

| | |
|--------------------------|---|
| Título | SAÚDE |
| Autores (as) | Andrea Barreto de Paiva Edvaldo Batista de Sá Elisabeth Diniz Barros Fabiola Sulpino Vieira Roberta da Silva Vieira Sérgio Francisco Piola |
| Título do Boletim | POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE |
| Cidade | Brasília |
| Editora | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) |
| Ano | 2016(n.24) |
| 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

O período analisado nesta edição do Boletim de Políticas Sociais coloca em evidência pelo menos dois grandes macrodesafios à manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e à efetiva consecução de seus princípios e diretrizes constitucionais. Esses desafios referem-se ao agravamento do subfinanciamento, em decorrência da desaceleração econômica e das medidas de ajuste sendo adotadas, e a investidas de setores dos poderes Legislativo e Executivo em questões relacionadas ao financiamento do sistema, à participação de capital estrangeiro na prestação de assistência à saúde e a outras propostas do Legislativo que podem minorar a garantia da saúde como um direito social e um dever do Estado. Assim, à luz da garantia constitucional de direito à saúde, analisa-se na seção 2, *Fatos relevantes*, como as mudanças recentes nos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais que abrem as portas para a entrada do capital estrangeiro poderão potencializar os riscos de uma segmentação ainda maior do sistema de saúde e como o aumento da desvinculação de recursos da União poderá afetar o orçamento da seguridade social e colocar ainda mais pressão sobre o orçamento da saúde.

Os problemas de financiamento que afetam o SUS de modo geral, obviamente perpassam todas as áreas da atenção à saúde e, somados a problemas de gestão e regulação, continuam a criar óbices para a implementação das diversas políticas de atenção. Na seção 3 *Acompanhamento da política e dos programas*, esses problemas são explicitamente tratados¹ nas subseções que tratam da atenção básica, da atenção de média e alta complexidade, da assistência farmacêutica, da saúde suplementar, da gestão e do financiamento e execução orçamentário-financeira. As subseções *Assistência farmacêutica* e *Saúde suplementar* tratam adicionalmente de outro problema que afeta o sistema de saúde: a judicialização, enquanto a subseção *Gestão* traz também algumas questões de longo prazo a respeito do programa “Mais Médicos”. A subseção que trata de financiamento chama atenção para a possibilidade de queda (nominal) nos gastos federais em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Essa diminuição será decorrente da nova regra instituída pela Emenda Constitucional nº 86, associada às previsões pouco otimistas de recuperação da receita corrente líquida, que servirá de base para definição do piso federal para a saúde a partir de 2016. Por fim, a subseção que trata da vigilância em saúde, enfatiza a existência de uma triplíce carga de doenças no Brasil: doenças infecciosas, crônicas não transmissíveis

1. Não necessariamente todos os problemas são tratados em cada subseção.

e causas externas. Estas últimas, com um alto índice de mortes por violência e por acidentes de trânsito, têm sido foco de políticas públicas articuladas entre o Ministério da Saúde (MS) e outras agências do governo.

Por fim, mas não menos importante, aproveitando que no período em análise houve a elaboração do Plano PluriAnual 2016-2019, o *Tema em destaque*, que fecha este capítulo, traz uma leitura dos mecanismos de planejamento do setor saúde, começando pelos instrumentos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, comum a todos os setores, e chegando aos instrumentos específicos do setor saúde. Conclui-se que há uma enorme complexidade normativa. Soma-se a isso a falta de conexão entre os processos de planejamento dos três níveis governamentais, que é uma das diretrizes previstas na Lei Orgânica da Saúde, e, como consequência, o caráter ascendente que o planejamento do SUS deveria ter, do nível municipal ao federal, não vem acontecendo.

2 FATOS RELEVANTES: O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE E O SUS

O ano de 2015 iniciou-se colocando em evidência o embate público-privado na configuração do sistema de saúde e desafiando a sociedade brasileira a realizar uma escolha entre um sistema público universal, como preconizado pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988), e um sistema com forte presença do setor privado, em que o acesso à assistência médico-hospitalar é condicionado pela inserção socioeconômica dos cidadãos e a atenção à saúde pode se converter em “mercadoria” submetida aos humores do mercado. Diversas proposições/medidas aprovadas neste ano enfraquecem o SUS, aumentam a desigualdade e a segmentação. Em outras palavras, esse embate envolve opção entre dois modelos de organização do sistema de saúde no país.

A CF/1988 inscreveu uma escolha. Os dispositivos constitucionais vigentes basearam-se na concepção de saúde que considera sua multideterminação, a reconhece como direito social universal e atribui ao Estado a responsabilidade de assegurar com integralidade o exercício desse direito. E o modelo de intervenção preconizado para a consecução desse objetivo determinou a integralidade da atenção e considerou o caráter federativo do Estado brasileiro ao propor a descentralização e a responsabilidade tripartite na oferta de ações e serviços.

Essa orientação está claramente expressa no texto constitucional – e nunca é demais lembrá-lo. O Capítulo II – Dos Direitos Sociais reconhece a saúde como direito social ao asseverar no

Art. 6º: São direitos sociais a educação, a *saúde*, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (grifo nosso).

O Artigo 196, que integra o Título VII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde, sintetiza de forma clara os princípios orientadores:

Art. 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.

A universalidade é expressa: *A saúde é direito de todos*. O dever do Estado e a responsabilidade de atender a sua multideterminação evidenciam-se na continuidade da frase: “e *dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos*” e a integralidade da atenção fica demonstrada na determinação de que o Estado deve garantir “o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (grifos nossos).

Fundamental destacar, ainda, a determinação do Artigo 197, que destaca a natureza das ações e o papel regulamentador conferido ao Estado:

Art. 197. *São de relevância pública as ações e serviços de saúde*, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua *regulamentação, fiscalização e controle*, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (grifo nosso).

O Artigo 198 define os princípios que devem orientar a organização do sistema público, destacando o caráter tripartite da gestão, a integralidade da atenção ofertada e a democratização do processo decisório:

Art.198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede *regionalizada e hierarquizada* e constituem um *sistema único*, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo;

II – *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – *participação da comunidade*. (grifos nossos).

O texto constitucional também autoriza e regula a participação do setor privado na provisão de assistência à saúde:

Art. 199. A assistência à saúde é *livre à iniciativa privada*.

§ 1º – As instituições privadas poderão participar de forma *complementar* do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a *destinação de recursos públicos* para auxílios ou subvenções às *instituições privadas com fins lucrativos*.

§ 3º *É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.* (grifos nossos).

Este é o marco constitucional. Estabelece a saúde como direito social universal cuja fruição está sob responsabilidade do Estado, por meio de um sistema público descentralizado, comprometido com a aplicação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, que assegure a todos os cidadãos as condições de acesso ao cuidado sempre que se fizer necessário, independente de renda ou condição de trabalho.

Na outra vertente, a saúde coloca-se como um bem de mercado, com ações operadas por um sistema organizado segundo sua lógica e o acesso subordinado à condição social do consumidor desse bem: renda, forma de inserção no mercado de trabalho, residência em locais de maior dinamismo econômico.

O embate entre essas duas vertentes, que já existia nas décadas anteriores e fora responsável por orientar a atuação do Estado nas décadas de 1970 e 1980, voltada para a priorização da oferta privada e marcada por fortes incentivos à constituição de redes de estabelecimentos privados fornecedores de serviços ao sistema de assistência médica previdenciário,² retorna na década de 1990 e intensifica-se em anos recentes.

Os segmentos privados fortaleceram-se, com a permanência/ampliação de subsídios fiscais sob a forma de renúncias e isenções, a ampla articulação com o Legislativo e a forte resistência ao papel regulador do Estado, sempre que este pretende estabelecer regras que possam significar limites aos interesses privados ou corporativos que atuam na área. O sistema de saúde ampliou-se marcado por crescente segmentação, que confere a uma parcela da população dupla cobertura: a taxa de cobertura de planos de assistência médica era, em junho de 2015, estimada em 26% no país, atingindo 38,5% no Sudeste (maior taxa). Essa cobertura, no entanto, está associada às condições do mercado formal de trabalho: 66,5% dos vínculos correspondem a planos coletivos empresariais. Em períodos de crise, o desemprego reduz a possibilidade de acesso, tal como ocorre com parcela expressiva dos que se aposentam.

