 pode ser considerada um marco referencial para a formulação da política educacional brasileira na próxima década. Além de ter resultado de um longo embate que envolveu o Executivo e o Legislativo federais, bem como a sociedade civil organizada, o novo PNE contempla um conjunto de metas ousadas, cujos alcances já se colocam como enormes desafios para a sociedade brasileira.

A divulgação dos resultados da avaliação trienal da pós-graduação brasileira, realizada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), constitui outro fato relevante. Neste caso, poderá ser constatado que os resultados são favoráveis, quando se tem por referência a proporção de cursos não recomendados (notas 1 e 2) em relação a de cursos com padrão internacional (notas 6 e 7). Ao se considerar a variação entre as duas últimas avaliações, 2010 e 2013, no entanto, a evolução não é significativa. Estes dois fatos relevantes constituem o objeto da seção 2 deste capítulo.

O acompanhamento da política, dos programas e das ações do Ministério da Educação (MEC) corresponde à seção mais substantiva e de maior vulto deste capítulo (seção 3). Trata-se, pois, de seu fulcro, cujas análises têm início com a execução orçamentária, passam pelas realizações em termos de resultados quantificáveis dessas inversões e culminam com a evolução dos indicadores educacionais, ainda que se saiba que estes últimos não resultam nem são explicados apenas pelas ações e iniciativas do MEC.

Por fim, na última seção, discorre-se sobre alguns temas considerados como desafios a serem vencidos na área educacional, em cada nível de ensino, bem como sobre uma temática que perpassa a superação desses desafios setoriais: a questão federativa e o regime de colaboração entre os entes federados.

2 FATOS RELEVANTES

2.1 Aprovação do PNE

Transcorridos mais de três anos desde o envio do Projeto de Lei nº 8.035 ao Congresso Nacional em dezembro de 2010, foi sancionada a Lei nº 13.005, em 25 de junho de 2014, que instituiu o PNE, a vigorar no decênio 2014-2023 (Brasil, 2014a).

A longa tramitação do recém-aprovado PNE[1] foi decorrente, em grande medida, do embate em torno da meta de investimentos públicos em educação, como proporção do produto interno bruto (PIB). De acordo com a proposta inicial do Executivo, previa-se que os dispêndios públicos deveriam atingir 7% do PIB ao fim do período abrangido pelo PNE. De outro lado, os movimentos sociais em defesa da educação propuseram o percentual de 10%.

Não resta dúvida de que o resultado alcançado, que culminou com a vitória dos 10% do PIB, representa um significativo avanço em relação ao PNE anterior, quando então a meta de 7%, aprovada pelo Congresso Nacional, foi vetada pelo Executivo.

Em 2001, momento em que era sancionado o PNE 2001-2010, a estimativa oficial de gastos públicos em educação situava-se em torno de 4% do PIB. Portanto, a meta estabelecida pelo Legislativo significava aumento de 75% em uma década. De acordo com o último dado disponibilizado pelo MEC (Brasil, 2014b), referente a 2011, o investimento público direto em educação correspondia a 5,3% do PIB. Portanto, a meta estabelecida no PNE 2014-2023 implicará aumento desta proporção em cerca de 90%.

Pode-se afirmar que a primeira condição necessária para o alcance das metas físicas contidas no novo PNE foi assegurada, ao menos em nível jurídico-legal. Porém, o desafio que se coloca agora é o de viabilizar a aplicação efetiva dos recursos previstos na lei que instituiu o PNE. Algumas dificuldades já foram apontadas por estudiosos da área. A primeira delas diz respeito à existência ou não de novas fontes capazes de assegurar o montante adicional de recursos que, em valores de 2011, corresponderiam a cerca de R$ 162 bilhões.[2]

Os *royalties* e as demais receitas oriundas da exploração do petróleo têm sido vislumbrados como principal fonte adicional de recursos para a educação. No entanto, deve-se lembrar que as estimativas de receitas a serem geradas, sobretudo com a produção nos campos do pré-sal, indicam que o total de recursos destinados à educação atingiria R$ 18,5 bilhões em 2018 (quinto ano da vigência do PNE)

1. Ver edições anteriores deste periódico – números 20 e 21.

2. De acordo com o INEP ([s.d.]b), o investimento público direto em educação realizado em 2011 correspondeu a 5,3% do PIB, ou o equivalente a cerca de R$ 220 bilhões. Para se atingir 10% do PIB naquele ano, seria necessário aporte adicional de R$ 195 bilhões.

e em 2022 se chegaria somente a R$ 37,5 bilhões.[3] Trata-se, portanto, de montantes insuficientes para o atingimento da meta nº 20 do PNE.

