

Título	SAÚDE
Autores (as)	André Codo Jakob Edvaldo Batista de Sá Leila Posenato Garcia Luciana Mendes Servo Sérgio Francisco Piola
Título do BOLETIM	BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS – ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Ano	2012 (n.20)
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.

SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

O ano de 2010, mais especificamente o segundo semestre, foi marcado pela campanha eleitoral, o que, de certa forma, impôs alguns limites à execução de políticas, particularmente as políticas de investimento, ou à proposição de novas ações.¹ Logo após o pleito, iniciou-se um período de transição, marcado por muitas expectativas. No novo governo, iniciado em janeiro de 2011, na área da saúde, houve continuidade de políticas e programas já consolidados e foram lançados políticas e programas que estavam sendo discutidos há algum tempo. Na vigilância em saúde, destacam-se o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Pacto Nacional pela Redução dos Acidentes de Trânsito.

Todavia, com a mudança no comando do Ministério da Saúde (MS), observou-se uma profusão de formalizações de propostas e atos, particularmente de natureza normativa, num curto espaço de tempo, grande parte dos quais já vinha sendo gestada há algum tempo. Estas iniciativas têm, potencialmente, um significativo impacto sobre a organização e natureza do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste campo, destacam-se a regulamentação de dispositivos da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) e da incorporação de tecnologias no SUS, por meio da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.

O foco discursivo da nova gestão foi colocado na ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde.² Com este foco, já nos primeiros meses, altera-se parte da política de assistência farmacêutica, particularmente do Programa Farmácia Popular, com a implantação do Saúde Não Tem Preço, e propõe-se a Rede Cegonha como estratégia para ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção à saúde materna e da criança nos dois primeiros anos de vida.

1. O Artigo 73, inciso VI, da Lei nº 9.504 de 1997 proíbe, nos três meses que antecedem ao pleito, “realizar transferência voluntária de recursos da União aos Estados e Municípios, e dos Estados aos Municípios, sob pena de nulidade de pleno direito, ressalvados os recursos destinados a cumprir obrigação formal preexistente para execução de obra ou serviço em andamento e com cronograma prefixado, e os destinados a atender situações de emergência e de calamidade pública”.

2. O atual ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em seu discurso de posse, afirmou: “E a grande reclamação das pessoas é exatamente o não acesso, a demora, a espera. Eu quero dizer que tenho, como ministro da Saúde, uma obsessão e quero que seja obsessão minha, dos meus secretários – preparem-se todos –, da minha secretária, da minha equipe, a nossa obsessão tem que ser colocar no centro do planejamento das ações de saúde deste país um esforço: perseguir a garantia do acolhimento de qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde daquelas pessoas. Este tem que ser um objetivo quase único deste ministério” (BRASIL, 2011a).

Houve também uma inversão, pelo menos num primeiro momento, do discurso com relação à necessidade de financiamento para o SUS. Mesmo reconhecendo a necessidade de se ampliar recursos financeiros, afirma-se que é importante primeiro mostrar resultados, melhorando a gestão do sistema de saúde. Assim, o MS reforça o discurso de que a transferência de recursos, principalmente dos recursos adicionais, deve estar condicionada ao alcance de metas e à necessidade de se ampliar o monitoramento e a avaliação de resultados do SUS. A regulamentação de alguns dispositivos da Lei nº 8.080 já incorpora esta proposta. Além disso, no campo da atenção básica, foi proposto o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e colocado em consulta pública o Programa de Avaliação para Qualificação do SUS. A necessidade de se discutir a ampliação de recursos foi retomada, no segundo semestre de 2011, com os debates em torno da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29).

Assim, neste texto, considerando-se as peculiaridades dos anos de 2010 e dos primeiros meses de 2011, optou-se por destacar algumas decisões que resultaram, ou podem vir a resultar, em importante impacto sobre a política de saúde, tendo em vista o foco do discurso da atual gestão em torno do acesso aos serviços de saúde.

2 FATOS RELEVANTES

Os primeiros meses de 2011 foram marcados por importantes iniciativas legislativas para o SUS. Merecem destaque nesta seção: *i*) o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta dispositivos da Lei nº 8080; e *ii*) a Lei nº 12.401, de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080 no que se refere à assistência farmacêutica e à incorporação de tecnologia no SUS. Também merece destaque a Lei nº 1.131, do Estado de São Paulo, publicada em 27 de dezembro de 2010, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, autorizando o atendimento de pacientes particulares e de planos de saúde privados nas organizações sociais que prestam serviços para o SUS. Esta Lei altera a Lei Complementar nº 846, de 4 de julho de 1998, e traz novamente à discussão a chamada “dupla porta de entrada” em estabelecimentos públicos de saúde.

2.1 Principais novidades da regulamentação da Lei nº 8.080 trazidas pelo Decreto nº 7.508 de junho de 2011

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamenta os dispositivos constitucionais para a área da saúde, ao dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. É bastante abrangente e regula, a partir do Título II, o SUS – objetivos e atribuições; princípios e diretrizes; organização, direção e gestão; competências e atribuições; participação complementar do setor privado; recursos humanos, financeiros e outras questões. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, recupera dois temas – participação

social e transferências intergovernamentais de recursos – que haviam sido vetados na Lei nº 8.080. Juntas, elas constituem a principal legislação estruturante do SUS.

Apesar de abrangentes, essas leis apresentam diversos dispositivos que, ao longo da implementação do SUS, se mostraram carentes de regulamentação que lhes desse a clareza necessária ou que complementassem a intenção inicial do legislador. O caso mais notório desta carência de regulamentação é o Artigo 35 da Lei nº 8.080, que trata dos critérios de transferência de recursos federais para os estados, o Distrito Federal e os municípios.

Entre as novidades do recente Decreto nº 7.508, apenas para citar as consideradas mais relevantes, incluem-se o contrato interfederativo e a definição de parâmetros para o balizamento dos conceitos de integralidade da atenção e de acesso universal e igualitário, como se verá mais adiante. O Decreto nº 7.508 também expressa o avanço conceitual alcançado a respeito de alguns aspectos organizativos do sistema, como os conceitos de regionalização e de redes de atenção. Por fim, reforça instrumentos de gestão compartilhada, como são os colegiados intergestores. Entre as ausências importantes, em um decreto que se propõe a regulamentar a Lei nº 8.080, está o tema do financiamento, sobretudo quando se observa a grande ênfase que é dada a aspectos de organização regionalizada da rede, que requer, obviamente, novos arranjos financeiros.

A ideia de regulamentar alguns dispositivos da Lei nº 8.080 não é nova. Na verdade, como disse Gilson Carvalho em uma de suas “análises domingueiras”: chega com 20 anos de atraso (CARVALHO, [s.d.]).³ A proposta mais recente, que acabou gerando o Decreto nº 7.508, começou a ser trabalhada ainda em 2008, a pedido do então ministro José Gomes Temporão. O instrumento *decreto presidencial* foi escolhido por ser mais adequado aos propósitos pretendidos – regulamentação de lei – e por ser hierarquicamente mais elevado do que a *portaria ministerial*, amplamente utilizada pelo MS na regulamentação do SUS até o momento.

O decreto, segundo sua ementa, dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. As bases organizacionais do SUS – rede de serviços regionalizada e hierarquizada – estão definidas tanto na Constituição Federal (Artigo 198), como na Lei nº 8.080 (Artigo 7º, IX, b). A necessidade de regionalizar – definir um território, uma população – e de hierarquizar a rede de serviços em função da densidade tecnológica e de economias de escala são conceitos bem antigos, mas que raramente foram implementados em sua plenitude, a não ser em espaços geográficos restritos. Apesar da importância da organização da rede, o processo de regulamentação da implementação do SUS, que

3. Carvalho, G. Regulamentação da Lei 8080: Um Decreto com 20 Anos de Atraso. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/artigos/1831-regulamentacao-da-lei-8080-um-decreto-com-20-anos-de-atraso-por-gilson-carvalho>>. Acesso em setembro de 2011.

se inicia com as Normas Operacionais Básicas (NOBs) nos anos 1990, pouco abordou os conceitos de organização dos serviços, dedicando-se mais à questão da descentralização da gestão do sistema (NOBs nºs 01/90, 01/91 e 01/93) e descentralização e financiamento da atenção básica (NOB nº 01/96). Somente as Normas de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002 se dedicaram à questão da organização dos serviços, resgatando os conceitos de regionalização e hierarquização. Estas normas foram importantes para recuperar o papel das secretarias estaduais de Saúde na coordenação dos sistemas estaduais. Toda a experiência anterior das NOBs 01/93 e 01/96 ensejaram um protagonismo bastante forte dos municípios, com retração da esfera estadual. Contudo, as exigências de cumprir a diretriz de atendimento integral e a constatação óbvia de que a integralidade da assistência só poderia ser alcançada dentro do sistema interfederativo, articulando serviços que, na maioria das vezes, se localizavam fora do âmbito de cada município, levou à discussão mais intensa sobre o processo de regionalização e conformação de redes de atenção. Apesar de procurar regulamentar aspecto importante do SUS, as NOAS não alcançaram a totalidade de seus objetivos. Em parte porque as três esferas de governo ainda não tinham acumulado experiência suficiente em diversos aspectos relacionados à gestão interfederativa. O decreto atual, com os instrumentos que cria – sobretudo a figura do contrato organizativo da ação pública –, reforça a possibilidade de que, desta vez, os resultados sejam mais positivos.

Novidades auspiciosas são trazidas na seção II, que trata da hierarquização. Esta seção é importante porque busca definir as condições de acesso aos serviços do SUS, de forma universal, igualitária e ordenada. A seção começa por estabelecer as portas de entrada às ações e serviços de saúde nas redes de atenção à saúde: os serviços de atenção básica, de atenção de urgência e emergência e serviços especiais de acesso aberto. Além disso, trata de aspecto que tem gerado muita polêmica e mobilizado o Ministério Público e os tribunais de justiça, que é o direito à assistência integral à saúde, também conhecido como integralidade do atendimento. Este direito pode ser entendido em dois sentidos. No horizontal, abrangeria desde a promoção da saúde até a recuperação/reabilitação. No vertical incluiria todos os serviços, dos mais simples até os mais complexos, ou, como se costuma dizer, da vacina ao transplante. Estes dois entendimentos podem ser inferidos da Lei nº 8.080, Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes do SUS, que no item II do Artigo 7º traz a seguinte definição: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso *em todos os níveis* de complexidade do sistema” (grifo nosso). Todavia, que ações e serviços seriam estes no caso da assistência à saúde? Seriam os procedimentos constantes na tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS? Em princípio, sim, mas isto não estava definido em nenhum lugar.

O Decreto nº 7.508, em seu Artigo 20, ao criar a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), define que esta relação deverá compreender todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para o cumprimento da integralidade do atendimento à saúde. A relação, que deverá ser atualizada a cada dois anos, representará o elenco de serviços oferecidos pelo SUS. No Artigo 20, também é conceituada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que “compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS”. A cada dois anos, o MS consolidará e publicará as atualizações da Rename e do Formulário Terapêutico Nacional (FTN), que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso de seus medicamentos.

A confecção de uma lista com medicamentos essenciais não chega a ser uma novidade. Na década de 1970, a Central de Medicamentos (Ceme) instituiu uma lista de medicamentos essenciais, também chamada Rename, que subsiste até hoje. Mas o que a proposição atual traz de mais relevante, e que a diferencia da experiência anterior, é que agora são definidos a periodicidade e os mecanismos que serão utilizados para a inclusão de novos medicamentos e de novas tecnologias de tratamento no rol dos serviços e da assistência farmacêutica do SUS. Diversas propostas de Lei vinham tramitando há algum tempo para regular esta questão, sobretudo na área da assistência farmacêutica. Mais adiante, serão discutidos os principais pontos destas iniciativas do Legislativo.