As benesses concedidas ao sistema privado ocorreram simultâneas a um crescente subfinanciamento do sistema público, que repercutiu intensamente sobre a capacidade de oferta de ações e serviços de assistência médica oportunos e de qualidade pelo sistema público que se organizava. Estabelecimentos inadequados, com equipamentos e recursos humanos insuficientes e longas filas de espera passaram a compor a paisagem nos grandes centros urbanos, expressando a oferta

2. Nesse processo, teve papel proeminente o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado pela Lei nº 6.168, de 9 de dezembro de 1974.

precária tanto em estabelecimentos públicos quanto em privados contratados. Em áreas remotas e de menor dinamismo econômico, a esses fatores somou-se a dificuldade de compor equipes com a presença do médico, inviabilizando a garantia da integralidade da atenção.

A insuficiência de investimentos alimentou a grande dependência do SUS da provisão privada de serviços, especialmente nas ações de média complexidade – e essa oferta de serviços concentra-se nos centros urbanos de maior porte. Dos 273 mil estabelecimentos de saúde, de todos os tipos, registrados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em janeiro de 2015, 72,2% pertenciam à esfera privada. No caso de clínica especializada/ambulatório especializado, o percentual atingia 88,1%. Os últimos dados da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes a 2009, já apontavam que apenas uma pequena parcela dos equipamentos existentes no país estava à época disponibilizada para os atendimentos pelo SUS, responsável por atender a mais de 70% da população. Isso ocorria desde os equipamentos mais simples, por métodos gráficos, como os eletroencefalógrafos e eletrocardiógrafos (55,6% disponíveis ao SUS), e assumia níveis preocupantes para equipamentos de tecnologia mais complexa, como ressonância magnética (30,1%), ultrassom doppler colorido (27,8%) ou tomógrafos (37,9%).

TABELA 1
Distribuição de alguns equipamentos disponíveis em estabelecimentos de saúde (2009)

| Equipamentos | Equipamentos existentes | | | Disponíveis ao Sus | % |
|--|-------------------------|----------|----------|--------------------|------|
| | Total | Públicos | Privados | | |
| Mamógrafos com comando simples | 3.296 | 474 | 2.822 | 1.357 | 41,2 |
| Mamógrafos com estereotaxia | 847 | 110 | 737 | 306 | 36,1 |
| Ressonância magnética | 1.199 | 69 | 1.130 | 361 | 30,1 |
| Ultrassom doppler colorido | 10.538 | 1.434 | 9.104 | 2.927 | 27,8 |
| Tomógrafos | 3.019 | 382 | 2.637 | 1.145 | 37,9 |
| Endoscópio digestivo | 7.529 | 1.670 | 5.859 | 2.972 | 39,5 |
| Raio X até 100mA | 5.899 | 1.829 | 4.070 | 3.225 | 54,7 |
| Raio X mais de 500mA | 2.735 | 737 | 1.998 | 1.451 | 53,1 |
| Equipamentos por métodos gráficos ¹ | 28.662 | 10.831 | 17.831 | 15.941 | 55,6 |

Fonte: IBGE – Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária, 2009 (2010).

Nota: ¹ Eletrocardiógrafos e eletroencefalógrafos.

Nos anos subsequentes, essa situação não se alterou significativamente. E, como agravante da desigualdade, a localização espacialmente concentrada dos equipamentos explica o fato de que estejam indisponíveis para o SUS: 67,2% do total dos equipamentos de diagnóstico através de imagem existentes no país em janeiro

de 2015 concentravam-se nas regiões Sudeste e Sul, fato que se reproduzia também, embora com menor intensidade, com os equipamentos pertencentes à esfera pública. A tabela 2 apresenta a distribuição regional de alguns desses equipamentos.

TABELA 2
Distribuição regional de equipamentos selecionados (jan./2015)

| Equipamentos | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro- -Oeste | Total |
|--------------------------------|-------|----------|---------|-------|-------------------|---------------|
| Mamógrafos com comando simples | 172 | 839 | 1.927 | 597 | 296 | 3.831 |
| Mamógrafos com estereotaxia | 54 | 202 | 397 | 142 | 78 | 873 |
| Raio X até 100mA | 453 | 1.397 | 4.010 | 1.131 | 689 | 7.680 |
| Raio X mais de 500mA | 213 | 627 | 1.558 | 629 | 344 | 3.371 |
| Tomógrafo computadorizado | 213 | 675 | 1.854 | 657 | 346 | 3.745 |
| Ressonância magnética | 95 | 277 | 946 | 340 | 157 | 1.815 |
| Ultrassom doppler colorido | 639 | 2.312 | 6.130 | 2.033 | 1.064 | 12.178 |
| Mamógrafo computadorizado | 40 | 142 | 164 | 69 | 56 | 471 |
| Endoscópio digestivo | 554 | 2.275 | 5.507 | 1.817 | 877 | 11.030 |
| Eletrocardiógrafo | 1.476 | 6.620 | 20.591 | 5.429 | 2.415 | 36.531 |
| Eletroencefalógrafo | 198 | 822 | 2.365 | 742 | 400 | 4.527 |

Fonte: CNES (s.d.).
Elaboração dos autores.

Essa concentração resulta em intensa desigualdade inter-regional na disponibilidade de equipamentos para oferecer atendimento à população, como exemplifica a tabela 3: em 2012, enquanto na região Sudeste existiam 721 aparelhos de ressonância magnética e 12.667 ultrassonógrafos por 100 mil habitantes, na região Norte, eram apenas, respectivamente, 73 e 1.580 por 100 mil habitantes. Se considerarmos a distribuição espacial da população nas regiões e que o acesso se correlaciona à distância a ser percorrida para alcançar os equipamentos disponíveis, esse indicador reflete desigualdade ainda maior.

TABELA 3
Número de equipamentos de imagem por habitante (2012)

| Equipamentos | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro- -Oeste | Total |
|-----------------------|-------|----------|---------|-------|-------------------|---------------|
| Mamógrafos | 192 | 821 | 2.216 | 672 | 350 | 4.251 |
| Ressonância magnética | 73 | 199 | 721 | 245 | 109 | 1.347 |
| Tomógrafos | 162 | 521 | 1.572 | 536 | 266 | 3.057 |
| Ultrassonógrafos | 1.580 | 6.319 | 12.667 | 4.419 | 2.393 | 27.378 |

Fonte: CNES ([s.d.]).

Mesmo enfrentando essas dificuldades, o SUS consolidou-se como um sistema que é apontado – por organismos internacionais e especialistas em avaliação de

sistemas de saúde³ – como modelo em uma série de áreas da atenção à saúde, que incluem a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, algumas ações preventivas (como a vacinação e o combate ao tabagismo), o tratamento de AIDS, os transplantes e algumas cirurgias complexas, a garantia de acesso a medicamentos de alto custo para portadores de doenças raras, entre outras. Nessas áreas, realiza cobertura universal. Também consegue assegurar cobertura em assistência médico-hospitalar a 72% da população brasileira que dele depende exclusivamente (IBGE, 2015a). O modelo de atenção básica centrado na Estratégia de Saúde da Família promoveu a expansão da cobertura por ações de atenção básica, intensificada após o início do Programa Mais Médicos, e alcançou segmentos populacionais cujo acesso era até então praticamente inexistente, como as populações ribeirinhas, indígenas e quilombolas. Mesmo os 28% que têm algum plano de saúde, como referido anteriormente, beneficiam-se das ações de Vigilância Sanitária, do controle e vigilância epidemiológica e utilizam os serviços do SUS para atendimentos de emergência, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), assim como para obtenção de medicamentos, partos, realização de exames mais complexos, tratamento de pacientes sob cuidados prolongados e tratamentos em reabilitação – seja porque não existe oferta privada nos locais onde residem, seja porque as estratégias de microrregulação dos planos de saúde dificultam o acesso de seus beneficiários a determinados procedimentos. Esses avanços na cobertura refletiram-se nos indicadores de saúde e têm alcançado reconhecimento internacional. Para o Unicef, o Brasil é uma das nações que têm se destacado por reduzir a mortalidade infantil: entre 1990 e 2012, a taxa de mortalidade infantil caiu 68,4%, chegando a 14,9 mortes para cada mil nascidos vivos, taxa bastante próxima do nível considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de dez mortes por mil nascidos vivos.⁴

Mas há outras dimensões da ação do SUS que merecem referência. Sua importância como espaço gerador de empregos qualificados é uma delas: pesquisa recente do IBGE, a *Munic*,⁵ mostra que em 2014, entre os 6,2 milhões de servidores públicos municipais, cerca de 1,6 milhão (25,8%) trabalhavam na área da saúde. Uma expansão do emprego que ultrapassa os grandes centros urbanos de maior dinamismo econômico e espalha-se por 5.570 municípios, em todas as regiões do país. O conjunto das atividades da cadeia produtiva da saúde, que movimentam um volume de recursos superior a 6% do produto interno bruto (PIB), representa, em termos de empregos diretos e indiretos, cerca de 7,5 milhões de

3. Ver Unicef – ECA 25 anos. Disponível em: <<http://goo.gl/OSQ3Xm>>; Rede Globo de Televisão – Sistema público de saúde é referência mundial em cirurgias complexas e transplantes. Disponível em: <<http://goo.gl/Jlwd0R>>. Acesso em: 8 out. 2015.

4. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) – ECA 25 anos – Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil. Disponível em: <<http://goo.gl/909ahM>>. Acesso em: 16 out. 2015.

5. Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: 2014/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 126p. Disponível em: <<http://goo.gl/Z79wxM>>. Acesso em: 15 set. 2015.

trabalhadores, inseridos predominantemente em atividades intensivas em conhecimento (Brasil, 2007a) – e o SUS, por seu papel central no sistema de proteção social brasileiro é, por certo, elemento relevante para explicar essa dimensão.

Mesmo reconhecendo toda a dificuldade de construção de rede qualificada, não têm sido pequenos os esforços para superação de dificuldades e limites, com resultados nem sempre percebidos. Um exemplo disso é evidenciado por pesquisa do Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br),⁶ que investiga a adoção das tecnologias de informação e comunicação (TIC) nos estabelecimentos de saúde e a apropriação desses recursos pelos profissionais do setor e que destaca iniciativas de saúde a distância nos estabelecimentos públicos. Os resultados apontam que o uso das TIC para prover iniciativas de saúde a distância, conhecido como telessaúde, aparece com maior destaque entre os estabelecimentos públicos de saúde. Ações de educação a distância estão disponíveis em 27% dos estabelecimentos de saúde com acesso à internet – entre os estabelecimentos públicos, essa proporção chega a 41%. Atividades de pesquisa a distância são realizadas por 20% dos estabelecimentos, percentual que é maior entre os estabelecimentos públicos (28%). Ainda entre os estabelecimentos com internet, 21% participam de alguma rede de telessaúde. No setor público, o percentual de participantes de alguma rede chega a 37%, enquanto apenas 8% dos privados o fazem.

E todas essas conquistas ocorreram apesar do indiscutível subfinanciamento do sistema. Enquanto na saúde supletiva o gasto assistencial correspondia, em 2012, a R\$ 1.672,00 *per capita*⁷ (o que na verdade, significa “por beneficiário” e deve corresponder a um valor *per capita* maior, se considerada a múltipla cobertura a uma mesma pessoa), o gasto público *per capita*, considerados os aportes das três esferas de governo, era de R\$ 903,52. Países com sistemas públicos universais apresentam um gasto público *per capita* muito superior ao do Brasil, como pode ser visto na tabela 4. Na Inglaterra, o gasto público *per capita* corresponde a 84% do gasto *per capita* total. E mesmo os Estados Unidos da América, onde a atenção à saúde é eminentemente privada e considerada modelo de mercantilização, o gasto público *per capita* é cerca de seis vezes superior ao do Brasil e representa percentual similar do gasto total. E, se quisermos olhar apenas para o Cone Sul americano, veremos que Uruguai e Argentina realizam gastos públicos significativamente superiores.

6. Comitê Gestor da Internet no Brasil. TIC Saúde 2014. <http://www.cgi.br>. Informação sobre resultados da pesquisa disponível em: <<http://goo.gl/kwj0oR>>. Acesso em: 10 set. 2015.

7. ANS – <www.ans.gov.br>. Acesso em: set. 2015.

TABELA 4
Gasto total *per capita* e gasto público *per capita* com saúde em países selecionados (2013)

| País | Gasto total <i>per capita</i> (dólar internacional PPP ¹) | Gasto público <i>per capita</i> (dólar internacional PPP ¹) | Gasto público (%) |
|----------------|--|--|-------------------|
| Estados Unidos | 9.146 | 4.307 | 47 |
| Alemanha | 4.812 | 3.696 | 77 |
| Canadá | 4.759 | 3.322 | 70 |
| França | 4.334 | 3.360 | 78 |
| Inglaterra | 3.311 | 2.766 | 84 |
| Espanha | 2.846 | 2.004 | 70 |
| Portugal | 2.508 | 1.622 | 65 |
| Brasil | 1.454 | 701 | 48 |
| Argentina | 1.725 | 1.167 | 68 |
| Chile | 1.678 | 795 | 47 |
| Uruguai | 1.715 | 1.203 | 70 |

Fonte: Organização Mundial de Saúde, ((s.d.)).

Nota: ¹ Paridade do poder de compra.

É nesse quadro de subfinanciamento, associado a complexas relações inter-federativas⁸ e críticos embates com os interesses privados, que o SUS enfrenta os desafios postos pelo quadro epidemiológico e demográfico em acelerada mudança, com o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), a elevada incidência de doenças transmissíveis, como a dengue e a febre Chicungunha, as sobrecargas decorrentes de causas externas, especialmente as decorrentes de violência urbana, como acidentes de trânsito e homicídios.

Em síntese, em um país continental e com elevados níveis de desigualdade como o Brasil, a existência de um sistema universal de saúde, de caráter descentralizado e participativo, exerce indiscutível papel na desconcentração espacial dos recursos, na redução das desigualdades sociais e regionais, na desconcentração da renda, na democratização do acesso ao fundo público e na democratização de processos decisórios – dimensões que não se inscrevem na lógica mercantil.

No entanto, o Legislativo brasileiro não parece sensibilizado pela necessidade de fortalecer o sistema público de saúde e garantir o exercício do direito à saúde e tem se esmerado em aprovar medidas que privilegiam o segmento privado e agudizam os problemas do SUS.

A Emenda Constitucional nº 86 (EC86/2015), promulgada em 17 de março de 2015, decorrente da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 358/2013, que instituía o chamado Orçamento Impositivo, regulamentando o

8. Para mais informações, ver Ipea (2013; 2015).

aporte e execução de emendas parlamentares pela Câmara dos Deputados, incorporou dispositivo (estranho ao objeto da lei, ressalte-se) que constitucionalizou a regra de financiamento federal ao SUS – antes feita por lei complementar, que já exige um quórum diferenciado, dificultando assim sua alteração – e o fez estabelecendo em 15% da receita corrente líquida (RCL), percentual a ser alcançado em cinco parcelas anuais entre 2016 e 2020, o aporte federal ao financiamento do SUS. Como agravante, determinou que os aportes custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural (*royalties*), “serão computadas para fins de cumprimento do disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal” (piso federal). Pela Lei nº 12.858, aprovada em 2012, esses recursos não deveriam integrar o piso do financiamento federal da saúde, seriam recursos adicionais. Essa regra resulta em valor substancialmente menor que o previsto em projeto de lei de iniciativa popular – conhecido como Saúde + 10 – que tramitava na Câmara e preconizava 10% da receita corrente bruta (RCB), equivalente a 18% da RCL.

