

Título	SAÚDE
Autores (as)	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Título do Boletim	POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	
Editora	Ipea
Ano	2007 (n.14)
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.

1 Apresentação

Para sua implementação, o Sistema Único de Saúde (SUS) exige que sejam adotadas estratégias permanentes de mediação entre as três esferas de governo. Essa mediação deve levar em consideração as distintas realidades das regiões geográficas e dos grupos populacionais. O dia-a-dia da política e os interesses particulares, no entanto, podem levar à fragmentação das ações e criar problemas que conduzam o SUS a se afastar de seus princípios fundamentais. Para que os princípios e as prioridades gerais do SUS sejam seguidos pelas três esferas de governo e se estabeleçam estratégias para sua implementação, foram criados instrumentos de participação da sociedade civil e de gestão compartilhada entre os três níveis de governo.

Entre esses instrumentos está a realização de conferências de saúde, que começam no âmbito municipal, passam por discussões estaduais e destas para a realização da conferência nacional. Nessas conferências, realizadas de quatro em quatro anos, são discutidas a implementação do SUS e suas prioridades e reafirmados seus princípios. A partir das conferências de saúde são elaboradas diretrizes para as políticas.

Outros fóruns de discussão, de caráter mais permanente, são o Conselho Nacional e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, todos com participação paritária entre os representantes dos usuários e dos outros segmentos (governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde). Há, também, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal, com participação de representantes do Ministério da Saúde e dos Conselhos de Secretários Estaduais (Conass) e Municipais de Saúde (Conasems). Da mesma maneira, existem as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), no âmbito de cada estado (com representação dos governos estadual e municipal). Elas funcionam na qualidade de instâncias técnico-políticas de pactuação.

As diretrizes das conferências, aliadas às orientações estratégicas de cada governo, em geral expressas nos seus planos plurianuais, servem de base para a elaboração dos planos de saúde. O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um dos instrumentos de gestão do SUS. No plano são explicitadas as estratégias, as prioridades e as metas de governo para a área de saúde. Em sua formulação mais recente, considerou-se, como base, os desafios e as orientações estratégicas descritas no Plano Plurianual 2004-2007, as diretrizes da XII Conferência Nacional de Saúde e as metas nacionais e regionais de saúde (algumas delas explicitadas nos PPAs estaduais). Ademais, o PNS serve de base para a elaboração das propostas orçamentárias anuais na área de saúde.

Para alavancar o processo de descentralização, entre outros instrumentos, o Ministério da Saúde faz uso de portarias que organizam as transferências federais. Estas, em muitos casos, atuam como incentivo ao desenvolvimento de políticas e programas considerados estratégicos pelo gestor federal. Foi por meio de incentivos, por

exemplo, que foram implementados Programas como os de Agentes Comunitários de Saúde e a estratégia do Saúde da Família. Nada obstante, esse modo de conduzir a descentralização foi muitas vezes contestado por incorporar, em diversos momentos, uma dose de *tutela* federal sobre o processo.

A pactuação sobre a distribuição das responsabilidades e o estabelecimento mais consensual de prioridades e metas têm sido o instrumento que os gestores das três esferas de governo encontraram para implementar uma política mais flexível, que, muitas vezes, enfrenta o desafio de se acomodar aos interesses diferenciados de cada ente federativo sem que os princípios doutrinários do SUS sejam perdidos. Os pactos, dessa forma, levam a acordos que buscam a consolidação do SUS e de seus princípios, em uma flexibilidade organizacional e operacional maior. Pactuação e contratualização são duas palavras-chave usadas com muita insistência no contexto atual das políticas de gestão do SUS. No fundo, o que o gestor federal pretende com essas duas linhas é uma coisa só: promover um esforço contínuo para definir e avaliar ações prioritárias a serem realizadas pelo SUS nas três esferas da Federação. Com o amadurecimento dessa lógica de gestão do sistema, pode-se prever que os repasses financeiros aos distintos agentes do SUS fiquem cada vez mais condicionados ao alcance de metas e indicadores. Contudo, na fase atual ainda não estão sendo aplicadas tais condicionalidades, que implicariam pôr em prática determinadas sanções, ou seja, penalidades em relação ao montante e à sistemática dos repasses federais.

Nessa edição de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise* serão abordadas algumas ações nesse campo mais estratégico implementadas em 2006. Na primeira parte são apresentados os fatos mais relevantes de 2006. São abordadas medidas de políticas que têm diferentes dimensões, algumas mais estratégicas (Pacto pela Saúde, PlanejaSUS e ProgeSUS), outras mais conjunturais e relacionadas a aspectos operacionais (alteração do valor do Piso da Atenção Básica – PAB). Ainda nos fatos relevantes, será analisado o impacto que a alteração na forma de cálculo do PIB pode ter sobre os valores relativos à Emenda Constitucional nº 29. Na segunda parte, faz-se menção aos blocos de financiamento previstos no Pacto de Gestão para, em seguida, apresentar a execução física e orçamentária do Ministério da Saúde. A terceira parte traz como tema em destaque a relação de produção de serviços no SUS entre entidades de natureza pública e privada.

2 Fatos relevantes

Ao longo de 2006, alguns fatos relativos ao financiamento, gestão e planejamento da política nacional de saúde merecem destaque: *i*) a publicação do Pacto pela Saúde; *ii*) a criação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS); *iii*) a instituição do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS); *iii*) o aumento do valor do Piso da Atenção Básica, importante instrumento de financiamento desse nível de atenção; e *iv*) as alterações na forma de cálculo do PIB e o seu potencial impacto sobre a vinculação de recursos para a saúde.

O Pacto pela Saúde é resultado de uma discussão que teve início em agosto de 2004, quando o Ministério da Saúde organizou uma oficina denominada *Agenda do Pacto de Gestão*. O objetivo dessa oficina era iniciar discussões de revisão do processo normativo do SUS, buscando estabelecer diretrizes e metodologias para propostas de pactuação entre os gestores dos três níveis de governo. O processo contou com a

participação do Ministério da Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Secretários de Saúde (Conass e Conasems). O primeiro produto desse esforço foi publicado em 22 de fevereiro de 2006 – Portaria GM/MS nº 399. Em abril desse mesmo ano foram publicadas as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão (respectivamente, Portarias GM/MS nº 698 e nº 699). Nesse processo são reafirmados os princípios do SUS e a necessidade de consolidar os processos de regionalização e planejamento desse sistema.

O Pacto pela Saúde surge, assim, da compreensão dos gestores federal, estaduais e municipais da importância de avançar na pactuação de objetivos e metas no campo sanitário, da necessidade de defender o SUS e organizar a transferência de recursos federais. Assim, o Pacto pela Saúde é composto de três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida centra-se na definição de objetivos e metas comuns no campo sanitário, tendo por prioridades: a saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a promoção da saúde; e, finalmente, o fortalecimento da atenção primária. O pacto prevê a revisão de suas metas e objetivos ao final de cada trimestre do ano subsequente.

No caso Pacto em Defesa do SUS, o objetivo é consolidar a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado e que teria no financiamento público da saúde um dos seus pilares. A estratégia preconizada para tanto é a mobilização social, buscando mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como garantidor desse direito. Como o financiamento público é fator primordial, a mobilização se direcionaria para o alcance, em curto prazo, da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. Além disso, há a idéia de se aprovar um orçamento SUS composto pelo orçamento das três esferas de governo.

O Pacto de Gestão do SUS envolve o estabelecimento de diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde. Entre outros objetivos, o Pacto de Gestão busca organizar as transferências federais para estados e municípios em blocos de financiamento. Como essa questão se relaciona diretamente com a execução dos programas e das políticas do Ministério da Saúde, a análise dessa parte do pacto será objeto da próxima seção deste texto.

No entanto, em decorrência do Plano Nacional de Saúde, aprovado em dezembro de 2004, e do Pacto pela Saúde, foi constituído o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Em princípio, esse sistema é responsável por articular e integrar a atuação das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Para isso foi montado um comitê de operacionalização composto de representantes das três esferas. A operacionalização desse sistema se daria por meio da realização de oficinas macrorregionais a fim de atingir seus objetivos específicos, tais como propor metodologias e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento. Atualmente, ainda está em discussão a elaboração do PPA 2008-2011,

o qual busca considerar sua articulação com aquilo que foi estabelecido no Pacto pela Saúde e no Plano Nacional de Saúde.

