

Título	SAÚDE
Autores (as)	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Título do Boletim	BOLETIM POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	Brasília
Editora	IPEA
Ano	2007 (n.13)
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 Apresentação

Investir na saúde da população para garantir o desenvolvimento do país tem sido um dos temas mais ressaltados por prestigiosos organismos internacionais, entre os quais a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o próprio Banco Mundial. Eventos importantes como a Conferência Mundial de Promoção da Saúde, da qual resultou a *Carta de Ottawa* em 1986, conceituavam saúde como fonte de riqueza de uma sociedade. A estratégia prioritária envolveria, com especial destaque, ações de promoção da saúde, as quais demandam iniciativas coordenadas de setores sociais e econômicos. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde reforçou o argumento da relação estreita entre saúde e desenvolvimento, defendendo que uma população que não tivesse um bom estado de saúde não conseguiria desempenhar várias funções importantes para o seu próprio desenvolvimento, entre elas as atividades laborais.

Nesta edição, analisa-se a política de saúde no Brasil nos últimos dez anos, retornando, em alguns pontos, ao começo da década de 1990. A primeira seção trata da evolução da situação de saúde, partindo dos seus determinantes, utilizando a mortalidade infantil como o *traçador* para análise, para em seguida descrever a evolução da mortalidade geral da população.

Em seguida, o texto trabalha a organização institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) mostrando, particularmente ao longo dos últimos dez a quinze anos, como esse Sistema, em seus princípios, estabelecia a abordagem integral da saúde no Brasil. Observa-se, contudo, que a implementação do SUS ainda está muito centrada em questões relativas à organização dos serviços de atenção à saúde. O foco da análise institucional, da descentralização e da relação público-privada (seção 3) está na discussão das atribuições e distribuições de responsabilidades entre esferas de governo, voltado para a organização da prestação de serviços.

Na seção 4, faz-se um balanço das políticas públicas de saúde, abordando seus principais eixos que, juntamente com a organização institucional, conformam a atual política de saúde. Em seguida, o texto trata dos contornos do financiamento da saúde no Brasil, em sua vertente pública e privada. Em relação à primeira, a abordagem está centrada nas fontes federais de financiamento, a parcela a cargo do Ministério da Saúde, na questão da estabilidade de recursos e na distribuição de responsabilidades previstas na Emenda Constitucional nº 29. Por fim, são apresentados os principais desafios para a saúde no Brasil.

2 Evolução da situação de saúde no Brasil

2.1 Os determinantes da saúde

Quais são os principais determinantes da situação de saúde de uma população? Essa é uma das questões mais complexas que os especialistas em saúde coletiva ou medicina social procuram responder. Contudo, entre os poucos consensos estabelecidos entre os especialistas dessa área está o de que a saúde tem a ver com a sociedade em seu

todo: com sua estratificação social, com as condições de vida e de trabalho das pessoas, com a cultura e com os fatores individuais de comportamento e de genética.

Diversos modelos têm sido propostos para dar uma visão de conjunto desses determinantes gerais da saúde e de sua interação. A título de exemplo, menciona-se o “modelo de camadas” de Dahlgren e Whitehead, mostrado no gráfico seguinte.



Fonte: Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (rascunho), 2005.

Nesse modelo, a análise dos determinantes é feita a partir de um centro onde se encontra o indivíduo, com suas características de genética, gênero, idade etc. A primeira camada, em torno a desse centro, está constituída pelos comportamentos e hábitos que configuram os estilos de vida. A segunda camada incorpora as características da comunidade na qual o indivíduo se insere; a terceira é a das condições concretas de vida e de trabalho. Finalmente, a quarta camada tem um caráter estrutural e é composta pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

Observe-se que nesse modelo os serviços de saúde não merecem um destaque especial e aparecem ao lado de outros determinantes de condições de vida. Uma maneira alternativa, mais direta e talvez mais didática, de tratar os determinantes da saúde, consiste em agrupá-los em quatro categorias principais, a saber:

- a) Determinantes sociais estruturais: os padrões de desenvolvimento socioeconômico e os diferenciais de educação, renda, mercado de trabalho etc.
- b) Condições concretas de vida, de trabalho, meio ambiente e cultura: as formas como cada pessoa e família vivem em comunidade e exerce sua capacidade de trabalho; inclui os estilos de vida e o comportamento do indivíduo e da família, com suas escolhas implícitas.
- c) Características individuais: idade, hereditariedade, raça/cor etc.
- d) Acesso a bens e serviços de saúde e ao saneamento básico: não só acesso ao sistema de saúde mas também a medicamentos, a serviços de saneamento e outros.

Contudo, costuma surgir polêmica quando se discute o peso de cada um desses determinantes e sua hierarquia, de acordo com uma compreensão que vá além da descrição e que seja, portanto, interpretativa. Nesse caso, o modelo interpretativo adotado reflete inevitavelmente as diferenças doutrinárias que opõem entre si as diversas correntes das ciências sociais e da economia.

Para algumas correntes do pensamento social em saúde, os fatores comportamentais, por exemplo, não podem ser analisados como se fossem determinantes primários das doenças e dos agravos em saúde porque, na verdade, aparecem apenas como resultados da iniquidade social. Os verdadeiros determinantes sociais seriam as desigualdades estruturais da sociedade, que atuam como a matriz primária, ou seja, os determinantes dos determinantes. Assim, uma escolha individual tal como a de comer ou não alimentos hipercalóricos, realizar ou não exercícios físicos, está sempre condicionada pela estrutura social que limita ou favorece, em maior ou menor extensão, as possibilidades efetivas de escolha.

No Brasil, na segunda metade dos anos 1980, os movimentos sociais (como o da Reforma Sanitária) que influenciaram a Assembléia Constituinte estavam imbuídos de convicções que favoreciam esse tipo de interpretação da determinação social da saúde. A nova Constituição deixou clara tal orientação em seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Porém, ao longo da década de 1990, no Brasil e em todo o mundo, emergiu uma tendência a enfatizar os determinantes comportamentais. As políticas públicas de saúde, preocupadas com a rápida propagação da Aids e com o crescimento da mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis, concentraram-se cada vez mais no combate aos riscos comportamentais, caracterizados como estilos de vida não-saudáveis e como condutas de risco. O combate ao sexo inseguro, ao tabagismo, ao sedentarismo, para citar apenas três exemplos de procedimentos insalubres, passou a fazer parte de uma estratégia universal de promoção da saúde que tem como alvo principal os determinantes comportamentais de certas enfermidades e agravos como Aids, doenças do aparelho cardiovascular, neoplasias, traumas e outras.

Essa estratégia faz amplo uso do conceito de responsabilização. O raciocínio de base é o seguinte: dado que comprovadamente os ricos e os pobres estão morrendo em decorrência dessas mesmas causas, é preciso que todos sejam igualmente responsabilizados pela saúde pessoal e familiar, mudando os hábitos de vida. As novas prioridades das políticas de saúde, voltadas para o controle dos riscos comportamentais, acabaram por fortalecer a visão individualista da determinação da saúde. Em consequência, a questão dos determinantes sociais das doenças ficou praticamente esquecida ou relegada a um segundo plano.

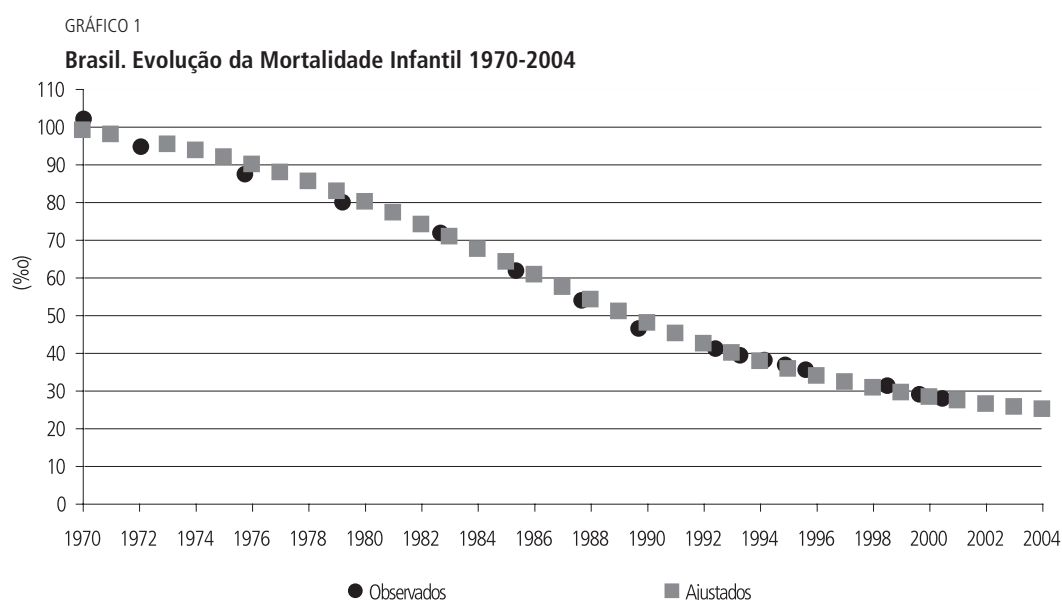
Contudo, deve ser observado novamente que o conceito de determinação social da saúde está sujeito a diferentes interpretações, de acordo com a compreensão filosófica e política que se tenha da relação entre indivíduo e sociedade. Para alguns autores, mais afinados com a visão marxista, a determinação social abrange somente as causas de saúde e de enfermidade que estejam associadas aos elementos estruturais da sociedade e que conformam as condições de vida dos grupos sociais: renda, educação, formas de trabalho, habitação etc. De sua parte, os liberais sempre costumam acentuar a importância das escolhas individuais e das famílias como manifestação da condição de liberdade do sujeito. No entanto, alguns liberais contemporâneos acrescentam que o exercício efetivo da liberdade de escolha é dependente da aquisição ou desenvolvimento de certas capacidades, que podem ser facilitadas pela ação do Estado. Da mesma maneira, embora sem ser inspiradas pelo liberalismo, algumas correntes feministas defendem a noção de empoderamento, que se aplica a certas mudanças sociais de comportamento das mulheres em matéria de saúde sexual e reprodutiva.

A interpretação que se adota aqui a esse respeito busca integrar essas posições teóricas e políticas e que o conceito de determinação social deve ser estendido para abarcar também a dimensão das escolhas individuais ou familiares (dos estilos de vida), mas tendo sempre por referência o contexto criado pelas causas estruturais objetivas, que tornam possíveis certas escolhas e não outras. Admite-se igualmente que o desenvolvimento das capacidades individuais e o empoderamento das pessoas e das famílias são aspectos importantes a serem considerados pelas políticas de saúde.

No próximo tópico, as tendências da mortalidade infantil serão utilizadas como uma espécie de traçador¹ da determinação social da saúde no Brasil. A abordagem será predominantemente de natureza descritiva. Contudo, diversos elementos de diagnóstico e de crítica são trazidos porque ajudam a demarcar os desafios a serem enfrentados numa interpretação de conjunto dos determinantes da saúde em nosso país.

2.2 Evolução da mortalidade infantil como traçador da determinação social da saúde no Brasil

A evolução da mortalidade infantil para o conjunto da população brasileira é apresentada no gráfico 1.²



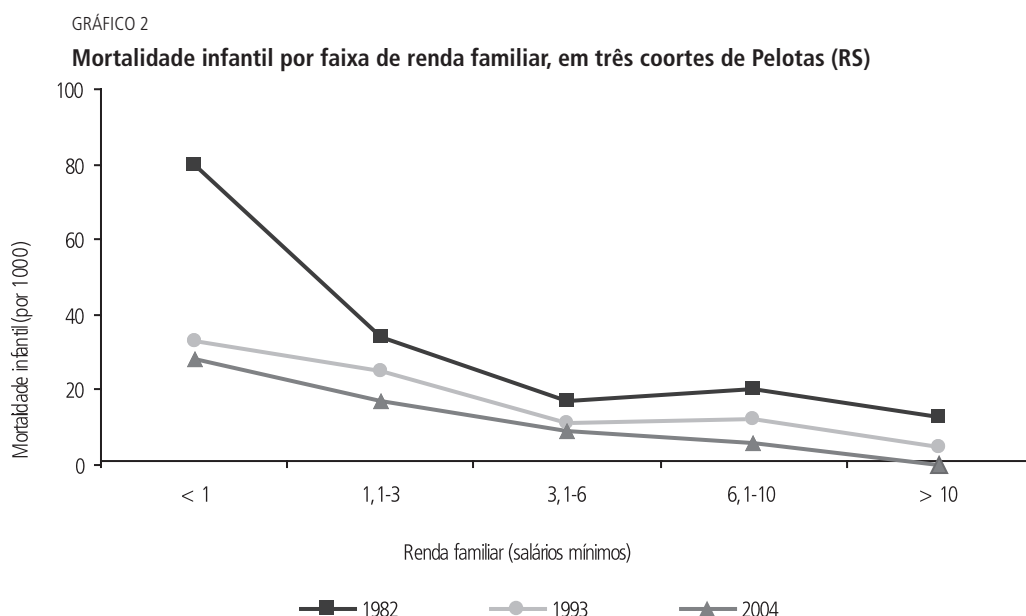
Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 1970 a 2000 e Pnad 2004.

A determinação das tendências da mortalidade infantil por desigualdades estruturais da sociedade é algo conhecido. Entre nós, os estudos com dados primários sobre essa questão estão restritos ao âmbito municipal. Um deles é o estudo de coortes de recém-nascidos que se realiza em Pelotas (RS), desde 1982. Ele vem demonstrando que a mortalidade infantil dos grupos de renda mais baixa vem caindo a cada nova coorte que se seleciona para investigação. Contudo, quando se compara o grupo de renda de menos de 1 salário mínimo com o de 6 a 10 salários da coorte de 2004, verifica-se que a mortalidade do primeiro grupo é 4,6 vezes maior (28 para 6), resultado um pouco

1. Traçador é um termo proveniente das ciências biológicas, usado na epidemiologia e na avaliação dos serviços de saúde, para referir uma situação específica qualquer que funciona como "índice" da dinâmica geral de morbi-mortalidade ou das características dos serviços.

2 Os dados apresentados aqui para mortalidade infantil diferem dos que aparecem em outras publicações do Ipea em razão das estimativas que são realizadas e reajustadas periodicamente pelo IBGE.

maior do que o de 4 vezes (80 para 20) que prevalecia na coorte de 1982. Portanto, o diferencial da mortalidade entre os grupos dessas duas faixas de renda não sofreu redução, a despeito da melhoria da posição relativa de todos os grupos.



2.2.1 Fatores de risco decorrentes de raça/cor e idade da mãe

A despeito do declínio de a mortalidade infantil ser um processo contínuo em todo o país nas últimas décadas, os diferenciais entre as grandes regiões e entre os diversos grupos sociais continuam bastante elevados. Estimativas do IBGE com base na Pnad 2004 demonstram que o risco de mortalidade infantil é 2,2 vezes mais elevado no Nordeste que no Sul. Por outro lado, a taxa de mortalidade de crianças com até um ano cujas mães tinham até 3 anos de estudo era 1,3 vez mais elevada que as com oito anos ou mais (ver tabela 1). Na média nacional, ainda comparando as crianças menores de 1 ano de acordo com a cor ou raça das mães, o risco de mortalidade infantil da população preta e parda é 0,37 vez mais elevado que o da população branca (ver tabela 2).

TABELA 1

Brasil e Regiões, 2004: Taxas de mortalidade infantil, por grupos de anos de estudo das mulheres
(Em %)

	Total ¹	Até 3 anos	4 a 7 anos	8 anos ou mais
Brasil	26,6	34,9	24,7	15,1
Norte	27,4	32,5	24,3	17,6
Nordeste	39,5	53,5	32,1	21,9
Sudeste	19,5	25,1	21,7	14,4
Sul	17,8	24,7	17,9	14,0
Centro-Oeste	20,7	29,4	18,6	16,0

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004. Síntese de Indicadores Sociais 2005.
Nota: ¹ Inclusive sem declaração.

TABELA 2

**Brasil e Regiões, 2004: Taxas de mortalidade infantil, por raça ou cor das mulheres
(por mil nascidos vivos)**

Grandes Regiões	Total ¹	Branças	Pretas e pardas
Brasil	26,6	20,3	27,9
Norte	27,4	23,1	28,0
Nordeste	39,5	33,6	46,5
Sudeste	19,5	17,0	20,2
Sul	17,8	16,4	22,8
Centro-Oeste	20,7	18,7	22,9

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004. Síntese de Indicadores Sociais 2005.

Nota: ¹ Inclusive as mulheres que se autodeclararam indígenas, amarelas e sem declaração de cor ou raça.