Em 2014, quando da apreciação de medida provisória⁹ que alterava a legislação tributária federal, o Congresso aprovou a introdução de emenda (também estranha ao objeto da lei), que favorecia os planos de saúde, concedendo-lhes anistia às multas expedidas pela ANS por infrações como negativa de procedimentos de laboratórios, de exames e de consulta e demora em atendimento aos milhões de usuários de todo o país e estabelecendo regra em que a multa converter-se-ia em medida inócua. Felizmente, o artigo foi vetado pela presidente da República em 14 de maio de 2014, com a justificativa de que a

medida reduziria substancialmente o valor das penalidades aplicadas, com risco de incentivo à prestação inadequada de serviço de saúde. Além disso, o dispositivo enfraqueceria a atuação da ANS, causando desequilíbrio regulatório.¹⁰

Em dezembro de 2014 mais uma inserção do Congresso foi aprovada. Por ocasião da apreciação do projeto de lei de conversão da Medida Provisória nº 656/2014, que modificava legislação tributária, o Congresso incluiu e aprovou o Capítulo XVII – Da abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços de saúde. Convertido na Lei nº 1.3097/2015, o dispositivo incluído promove modificação na Lei nº 8.080/1990 e determina a abertura indiscriminada à participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde. Sua constitucionalidade vem sendo arguida, uma vez que o dispositivo da lei alterado pela nova redação reproduzia determinação do Artigo 199, § 3º, da Constituição Federal de 1988, que estabelece: “É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde

9. Medida Provisória nº 627/2013, convertida em Lei nº 12.973, de 13 de maio de 2014.

10. Mensagem de veto. Disponível em: <<https://goo.gl/1cBlrR>>. Acesso em: 4 dez. 2015.

no País, salvo *nos casos previstos em lei*¹¹ (grifo nosso), indicando que a abertura poderia existir, mas não de forma indiscriminada, devendo ser em áreas e para atividades especificadas na lei, o que não ocorreu.

Outra proposta de emenda constitucional em tramitação no Congresso pretende a conversão do direito social universal à saúde em direito trabalhista, descaracterizando a saúde como um dever do Estado. Ao anular o dispositivo constitucional de 1988, que assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, transforma o SUS em sistema complementar ao sistema privado. Essa proposta de Emenda – a PEC nº 451, de 2014, de autoria do deputado Eduardo Cunha – altera o Artigo 7º da Constituição, inserindo novo inciso, o XXXV, pelo qual todos os empregadores brasileiros ficam obrigados a garantir aos seus empregados serviços de assistência à saúde. Atende assim a expectativas do setor de planos e seguros de saúde, que teriam assegurada a ampliação de seu mercado – e que, não por acaso, são grandes financiadores de campanhas eleitorais do autor da proposta.

Medidas do Executivo também vem atingindo fortemente o SUS. No âmbito do ajuste fiscal, os cortes orçamentários alcançam o já insuficiente orçamento do MS. O quadro deverá ser agravado por medida que incidirá sobre a disponibilidade de receitas do orçamento da seguridade social decorrente da proposta de ampliação do percentual de desvinculação de receitas da União (DRU) que integra “pacote” do ajuste. A PEC nº 87/2015 altera o Artigo 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e determina que

são desvinculados de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2023, trinta por cento da arrecadação da União relativa às contribuições sociais (...) já instituídas ou que vierem a ser criadas até a referida data (grifos nossos).

A proposta não apenas prorroga a DRU, instituída em 1994: aumenta o percentual de desvinculação de 20% para 30% da receita auferida com as contribuições sociais, contribuições econômicas, os recursos destinados aos fundos constitucionais de financiamento ao setor produtivo das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as taxas e as compensações financeiras pela utilização de recursos hídricos e minerais. Excetua da desvinculação apenas a arrecadação da contribuição social sobre o salário-educação, a participação no resultado da exploração de petróleo ou gás natural e as transferências aos estados, Distrito Federal (DF) e municípios relativas à participação na exploração de recursos hídricos e minerais previstas no § 1º do Artigo 20 da Constituição. E, como incide sobre as contribuições “já instituídas ou que vierem a ser criadas”, o dispositivo constitucional concederá ao Tesouro liberdade para utilizar 30% da arrecadação da contribuição provisória sobre movimentação financeira (CPMF),

11. Constituição Federal 1988, Artigo 199, § 3º. Disponível em: <<http://goo.gl/c7bDAS>>.

caso o governo consiga sua aprovação. E, desde sua aprovação há mais de 20 anos, o principal destino dos recursos liberados pela DRU tem sido o pagamento de juros. Em novembro de 2015, durante audiência na Câmara dos Deputados, o Ministro da Fazenda defendeu a extensão do mecanismo para governos estaduais e prefeituras. Os governos subnacionais já se encontram com receitas reduzidas em decorrência da crise econômica e, dependendo de seu alcance, essa medida poderia agravar o impacto sobre o financiamento do SUS, dado o peso que os aportes municipais, acima da vinculação mínima, têm atualmente no financiamento do sistema.

Fragilizar o SUS corresponde a fortalecer o sistema privado. A realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, prevista para a primeira semana de dezembro de 2015, será oportunidade para que a sociedade brasileira amplie o debate, permitindo trazer à discussão elementos para que manifeste sua escolha.

3 ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA E DOS PROGRAMAS

3.1 Acompanhamento da Política Nacional da Atenção Básica

Melhorar o acesso e a qualidade da assistência à saúde, inclusive a atenção básica, tem sido um dos principais objetivos do governo federal conforme explicitado no último Plano PluriAnual 2012-2015 (PPA 2012-2015).¹² Para a solução dos problemas de acesso e qualidade, o MS vem criando e alterando programas e políticas com a justificativa de melhorar a atenção básica à saúde no sistema – porta preferencial de entrada do SUS.

Entre as principais alterações de políticas e programas no período de 2012 a 2015, ganharam destaque o programa de requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) impulsionada, principalmente, pelo lançamento do Programa Mais Médicos (PMM),¹³ no seu componente Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

3.1.1 Requalificação de UBS

O programa de construção, ampliação e reforma de UBS, denominado de programa de requalificação de UBS, lançado em 2009,¹⁴ ampliado em 2011¹⁵ e reformulado em 2013,¹⁶ tem por objetivo melhorar a estrutura física das UBS a fim de prover infraestrutura adequada às equipes de atenção básica (EAB) e aos usuários do SUS.

12. Brasil (2015a) e Brasil (2012a).

13. O PMM é dividido em dois componentes. O primeiro foi denominado de Projeto Mais Médicos para o Brasil que visa a prover de forma imediata médicos em áreas carentes e de difícil retenção. O segundo componente tem por objetivos, entre outros, aumentar o número de vagas de graduação e distribuí-las melhor, aumentar o número de vagas em residência médica e novos parâmetros de formação do médico no país.

14. Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009.

15. Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011, e Portaria nº 2.394, de 11 de outubro de 2011.

16. Portarias nºs 339, 340 e 341, de 4 de março de 2013.

Em dezembro de 2014, existiam 24.874 propostas de obras vigentes¹⁷ orçadas em R\$ 5,215 bilhões. O total de obras concluídas¹⁸ era de 8.954 para dezembro de 2014. Esse resultado indica que apenas 36% de todas as obras poderiam ser consideradas aptas a funcionar. Para o início do funcionamento de uma UBS, há requisitos fundamentais dos projetos de estabelecimentos de saúde que devem ser previstos desde o seu começo, mas que não vem sendo cumpridos.

A impossibilidade de começarem a funcionar como estabelecimento de saúde, devido ao não cumprimento dos padrões exigidos pela vigilância sanitária, é apontada por relatório divulgado pelo Tribunal de Contas da União (TCU),¹⁹ como uma das principais fragilidades dos investimentos em UBS. Obras estão sendo iniciadas sem mesmo terem a liberação do órgão local de vigilância sanitária. Além disso, o relatório aponta como uma das causas da existência de quantidade significativa de projetos inadequados e de qualidade deficiente a modalidade de repasse de recursos utilizada pelo MS nesse programa – as transferências fundo a fundo.

A transferência fundo a fundo não impõe, *a priori*, uma análise minuciosa dos projetos por parte do MS, ou seja, as parcelas do incentivo financeiro são liberadas à medida que o gestor local cumpre as exigências da normatização do programa. Para o MS, a aprovação dos projetos em relação às normas de vigilância sanitária é de responsabilidade dos gestores locais. Todavia, o TCU possui entendimento diferente. Por serem recursos federais, a União deveria ser corresponsabilizada pelo não funcionamento efetivo das UBS. Uma das determinações proferidas pelo tribunal é a de que, de agora em diante, as transferências voluntárias, modalidade na qual se encaixam esses incentivos financeiros para investimento, sejam feitas por meio de convênio. O tribunal também vem exigindo que o MS tenha um maior controle sobre as obras já autorizadas.