O decreto também tratou de definir um entendimento para o acesso universal à assistência farmacêutica (Artigo 28, itens I a IV), a saber:

- I. estar o usuário assistido por ações e serviços do SUS;
- II. ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- III. estar a prescrição em conformidade com a Rename e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- IV. ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS (Brasil, 2011g).

Os itens *i*, *ii* e *iv* reforçam o entendimento, defendido por alguns especialistas e gestores do SUS, de que a integralidade se dá nos serviços do SUS. Exemplificando: alguém que esteja em tratamento por conta de um plano privado de saúde, fazendo tratamento radioterápico em unidade credenciada do plano, não poderia optar por receber os medicamentos quimioterápicos no SUS, a menos que concomitantemente tivesse atendido aos critérios estabelecidos nos itens I a IV do Artigo 28.

A proposição tem lógica, pois, até para que o SUS possa programar suas disponibilidades de medicamentos, o ideal é que estes sejam prescritos ou que a prescrição seja referendada por profissional vinculado ao SUS. Foi justamente para evitar iniquidades no acesso ao transplante de órgãos que o MS já havia publicado a Portaria nº 2041, de 25 de setembro de 2008, para colocar em igualdade de condições o cidadão que faz todos os seus exames no SUS com aqueles que, também na lista de transplantes, fizessem seus exames por meio de planos privados. O fato é que, na prática, os usuários do SUS que têm planos privados estão acostumados a conformar a sua cesta de serviços de saúde da maneira que lhes pareça mais conveniente. Usam o SUS para alguns serviços e seus planos para outros. Assim vai continuar acontecendo na maioria das ações e serviços. A restrição tende a ocorrer de fato para as doenças que exigem tratamento contínuo de alto custo.

Outro dispositivo que merece ser acompanhado com cautela é o que possibilita (Artigo 27) a adoção pelos estados, Distrito Federal e municípios de relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a Rename, “respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores”. O Artigo nº 24, que tem a mesma redação, possibilita a adoção de relações específicas e complementares também à Renases, por parte dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. A adoção de relações complementares é justificável para atender a necessidades decorrentes de situações epidemiológicas específicas. Por exemplo, nas áreas de fronteira da região Norte, pode-se ter a necessidade de medicamentos específicos para determinadas zoonoses.

O risco, na tentativa de preservar um salutar grau de autonomia das Unidades da Federação, é que aquelas com maiores recursos passem a adotar listas mais extensas, com maior elenco de procedimentos e medicamentos mais novos, antes que estes sejam incluídos nas respectivas relações nacionais. Ou seja, o usuário do SUS residente em um estado mais rico poderia ter acesso a uma listagem mais diversificada de medicamentos ou serviços. Pode-se argumentar que hoje já é assim, pois quem reside em São Paulo tem condições mais facilitadas de acesso, para problema de saúde idêntico, do que o cidadão residente na região Norte, por exemplo. De qualquer forma, é questão que deve ser acompanhada.

O decreto também traz novidades relevantes no campo da gestão compartilhada interfederativa. Os Artigos 30 e 31 reforçam o papel das comissões intergestores como os espaços mais importantes de pactuação técnico-política do SUS. Ademais, referenda o papel da Comissão Intergestores Regional (CIR), que terá destaque na implementação e na conformação das redes regionais de atenção à saúde. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) tem reconhecida sua importância: são de sua competência exclusiva as diretrizes gerais para a composição da Renases,

dos critérios para planejamento integrado das regiões de saúde, das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde. Mas a novidade maior no campo da gestão é o *contrato organizativo da ação pública*. O contrato, diferentemente do termo de compromisso que passou a ser adotado a partir de 2006 no âmbito do Pacto pela Saúde, define as responsabilidades dos entes federativos em uma Região de Saúde. Ao contrário do termo de compromisso, que era um instrumento unilateral, o contrato organizativo é multilateral e tem valor jurídico reconhecido. Em resumo, como diz o Artigo 35,

O contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde definirá responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Brasil, 2011g).

2.2 Aperfeiçoando a regulamentação da assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia no SUS

A Lei nº 12.401/2011 é resultante de dois projetos de lei que tramitavam no Congresso Nacional desde 2007. O Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 219/2007, de autoria do senador Tião Vianna, e o PLS nº 338/2007, de autoria do senador Flávio Arns. Foram analisados na Comissão de Constituição e Justiça do Senado, que votou pela rejeição do PLS nº 219/2007, e pela aprovação do PLS nº 338/2007, na forma de emenda substitutiva.

A Lei nº 12.401 acrescenta ao Título II da Lei nº 8.080 (Do Sistema Único de Saúde) um capítulo (VIII) que estabelece regramentos para a assistência terapêutica e para a incorporação de tecnologia em saúde. A Lei nº 12.401 começa regulamentando o conceito de assistência terapêutica integral a que se refere a alínea “d” do inciso I do Artigo 6º da Lei nº 8.080. Nesta questão, estabelece a necessidade de que as prescrições estejam de acordo com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou agravo a ser tratado; na ausência deste, a prescrição deve ser feita com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS e nas relações suplementares instituídas por estados e municípios. Também define mecanismos e procedimentos necessários “à incorporação, à exclusão ou à alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica” (Artigo 19-Q), dando maior suporte jurídico às atribuições da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. A Lei nº 12.401 complementa e é complementada pelo Decreto nº 7.508. A incorporação de novos produtos e serviços é aspecto crítico para os sistemas de saúde, pois, se de um lado, podem aumentar a efetividade e qualidade da atenção,

de outro, podem – quando as inovações não são adequadamente selecionadas –, causar impactos importantes sobre os custos destes sistemas. Nos últimos anos, o SUS vem sendo questionado por meio de ações judiciais para o fornecimento de serviços e, sobretudo, medicamentos para seus beneficiários.

Este processo de se recorrer ao Judiciário para garantir direitos, como o de acesso/utilização de serviços públicos de saúde ou de planos e seguros privados, é chamado de “judicialização da saúde”. A análise das ações judiciais tem mostrado que há demandas referentes a medicamentos ou serviços previstos nas tabelas ou relações de serviços, mas, muitas vezes, as solicitações dizem respeito a medicamentos ou serviços ainda não incorporados às listas ou tabelas dos subsistemas públicos ou privados. A não incorporação pode ser motivada por razões que se estendem desde o fato de ainda estarem em fase de experimentação clínica, até a situação de ainda não terem sido suficientemente analisadas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou tecnologia e, muito menos, a avaliação econômica dos custos e benefícios comparativamente às tecnologias em uso. O fato é que a pressão de diversos segmentos – indústria, profissionais de saúde e usuários – exerce papel muito forte no processo, daí a necessidade de existirem regramentos claros e socialmente aceitos para o processo de incorporação tecnológica. A falta de um contorno legal mais explícito para esta questão era um dos vácuos legislativos do SUS. A Lei nº 12.401 tem por objetivo estabelecer estes regramentos, principalmente os mecanismos administrativos para sugestão, análise e inclusão de novos produtos e serviços à atenção da saúde.

Certamente, a Lei nº 12.401 não extinguirá ou evitará o acolhimento de pedidos feitos à Justiça. Este não é seu objetivo principal, o qual consiste, na verdade, em estabelecer regulamentos para o acesso à assistência farmacêutica e a incorporação de tecnologia no SUS, visando conferir maior racionalidade e transparência ao processo.

2.3 Oficializando a dupla porta de entrada: Lei nº 1.131/2010, do Estado de São Paulo, que permite às organizações sociais ofertarem serviços a pacientes particulares e de planos e seguros privados de saúde

Em 27 de dezembro de 2010, o governo do Estado de São Paulo aprovou a Lei Complementar nº 1.131/2010, que altera a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais (OS).⁴ Em julho do ano seguinte, o governo de São Paulo publicou o Decreto

4. Os debates sobre as OS estão relacionadas a uma discussão mais ampla sobre a autonomia administrativa de estabelecimentos públicos em seus vários aspectos, entre eles, contratação de recursos humanos, aquisição de material e equipamentos, gestão do orçamento e gestão administrativa. Como alternativa ao modelo de OS entrou em pauta a discussão sobre fundação estatal, tema abordado na edição nº. 15 de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, que não será tratado nesta edição. Contudo, a discussão sobre o caso de São Paulo adiciona outros elementos ao debate acerca da introdução da “dupla porta” em unidades públicas de saúde, por meio da venda de serviços para planos e seguros de saúde, o que constitui relevante objeto de análise.

nº 57.108/2011, regulamentando as condições de contratos diretos entre estas organizações e operadoras de planos e seguros privados de saúde. A nova legislação permite que unidades de saúde especializadas e de alta complexidade geridas por OS ofereçam serviços a pacientes particulares ou usuários de planos de saúde privados, na proporção de até 25% de sua capacidade operacional total, cabendo à Secretaria de Estado de Saúde (SES/SP) definir quais unidades poderão usufruir desta permissão. A iniciativa, como previsível, gerou intenso debate entre o Executivo paulista e diversos especialistas da área de saúde pública. O principal argumento do governo do estado para a medida é que este procedimento viria possibilitar a cobrança dos atendimentos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde em instalações públicas. Respondendo àqueles que discordavam da medida por entender que ela poderia levar a um acesso facilitado e privilegiado destes pacientes aos serviços de tais unidades, o secretário de Saúde paulista argumentava que a regulamentação da Lei cuidaria de estabelecer os procedimentos cautelares adequados.

Inúmeros especialistas da área de saúde pública, no entanto, prognosticam na implementação da Lei recentemente aprovada um aval do Poder Público paulista à adoção da chamada “dupla porta de entrada” nas OS paulistas, que tinham, até a aprovação desta Lei, o mérito de atenderem exclusivamente a pacientes do SUS.

Diversas instituições também se manifestaram contrariamente à Lei nº 1.131 e seu decreto regulamentador. O Ministério Público do Estado questionou estes instrumentos legais junto ao Tribunal de Justiça de São Paulo e ganhou liminar a aplicação do decreto. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo também se manifestou contra a proposta do Executivo em sessão plenária de 23 de agosto de 2011. Pouco tempo antes, também o Conselho Nacional de Saúde se pronunciou, com a Resolução nº 445, de 11 de agosto de 2011, contra a iniciativa, por entender que ela favorece a prática da “dupla porta”,

selecionando beneficiários de planos de saúde privados para atendimento nos *hospitais públicos* geridos por Organizações Sociais, promovendo, assim, a institucionalização da atenção diferenciada com: preferência na marcação e no agendamento de consultas, exames e internação; [e] melhor conforto de hotelaria, como já acontece em alguns hospitais universitários no estado de São Paulo (BRASIL, 2011h, grifo nosso).