De qualquer modo, o incremento da escolaridade das mães, não só como *proxy* da renda familiar, mas também por si mesma, em razão de sua influência na qualidade dos cuidados maternos, aparentemente tem sido fator decisivo no declínio da mortalidade infantil no Brasil. O que se conclui desses dados é que os contextos sociais de vida, que criam os contrastes entre as diversas regiões do país, são muito relevantes e sobredeterminam as desigualdades criadas pelas características de raça/cor: a pior situação é a da população preta/parda do Nordeste.

2.2.2 Fatores de escolha (cultural/comportamental) e acesso a serviços públicos

Um aspecto importante a ser ressaltado é o da associação da mortalidade infantil com a fecundidade. Entre 1991 e 2004, a fecundidade da população brasileira declinou em 26,5%, enquanto a mortalidade infantil declinou em 41%. Com o desenvolvimento socioeconômico e a urbanização, a fecundidade tende a declinar e as taxas de mortalidade infantil acompanham esse declínio. A tendência de redução da fecundidade é explicada pela mudança do padrão reprodutivo e de comportamento sexual dos casais tendo em conta a disseminação de métodos anticoncepcionais.³ A fecundidade da população brasileira, em 2004, situava-se em 2,1 – valor mínimo necessário para garantir a estabilidade do processo de reposição populacional. Em virtude desse nível de fecundidade, a população brasileira, nas próximas décadas, deverá envelhecer rapidamente, o que poderá comprometer os mecanismos de solidariedade intergeracional, tão importantes para a seguridade social.

A oferta de métodos não-esterilizantes pelos serviços públicos (principalmente, os dispositivos intra-uterinos e as pílulas anticoncepcionais) só veio se tornar uma realidade na década de 1980, por influência do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism). Essa oferta tem sido favorecida em anos recentes pela implantação e consolidação dos serviços do SUS. Fica evidente o quanto uma efetiva possibilidade de escolha está fortemente limitada pelo baixo poder de compra de contraceptivos no mercado e pelas reduzidas possibilidades de acesso a bens e serviços públicos de saúde, inclusive para tratamento da infertilidade.

Esse fato reforça a importância de os serviços do SUS oferecerem, além de uma variedade de métodos reversíveis de anticoncepção, meios de tratamento da infertilidade

3. A escolha do método contraceptivo seria, em princípio, um determinante comportamental dos grupos sociais, uma escolha, enfim. Na verdade, o que contribuiu decididamente para o resultado de drástica redução da fecundidade foi um único método que é de natureza não-reversível – a esterilização cirúrgica das mulheres, aplicada no país a partir da década de 1970 com apoio de organismos internacionais voltados para o controle da natalidade, a qual continuou a se refletir nas taxas de fecundidade das décadas posteriores. Em 1996, 76,7% das mulheres em união estável faziam uso de algum método contraceptivo, incluindo um percentual bastante alto de mulheres esterilizadas (40,1%). SIMÕES, C. C. S. *A Transição da Fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas*. São Paulo: Unfba, 2006. p. 56.

dos casais como política pública.⁴ Uma avaliação recente⁵ informa que, no SUS, ainda subsistem dificuldades de acesso à variedade de métodos de controle da fertilidade e da infertilidade pela população: com relação aos municípios, 73% não têm tratamento contra a infertilidade; 53% disponibilizam camisinha como método anticonceptivo; 47%, pílula; 16%, DIU; 13,5%, métodos hormonais injetáveis; e 6,6%, diafragma.

Um problema também importante para as políticas de saúde, relacionado com a questão do uso de métodos anticoncepcionais, é o aumento da gravidez entre adolescentes. No Brasil, a proporção de nascidos vivos de mulheres com idade entre 15 e 19 anos de idade passou de 16%, em 1991, a 19,9%, em 2004, sendo esta a única faixa de idade em que vem crescendo a taxa específica de fecundidade. Tal problema tem conseqüências drásticas para os grupos populacionais de menor renda e nível educacional na medida em que contribui na elevação do risco tanto de mortalidade infantil quanto da mortalidade materna.

Outro aspecto de que deve ser considerado é o tempo médio de amamentação que reconhecidamente, quanto mais longo, confere maiores níveis de imunidade à criança e a protege contra a mortalidade no primeiro ano de vida. Esse é um fator caracteristicamente relacionado à dimensão comportamental e cultural, e que no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, tem sido muito influenciado positivamente por sucessivas mobilizações na mídia no sentido de fazer a população tomar consciência acerca das vantagens da amamentação materna.⁶ O tempo médio de amamentação passou 5,2 a 9 meses, entre 1982 e 1999, havendo se prolongado também nas áreas urbanas, onde tradicionalmente é menor que nas áreas rurais. O êxito alcançado pelas repetidas campanhas e iniciativas em favor da amamentação foi uma boa surpresa para as autoridades e os estudiosos do assunto, porque se deu num contexto social em que a propaganda insidiosa da indústria do leite em pó, associada às dificuldades de manter a amamentação quando a mãe tem emprego, faria esperar poucos avanços na área.

Por outro lado, repetidas avaliações das condições nutricionais do conjunto das crianças menores de cinco anos vêm demonstrando uma melhoria progressiva nos últimos decênios. Medida pela desproporção entre estatura e idade, a desnutrição infantil apresentou entre 1975 e 1996 um decréscimo de 72%, basicamente por conta de melhorias no meio urbano. Contudo, o diferencial entre as áreas urbanas e as rurais aumentou de 42% para 145% nesse período.

No que se refere aos serviços públicos de saneamento e sua reconhecida influência na mortalidade na infância, ou seja, nos óbitos de menores de cinco anos, os mais suscetíveis às infecções diarréicas,⁷ deve ser notado que, no Brasil, o acesso ao abastecimento

4. A oferta de métodos não-esterilizantes pelos serviços públicos (principalmente, os dispositivos intra-uterinos e as pílulas anticoncepcionais) só veio se tornar uma realidade na década de 1980, por influência do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism). Essa oferta tem sido favorecida em anos recentes pela implantação e consolidação dos serviços do SUS. Fica evidente o quanto uma efetiva possibilidade de escolha está fortemente limitada pelo baixo poder de compra de contraceptivos no mercado e pelas reduzidas possibilidades de acesso a bens e serviços públicos de saúde, inclusive para tratamento da infertilidade.

5. Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB), 2004.

6. Em 1975, apenas uma em cada duas mulheres amamentava até o segundo ou terceiro mês de vida da criança; transcorridos cerca de 25 anos, em 1999, uma em cada duas mulheres amamenta até cerca de dez meses. REA, M. F. *Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração*. Cad. Saúde Pública v. 19 suppl. 1 Rio de Janeiro, 2003.

7. TEIXEIRA, J. C.; PUNGIRUM, M. E. M. C. Análise da associação entre saneamento e saúde nos países da América Latina e do Caribe, Rev. Bras Epidemiol v. 8, n. 4, p. 365-376, 2005.

de água é o aspecto mais bem contemplado nas atuais condições, mas o esgotamento sanitário continua com uma cobertura bastante deficiente. Em 2004, 90,4% dos domicílios tinham acesso à rede geral com canalização interna, mas apenas 65,9% tinham acesso à rede coletora de esgotamento sanitário (incluindo fossas sépticas conectadas com a rede de esgotamento sanitário ou pluvial).

Considerando que, pelo quadro evolutivo apresentado, existe uma indiscutível determinação social da situação da mortalidade infantil, a pergunta que se pode colocar aqui é o quanto e de que maneira os serviços públicos de saúde e, em última instância, as políticas de saúde, têm contribuído para o declínio desse tipo de mortalidade entre a população de menor renda. Parece ser inegável que os serviços públicos de saúde vêm dando sua contribuição à tendência de redução da mortalidade infantil. Algumas intervenções típicas que se revelaram relevantes nas décadas de 1990 e 2000 são mencionadas a seguir.

- **Vacinação de rotina e campanhas de vacinação.** Um exemplo patente é o do sarampo. Em 1960, o sarampo era a principal causa de morte de crianças de menos de 5 anos de idade. Entre 1980 e 1984, mais de 11 mil óbitos foram registrados por essa enfermidade. A partir de 1982, iniciou-se a vacinação em massa com campanhas nacionais, que continuaram na década seguinte. Ainda assim, em 1997, registraram-se mais de 50 mil casos e 61 óbitos. Finalmente, em 2000, a política de vacinação maciça alcançou a meta de eliminar por completo a ocorrência de novos casos autóctones.⁸
- **Terapias simplificadas de reidratação oral nos casos de diarreia aguda e os cuidados padronizados nos casos de infecção respiratória aguda.** A sensível diminuição da mortalidade de crianças por esses dois tipos de problemas, a partir dos anos 1990, pode ser tomada como um indício da ação benéfica dos serviços de saúde, embora não seja esta a única causa possível. De acordo com dados da Ripsa, em 2003, foram registrados 2.913 óbitos de menores de cinco anos de idade por doença diarreica aguda, o que se compara muito favoravelmente com os 12.317 registrados em 1990. Por sua vez, os óbitos por infecção respiratória diminuíram de 11.739, em 1990, para 3.879, em 2003.
- **Cobertura por consultas de pré-natal.** Das gestantes que recorrem à assistência pré-natal (segundo dados da Ripsa), desde 1995, cerca de 50% vêm alcançando a meta estabelecida de 7 ou mais consultas, o que é considerada uma baixa cobertura. Contudo, o percentual de gestantes que não realizam nenhuma consulta caiu de 10,7%, em 1995, a 3,2%, em 2003; ademais, vem crescendo substancialmente nos últimos anos o percentual de gestantes com por 4 a 6 consultas (36% em 2003). Os estudos de mortalidade infantil apontam que risco de óbito no primeiro ano de vida atinge seus menores valores quando a mãe tem acesso a 7 ou mais consultas.⁹

Pelos dados da Pnad, em 2004, 65% dos óbitos infantis ocorridos no Brasil ocorreram no período neonatal (27 primeiros dias de vida), sendo que a grande maioria (49,1%) concentraram-se nos primeiros 6 dias (período neonatal precoce). A experiência internacional mostra que a mortalidade do período neonatal só pode ser combatida me-

8. FINKELMAN, J. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Fiocruz, 2002, p. 164-6.

9. KILSZTAJN, S. et al. *Prenatal care, low birth weight and prematurity in Brazil*, 2000. Rev. Saúde Pública, v. 37, n. 3, p. 303-310, June 2003.

diante uma progressiva melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, o que inclui a assistência às gestantes, à parturiente e às crianças recém-nascidas. Os países mais desenvolvidos em geral não conseguem reduzir sua taxa de mortalidade infantil abaixo de 6/7 por mil, o que representa um limiar em que predominam os fatores hereditários como causas de óbito. O Brasil está longe de alcançar esse limiar, mas a predominância dos óbitos no período neonatal indica uma dependência cada vez maior da taxa de mortalidade em relação à qualidade do atendimento pelos serviços de saúde. São necessários, por conseguinte, maiores investimentos na capacitação de pessoal em todos os níveis, melhoria da infra-estrutura técnica dos serviços de pré-natal, parto e pediatria neonatal, que devem ser combinados com a devida monitoria dos recém-nascidos pelos serviços básicos de saúde (PACS/PSF em particular).

A breve análise feita aqui evidencia a dificuldade de analisar os determinantes da mortalidade infantil num contexto social de grande desigualdade socioeconômica. Fica clara a necessidade de as políticas públicas considerarem toda a complexidade dos determinantes do problema, envolvendo: *i)* características de escolaridade, renda, emprego e trabalho, que estão associadas ao modelo de desenvolvimento socioeconômico; *ii)* os fatores de escolha (cultural/comportamental) tais como os que estão envolvidos nos métodos de manejo da fertilidade, na amamentação e nos demais cuidados com as crianças; *iii)* os fatores de risco decorrentes de raça/cor e idade da mãe, como características individuais socialmente sobredeterminadas; e *iv)* finalmente, o acesso aos serviços públicos de saúde e sua qualidade, como será novamente analisado na seção 3, nos cuidados à mulher e à criança, como determinantes relacionados ao sistema de saúde.

2.3 Evolução das causas de mortalidade

Analisadas para o período 1990 a 2004, as tendências das causas de óbito mostram uma situação avançada da chamada “transição epidemiológica” no Brasil, com a crescente importância das doenças crônicas não-transmissíveis e das seqüelas da violência. O peso da mortalidade por doenças transmissíveis é cada vez menor, tendo passado de 6,2% a 5,1% no período estudado. Para se ter um termo de comparação, basta mencionar que em 2004 o número de óbitos por essas doenças era menor que o de homicídios. Enquanto isto, cresce e se diversifica a mortalidade por doenças não-transmissíveis, com destaque para doenças cardiovasculares, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório. Esses três grupos de causa somam praticamente 60% dos óbitos registrados em 2004 (ver tabela 3).

As doenças do aparelho circulatório ocuparam o primeiro lugar como causa de óbito, tanto em 1990 quanto em 2004, mas ocorreu uma diminuição de seu peso relativo na estrutura de mortalidade, que passou de 34,3 a 31,8%, no período. Esse resultado deve-se a tendências ainda restritas às regiões mais desenvolvidas do país. Por outro lado, as neoplasias, que são a segunda principal causa, ascenderam de 12,4 a 15,7%. Já as doenças do aparelho respiratório sofreram um pequeno acréscimo, passando de 10 a 11,4%.

TABELA 3

Brasil: 1990 a 2004 – mortalidade proporcional por causa

Ano	1990	1995	2000	2003	2004*
Doenças ap. circulatório	34,3	32,7	32,1	31,5	31,8
Neoplasias	12,4	13,2	14,9	15,5	15,7
Doenças ap. respiratório	10,6	11,1	10,9	11,2	11,4
Causas externas, exceto homicídios	10,3	10,4	9	8,6	8,8
Infecciosas e parasitárias	6,2	5,2	5,5	5,4	5,1
Afecções perinatais	5,7	5,1	4,5	3,7	3,5
Homicídios	4,8	5	5,6	5,9	5,4
Diabetes	2,7	3,2	4,4	4,3	4,4
Demais causas definidas	12,9	14,2	13,1	13,8	13,9
Total	100	100	100	100	100

Fonte: Ministério da Saúde/Ripsa/Datasus e SIM 2004.

Obs.: *Sujeito a revisão.

Outra tendência importante é a da diminuição dos óbitos por afecções perinatais que estão associadas à mortalidade infantil e que, portanto, caem no mesmo ritmo de decréscimo da mortalidade infantil, conforme foi mostrado na seção anterior.

Merece especial referência o acentuado aumento dos óbitos por diabetes, de 2,7% para 4,4%. As autoridades de saúde prevêem que essa causa de mortalidade, decorrente de uma única enfermidade e não de um grupo, será cada vez mais importante nas décadas que se avizinham, estando associada não só a fatores genéticos, como também ao problema da obesidade.

Esse conjunto de resultados não tem nada de surpreendente: eram esperados no que concerne a uma evolução “normal” da transição epidemiológica que alcançou uma fase madura. O que é discrepante nesse quadro de mortalidade, quando comparado com outros países de desenvolvimento similar, é a alta e crescente proporção de óbitos por homicídio. A proporção de óbitos por homicídio (basicamente por arma de fogo) subiu de 4,8% para 5,4%, no período mostrado. Por isso, a evolução das causas externas é muito peculiar. Quando se subtraem os homicídios, constata-se uma importante tendência a diminuição do peso dessas causas (de 10,3% para 8,8%). Existe, portanto, uma sobremortalidade no conjunto das causas externas que se deve ao número desproporcionalmente elevado de homicídios. A endemia da violência que acontece entre nós tem sido favorecida pelas condições sociais de desigualdade e vem vitimando especialmente a população masculina jovem.¹⁰

Apesar do peso cada vez menor das doenças transmissíveis e da grande importância das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), não se pode deixar de completar esse quadro com uma análise de algumas doenças pertencentes ao grupo de infecciosas e parasitárias. Um dos destaques das duas últimas décadas foi o aparecimento da Aids como um problema sanitário inédito e a reemergência da tuberculose, com 80 mil casos novos anuais, como doença oportunista associada àquela. A mortalidade por Aids apresentou um declínio expressivo, a partir de metade da década de 1990, como resultado do acesso universal e gratuito ao tratamento anti-retroviral. Contudo, tem-se observado um aumento persistente das taxas de incidência, principalmente no Sul, em consequência do aumento do número de casos entre mulheres e entre os menos escolarizados.