No mesmo período em que se publica o Pacto pela Saúde e se inicia a implementação do PlanejaSUS, o Ministério da Saúde (MS) dá continuidade ao seu papel de formulador de políticas orientadoras da gestão. Entre suas atuações nesse campo, encontra-se o fomento e o apoio a iniciativas de gestão, formação, qualificação e regulação do trabalho no âmbito do SUS. Existem no país em torno de 2 milhões e 600 mil empregos de saúde, sendo 1 milhão e 500 mil públicos e 1 milhão e 100 mil privados (muitos destes atuando em instituições contratadas ou conveniadas pelo SUS). A força de trabalho na área de saúde está assim dividida: 66% na esfera municipal, 24% na esfera estadual e 10% na esfera federal.

Com a finalidade de incentivar as ações nessa área, foi instituído, em setembro de 2006, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS). Este permite ao MS colaborar técnica e financeiramente com a execução de projetos voltados ao fortalecimento dos setores de gestão do trabalho e da educação em saúde das secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. O ProgeSUS é dividido em quatro componentes: financiamento para a modernização de setores de recursos humanos por meio da aquisição de mobiliário e equipamentos de informática; disponibilização de sistema de informação gerencial para o setor; capacitação de equipes de recursos humanos; e participação no Sistema Nacional de Informações de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (InforSUS).

O componente de financiamento constante no projeto será disponibilizado em quatro etapas. A etapa I inclui as secretarias de saúde das capitais e as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal. As etapas seguintes serão realizadas nos municípios de acordo com o número de postos de trabalho públicos em saúde: a etapa II nos municípios com mais de mil postos de trabalho; a etapa III nos municípios entre 500 e mil postos; e a etapa IV nos municípios com menos de 500 postos. A cada etapa será publicado, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Segets), um edital convocando as secretarias de saúde à apresentação de projetos voltados ao fortalecimento de seus setores de gestão do trabalho e da educação. Atualmente, 42 secretarias de saúde aderiram à etapa I, 82 à etapa II e 150 à etapa III.

Como fato importante, embora mais relacionado ao dia-a-dia da política, em agosto de 2006, o Ministério da Saúde aumentou o valor fixo do Piso da Atenção Básica de R\$ 13 para R\$ 15 por habitante/ano, o que correspondeu a um aumento em 15% no valor do Piso, ou ainda 14% em termos de recursos orçamentários, (de R\$ 205 milhões para R\$ 234 milhões). Como o PAB-Fixo é repassado para os municípios aplicarem nas ações de atenção básica, tais como manutenção de postos de saúde, contratação de profissionais de saúde e compra de equipamentos e insumos, esse aumento significa uma maior responsabilidade dos municípios na melhora da qualidade dos serviços de atenção básica do SUS.

Outro fato relevante, com impacto potencial nos recursos vinculados para a área da saúde, foi as mudanças metodológicas promovidas na apuração do PIB. A divulgação de nova metodologia para o cálculo do PIB pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE) redesenhou a trajetória de crescimento da economia brasileira nos últimos anos, exigindo atualizações em indicadores de diversas áreas, incluindo questões relativas ao financiamento da saúde. A tabela 1 atualiza os cálculos dos gastos com ações e serviços públicos de saúde em percentuais do PIB, comparando os dados apurados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) com o novo PIB divulgado pelo IBGE. Como a nova trajetória do PIB apresenta um crescimento mais significativo no período, o desempenho dos gastos em saúde mostra-se mais frágil. Antes, a parcela do PIB alcançada era de 3,69% no ano de 2004, e o crescimento acumulado no período, para as três esferas de governo, superava os 19%. Agora, percebe-se que o esforço de alocação de recursos nessa área foi menor em comparação ao desempenho do PIB. Em 2004, as despesas com ações e serviços públicos de saúde alcançaram apenas 3,35% do PIB, e o crescimento do período também se mostra mais lento – 16%. Os dados para 2005, divulgados já sob a nova metodologia do PIB, mostram uma importante recuperação nos gastos da União – que retornam ao patamar de 2000 e 2001 – além da manutenção da trajetória de crescimento dos recursos municipais aplicados no setor. A parcela alcançada em 2005 – 3,47% do PIB recalculado – ainda é menor, entretanto, da estimada para o ano de 2004, diante do antigo PIB – 3,69%.

TABELA 1

Despesas com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo, em percentual do PIB (2000-2005)

(Recalculado com os novos dados do PIB)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	Em % do PIB						Índice 2000 = 100					
União	1,73	1,73	1,67	1,60	1,68	1,73	100	100	97	92	97	100
Estados	0,54	0,64	0,73	0,72	0,83	0,80	100	119	135	133	154	148
Municípios	0,63	0,71	0,81	0,80	0,84	0,94	100	113	129	127	133	149
Total	2,90	3,08	3,21	3,12	3,35	3,47	100	106	111	108	116	120

Fonte: Siops.

Claro está que a situação concreta do setor saúde não *melhora* ou *piora* pela simples mudança de cálculos. Mas o que os novos dados permitem afirmar é que, se a trajetória do PIB foi mais favorável do que se pensava, então teria sido possível também um esforço maior de alocação de recursos para o setor saúde no período apresentado. Ou seja, no que refere ao volume de financiamento, a construção do SUS poderia ter sido mais rápida do que efetivamente foi.

3 Acompanhamento da política e dos programas

3.1 Mudanças recentes no financiamento federal do SUS

Mudanças recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS tiveram como pano de fundo o novo Pacto pela Saúde, sendo o Pacto de Gestão aquele no qual essas alterações estão consolidadas.

Com os novos parâmetros, as transferências federais, que antes eram feitas para ações e programas específicos, ficaram ordenadas em cinco grandes blocos: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão. À primeira vista, foi feito apenas um *rearranjo* dos diferentes tipos de transferências, mas, na verdade, houve também uma maior flexibilização no uso, na

medida em que, com exceção do bloco de assistência farmacêutica, poderá haver transferência de recursos de uma atividade para outra, no mesmo bloco. Essa faculdade, sem dúvida alguma, confere mais autonomia ao gestor local. Ademais, reduziram-se os incentivos que constavam do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). Esse fundo volta, de certa forma, à sua concepção original de financiar, basicamente, procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, transplantes e ações emergenciais.

BOX 1

A criação do SUS, ao mesmo tempo em que unificou as ações de saúde no âmbito federal, também incluiu a descentralização como uma das diretrizes básicas do novo sistema. O processo de descentralização dos recursos federais e o advento da Emenda Constitucional nº 29 fez com que a hegemonia federal no financiamento fosse sendo substituída por uma participação cada vez maior de estados e municípios. Atualmente, a participação federal ainda continua sendo importante, mas é bem menor que há seis anos. Segundo dados do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), hoje cerca de 50% dos recursos do SUS são originários do Ministério da Saúde e outros 50% de estados e municípios. Em 2000, o Ministério da Saúde respondia por 60% do total.

Essa característica do SUS, gestão descentralizada para estados e municípios e com boa parte dos recursos que lhes são destinados sendo arrecadados pelo governo federal, fez com que a questão dos mecanismos de repasse e critérios de transferência de recursos do governo federal para estados e municípios se tornasse relevante motivo de preocupação dos gestores públicos do setor. A questão dos mecanismos de repasse já está mais consolidada, por meio dos repasses fundo a fundo, desde 1997. Os critérios de transferência, que estabelecem os parâmetros para a definição dos volumes de recursos a serem transferidos, contudo, ainda são motivo de muitas discussões. As Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) e as várias normas operacionais (NOB nº 01/1993, NOB nº 01/1996), direta ou indiretamente, tentaram regulamentar essa questão

Com o avançar do tempo observou-se que, apesar desses textos legais terem tentado estabelecer critérios para transferência de recursos, não havia uma orientação estratégica clara. Não ficava explícito, por exemplo, se o objetivo a ser perseguido nas transferências para estados e municípios era aumentar a equidade alocativa, a eficiência no uso dos recursos, ou apenas garantir maior controle do nível federal sobre os recursos transferidos. Além disso, criou-se um número excessivo de critérios ou formas de repasses (mais de cem) consubstanciados em incontáveis portarias de regulamentação, as quais transformaram o acompanhamento das transferências em um difícil exercício de hermenêutica.