É discutível o argumento usado pelas autoridades paulistas de que essas unidades não podiam se valer do recurso do ressarcimento no caso de atendimento de pacientes de planos privados. Mesmo sendo OS, ao estarem vinculadas ao sistema público, fazem parte do SUS. Logo, a Lei federal que prevê o ressarcimento, por parte das operadoras, de planos e seguros privados dos atendimentos prestados a seus beneficiários não teria, aparentemente, nenhuma restrição legal. Por sua vez, beira a ingenuidade a crença de que na regulamentação da Lei se poderá coibir o acesso privilegiado dos beneficiários de planos

e seguros privados de saúde. Há duas circunstâncias a considerar: uma situação na qual o portador de plano de saúde privado procura atendimento pelo SUS nestas unidades, e depois o gestor busca ressarcimento do valor do atendimento feito junto à operadora responsável pela cobertura do evento; outra, completamente diversa, se estabelecerá quando as operadoras assinarem contrato com estas unidades para atenderem a seus beneficiários. No primeiro caso, o usuário é atendido como mais um beneficiário do SUS. No segundo, sempre poderá se estabelecer algum tipo de diferenciação, afinal há um terceiro agente – a operadora do plano ou seguro – intermediando a relação entre o usuário e o provedor, no caso uma unidade pública do SUS.

3 ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS

3.1 Atenção básica em saúde

Em dezembro de 2010, as Equipes de Saúde da Família (ESF), consideradas como componentes centrais da estratégia de Saúde da Família, totalizaram 31,6 mil equipes distribuídas em 5.294 municípios, com uma cobertura estimada de 52,2% da população.

Conforme descrito em edições anteriores de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, essa é considerada pelo MS como a principal estratégia para organização da atenção básica à saúde no país. Vários estudos mostram que ela apresenta impactos para redução da mortalidade infantil (MACINKO, GUANAIS e SOUZA, 2006; ROCHA e SOARES, 2008), mortalidade por diarreia e doenças respiratórias agudas (RASELLA, AQUINO e BARRETO, 2010), sobre as hospitalizações e internações evitáveis (GUANAIS e MACINKO, 2009), entre outros.⁵

Esses resultados mostram que é um caminho a ser seguido. Contudo, como destacam outros estudos, esse modelo exitoso necessita de revisões e complementações, pois ainda há importantes problemas demandando soluções, visando, entre outros objetivos, à ampliação da resolutividade da atenção básica e à expansão de cobertura (PAIM *et al.*, 2011; GÉRVAS e FERNÁNDEZ, 2011). Desta forma, ainda que sejam conhecidos os avanços desta estratégia, ela enfrenta, entre outros,⁶ problemas de adequação da infraestrutura das unidades

5. Referências recentes a trabalhos que abordam os resultados da Saúde da Família podem ser encontradas em Facchini e Garcia (2009) e Paim *et al.* (2011).

6. Além desses problemas, Gérvas e Fernández (2011) chamam a atenção para aquilo que consideram como outros problemas e carências relacionados à estratégia de Saúde da Família. Entre os citados pelos autores, pode-se destacar: *i*) falta de desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico da ESF; *ii*) persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica e fomentam um modelo rígido e fragmentado da atenção; *iii*) encaminhamento excessivo para os especialistas e para as urgências; *iv*) falta de oferta ampliada de serviços preventivos e curativos “normais” e de urgência nas UBS ou no domicílio; e *v*) escassa coordenação entre níveis de atenção, com duplicação de serviços (Gérvas e Fernández, 2011, p. 5). Alguns destes problemas estão relacionados ao modelo de organização do sistema de saúde como um todo e da inserção da Saúde da Família neste sistema. Assim, sua solução depende de uma rediscussão ampliada sobre o modelo.

básicas de saúde e de recursos humanos. Ao longo de 2010 e, principalmente, em 2011, houve várias iniciativas ou propostas do MS que abordaram, em alguma medida, estes dois problemas.

3.1.1 Inadequação da infraestrutura

Com relação às unidades básicas de saúde, em 2009, conforme descrito na edição nº 19 de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, foi lançado o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde, visando prover uma infraestrutura adequada para as ESF. Além disso, o plano tratava da construção de novas unidades. Para 2010 estavam previstas a reforma ou construção de 500 UBS, mas foram executadas apenas 327 unidades. A justificativa para uma execução física menor seria o fato de aquele ter sido um ano eleitoral, no qual parte das ações têm que ser executadas em um período mais curto, visto que fica vedada a transferência voluntária de recursos da União para estados e municípios a partir de três meses antes das eleições.

No começo de 2011, foram disponibilizados os dados da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relativos ao ano de 2009 (AMS 2009). Tais dados, em combinação com aqueles de uma pesquisa avaliativa,⁷ levaram o MS a concluir que em torno de 75% das UBS se encontrariam em condições inadequadas de funcionamento em relação aos parâmetros estabelecidos pela Resolução RDC nº 50/2002 da Anvisa e pelo próprio MS.⁸ Assim, em abril de 2011, o MS iniciou mapeamento das condições gerais de infraestrutura das unidades básicas, feito por meio de questionário a ser preenchido pelos gestores municipais. As UBS que respondessem ao questionário poderiam ser incluídas no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, que buscará continuar a adequação da rede física aos parâmetros estabelecidos pelo MS. Este programa trabalha com três componentes: reforma, reforma com ampliação e oferta de construção. Em versão ainda preliminar do programa, há uma previsão inicial de reforma de 8 mil UBS, ampliação de 23 mil e construção de 6 mil novas unidades em todo o Brasil.

As questões relativas à inadequação da infraestrutura envolvem desde o tamanho mínimo preconizado pela resolução da Anvisa até a falta de equipamentos ou de consultórios centrais para o funcionamento das unidades. Entende-se que a ordem de prioridade para investimento deveria começar pelos vazios assistenciais de infraestrutura (locais sem nenhuma unidade para atendimento), passando pelos locais com mínimas condições para atendimento, e chegar àqueles que necessitam de pequenas reformas ou ajustes para se adequarem aos parâmetros estabelecidos.

7. O ministério já dispunha dos resultados de pesquisa de avaliação da Saúde da Família coordenada pela equipe da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que mostravam problemas de infraestrutura das UBS. Esta pesquisa foi mencionada na edição anterior (n. 19) de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*.

8. Resolução RDC nº 50/2002 – Anvisa e alterações. Considerando as especificações estabelecidas nesta resolução, o tamanho mínimo de uma UBS deveria ser 153,42 m². Ver também Brasil (2008).

3.1.2 Alguns desafios na área de recursos humanos

Adicionalmente, a ampliação ou adequação da oferta de UBS deve estar relacionada com ações que busquem resolver os problemas de escassez ou distribuição desigual no território de recursos humanos, principalmente médicos, e a adequação da formação destes profissionais para compor as ESFs. Com relação à distribuição desigual no território ou à escassez de profissionais para atuação em determinadas áreas ou com formação em certas especialidades, trata-se de problemas já analisados em várias pesquisas, inclusive algumas específicas da atenção básica.⁹ Segundo indicador produzido para compor a publicação *Indicadores e dados básicos de saúde do Brasil*, da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (IDB/Ripsa), o Brasil tinha em média, em 2008, 1,8 médico por mil habitantes. Este indicador apresenta grandes diferenças regionais, estando acima de três médicos por mil habitantes no Distrito Federal e no estado do Rio de Janeiro, em torno de dois médicos por mil habitantes no Rio Grande do Sul e em São Paulo, enquanto era de menos de um ou muito próximo de um médico por mil habitantes na maioria dos estados das regiões Norte e Nordeste.

A distribuição desigual pode ser observada também nos relatórios gerados pelas auditorias realizadas pela Controladoria-Geral da União (CGU). Iniciadas em 2007, estas geraram relatórios enviados ao MS no início de 2010. Alguns destes relatórios mostraram que havia vários municípios que não cumpriam as regulamentações da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde quanto à carga horária de 40 horas semanais para médicos vinculados às ESFs.

Adicionalmente reconhece-se que, mesmo nos lugares onde há oferta em quantidade adequada de médicos, existe carência de capacitação para atuação na estratégia de Saúde da Família.

Diversas medidas vêm sendo adotadas há algum tempo pelo MS. Algumas delas buscam dar respostas mais imediatas aos problemas apresentados nos relatórios dos órgãos de controle.

Entre essas medidas, encontra-se a revisão dos mecanismos de cadastramento de profissionais médicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Em abril de 2011,¹⁰ o MS reforçou que a responsabilidade pelo correto preenchimento e atualização dos cadastros é dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, assim como dos

9. Sobre a adequação da formação dos profissionais e os problemas de organização do trabalho para a Saúde da Família, ver, entre outros, Campos e Belisário (2001), Cotta *et al.* (2006), Maciel Filho (2007), Campos, Machado e Girardi (2009) e Nescon (2010). Deve-se observar que estes não são problemas só do Brasil, e que já foram feitas várias tentativas para solucioná-los conforme Maciel Filho (2007); e Campos, Machado e Girardi (2009).

10. Portaria SAS/MS 134, de 4 de abril de 2011.

gerentes dos estabelecimentos de saúde públicos e privados. Proibiu também o cadastramento de profissionais de saúde com mais de dois cargos ou empregos públicos e determinou que aqueles que exerçam estes cargos e também atuem em cargos ou empregos privados devem demonstrar compatibilidade de horários. Na verdade, reforça-se a necessidade de que o cadastramento no SCNES esteja compatível com a Constituição Federal de 1988. Para os profissionais de saúde que exerçam atividades como profissionais liberais ou autônomos em mais de cinco estabelecimentos de saúde não públicos, o cadastramento só será autorizado mediante justificativa do gerente de cada um dos estabelecimentos, e esta deve ser validada pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal. Permitiu-se o fracionamento de carga horária semanal de um cargo ou emprego público mediante justificativa do gerente do estabelecimento, validada pelo gestor. No caso de profissional pertencente à equipe da estratégia de Saúde da Família, além de respeitadas as definições relativas ao emprego ou cargo público, o MS vedou seu cadastramento em mais de uma equipe e em até três estabelecimentos de saúde.

Essa medida atendia às demandas dos órgãos de fiscalização e controle, mas não à necessidade de equacionar o problema da oferta de profissionais.¹¹ Assim, logo após fazer esse processo de restrição no cadastramento de profissionais e após várias rodadas de negociação com outros entes federados, em agosto de 2011 o MS publicou nova portaria flexibilizando a carga horária a ser cumprida por médicos vinculados às ESFs e possibilitando seu cadastramento em mais de uma ESF.¹² A portaria permite diversas composições de carga horária de forma tal que um mesmo profissional médico poderá atuar com carga horária de 40 horas em uma única ESF ou fazer composições de carga horária, podendo trabalhar em mais de uma equipe ou mesmo em outras ocupações públicas ou privadas.¹³

11. Em abril desse ano, aconteceu o Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade, promovido pela Secretaria de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde. Este seminário foi importante para ajudar a dar continuidade ou rever políticas do MS.

12. Assim, para receber 100% dos repasses relacionados ao Piso da Atenção Básica-Variável (PAB-Variável), uma equipe poderia ser composta por um médico contratado por 40 horas ou dois médicos contratados por 30 horas. Abriu-se a possibilidade de se ter três médicos de 30 horas para receber o repasse equivalente a duas ESFs ou, ainda, quatro médicos de 30 horas para se receber o repasse para três ESFs. Se houvesse dois médicos contratados por 20 horas para uma ESF, o repasse corresponderia a 85% do valor previsto para uma ESF. Estabeleceu-se, também, uma modalidade de equipe transitória, com um médico com carga horária de 20 horas para uma ESF com repasse correspondente a 60% do valor previsto para uma ESF, e há limites de equipes nessa modalidade, a depender do tamanho do município. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011.

13. Neste último caso, a ESF estaria impossibilitada de participar do PMAQ-AB, o qual será apresentado na seção sobre gestão deste capítulo. Não estão claros os termos que caracterizam a transitoriedade dessa modalidade.