Do ponto de vista da orientação a ser dada às políticas de saúde, deve ser destacada aqui a necessidade de se continuar a vigilância com relação às doenças transmissíveis, mas com uma crescente necessidade de se dar maior atenção às doenças crônicas não-trans-

10. Este tema será objeto de análise na parte de Direitos Humanos, Justiça e Cidadania, desta edição.

missíveis, o que inclui o seu melhor conhecimento pela população. Por muito tempo, acreditou-se que este era um problema restrito aos grupos de maior renda. Sabe-se hoje que, ao contrário, são os pobres que apresentam uma incidência maior de mortalidade por essas causas. A proeminência assumida das doenças cardiovasculares, das neoplasias e dos transtornos endócrinos e metabólicos (incluindo a diabetes), em combinação com a hipertensão, a obesidade e inatividade física, tornam necessárias políticas que atuem sobre um conjunto muito complexo de fatores sociais, na esfera da produção de bens e do consumo, bem como nos hábitos cotidianos da população. Não menos importante é o diagnóstico precoce de certos tipos de neoplasia, que no caso do carcinoma de mama e de próstata pode significar uma redução importante da taxa de letalidade.

Reduzir a incidência desses problemas de saúde é um desafio que o Brasil passou a enfrentar na última década e para o que vem aprendendo com a experiência dos países mais avançados do planeta. Mais que tudo, são necessárias atualmente políticas públicas integradas, multissetoriais, e não apenas políticas de saúde em sentido institucional limitado. Cumpre combater, com iniciativas sociais amplas e não apenas do Estado, problemas que têm uma determinação estrutural clara, como a mortalidade por homicídio, em relação aos quais o setor saúde costuma chegar tarde demais. No entanto, da mesma maneira, deve-se ter uma ação social e politicamente abrangente sobre certos problemas cuja determinação social está fundada em hábitos individuais socialmente estimulados, tais como o tabagismo e a alimentação hipercalórica.

3 Quadro institucional, descentralização e relação público-privada

3.1 Quadro institucional

Nos últimos dezoito anos, o sistema público de saúde no Brasil passou por transformações significativas em seus aspectos jurídicos e institucionais, na busca de concretizar as diretrizes de *i*) universalidade, a fim de permitir o acesso irrestrito de toda a população; *ii*) descentralização, de para viabilizar melhores planejamento, gestão, avaliação e controle; *iii*) regionalização e hierarquização de serviços, facilitando mecanismos de integração e sistemas de referência; *iv*) integralidade, visando englobar todos os tipos de serviços, voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação; e *v*) equidade, contemplando cada comunidade e pessoa de forma proporcional às suas necessidades de saúde e de acesso aos serviços. A Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais (1989), as Leis Orgânicas Municipais (1990), bem como as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, propiciaram um arcabouço legal altamente indutor e estimulador de mudanças.

Dois aspectos fundamentais, que simultaneamente dirigiram e viabilizaram o processo de reestruturação do sistema, foram *i*) o fortalecimento da participação social na gestão do sistema, nas três instâncias de governo, por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde; e *ii*) o estabelecimento do exercício da direção do Sistema Único de Saúde por um único órgão central em cada esfera – Ministério da Saúde, no plano federal, e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nos estados e municípios, respectivamente. Este último aspecto mostrou-se crítico para que pudessem ser implementados os demais princípios orientadores do novo sistema, inviáveis caso persistisse a lógica de múltiplas redes públicas de atendimento – separadas, não integradas e não complementares –, como era regra até então. Assim, cada uma das instâncias gestoras passou a apresentar atribuições mais bem definidas, conforme o disposto na lei que define o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). De acordo com as disposições legais, compete:

- a) à esfera federal, a formulação da política nacional de saúde; a regulação nacional do Sistema Único de Saúde, a elaboração de normas técnicas, o financiamento e cooperação técnica com estados e municípios, a regulação da relação público-privado, regulação de padrões e registro de produtos destinados à assistência médico-hospitalar e de bens de consumo que se relacionam com a saúde, coordenação nacional do sistema de informações, o acompanhamento e avaliação das tendências da situação sanitária nacional e do desempenho do sistema nacional de saúde, apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e ao de recursos humanos, regulação de aspectos éticos de pesquisas e articulação intersetorial no plano federal;
- b) à esfera estadual, a formulação da política estadual de saúde; o planejamento, a coordenação e o estabelecimento de modelos de atenção à saúde; a supervisão, financiamento e cooperação técnica com as secretarias municipais de saúde; a coordenação de redes de serviços especializados e a responsabilidade pelo desenvolvimento de recursos humanos; e
- c) à instância municipal, a formulação da política local, o planejamento, contratação (quando for o caso), avaliação e controle dos estabelecimentos de saúde e a execução direta dos serviços. O município é o único ente federativo com a competência constitucional explícita (art. 30, VII) para “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

A associação do peculiar arranjo federativo brasileiro – em que União, estados e municípios são entes federativos politicamente autônomos e sem vinculação hierárquica – às reordenações impostas por essas atribuições passaram a implicar discussões, acordos e ajustes contínuos entre as três esferas de governo. Foi assim estabelecida uma câmara de negociação com representação dos órgãos gestores dessas três esferas, formalizada em 1993 como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), responsável pela definição das normas relativas às relações entre as esferas de governo e aos instrumentos para a sua operacionalização, especialmente no que se refere a aspectos da organização do sistema de saúde e critérios e mecanismos de transferência dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo. Nota-se, portanto, que a implementação do SUS tem ocorrido mediante um processo de crescente articulação e pactuação entre as três esferas de governo, não obstante certos períodos de maior “indução” por parte do nível federal.

3.2 Descentralização

Desde o início da década de 1990, quando o SUS começou a ser implantando, diversas medidas de política foram implementadas no Brasil, em consonância com a onda conservadora que já vinha ocorrendo em outros países. Tais medidas eram caracterizadas principalmente pela adoção de um padrão caracterizado principalmente pela abertura da economia; ênfase na estabilização de preços; privatização; redução do Estado; e mudanças nas relações de trabalho (LEVCOVITZ, 2001).¹¹ O ideário que informava esse conjunto de medidas se opunha de muitas formas à implantação de políticas sociais

11. LEVCOVITZ, E. L. L. D.; MACHADO, C. V. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

universais, tendo como única convergência com a proposta de reforma da saúde a diretriz de descentralização, ainda que por motivos diferentes.¹²

Assim, não por acaso, esse foi o principal eixo de condução da política setorial nos anos 1990, particularmente no que se refere à estruturação e ao fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais dos órgãos gestores nas três esferas, para o exercício das suas novas atribuições. As Normas Operacionais Básicas – (NOBs 1991, 1992, 1993 e 1996), publicadas em portarias do Ministério da Saúde, foram instrumentos fundamentais nesse processo, fazendo uso de critérios e mecanismos de transferência dos recursos federais para as demais esferas como indutores da reorganização do sistema, na medida em que atuavam como redefinidores da repartição de atribuições e competências e do grau de autonomia/capacidade gestora de cada estado e município, no que se referia à saúde (*idem*).

As NOBs de 1991 e 1992, bastante parecidas, inauguraram a metodologia de associar o repasse de recursos e a transferência de poderes sobre unidades assistenciais, principalmente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a requisitos relacionados à estruturação institucional das secretarias estaduais e municipais de saúde. Isso era feito por meio de cláusulas que condicionavam a descentralização da gestão de estabelecimentos e os valores a serem transferidos, ao aferimento, ainda que cartorial, mas exigido pela Lei nº 8.142/1990, da existência de planos, fundos e conselhos de saúde. Nesse período foram estabelecidos tetos físicos e financeiros para a assistência hospitalar e ambulatorial, que levaram a uma maior racionalização dos gastos, difusão de sistemas de informação e controle de pagamentos, padronização e uniformização dos pagamentos efetuados. Contudo, não se avançou na efetiva descentralização da gestão dos recursos, com as esferas nacionais sendo tratadas como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais. (UGÁ *et al.*, 2003).¹³ Houve um favorecimento da relação direta entre o nível federal e os municípios, com perda da função articuladora do nível estadual.

A formulação da NOB SUS 01/1993 foi marcada pelo avanço efetivo da municipalização e do crescente envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política de saúde e apoiou-se nas discussões e recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, cujo tema foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”. A NOB SUS 01/1993 implementou o caráter automático das transferências intergovernamentais, criando a figura da “transferência fundo a fundo”, que prevê o repasse de recursos sem necessidade de convênios.¹⁴ Criou também níveis de gestão municipal e estadual – incipiente, parcial e semiplena - com competências e capacidades administrativas e financeiras distintas. A ascendência aos níveis de gestão se dava de acordo com o comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, mensurada por meio do cumprimento de determinados parâmetros preestabelecidos pela norma. Nessa norma, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi citada pela primeira vez como uma entidade formal do SUS, embora já funcionasse anteriormente como órgão assessor, e foi determinada a criação das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) no âmbito de todos os estados.

12. Na verdade, a diretriz de descentralização já tinha grande força, em todo o processo constituinte, independentemente de ser eventual ponto de contato com as propostas de reformas a agenda de organismos internacionais.

13. UGÁ, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. M.; *et al.* Decentralization and resource allocation in the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

14. Viabilizada na prática pelo decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, da Presidência da República.

Muitas das disposições dessa NOB não chegaram a ser implementadas e as transferências regulares e automáticas que ela propiciou restringiam-se ao custeio de serviços de assistência (serviços ambulatoriais e hospitalares). A norma levou, no entanto, à exacerbação do movimento no sentido da municipalização da saúde, radicalizando a relação direta entre o nível federal e o municipal, e tornou mais complexa a estruturação sistêmica do SUS, na medida em que não se avançou na implementação das atribuições para os estados, que passaram a disputar recursos e responsabilidades com os municípios, promovendo o aumento da tensão entre essas instâncias gestoras.

Durante a vigência dessas três NOBs, em que pesem os problemas apontados, foi ocorrendo de fato a estruturação das secretarias de saúde e a inclusão de novos protagonistas – gestores e conselheiros – na definição das políticas de saúde. Assim é que o processo de negociação e formulação da NOB SUS 01 de 1996 demorou aproximadamente um ano até sua edição final por meio da Portaria nº 2.202, de 5 de novembro de 1996.¹⁵

Nos doze meses seguintes, múltiplas portarias setoriais do Ministério da Saúde alteraram profundamente suas determinações. Apesar disso, muitos dos seus objetivos foram contemplados, destacando-se *i)* o resgate do conceito mais amplo de saúde, envolvendo todas as ações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde; *ii)* a definição de atribuições mais claras para os estados e previsão de financiamento para sua execução; *iii)* o fortalecimento da CIT e das CIBs, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores, e criação de instrumentos para uma gestão mais compartilhada por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI); e *iv)* o aprimoramento da organização e operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria. Além, disso, ela criou também a figura da “gestão plena do sistema”, que conferia total autonomia a estados e municípios no gerenciamento do sistema de saúde como um todo, em seu território, aí incluída a prestação de serviços médico-assistenciais. Criou também a condição de “gestor pleno da atenção básica” o que possibilitou que muitos municípios se habilitassem a essa forma de gestão. Foi criado o Piso de Atenção Básica e toda a política de incentivos a atividades estratégicas, como Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, o que permitiu um grande incremento dessas estratégias.

Como um desdobramento da NOB 1996, em 1999 as unidades assistenciais da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e os recursos federais destinados à epidemiologia e ao controle das doenças infecciosas e parasitárias foram também descentralizados, em conformidade com os critérios e determinações da Portaria GM/MS nº 1.399. Diferente do ocorrido na assistência à saúde, um processo de estruturação das áreas de vigilância epidemiológica nas secretarias estaduais e municipais de saúde foi ativamente implementado pelo governo federal antes mesmo da publicação da portaria, por meio do Projeto de Estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito do SUS (Vigisus). Ao fim do ano 2000 todas as secretarias estaduais de saúde e muitas de municípios de médio e grande porte estavam certificadas para assumirem as responsabilidades propostas naquela portaria.

Com o aprofundamento da descentralização do sistema de saúde e a insuficiência de recursos financeiros, uma constante na história do SUS, novos problemas passaram a ser identificados, em particular aqueles relacionados a políticas adotadas por municípios de maior porte, de restrição do atendimento a pacientes de municípios vizinhos, com

15. Envolveu numerosas discussões no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT, além dos seminários promovidos pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

redes assistenciais menos resolutivas. Assim, as duas Normas Operacionais subsequentes, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) de 2001 e de 2002, mantiveram os mecanismos de alocação de recursos, enfatizando as questões relacionadas à garantia de acesso de toda a população, por meio da implantação de novos padrões para a regionalização funcional das redes de serviços¹⁶ e da definição mais objetiva de estruturas para regulação do acesso.¹⁷ Mudaram também os critérios para habilitação dos municípios nos diferentes estágios de gestão, vinculando-os à estruturação das micro-regiões de saúde em que estivessem inseridos. Embora semelhante à Noas 2001, a Noas 2002 ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, ao incluir novas atividades de controle de doença e de assistência, e ao estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços e de busca de maior equidade, além de atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios.¹⁸

As Normas Operacionais (NOB e Noas) tiveram em comum a característica de estabelecerem regramentos pouco flexíveis, cujo cumprimento dificilmente poderia ocorrer de imediato ou mesmo no curto prazo em todo o território nacional. Em outros pontos, como na questão do financiamento da descentralização, foram criando inúmeros critérios de repasse provocando uma especialização no uso dos recursos, o que acabava por tirar qualquer flexibilidade na sua gestão local. As instruções normativas promoveram discussões avançadas para o período em que foram elaboradas, ao mesmo tempo em que tentavam dar respostas aos problemas percebidos. Ainda que, como anteriormente pontuado, grande quantidade de suas determinações não tenha sido implementada, propiciaram o amadurecimento dos processos de negociação e pactuação de políticas entre os gestores, e mesmo da estruturação do sistema de saúde, na medida em que, após um período inicial de confusão por ocasião de sua publicação, seguia-se imediatamente outro de discussão e elaboração de instrumentos para a operacionalização efetiva das novas disposições. O terceiro momento envolvia, inevitavelmente, as adaptações do disposto às realidades/possibilidades locais e, principalmente, novas críticas e questionamentos que contribuíam para a elaboração do instrumento normativo subsequente.

Em 2004, consenso entre os gestores das três esferas de governo, entendeu-se como esgotada essa forma de indução de mudanças e que era o momento de inovar. Foi assim concebido um “pacto de gestão” entre as instâncias, em que deveriam ser respeitadas as diferenças regionais e a avaliação e cobrança se desse com base em resultados. Dessa vez, o processo de discussão foi mais acirrado e durou quase dois anos. Após longo processo,

16. De acordo com a publicação do Ministério da Saúde “Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso”, de 2001, “a macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.” Assim, todos os municípios do país deveriam ofertar o conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde (Atenção Básica) em seu próprio território, com qualidade e suficiência para sua população. Um ou mais municípios poderiam vir a constituir um “módulo assistencial”, definido como uma base territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência de média complexidade, enquanto as “regiões de saúde”, conformadas por um ou mais módulos assistenciais, deveriam apresentar um nível crescente de resolubilidade.

17. “A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” Noas/SUS 01/2001.

18. Como no caso das antecessoras, muitas de suas determinações não foram implementadas, mas a maioria dos conceitos e instrumentos nelas propostos, para organização do sistema de saúde, vem sendo consolidada, na busca do fortalecimento progressivo das instâncias gestoras.

finalmente, em 22 de fevereiro de 2006, foi publicado o novo “Pacto pela Saúde” por meio da Portaria GM/MS nº 399.¹⁹ Como principais mudanças, podem ser citadas: *i*) o desaparecimento da figura da “habilitação” de municípios e estados a alguma condição de gestão; *ii*) o deslocamento do estabelecimento de critérios e regras do nível federal para as CIB em cada estado; e *iii*) o foco é dado aos acordos relativos a diretrizes e processos essenciais ao funcionamento do sistema, enfatizando a responsabilidade e as atribuições das diferentes instâncias governamentais com amplas possibilidades de adequação às especificidades regionais, sem cobrança de quaisquer requisitos de estrutura, de aferimento cartorial.

No que se refere ao financiamento, as transferências de recursos federais passaram a ser necessariamente automáticas, condicionadas somente à homologação da CIB de cada estado, e ordenadas em cinco grandes blocos – atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão, ainda que se mantenham diversos critérios de alocação e de incentivos. O “Pacto” não foi ainda implementado, podendo ser o momento atual considerado como de divulgação e preparação. Até que as condições estejam dadas para que seja efetivo, seguem valendo algumas das regras das Noas e até da NOB 96, acrescidas de algumas outras, denominadas “de transição” (CONASS, 2006).

3.3 Participação público-privada

A edição nº 11 desta publicação analisa a dimensão assumida pelo SUS no conjunto do sistema de saúde brasileiro. Considerou-se como parâmetros a capacidade instalada, a força de trabalho empregada e produção efetiva de serviços.