Outra questão que tem sido levantada diz respeito às responsabilidades dos entes federados. Os municípios são, em sua maioria, os entes mais frágeis do ponto de vista financeiro e técnico. Mesmo que se ampliem as transferências intergovernamentais, boa parte deles ainda não dispõe de capacidade técnica e de gestão para assegurar a educação de qualidade para todos.[4] A título de exemplo, cita-se a carência de profissionais da educação,[5] em número e qualidade, para atuar nos rincões das regiões Norte e Nordeste.[6]

De acordo com dados do INEP ([s.d.]b), o investimento público anual direto por aluno do ensino fundamental mais que dobrou no período 2005-2011, passando de R$ 2,1 mil para R$ 4,4 mil, em valores atualizados pelo índice de preços ao consumidor amplo (IPCA). No entanto, o rendimento escolar dos alunos não foi ampliado em proporção semelhante. Tomando-se como referência o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), verifica-se que no mesmo período houve aumento de 30% no índice médio nacional para os anos iniciais e de apenas 22% nos anos finais.

Não se tem como crença que investimentos e resultados em educação sejam diretamente proporcionais e tampouco que mudanças ocorram de forma imediata. Sabe-se que há um tempo de maturação entre as ações e as iniciativas educacionais e os resultados esperados. Porém, o que se pretende chamar atenção é para o fato de que a complexidade do processo educacional, que extrapola os limites físicos da instituição escolar, requer mais que investimentos financeiros para que os resultados alcançados se aproximem dos esperados.

Se o PNE 2001-2010 evidenciou o embate entre os movimentos sociais e a equipe econômica do governo federal, orientada pelo princípio do ajuste fiscal, que redundou no veto presidencial à meta de gasto público em educação, pode-se afirmar que o resultado alcançado pelo PNE atual superou esse impasse, na medida em que o Executivo cedeu às pressões oriundas dos movimentos sociais vinculados à educação. Portanto, este pode ser considerado o principal avanço em relação ao PNE anterior. Uma vez superado tal impasse, caberá à sociedade como um todo mobilizar-se para a efetiva aplicação desse dispositivo legal.

3. Ver Queiroz (2013).

4. Auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) mostrou, entre outros dados sobre gestão escolar, que mais de 60% das unidades escolares apresentavam deficiência na elaboração, na implementação e no monitoramento do planejamento anual (ver IRB e TCU, 2014).

5. De acordo com auditoria do TCU (IRB e TCU, 2014), que avaliou a qualidade do ensino médio em 580 escolas públicas brasileiras, somente no ensino médio havia falta de 32 mil professores, sobretudo nas disciplinas de física, química, sociologia e filosofia.

6. De acordo com o censo escolar 2013 do INEP (Inep, [s.d.]a), 40% das funções docentes na educação básica no Nordeste e 34% na região Norte não tinham formação em nível superior. Nas demais regiões, a proporção ficava abaixo de 18%.

2.2 Avaliação trienal da pós-graduação

Realizou-se, em 2013, a avaliação dos programas de pós-graduação *stricto sensu* pela Capes, referente ao período 2010-2012. Participaram desta edição mais de 3,3 mil programas instituídos no país, responsáveis pela oferta de cerca de 5,1 mil cursos.

Historicamente, o processo de expansão da pós-graduação *stricto sensu* tem passado por rigoroso controle da Capes, o que pressupõe o cumprimento de diversos requisitos pelas instituições de ensino. Desse modo, ao requerer o cumprimento de tais requisitos para o seu funcionamento, os custos de implantação e manutenção de um programa dessa natureza tornam-se mais elevados que, por exemplo, o de um curso de graduação, razão pela qual a oferta deste nível de formação é predominantemente pública, com cerca de 82% dos programas avaliados.

Na comparação com os resultados da avaliação anterior, realizada em 2010, verifica-se que houve aumento de 23% em relação ao total de programas avaliados. No âmbito destes, que comportam três tipos de cursos – mestrado acadêmico, doutorado e mestrado profissional –, destaca-se o crescimento relativo a este último da ordem de 63%.

No que se refere à distribuição de notas entre os programas avaliados, observa-se que não houve variação significativa entre as avaliações de 2010 e 2013, cujos resultados são apresentados na tabela 1.