Contudo, apesar de todos esses problemas, é importante destacar o papel das transferências, principalmente das feitas para atenção básica, como indutoras da política de reorientação do modelo assistencial. Os repasses regulares e automáticos do PAB-Fixo deram condições para que os municípios brasileiros efetivamente se responsabilizassem pela atenção básica. Os incentivos para adesão aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Farmácia Básica, por seu turno, reforçaram e qualificaram a atenção básica.

3.1.1 Atenção básica

O Pacto de Gestão organiza melhor as transferências a serem realizadas para o bloco da atenção básica,¹ que continua constituído por dois componentes: *i*) Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo; e *ii*) Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Variável. O Componente Fixo (PAB-Fixo) refere-se aos recursos, com base na

1. A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica. A Portaria nº 540, da mesma data, definiu novos valores de repasse, de acordo com a nova política.

população, transferidos mensalmente para o custeio de ações de atenção básica de saúde, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios. A novidade, nesse caso, é que, para diminuir a multiplicidade de formas de transferências, os municípios que já recebem incentivos por equipe de projetos similares ao PSF² e o incentivo de descentralização de Unidades de Saúde da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) terão esses valores incorporados ao seu PAB-Fixo.

No tocante à parte variável do PAB, mais especificamente às estratégias do PACS/PSF, os valores das transferências do Ministério da Saúde para os municípios e para o Distrito Federal estão condicionados pelo número de equipes e agentes, em certos limites, além de critérios socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos.

O financiamento das Equipes de Saúde da Família (ESF) e de Saúde Bucal (ESB) será feito por duas modalidades que receberão incentivos mensais com valores diferenciados, maior para o caso da modalidade 1.³ A modalidade 1 será aplicada à ESF que: *i*) estiverem em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil nos estados da Amazônia Legal⁴ e de até 30 mil nos demais estados; *ii*) tiverem sido implantadas em municípios que integram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), desde que enquadradas no critério anterior; e *iii*) estiverem implantadas em municípios não incluídos nos critérios anteriores, mas que atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamento de reforma agrária com no mínimo setenta pessoas. A modalidade 2 refere-se às ESF implantadas em outros locais do território nacional que não se enquadrem nos critérios da modalidade 1. No caso da ESB, as duas modalidades estabelecidas para seu financiamento estão relacionadas à composição da equipe. Na modalidade 1, a equipe é composta, no mínimo, por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário. Na modalidade 2, a equipe mínima é formada por um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental.

3.1.2 Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Os repasses para a atenção de média e alta complexidade estão organizados em dois componentes: *i*) Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); e *ii*) Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

A mudança induzida pelo pacto é uma redução dos recursos incluídos no Faec. Parte dos recursos será incorporada ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade

2. Esses incentivos referem-se às Portarias nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, que definia o repasse de recursos para apoio à manutenção de Equipes de Saúde da Família, similares ao modelo preconizado pelo Ministério da Saúde.

3. O valor do incentivo financeiro para a ESF na modalidade 1 está em R\$ 8.100,00 ao mês, por equipe, e de R\$ 5.400,00 ao mês, por equipe na modalidade 2. Além dessa participação no custeio, o MS transfere um valor de R\$ 20.000,00, em duas parcelas, uma quando uma equipe é implantada, para investimento nas Unidades Básicas, e outra para a realização do Curso Introdutório (Portaria nº 650, de 28 de março de 2006). Com relação à Equipe de Saúde Bucal, o valor da modalidade 1 foi estabelecido em R\$ 1.700,00 a cada mês, por equipe; e R\$ 2.200 para as ESB modalidade 2. Há, ainda, um incentivo de 50% sobre os valores transferidos para as equipes que atuam nos municípios ou que atendam populações caracterizadas como alvo da modalidade 1 de financiamento do PSF (IDH mais baixo, área de implantação do PITS, população quilombola ou residente em assentamentos). Por fim, são também transferidos R\$ 7.000,00 em parcela única por equipe implantada para investimento na Unidade Básica e para o Curso Introdutório (Portaria nº 650, de 29 de março de 2006).

4. Os Estados que compõem a Amazônia Legal são: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, além de parte dos Estados de Mato Grosso, Tocantins e Maranhão.

(MAC) de cada estado, município e do Distrito Federal, de acordo com a pactuação entre os gestores. O Faec deverá ficar restrito às seguintes situações: procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC); transplantes e procedimentos vinculados; ações estratégicas emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido; e, para os procedimentos que não estejam na tabela vigente ou para os quais ainda não se tenha parâmetro para definição do gasto, há previsão de cobertura de aproximadamente seis meses, até que uma série histórica seja formada e que eles possam ser incorporados ao limite financeiro do MAC.

Os recursos atualmente no Faec que não se destinem aos procedimentos incluídos nas situações supracitadas deverão, conforme ato normativo específico pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ser incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Os recursos da MAC dos estados, do Distrito Federal e dos municípios serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde subnacionais, em conformidade com ato normativo específico, com base na Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI). Esses recursos destinam-se ao financiamento de procedimentos e incentivos permanentes no campo da atenção MAC.⁵

3.1.3 Assistência farmacêutica

O modelo de financiamento do abastecimento de medicamentos está definido a partir da Política Nacional de Medicamentos de 1998. Por essa política, o financiamento dos medicamentos é feito em três grupos: *i)* para os utilizados na atenção básica está prevista a participação das três esferas de governo, sendo os procedimentos de programação e aquisição descentralizados para os estados e/ou municípios; *ii)* aqueles considerados estratégicos, no escopo das ações programáticas do Ministério da Saúde, são programados, adquiridos e distribuídos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde; e *iii)* os de dispensação em caráter excepcional serão programados, adquiridos e distribuídos pelos estados, embora sejam financiados pelos níveis federal e estadual.

O Pacto pela Saúde manteve essa organização do financiamento da assistência farmacêutica. No entanto, o Componente Básico passou a agregar os recursos destinados à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e aqueles relacionados a agravos e programas específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, como a hipertensão e o diabetes. Este subdivide-se em uma parte fixa e outra variável, com base nos seguintes critérios: *i)* Parte Financeira Fixa: valor com base *per capita* para ações de assistência farmacêutica para a atenção básica; e *ii)* Parte Financeira Variável: valor com base *per capita* para ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição; e Combate ao Tabagismo.

5. São considerados *incentivos permanentes da MAC* os recursos atualmente designados aos: *i)* Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); *ii)* Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); *iii)* Centro de Referência em Medicina do Trabalho; *iv)* Adesão a contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; *v)* Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS); *vi)* Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps); *vii)* Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI); e *viii)* outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de custeio de ações de média e alta complexidade e que não sejam financiadas por procedimento.

O Componente Estratégico compreende o financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os programas estratégicos que são de responsabilidade do Ministério da Saúde, a saber: *i*) controle de endemias: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; *ii*) anti-retrovirais para o Programa de DST/Aids; *iii*) Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados; e *iv*) imunobiológicos.

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional (Portaria nº 2.577, de 27 de outubro de 2006) consiste no financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS.⁶ A responsabilidade pelo financiamento desses medicamentos é do MS e dos estados, conforme a pactuação estabelecida na CIT. A dispensação é responsabilidade do Estado. Nesse componente, o Ministério da Saúde repassará aos estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos estados com base nas emissões das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apacs).

3.1.4 Vigilância em saúde

Na vigilância em saúde, os recursos também foram organizados em dois componentes: o Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e o Componente da Vigilância Sanitária em Saúde.