Com relação à capacidade física instalada, o número mais comumente utilizado refere-se ao número de leitos ativos. Deve-se considerar que um dado leito ou um dado médico de um estabelecimento privado pode atender tanto o paciente do SUS quanto um paciente privado. Ainda assim, com relação aos leitos, destacou-se que dos aproximadamente 465 mil leitos hospitalares disponíveis em 2002, os hospitais públicos participavam com 144 mil, portanto, menos de um terço. Essa proporção, ainda assim, é resultado de uma evolução temporal recente que tem sido favorável ao setor público. De fato, em 1992, apenas 25% dos leitos eram de natureza pública. Desde então, o setor privado, por meio de uma espécie de “reestruturação produtiva”, diminuiu sua capacidade instalada de leitos em 21% e o setor público fez crescer a oferta de seus leitos em 6%. Em correspondência aproximada com essa proporção de leitos, em 2002 os hospitais públicos produziram 30% das internações hospitalares. Esta é também uma das justificativas para a manutenção de contratos e convênios com o setor privado, com preferência para os estabelecimentos sem fins lucrativos: sem eles o SUS não poderia garantir um acesso universal, conforme o preceito constitucional.

No caso da mensuração da capacidade instalada dos estabelecimentos sem internação (ambulatoriais) é mais adequado usar o número de empregados. Em 2002, as

19. Trata, na verdade, da somatória de três outros, quais sejam, o “Pacto pela Vida”, o “Pacto pelo SUS” e o “Pacto de Gestão”. O primeiro define as principais políticas e metas pactuadas pelas três esferas de governo para o território nacional, cabendo a cada CIB a sua adaptação às condições locais, visando reforçar o movimento da gestão pública por resultados. O segundo é a reafirmação do SUS como uma política de Estado, dos princípios que o norteiam desde sua origem – a universalidade, a integralidade e a equidade –, do compromisso de todos com o seu financiamento e do propósito de re-inclusão desses temas na pauta política. O terceiro pode ser visto como o mais próximo das antigas Normas por tratar dos mesmos temas e incorporar muitos dos conceitos nelas formulados, mas com uma abordagem bastante diferente.

unidades públicas mantinham 67% dos postos de trabalho médicos e 78% do total de empregos na atenção ambulatorial. Ademais, as unidades públicas foram responsáveis por 66% das consultas realizadas em estabelecimentos sem internação. No entanto, os dados da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), do IBGE, neste caso, computam apenas os dados provenientes de clínicas ambulatoriais de maior porte e deixam de lado uma boa parte dos pequenos consultórios privados espalhados por todo o país. Mas há claras evidências de que o setor público é fortemente majoritário neste tipo de capacidade institucional de atendimento à saúde, ao contrário do que acontece com o atendimento hospitalar.

No entanto, o aspecto mais relevante da dimensão do SUS diz respeito à capacidade de atendimento global, considerando a soma dos serviços produzidos pelos estabelecimentos públicos e privados vinculados ao sistema. Verifica-se que, em 2002, de acordo com os dados da AMS, 68% de todas as internações e 73% das consultas realizadas foram prestadas a pacientes do SUS e, portanto, financiadas por esse sistema. Portanto, o SUS é responsável por mais de dois terços de todos os atendimentos de saúde realizados no país, ficando clara a grande magnitude alcançada pela rede do SUS no atendimento à saúde da população brasileira.

Porém, a participação da saúde suplementar adquire uma dimensão não desprezível: em 1998, 38,7 milhões de brasileiros tinham plano de saúde ou seguro de saúde e, em termos absolutos, esse número chegou a 43,2 milhões em 2003.²⁰ Todavia, em termos de percentuais não houve alteração entre esses dois anos: 24,5% da população. Ainda assim, devido ao peso desse setor e dentro de um quadro político caracterizado pelas políticas liberais, a regulamentação desse setor foi o mecanismo de intervenção escolhido.

3.3.1 A regulamentação dos planos de saúde²¹

Na década de 1990, considerando uma correlação de forças favorável à desregulação dos monopólios da União e a privatização das empresas estatais, o Estado se viu forçado, por razões políticas de legitimidade, a regulamentar o mercado de planos de saúde. No âmbito das políticas sociais, em se tratando da intermediação do financiamento dos serviços privados de saúde, essas medidas foram mesmo inéditas: ao ser sensível a contestação “dos que tem voz e voto”, o governo federal procurou fortalecer os consumidores contra o aumento abusivo de preços, a baixa qualidade dos serviços e a proliferação das fraudes.

Com essa finalidade foram criadas a Lei nº 9.656, que regulamentou o setor, e a Lei nº 9.961, que instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000, cujo art. 3º reza que a Agência “terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país”. Legislar, fiscalizar e sanear esse setor se tornou inadiável, cabendo a ANS zelar pela defesa do consumidor e da concorrência regulada, buscando reestruturar o mercado visando a redução das práticas oligopolistas e a eliminação dos abusos econômicos. Em particular, como as ações e serviços públicos de saúde são definidos de relevância pública no art. 197 da Constituição brasileira, a agência foi desenhada para ser orientada à luz do interesse público, seguindo à sua maneira a tradição das legislações antitruste.

20. IBGE. PNAD. *Acesso e Utilização de Serviços de Saúde*. 1998 e 2003.

21. Ocké-Reis CO. Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público. *Revista de Administração Pública*, v. 39, n. 6, p. 1.303-1.317.

Apesar do temor da falta de estrutura inicial, a atuação da primeira diretoria colegiada, com base em uma espécie de *learning by doing*, garantiu, tecnicamente, o exercício do mandato: manteve-se a supremacia do Ministério da Saúde em relação ao da Fazenda; regulamentou-se, em boa medida, os contratos anteriores à Lei; e definiu-se um plano-referência para cada grupo assistencial. Mais recentemente, na atual gestão da ANS, a introdução do programa de Qualificação da Saúde Suplementar parece constituir uma iniciativa inovadora, pois tal programa visa ao equilíbrio atuarial da carteira dos planos e a melhoria da qualidade, considerando todos os atores e dimensões de funcionamento do setor. Ademais, o programa ainda pode produzir impactos significativos sobre o perfil da oferta de serviços, ao induzir a alocação de incentivos – econômicos e assistenciais – às operadoras e prestadores.

No entanto, esse quadro institucional mencionado acima não parece suficiente para evitar os sucessivos conflitos no campo da ação regulatória, e nem parece capaz de atenuar a concentração econômica do mercado de planos de saúde. Sobre esses conflitos e dificuldades destaca-se, em agosto de 2003, a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de não reconhecer a ANS como instância responsável pela regulação de contratos estabelecidos antes de lei. Isso dificultou a tarefa da agência de mediar os interesses contraditórios envolvidos na implementação do Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (Piac) em 2004, bem como tornou errática a sua política de reajuste de preços em relação aos planos individuais anteriores à Lei nº 9.656.

3.3.2 Crescimento dos preços dos planos individuais²²

Um dos campos sensíveis da regulação tem sido o dos preços dos planos individuais. O crescimento dos preços dos planos de saúde foi visível, nos últimos anos. Chega-se a ponto de um portador de plano individual de saúde estar sujeito, em tese, a sofrer, em um mesmo ano, até quatro reajustes diferentes aprovados pela ANS.

Esse reajuste dos individuais atinge 5,4 milhões de planos, uma parcela diminuta de 15% do mercado de planos de assistência médica, a qual tende a decrescer. Vale destacar, ainda, que esses percentuais referem-se ao número de planos de saúde e não propriamente ao número de usuários, um problema de registro enfrentado pela agência reguladora em relação à contabilidade do mercado.

Sem dúvida, a discussão acerca do *benchmark* para reajuste dos planos individuais é polêmica; uns defendem a aplicação de um índice regional; outros a extensão da regulamentação de preços aos planos empresariais; já as operadoras preferem a adoção de um índice próprio ou, é claro, a liberdade de fixar preços. Os índices oficiais de inflação e seus critérios de mensuração na área da saúde, bem como a metodologia de apuração dos planos individuais, devem ser discutidos, mas jamais deveriam ser desconsiderados pela agência reguladora em defesa da adoção de índices próprios das empresas para fins de reajuste dos preços dos planos por meio da Variação do Custo Médico-hospitalar (VCMH).²³ No contexto do Piac, a ANS rejeitou as propostas de índice próprio, que lhe foram apresentadas cheias de inconsistências pelas operadoras de planos de saúde.

22. Ocké-Reis CO; Cardoso SS. *Uma descrição do comportamento dos preços dos planos de saúde: 2001-2005*. Rio de Janeiro: Ipea, 2006. Não Publicado (Texto para Discussão).

23. Afinal, embora o perigo da indexação não esteja afastado com a adoção de índices oficiais, o uso em larga escala de índices próprios poderá reconduzir mais rapidamente o aparecimento da indexação, em um contexto econômico que parecia ter extinguido a indexação dos preços na economia brasileira.

Os reajustes da ANS, ao influenciar tanto os gastos das famílias quanto as metas de inflação definidas pelas autoridades monetárias do país, podem acabar obrigando o redesenho do marco regulatório dos planos, no contexto do Projeto de Lei nº 2.934, de fevereiro de 2004. Esse projeto visa, em suma, substituir a Lei nº 9.656 da regulamentação dos planos e é de autoria da Comissão Parlamentar de Inquérito, que foi criada com a finalidade de investigar denúncias de irregularidade na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde.

4 Balanço de políticas e programas

Na edição de agosto de 2005, deste mesmo periódico, foi ressaltado que uma singularidade do Ministério da Saúde é a continuidade das principais políticas e programas federais, com os sucessivos gestores desse Ministério compartilhando os mesmos objetivos estratégicos. O mesmo poderia ser dito sobre as secretarias de saúde em outras esferas de governo. Isso tem sido possível porque o SUS é uma política de Estado, sendo, dessa forma, com ênfases em um ou outro aspecto, mantida por sucessivos governos. Trata-se aqui, assim, de aferir o andamento de sua implementação – as transformações já ocorridas, os desvios e até os aprimoramentos em relação às metas iniciais.

No que se refere às macropolíticas, a universalidade e a integralidade da atenção seguem sendo reafirmadas como as principais diretrizes, ainda que, como forma de corrigir iniquidades, programas com foco em grupos populacionais específicos tenham a elas se associado. Nesses casos, a abordagem é bastante diversificada, podendo estar direcionada a contemplar especificidades relacionadas a gênero e raça ou a diferentes estágios do ciclo de vida – como no caso da saúde da mulher, do negro, da criança, do adolescente e do idoso – ou ainda à redução de riscos ou de danos comuns a determinadas atividades ou condições – como no caso da saúde do trabalhador e de indivíduos privados da liberdade, por exemplo. Tais programas têm em comum a ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de enfermidades, embora cada vez mais venham informando as atividades assistenciais, por meio de protocolos e/ou recomendações. Entre as políticas focalizadas, merece destaque a voltada à atenção integral à saúde indígena que, por determinação constitucional, é de competência exclusiva da União.

Mais recentemente, em março de 2006, dentro das novas diretrizes de condução do SUS foram pactuadas prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Com esse objetivo foram pactuadas ações necessárias para o alcance de metas em seis áreas prioritárias: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da atenção básica.

O combate à mortalidade infantil, em particular à neonatal, que tem objetivos e recursos que se aplicam também à busca da redução da mortalidade materna, foi uma das primeiras metas pactuadas nacionalmente. Com essa finalidade, ainda em 2004, o Ministério da Saúde conclamou os gestores do SUS para um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tem por meta reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até o fim de 2006, e em 75% até 2015. Desde então, vêm sendo realizados seminários de qualificação e humanização da atenção obstétrica e neonatal, voltados para o pessoal de maternidades, os quais enfatizam a atenção ao recém-nascido de baixo peso e ao prematuro, bem como em técnicas de reanimação neonatal.

No entanto, para melhor entender a evolução das políticas do SUS, é preciso analisar o comportamento de algumas de suas grandes áreas de atuação, conforme discriminado a seguir.

4.1 Assistência à saúde: atenção básica, de média e de alta complexidade

A organização da assistência foi destacada como foco da atuação setorial desde o início da implantação do SUS, tanto pelo volume de recursos que envolve quanto por sua visibilidade para a população usuária. Substituir o modelo hospitalocêntrico e de livre demanda que dominava a assistência à saúde, preservando os princípios de universalidade e integralidade se colocava como um desafio, mas que teria que ser enfrentado, com prioridade, para viabilizar o SUS. Na primeira metade da década de 1990, foram criados instrumentos para a gestão pública descentralizada de estabelecimentos de saúde, homogeneizando os mecanismos de pagamento e monitoramento dos serviços prestados. Apesar disso, pouca ou nenhuma diferença foi passível de percepção por parte dos usuários, que continuavam contando com praticamente a mesma capacidade instalada, concentrada nos mesmos municípios pólos, com a atenção centralizada no hospital e orientada para o atendimento à demanda daqueles que conseguiam acesso. O desafio residia então em expandir a cobertura do sistema, a fim de propiciar de fato o acesso universal, particularmente às ações de promoção e prevenção.

Assim, em 1995, foi iniciada a adoção de medidas mais efetivas para viabilização da mudança do modelo. Como estratégias escolhidas, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF), até então pouco abrangentes e inseridos na estrutura da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e, juntamente com as unidades básicas de saúde convencionais, passaram a conformar a “Atenção Básica”, tal como apareceu pela primeira vez, na NOB 01/1996. Nesse nível de atenção, passou a ser adotada uma atitude proativa de busca e cadastramento da população sob responsabilidade das diferentes equipes, com atuação na prevenção de enfermidades e promoção da saúde, além de procedimentos assistenciais mais simples. O novo modelo, com enfoque na promoção e prevenção, deveria buscar a racionalização da utilização dos serviços de saúde, ampliar o acesso e melhorar a eficácia e a efetividade das ações, ampliando a resolutividade da atenção e servindo de “porta de entrada” para os outros níveis do sistema de saúde (ou seja, para a média e alta complexidade). O PSF passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como um eixo de estruturação da atenção básica à saúde (IPEA, 2000).²⁴

Em 1995, o PSF atuava em 150 municípios. Em 1999 já havia sido implementado em 1.870 municípios, mas enfrentava dificuldades para ser implementado nas áreas metropolitanas e nos municípios de maior densidade populacional (com cobertura populacional média pelas equipes do Saúde da Família em torno de 20%). Então, em 2002, surgiu o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), que tem por objetivo a disseminação do Programa Saúde da Família (PSF) nos centros urbanos com população acima de 100 mil habitantes e um acompanhamento mais rigoroso dos resultados obtidos.²⁵ Em 2005, existiam em atuação no país mais de 24 mil equipes do Saúde da Família, número significativamente superior aos 13 mil de 2001. Ampliou-

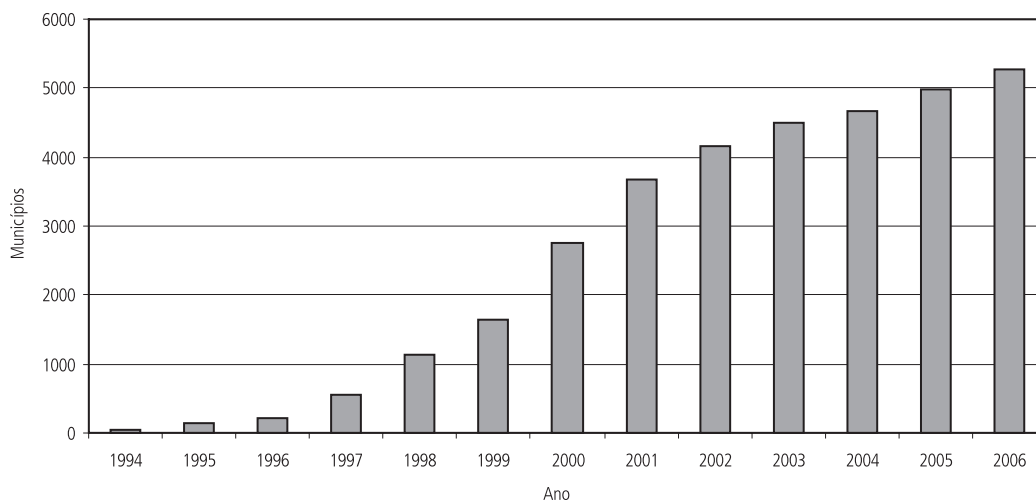
24. Ipea. *Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise*, n. 1, jun. 2000.

25. Trabalha com 231 municípios, nos quais residem cerca de 90% da população.

se, também, o número de agentes comunitários da saúde, que passou de 152 mil para 208 mil entre 2001 e 2005. Ainda assim, há necessidade de ampliar a cobertura dos municípios maiores ou repensar o modelo de atenção básica nesses casos.

GRÁFICO 3

Brasil, 1994-2005 – Número de municípios com equipes implantadas do PSF



Fonte: Ministério da Saúde.