TABELA 1
Brasil: resultados da avaliação trienal da pós-graduação, por programas (2010 e 2013)

Notas	Avaliação trienal			
	2010	**Total (%)**	2013	**Total (%)**
Notas 1 e 2	61	**2,2**	49	**1,5**
Notas 3 e 4	1.780	**65,5**	2.263	**67,8**
Nota 5	556	**20,5**	610	**18,3**
Notas 6 e 7	321	**11,8**	415	**12,4**
Total	**2.718**	-	**3.337**	-

Fonte: Capes/MEC.
Elaboração: Disoc/Ipea.

Além de ter havido uma pequena redução no número de programas não recomendados (notas 1 e 2), também se observa o aumento da proporção de programas com notas 3 e 4. Trata-se, neste caso, de um resultado esperado, uma vez que os programas novos tendem a receber estas notas em sua primeira avaliação.

Quando se desagregam as notas obtidas pelos programas, segundo a dependência administrativa, observa-se que há significativa heterogeneidade em sua distribuição.

Em linhas gerais, as redes estaduais, lideradas pelas Instituições de Ensino Superior (IES) paulistas, obtiveram maiores proporções de notas altas (maior ou igual a 5), conforme mostra a tabela 2.

TABELA 2
Brasil: distribuição percentual das notas da avaliação trienal da pós-graduação, por dependência administrativa (2013)

Dependência administrativa	Notas			
	1 e 2	3 e 4	5	6 e 7
Federal	1,0	70,0	17,3	11,7
Estadual	0,1	56,6	23,4	19,8
São Paulo	-	35,9	31,3	32,9
Municipal	6,9	86,2	6,9	-
Pública	0,8	66,3	19,0	13,9
Privada	4,4	74,6	15,2	5,9

Fonte: Capes/MEC.
Elaboração: Disoc/Ipea.

Somando-se as proporções de notas altas, verifica-se que cerca de dois terços dos programas ofertados pelas IES paulistas enquadram-se nesta categoria. Trata-se, portanto, de mais que o dobro do índice alcançado pelas Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes) (29%) e de proporção três vezes maior que o das IES privadas. Outro fato a ser destacado é que, além de apresentarem maior índice de excelência, todos os programas ofertados pelas IES paulistas foram recomendados.

Por fim, cabe salientar que o desempenho do setor privado não difere substancialmente daquele apresentado pelas Ifes, quando se tem por referência as proporções de programas com notas de 3 a 5, o que leva a crer que os critérios estabelecidos pela Capes têm sido efetivos no sentido de assegurar a qualidade dos cursos de pós-graduação *stricto sensu*.

3 ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA E DOS PROGRAMAS

Nesta seção, analisam-se a orientação da política e a execução física e orçamentária por níveis e modalidades de ensino, bem como a evolução de indicadores referentes a cada um deles.

De acordo com o Plano Plurianual (PPA) 2012-2015, o MEC gerencia três programas temáticos que correspondem aos níveis de ensino: *i)* educação básica; *ii)* educação profissional e tecnológica; e *iii)* educação superior. No âmbito de cada programa temático estão contidas ações finalísticas, perfazendo um total de 62 iniciativas.

Ao longo dos últimos anos tem sido positiva a evolução dos gastos no âmbito do MEC. No entanto, verifica-se que no biênio 2012-2013 o aumento real foi de apenas 5,2%. Para efeito de comparação, no biênio anterior foi registrado crescimento de 12,4%. Portanto, o baixo crescimento econômico dos anos recentes tem implicado em menor expansão do orçamento deste ministério. Ainda assim, o crescimento verificado no referido biênio foi consideravelmente maior que o do PIB, de apenas 2,5%.

Também chama atenção o fato de que parcela dos dispêndios realizados em 2013 refere-se a "restos a pagar" de exercícios anteriores. Isto é mais pronunciado nas ações que envolvem obras de infraestrutura, tendo em vista que estas tendem a sofrer atrasos na execução, o que implica em postergar o pagamento das parcelas para anos subsequentes ao do início de execução dos respectivos projetos.

No intuito de oferecer uma visão mais geral acerca da evolução da execução orçamentária do MEC, a tabela 3 apresenta os dispêndios realizados no biênio 2012-2013, segundo os três programas temáticos do MEC.

TABELA 3
Execução orçamentária do MEC, por programa temático do PPA (2012-2013)
(Em R$ de 2013 atualizados pelo IPCA)

Nível de ensino	2012	2013	Variação (%)
Educação básica	30.386.832.728	28.147.633.586	-7,4
Educação profissional e tecnológica	4.718.242.026	5.940.308.630	25,9
Educação superior	10.854.854.545	12.658.747.185	16,6
Total	**45.959.929.299**	**46.746.689.401**	**1,7**

Fonte: Siafi/Sidor.
Elaboração: Disoc/Ipea.