3.1.2 Expansão da estratégia Saúde da Família (eSF)

A estratégia Saúde da Família (eSF) é o modelo de organização da atenção básica (AB) priorizado pelo governo federal e vem recebendo, desde julho de 2013, um incentivo federal adicional para a expansão da sua cobertura: os médicos do PMMB.

No gráfico 1, é possível observar a expansão da eSF a partir dos dados de cobertura mensal disponibilizados²⁰ pelo MS. No lado esquerdo do gráfico, apresenta-se o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas e, no lado direito,

17. Em Brasil (2015a) não existe definição do que sejam “obras vigentes”, mas entende-se que o conceito engloba pelo menos um dos quatro estágios de obra definidos pelo MPOG, a saber: *i)* ação preparatória; *ii)* em licitação; *iii)* em execução; *iv)* obra concluída.

18. Obras concluídas são obras de construção de UBS que inseriram atestado de conclusão no Sismob. Obras de reforma e ampliação de UBS são aquelas que inseriram a ordem de início de serviço e que estão com o percentual de execução igual a 100%.

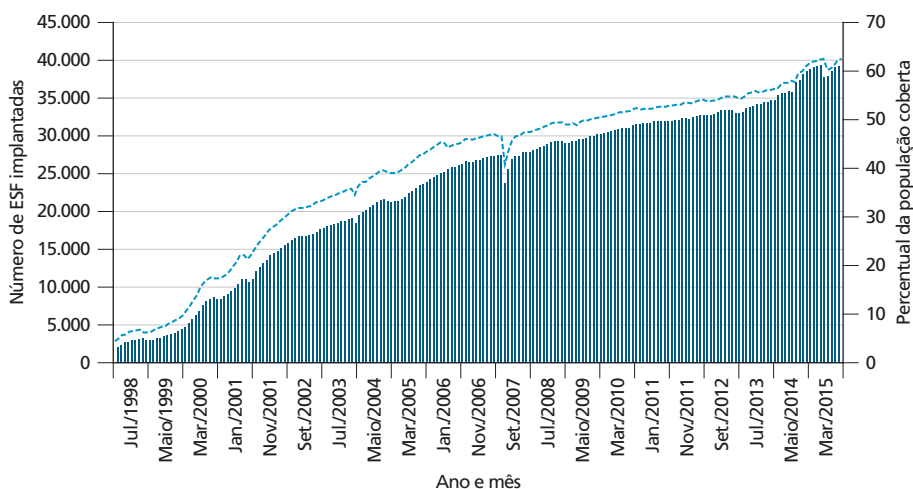
19. Brasil (2015b).

20. Esses dados estão disponíveis em: <<http://goo.gl/4IRTVK>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

o percentual estimado da população coberta²¹ por essa estratégia. Mesmo antes do PMMB, percebia-se um crescimento gradual no número de equipes, com algumas oscilações. Com o PMMB, percebe-se que o número de equipes implantadas saltou de 34.185 (julho de 2013) para 39.308 (janeiro de 2015), sendo o último dado disponível, junho de 2015, de 39.227 equipes. Embora o número de médicos divulgados pelo programa seja da ordem de 14.000,²² o total de novas equipes ficou, em aproximadamente, 5.000 (período entre julho de 2013 e junho de 2015).²³

GRÁFICO 1

Número de ESF e cobertura estimada da população



Fonte: Portal da Saúde, 2015.

Apesar de não poderem substituir os médicos que já compunham as equipes de atenção básica²⁴ pelos participantes do PMMB e não poderem diminuir o número de equipes,²⁵ uma das explicações da diferença entre o número da entrada de médicos pelo programa e o número de novas equipes está relacionada às substituições dos médicos por uma série de razões que não necessariamente infringem

21. A estimativa de cobertura considera que cada equipe tenha sob sua responsabilidade 3.450 pessoas.

22. Número divulgado pelo site oficial do programa, excluindo-se as 4.139 vagas preenchidas em julho de 2015. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

23. Comparando-se os dados do gráfico 1 com os da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (IBGE, 2015a), encontrou-se uma taxa de cobertura domiciliar de 53,4% da eSF e de cobertura de 56,2% de pessoas moradoras em domicílios particulares permanentes cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. Em termos de pessoas cobertas, a taxa parece próxima da cobertura estimada pelo MS em julho de 2013, uma vez que a semana de referência da PNS 2013 foi entre 20 e 27 de julho.

24. A inserção dos médicos do PMMB dar-se-á em equipes de atenção básica nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica, nos termos da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, em regiões prioritárias para o SUS, respeitando-se os critérios de distribuição estabelecidos neste projeto.

25. Artigo 11 da Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013.

a legalidade. Prefeitos preferindo médicos do programa em vez de contratarem diretamente porque médicos do PMMB custam menos para eles; prefeitos trocando médicos que não cumpriam carga horária total por profissionais que passam a fixar moradia no município; médicos preferindo aderir ao programa por encontrarem maior estabilidade no pagamento da bolsa do que quando estavam contratados diretamente pelo município; médicos recém-graduados trocando posto de trabalho sem vantagens adicionais e com interesse em receberem pontuação extra para a candidatura em programas de residência; entre outros. O programa também não excluiu a possibilidade de existir mais de um médico por equipe. Há também questões relativas ao preenchimento correto do sistema por parte dos gestores locais, mas esses são os dados oficiais a que se têm acesso.

Segundo a cronologia do programa,²⁶ a última etapa de convocação de médicos foi finalizada em julho de 2015 e como os dados de cobertura por ESF vão até junho de 2015, espera-se um crescimento ainda em 2015 no número de equipes.

3.1.3 O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)

O PMMB tem sido, desde o seu lançamento, uma das principais apostas do governo federal para a solução do problema de acesso à atenção básica de saúde da população localizada em regiões carentes e/ou com problemas de atração e/ou de retenção do profissional médico. Pesquisas qualitativas com os usuários do SUS têm mostrado uma avaliação positiva do programa. Entretanto, aspectos legais e constitucionais do provimento direto de profissionais por meio do programa ainda são questões em aberto e aguardam decisão do Supremo Tribunal Federal (STF). Adicionam-se a essas demandas jurídicas alguns desafios, tais como questões relacionadas à execução do programa, como o seu monitoramento e o alcance dos resultados esperados – a melhoria do acesso e da qualidade.

Segundo dados do sítio oficial do programa,²⁷ em agosto de 2015, existiam 18.240 médicos do PMMB atuando em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). A contratação do total de médicos ocorreu em seis diferentes momentos.²⁸ O último chamamento, com 4.146 vagas, ocorreu no início de 2015 e 92% das vagas foram preenchidas por médicos brasileiros com registro nos conselhos regionais de medicina. Seguindo as etapas de prioridade para preenchimento das vagas,²⁹ as 286 vagas restantes foram preenchidas por médicos brasileiros formados no exterior, sem a revalidação do diploma.

26. Disponível em: <<http://goo.gl/TqHOP7>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

27. Disponível em: <<http://goo.gl/AQIC8w>>. Acesso em: ago. 2015.

28. (Brasil, 2015c, p. 69).

29. Segundo Brasil (2015c), a prioridade para o preenchimento das vagas é dada pela ordem: *i*) brasileiros com CRM; *ii*) brasileiros formados no exterior, mas sem o Revalida; *iii*) médicos de outros países, exceto Cuba; *iv*) médicos cubanos por meio do contrato Opas.

Uma pesquisa sobre a percepção dos usuários do programa mostrou que 95% estavam muito satisfeito/satisfeito com o atendimento do médico e 87% deram nota entre 8 e 10 para o programa (Brasil, 2015d). Relatório do TCU³⁰ também apontou para avaliações positivas dos usuários e dos profissionais de saúde que trabalham em UBS. Para 89% dos pacientes entrevistados e 98% dos gestores das UBS, o tempo de espera por uma consulta diminuiu. Os profissionais de saúde das UBS também apontam para a percepção de que houve aumento no número de consultas (90,3%) e melhoria de acesso (94,61%).³¹

Um importante resultado do programa é a presença de médicos em DSEIs. Embora façam uso da medicina tradicional e tenham resistência quanto ao uso de medicamentos, os índios vêm sofrendo cada vez mais com a incidência de doenças crônicas, como, por exemplo, a diabetes, conforme noticiado pela imprensa.³² A prevenção feita no âmbito da AB parece fundamental para diminuir os agravos da doença, assim como a sua incidência nessas populações.