O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, que engloba os recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, está composto pelo atual Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS) e por incentivos.⁷

No tocante ao Componente de Vigilância Sanitária em Saúde, o Ministério da Saúde assegurará recursos para compor o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVISA) naqueles estados onde o valor *per capita* do Termo de Ajuste e Metas não atingir o teto orçamentário mínimo daquele estado.⁸

3.1.5 Gestão do Sistema Único de Saúde

Este bloco congrega as transferências estanques que têm como finalidade apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do

6. Medicamentos destinados ao tratamento de agravos inseridos nos seguintes critérios: doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; doença prevalente, com uso de medicamento de alto valor unitário que, em uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado. Neste último caso, desde que: *i*) haja tratamento previsto para o agravo na atenção básica, ao qual o paciente apresentou intolerância ou refratariedade; e *ii*) o diagnóstico ou o estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada.

7. Os critérios para o cálculo do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS) ainda são, no presente momento, os estabelecidos pela Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. A referida portaria fixa, também, as competências e responsabilidades da União, Estados, Distrito Federal e municípios na área da vigilância em saúde, inclusive o provimento de insumos básicos para as ações. Na definição da distribuição dos recursos federais alocados ao TFVS, os critérios utilizados levam em consideração a população e a área de cada Unidade da Federação. Os incentivos são os seguintes: Laboratório de Saúde Pública, Atividades de Promoção à Saúde; Registro de Câncer de Base Populacional; Serviço de Verificação de Óbitos; Campanhas de Vacinação; Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*; Contratação de Agentes de Campos; DST/Aids e outros que venham a ser instituídos.

8. Até o presente momento, o repasse de recursos da vigilância sanitária obedece aos critérios estabelecidos na Portaria nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003. Por essa portaria, a definição do Teto Financeiro da Vigilância Sanitária de cada Estado e do Distrito Federal é formado por um valor *per capita*, atualmente de R\$ 0,15 ao ano e um valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização da Vigilância Sanitária (TFVS) por fato gerador.

sistema. Seus componentes são os seguintes: *i*) Componente para Qualificação da Gestão do SUS; e *ii*) Componente para a Implantação de Ações Serviços de Saúde. O Componente de Qualificação da Gestão apoiará as seguintes ações: *i*) regulação, controle, avaliação e auditoria; *ii*) planejamento e orçamento; *iii*) programação; *iv*) regionalização; *v*) gestão do trabalho; *vi*) educação em saúde; *vii*) incentivo à participação e do controle social; *viii*) informação e informática em saúde; *ix*) estruturação de serviços e organização das ações de assistência farmacêutica; e *x*) outras que vierem a serem instituídas.

O Componente para a Implantação de Ações e Serviços inclui os recursos atualmente destinados a: *i*) implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPs); *ii*) qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; *iii*) implantação de residências terapêuticas em saúde mental; *iv*) fomento para ações de redução de danos nos CAPs AD; *v*) inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; *vi*) implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); *vii*) implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); *viii*) reestruturação dos hospitais-colônias de hanseníase; *ix*) implantação de centros de saúde do trabalhador; *x*) adesão a contratualização pelos hospitais filantrópicos; e *xi*) outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

3.2 Análise da execução dos principais programas do Ministério da Saúde

3.2.1 Execução física

No Plano Plurianual (PPA 2004-2007), o Ministério da Saúde contava, em 2006, com 26 programas que, para efeitos de análise, foram organizados neste capítulo em seis grandes linhas de atuação: atenção básica em saúde, atenção ambulatorial e hospitalar em saúde, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, atenção a grupos específicos e gestão em saúde.

O Programa Atenção Básica a Saúde tem como principal estratégia o Saúde da Família, que, conforme discutido em edições anteriores deste periódico, consiste em uma busca de reorientar o modelo de atenção à saúde. Em termos de execução física, em 2006 foram implementadas 2 mil novas Equipes de Saúde da Família (ESF), contratados 11 mil novos agentes comunitários de saúde e implantadas cerca de 2,5 mil Equipes de Saúde Bucal. De acordo com estimativas realizadas pelo Ministério da Saúde, 46% da população brasileira estaria coberta por ESF em 2006, por meio de 26,7 mil equipes, um aumento de cobertura estimada da ordem de 10% em relação a 2003. Nesse mesmo ano, havia 15,1 mil Equipes de Saúde Bucal com cobertura estimada de 39,8% da população.

No PPA, o principal programa associado à Atenção de Média e Alta Complexidade é o *Atenção Ambulatorial e Hospitalar no Sistema Único de Saúde* para o qual estavam alocados 51% dos recursos para *Ações e Serviços Públicos de Saúde* do Ministério da Saúde, totalizando R\$ 19 bilhões, sendo que 92% dos recursos desse programa estavam concentrados em uma única ação denominada *Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena/Avançada*. Além desse programa, existem outros como o *Atenção Especializada*, mais voltado para investimentos; bem como o *Programa*

Atenção à Saúde da População em Situações de Urgências, Violências e outras Causas Externas, que busca integrar o atendimento pré-hospitalar à rede hospitalar de urgência e emergência.

A produção de serviços pelo SUS e a sua cobertura populacional costumam ser avaliadas em relação ao número de internações hospitalares e à produção ambulatorial por habitante. Há vários indicadores que podem ser elaborados a partir dos dados coletados mensalmente pelos sistemas do Ministério da Saúde. Referem-se a aspectos tais como média de internação por leito, tipos de problemas de saúde que motivaram o serviço, procedimentos realizados etc. Em 2006, foram realizadas mais de 11 milhões de internações pelo SUS, com uma média nacional de 60,5 por mil habitantes. No entanto, o número de consultas médicas básicas foi da ordem de 256 milhões, com uma média nacional de 1,37 por habitante.

Ainda na atenção a urgências e emergências, houve a implantação de 23 novos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), totalizando 111 unidades em atividade, com cobertura estimada de 91,7 milhões de habitantes em 906 municípios.

No PPA, as ações de assistência farmacêutica estão dispersas em mais de um programa. A maior parte das ações e dos recursos está no *Programa Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos*, que contava com cerca de R\$ 2,5 bilhões, porém há ações relacionadas a medicamentos em outros programas. Por exemplo, no *Programa Vigilância, Prevenção e Atenção em HIV/Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis*, estão previstos cerca de R\$ 900 milhões. Nesses programas estão, também, os recursos para o Farmácia Popular do Brasil. Em 2006, foi implantada a segunda fase do Farmácia Popular (Farmácia Popular II) que consiste na venda a preços subsidiados, na rede de farmácias privadas, de medicamentos genéricos para uma série de patologias. As prescrições são encaminhadas ao Ministério da Saúde, que reembolsa parte do preço aos estabelecimentos comerciais. Essa iniciativa pode aumentar o acesso a esses grupos de medicamentos por aquela parte que se disponha a pagar por eles. Conforme analisado nas edições 9, 12 e 13 deste periódico, esse programa vem suscitando muita polêmica no setor, uma vez que pressupõe o co-pagamento pelo usuário, considerado um precedente indesejável, pois poderia justificar a extensão desse mecanismo a unidades assistenciais e outros serviços, alterando a concepção da saúde como “direito do cidadão e dever do Estado”.

Com relação à implantação, foram inauguradas 175 Farmácias Populares, totalizando 253 em funcionamento (Farmácia Popular I). A grande expansão, todavia, aconteceu na parceria com a rede privada (Farmácia Popular II), que já totaliza cerca de 3 mil estabelecimentos cadastrados. Ainda não há dados para se avaliar a ampliação do acesso a medicamentos por meio dessa ação.

Uma análise temporal permite observar que a despesa com os programas de medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde cresceu tanto em valores relativos (como percentual do gasto com ações e serviços públicos de saúde), quanto em valores absolutos. No primeiro caso, a participação no gasto total com ações e serviços

públicos de saúde,⁹ que era de 4,82%, em 1998, sobe gradualmente até chegar a 7,66%, em 2005.