Ainda dentro da estratégia de ampliar a cobertura, o governo lançou em 2004 o programa *Brasil Sorridente*, que engloba várias ações do Ministério da Saúde com o objetivo de ampliar o acesso a saúde bucal. Entre outras ações, aumentou o número de equipes de saúde bucal e estas passaram a ficar vinculadas a equipes do PSF. Em 2001 havia no país cerca de 2,2 mil equipes de saúde bucal, ao passo que em 2005 esse número já subira para 12,9 mil.

A criação do Piso da Atenção Básica e do sistema de incentivos para programas estratégicos foi o grande impulsionador da expansão de programas com o PACS e o PSF. Concomitantemente, ao processo de discussão do PAB, ainda em 1995/1996, tornou-se clara a necessidade de categorização dos procedimentos ambulatoriais, segundo sua complexidade. Assim, além da categoria de “básicos” – financiados pela transferência do Piso de Atenção Básica, foi definida a de “média complexidade”, em que os procedimentos eram remunerados pela produção informada por meio das rotinas estabelecidas para o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), e a de “alta complexidade”, cujos procedimentos também eram pagos por produção, mas informados por um sistema de registro individual do paciente, dependente de autorização prévia, similar ao do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), denominado APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade)(CARVALHO, 1997).²⁶ Na prática, tal como acontecia na assistência hospitalar, foram considerados de “alta complexidade” aqueles de alto custo, e a “média complexidade” passou a ser entendida como tudo o que não estivesse listado nas demais categorias.

O tratamento dispensado aos procedimentos de alta complexidade, seguindo a lógica herdada do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

26. CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. Informe Epidemiológico do SUS, v. 5, p. 7-46, 1997.

(Inamps), só podia ser realizado por estabelecimentos habilitados pelo nível federal, e cadastrados para esse fim. Como ainda hoje acontece, a distribuição desses estabelecimentos pelo território nacional era extremamente desigual, sendo fortemente concentrados em grandes regiões metropolitanas, o que ocasionava a necessidade de encaminhamento de pacientes para estados distintos daqueles em que residiam. Por serem esses procedimentos de alta complexidade também de custo elevado, havia um descontentamento dos gestores dos estabelecimentos “receptores”, onerados com atendimentos e gastos que entendiam não ser de sua responsabilidade. Cabe lembrar que, nessa ocasião, aos já existentes limites financeiros, tinham sido associados limites ao quantitativo de internações a serem remuneradas pelo sistema, estabelecidos como o equivalente a 9% da população do estado ao ano. Como solução, foi proposto e implementado o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), que passou a arcar com as despesas relativas a procedimentos selecionados, aos quais foram sendo eventualmente associadas outras ações de diferentes níveis de complexidade, tidas como estratégicas para o SUS, sem onerar os tetos estipulados para estados e municípios. Essa medida não se aplicava, no entanto, àqueles procedimentos de alta complexidade/custo para os quais havia uma melhor distribuição regional (com algumas exceções, como por exemplo terapia renal substitutiva).

Ainda no campo da assistência hospitalar, em setembro de 2003, o governo federal propôs a reestruturação da atenção de urgência e emergência, um problema secular principalmente nos grandes centros urbanos, tendo por carro-chefe o Serviço Móvel de Atendimentos às Urgências e Emergências (Samu/192). Nesse serviço de atendimento pré-hospitalar, por meio de uma central de regulação, o médico atende à chamada, faz a triagem e decide o destino do paciente, que pode ir de uma simples consulta a uma internação hospitalar. Com o Samu 192, o SUS está reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de atendimento oportuno. O Samu está atualmente implantando em 784 municípios brasileiros, cobrindo cerca de 85,8 milhões de pessoas.

Entre as iniciativas recentes no campo da atenção hospitalar, merece também destaque, a nova relação estabelecida entre os Hospitais de Ensino e Hospitais de Pequeno Porte. Em relação aos Hospitais de Ensino foram estabelecidos novos contratos que, além de estipularem metas de produção, definem outras relacionadas à qualidade da assistência, ao ensino e à gestão hospitalar. O sucesso dessa política determinou sua expansão aos hospitais filantrópicos. Com relação aos hospitais de pequeno porte, a maior mudança foi na forma de remuneração. Esses hospitais passaram a ser remunerados por orçamento global, ampliando a capacidade de planejamento da assistência. Em contrapartida, essas unidades passam a se integrar de forma mais efetiva às prioridades do SUS.

4.2. Assistência farmacêutica

Na primeira metade da década de 90, as políticas públicas relacionadas à assistência farmacêutica não sofreram grandes modificações. A Central de Medicamentos (Ceme), criada em 25 de junho de 1971, pelo Decreto nº 68.806, era ainda a responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos no país, de forma centralizada. Os estabelecimentos públicos de saúde recebiam os medicamentos que compunham a Relação

Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename),²⁷ da época, destinados ao uso primário, secundário e terciário da atenção à saúde, adquiridos por essa Central. Esse sistema foi financiado por meio de convênios celebrados com o Inamps até a sua extinção, em 1991, sendo substituído pelos celebrados com as secretarias estaduais e municipais de saúde e com hospitais universitários, filantrópicos e outras instituições públicas estaduais e federais, além do Ministério da Saúde. As Centrais de Distribuição de Medicamentos, gerenciadas pelo Inamps para atendimento à população previdenciária, foram também desativadas e tornaram-se constantes as queixas pela escassez de produtos,²⁸ devidas em parte às perdas em estocagens no nível central.

Além dos produtos padronizados, normas da Ceme estabeleciam que “em caráter excepcional, os serviços, prestadores de assistência médica e farmacêutica poderão adquirir e utilizar medicamentos não constantes da Rename, quando a natureza ou a gravidade da doença e das condições peculiares do paciente o exigirem e desde que não haja, na Rename, medicamento substitutivo aplicável ao caso”. Esses medicamentos, geralmente de alto custo e referidos como “excepcionais”, na prática destinados quase que exclusivamente a pacientes transplantados, renais crônicos e portadores de nanismo hipofisário, eram pagos pelo Inamps para os seus segurados, não sendo previsto o acesso universal. Em 1994 essa ação foi descentralizada para os estados, sendo que o Ministério da Saúde passou a definir os medicamentos a serem contemplados pelo Programa. “Inicialmente não havia previsão de ressarcimento destes medicamentos pelo Ministério da Saúde, o que trouxe inúmeras dificuldades para a manutenção do fornecimento destes medicamentos pelos Estados, pois, além do custo elevado, a maior parte ainda tinha que ser importada” (CONASS, 2004).²⁹ Nos anos subseqüentes, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde passou a incorporá-los progressivamente à sua tabela de procedimentos, até que, em novembro de 1996, a Portaria SAS/MS nº 204 estabeleceu medidas para maior controle dos gastos e complementou a relação de medicamentos “excepcionais” (idem).

Em 1997 a Ceme foi desativada por meio do Decreto nº 2.283, sendo as suas atividades distribuídas entre diferentes órgãos do Ministério da Saúde. Assim, coube à Secretaria-Executiva a responsabilidade pela manutenção das atividades de aquisição e distribuição dos medicamentos dos “Programas Estratégicos”, mais tarde referidos como medicamentos estratégicos, relacionados em sua maioria ao controle das doenças transmissíveis.

Ao mesmo tempo, houve a criação de uma nova Farmácia Básica nos moldes daquela de 1987³⁰, que consistia em um elenco de medicamentos destinados ao atendimento ambulatorial dos municípios com população igual ou inferior a 21.000 habitantes,

27. A Rename era um instrumento estratégico da Política Nacional de Medicamentos. Técnicos da Ceme, após diversos estudos, chegaram a listar 305 substâncias farmacêuticas (fármacos básicos) que possibilitariam atender 99% das necessidades médicas da população, racionalizando os critérios e procedimentos de compra (ver PEREIRA, A. A. *Produção Descentralizada de Medicamentos Essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: Um Diagnóstico Estratégico de sua Implementação*. 1995. Dissertação (Mestrado) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

28. No período compreendido entre 1991 e 1992, a CEME reduziu a 20% seus níveis históricos de cobertura da demanda de medicamentos para o SUS (Bermudez, 1995).

29. Conselho Nacional de Secretários de Saúde /CONASS. Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional – Brasília : CONASS, 2004. 100 p. (CONASS *Documenta* ; 3).

30. Em 1987, a Ceme criou a Farmácia Básica, com o objetivo de racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde. Foi idealizada como um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da Rename, planejados para atender as necessidades de 3 mil pessoas por um período de seis meses, constando de 48 medicamentos, de uso prioritariamente ambulatorial.

entregues diretamente aos municípios, com exceção dos estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais, que já haviam iniciado um processo de organização da assistência farmacêutica (GOMES, s/d).³¹

A Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) ficou encarregada de coordenar o processo de elaboração de uma nova Política Nacional de Medicamentos (PNM), finalizado, após amplo debate, com a publicação da Portaria GM nº 3916, de 30 de outubro de 1998.

A Política Nacional de Medicamentos, ainda vigente, tornou pública a importância dos medicamentos na resolutividade das ações de saúde, indicando rumos e linhas estratégicas e definindo prioridades no que concerne aos medicamentos. O modelo de financiamento do abastecimento de medicamentos, definido a partir dessa política, separou-os, na prática 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 estratégicos³² 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,³³ programados, adquiridos e distribuídos pelos estados, embora sejam financiados pelos níveis federal e estadual.

Dos três grupos, como informando anteriormente, os medicamentos estratégicos estariam sob a responsabilidade do governo federal. Na assistência farmacêutica básica, o desempenho nos diferentes estados é muito variável, sendo que os mais estruturados têm tentando fazer frente às necessidades da população, na maioria das vezes à custa de maior participação financeira, por parte dos níveis subnacionais, do que a acordada com o Ministério da Saúde. Mesmo assim, como será visto na seção de financiamento, as famílias mais pobres, quando realizam um gasto em saúde, declaram que este se concentra na aquisição de medicamentos, poderia indicar problemas de acesso, mas, também, o uso de medicamentos em prescrição. No grupo dos medicamentos de dispensação em caráter excepcional se encontram outros problemas. Em parte, esses problemas se devem a defasagens nos valores previstos nas tabelas de ressarcimento do Ministério da Saúde e às dificuldades encontradas pelos estados menos populosos e mais distantes dos centros produtores/distribuidores para aquisição de medicamentos de alto custo. Um mesmo medicamento pode custar na região Norte cinco vezes mais do que na região Sudeste.³⁴

Não se pode deixar de considerar que importantes avanços foram obtidos no campo da assistência farmacêutica, entre eles a introdução dos medicamentos genéricos no mercado nacional. A Lei nº 9.787 foi publicada em 10 de fevereiro de 1999. Além disso, a criação da Anvisa e de normas para registro de medicamentos genéricos gerou confiança na qualidade do produto, assegurada por meio de estudos de medicamentos de equivalência farmacêutica e de bioequivalência. Essa lei permitiu que se contornasse um dos principais problemas da política de medicamentos relacionado a patentes e dificuldade de se encontrar um substituto de qualidade confiável e com preço mais baixo.

31. GOMES, C. A. P. A *Assistência Farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas*. Mimeo, s/d. (Documento Técnico da Secretaria de Políticas da Saúde, do Ministério da Saúde).

32. Medicamentos para controle de doenças endêmicas, Aids e para doenças crônicas não transmissíveis.

33. Hormônios de crescimento, medicamentos para distúrbios de coagulação sanguínea etc.

34. "Outra questão que tem sido motivo de preocupação constante dos Secretários Estaduais de Saúde é o significativo (e crescente) número de mandados judiciais que demandam o fornecimento de medicamentos de dispensação em caráter excepcional. Para fazer frente a esta situação o CONASS em 2003 enviou ofício a todos os Presidentes de Tribunais de Justiça e Procuradores Gerais de Justiça dos Estados, com o objetivo de informar sobre a utilização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas quando das demandas judiciais por medicamentos "excepcionais" (CONASS, 2004).

Esse foi um dos campos no qual o Ministério da Saúde ganhou muita visibilidade, inclusive no exterior, no período, particularmente por causa do fornecimento gratuito dos medicamentos antiretrovirais (Lei nº 9.313, de novembro de 1996) e por defender na Conferência da Organização Mundial do Comércio (DOHA, 2001) a flexibilização da lei das patentes, nos casos em que essa medida de exceção acarretasse benefícios para a saúde pública ou em caso de epidemias.

Todavia, os avanços observados ainda não resolviam o problema de acesso da população a medicamentos básicos. Assim, não é de se estranhar que uma das promessas da campanha presidencial de 2002 tenha sido nesse sentido. Essa promessa foi concretizada na forma do programa *Farmácia Popular*, criado com o objetivo de “ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.”³⁵ Essa ampliação do acesso seria feita por meio da oferta de medicamentos a preços de custo, ou mesmo simbólico.

Na primeira fase, do Farmácia Popular 1, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), uma das entidades executoras do programa, seria responsável por adquirir os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou privados e oferecê-los à população por intermédio das farmácias populares. Como essa linha avançou pouco,³⁶ em 2006 o governo, visando aumentar a capilaridade da rede, propôs o *Farmácia Popular 2*, que consiste em cadastrar farmácias comerciais para vender medicamentos selecionados a preços subsidiados.

Esse programa suscitou muita polêmica no setor, uma vez que introduz a figura do co-pagamento pelo usuário, considerada pelo segmento mais ortodoxo de defesa do SUS como ilegal (ver Lei nº 8.080, art. 43) e um precedente indesejável. Adicionalmente, poderia significar um “desestímulo” aos programas oficiais de distribuição gratuita de medicamentos.

4.3 Vigilância em saúde

Entre todas as áreas do sistema público de saúde, a Vigilância em Saúde foi, provavelmente, a que mais sofreu transformações no período. Embora a descentralização das ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças para estados e municípios estivesse prevista na Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), e essa diretriz ter sido reafirmada na IX Conferência Nacional de Saúde, sua efetivação foi bastante tardia. Na prática, o processo só foi desencadeado partir da publicação das Portarias Ministeriais nº 1.399 e nº 950, de 1999. Segundo Silva Jr. (2004),

(...) as dificuldades técnicas realmente existentes, mas não insuperáveis, em estabelecer linhas divisórias bem definidas entre as ações de vigilância epidemiológica de dimensão estritamente local e aquelas que necessitam padronização e simultaneidade nacional (...); a ausência de instruções normativas que regulassem o processo de transferência das atribuições e o conseqüente repasse dos recursos humanos e materiais; a inexistência de uma fonte estável e específica de financiamento dessas ações; e a resistência corporativa que se aliou, em determinados momentos, aos interesses dos grupos político-partidários locais que ocupavam as Coordenações Regionais da Funasa, foram fatores importantes que impediram sua integração ao SUS e às suas diretrizes, ao longo da década de 90.³⁷

35. Texto do Ministério da Saúde sobre Farmácia Popular. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>> Acesso em: 16/09/2006.

36. Lançado em junho de 2004, até junho de 2006 havia em funcionamento 182 unidades, em 141 municípios de 23 estados.

37. SILVA JR, J. B. da. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. Tese (Doutorado) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

Apesar disso, foram os movimentos ocorridos nesse período que viabilizaram as mudanças posteriores. Até então, a responsabilidade pelas ações relacionadas a doenças transmissíveis encontrava-se distribuída entre diferentes setores do Ministério da Saúde e do órgão a ele vinculado, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), atuante sobre doenças transmitidas por vetores ou as que predominavam em áreas rurais, além de manter unidades assistenciais nessas regiões. Essas ações eram executadas diretamente por esses órgãos no caso das doenças ditas “federais” – malária; leishmanioses; esquistossomose; febre amarela e dengue; tracoma; doença de Chagas; peste; filariose; bócio – ou centralmente determinadas, com participação subordinada das secretarias estaduais de saúde, como no caso dos programas de Aids, hanseníase e tuberculose.

Em 1984, foi criado na estrutura da Funasa o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), estabelecido formalmente por portaria ministerial, com a dupla missão de procurar reunir as várias ações e programas de controle de doenças e incorporar uma utilização mais ampla da epidemiologia como instrumento de análise da situação de saúde do país e como um instrumento privilegiado para subsidiar a escolha de prioridades e o planejamento geral das ações de saúde. O financiamento dessas ações continuava, entretanto, fragmentado – sendo utilizados distintos mecanismos para os diversos “programas”, como a execução direta e a transferência por convênios, e sem regras claras para a participação dos três gestores que já naquela época acontecia – e instável, em virtude da utilização do mecanismo de transferência voluntária de recursos, dificultando a realização de programação de longo prazo (SILVA JR., 2004).