Para o MS, o modelo de implementação da Saúde da Família teve que ser flexibilizado com relação à carga horária do profissional médico para garantir que continuasse funcionando e se expandisse. Contudo, ainda que se reconheçam as dificuldades para solucionar os problemas de escassez de profissionais para atuação na atenção básica, vários foram os questionamentos relacionados a essa decisão. Houve questionamento se este seria o fim da Saúde da Família. O questionamento estava atrelado ao fato de que um dos pressupostos do modelo refere-se à possibilidade de o médico efetivamente fazer um acompanhamento longitudinal da população adscrita à ESF. Outra questão é qual o interesse dos profissionais em se especializarem para atuação em ESF, caso esta se constituísse em uma das muitas possibilidades para sua atuação e organização da sua carreira.

Nessa linha, em diálogos que já vinham acontecendo entre o MS e o Ministério da Educação (MEC), foram adotadas medidas de incentivos para a fixação dos profissionais médicos em ESFs. Em agosto de 2011, foi aberta a possibilidade de reduzir o débito com o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) de profissionais com graduação recentemente concluída que optassem por fazer residência médica em áreas e regiões prioritárias com carências e dificuldade de retenção de médicos para ESF e em especialidades médicas consideradas prioritárias. Dessa forma, foram publicadas portarias¹⁴ com os critérios para definição de regiões e áreas prioritárias. Os médicos que atuarem na atenção básica com vinculação a uma ESF terão direito ao abatimento de 1% ao mês na dívida do FIES, sendo de um ano o período mínimo. Em menos de dez anos eles teriam suas dívidas quitadas. Fica a cargo dos municípios a contratação destes médicos.

Além disso, dando continuidade à ação conjunta, o MEC e o MS estabeleceram o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica,¹⁵ com o objetivo de “estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família” (Artigo 1º). Além de estabelecer o acompanhamento e a tutoria destes profissionais, foi previsto que os profissionais que participarem do Programa por dois anos poderão participar de curso de especialização em Saúde da Família a ser ofertado pelo Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Além disso, no caso dos profissionais médicos, a participação neste programa será contada como bonificação para as seleções do Programa de Residência Médica.

14. A Portaria GM/MS 1.377, de julho de 2011, informa que o modelo para definição das regiões prioritárias engloba os seguintes indicadores: *i*) Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*; *ii*) população sem cobertura de planos de saúde; *iii*) porcentagem da população residente na área rural; *iv*) porcentagem da população em extrema pobreza; *v*) porcentagem da população beneficiária do Programa Bolsa Família; *vi*) porcentagem de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1 mil habitantes; *vii*) porcentagem de leitos para cada 1 mil habitantes; e *viii*) indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas.

15. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011.

Essas ações deverão ser monitoradas para que se possam analisar seus resultados e impactos potenciais sobre a oferta de infraestrutura, de recursos humanos e, em última instância, sobre a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica à saúde no país.¹⁶

3.2 Atenção de média e alta complexidade

Ao se analisar a política de saúde recente, observa-se que duas estratégias se destacam na tentativa de expandir a cobertura e melhorar o acesso aos serviços de saúde do SUS: a construção de novas unidades públicas de serviço e a reorganização do modelo de atenção. Na atenção à saúde mental e na atenção às urgências, estas estratégias se traduziram na criação de novos serviços e na expansão da rede de serviços já existentes de menor complexidade, com o objetivo de reorientar e até reduzir a necessidade de serviços hospitalares.

Na área de saúde mental, está em andamento um processo de desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais – que, de outro modo, estariam internados em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia –, por meio da implantação de uma rede de serviços de base comunitária, na qual se destacam os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Paralelamente, o governo tem buscado expandir o número de leitos de atenção integral de saúde mental em hospitais gerais.

Os SRTs não são serviços de saúde, apenas servem de residência alternativa para pacientes que não possam retornar ao convívio familiar. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desempenham papel crucial na estratégia de desinstitucionalização e são unidades de saúde que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Têm equipes compostas por, entre outros profissionais, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. Possuem uma população adscrita e um território de abrangência e oferecem serviços psicoterápicos e acompanhamento psiquiátrico, além de desenvolverem ações voltadas para se facilitar a (re)inserção familiar e social dos pacientes.

16. Outra questão, que dificulta a fixação e faz com que esses profissionais atuem de forma a potencializar as possibilidades de remuneração e vinculação a vários estabelecimentos, está relacionada à precariedade do vínculo. Como citado na edição anterior (nº 19) de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, a maioria desses profissionais está atuando junto à ESF por meio de contratos temporários ou sem perspectivas de carreira. Há muita discussão em torno desse tema, mas, até o momento de fechamento desta edição, não se tinha conhecimento de nenhuma medida normativa do MS tratando do assunto.

Em julho de 2011, a rede de atenção à saúde mental contava com 596 SRTs, que acomodavam 3.236 moradores, e 1.650 CAPS.¹⁷ O MS criou também um auxílio financeiro, o Programa de Volta para Casa, que provê aos seus beneficiários um auxílio mensal de R\$ 320 por tempo determinado. Atualmente, 3.832 pacientes são beneficiados pelo programa. A expansão destes serviços de atenção à saúde mental permitiu o fechamento planejado de número superior a 18.700 leitos psiquiátricos (BRASIL, 2011b).

Em 2003, foi lançada uma nova Política Nacional de Atenção às Urgências,¹⁸ que foi tratada em detalhes na edição anterior deste periódico. Na fase inicial de implantação da política, os esforços se concentraram na atenção pré-hospitalar móvel, mais especificamente na implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192). Mas, desde 2009, se intensificaram os esforços para implantação do que se denominou aqui de atenção pré-hospitalar intermediária, em que se destacam as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Atualmente, já estão em funcionamento 596 UPAs e o Samu 192 conta com 157 serviços, estando presente em 1.461 municípios, com uma cobertura populacional estimada em mais de 110 milhões de brasileiros. Entre os problemas que vêm ocorrendo na atenção às urgências, destaca-se o precário funcionamento das UPAs devido à insuficiência de médicos especialistas e a substituição pura de serviços já existentes nos prontos-socorros e hospitais por serviços prestados nas novas unidades (IPEA, 2011). Alguns críticos alegam que este processo resulta em grande medida dos incentivos financeiros existentes, que disponibilizam recursos apenas para a construção de novas unidades. Também se critica a ênfase dada às UPAs como resposta às demandas por serviços que não configuram urgências hospitalares, em detrimento das unidades básicas de saúde/equipes de saúde da família e dos ambulatorios especializados. Assim, o governo federal lançou recentemente uma proposta de reformulação da política de atenção às urgências,¹⁹ na qual se propõe a criação de redes de atenção às urgências, e novas diretrizes para a implantação das UPAs,²⁰ sendo destinados recursos para a ampliação e reforma de instalações já existentes.

A reorganização do modelo de atenção parece refletir-se na rede de serviços. Dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 2010) mostram que o número de estabelecimentos sem internação vem experimentando crescimento constante, enquanto o número de estabelecimentos com internação vem caindo, como pode ser visto no gráfico 1.

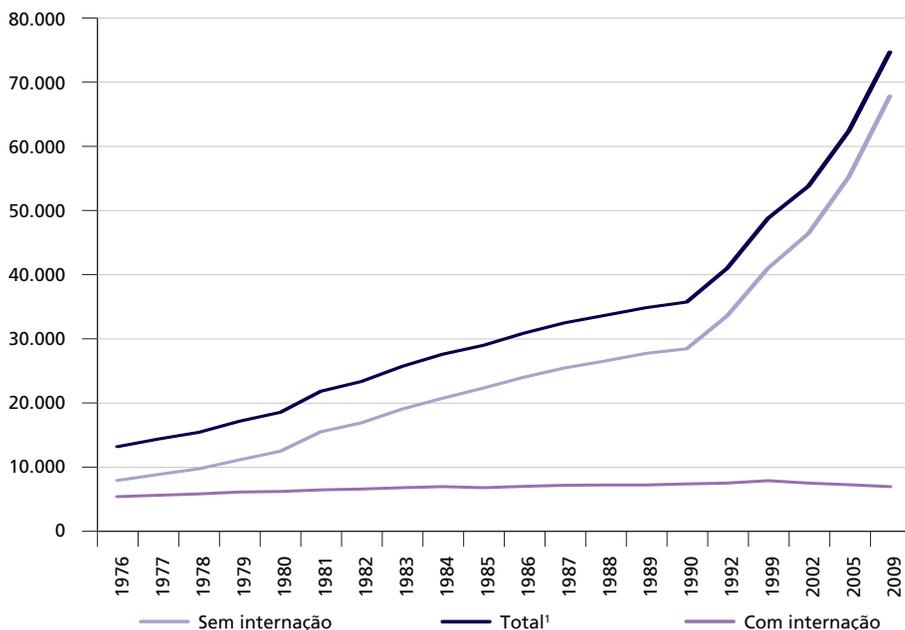
17. Dados informados pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Dapes/SAS/MS.

18. Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.

19. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.

20. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011.

GRÁFICO 1
Estabelecimentos de saúde, por tipo de atendimento – Brasil (1976-2009)



Fonte: IBGE/2010.

Nota: ¹ Exclui os estabelecimentos que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia.

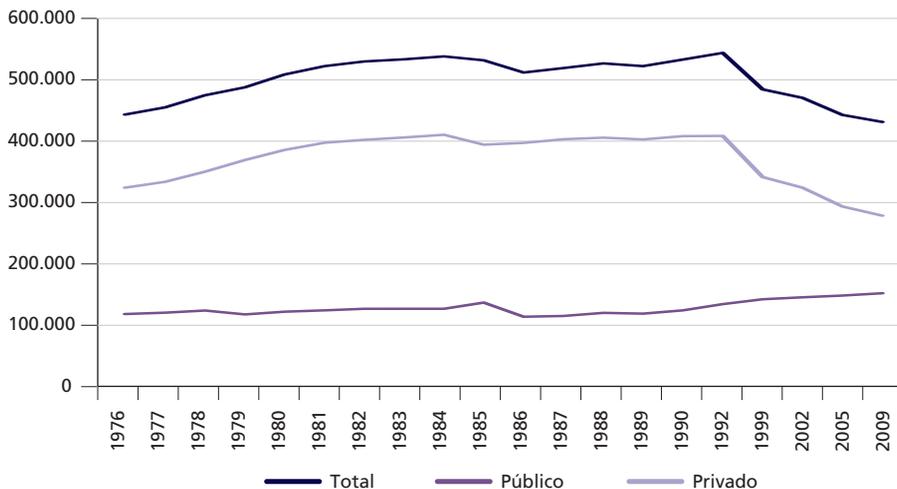
Contudo, é importante ressaltar que, embora o número total de estabelecimentos com internação esteja decrescendo, nos últimos anos tem havido um crescimento, ainda que discreto, no número de estabelecimentos públicos. Este movimento resulta de processos semelhantes em todas as regiões do país – um decréscimo significativo no número de estabelecimentos privados e um acréscimo menor no número de estabelecimentos públicos.²¹ Apenas na região Norte, entre 2005 e 2009, o crescimento do número de estabelecimentos públicos superou o decréscimo no número de estabelecimentos privados (ANDREAZZI, 2011).

Processo semelhante vem ocorrendo com o número de leitos para internação e, novamente, apenas na região Norte o acréscimo de leitos no setor público superou o decréscimo ocorrido no setor privado. A região Norte e a região Nordeste tiveram as maiores variações percentuais de leitos públicos entre 2005 e 2009 (ANDREAZZI, 2011). Isto parece ser um reflexo de políticas voltadas para a redução das desigualdades regionais, como o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e Neonatal Nordeste-Amazônia Legal.