A alocação de recursos na área de assistência farmacêutica é uma das que mais sofreu alterações nos últimos 11 anos. Os medicamentos para aids tinham participação residual (0,27%) na despesa do ministério com medicamentos em 1995. Em 2005 passaram a comprometer mais de 19% do gasto. A fatia dos medicamentos de dispensação excepcional, por sua vez, passou de 14,87% para 40,35%. Essa variação é devida ao fato de que a assistência farmacêutica geral perdeu espaço para programas específicos (Aids, Excepcionais), não só porque os insumos desses programas são mais caros, mas principalmente porque os grupos de interesse dessas áreas (movimentos sociais, associações de portadores de patologias etc.) exercem pressão permanente (e legítima) na defesa de seus direitos (ver tabela 2).

TABELA 2

Ministério da Saúde – Distribuição percentual dos dispêndios com medicamentos, segundo os principais programas (1995-2005)

Medicamentos	1995	2005
DST/Aids	0,27	19,33
Excepcionais	14,87	40,35
Farmácia Básica	–	7,98
Farmácia Popular	–	1,79
Outros	84,86	30,55
Total	100,00	100,00

Fonte: MS (Subsecretaria de Orçamento e Planejamento). Planilhas elaboradas para o CNS.

No campo da vigilância em saúde, o país continua mantendo suas boas coberturas no campo da vacinação. Por exemplo, 95% das crianças menores de 5 anos foram vacinadas contra poliomielite; mais de 80% dos maiores de 60 anos foram vacinados contra a gripe. Nesse campo, tem-se investido fortemente na ampliação e na consolidação dos sistemas de vigilância de doenças, agravos e fatores de riscos. Uma iniciativa nessa área foi a implementação do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Esse foi implementado nas capitais dos 26 estados e no Distrito Federal. Nessa etapa foram levantadas informações sobre fatores de risco, como fumo, excesso de peso, sedentarismo, diabetes, hipertensão, entre outros; e fatores de proteção, como prática de atividades físicas e consumo de frutas e hortaliças. As informações, que foram disponibilizadas no primeiro semestre de 2007, devem auxiliar o planejamento de ações de promoção e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.¹⁰

A atenção a grupos específicos é feita por meio de vários programas da área de saúde, em seus diversos níveis (básica, média e alta complexidade). Contudo, há ações específicas para gestão da diversidade que buscam qualificar a atenção a esses grupos. Esse é o caso das ações de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Trabalhador, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde do Jovem, Saúde da Pessoa com

9. Ações e Serviços Públicos de Saúde corresponde ao total de recursos considerados para fins de cumprimento da EC nº 29 pelo MS, ou seja, corresponde ao gasto total do MS, menos os gastos com inativos e pensionistas e encargos com juros e amortização da dívida interna e externa.

10. Para maiores informações, ver: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf>.

Deficiência, Saúde da População Negra, Saúde da População do Campo, Saúde da População do Sistema Penitenciário, que fazem parte do Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravo. Por meio dessas ações, as áreas técnicas do Ministério da Saúde vêm buscando capacitar os profissionais de saúde para uma atenção humanizada e mais qualificada a esses grupos. São responsáveis, também, por fazer o monitoramento das condições de saúde dessa população. Nesse campo, entre as estratégias mais utilizadas estão os cursos de capacitação, seminários, campanhas, entre outros.

No campo da gestão, as principais novidades foram o ProgeSUS (gestão do trabalho) e as discussões em torno do pacto, ambos analisados anteriormente.

3.2.2 Execução orçamentário-financeira

Em relação ao desempenho do governo federal no esforço de financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, a análise dos gastos do Ministério da Saúde corrobora alguns entendimentos, mas deixa perspectivas interessantes para o exercício de 2007 (ver tabela 3). A nova trajetória de crescimento do PIB exige o recálculo dos pisos de execução da Emenda nº 29, seja em termos de *base fixa* ou de *base móvel*. Nesse sentido, os problemas de ambigüidade na interpretação da emenda mantêm-se: o governo federal cumpriria regamente a EC nº 29, se for considerado o método de cálculo de *base fixa*; mas, se observado o critério de *base móvel*, a Emenda teria sido cumprida apenas no ano de 2002. Sob este último critério, que é o defendido por instituições vinculadas ao movimento sanitário e pelo Tribunal de Contas da União inclusive, o governo federal teria deixado de aplicar em ações e serviços públicos de saúde um total acumulado de R\$ 5,6 bilhões até o ano de 2006.

Todavia, observa-se que a delimitação dos recursos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde está tornando-se mais clara. Nesse sentido, verificou-se o fim da contabilização de parcela considerável dos recursos do Programa Bolsa Família no âmbito da execução orçamentária-financeira do Ministério da Saúde. Como ressaltado nas edições 10 e 12 deste periódico, tal contabilização permitia aproveitar uma brecha no entendimento da Emenda nº 29, tal como definido desde a LDO de 2002, inflando os gastos com ações e serviços públicos de saúde com os gastos em um programa que, sim, é importantíssimo, mas que, apesar da sua condicionalidade, não deveria ser considerado como uma ação pública de saúde, mas sim como um programa de transferência direta de renda – logo não poderia constar para o cumprimento da EC nº 29.

Os valores envolvidos com essa questão eram elevados: R\$ 800 milhões em 2005, R\$ 2 bilhões em 2006 e para 2007 estavam previstos R\$ 2,1 bilhões. Felizmente, entretanto, esse problema foi solucionado no debate da Lei Orçamentária de 2006 no Congresso Nacional. A plenária da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização ratificou, entre outros pedidos do relator setorial da área temática saúde, a necessidade de transferir a execução integral do Programa Bolsa Família para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, desonerando o Ministério da Saúde.

Tal decisão, que foi renovada para o orçamento de 2007, aumenta a transparência do acompanhamento da EC nº 29, além de ter, na prática, significado a recuperação de cerca de R\$ 2 bilhões para a execução de ações e serviços públicos de saúde.

Outra notícia é que, em 2007, a dotação inicial de recursos do governo federal para a execução de ações e serviços públicos de saúde supera o patamar mínimo definido pela Emenda nº 29, calculada pelo critério de *base móvel*. Mais uma vez, a discussão do orçamento no Congresso foi positiva para o financiamento da saúde: o projeto de lei apresentado previa R\$ 46,4 bilhões para o Ministério da Saúde, dos quais R\$ 42,4 bilhões alocados para ações e serviços públicos de saúde. A Lei Orçamentária aprovada para 2007 autorizou como dotação inicial R\$ 49,7 bilhões para o ministério, sendo R\$ 45,7 para ações e serviços públicos de saúde. Foram elevados significativamente os recursos previstos para os Programas de Atenção Hospitalar e Ambulatorial, Atenção Básica e Atenção Especializada em Saúde, além de alguns programas de saneamento – que na tabela a seguir integram o item *Outros*.

TABELA 3

Ministério da Saúde – Execução orçamentário-financeira em ações e serviços públicos de saúde – 2000 a 2006 e estimativa para 2007

(Em R\$ bilhões correntes)

	Despesas em ações e serv. públicos de saúde (a) ¹	Despesas em ações e serv. públicos de saúde (b) ²	Base fixa (c) ³	Base móvel (d) ⁴
2000	20,4	20,4	19,3	19,3
2001	22,5	22,5	21,4	22,6
2002	24,9	24,9	23,6	24,9
2003	27,2	26,8	26,8	28,3
2004	32,7	31,9	30,8	32,5
2005	36,5	34,5	35,2	37,3
2006	40,7	40,7	38,9	41,3
2007 ⁵	45,7	45,7	42,1	44,1

Fonte: Siafi/Sidor.

Notas: ¹ Segundo a definição das LDOs: gastos totais do Ministério da Saúde, excetuando-se as despesas com inativos e pensionistas, juros e amortizações de dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

² Além das exclusões previstas na LDO, excluíram-se também nesta coluna as despesas com programas de transferência direta de renda – de acordo com a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde.

³ Sob o enfoque de "Base Fixa", o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o valor mínimo de recursos calculado para o ano anterior.

⁴ Sob o enfoque de *base móvel*, o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o volume de recursos executado no ano anterior, exceto quando este for inferior ao piso mínimo calculado.

⁵ Dados da Execução para 2007 correspondem à dotação Inicial.