A partir de 1997, teve início o processo de integração dos programas na esfera nacional e simultaneamente a discussão e negociação entre os gestores das três esferas de governo sobre suas atribuições. Para viabilizar a estruturação das secretarias estaduais e municipais de saúde, aportando recursos para investimentos e capacitação na área, foi elaborado o projeto Vigisus com o Banco Mundial, enquanto o montante de recursos para o seu custeio descentralizado e os critérios de rateio do total, entre estados e municípios, era objeto de estudos no âmbito do próprio Ministério da Saúde. Em ação paralela, as unidades assistenciais da Funasa passaram a ser cedidas a estados e municípios e as condições para sua sustentabilidade – recursos humanos, materiais e financeiros indispensáveis ao seu funcionamento – foram sendo definidas. Todas essas medidas possibilitaram que, de forma bastante distinta do que ocorria na assistência à saúde, quando as portarias nº 1.399 e nº 950 foram publicadas em 1999, estabelecendo formalmente os parâmetros para a efetiva descentralização da área, já existisse um amadurecimento institucional nas três esferas, que permitiu a rápida implementação das disposições.³⁸ Foi também definido um instrumento de planejamento e programação integrada das ações (a PPI-ECD).³⁹

38. Ainda segundo Silva Jr. (2004), modelo de descentralização adotado procurou combinar atribuições que permaneceram centralizadas, como a normatização técnica, coordenação dos sistemas de informação, fornecimento de insumos estratégicos, coordenação das ações com ênfase nas que exigem simultaneidade, entre outras, com uma horizontalização da execução das ações, atribuindo sua responsabilidade, preponderantemente, aos municípios. A Portaria nº 1.399, de forma explícita, determinava que os nove programas de controle de doenças ainda executados diretamente pela Funasa, naquele momento, fossem repassados para os estados, os municípios e o Distrito Federal. A adesão ao processo de descentralização foi concebida de forma ativa, necessitando que cada gestor, estadual ou municipal, apresentasse sua proposta para assumir as ações que, até então, eram executadas pelo gestor federal. As propostas municipais deveriam ser analisadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com posterior avaliação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), fórum onde também se realizaria a avaliação das propostas estaduais.

39. Assim é que, em setembro de 2000, as 27 secretarias estaduais de saúde já haviam cumprido as etapas previstas e obtido a certificação, passando a receber os recursos federais de custeio, destinados a essa área, por transferência “fundo a fundo”. Em relação aos municípios, 3.001 Secretarias Municipais de Saúde foram certificadas no ano de 2000, sendo que em 2006 esse número atingiu 5.263, representando 94,6% dos existentes no país.

Em 2003, com a reestruturação da área de epidemiologia e controle de doenças no âmbito do Ministério da Saúde, foi extinto o Cenepi e criada uma Secretaria de Vigilância em Saúde, que passou a reunir as atribuições daquele centro e os demais programas que anteriormente integravam a extinta Secretaria de Políticas de Saúde: tuberculose, hanseníase, hepatites virais e doenças sexualmente transmissíveis e Aids, além de outras atribuições que ampliaram formalmente seu escopo de atuação, justificando a terminologia utilizada em sua denominação. A essa nova secretaria passou a caber: *i*) a vigilância das doenças transmissíveis; *ii*) a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco; *iii*) a vigilância ambiental em saúde; e *iv*) a vigilância da situação de saúde, correspondendo a uma das aplicações da área também denominada como análise de situação de saúde (*idem*). Embora as ações de vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, bem como as de vigilância ambiental em saúde, sejam ainda incipientes, as avaliações disponíveis sobre as estratégias adotadas nas demais áreas, no contexto da descentralização, apontam para o seu sucesso, podendo ser destacadas a prevalência da esquistossomose, além da redução do número de internações e óbitos por malária e, principalmente, a interrupção da transmissão da doença de Chagas transmitida pelo *Triatoma infestans* no país (SILVA JR., 2006).⁴⁰ Contudo, vários problemas persistem e necessitam de uma vigilância epidemiológica efetiva ou mais estrita: a tuberculose está estacionada em níveis elevados – em torno de 80 mil novos casos por ano; a incidência do HIV vem se concentrando na população mais pobre e nos heterossexuais; a dengue tem apresentado picos nos períodos de verão (quando a chuva leva ao acúmulo de água e a criação de focos da doença), entre outros. No caso das doenças crônicas não transmissíveis não há ainda um sistema nacional bem estabelecido de controle epidemiológico dos casos para as principais doenças.

Cabe ressaltar que a denominada “vigilância sanitária” ficou dissociada dessa Secretaria, a partir do entendimento de que, apesar do termo vigilância ser aplicável a algumas das ações que abriga, o conjunto de práticas que a caracterizam são de outra natureza, voltadas à normatização, fiscalização e controle de fronteiras, portos, aeroportos, medicamentos, alimentos, de produtos ou bens – da produção ao consumo –, e da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. Trata-se assim de uma função de responsabilidade da União, não descentralizável para estados e municípios, entendimento que informou, anteriormente, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

5 Financiamento da saúde no Brasil

O sistema de saúde brasileiro pode ser subdividido em pelo menos quatro grandes grupos a partir do seu financiamento: *i*) o Sistema Único de Saúde, de acesso universal, gratuito e financiado com recursos públicos (impostos e contribuições); *ii*) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; *iii*) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essas clientelas, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores – junto com o anterior forma os chamados sistemas de “clientela fechada”; e *iv*) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato out-of-pocket (RIBEIRO *et al.*, 2006).⁴¹

40. SILVA JR., J. B. da. *A Descentralização e o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. Apresentação em Power Point, feita no Congresso da Abrasco. Rio de Janeiro, 2006 (Mimeo).

41. RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. *As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil*. Apresentado na II Jornada de Economia da Saúde da ABRES, Belo Horizonte, Dez. 2006. A ser publicado na revista *Divulgação em Saúde para Debate*, Cebes: Rio de Janeiro.

O financiamento da saúde no Brasil, segundo estimativas de organismos internacionais, representaria algo em torno de 7,6% do PIB.⁴² Cumpre lembrar, contudo, que os gastos públicos em saúde das três esferas de governo, no Brasil, estão muito inferiores não só em relação aos países desenvolvidos, mas também em relação a nossos vizinhos da América Latina. O patamar alcançado no Brasil é de 3,45% do PIB, enquanto, segundo dados da OMS, a Argentina apresenta 5,1%; a Espanha, 5,4%; e a França, 7,2% – para citar poucos exemplos. Essas mesmas estimativas indicariam para o Brasil uma participação majoritária do setor privado no financiamento da saúde: cerca de 56% do gasto total (ou 4,1% do PIB), uma taxa alta quando comparada com as de outros países com sistemas de saúde de acesso universal. Ou seja, mesmo gastando um percentual próximo a vários países de primeiro mundo em saúde, a proporção do gasto público nesse total é menos da metade.

5.1 O Gasto das famílias e sua participação no financiamento da saúde

O gasto das famílias com saúde constitui o principal componente do gasto privado com saúde, sendo complementado pelas despesas diretas das empresas privadas com o atendimento de saúde de seus empregados e dependentes.

Analisando especificamente a despesa corrente das famílias com base nos dados da POE, tanto em 1995/1996 quanto em 2002/2003, a saúde aparece como o quarto item desagregado de gasto⁴³ com um percentual não desprezível – em torno de 5% do total. Dois subitens consomem a maior parte do valor despendido pelas famílias com saúde: as despesas com remédios e com planos de saúde – aproximadamente 70% dos gastos das famílias estão concentrados nesses dois grupos. Quando se examina o peso de cada componente da assistência à saúde no gasto total de cada décimo de renda, observa-se que os gastos das famílias mais pobres estão concentrados em remédios (79,4% do total do gasto com saúde), ao passo que os gastos das famílias mais ricas estão mais distribuídos, principalmente entre planos de saúde (39%), remédios (26,7%) – ver tabela 4.

Além disso, esse gasto é altamente concentrando. O gasto médio em 2003 era de R\$ 95, mas as famílias do primeiro décimo gastavam cerca de R\$ 16 em média, ao passo que as famílias do último décimo gastavam cerca de R\$ 300 em média. Em grande parte, o pouco expressivo gasto das famílias mais pobres com saúde pode ser um indicativo da presença do SUS. De qualquer forma, o gasto privado é regressivo, pois representa uma proporção da renda maior das famílias mais pobres que das mais ricas.⁴⁴ Assim, um sistema de saúde que se proponha a ser equitativo não pode ser concentrado nesse tipo de gasto.

42. OMS. *World Health Report*. Annex Table. 2006.

43. Há, todavia, que se ter presente o fato do item “outras despesas correntes”, no qual se encontram as despesas com impostos e taxas, superar os dispêndios com saúde. Contudo, aquelas despesas não se inserem como dispêndios de consumo.

44. Segundo estimativas de Ugá e Santos (2005), primeiro décimo concentra 1,00% da renda e 1,76% do gasto privado direto em saúde, ao passo que o décimo mais rico concentra 46,10% da renda e efetua 37,05% desse gasto (ver Ugá, M. A.; Santos, I. S.) Análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro. Relatório de pesquisa apresentado ao Projeto Economia da Saúde 2005. Disponível em: <http://getinternet.ipea.gov.br/economiadasaude/adm/arquivos/sala/relatorio_final_-_alicia_uga.pdf>.

TABELA 4

Participação de cada subgrupo de despesa em saúde no gasto total com assistência a saúde

Décimo	Remédios	Plano/Seguro saúde	Consulta e tratamento dentário	Consulta médica	Hospitalização, cirurgia e ambulatório	Exames diversos	Material de tratamento	Outros	Assistência a saúde (Total)
1	79.4	4.5	1.7	5.0	1.2	3.1	2.9	2.2	100.0
2	75.7	3.5	5.5	4.6	1.0	3.5	4.1	2.2	100.0
3	68.0	3.6	5.3	6.5	4.7	4.1	6.2	1.5	100.0
4	65.7	7.6	6.8	6.0	2.5	4.7	5.3	1.4	100.0
5	59.6	12.3	8.1	6.1	3.1	4.3	5.4	1.3	100.0
6	56.6	14.1	7.4	6.7	4.8	4.1	5.6	0.7	100.0
7	49.0	18.8	10.2	6.8	5.2	4.1	5.2	0.8	100.0
8	48.3	21.7	11.9	6.0	3.0	3.3	4.5	1.2	100.0
9	39.2	31.6	10.7	6.3	3.5	3.4	4.7	0.6	100.0
10	26.7	39.0	10.9	4.2	10.7	2.1	5.6	0.8	100.0
Total	40.6	28.2	10.1	5.4	6.7	3.0	5.2	0.9	100.0

Fonte: IBGE. POF 2002/2003. Extraído de Menezes, Tatiane et al. Gasto e demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002/2003. 2006 (Mimeo).

5.2 Ministério da Saúde: evolução recente dos dispêndios e do financiamento federal do SUS

O gasto do Ministério da Saúde apresentou um comportamento irregular ao longo do período 1995-2005, tanto em relação ao seu valor global quanto ao valor destinado especificamente ao financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde. A despesa com esses corresponde ao gasto total, menos as despesas com inativos e pensionistas – os chamados Encargos Previdenciários da União (EPU's) – e os dispêndios com encargos e serviços da dívida interna e externa. São também excluídos desse conceito, os gastos financiados com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (FCEP). Esse valor líquido é que tem sido considerado oficialmente para efeito de verificação do cumprimento da EC 29 pelo Governo Federal. Neste trabalho, entretanto, serão excluídas também as despesas com programas de transferência direta de renda – Bolsa Família –, em acordo com o prescrito pela Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde.

A magnitude dos recursos financeiros utilizados pelo Ministério da Saúde para administrar e executar as Ações e Serviços Públicos de Saúde oscilou entre 82% e 90% do total de gastos do Ministério entre 1995 e 2005. Neste período, os dispêndios com os EPU's mantiveram um patamar aproximado de R\$ 3,2 bilhões, em termos reais, até 2000. Os encargos da dívida, por sua vez, foram bastante elevados, alternando valores na casa de R\$ 1 bilhão ou R\$ 3 bilhões entre 1995 e 1998. A partir daí, essas duas despesas apresentaram uma tendência declinante. No caso dos EPU's, o fluxo de novas aposentadorias, acelerado em um primeiro momento como uma reação defensiva diante das incertezas geradas pela Reforma da Previdência, reduziu-se; no caso das despesas financeiras, estas voltaram a um patamar de normalidade,⁴⁵ após a amortização do endividamento acumulado durante a crise de financiamento ocorrida em 1993 (ver tabela 5).

Ao se analisar a trajetória do gasto total do Ministério da Saúde, no período 1995 a 2005, verifica-se que há uma queda em 1996 e recuperação em 1997 – ano de início da CPMF – quando atingiu o valor mais alto do período em termos reais, R\$ 43,5 bilhões. Após nova queda em 1998, os gastos se mantiveram estáveis, em um patamar um pouco

45. Parte das operações do Ministério da Saúde é realizada por meio de convênios e empréstimos junto a organismos internacionais. Esta modalidade de endividamento – a chamada dívida contratual –, é que mantém os encargos financeiros do MS em um patamar reduzido, mas ainda significativo.

inferior ao de 1997, até 2001, quando ocorreu nova recuperação nos valores. Os anos de 2002 e 2003 apresentam quedas pronunciadas, sendo 2003 o pior ano da série em termos reais. Houve significativa recuperação em 2004 e 2005, mas ainda insuficiente para recuperar o patamar atingido em 2001.

A trajetória dos gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde é, entretanto, muito distinta da realizada pelos gastos totais do MS – ver tabela 5. Os piores anos do período continuam sendo os de 1996 e de 2003, mas é no ano de 1996 que se tem o menor volume de gastos em ações e serviços públicos de saúde. O ano de 1997, que apresenta maior volume de gastos totais, teve esse desempenho fortemente influenciado pela amortização da dívida contraída anteriormente junto ao FAT. Os anos que, de fato, revelam o maior patamar de gastos totais em ações e serviços públicos de saúde correspondem ao triênio 1999-2001, superando os anos de 2004 e 2005 por uma margem considerável.

TABELA 5

Ministério da Saúde – Disponibilidade líquida para as ações e serviços públicos de saúde, 1995-2005

(Em R\$ milhões de dez/2005, deflacionados mês a mês pelo IGP-DI)

Ano	Gasto Total	EPU	Dívida	FCEP + transf. de renda	Ações e serv. públ. saúde	Ações e serv. públ. saúde
1995	41.760,2	3.688,2	3.761,9	0	34.310,1	82,2
1996	36.239,1	3.722,5	1.251,0	0	31.265,6	86,3
1997	43.509,7	3.635,5	3.687,0	0	36.187,2	83,2
1998	39.645,1	3.948,5	1.251,1	0	34.445,5	86,9
1999	40.809,1	3.732,7	310,6	0	36.765,7	90,1
2000	40.279,9	3.610,7	96,3	0	36.572,9	90,8
2001	41.860,1	3.309,5	376,2	1.787,1	36.387,3	86,9
2002	39.361,6	2.985,5	518,2	688,8	35.169,1	89,3
2003	34.983,7	2.601,3	485,5	416,5	31.480,4	90,0
2004	38.536,1	2.804,3	514,7	1.198,0	34.019,1	88,3
2005	40.211,4	2.818,9	337,7	2.186,2	34.868,7	86,7

Fonte: Siafi/Sídon.

Elaboração: Disoc/Ipea.

Obs.: *A escolha do deflator altera significativamente a série. Se os dados fossem deflacionados pelo IPCA o resultado obtido seria outro.

5.3 Fontes de financiamento do Ministério da Saúde

A tabela a seguir mostra as principais fontes de recursos do MS e como a participação dessas fontes varia ao longo do período. A primeira constatação que pode ser feita, a partir da tabela 6 e do gráfico 4, é que as participações relativas das diferentes fontes no financiamento das despesas do Ministério da Saúde não apresentam um padrão estável, ocorrendo flutuações intensas na distribuição entre elas. Só a partir de 2000 percebe-se maior estabilidade, com variações mais sutis na sua composição.

As contribuições sociais, tomadas no seu conjunto, são responsáveis por parcela maior do financiamento do MS. A participação relativa dessas fontes no gasto total do MS oscilou entre os 63% de 1996 e os 88% de 2005 (ver tabela 6). A Cofins e a CSLL – apresentam trajetória errática: no início do período analisado atingiam, respectivamente, 49% e 20% do total da despesa, caindo, a partir daí, até 1999. A Cofins, após elevar sua participação nos anos de 2000 e 2001 para um patamar próximo a 40%, atingiu o seu menor nível de participação em 2002 e 2003 – em torno de 20% –, atingindo 25% em 2004, sofrendo nova queda em 2005. A CSLL realizou um movimento contrário nos últimos anos: depois de apresentar a menor participação no ano de 2001 – apenas 7,1% – aumentou fortemente sua importância, atingindo patamares inéditos de participação – 32,7% em 2004 e 39,7% em 2005.