21. O crescimento do número de estabelecimentos públicos parece compensar a redução da oferta privada ao SUS, que tem se acelerado com o crescimento dos planos e seguros privados de saúde (Ribeiro, 2009).

GRÁFICO 2

Leitos em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa – Brasil (1976-2009)



Fonte: IBGE/2010.

O pacto consiste num termo de compromisso entre o governo federal e os 17 governadores dos estados que formam as regiões prioritárias para a redução da taxa de mortalidade infantil e de seu componente neonatal em 5% nos anos de 2009 e 2010. Entre as ações do pacto, destaca-se a expansão da cobertura de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal. De acordo com o Relatório Anual de Gestão (RAG), em 2010, foram habilitadas 74 novas UTIs pediátricas e 195 UTIs neonatais (BRASIL, 2011b). Infelizmente o RAG não discrimina quantas destas novas unidades destinaram-se à região Nordeste e à Amazônia Legal.

O aprimoramento da assistência materno-infantil ganhou reforço com a criação da Rede Cegonha.²² Serão disponibilizados R\$ 9,4 bilhões até 2014 para reforçar a atenção obstétrica e infantil, compreendendo o período desde a confirmação da gravidez até a criança completar dois anos de idade. Terão prioridade para aderir à rede os estados e municípios da Amazônia Legal, da região Nordeste e das regiões metropolitanas. Os recursos devem ser destinados ao reforço da rede hospitalar convencional (especialmente a rede hospitalar obstétrica de alto risco), à criação de novas estruturas de assistência (como os centros de parto normal) e à qualificação dos profissionais de saúde.

22. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

3.3 Vigilância em saúde

Em maio de 2011, a revista inglesa *The Lancet*, publicação médica mais influente do mundo, lançou uma edição especial, com uma série de seis artigos intitulada *A saúde dos brasileiros*, contendo ampla revisão sobre a evolução do SUS e dos principais indicadores de saúde da população brasileira.²³

Quanto às doenças infecciosas ou transmissíveis, a publicação destaca que iniciativas de saúde pública, como o acesso universal e gratuito à vacinação e a ampliação da cobertura da atenção primária à saúde, promoveram resultados positivos. Entre os progressos, destacam-se a contribuição para a redução da mortalidade infantil e na infância, o sucesso no controle das doenças evitáveis por vacinação e da diarreia. A redução da incidência e da mortalidade por HIV/Aids também merece destaque, podendo ser atribuída às campanhas preventivas, à universalização do acesso à terapia antirretroviral (TARV), bem como às ações de prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids, no âmbito do SUS (BARRETO *et al.*, 2011).

Por outro lado, a dengue está fora de controle. A transmissão da dengue no Brasil revela padrão marcado por ciclos, caracterizados pelo predomínio de um determinado sorotipo do vírus.²⁴ Além da ocorrência de epidemias de grande magnitude, a alternância de sorotipos predominantes tem levado a importantes alterações na epidemiologia da doença. No início da década de 2000, com o predomínio do sorotipo DENV-3, houve aumento da proporção de casos graves. Ao final da década, as epidemias causadas pelo DENV-2 foram marcadas pelo aumento de casos graves entre crianças. Em 2010, ocorreu a maior epidemia de dengue já registrada no Brasil, com predomínio do sorotipo DENV-1. Nesse ano, foram registrados mais de 1 milhão de casos prováveis, com coeficiente de incidência de 538,4 casos por 100 mil habitantes. Nesta epidemia, a maior parte dos casos concentrou-se nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Os estados de Minas Gerais, São Paulo e Goiás tiveram, respectivamente, 21%, 20% e 10% dos casos registrados no país, em 2010. O estado do Rio de Janeiro, que registrou incidência elevada em epidemias anteriores, concentrou apenas 3% dos casos. No segundo semestre de 2010, o MS identificou o sorotipo DENV-4, em Roraima. Embora este sorotipo ainda não tenha se tornado predominante até o momento, diferentes regiões do mundo apresentaram a rápida substituição de outros sorotipos pelo DENV-4. Assim, existe a possibilidade da ocorrência de novas epidemias (SIQUEIRA JÚNIOR, 2011).

23. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>>.

24. A dengue é causada por vírus do gênero *Flavivirus*, do qual são conhecidos quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4).

As doenças crônicas não transmissíveis, por sua vez, representam grande desafio. Em 2007, 72% dos óbitos ocorridos no país foram atribuídos a estas doenças, entre elas, acidente vascular cerebral, infarto, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas apresentaram redução, no período de 1996 a 2007, possivelmente em decorrência do controle do tabagismo e do aumento da cobertura da atenção primária à saúde (SCHMIDT *et al.*, 2011). Por seu turno, são crescentes as prevalências de sobrepeso e obesidade, importantes fatores de risco para a ocorrência de diabetes e hipertensão. Inquérito realizado pelo MS, em 2010, em todas as capitais dos estados e no Distrito Federal, revelou prevalência de sobrepeso de 48% e de obesidade de 15% (BRASIL, 2010). Frente a esta situação epidemiológica preocupante, o MS lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011c). Este plano define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país a fim de deter as DCNT nos próximos dez anos. O principal objetivo do plano é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos. O plano contempla ações a serem incorporadas às agendas setoriais do governo – Saúde, Educação, Economia, Trabalho e Emprego, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Ciência e Tecnologia, Cidades, Cultura, entre outras.

Em preparação para a Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU), na qual serão discutidas estratégias de enfrentamento das DCNT, o Brasil elaborou uma declaração de apoio à implementação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNTs. Este documento foi apresentado para consulta pública e ratificado no fórum realizado em agosto de 2011.²⁵

Reconhecendo que a prática de atividade física é fator de proteção importante contra as DCNTs, o MS instituiu, em abril de 2011, o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011d). O programa tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011e; BRASIL, 2011f).

A carga de doenças associada às violências e acidentes permanece em patamares epidêmicos. Em 2007, ocorreram mais de 38 mil óbitos relacionados ao trânsito, no Brasil. A taxa de mortalidade por acidentes de transporte no Brasil, por volta de

25. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_brasil_dant_21_07c.pdf>.

25 óbitos por 100 mil habitantes, em 2007, é superior à média mundial (19 por 100 mil), à média dos países de renda baixa a média (20 por 100 mil) e quase o dobro daquela dos países de renda alta (13 por 100 mil) (REICHENHIEIM *et al.*, 2011). Em resposta a este relevante problema, o Ministério das Cidades (MCid) e o MS lançaram, em maio de 2011, o Pacto Nacional pela Redução dos Acidentes no Trânsito – Pacto pela Vida. A meta é estabilizar e reduzir o número de mortes e lesões decorrentes de acidentes de transporte terrestre nos próximos dez anos, como adesão ao Plano de Ação da Década de Segurança no Trânsito 2011-2020, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Com a adesão, o governo brasileiro assume o compromisso internacional de reduzir as mortes a partir de um plano de ação nacional que será divulgado em setembro de 2011.

3.4 Assistência farmacêutica

Em fevereiro de 2011, foi lançado o Saúde Não Tem Preço,²⁶ em complementação ao Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). O PFPB foi criado, em 2004, pelo governo federal, que reconheceu a necessidade de se ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns. Na forma como foi criado, o PFPB contava com dois modos de atuação: a rede própria e a rede conveniada, esta última em parceria com farmácias e drogarias privadas, tendo sido instituído o sistema de copagamento, conhecido como Aqui tem Farmácia Popular.²⁷ Em 2006, com a expansão do PFPB,²⁸ o MS passou a pagar, por meio do Aqui Tem Farmácia Popular, até 90% do valor de referência estabelecido para os medicamentos elencados, sendo obrigatório o pagamento, pelo usuário, da diferença entre o valor pago pelo ministério e o preço de venda.

O copagamento foi alvo de críticas e gerou intenso debate,²⁹ uma vez que o SUS sempre foi pautado pela gratuidade das ações e serviços. Com o Saúde Não Tem Preço, o PFPB passou a contar com uma terceira forma de atuação: a dispensação gratuita, em farmácias privadas, de medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes. Nesta terceira forma, não existe copagamento – o MS paga 100% do valor de referência, não cabendo ao usuário o pagamento de complementação.³⁰

O programa Saúde Não Tem Preço alavancou o Aqui Tem Farmácia Popular. Desde a implantação do programa Saúde Não Tem Preço, foi registrado crescimento não apenas do número de usuários que passaram a retirar os medicamentos

26. Portaria nº 184 GM/MS, de 3 de fevereiro de 2011, do Ministério da Saúde.

27. O Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, regulamentou a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e instituiu o programa Farmácia Popular do Brasil.

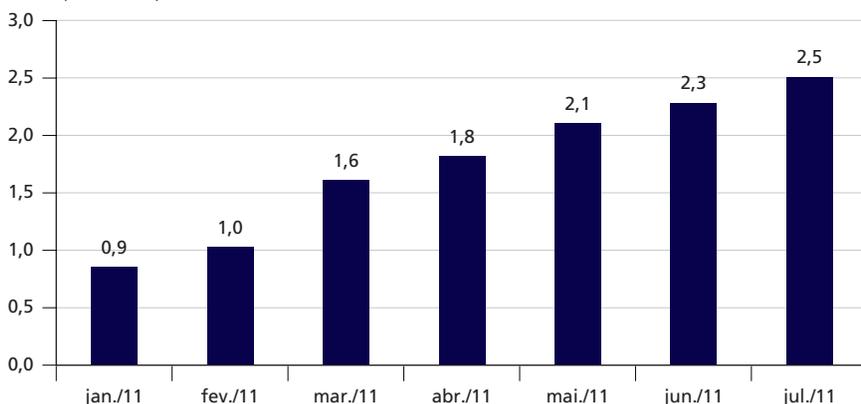
28. Portaria nº 491, de 9 de março de 2006, do Ministério da Saúde.

29. Ver Vianna, Piola e Reis (1998).

30. Portaria nº 184 GM/MS, de 3 de fevereiro de 2011, do Ministério da Saúde, e Portaria nº 233, de 11 de fevereiro de 2011, do Ministério da Saúde.

cuja dispensação é gratuita, mas também daqueles que obtiveram os outros medicamentos para os quais o sistema de copagamento foi mantido.³¹ A evolução do número de usuários atendidos, no período de janeiro a julho de 2011, está ilustrada gráfico 3.

GRAFICO 3
Número de usuários que retiraram medicamentos nas farmácias privadas conveniadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil, Aqui Tem Farmácia Popular e Saúde Não Tem Preço – Brasil (janeiro-julho de 2011)
(Em milhões)



Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalleNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=13138>. Acesso em: 10 de agosto de 2011.

A iniciativa vai ao encontro do cumprimento do dever do Estado de garantir os meios indispensáveis à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde, oferecendo alternativas de acesso à assistência farmacêutica, com vistas ao fortalecimento da integralidade do atendimento à saúde. Contudo, sua implementação tem sido questionada pelo Tribunal de Contas da União (TCU). Em relatório de auditoria operacional sobre o Aqui Tem Farmácia Popular, o TCU revelou que os valores que o MS paga às farmácias privadas conveniadas, por alguns medicamentos, apresentam diferenças significativas em relação aos valores destes mesmos medicamentos quando adquiridos por meio de licitações. Estas diferenças atingem 2.500%, ou seja, o valor que o MS repassa às farmácias privadas para atender a um usuário seria suficiente para atender a 25 usuários do mesmo medicamento, caso este tivesse sido adquirido por meio de licitação. O TCU ressalva, entretanto, que a simples comparação de preços não é suficiente para caracterizar que um programa é mais custo-efetivo que o outro. Também é necessário observar outros custos envolvidos na logística de

31. O copagamento foi mantido para os anticoncepcionais e para os medicamentos indicados no tratamento de asma, incontinência urinária, osteoporose, rinite, colesterol, doença de Parkinson e glaucoma.

armazenamento, transporte e distribuição dos produtos (BRASIL, 2011i).