Apesar de tantas avaliações positivas por parte dos usuários e de outros profissionais da saúde envolvidos na atenção básica, as associações da classe médica alegam que o provimento emergencial de médicos por meio do programa infringiu uma série de normativos constitucionais e legais, inclusive a competência do Conselho Federal de Medicina (CFM) de regular o exercício da profissão médica no país.³³ São alegadas ofensas ao ordenamento jurídico pátrio, em particular, quanto aos princípios da legalidade, dos valores sociais do trabalho, do concurso público, da unicidade do regime dos servidores, da capacidade de acesso ao ensino superior, da vedação ao trabalho obrigatório, do exercício ilegal da profissão, da reciprocidade, da isonomia e da autonomia universitária. As ações diretas de inconstitucionalidade (ADI) nº 5.035 e nº 5.037 ainda se encontram sem julgamento. O STF negou o cancelamento da medida provisória, transformada na Lei nº 12.871, de 2013, justificada por se tratar de matéria de relevante interesse para a sociedade.

Questões relacionadas ao controle, monitoramento e efetividade do programa foram objeto de análise pelo TCU (Brasil, 2015c). São apontadas deficiências nos mecanismos de controle e coordenação nacional do projeto. A falta de controle tem acarretado uma série de transgressões às normas por parte da união e/ou municípios que, entre várias, destacam-se: *i*) a troca de médicos de equipes estabelecidas antes

30. Brasil (2015c).

31. Em 2011, uma pesquisa de percepção realizada pelo Ipea já mostrava que 80,7% da população usuária do SUS atendida por meio da eSF avaliava o atendimento como muito bom/bom. A comparação entre essas duas pesquisas, a do Ipea em 2011 e a pesquisa do PMMB de 2015, não é direta pelo fato de terem objetivos e metodologias completamente diferentes. Entretanto, a pesquisa do Ipea já mostrava um elevado índice de satisfação da população usuária com os serviços prestados pela eSF.

32. Disponível em: <<http://goo.gl/GGSfnB>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

33. Para maiores detalhes consultar as ações diretas de inconstitucionalidade nº 5035 e 5037, assim como audiência pública do STF realizada em 25 e 26 de novembro de 2013. Disponível em: <http://goo.gl/yQGhFb>. Acesso em: 21 ago. 2015.

do programa por médicos do PMMB; *ii*) a oferta não adequada de moradias, alimentação e água potável para os médicos; *iii*) irregularidades na aprovação de médicos intercambistas na etapa de acolhimento; *iv*) ausência de supervisão e tutoria aos médicos do programa por insuficiência de profissionais; carga horária excessiva de profissionais médicos participantes do programa sejam eles tutores, supervisores, sejam eles médicos de atuação nas UBS.

Uma das principais deficiências apresentadas pelo TCU diz respeito ao sistema de monitoramento da produção das ESF. Em 1998, foi implantado o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), por meio do qual o governo federal, com base em informações de atendimentos realizados por cada ESF e consolidadas pela secretaria municipal, tomaria conhecimento do total de atividades das equipes em cada município. Em 2013, o sistema passou por uma reformulação e foi renomeado para Sistema de Informações em Saúde para Atenção Básica (Sisab). Esse novo sistema seria alimentado pelo e-SUS AB.³⁴ Apesar de ter sido lançado em 2013, as informações do Sisab ainda não estão disponíveis para uso.

Os principais objetivos do PMMB são o aumento da prestação de serviços de AB em áreas com carência de médicos e a redução da desigualdade de médicos entre regiões e municípios. Ao se tentar avaliar a eficácia do programa, verificando-se o aumento de consultas e procedimentos, foram encontradas inconsistências no Siab/Sisab que podem prejudicar o monitoramento, assim como divulgações equivocadas dos resultados do programa. Dois tipos de problemas nos dados foram identificados pela auditoria do TCU. Número exatamente igual de consultas e procedimentos entre diferentes municípios e inconsistências na tendência da produção dos municípios no segundo semestre de 2013.

Analisando-se os resultados entre julho de 2013 e março de 2014 e utilizando uma metodologia para eliminar as inconsistências dos dados do Siab/Sisab, o relatório constatou que os municípios que receberam o PMMB tiveram um aumento de consultas de 33% e os que não receberam tiveram um aumento de 14%. Em 25% dos municípios que receberam o PMMB, houve queda no número de consultas. Mas, o relatório não avança em hipóteses explicativas para essa redução.

No que diz respeito à redução da desigualdade na distribuição de médicos entre estados e municípios, verificou-se que dos 2.282 municípios considerados prioritários para recebimento de médicos do programa,³⁵ 592 não haviam recebido nenhum médico do PMMB até 12 de maio de 2014. Os 1.690 municípios da

34. e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) composta de dois softwares: *i*) coleta de dados simplificados (CDS); *ii*) prontuário eletrônico do cidadão (PEC). Os municípios poderão escolher um dos dois sistemas para implantação de acordo com a sua capacidade de informatização. Os dados de um desses sistemas alimentarão o Sisab. Para mais detalhes ver portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013, e suas alterações.

35. O Anexo I da Portaria Conjunta da SEGETS e da SAS nº 3, de 19 de fevereiro de 2013, lista os 2.282 municípios considerados prioritários na alocação de médicos do PMMB.

portaria que receberam médicos possuíam 33% do total dos médicos do programa. Um dos critérios de priorização da política é o de que no município 20% ou mais da população esteja vivendo em área de extrema pobreza, mas não se excluiu a possibilidade de que municípios não prioritários também adiram ao programa³⁶. Uma das explicações para o não alcance do programa em todos os municípios considerados prioritários pode ser o fato de a adesão depender de decisão municipal de participar ou não.

Questões de custos e benefícios esperados do PMMB dizem respeito à capacidade de se aportar valores expressivos dentro de um orçamento federal da saúde limitado *versus* os resultados esperados de saúde. Essas análises devem ser feitas à medida que se consolida um programa que rapidamente alcançou 4.058 municípios.

Cabe destacar que o PMMB é uma provisão de médicos por meio da integração ensino-serviço. Para cada médico do programa, o governo federal paga às instituições federais o custo do curso de especialização a distância, assim como a supervisão e a tutoria do programa. Segundo Brasil (2015c), esses custos com médicos estrangeiros chegarão a R\$ 242,8 milhões, relacionados aos três anos do programa. Uma crítica que se faz a esse tipo de gasto é a de que os investimentos na especialização de médicos intercambistas terão um retorno limitado, pois a maioria deles não permanecerá no país.

Os demais componentes de médio e longo prazo do programa, como a ampliação de vagas em cursos de graduação de medicina e residência e uma melhor distribuição dessas vagas entre as regiões do país, serão tratados na subseção 3.7 da seção *Acompanhamento da política e dos programas*. A maior oferta de médicos em áreas carentes depende de um conjunto de estratégias, conforme abordado na edição nº 22 deste boletim, com ações nos campos financeiro, educacional e regulatório.

3.3 Média e alta complexidade

A atenção ambulatorial especializada e hospitalar, que corresponde aos serviços de Média e Alta Complexidade (MAC), teve grande destaque na imprensa no ano de 2014 devido aos recorrentes problemas vividos pelas Santas Casas, que tiveram

36. De acordo com os critérios da Portaria nº 1369 de 8 de julho de 2013 “as regiões prioritárias para o SUS: áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

- a) ter o Município 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi;
- b) estar entre os cem Municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;
- c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; ou
- d) estar em regiões censitárias quatro e cinco dos Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

como ápice o fechamento do pronto socorro da Santa Casa de São Paulo no mês de julho. Nesta subseção, após uma breve análise das iniciativas mais relevantes implementadas no âmbito da atenção de MAC, as políticas adotadas pelo governo federal para sanar os problemas vividos por essas instituições serão revisitadas à luz do que foi apurado na Santa Casa de São Paulo e veiculado pela imprensa.