Conforme se observa na tabela 3, a educação básica foi o único nível de ensino que registrou redução na execução orçamentária, no biênio 2012-2013. De outro modo, a educação superior e, principalmente, a educação profissional e tecnológica tiveram aumentos expressivos. Além da manutenção de suas redes de ensino constituir atribuição precípua da União, cabe ressaltar que ambas se encontram em processo de expansão, o que explica em grande medida esse crescimento.

3.1 Educação básica

A educação básica compreende a educação infantil (creche e pré-escola), o ensino fundamental e o ensino médio. Ainda que estes três níveis de ensino sejam ofertados predominantemente sob a vertente regular, existem ainda modalidades específicas, tais como a educação especial (para pessoas com deficiências e superdotados),

a educação indígena e quilombola, e a educação de jovens e adultos (presencial, semipresencial e a distância).

3.1.1 Execução financeira

Conforme foi mostrado acima, houve diminuição dos dispêndios, entre 2012 e 2013, da ordem de 7%. A ação que sofreu maior redução foi a de *Apoio ao desenvolvimento da educação básica*. Neste caso, houve queda de 92% em relação ao montante despendido em 2012, o que representou cerca de R$ 2 bilhões a menos do que o executado no ano anterior. De acordo com o Relatório de Gestão do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) (2013), isso se explica pelo fato de o cronograma de elaboração, análise e aprovação dos Planos de Ação dos estados e municípios ter se concentrado no final do exercício de 2013, o que inviabilizou o repasse de boa parte do montante de recursos previstos.

Por outro lado, houve ações com aumento significativo dos dispêndios, tais como a concessão de bolsas de apoio à educação básica. Por meio desta ação, são transferidos recursos a estados e municípios para o pagamento de bolsas em diversas modalidades (alfabetizadores, gestores, conselheiros escolares etc.). Cerca de 95% de um total de 2,7 milhões de bolsas pagas corresponderam a iniciativas vinculadas ao Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa, lançado em 2012. Observa-se que esta ação registrou crescimento de 90% em relação ao montante executado no ano anterior, o que implicou um aporte adicional de R$ 713 milhões.

Os investimentos voltados à implantação e à recuperação da infraestrutura física das escolas da educação básica continuam sendo ampliados, ainda que em ritmo mais lento. No biênio 2012-2013 houve aumento de 4%, de modo que um total de R$ 4,9 bilhões foi investido por intermédio de três ações: *i)* infraestrutura para a educação básica; *ii)* implantação de escolas para educação infantil; e *iii)* implantação e adequação de estruturas esportivas escolares.

Por fim, cabe ressaltar um dado negativo que se refere à educação de jovens e adultos (EJA). Em que pese a ainda elevada porcentagem de analfabetos na população de 15 anos ou mais (8,7%), os gastos do MEC com esta modalidade de ensino têm sido decrescentes. Somente no biênio 2012-2013, houve redução de cerca de 34% dos recursos investidos.

Quando se analisa a execução orçamentária das principais ações no âmbito do MEC, verifica-se que houve redução dos dispêndios em quase todas elas. De outro modo, chama atenção o aumento dos gastos realizados por intermédio de três ações: *i)* concessão de bolsas de apoio à educação básica; *ii)* exames e avaliações da educação básica; e *iii)* dinheiro direto na escola, tal como mostra a tabela 4.

TABELA 4
Gastos realizados por ações do programa Educação Básica Brasil (2012-2013)
(Em R$ de 2013 atualizados pelo IPCA)