Contudo, segundo o TCU, o MS não apresentou estudos que justifiquem o custo-efetividade do programa como estratégia complementar à Farmácia Básica, o programa por meio do qual o governo federal transfere recursos para aquisição e distribuição de medicamentos para a atenção primária. O TCU ressalta que “o governo deveria ser bastante cauteloso na montagem de sua estratégia para o setor farmacêutico, como forma de garantir que os diversos programas atuem de forma complementar, em contraposição a uma atuação concorrencial”. Com o pagamento às farmácias conveniadas, o MS está repassando ao setor privado recursos que poderiam estar sendo investidos na atenção básica e nos demais serviços públicos de saúde. Isto é ainda mais preocupante ao se observar as significativas diferenças de valores mencionadas.

O relatório revela, ainda, outros pontos preocupantes. Entre eles, destaca-se que a distribuição das farmácias conveniadas é desigual no território nacional. Existe concentração dos estabelecimentos nas regiões Sul e Sudeste, bem como em municípios com mais de 150 mil habitantes. Outro ponto que merece destaque é o fato de o programa possuir, especialmente até 2009, controles internos muito frágeis, com baixo poder de detectar e punir as irregularidades praticadas nas transações.

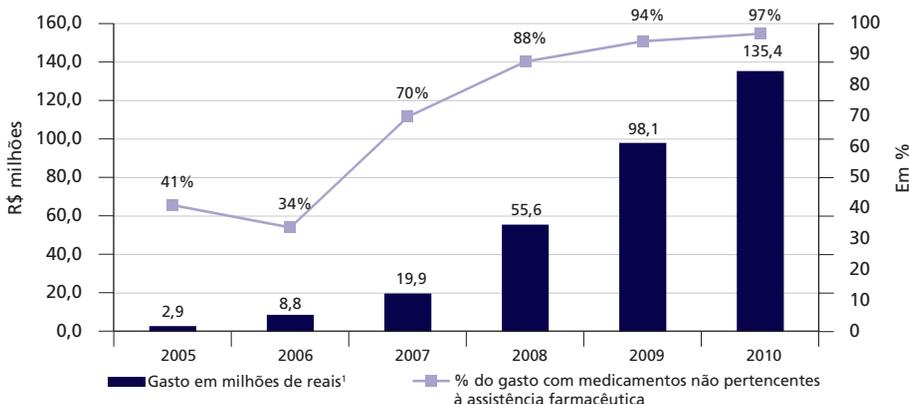
Ainda sobre o PFPB, ressalta-se que o orçamento previsto para o ano de 2011, da ordem de R\$ 472 milhões, não será suficiente. O valor do empenho liquidado, até junho, já ultrapassava R\$ 330 milhões (BRASIL, 2011j).

Outro fato que merece destaque, no âmbito da assistência farmacêutica, é a publicação da Lei nº 12.401, de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Com a Lei nº 12.401, a assistência farmacêutica prestada pelo SUS é limitada, basicamente, à dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravamento à saúde a ser tratado. Ficam vedados a dispensação e o pagamento de medicamentos em fase experimental, de uso não autorizado ou sem registro pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (BRASIL, 2011k).

O custo do atendimento a demandas judiciais por medicamentos tem se elevado, conforme se pode observar no gráfico 4.

GRÁFICO 4

Gastos do Ministério da Saúde com a compra de medicamentos para atendimento a demandas judiciais e proporção deste gasto com medicamentos que não fazem parte dos programas de assistência farmacêutica do SUS (2005-2010)



Fonte: Departamento de Logística do Ministério da Saúde (DLOG/MS).

Nota: ¹ Valores corrigidos pelo IPA-Medicamentos, tendo como base dezembro de 2010.

Considerando apenas os gastos do MS com a compra de medicamentos para atendimento a demandas judiciais, o custo elevou-se de R\$ 2,9 milhões para R\$ 135,4 milhões, no período 2005 a 2010. Aproximadamente 97% destes gastos, em 2010, corresponderam à compra de medicamentos que não fazem parte do elenco dos programas de assistência farmacêutica do SUS. A Lei nº 12.401 tem por efeito limitar, em parte, o número de ações judiciais que pleiteiam o fornecimento destes medicamentos.

3.5 Gestão do SUS

No discurso que inaugurou a nova gestão no MS, o ministro expressou a necessidade da construção de

um indicador nacional de garantia da qualidade de acesso, que seja nacional, que possa ter padrões regionais. Que se estabeleça de forma pactuada com estados e municípios qual será esse padrão/esse indicador. Que seja expresso e exposto à população, para a imprensa, para a academia, para as pessoas que querem e exigem melhoria na gestão do SUS e no campo da saúde.(...) e que seja indicador público (PADILHA, 2011).

Assim, em abril de 2011, coloca-se em consulta pública a proposta para o Programa de Avaliação para Qualificação do SUS (BRASIL, 2011a). Em sua primeira versão, a proposta previa a criação de indicadores de acesso que permitissem avaliar as gestões municipal, estadual e federal do SUS. Ela vai ao encontro dos anseios da presidente da República de ter mecanismos de monitoramento das políticas

públicas que sejam divulgados para toda a população. Além disso, deveria, num segundo momento, pautar a alocação de recursos federais, principalmente de recursos adicionais, para a saúde.

Após consulta pública, esse Programa está sendo revisto e ainda não há data para seu lançamento oficial. Contudo, nesse meio tempo, dentro da lógica de monitoramento de resultados e busca da melhoria da qualidade da atenção à saúde, foi lançado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Havia um consenso de que os recursos para a atenção básica em saúde eram insuficientes. No processo de negociação por mais recursos, foi solicitado que o MS mostrasse os resultados e as razões pelas quais os recursos deveriam ser ampliados. Como pesquisas avaliativas têm mostrado a efetividade da atenção básica, particularmente da Saúde da Família, mas, também, demonstram vários problemas relacionados a infraestrutura física e a recursos humanos, entre outros, chegou-se ao consenso de que mais recursos eram necessários. Contudo, estes recursos deveriam estar atrelados a metas e ao desempenho das equipes que atuam na atenção básica. Nesse contexto foi lançado o PMAQ-AB, tendo por objetivo “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais.” (Artigo 1º, Portaria SAS/MS 1.654, de 19 de julho de 2011).

Em certo sentido, esse programa pode ser considerado uma extensão da metodologia *avaliação para melhoria da qualidade* (AMQ) da Estratégia de Saúde da Família.³² Contudo, até o momento, este tinha um foco na avaliação de processos, sem mecanismos de incentivos ou sanções, ao passo que o PMAQ-AB reforça a avaliação de resultados. Além disso, estende a possibilidade de incluir Equipes de Atenção Básica (EAB) que não estejam organizadas como ESF. De acordo com este programa, um município pode receber até 100% de aumento nos repasses por EAB de acordo com a pactuação e o cumprimento de metas preestabelecidas. Como não há informações que permitam identificar com precisão o número de EABs em funcionamento, o cálculo será feito com base no número de ESFs de cada município, sendo que a adesão inicial será equivalente a 50% destas equipes.

O programa é composto por quatro fases: contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Na primeira fase, a ESF declara seu interesse, contratualiza com o município que cadastra a equipe no Programa, informa e pactua com o Comitê de Gestão Regional e na Comissão Intergestores Bipartite. Na segunda fase, as equipes e as secretarias municipais aplicam instrumentos de

32. A metodologia AMQ vinha sendo utilizada desde 2005. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autavaliacoesf/Home/pdf/ImprsDocumento_T%C3%A9cnico_final.pdf>. Em 2007, um número da *Revista de Saúde da Família* dedicou-se à discussão do tema. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia13.pdf>.

autoavaliação, estabelecem metas e pactuam os indicadores em torno dos quais serão acompanhadas. Em um momento que pode ser de dois a seis meses após a adesão ao PMAQ-AB, será realizada avaliação externa (fase 3), que possibilitará a certificação da equipe. Entre os indicadores pactuados serão incluídos indicadores de satisfação dos usuários. Além disso, o processo incluirá avaliação das condições de trabalho e das condições de funcionamento das UBS onde atua a equipe, entre outros elementos.

Foi instituído o incentivo financeiro do PMAQ-AB (Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável), cujo valor integral por equipe contratualizada será publicado de acordo com disponibilidade orçamentária. No momento da adesão, o correspondente a 20% do valor será repassado por ESF para cada município e poderá ser majorado ou restituído em função do desempenho das equipes. O programa inclui uma proposta de comparação entre equipes em estratos de municípios semelhantes e, na fase 3, no processo de certificação, o desempenho de cada equipe seria classificado em *insatisfatório, regular, bom e ótimo*. Para aqueles com desempenho insatisfatório, suspende-se o repasse de 20% do componente de qualidade. Para aqueles com desempenho regular, mantêm-se os 20%. Em relação àqueles com desempenho considerado bom, os repasses são ampliados de 20% para 60%, e, para os com desempenho considerado ótimo, para 100%.

Ainda dentro desse processo de melhoria da gestão e apresentação de resultados, como dito anteriormente, o Decreto nº 7.508 prevê a elaboração de mapa de saúde, definido como

descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011g).

Cabe destacar também que, em seu Artigo 16, o decreto prevê que os serviços e ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, deverão compor os mapas e serem considerados no planejamento regional, estadual e nacional.

Não está claro como será a articulação entre os mapas e o Programa de Avaliação para Qualificação do SUS, e destes com o PMAQ-AB. Também não está claro como, ao se mostrar a existência de vazios assistenciais e de outros problemas que podem implicar a necessidade de recursos públicos adicionais, estes serão obtidos. A questão do subfinanciamento não está contemplada no decreto e está sendo tratada à parte nas discussões relacionadas à regulamentação da EC 29, tema da próxima seção desta publicação.

3.6 Financiamento e gasto

3.6.1 Execução orçamentária do Ministério da Saúde 2009-2010

Em 2010, verificou-se um pequeno aumento no total de recursos que foram executados na saúde. O valor empenhado apresentou um crescimento real de R\$ 1,3 bilhão em relação a 2009. A maior parte deste aumento está relacionada ao Programa Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e ao Programa de Atenção Básica em Saúde (tabela 1). Parte deste aumento se deve a reajustes nas tabelas de procedimentos e reajustes dos valores repassados pelo Piso da Atenção Básica (PAB).

Grande parte dos recursos do MS foi destinada à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, por meio do Programa de Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada (em torno de 46% do total) ou pela aquisição de medicamentos voltados para tratamentos de média e alta complexidade. O programa de Atenção Básica à Saúde continuou com pouco menos de 15% dos recursos do MS.