Diversas ações orçamentárias constantes no Plano Plurianual 2012-2015 (PPA) destinam recursos para a provisão da atenção ambulatorial especializada e da atenção hospitalar no SUS. Porém, os principais recursos federais destinados a esses serviços são provenientes da Ação Orçamentária 8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. Os recursos da Ação 8585 são destinados aos serviços de MAC de modo geral e alguns recursos são destacados para a melhoria do acesso na atenção de urgência e emergência, na atenção à saúde mental, na atenção às pessoas com deficiência, no controle do câncer e aos serviços prestados no âmbito da Rede Cegonha. Como os demais serviços foram tratados detalhadamente em edições anteriores do BPS, destacam-se a seguir os serviços de atenção às pessoas com deficiência e de controle do câncer.

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência³⁷ busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS por meio da integração e articulação dos serviços de atenção especializada com a atenção primária e iniciativas de prevenção, contemplando as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias. Na MAC, os principais componentes da Rede são os Centros Especializados em Reabilitação (CER), as oficinas ortopédicas, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e a atenção hospitalar. Em 2014, foram habilitados 23 CER, perfazendo um total de 124 centros habilitados em 98 municípios de 25 estados; três novas oficinas ortopédicas, totalizando 24 oficinas em 22 municípios de 16 estados; e 98 novos CEOs passaram a receber incentivos para o atendimento de pessoas com deficiência, de modo que, dos 1030 CEOs existentes, 494 recebem tais incentivos. Outras ações³⁸ também destinam recursos à política de atenção à pessoa com deficiência que são usados em seu processo de formulação, no apoio aos estados e municípios, na elaboração dos seus planos de ação e na organização da Rede e no monitoramento dos serviços habilitados, bem como na provisão de outros serviços.

A consolidação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência pode representar um grande avanço na atenção à saúde dos portadores de deficiência, mas, além de lidar com os problemas de acesso que ocorrem de modo geral, precisará lidar com

37. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS, e Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012, institui incentivo financeiro de investimento e custeio para o componente "Atenção Especializada" da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS.

38. Ação 20YI PO 0006 – Implementação da Política de Assistência à Saúde da Pessoa com Deficiência, Ação 8535 PO 0004 – Viver sem Limite e Ação 8730 PO 0003 – Viver sem Limite.

a questão da acessibilidade. A concentração dos serviços em determinadas áreas, combinada com as barreiras existentes para a locomoção das pessoas com deficiência, torna difícil a procura pelo atendimento. No âmbito da utilização dos serviços de saúde propriamente ditos, a despeito da legislação, assegurando direitos dos deficientes, ainda se percebe pouca preocupação com a acessibilidade dessas pessoas aos ambientes hospitalares. Adicionalmente, a organização do atendimento, a disponibilidade dos profissionais, a capacidade dos serviços em absorver a população e a irregularidade na dispensação de equipamentos de tecnologia assistiva e dispositivos de auxílio, além de medicamentos, são apontados como fatores que dificultam o acesso aos serviços necessários (Othero e Ayres, 2012).

O controle do câncer é realizado no âmbito da Rede de Atenção às Doenças Crônicas, que foi redefinida por meio da Portaria GM nº 483 de 1º de abril de 2014. A Rede inclui serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar na MAC e seu foco presente está nas doenças mais relevantes epidemiologicamente: as doenças renocardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus* e insuficiência renal crônica), a obesidade, as doenças respiratórias e o câncer.

Quanto ao controle do câncer, especificamente, os principais componentes da Rede são os Centros de Alta Complexidade em Oncologia, as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os hospitais gerais com cirurgia de câncer e os serviços de radioterapia que, com ele, conformam complexos hospitalares e os demais serviços locais de saúde. Mais recentemente, o governo tem investido na criação de Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (foram habilitados dois serviços em 2014), a qualificação de laboratórios para a realização de exames citopatológicos do colo do útero (existem 596 laboratórios habilitados), a criação de Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama e a habilitação de serviços de mamografia, em especial, as unidades móveis de mamografia – foram habilitadas dez unidades em 2014, perfazendo um total de doze unidades no Brasil.

O câncer é a segunda principal causa de morte no país, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares, e o Instituto Nacional do Câncer estima que em 2014 tenham ocorrido 576.580 novos casos. Como pode ser visto anteriormente, o governo tem procurado reforçar os serviços de diagnóstico, uma estratégia sensata, dado que o maior problema apontado no tratamento do câncer no país é o diagnóstico tardio da doença. De acordo com relatório³⁹ elaborado por aproximadamente cinquenta entidades que compõem o movimento Todos Contra o Câncer, cerca de 60% dos pacientes com câncer são diagnosticados já em estágio avançado no Brasil e, para alguns tipos, como o câncer de pulmão, por exemplo, esse percentual é ainda mais elevado – 87,9% dos casos são descobertos tardiamente.

39. Disponível em: <<http://goo.gl/XoWJLz>>. Acesso em: 15 out. 2015.

Adicionalmente, uma vez diagnosticado o câncer, o governo tem encontrado dificuldades em cumprir o prazo mínimo para início do tratamento, como apontado em edição anterior deste periódico – por exemplo, auditoria do TCU apontou tempo médio de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento com quimioterapia e radioterapia de mais de 76 e 113 dias, respectivamente – a legislação determina que o tratamento deve começar no máximo em até sessenta dias após o diagnóstico (Ipea, 2015).

Além da habilitação dos serviços de atenção à pessoa com deficiência e de atenção oncológica descritos anteriormente e do custeio dos serviços já existentes, em 2014, os recursos da Ação 8585 permitiram a habilitação/qualificação de novos serviços das diversas redes temáticas (urgência e emergência, atenção psicossocial, Rede Cegonha), da política de atenção à saúde bucal (Brasil Sorridente), leitos em unidades de terapia intensiva (UTI), realização de cirurgias eletivas e expansão da oferta de outros serviços, como descrito na tabela 5.

TABELA 5
Serviços habilitados em 2014

| Descrição | Quantidade |
|--|--------------|
| Unidade de Pronto Atendimento (UPA) | 74 |
| Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) | 164 |
| Unidade de Terapia Intensiva (UTI) | 319 |
| Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) | 616 |
| Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional | 469 |
| Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru | 106 |
| Centro de Atendimento de Urgência – pacientes AVC | 7 |
| Outros serviços | 300 |
| Total | 2.055 |

Elaboração dos autores, com base em Brasil (2015a).

Apurar a adequação do quantitativo de serviços disponíveis para o atendimento das necessidades de saúde da população não é tarefa simples. Porém, edições anteriores deste periódico mostraram as dificuldades encontradas para consecução das metas definidas na atenção de MAC. Além da falta de profissionais especializados e de recursos financeiros, os serviços hospitalares sempre figuraram como um dos grandes desafios a serem enfrentados para a implementação da política de atenção de MAC.

No ano de 2014, a questão hospitalar teve destaque a partir da interrupção dos serviços de pronto socorro, cirurgias eletivas e exames laboratoriais da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo por falta de recursos financeiros para compra de medicamentos e materiais. No entanto, os problemas não se limitam apenas à Santa Casa de São Paulo. Segundo Edson Rogatti, presidente da

Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), as santas casas e hospitais sem fins lucrativos que atendem o SUS possuem uma dívida global acumulada de aproximadamente R\$17 bilhões, compreendendo dívidas com bancos e fornecedores e dívidas tributárias, e pelo menos 83% delas são deficitárias.⁴⁰ Isso, a despeito de serem objeto de políticas recorrentes, que tratam de sua situação financeira e de melhorias de gestão (Ipea, 2014).

A mais recente iniciativa do governo federal, o programa de fortalecimento das entidades privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área de saúde (Prosus),⁴¹ prevê o abatimento de dívidas tributárias e recursos adicionais por meio do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC).⁴² Mesmo não aderindo formalmente ao Prosus,⁴³ a Santa Casa de São Paulo vinha recebendo o IAC, o que, de acordo com o governo federal, correspondia a remunerar os serviços prestados pelo hospital em montante igual a quase três vezes os valores praticados por meio da aplicação da tabela SUS. De modo geral, o MS alega que a elevação do IAC contribuiu para o aumento da remuneração dos serviços prestados pelas entidades filantrópicas, que passou para 50% a mais em relação ao que é pago pelos atendimentos de média complexidade.⁴⁴ Portanto, a eterna alegação de que a defasagem na tabela SUS é a principal responsável pela situação financeira das Santas Casas e hospitais filantrópicos, ao menos no caso da Santa Casa de São Paulo, não é totalmente válida e devemos procurar outras explicações.