Ação	2012	2013	Variação (%)
Complementação da União ao FUNDEB	11.196.310.815	10.745.889.355	-4,0
Apoio à alimentação escolar na educação básica	3.509.244.795	3.547.607.928	1,1
Apoio ao transporte escolar na educação básica	626.161.601	581.472.971	-7,1
Apoio ao transporte escolar – caminho da escola	740.603.914	520.729.298	-29,7
Produção, aquisição e distribuição de livros e materiais didáticos e pedagógicos para a educação básica	1.851.105.074	1.492.136.842	-19,4
Concessão de bolsas de apoio à educação básica	796.115.691	1.508.897.563	89,5
Apoio à capacitação e à formação inicial e continuada de professores, profissionais, funcionários e gestores para a educação básica	443.267.127	395.739.945	-10,7
Tecnologia da informação e comunicação para a educação básica	122.158.154	119.880.722	-1,9
Infraestrutura para a educação básica	1.693.269.400	1.743.477.717	3,0
Implantação de escolas para educação infantil	1.889.448.672	1.984.200.000	5,0
Implantação e adequação de estruturas esportivas escolares	1.126.303.485	1.168.600.000	3,8
Dinheiro direto na escola para a educação básica	2.158.612.706	2.652.021.011	22,9
Apoio ao desenvolvimento da educação básica	2.194.576.799	169.915.912	-92,3
Concessão de bolsa para equipes de alfabetização	479.987.746	317.240.000	-33,9
Apoio à alfabetização e à educação de jovens e adultos	323.832.598	211.950.311	-34,5
Apoio a iniciativas para a melhoria da qualidade da educação de jovens e adultos	2.683.158	3.611.941	34,6
Exames e avaliações da educação básica	464.440.818	636.149.454	37,0
Censo escolar da educação básica	15.292.793	17.679.079	15,6
Funcionamento das instituições federais de educação básica	137.010.652	123.640.236	-9,76
Elevação da escolaridade e qualificação profissional – Projovem Urbano e Campo	240.394.302	67.917.321	-71,7
Demais ações	376.012.427	138.875.980	-63,1
Total	**30.386.832.728**	**28.147.633.586**	**-7,4**

Fonte: Siafi/Sidor.
Elaboração: Disoc/Ipea.

Ainda que tenha havido redução dos dispêndios do MEC com a educação básica, constata-se que no âmbito do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) houve aumento das receitas efetivas da ordem de 4,5% em relação ao montante disponibilizado no ano anterior. Quando se tem por referência o valor mínimo por aluno, verifica-se que o crescimento foi ainda maior, conforme mostra a tabela 5.

TABELA 5
Brasil: receitas do FUNDEB e valor mínimo por aluno (2012-2013)
(Em R$ de 2013 atualizados pelo IPCA)

	2012	2013	Variação (%)
Receita total	113.982.272.535	119.104.198.376	4,5
Valor mínimo por aluno	2.140,23	2.287,87	6,9

Fonte: FNDE/MEC.
Elaboração: Disoc/Ipea.

O aumento mais acentuado em relação ao valor mínimo por aluno deve-se à redução do contingente de matriculados na educação básica, no período 2012-2013. De acordo com o censo escolar da educação básica, realizado pelo INEP ([s.d.]a), as matrículas na educação básica nas redes públicas de ensino sofreram redução de cerca de 2% ao ano, no período 2011-2013. Provavelmente, esta redução do quantitativo de matrículas deve-se, além de mudanças demográficas recentes, ao aumento da taxa de aprovação no ensino fundamental e à consequente redução do estoque de alunos matriculados.

3.1.2 Programas e ações

A efetiva universalização do acesso à escola, assim como a garantia da permanência e, por fim, o sucesso escolar de crianças e jovens dependem de um conjunto de ações e iniciativas. Na educação básica, os desafios e as demandas são distintos quando se analisam os diferentes níveis de ensino por ela abrangidos. Por exemplo, quando se trata da educação infantil, verifica-se que o acesso ainda é bastante restrito devido à insuficiência da oferta, especialmente no que se refere às creches. Por sua vez, no ensino fundamental, a qualidade dos insumos educacionais emerge como um dos principais obstáculos à consecução dos objetivos desse nível de ensino. Instalações escolares inadequadas e professores insuficientemente qualificados ainda são a realidade de muitas escolas brasileiras. No ensino médio, que abriga proporção significativa de estudantes no período noturno – muitos dos quais trabalham no período diurno – tem sido defendida a necessidade de sua adequação curricular e metodológica aos novos tempos, de modo a conferir sentido a esta etapa da educação básica. Finalmente, na educação de jovens e adultos, que constitui modalidade de ensino destinada àqueles que ingressaram tardiamente no sistema educacional ou que não conseguiram avançar no ritmo considerado adequado, os resultados têm evidenciado baixíssimas eficiência e eficácia.

Entre os insumos educacionais comuns a todos os níveis de ensino, merece atenção especial a formação de professores, uma vez que esta tem sido reconhecida como um dos principais limitantes do sucesso escolar de crianças e jovens brasileiros. Estudos como o de Guimarães (2013) evidenciam a importância da qualificação docente para o aprendizado dos alunos.