Na análise da execução orçamentário-financeira do exercício de 2006, resta ressaltar ainda a melhora no nível de execução do Programa de Assistência Farmacêutica e a baixíssima execução do Programa de Atenção Especializada em Saúde, que é um programa com várias ações de investimento. Em relação a este último, seria muito importante garantir que esse comportamento não se repita, tendo em conta caráter estratégico dos investimentos na rede de atenção à saúde, especificamente na de alta complexidade.

Por fim, um alerta: é necessário chamar a atenção dos atores e dos analistas interessados nas políticas públicas do setor saúde para o nível crescente das despesas acumuladas, como restos a pagar no Ministério da Saúde. Segundo informações apuradas recentemente pelo Siops, a execução orçamentário-financeira do MS em 2005 deixou quase R\$ 4,3 bilhões para que se realizasse o efetivo pagamento em 2006. Deste valor, cerca de R\$ 2,6 bilhões foram pagos, adiando novamente o pagamento de pouco mais de R\$ 1,6 bilhões para o exercício de 2007. O fato que mais chama a atenção, entretanto, é que a execução orçamentário-financeira de 2006 também inscreveu algo em torno de R\$ 4,3 bilhões, como resto a pagar – o que, somado aos R\$ 1,6 bilhões, legado de 2005 ainda não pago – totaliza a considerável soma de R\$ 6 bilhões inscritos como Restos a Pagar para 2007. Esta espécie de “dívida” acumulada

pelo MS junto aos outros agentes do SUS – prefeituras, governos estaduais, fornecedores e outros prestadores de serviços – deve ser enfrentada rapidamente antes que se transforme em uma *bola-de-neve* incontrolável.

TABELA 4

Execução orçamentária do Ministério da Saúde (2005-2007)

(Dados corrigidos pelo IPCA médio para dez./2006, exceto dados de 2007 – R\$ milhões correntes)

Programas dos órgãos selecionados	2005				2006				2007	
	Dotação inicial (A)	Autorizado (lei + créditos) (B)	Liquidado (C)	Nível de execução (%) (C/B)	Dotação inicial (E)	Autorizado (lei + créditos) (F)	Liquidado (G)	Nível de execução (%) (G/F)	Projeto de lei (H)	Dotação inicial (I)
Ministério da Saúde	42.238,9	44.727,5	41.818,9	93,5	44.276,2	46.180,6	44.311,1	96,0	46.399,8	49.699,2
Atenção Hospitalar e Ambulatorial em Saúde	17.300,1	18.166,9	17.991,5	99,0	18.883,3	19.554,3	19.431,5	99,4	18.676,1	20.199,9
Atenção Básica em Saúde	5.621,6	5.807,3	5.612,2	96,6	6.596,1	6.679,7	6.235,0	93,3	7.343,7	7.855,7
Assistência Farmacêutica	2.487,3	2.600,6	2.280,0	87,7	2.624,5	2.629,8	2.561,8	97,4	2.959,4	2.998,5
Transferência de Renda com Condiionalidades	1.146,0	2.309,2	2.164,7	93,7	–	–	–	–	–	–
Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária	1.680,3	1.619,9	1.518,7	93,8	1.557,8	1.738,4	1.650,7	95,0	1.554,8	1.551,7
Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças	1.511,7	1.512,6	1.455,0	96,2	2.153,7	2.146,5	2.114,4	98,5	2.259,2	2.319,5
Outros	1.810,6	1.736,2	1.504,7	86,7	2.120,7	2.097,9	1.926,3	91,8	1.940,9	2.411,4
Atenção Especializada em Saúde	818,3	819,3	560,8	68,4	884,2	878,5	375,7	42,8	407,6	1.168,4
Programas de Atenção a Grupos Específicos	576,7	609,9	524,8	86,0	623,0	701,3	525,2	74,9	769,2	724,7
Gestão	316,1	279,6	248,2	88,8	286,6	288,5	254,2	88,1	358,6	349,9
Formação e Gestão de Recursos Humanos	354,5	316,2	280,0	88,6	378,7	374,5	356,6	95,2	438,1	435,7
Assistência Suplementar	108,4	114,8	102,5	89,3	109,8	106,5	102,6	96,3	142,5	142,5
Total 1	33.731,7	35.892,5	34.243,1	95,4	36.218,5	37.196,0	35.533,9	95,5	36.850,3	40.158,0
Apoio Administrativo	4.484,5	4.728,0	3.755,4	79,4	4.239,2	5.055,4	5.004,4	99,0	5.468,6	5.460,3
Amortização da Dívida e Encargos Financeiros	621,4	621,4	352,2	56,7	446,0	446,0	297,8	66,8	350,9	350,9
Outras Operações Especiais	147,3	130,9	127,7	97,5	215,0	212,7	207,9	97,8	126,7	126,7
Inativos e Pensionistas	3.254,0	3.354,6	3.340,5	99,6	3.157,5	3.270,6	3.267,2	99,9	3.603,3	3.603,3
Total 2	8.507,3	8.834,9	7.575,8	85,7	8.057,6	8.984,6	8.777,2	97,7	9.549,6	9.541,3

Fonte: Siafi/Sidor.

Elaboração: Disoc/Ipea.

4 Tema em destaque

Produção de serviços no SUS por entidades de natureza pública e privada

O Estado brasileiro vem estabelecendo, em anos recentes, um novo padrão de intervenção no setor de saúde no país, em busca de melhores resultados para a saúde da população. Pode-se dizer que todas as modalidades privadas e públicas de prestação de serviços de saúde estão sendo afetadas pelo envolvimento do Estado na sua regulação e no seu financiamento. Em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), essa intervenção está claramente delineada num conjunto de iniciativas por parte do Ministério da Saúde que visam a aperfeiçoar o desempenho dos seus serviços mediante o planejamento conjunto e a realização de acordos que contemplam metas e indicadores a serem alcançados pelo grupo dos agentes públicos e privados que integram esse sistema.

O quadro 1 a seguir apresenta uma visão panorâmica dos componentes SUS e não SUS do sistema de saúde brasileiro, de acordo com a participação do Estado no seu funcionamento. Vê-se que é bastante extenso o leque das intervenções do Estado, que vai desde os programas assistenciais mantidos por estabelecimentos privados não lucrativos até as entidades privadas que gerenciam planos e seguros de saúde. Variados são os agentes institucionais envolvidos e as formas de participação do Estado em relação a cada um deles.

Componentes do sistema de saúde brasileiro e principais formas de intervenção do Estado

Componentes	Agentes	Intervenção do Estado
Assistência ambulatorial e hospitalar do SUS	Secretarias de Saúde	Planejamento, financiamento, gestão e pactuação federativa
Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde	Secretarias de Saúde	Planejamento, financiamento, gestão e pactuação federativa
Assistência à saúde em caráter complementar ao SUS	Clínicas e hospitais privados não lucrativos, especialmente os filantrópicos	Convênios e contratos para assistência aos usuários do SUS; isenções fiscais e previdenciárias
Assistência comunitária à saúde	Entidades do terceiro setor	Subvenções públicas e parcerias
Sistema suplementar de assistência à saúde	Entidades gerenciadoras de planos e seguros de saúde	Regulação de ajuste de preços; ressarcimento ao SUS; incentivo fiscal aos beneficiários
Assistência à saúde em regime de livre demanda	Clínicas e hospitais privados; profissionais liberais	Regulação pelos conselhos profissionais, que têm caráter paraestatal (sendo delegação do Estado); deduções fiscais para clientes

Elaboração Disoc/Ipea.

Notável por sua amplitude e magnitude, esse conjunto de ações de intervenção por parte do Estado brasileiro, contudo, só pode ser justificado desde que alcance resultados positivos em termos de benefícios para a população, com coerência como política pública, devidamente orientada por critérios de eficiência, eficácia e equidade. Ignora-se, na verdade, se esse desiderato está sendo atendido e em que medida. Falta uma avaliação adequada de resultados e, em muitos casos, falta consenso sobre quais deveriam ser as prioridades de proteção social e os direitos a serem garantidos pela intervenção do Estado em cada um desses segmentos envolvidos com a assistência à saúde.