TABELA 1
Execução orçamentária do MS, por programas (2009 e 2010)

Programas do MS	2009		2010	
	R\$ bilhões	%	R\$ bilhões	%
Execução total do MS	66,09	100,00	67,34	100,00
I - Execução do MS em ASPS	61,21	92,61	61,97	92,02
Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada (1220)	30,35	45,93	31,07	46,15
Atenção Básica em Saúde (1214)	9,62	14,56	10,09	14,98
Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (1293)	5,83	8,82	5,56	8,25
Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos (1444)	3,79	5,73	3,35	4,98
Vigilância e Prevenção de Riscos Decorrentes da Produção e do Consumo de Bens e Serviços (1289)	0,31	0,46	0,28	0,42
Saneamento [1]	1,41	2,13	1,12	1,66
Programas de Atenção a Grupos Específicos [2]	0,45	0,68	0,44	0,65
Gestão (0016)	0,54	0,81	0,49	0,73
Formação e Gestão de Recursos Humanos (1436)	0,37	0,57	0,39	0,57
Regulação e Fiscalização da Assistência Suplementar (1185)	0,17	0,26	0,20	0,29
Apoio Administrativo (750)	7,37	11,15	8,09	12,01
Cumprimento de Sentenças Judiciais e outros Encargos Especiais [3]	0,23	0,34	0,22	0,33
Política de Promoção de Saúde (1446)	0,04	0,06	0,03	0,05
Outros [4]	0,73	1,11	0,65	0,97
II - Execução do MS em ações não ASPS	4,88	7,39	5,37	7,98
Inativos e Pensionistas	4,81	7,28	5,32	7,90
Serviço da Dívida Interna e Externa [5]	0,06	0,09	0,04	0,06
UO 74202 - Recursos Financiados pela ANS	0,01	0,02	0,01	0,02

Fonte: Siga Brasil. Disponível em: <http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/SigaBrasil>.

Obs.: valores de 2009 atualizados pela média anual do Índice Nacional de Preços Amplo (IPCA).

A execução orçamentária do MS por grupo de natureza de despesa (GND) mostra um alto nível de execução do valor empenhado em praticamente todos os grupos em 2009. Em 2010, esta configuração mudou um pouco: a execução dos investimentos, que tinha ficado em 80% em 2009, apresentou um desempenho de 68% em 2010. E os juros, que em 2009 apresentaram um percentual de execução de 84,4%, caiu para 40% em 2010. Deve-se considerar que 2010 foi um ano cujo empenho dos recursos para investimento aconteceu até o final do primeiro semestre, visto que foi um ano eleitoral.

TABELA 2
Execução orçamentária do Ministério da Saúde por grupo de natureza de despesa (2009-2010)

GND	2009		2010	
	Empenhado (em R\$)	Nível de execução (%)	Empenhado (em R\$)	Nível de execução (%)
Pessoal	11.841.520.608,26	99,5	12.846.522.298,6	99,5
Juros	21.070.020,11	84,4	10.393.348,5	40,1
ODC	50.503.889.978,04	99,0	51.202.539.633,3	98,3
Investimento	3.584.525.265,41	80,0	3.116.563.867,7	68,0
Inversões Financeiras	98.310.615,72	99,5	131.500.000,0	95,6
Amortizações	40.312.452,45	99,4	31.766.624,6	87,7
Total	66.089.628.939,98	97,8	67.339.285.772,8	96,5

Fonte: Siga Brasil.

Obs: Valores de 2009 atualizados pela média anual do Índice Nacional de Preço Amplo (IPCA).

Segundo informações do Relatório Anual de Gestão (RAG) do Ministério da Saúde, os restos a pagar totalizaram R\$ 6,4 bilhões em 2010. Em 2009, conforme destacado na edição nº 19 de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, os recursos repassados para serem executados em 2010 como restos a pagar totalizaram R\$ 8,6 bilhões. Estes montantes executados como restos a pagar têm sido motivo de preocupação, por seu volume, e tem havido questionamentos se eles deveriam ser considerados no cálculo do mínimo constitucional a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

3.6.2 Financiamento da saúde

A regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) ganhou espaço no debate público no segundo semestre de 2011.³³ Com isso, volta-se a discutir a necessidade de ampliação de recursos para a saúde e as dificuldades para viabilizá-la. Neste processo de regulamentação há três pontos em discussão: *i)* definição clara

33. Esse processo, que estava previsto para acontecer até 2004, já se arrasta por alguns anos. As implicações gerais da não regulamentação da EC 29 têm sido objeto de exame em todas as edições de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*.

do que são ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para efeitos de cumprimento da EC 29; *ii*) manutenção ou mudança da regra de vinculação do mínimo a ser aplicado pela União; e *iii*) criação de um novo tributo ou majoração de alíquota de tributos existentes. Cada um deles tem implicações e impõe dificuldades de diversas ordens para a efetiva regulamentação da EC 29.

1) Clara definição do que são ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e suas implicações. Até o momento, para efeitos de análise do cumprimento da EC 29, tem sido utilizada como base a Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde. Apesar de não ter força de Lei, ela tem sido corroborada pelo Ministério Público da União (MPU) e utilizada em análises feitas por alguns tribunais de contas dos estados. Contudo, alguns estados não reconhecem este normativo. A equipe técnica do SIOPS, a partir da análise de balanço dos estados, elabora nota técnica para ver quais estados estariam se adequando ao preconizado na Resolução 322 do CNS. Nesta análise de balanços, observa-se que há estados que incluem como ASPS itens de despesas ou ações que não se enquadrariam como tal por aquela resolução (BRASIL, 2010).

Com isso, uma importante implicação de se regulamentar por lei complementar a EC 29 seria que os estados estariam obrigados a adequar-se imediatamente ao preconizado nessa regulamentação, o que implicaria aumento da destinação dos recursos próprios para ASPS.

Alguns desses estados alegam que, seja por causa dos processos de renegociação das suas dívidas estaduais, no final da década de 1990 e começo dos anos 2000, seja por outros motivos que levaram a situações que engessaram suas finanças, não teriam como adequar-se imediatamente ao que se encontra previsto nos projetos de regulamentação da EC 29, em tramitação no Congresso.

Para aliviar as finanças estaduais, o PLP 306-B³⁴ previa a retirada do FUNDEB da base de cálculo do mínimo a ser aplicado pelos estados em saúde. Estimava-se que haveria uma perda em torno de R\$ 6 bilhões no total de recursos aplicados em saúde quando comparados com o volume de recursos aplicados em 2010, se esta proposta fosse mantida sem nenhuma mudança na regra de vinculação dos recursos da União ou adoção de fonte adicional de recursos para a saúde. Na tramitação no Senado, foi retirado o artigo que tratava da exclusão do FUNDEB da base de cálculo.

34. Substitutivo do deputado Pepe Vargas ao PLS 121 de autoria do senador Tião Viana.

2) Mudança na regra de vinculação dos recursos da União

A EC 29 adotou um critério de vinculação dos recursos da União diferente daquele utilizado para estados e municípios. Enquanto estados e municípios devem aplicar, respectivamente, 12% e 15% de suas receitas vinculadas, a União deve aplicar o equivalente à variação nominal do produto interno bruto (PIB) dos dois anos anteriores sobre o valor empenhado no ano anterior.³⁵ Por exemplo, em 2011, deveria aplicar o equivalente à variação do PIB nominal de 2010 em relação a 2009, sobre o valor empenhado em 2010.

Essa regra diferenciada da União tem sido questionada. Durante o processo de tramitação dos projetos que regulamentarão a EC 29, o Senado poderia decidir por rejeitar as alterações feitas na Câmara dos Deputados e encaminhar o PLS 121/2007 para sanção presidencial na versão anterior às modificações. Este projeto previa, a partir de sua aprovação, que a União passaria a aplicar 8,5% de sua receita corrente bruta (RCB), aumentando 0,5% ao ano, até alcançar 10% da RCB e se estabilizar. Se houvesse esta alteração na regra de vinculação, estima-se um aumento de R\$ 32,5 bilhões para a saúde, comparando o orçamento para 2011 e uma aplicação equivalente a 10% da RCB. Contudo, o Senado revolveu manter a regra de vinculação da União.

3) Criação de novo tributo ou majoração de alíquota de tributos existentes

Em um dos projetos em tramitação no Congresso (PLP 306B), havia previsão de criação da Contribuição Social da Saúde (CSS). Este tributo seria criado como fonte adicional de recursos a ser somada ao mínimo previsto nas regras de vinculação das três esferas de governo. Sua base de cálculo é a mesma da antiga Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeira (CPMF). Contudo, em votação na Câmara, rejeitou-se parte do projeto que definia a base de cálculo do novo tributo.

Sem a criação de novo tributo, o governo ainda tem discutido alternativas de ampliação dos recursos para a saúde. Já foram citadas como alternativas: *i*) majoração da alíquota de tributação sobre tabaco e bebidas alcoólicas; *ii*) majoração da alíquota do DPVAT em sua parcela destinada para a saúde; *iii*) criação de uma contribuição sobre grandes fortunas destinada à saúde.

35. Conforme destacado na nota de rodapé 38 da edição nº 19 de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Esse método de cálculo do valor mínimo (tomando como base o valor empenhado no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do PIB dos dois anos anteriores), baseia-se na Decisão nº 143/2002 do TCU. De acordo com esta decisão, a apuração deve ser feita com base no valor empenhado no ano anterior acrescido da variação do PIB (base móvel), e não com base no valor empenhado em 1999, acrescido da variação nominal do PIB a cada ano (base fixa).

Aparentemente, a majoração da alíquota dos tributos que hoje incidem sobre tabaco e/ou bebidas alcoólicas teria um efeito mais regulatório (buscando alguma redução do consumo) e pouco efeito em termos de volume adicional de recursos. Com relação ao DPVAT, o Ministério da Saúde estima que a majoração de alíquotas possa trazer mais recursos. Ainda não há muita clareza sobre a formação da contribuição sobre grandes fortunas destinadas à saúde e qual o volume de recursos a ela associada.

Considerando os projetos em tramitação no Congresso, Gilson Carvalho estimou seus impactos orçamentários, conforme a tabela 3.

TABELA 3
Estimativas do impacto da regulamentação da EC 29
(Em R\$ bilhões)

Projetos – Congresso Nacional	Ganha (a)	Perde (b)	Orçamento líquido (c = a + b + R\$ 71,5 bilhões do MS em 2011)
PLP 306-B sem CSS	0	7,0	64,5
PLS 121/2007 original (10% RCB)	32,5	0	104,0

Fonte: Carvalho (2011).

Obs.: Carvalho havia estimado o PLP 306-B com a criação da CSS. Contudo, como este imposto ficou sem base de cálculo, esta alternativa foi excluída da tabela.

Assim, o projeto que foi encaminhado para sanção presidencial manteve a variação do PIB como base de cálculo da vinculação de recursos da União a serem aplicados em ASPS. Por outro lado, excluiu o artigo que retirava o FUNDEB da base de cálculo. Caso sancionado, existirá uma lei definindo o que são ASPS para efeitos de cumprimento da EC 29.

4 DESAFIOS

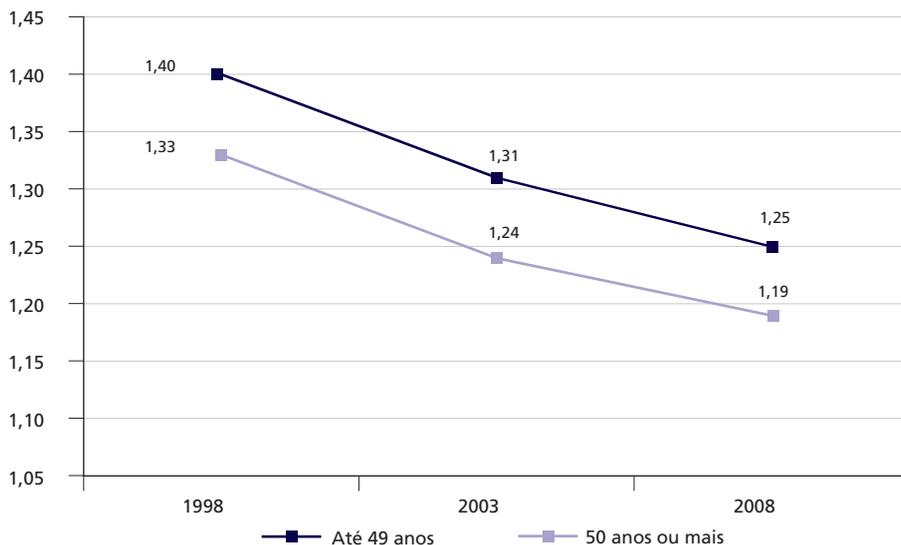
O processo de implantação e consolidação do SUS tem sido marcado por expansão da cobertura e melhoria do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Mas, a despeito das melhorias que vêm ocorrendo, ainda persistem sérios problemas de acesso que afetam mais severamente certos grupos populacionais e pessoas vivendo em determinadas áreas do país.