A CPMF, por sua vez, surgiu em 1997 já como a principal fonte de financiamento do Ministério da Saúde. Atingiu 37% de participação no ano seguinte e, após algumas flutuações, no último triênio financia em torno de 30% do total dos gastos do MS. Outra importante fonte de financiamento do MS, no período, foi o Fundo Social de Emergência (FSE), posteriormente transformado no Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). A participação dessa fonte na primeira metade do período analisado é significativa, variando entre 12% e 19,5%. O FEF foi novamente reformulado no ano 2000, passando a ser denominado Desvinculação dos Recursos da União (DRU).

TABELA 6

Ministério da Saúde – Distribuição Percentual das Fontes de Recursos – 1995-2005

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Recursos Ordinários	3,2	0,2	1,0	10,8	14,7	5,2	14,3	10,3	13,1	7,1	4,8
Títulos Resp. Tesouro Nacional	2,6	3,3	2,8	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	0,5	0,0	0,0
Operações Crédito Internas	7,6	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Moedas											
Operações Crédito Externas	1,1	0,9	0,5	1,1	1,4	2,6	2,1	1,8	1,1	0,7	0,7
– Moedas											
Recursos Diretamente Arrecadados	2,4	2,5	2,4	2,6	3,5	3,2	3,1	2,6	2,3	2,2	2,3
Contribuições Sociais	69,4	63,4	73,1	71,1	62,5	81,5	74,1	78,7	80,9	87,2	88,2
Contrib. Social Lucro PJ	20,2	20,8	19,3	8,0	13,3	12,3	7,1	23,5	27,4	32,7	39,7
Contrib. Social p/ Financ.	49,2	42,6	25,9	26,0	26,6	37,7	39,5	19,2	21,1	25,1	19,2
Segurid. Social											
Contrib. Prov. s/ Mov. Financeira	0,0	0,0	27,8	37,1	22,6	31,5	27,6	36,0	32,4	29,4	29,3
Fundo de Estabilização Fiscal	12,0	17,7	19,5	13,3	14,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	1,7	0,0	0,9	0,3
Demais Fontes	1,8	3,7	0,7	0,7	3,0	6,8	1,2	3,5	2,2	1,9	3,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Siafi/Sidor.

Elaboração: Disoc/Ipea.

Embora a atual designação seja mais adequada aos seus propósitos que as anteriores, a nova sistemática de funcionamento tornou a análise da execução orçamentária menos transparente. Isso porque os recursos desvinculados pela DRU não integram uma fonte de recursos específica, como no caso do FSE/FEF. Ao invés disso, são executados por meio da fonte Recursos Ordinários. Até a criação da DRU, a fonte Recursos Ordinários era responsável por expressar, na execução orçamentária, os recursos oriundos de impostos gerais – no caso, principalmente, Imposto de Renda e IPI. A partir de 2000, entretanto, não é mais possível distinguir, para determinada área ou programa, qual parcela de recursos é originária de impostos gerais e qual parcela é originária da DRU, uma vez que ambas agora compõem, combinadas, a mesma fonte Recursos Ordinários.

É nesse contexto que deve ser qualificada, a partir de 2000, a participação da fonte Recursos Ordinários. Embora essa fonte mantenha os percentuais significativos atingidos em 1998 e 1999, a partir de 2000 ela incorpora também os recursos do antigo FSE/FEF. Ou seja, o volume de recursos aplicados pela fonte Recursos Ordinários no MS, a partir de 2000, deve ser analisado levando em conta não apenas a participação anterior desta fonte, mas também a parcela que cabia ao FSE/FEF. Nesse sentido, os dados parecem tornar claro que o aporte dos Recursos Ordinários ao financiamento do MS, após 2000, não mantém o grau de participação anteriormente observada para essa fonte e o FSE/FEF – o que indica que ou os recursos dos impostos gerais ou os recursos da Desvinculação, ou ambos, têm tido a sua destinação ao Ministério da Saúde reduzida.⁴⁶

46. Mais uma vez, seria necessário um olhar panorâmico sobre a Seguridade Social para verificar se esta tendência é específica ao setor Saúde ou se ocorre neste momento também em outras áreas sociais. Desde logo, entretanto, pode ser enfatizado que, conforme trabalho realizado pela Consultoria de Orçamentos da Câmara dos Deputados – Núcleo Previdência, Assistência e Trabalho –, a DRU retirou em 2002 R\$ 20,1 bilhões da Seguridade Social. Entretanto, apenas R\$ 15,1 bilhões foram devolvidos por meio da execução da fonte Recursos Ordinários (COFF, 2003).

A análise dos gastos do Ministério da Saúde pela ótica das fontes de financiamento também permite demonstrar que a introdução da CPMF em 1997 contribuiu muito mais para estabilizar o patamar de recursos orçamentários do MS do que para efetivamente elevá-lo. Isto porque as outras fontes que tradicionalmente financiavam o Ministério da Saúde realizaram uma clara trajetória de acomodação, reduzindo os seus aportes. É interessante notar também, nos últimos anos, a recuperação da participação das contribuições sociais, paralela a uma redução das demais fontes – um provável reflexo da recente elevação na arrecadação da Cofins.

5.4 Política alocativa do Ministério da Saúde

Merecem análise também os movimentos ocorridos nos fluxos de recursos entre os diferentes níveis de atenção e linhas programáticas do Ministério. A tabela 7, a seguir, revela destaques interessantes. É flagrante, durante o período analisado, o crescimento dos recursos para a Atenção Básica no âmbito do Ministério da Saúde, principalmente a partir de 1998, sob o efeito da NOB 01/96.⁴⁷ Ou seja, além de explicitar uma maior destinação do Ministério da Saúde ao financiamento deste nível de atenção, demonstra que esta é realizada fundamentalmente por intermédio das transferências fundo-a-fundo do Piso de Atenção Básica (PAB). Por outro lado, percebe-se claramente uma mudança no perfil dessas transferências em particular: durante todo o período, mas mais intensamente a partir de 1999, perde importância relativa o financiamento via PAB fixo, crescendo velozmente a utilização do instrumento do PAB variável – no qual a aplicação do recurso pela gestão municipal já está predefinida pelo MS para algumas modalidades chave.

Foge ao escopo deste trabalho recuperar tal discussão, mas pode ser importante relembra-la. Para alguns formadores de opinião do movimento sanitário, tal conversão no perfil de financiamento da Atenção Básica constitui um desvirtuamento, uma vez que a predestinação interfere na autonomia da gestão local para alocação dos recursos e planejamento da sua política de saúde e, até mesmo, comprometendo a diretriz constitucional da descentralização.

De outro lado, levantam-se em defesa deste instrumento os que argumentam que o Ministério da Saúde tem uma função importante como coordenador das políticas de saúde, não apenas por ser o principal financiador, mas principalmente pelo necessário papel da União como promotora da equidade no âmbito da Federação. Nesse sentido, o PAB variável é um estímulo necessário para garantir a instalação de determinadas modalidades de atenção e promoção da saúde, em padrões mínimos por todo o território.

No campo da Média e Alta complexidade, também são visíveis os progressos. Absolutamente importante é a constatação de que a remuneração por produção de serviços vai sendo gradativamente substituída por transferências fundo-a-fundo, contribuindo, imagina-se, para a redução de uma série de distorções e entropias estimuladas pelo modelo de pagamento por prestação de serviços, conforme ressaltado na seção 3.1.⁴⁸

47. É necessário ter cuidado com a análise da elevação deste percentual ocorrida a partir de 2002. A tabela 7 apresentada pelo MS inclui na Atenção Básica os programas de transferência direta de renda financiados pelo Ministério da Saúde – Bolsa-Alimentação, posteriormente Bolsa Família que não são considerados ações e serviços públicos de saúde para efeito do cumprimento da EC 29.

48. Em dezembro de 2000, 99% dos 5.506 municípios e 30% dos 27 estados estavam habilitados em alguma das condições de gestão da NOB 96, e as transferências diretas entre fundos de saúde correspondiam a 60% dos recursos federais da assistência.

O crescimento de importância nos gastos com Medicamentos Excepcionais, neste nível de atenção, também merece destaque.

Relevantes também são os seguintes pontos: *i)* a forte redução relativa nos gastos com Pessoal Ativo do Ministério da Saúde; *ii)* a atual estabilidade na destinação de recursos para Medicamentos Estratégicos, após o crescimento ocorrido até 1999; e *iii)* a contínua instabilidade nos recursos para Saneamento.

TABELA 7

Distribuição percentual das despesas do Ministério da Saúde, segundo Tipo de Gasto, 1995-2004

Tipo de	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1) Média e Alta Complexidade (MAC)	50,01	54,03	52,92	49,84	48,96	49,81	50,49	49,35	50,66	48,34
-Serviços Produzidos	44,78	41,95	36,77	27,52	29,84	21,74	18,93	20,98	20,07	3,94
-Fundo-a-Fundo	5,23	12,08	16,15	22,32	19,11	28,08	31,56	28,37	30,59	44,39
Gestão Plena ou	4,63	11,52	15,05	21,24	18,08	26,32	29,56	26,52	28,69	41,86
Medicamentos	0,60	0,56	1,11	1,08	1,03	1,76	2,00	1,85	1,90	2,53
2) Atenção	10,82	10,43	11,74	14,60	14,23	15,11	16,45	17,09	17,51	18,34
-PAB	9,11	9,24	9,12	11,29	9,68	8,48	7,96	7,54	6,96	6,40
-PAB	1,71	1,19	2,62	3,31	4,54	6,63	8,49	9,56	10,55	11,93
Epidemiologia e Controle de	-	-	0,78	0,81	1,01	1,66	2,38	2,23	2,26	1,96
Farmácia	-	-	-	0,30	0,68	0,81	0,75	0,67	0,65	0,57
Ações Básicas Vigilância	0,02	0,04	0,14	0,33	0,33	0,19	0,29	0,30	0,32	0,25
PACS /	0,64	0,89	1,04	1,48	1,77	3,22	4,31	5,33	5,97	6,61
Bolsa Alimentação / Comb. Carências	1,05	0,26	0,66	0,39	0,76	0,75	0,76	1,03	1,35	2,54
3) Medicamentos	3,70	1,86	3,69	3,44	4,56	4,06	3,82	4,64	4,36	4,34
4) Saneamento	0,53	0,27	0,59	0,94	1,10	0,78	5,34	2,30	0,37	1,44
5) Emendas	0,00	0,56	1,32	1,63	1,93	1,88	2,77	1,77	1,87	2,30
6) Demais Ações	14,94	13,79	13,93	14,79	15,61	15,42	9,44	12,82	12,96	13,60
7) Pessoal	20,00	19,05	15,82	14,76	13,63	12,93	11,69	112,02	12,27	11,65
Ações e Serviços de Saúde	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Ministério da Saúde.

Elaborado pela Coordenação-Geral de Orçamento e Finanças; Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.

5.5 A Emenda Constitucional 29

A garantia de fontes estáveis para o financiamento público da saúde tem sido uma aspiração permanente de várias correntes do pensamento e grupos de interesse no setor nacional da saúde, mais claramente manifestada a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Os constituintes de 1988 endossaram parcialmente esse desejo ao dispor no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que “(...) até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde” (BRASIL, 1988). Embora incorporado em algumas LDOs, funcionou mais como um teto orçamentário do que para a realização efetiva de despesas.⁴⁹

A Constituição, em seu artigo 159, especifica que “(...) a Seguridade Social será financiada (...) mediante recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais (...)” (BRASIL, 1988). De qualquer forma, apesar de, na prática, estados e municípios participarem do financiamento do SUS, havia uma relativa ausência de critérios e parâmetros para definir

49. “Caso cumprido esse dispositivo constitucional, não teriam ocorrido as graves crises na saúde nos anos 90, e, hoje, só o orçamento federal para o SUS seria maior que a dotação das três esferas de governo para o SUS. (...) O descumprimento desse eixo norteador, desde então, gerou, de um lado, o desfinanciamento desta política pública de cidadania, e, por outro lado, a permanente resistência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (...) Com todas as resistências e mobilizações, este movimento atenuou significativamente o desfinanciamento da Saúde, o que fica evidente na comparação com outras políticas sociais, ainda mais desfinanciadas, como educação, moradia, saneamento, segurança pública e outras” (CEBES, ABRASCO, ABRES, REDE UNIDA, 2005).

a participação dos governos subnacionais, fazendo que todas as pressões para aumento dos recursos setoriais recaíssem exclusivamente sobre a União.

Essa situação de incerteza, agravada pela crise de financiamento de 1993, obrigou o Ministério da Saúde a recorrer a empréstimos junto ao FAT, enquanto paralelamente engendrava esforços pela criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), em 1994, posteriormente rebatizado como Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1996. A CPMF vigorou até o fim de 1998 e, após intenso debate legislativo, foi novamente prorrogada, deixando de ser uma contribuição exclusiva da saúde.⁵⁰ É neste momento também que começam a surgir, no âmbito do Legislativo, diversas propostas para dar maior estabilidade ao financiamento setorial.

O ponto comum dessas propostas era a vinculação dos recursos orçamentários dos três níveis de governo, que, no caso dos governos subnacionais, variava de 10 a 15% da receita disponível. O último desses dispositivos foi o Projeto de Emenda Constitucional (PEC Aglutinativa 86-A), que, depois de aprovado pela Câmara de Deputados e pelo Senado, foi transformado na Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), em agosto de 2000.

A Emenda Constitucional 29 estabeleceu a vinculação de recursos orçamentários da União, estados e municípios, para despesas com saúde. Para a União, a EC 29 determina que, para o ano 2000, o montante mínimo aplicado em ações de saúde deveria ser o valor executado em 1999, acrescido de 5%. Nos anos seguintes, entre 2001 e 2004, o aumento das despesas está vinculado à variação nominal do PIB. Para os estados e municípios, os percentuais mínimos de vinculação de sua receita de impostos deverão chegar a 12% e 15% em 2004, respectivamente, estipulando-se para o ano 2000 um percentual mínimo de aplicação de 7% como ponto de partida.

Percebe-se, portanto, que a EC 29 teve duas grandes motivações: *i*) garantir recursos estáveis para a saúde, diante das crônicas oscilações no volume dos gastos públicos; e *ii*) fazer com que as esferas subnacionais aumentassem sua participação no financiamento do SUS.

De acordo com estimativas feitas na ocasião, esperava-se que o impacto da EC 29 fosse mais intenso sobre as contas estaduais,

“(...) cujos gastos com saúde deverão crescer 123% até 2004. Para a União e municípios, os recursos adicionais até 2004 serão da ordem de 20,7% e 45,0%, respectivamente, resultando em um aumento total de 43,8% para as três esferas de governo. Em valores absolutos, isso representará um aporte de mais R\$ 15,2 bilhões para a execução das ações e serviços públicos de saúde” (SIOPS, 2002).

Tais estimativas, infelizmente, não foram confirmadas. A partir dos dados de relatório divulgado pelo Siops (SIOPS, 2005), percebe-se que a implantação da Emenda Constitucional nº 29 foi parcialmente bem-sucedida na busca do objetivo de elevar a participação de estados e municípios, mas também que o desempenho da União neste processo não foi o esperado.

50. Em prorrogações subseqüentes, a CPMF teve sua alíquota aumentada, passando a participar do financiamento das despesas previdenciárias a partir de 1999 e do Fundo de Combate à Pobreza a partir de 2001.

TABELA 8

Despesa com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo em percentual do Produto Interno Bruto – 2000–2004

	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
	Em % do PIB					Índice 2000= 100				
União	1,85	1,87	1,84	1,75	1,85	100	101,1	99,5	94,6	100,0
Estados	0,57	0,69	0,77	0,79	0,91	100	121,1	134,4	138,6	159,6
Municípios	0,67	0,77	0,87	0,91	0,93	100	114,9	129,9	135,8	138,8
Total	3,09	3,34	3,48	3,45	3,69	100	108,1	112,5	111,7	119,4

Fonte: Ministério da Saúde, Siops.

Em termos de percentuais do PIB, a despesa com ações e serviços públicos de saúde das três esferas apresenta, de fato, crescimento significativo no período, mas aquém das melhores expectativas quando da promulgação da Emenda. O crescimento dos recursos aplicados por estados e Municípios alcança o patamar de 59,6% e 38,8%, respectivamente, enquanto os gastos do governo federal não crescem. A EC 29 não foi capaz de garantir o crescimento nos recursos do governo federal para as políticas de Saúde, e foi parcialmente bem-sucedida na elevação dos gastos dos entes subnacionais. Ainda assim, o efeito consolidado das três esferas de governo é de um crescimento de mais de 19% nas aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde entre 2000 e 2004.