Aqui não se pretende, contudo, realizar uma avaliação desse tipo, que exigiria muito mais espaço do que é possível nas páginas deste periódico. Esta seção estará limitada a uma breve análise da participação do setor privado de serviços de saúde no SUS em modo comparativo com o setor público, particularmente em relação à oferta de serviços hospitalares.

4.1 Produção público-privada de serviços de saúde no SUS e sua regulação

O SUS, em suas origens históricas na década de 1980, foi concebido como um sistema sob comando do poder público, envolvendo unidades públicas de prestação de ações e serviços de saúde. Contudo, o caráter complementar foi atribuído à iniciativa privada desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986. Do relatório final desta conferência consta a seguinte proposta de um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado no sistema nacional de saúde: “Para os estabelecimentos privados que já se relacionam com o Inamps, estabelecer um novo contrato-padrão regido pelos princípios do direito público, passando o serviço privado a ser concessionário do serviço público”.

No entanto, a Constituição Federal de 1988 não convalidou essa proposta de um sistema em que as atividades de atenção à saúde gozassem do estatuto de bem público (como é o caso, por exemplo, das telecomunicações), em virtude do qual deveria a iniciativa privada participar em forma de concessionária do poder público. Pelo contrário, a Constituição deixou claro, no artigo 199, que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, mas que a participação privada no SUS pode ser realizada de forma complementar “mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

Por sua vez, a Lei Orgânica do SUS (artigo 24) estabeleceu que a participação complementar por parte da iniciativa privada é necessária em face de situações de

insuficiência da capacidade instalada do setor público em determinadas áreas geográficas: “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”.

Assim, o motivo original da participação privada no SUS encontra-se na possibilidade de o poder público ter condição de oferecer, na vastidão e na diversidade do território nacional, uma mais completa cobertura assistencial da população, atuando por meio de intermediários. Com efeito, a participação privada ajuda a aumentar significativamente a capacidade de prestação de serviços por parte do SUS. Uma razão importante para isso é que o setor privado desfruta de grande capacidade instalada para a realização de serviços de saúde, especialmente em hospitais.

A recente iniciativa de Pacto de Gestão veio reforçar esse preceito, estabelecendo requisitos de planejamento local na efetuação de contratos ou convênios com entidades privadas e determinando, como metas para o SUS, promover num prazo de um ano: *i)* contratualização de todos os prestadores de serviço; e *ii)* colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação.

A dimensão da capacidade instalada para internações do setor privado, comparada com a do setor público, pode ser avaliada pela tabela 5 no que diz respeito aos leitos disponíveis ao SUS. Leitos disponíveis ao SUS são aqueles passíveis de utilização para internação de pacientes do SUS. Quando um hospital privado realiza um convênio ou um contrato com o SUS, em geral não põe à disposição do gestor local a totalidade de seus leitos, já que uma parte de sua capacidade instalada se mantém reservada para a clientela privada. Entretanto, nem todos os leitos de hospitais públicos estão disponíveis aos pacientes do SUS: por exemplo, nos hospitais das Forças Armadas, a maioria dos leitos é utilizada exclusivamente pelos pacientes da respectiva corporação militar, embora esses hospitais venham crescentemente atendendo a pacientes do SUS.

TABELA 5

Brasil – Leitos disponíveis ao SUS em estabelecimentos de saúde (2005)

Leitos	Público				Privado			Total geral
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Fins lucrativos	Sem fins lucrativos	Total	
Número	13.535	58.806	68.923	141.264	68.110	124.164	192.274	333.538
%	4,1	17,6	20,7	42,4	20,4	37,2	57,6	100

Fonte: IBGE. Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2005.

Verifica-se que o setor privado proporciona nada menos que 57,6% do total de leitos disponíveis ao SUS. O segmento privado sem fins lucrativos contribui com 37,2% do total de leitos, enquanto o segmento com fins lucrativos tem uma participação bem menor, 20,4%. Tal proporção parece corresponder à diretriz de que o gestor do SUS deve priorizar, depois de esgotada a oferta pública, sempre que possível, a parceria com instituições não lucrativas.

A participação privada também pode ser auferida pela proporção de internações autorizadas e remuneradas pelo SUS. Em 2005, 57,2% de 11,4 milhões de internações registradas no sistema do Ministério da Saúde foram realizadas por entidades privadas. Os estabelecimentos sem fins lucrativos (conveniados)

contribuíram com 39,8% do total de internações, enquanto os estabelecimentos com fins lucrativos (contratados) contribuíram com apenas 17,4%.

TABELA 6

Brasil – Internações de acordo com o sistema de internações hospitalares em estabelecimentos de saúde (2005)

Internações	Público				Privado			Total-geral
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Fins lucrativos	Sem fins lucrativos	Total	
Número	433.811	2.133.167	2.324.827	4.891.805	1.994.200	4.543.128	6.537.328	11.429.133
%	3,8	18,7	20,3	42,8	17,4	39,8	57,2	100,0

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Desde o início da década de 1990, o número absoluto de leitos vem decrescendo no setor privado e aumentando no setor público. Entre 1990 e 2005 houve um decréscimo de 28% no número de leitos do setor privado e um aumento 19,3% no setor público. Contudo, o setor privado ainda se mantém à frente em termos da oferta total de leitos. Em 2005, 66,4% dos leitos estavam localizados no setor privado, em estabelecimentos com e sem finalidade lucrativa (dos quais, como referido anteriormente, 57,6% são disponíveis ao SUS).

TABELA 7

Brasil – Total de leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa (1990-2005)

Ano	Total	Público	Privado	Composição privado (%)
1990	533.558	124.815	408.743	76,6
1992	544.357	135.080	409.277	75,2
1999	484.945	143.074	341.871	70,5
2002	471.171	146.319	324.852	68,9
2005	443.210	148.966	294.244	66,4
Var. 90-05 (%)	-16,9	19,3	-28,0	–

Fonte: IBGE. Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2005.

Deve-se salientar que a diminuição na capacidade instalada de leitos não corresponde necessariamente a uma diminuição da produtividade. Com efeito, o setor privado vem passando por uma espécie de *reestruturação produtiva*, em que a diminuição do número absoluto de leitos é acompanhada do crescimento de sua produtividade, mediante a diminuição do tempo médio de internação. O número médio de internações por leito vem crescendo, compensando a perda de capacidade instalada. Isto é comprovado quando se toma a relação entre o número de leitos como fator produtivo e o número de internações como produto.

TABELA 8

Brasil – Número de leitos comparado com internações no setor privado (1999 e 2005)

Fator/produto	1999	2005
Leitos	341.871	294.244
Internações no ano anterior	13.688.739	16.230.524
Razão a/b	40,0	55,2

Fonte: IBGE. Assistência Médico-Sanitária (AMS), 1999 e 2005.

Para algumas especialidades, a redução do número de leitos no setor privado foi resultante de política governamental. É o caso, por exemplo, dos leitos psiquiátricos. Com a ênfase dada pelo Ministério da Saúde ao atendimento ambulatorial dos problemas

de saúde mental, houve uma notável redução do número de leitos nessa especialidade. Assim, entre 1992 e 2002 o número de leitos de psiquiatria em hospitais contratados pelo SUS diminuiu em quase 40%, passando de 58.499 para 35.946.¹¹

Por sua vez, o crescimento da participação do setor público no número total de leitos deve-se, sobretudo, à esfera municipal, como resposta positiva ao processo de desconcentração e descentralização do SUS. De 1992 a 2005, o número de leitos municipais praticamente duplicou, passando de 35.861 para 70.078. Por outra parte, houve uma redução importante nos leitos da esfera federal e, em menor monta, na esfera estadual, por causa de investimentos novos realizados pelos municípios quanto pela municipalização de hospitais federais e estaduais. Assim, no processo de descentralização de gestão e desconcentração dos serviços do SUS, é natural que o nível federal perca capacidade instalada, o mesmo fato acontecendo, em menor proporção, com o nível estadual.

TABELA 9

Brasil – Total de leitos para internação por esfera administrativa pública* (1992 e 2005)

Esfera	1992	2005	Variação (%)
Federal	24.072	17.189	-28,6
Estadual	75.147	61.699	-17,9
Municipal	35.861	70.078	95,4
Total	137.072	150.971	10,1

Fonte: IBGE. Assistência Médico-Sanitária (AMS), 1992 e 2005.