O estudo feito por Viacava (2010) sobre o uso de serviços de saúde com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) ilustra bem esses fatos. Entre 1998 e 2008, a razão entre a porcentagem de pessoas no quinto quintil e no primeiro quintil de renda que realizaram consulta médica, pelo SUS ou não, nos 12 meses anteriores à coleta dos dados, reduziu-se. Contudo, a população com maior rendimento ainda utiliza mais os serviços de

saúde do que a população com menor rendimento (gráfico 5).

GRÁFICO 5

Razão entre as porcentagens de pessoas no quintil 5 e no quintil 1 de renda *per capita* que consultaram médico nos últimos 12 meses, segundo idade (1998, 2003 e 2008)



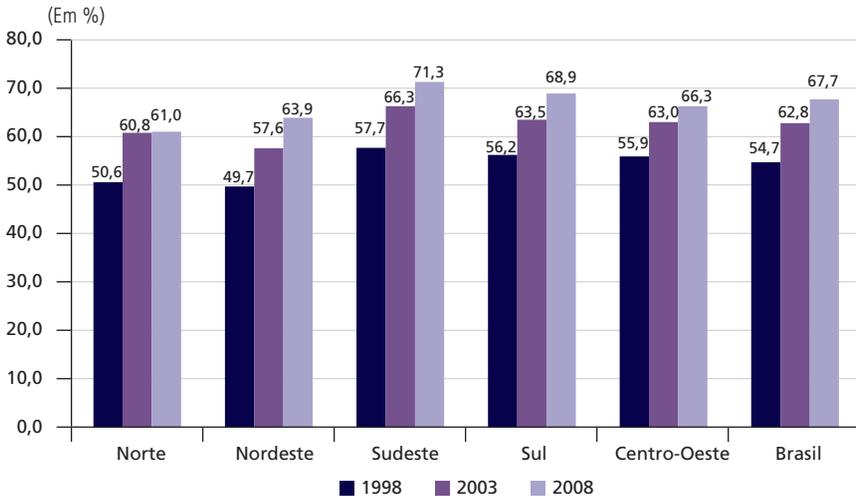
Fonte: Viacava (2010).

Padrão semelhante verifica-se quando se comparam as regiões do país. Entre 1998 e 2008, a porcentagem de pessoas que consultaram médico nos 12 meses anteriores à coleta dos dados passou de menos de 55% para quase 68%. Porém, apesar da melhora verificada, os dados de 2008 apontam que mais de 32% dos entrevistados não realizaram nenhuma consulta no período descrito.³⁶ A comparação entre a região Sudeste, de melhor desempenho, com a região Norte, com pior desempenho, ilustra as diferenças regionais. Enquanto no Sudeste a porcentagem dos entrevistados que não realizaram nenhuma consulta foi inferior a 19%, na região Norte esta proporção foi de 39% em 2008. O gráfico 6 apresenta os dados para todas as regiões e para o Brasil.

36. Cabe ressaltar que, no processo de pactuação, uma das metas estipuladas era a realização de 1,5 consulta de atenção básica por habitante/ano (Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007). Como este indicador é uma média, no processo de monitoramento, deve-se estar atento para o grupo que não realizou nenhuma consulta ao longo do ano. Considerando uma situação em que a atenção básica funcione com qualidade, garantindo atendimento oportuno, esta situação poderia ser aprimorada por meio de acompanhamento continuado, a ser realizado pelas ESFs.

GRÁFICO 6

Pessoas que consultaram nos últimos 12 meses, por regiões (1998, 2003 e 2008)



Fonte: Viacava (2010).

Os problemas descritos guardam relação direta com as desigualdades socioeconômicas e com a má distribuição da oferta de serviços de saúde, e sua solução passa pela garantia de volumes de recursos adequados à progressiva expansão da oferta de serviços e pela disponibilidade de profissionais em quantidade e com qualificação adequadas.

O governo tem envidado esforços para melhorar o acesso aos serviços de saúde. Os investimentos em capacidade física têm sido direcionados para reduzir os vazios assistenciais (ver, por exemplo, o caso dos serviços hospitalares descritos na seção 3.2 deste capítulo). Adotaram-se também iniciativas em áreas específicas da assistência, como a criação da Rede Cegonha. No que tange aos recursos humanos, algumas iniciativas foram adotadas para lidar com a falta de médicos nas ESFs e em algumas especialidades.

Apesar de propiciarem avanços em campos específicos, estas iniciativas parecem desvinculadas de uma estratégia de planejamento e gestão mais compreensiva do sistema de saúde. A Rede Cegonha, por exemplo, reproduz a estratégia de estabelecimento de redes temáticas, uma das modalidades de organização de redes de saúde. Mas existem questionamentos se esta modalidade não traria riscos de fragmentação da política de saúde. Há outras alternativas de organização das redes de serviço em discussão. Para se garantir o acesso oportuno e adequado da população aos serviços de que necessita, o ponto de partida parece ser a identificação de suas necessidades, de modo que se possa avançar na constituição de redes resolutivas de atenção e no processo de regionalização que integre o sistema.

Nesse sentido, o Decreto nº 7.508 traz uma inovação importante ao introduzir a necessidade de elaboração de mapas de saúde para orientar o planejamento integrado das ações e serviços a serem prestados no âmbito do SUS (Artigos 16 e 17). Os mapas de saúde identificam os serviços e ações prestados pelo setor público e pelo setor privado, de forma complementar ou não ao SUS. A partir dos mapas de saúde, podem ser elaborados um plano de aprofundamento dos investimentos públicos em capacidade física e um programa amplo de gestão de recursos humanos que leve em conta também a oferta privada, inclusive a que não mantém vínculos com o SUS.

Todavia, para que a elaboração dos mapas de saúde não redunde apenas em mais uma versão renovada de instrumentos de programação anteriores, como a Programação Pactuada Integrada, é necessário montar um Plano Plurianual de Investimentos realmente consistente e rever, em profundidade, a questão dos recursos humanos.

Diversos fatores afetam a distribuição de pessoal médico e incluem as desigualdades socioeconômicas, o sistema de capacitação em saúde, os incentivos financeiros e a forma como se desenvolveu a combinação público-privado no sistema de saúde. Portanto, enfrentar a má distribuição dos recursos humanos em saúde requer políticas mais amplas para lidar com as desigualdades socioeconômicas e políticas setoriais específicas de gestão do sistema de saúde, com ênfase na gestão de recursos humanos.

Existem municípios sem médico e a falta de médicos em algumas especialidades já afeta até os grandes centros urbanos – a disputa por especialistas entre as urgências hospitalares e as UPAs no Rio de Janeiro é um exemplo. A estratégia de Saúde da Família, que muito contribuiu para a expansão da cobertura e melhoria do acesso à atenção básica, tem que enfrentar a escassez de profissionais, a inadequada formação destes profissionais e sua alta rotatividade. Assim, a gestão dos recursos humanos precisa lidar com dois grandes desafios: um desafio de mais longo prazo envolvendo a formação de pessoal médico, particularmente em algumas especialidades, e um desafio de médio e curto prazos envolvendo a atração e retenção de profissionais de saúde para determinadas áreas.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. A. R. **Assistência Médica Sanitária 2009**. AMS, 8 ago. 2011.

BARRETO, L. M. *et al.* Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The Lancet**, v. 377, n. 9.779, p. 1.778-97, 21 May 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais).

_____. _____. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Nota técnica n. 19/2010**. Para apreciação da Câmara Técnica do SIOPS. Brasília: SIOPS, 2 fev. 2010.

_____. _____. _____. Departamento de Monitoramento e Avaliação. **Programa de avaliação para qualificação do SUS**. Brasília, 7 abr. 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_avaliacao_qualificacao_SUS_versao3.pdf>; <http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/display/dsp_print_completo.php?d=2728>.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2010**. Brasília: mar. 2011b.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: MS, 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf>.

_____. _____. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2011d.

_____. _____. Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Incentivo para construção de Pólos da Academia da Saúde. Brasília: MS, 2011e.

_____. _____. Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. Brasília: MS, 2011f.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Pr, 2011g.

_____. Conselho Nacional de Saúde – CNS . Resolução nº 445. Brasília: CNS, 11 ago. 2011h.

_____. Tribunal de Contas da União. **Relatório de auditoria operacional: farmácia popular**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/Relat%C3%B3rio_Farm%C3%A1cia_Popular_Internet.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2011.

_____. Senado Federal. **Siga Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/SigaBrasil>.

_____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2011k.

CAMPOS, F. E; BELISÁRIO, S. A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface**, v. 5, p. 133-142, 2001.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 44, p. 13-24, 2009.

CARVALHO, G. Nós e perspectivas de regulamentação da emenda constitucional 29 com mais recursos para a saúde. **Domingueiras**, 2011. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_6037_0__2011---27---584---domingueira---primavera-da-saUde.html>. Acesso em: 15 set. 2011.

_____. **Regulamentação da Lei 8.080**: um decreto com 20 anos de atraso. Brasília: Conasems, [s.d.]. Disponível em: <<http://goo.gl/BEXIJ>>.

COTTA, R. M. M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv.**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

FACCHINI, L.; GARCIA, L. P. Evolução e avanços da *Saúde da Família* e os 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: MS, 2009.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **Una atención primaria fuerte en Brasil**. Informe sobre cómo fortalecer los aciertos y corregir las fragilidades de la estrategia de salud de familia. Madrid, agosto 2011. Disponível em: <http://www.rededespesquisaaps.org.br/UserFiles/File/SBMFC_relatorio%20final.pdf>.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 32, n. 2, Apr./June 2009.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária** 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.; SOUZA, M. F. M. An evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, p. 13-19, 2006.

NESCON – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à política nacional de promoção da segurança assistencial em saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

PADILHA, A. **Discurso de posse**. Brasília, jan. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&cid_area=124&CO_NOTICIA=12054>. Acesso em: 5 set. 2011.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9.779, p. 1.778-97, 21 May 2011.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, Sept. 2010.

REICHENHEIM, M. E. *et al.* Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9.779, p. 1778-97, 21 May 2011.

ROCHA, R.; SOARES, R. **Impacto de programas de saúde a nível familiar e comunitário: evidências do Programa Saúde da Família**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 36., Salvador, 2008.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 771-782, 2009.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9.779, p. 1.778-97, 21 May 2011.

SIQUEIRA JR, J. B. Dengue no Brasil: tendências e mudanças na epidemiologia, com ênfase nas epidemias de 2008 e 2010. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: MS, 2011.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **RADIS**, n. 96, ago. 2010.

VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F.; REIS, C. O. O. **Gratuidade no SUS**: controvérsia em torno do copagamento. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para Discussão, n. 587).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, v. 10, n. 380, 29 June 2010.