Os gastos dos governos estaduais com Ações e Serviços Públicos de Saúde cresceram consideravelmente, mas não o suficiente para cumprir os níveis exigidos pela EC 29. Siops (2005) aponta que os gastos em saúde dos estados e Distrito Federal, como percentual da receita vinculada pela EC 29, crescem de 7,1% em 2000 para 9,6% em 2003 (ver % para 2004), em média patamar ainda bastante inferior aos 12% da receita vinculada estabelecidos pela Emenda. Em um outro trabalho, revela-se, por exemplo, que apenas 11 governos estaduais cumpriram a EC 29 de maneira inequívoca (SIOPS, 2005b). Tal afirmação não significa que os outros 16 governos estaduais estejam irregulares, necessariamente. O que ocorre é que a interpretação e implementação da Emenda 29, sob a ausência de regulamentação, é bastante complexa, dando margem a diversas interpretações. Apesar disso, a situação progride: relatório mais recente indica que os governos estaduais alcançam uma aplicação média de 10,8% da receita vinculada em 2004 (SIOPS, 2006).

A situação dos municípios parece mais consolidada. O percentual dos gastos municipais em Saúde mediante a receita vinculada passa de 13,9% em 2000 para 18% em 2004, superando o patamar de 15% definido pela Emenda (SIOPS, 2005b). Na média, portanto, os governos locais já se adequaram à Emenda. Mas há exceções em um universo da ordem de 5.500 municípios. Recuperar os inadimplentes e manter os demais dentro dos parâmetros da EC é uma tarefa permanente do movimento sanitário em geral e dos Conselhos de Saúde em particular.

6 Principais desafios

É amplamente reconhecido que os determinantes dos principais problemas e riscos em saúde estão associados ao desenvolvimento social e que a ação dos serviços de saúde têm eficácia limitada se não for acompanhada de uma evolução positiva na área social. Assim, a atuação sobre as causas vai muito além da possibilidade das políticas setoriais de saúde e exige um esforço coordenado de várias ações do Estado e da sociedade. Não obstante, a área da saúde pode ter uma participação relevante, seja no desenvolvimento de ações específicas, seja na mobilização e na integração com outros setores que podem contribuir para a melhoria da saúde da população ao agir sobre alguns de seus determinantes.

Dentro das especificidades da ação setorial pelo menos três grandes desafios se colocam de forma mais imediata: *i)* adequar-se à nova configuração do quadro sanitário brasileiro; *ii)* buscar sinergias entre os segmentos e atores institucionais que atuam de forma complementar ou suplementar ao SUS; e *iii)* aperfeiçoar o SUS, que é a principal rede de atenção à saúde da população, especialmente a mais pobre.

6.1 O novo quadro sanitário

O Brasil, como outros países em desenvolvimento, enfrenta um duplo encargo no controle das enfermidades e dos agravos à saúde. De um lado, precisa dar continuidade às ações de controle das doenças transmissíveis, envolvendo tanto as que vêm de longa data (malária, dengue, tuberculose e hanseníase), como as de recente emergência (a Aids, especialmente) e as de potencial irrupção (por exemplo, a gripe aviária). De outro lado, deve conceber e pôr em prática medidas apropriadas de combate às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e ao trauma, que constituem atualmente as principais causas de mortalidade e morbidade, entre as quais, o câncer, as doenças cardiovasculares, o diabetes e as diferentes seqüelas da violência.

No Brasil, as políticas de controle das DCNT e das causas externas ainda são fragmentadas. Para que se integrem, o primeiro passo consiste na tomada de consciência do problema pelas autoridades dos três níveis de governo, pelos profissionais de saúde e pela própria população. No âmbito federal, há um espaço para o desenvolvimento de ações coordenadas de alcance nacional, envolvendo principalmente os Ministérios da Saúde, da Educação, do Trabalho, das Cidades, do Esporte, do Desenvolvimento Social e da Justiça, e mesmo o Ministério Público.

Paralelamente, é necessário promover ação educativa permanente; reforçar o sistema de vigilância epidemiológica, cujo pressuposto é o aperfeiçoamento da capacidade de produzir informação relevante para acompanhar o comportamento das DCNT no conjunto da população; acompanhar a incidência e prevalência dos fatores; e monitorar as intervenções públicas nas áreas da prevenção e promoção da saúde.

6.2 A busca de sinergias entre os segmentos ou atores institucionais que atuam de forma complementar ou suplementar ao SUS

Idealizado para ser único, o SUS convive hoje em um sistema plural no qual se destacam o segmento de planos e seguros privados de saúde; o segmento de assistência à saúde dos servidores públicos, civis e militares; e o segmento privado que opera sob reembolso direto, o segmento que comporta iniciativas de cunho não lucrativo, integradas ou não ao SUS.

Dados os problemas mencionados anteriormente, na seção de financiamento, associados à renúncia fiscal e o financiamento cruzado da saúde suplementar, constata-se um quadro de restrição orçamentária, em que o Estado não consegue ampliar a cobertura da atenção médica pública com qualidade, estrangendo o fortalecimento do SUS e deixando espaço para atuação do setor dos planos de saúde. Com o mercado de planos apresentando uma trajetória de custos e preços crescentes, em um contexto de baixos salários da economia brasileira, isso pode exigir, em médio prazo, a ampliação de subsídios regressivos e a expulsão da clientela da medicina privada de alto risco (crônicos e idosos), sem nenhum planejamento prévio do SUS.

Resultados mais positivos poderiam ser alcançados se nessa diversidade de campos e segmentos houvesse reforços à atuação coordenada e sinérgica dos vários atores sociais

envolvidos. Contudo, não se encontra no âmbito das políticas oficiais delineamentos que forneçam imagens objetivos a serem alcançadas por essa pluralidade de atores e que sejam definidos sinergias, princípios e critérios comuns de atuação, tendo em vista o objetivo de melhorar a eficiência e cobertura do sistema de saúde como um todo.

As ações de saúde, realizadas pelo conjunto dos agentes públicos e privados mencionados, devem estar sempre subordinadas ao caráter de relevância pública conferido constitucionalmente (CF, art. 197) às ações e serviços de saúde. Isso significa ampliar o papel do Estado como instância reguladora do Sistema Nacional de Saúde, seja estabelecendo princípios gerais para promoção e prevenção da saúde que se apliquem a todos os participantes do sistema, seja regulando as relações que se estabeleçam entre o SUS e os demais segmentos do Sistema Nacional de Saúde.

6.3 O aperfeiçoamento do SUS, que é a principal rede de atenção à saúde da população, especialmente a mais pobre

O Sistema Único de Saúde (SUS) presta serviços, de forma quase exclusiva, a quase 75% da população brasileira, principalmente a mais pobre. Não foram poucos os avanços obtidos pelo SUS nesses quase dezoito anos, desde sua criação. O principal foi, dentro do sistema público, eliminar a segmentação outrora existente entre previdenciários urbanos, rurais e indigentes. Outros avanços, apesar de ainda não serem plenamente satisfatórios, podem ser encontrados, tanto no aumento do acesso a uma grande gama de serviços como nos indicadores de saúde. A produção anual de serviços do SUS, o que dá uma idéia do seu porte, é de cerca de 13 milhões de internações, mais de 150 milhões de consultas e em torno de 133 milhões de atendimentos de alta complexidade.⁵¹ Com notável abrangência de serviços, o SUS fornece, gratuitamente, de vacinação a transplantes de órgãos e tecidos.

É verdade que em sua construção, lenta por natureza, o SUS teve que conviver com períodos de instabilidade de recursos financeiros e com necessidade de mudança nos paradigmas assistenciais. De um modelo de atendimento à demanda espontânea, herança do tempo em que a assistência médica era uma responsabilidade hegemonicamente da Previdência Social, o SUS busca um papel mais intenso na promoção da saúde e na prevenção de enfermidades. Ademais, o SUS tem tido de conviver com um processo de gestão complexo, decorrente do caráter por vezes pouco preciso da divisão de responsabilidades entre as três instâncias de governo.

Aprimorar os serviços do SUS é, portanto, a diretriz de política mais importante na área da saúde e que não pode ser negligenciada. Obviamente, as medidas que podem ser enumeradas com essa finalidade são bastante diversificadas. Quatro, no entanto, assumem grande relevância: *i*) aumentar a resolutividade da atenção básica; *ii*) Garantir a continuidade e a integralidade do atendimento; *iii*) regular a incorporação de novas tecnologias; e *iv*) garantir a estabilidade do financiamento do SUS.

6.3.1 Aumentar a resolutividade da atenção básica

Pela envergadura já alcançada, é fundamental dar continuidade à expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) e a outras estratégias de atenção básica. Para tanto, o PSF deve começar a cumprir claramente sua tão propalada missão na reorganização do modelo

51. Para que fique claro, os 133 milhões não significam número de pessoas atendidas, mas número de atendimentos. No caso da hemodiálise, por exemplo, uma mesma pessoa em geral faz até 3 sessões (atendimentos) ambulatoriais por semana ou 144 vezes no ano.

assistencial do SUS. Isto significa conferir-lhe maior capacidade resolutiva, criar uma ligação mais orgânica ao restante dos serviços de saúde e fortalecer sua atuação junto às famílias e às comunidades.

Um dos problemas do PSF, e que tem forte repercussão sobre sua capacidade resolutiva, está nas relações de trabalho e na capacitação dos profissionais. Cerca de 60% do pessoal ligado ao programa não tem vínculo formal com as prefeituras. A informalidade gera insegurança e elevada rotatividade pós-admissão, o que conspira contra a formação de vínculos entre as equipes e as famílias, um dos pilares da melhoria da assistência. A necessidade de redução da rotatividade implica fornecer condições de trabalho e adotar políticas de incentivo à permanência dos profissionais, especialmente o médico, na equipe. Outro problema é da capacitação. Em geral, os médicos do Programa não têm formação específica prévia, para atuar nessa modalidade assistencial. Outros problemas são a falta de integração com o restante da rede assistencial e a carência de medicamentos, em quantidade e diversidade suficientes, para cobrir as necessidades mais frequentes da população, principalmente no caso de doenças que exigem medicação de uso contínuo.

6.3.2 Garantir a integralidade do atendimento

Outro ponto fundamental para o aperfeiçoamento da atenção básica – pois lhe dá credibilidade junto à população – é a garantia de integralidade⁵² no atendimento aos seus usuários. As dificuldades de acesso à atenção ambulatorial em clínicas básicas ou especializadas, seja para consultas ou para exames de diagnose e terapia, a falta de garantias efetivas de atendimento, são problemas reais presentes no cotidiano da grande maioria dos usuários do SUS.

Garantir a integralidade da atenção significa muito mais do que estabelecer formalmente nas “programações pactuadas e integradas” mecanismos de referência (definição dos locais para onde devem ser enviados os pacientes cujos problemas não podem ser resolvidos na rede básica) e de contra-referência (retorno à rede básica de informações sobre o tratamento fornecido ao paciente referido para outros níveis de atenção). Significa, também, fazer que o paciente que necessite de atendimento seja de fato atendido num prazo estipulado para cada situação, estabelecido em protocolos clínicos de atendimento, de forma que as pessoas atendidas tenham clareza de quanto tempo terão, no máximo, que esperar para uma consulta de especialidade, exame ou cirurgia. As garantias de atendimento deveriam ser mais explícitas, pactuando-se, por exemplo, os prazos máximos aceitáveis para o atendimento de determinados grupos de patologias. Mesmo que isto não possa ser feito de imediato para todos os tipos de atendimentos, dever-se-iam estabelecer, progressivamente, protocolos de atenção, com prazos limites de atendimento, para situações mórbidas de maior prevalência e para as quais existem tratamentos custo/efetivo.

Garantir o atendimento também depende da disponibilidade de serviços. Isso significa a necessidade de ampliar a oferta de serviços de média e alta complexidade em áreas estratégicas. Para organizar tais redes de atenção, pelo menos duas condições são necessárias: *i*) criar um programa de investimentos para garantir a organização das redes de atenção de média e alta complexidade, identificadas em planos diretores

52. Integralidade no atendimento aqui entendida no sentido da oferta de todos os serviços e procedimentos necessários ao tratamento de determinada patologia.

estaduais; e *ii*) pactuar nos três níveis de governo a ampliação e fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais no sentido de “identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual ou regional” (Lei nº 8.080).

6.3.3 Ampliar a regulação da incorporação de novas tecnologias no SUS

Manter um sistema de acesso universal e que garanta um atendimento integral é um esforço societário nada trivial. Todos os modelos de serviços de saúde de acesso universal acabam, invariavelmente, convivendo com algum grau de restrições na oferta de serviços ou com parcimônia na incorporação de novas tecnologias. Não há no país uma política clara de acesso e uso de novas tecnologias; como consequência, há um aumento significativo da participação dessas tecnologias no custo total da saúde sem a comprovação de maior eficácia e efetividade das mesmas.

Para que o SUS possa, de forma sustentável, continuar tendo como um de seus princípios o atendimento integral, é necessário que crie um entorno legal que lhe dê condições de incorporar de forma racional novas tecnologias. Ou seja, é preciso aprovar legislação que estabeleça os critérios de incorporação. É preciso, também, desenvolver a avaliação econômica e tecnológica em saúde, de modo que se verifiquem, sistematicamente, as consequências clínicas, econômicas e sociais da incorporação de novos processos, procedimentos e produtos. Só depois de claramente determinados seus avanços nesses vários campos (clínico, econômico e social) é que a tecnologia deveria ser incorporada ao SUS. E isso vale não só para o SUS, mas para o sistema de saúde como um todo.

6.3.4 Garantir estabilidade no financiamento

A regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 é fundamental e urgente, para consolidar e garantir o alcance dos seus objetivos originais, quais sejam: *i*) estabilizar os recursos destinados para as políticas públicas de saúde, protegendo-os de crises econômicas ou fiscais; e *ii*) comprometer as três esferas de governo, simultaneamente, no financiamento do SUS.

Nesse sentido, é fundamental garantir que na regulamentação da EC 29 duas questões, em particular, sejam definidas de modo claro e transparente, para que se constitua um marco institucional sólido e imune a ambigüidades e multiplicidades de interpretação: *i*) a definição acerca de quais gastos podem ser considerados como “ações e serviços públicos de saúde”; e *ii*) a extensão, para a União, do instrumento de percentual de receita vinculável aplicado a estados e municípios.

Em relação à primeira questão, ao não se expressar explicitamente, por exemplo, que apenas os gastos com ações do SUS seriam legítimos para o atendimento da metas definidas na EC 29, foi aberto muito espaço para dúvidas tais como o que fazer com as despesas de saneamento, com os inativos do setor saúde, entre outras. Tais aspectos dificultam o adequada controle e a fiscalização por meio de instituições como os Tribunais de Contas e os Ministérios Públicos, da União e dos Estados.⁵³ É essencial, portanto, que se estabeleça, definitivamente, o que são “ações e serviços públicos de saúde”, aos quais os recursos foram vinculados, sob pena de inviabilizar uma política pública de saúde mais integrada e transparente.

53. Os instrumentos que poderiam ser norteadores, como a Resolução no 322 do Conselho Nacional de Saúde – que é representativa, pois consolida a discussão de um leque bastante amplo de instituições –, não são reconhecidos universalmente, por não possuírem força de Lei.

A respeito da segunda questão, o critério para vinculação dos recursos da União – a vinculação com variação nominal do PIB – foi diferente do aplicado a estados e municípios – percentual de receita. Esse critério gerou uma série de ambigüidades, como a contraposição entre as interpretações de “base móvel” e “base fixa”.⁵⁴ Ao confrontar a execução orçamentária segundo o entendimento da LDO com o piso exigido pela Emenda segundo o critério de “base fixa”, a conclusão seria pelo adequado cumprimento da Emenda pelo governo federal. Entretanto, se o critério utilizado para o cálculo do piso for o de “base móvel”, a EC 29 só teria sido cumprida nos anos de 2000 e 2004. Mais importante que o percentual exato que será alcançado no processo de debate legislativo – se de 8%, 10% ou 15% –, será a definição de um marco institucional, claro e coerente, para o financiamento das políticas de saúde em nível federal, com impactos positivos na estabilidade dos recursos e no comprometimento com esta política pública por parte das três esferas de governo.

Garantir a estabilidade do financiamento do SUS é absolutamente indispensável para que possa cumprir com os preceitos constitucionais. Portanto, ainda que a utilização mais eficiente dos recursos existentes possa ser obtida, o fato é que recursos adicionais são necessários, se a perspectiva a ser buscada é a de consolidação do Sistema Único de Saúde.

54. 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. 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. Ver edições anteriores deste periódico nas quais as discussões e informações dos valores aplicados pelos critérios de “base fixa” e “base móvel” são apresentadas, particularmente a edição nº 11.