Obs.: *Disponíveis ou não ao SUS.

Deve se considerar, contudo, que uma fração do número de leitos públicos, mostrado na tabela anterior, não está disponível aos pacientes do SUS, visto pertencerem a entidades de atendimento a clientela específica, como é o caso dos hospitais das Forças Armadas. De qualquer maneira, o notável crescimento do número de leitos na esfera municipal é indicativo do vigor da descentralização da gestão do SUS alcançado, como política pública bem-sucedida, ao longo da década de 1990.

Cumprе salientar, no entanto, que, no setor público, há quatro vezes mais estabelecimentos sem internação, ou seja, unidades dedicadas unicamente ao atendimento ambulatorial. Segundo dados do Inquérito de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE), em 2005, as três esferas de governo detinham em conjunto 55 mil estabelecimentos desse tipo, enquanto a iniciativa privada detinha apenas 14 mil. Mas é bem sabido que a iniciativa privada concentra seu atendimento de saúde em consultórios médicos (com atividade de cunho mais ou menos liberal) que não constam desse levantamento do IBGE.

4.2 Problemas de um sistema misto público-privado de serviços de saúde

Como dito anteriormente, a utilização da rede privada, lucrativa e filantrópica, é um dos meios de garantir acesso a usuários do SUS onde e quando a rede pública se mostra insuficiente. Serve, também, de contraponto para a atuação pública, ao permitir a comparação de custos e de qualidade dos serviços prestados. Atualmente, buscam-se novas formas de contratos com o setor privado, em que são enfatizados os procedimentos

11. Segundo dados do antigo cadastro hospitalar do Ministério da Saúde do Departamento de Informática do SUS (Datatus).

de definição de metas, objetivos, normas de atendimento, acompanhamento e monitoramento de indicadores.

Num sistema em que um mesmo provedor de serviços pode atender tanto a pacientes do sistema público quanto do sistema privado, podem surgir diversos tipos de problemas que devem ser considerados na concepção das políticas de regulação pelo Estado. Três deles devem ser aqui mencionados.

- a) Numa entidade pública ou privada, o prestador diferenciaria o atendimento entre um paciente que entra financiado pelo SUS e outro que paga diretamente ou por meio de um plano de saúde, configurando aquilo que se chama de *dupla porta de entrada*. O prestador privado pode, também, limitar-se a fazer o atendimento inicial e, em seguida, encaminhar o paciente para serviços do SUS, para acesso a medicamentos ou a fim de que realize exames e outros serviços. Há, também, uma discussão sobre os casos em que a pessoa procura, inicialmente, os serviços privados pagando os serviços de menor complexidade e quando necessita de serviços mais caros e de maior complexidade recorre ao SUS, porém com uma rapidez maior do que outra pessoa que entrou no sistema sendo financiado pelo SUS desde o começo.¹²
- b) São relativamente freqüentes os relatos, e até mesmo as denúncias, de cobranças feitas *por fora*. Tais pagamentos seriam exigidos do paciente ou de sua família durante uma consulta (ou internação) remunerada pelo SUS e realizada em uma instituição privada.
- c) Muitas vezes as entidades privadas procuram evitar os casos mais complicados ou que exigem tratamento mais prolongado e de alto custo. Atuam seletivamente, atendendo apenas aos pacientes de menor risco e com maior potencial de retorno econômico.

Pode-se dizer que o Estado brasileiro, atuando por meio dos gestores do SUS, ainda está longe de exibir uma adequada capacidade de intervenção que resolva ou minimize esses problemas. Tradicionalmente, o SUS opera com um sistema de auditoria dos serviços conveniados e contratados que pode aplicar sanções aos prestadores privados quando estes apresentam contas que excedem o valor daquilo que foi efetivamente realizado. Mas a auditoria é inerte diante desses ardis de sobre-remuneração das entidades privadas, que fazem com que os pacientes do SUS arquem pelo menos parcialmente com os serviços que lhe são prestados.

5 Considerações finais

Nesta edição foram destacados os principais fatos que ocorreram no ano de 2006 em relação às políticas e aos programas do SUS. Avançou-se na apresentação do Pacto pela Saúde, particularmente de um de seus componentes, o Pacto de Gestão, que acarreta modificações na sistemática do financiamento federal, mais especificamente mediante a formação de blocos de financiamento. Ao reduzir as múltiplas modalidades de financiamento em alguns poucos grupos, procurou-se facilitar um pouco mais a gestão local dos recursos. Afinal, com exceção dos recursos da assistência farmacêutica e dos recursos provenientes de acordos de empréstimos internacionais,

12. Para uma discussão sobre a *dupla porta* nos hospitais públicos, ver: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_19.pdf>. Na edição nº 11 deste periódico foi discutida a questão da desigualdade de acesso a alta complexidade.

poderá haver, por parte da gestão local, uma realocação dos recursos entre as ações que compõem cada bloco. Parece pouco, mas é um bom começo.

Esse processo de pactuação deve ter como finalidade a melhoria da qualidade da gestão pública na área da saúde, um setor no qual a descentralização e a regionalização já avançaram bastante, mas ainda apresentam questões em aberto. Ainda é cedo para dizer que resultados positivos terá o processo que decorre do Pacto pela Saúde. Uma questão que se coloca é: se os compromissos não forem cumpridos, quais serão as implicações? A quem caberá a responsabilidade de fazer valer os compromissos?

A edição especial nº 13 deste periódico analisou resumidamente o processo de descentralização do SUS e a questão da regionalização. O texto daquela edição chamava atenção para o fato de as normas operacionais terem estabelecido regramentos pouco flexíveis, bem como discutia outros aspectos da regionalização. Já mencionava o Pacto de Gestão, mas não avançou na análise deste. Nesta edição avançou-se na análise das alterações no financiamento relacionados ao Pacto, mas não foi tratada a questão da regionalização. Contudo, cabe ressaltar que há uma proposta relacionada ao Pacto de Gestão e que concede uma maior flexibilidade geral e um maior poder de adaptação em nível local para a criação de regiões de saúde do que a anteriormente prevista nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas/SUS 01 e 02). Os objetivos da regionalização continuam sendo de garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde, organizando a atenção de acordo com as necessidades de saúde e a capacidade de oferta em uma determinada região. Não se tratou desse ponto específico nesta edição, o que deverá ser feito em edições posteriores, mas pode-se chamar atenção para questões que já se colocam há muito tempo no processo de implementação do SUS: Como definir necessidades em saúde? Como ir além da definição político-administrativa de território para a definição de área de atuação sanitária? Como organizar, em cada área ou região de saúde, os diferentes níveis de atenção à população? Como será feita a repartição de recursos para que os investimentos necessários em uma determinada região sejam realizados?

Outra questão é que o processo de pactuação para alcançar objetivos de melhoria das condições de saúde da população não pode ficar restrito ao limite do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais. Será necessário envolver, cada vez mais, outros órgãos de governo cuja atuação tem reflexos diretos sobre a saúde da população e mesmo atuar, por meio de representações da sociedade civil, entre outros, para alterar comportamentos relativos a fatores de risco para a saúde.

No campo da organização da prestação de serviços, há de se considerar a importante parcela da provisão feita por entidades privadas no âmbito do SUS. Consta-se que o setor privado tem um papel complementar importante dentro do sistema público universal. Contudo, essa participação pode ser mais bem orientada mediante a utilização de estratégias de compra de serviços que confirmam maior responsabilização e segurança às duas partes envolvidas nesse processo. Não se pode ignorar a capacidade de articulação e de criação de demanda desse setor, sua importância para a oferta e para a organização do setor saúde. Em suma, há de se avançar na regulação da relação público – privado para que a população possa ter um acesso adequado e com qualidade às ações e aos serviços de saúde. Esse processo ainda está em construção e poderá, futuramente, se colocar como uma questão central para o cumprimento dos tipos de objetivos e metas esboçados nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e no Pacto de Gestão.