Até a gestão iniciada em 2009, a dívida acumulada pela Santa Casa de São Paulo era de R\$ 70 milhões. Auditoria realizada pela Secretaria Estadual de Saúde constatou que, entre 2009 e 2014, a dívida saltou para quase R\$ 800 milhões, e a existência de falhas graves de gestão – superfaturamento (por exemplo, compra de um medicamento por preço 5 mil vezes superior ao de mercado), gastos indevidos com a folha de pagamento (irregularidades no pagamento de adicional de insalubridade e no pagamento de horas extras, supersalários etc.) e nepotismo estão entre os problemas apontados pela auditoria.⁴⁵

Os problemas que levaram à crise vivida pela Santa Casa de São Paulo estão sendo apurados pelo Ministério Público e a nova administração está demitindo funcionários e pretende reduzir os atendimentos ao SUS a no máximo 60% dos

40. Disponível em: <<http://goo.gl/wJnKGy>>. Acesso em: 15 out. 2015.

41. Projeto de Lei nº 5.813/2013 transformado na Lei nº 12.873/2013.

42. O IAC representa recursos adicionais aos hospitais de ensino e hospitais filantrópicos que aderem ao Programa com o objetivo de aumentar a produção de serviços em prol da ampliação do acesso e viabilizar novos recursos para a sustentabilidade dessas instituições.

43. Vale notar que até o mês de julho de 2014, mês em que ocorreu a interrupção dos serviços, a Santa Casa ainda não havia manifestado interesse em aderir ao Prosus.

44. Disponível em: <<http://goo.gl/IDHDDn>>. Acesso em: 15 out. 2015.

45. Não foi possível acessar o documento contendo os resultados da auditoria, mas alguns resultados foram descritos em: <<http://goo.gl/ySI7ww>>. Acesso em: 15 out. 2015.

atendimentos totais – chegaram a 95% –, como forma de reequilibrar as finanças da instituição.⁴⁶ Embora a Santa Casa tenha autonomia para tomar as decisões administrativas que considerar convenientes, obedecendo aos critérios para manutenção do certificado de filantropia, no fim das contas, os pacientes do SUS deverão ser penalizados. Além dos serviços da Santa Casa terem reconhecida qualidade, não há garantias de que os serviços deixados de produzir possam ser prontamente contratados de outros provedores.

3.4 Vigilância em saúde

A edição anterior deste periódico definiu o perfil epidemiológico da população brasileira como de

polarização epidemiológica, representada, em suma, pela convivência de doenças infecciosas com doenças crônicas não transmissíveis. Alguns grupos e regiões ainda apresentariam altas incidências de doenças infecciosas, enquanto outros apresentam uma participação maior das doenças crônicas não transmissíveis (Ipea, 2015, p. 138).

Adicionalmente, o país depara sérios problemas de morbimortalidade por causas externas, conformando assim a nossa tripla carga de doenças.

No que tange às doenças infecciosas, um dos principais problemas presentes em todo o país é o pico epidêmico de dengue que vem ocorrendo anualmente. Em 2014 houve queda significativa do número de casos registrados em comparação a 2013: menos de 600 mil casos registrados, enquanto esse número havia sido superior a 1,45 milhão de casos no ano anterior. Também se observou queda no número de óbitos causados pela dengue. Em 2014, foram registrados 439 óbitos, enquanto em 2013 houve quase 674 mortes. Contudo, os casos registrados nos dez primeiros meses de 2015 já superaram os de 2013 e chegaram a número superior a 1,485 milhão. A região Sudeste responde por aproximadamente 64% do total de casos registrados e o Ministério da Saúde (MS) aponta, como um dos principais motivos para o aumento verificado a crise hídrica, que tem obrigado a população a estocar água em casa sem proteção, facilitando a proliferação das larvas do mosquito transmissor.

O principal transmissor da dengue, o mosquito *Aedes aegypti*, também transmite a febre chicungunha, e, no mês de setembro de 2014, foram registrados os primeiros casos de transmissão da febre na história do país – pai e filha moradores de Oiapoque, no Amapá, que nunca viajaram para fora do Brasil. Desde então o número de casos autóctones registrados tem crescido. Em 2014 foram notificados 3.657 casos autóctones suspeitos de febre chicungunha em oito municípios, pertencentes aos estados da Bahia, Amapá, Roraima, Mato Grosso do Sul e ao

46. Disponível em: <<http://goo.gl/oeEKrV>>. Acesso em: 15 out. 2015.

Distrito Federal. Também foram registrados casos importados no Amazonas, Ceará, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo. Em 2015, até 10 de outubro, foram notificados 14.373 casos autóctones suspeitos de febre chicungunha. Destes, 5.280 foram confirmados, sendo 246 por critério laboratorial e 5.034 por critério clínico-epidemiológico; 7.864 continuam em investigação (Brasil, 2015e). Como apontado na edição anterior deste periódico, o controle dos focos do *Aedes aegypti* ainda é um grande desafio para o país e o aumento dos casos autóctones da febre chicungunha confirma as preocupações da área de vigilância com o controle desta doença.

Em 2014, o IBGE começou a divulgar os resultados da PNS-2013 e mostrou que aproximadamente 13% da população brasileira, quase 26 milhões de pessoas, reportaram ter tido dengue alguma vez na vida (IBGE, 2015a), dando uma dimensão do problema da dengue e dando pistas da dimensão que o problema da febre chicungunha pode atingir.

A PNS-2013 também levantou, entre outros, dados referentes ao estilo de vida dos brasileiros e mostrou que 46% da população com 18 anos ou mais é sedentária, 15% fuma ou usa produtos derivados do tabaco, 24% consome bebida alcoólica uma vez ou mais por semana e menos de 40% consome quantidades consideradas adequadas de frutas e hortaliças. Todos esses comportamentos compõem, obviamente sem esgotá-lo, o elenco de fatores de risco associados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As DCNT já respondem por mais de 70% das causas de morte no Brasil, com destaque para as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas (IBGE, 2015b). Além disso, as DCNT provocam limitações às atividades diárias da população afetada e colocam forte pressão sobre os serviços de atenção à saúde.

A tabela 6 apresenta os percentuais da população com 18 anos ou mais acometidas por DCNT selecionadas. Em termos da população afetada, o destaque fica por conta da prevalência de hipertensão arterial, que acomete mais de 1/5 dos brasileiros. A hipertensão arterial é fator de risco para outras doenças crônicas, como o acidente vascular cerebral (AVC) e a insuficiência renal crônica, além de ser altamente associada com o diabetes. Por exemplo, a hipertensão arterial explica mais de 50% dos casos de AVC e as doenças cerebrovasculares, que incluem o AVC, estão entre as principais causas de morte no Brasil. No total, foram mais de 100 mil óbitos registrados em 2013 devido a doenças cerebrovasculares. Outra forma de medir a importância das diversas doenças são os anos de vida perdidos.⁴⁷ Neste *ranking*, o AVC figura como terceira principal causa. Sendo que violência

47. O indicador Anos de Vida Perdidos leva em conta a idade em que a morte ocorre dando maior peso às mortes que ocorrem em idades mais baixas. Disponível em: <<http://goo.gl/70h1lv>>. Acesso em: 5 nov. 2105.

e acidentes de trânsito (causas externas de mortalidade) estão também entre os primeiros colocados – ocupando respectivamente a segunda e a terceira posição (Lancet, 2015).

TABELA 6
Pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico de DCNTs selecionadas, percentual – Brasil (2013)

| Doença | % |
|---|------|
| Hipertensão arterial | 21,4 |
| Colesterol alto | 12,5 |
| Depressão | 7,6 |
| Artrite ou reumatismo | 6,4 |
| Diabetes | 6,2 |
| Asma | 4,4 |
| Doença do coração | 4,2 |
| Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho | 2,4 |
| Câncer | 1,8 |
| AVC | 1,5 |
| Insuficiência renal crônica | 1,4 |
| Outras doenças mentais ¹ | 0,9 |

Elaborado pela Cosau, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013).

Nota: ¹ Esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou transtorno obsessivo compulsivo.

Os óbitos decorrentes de violência e acidentes de trânsito vêm crescendo no Brasil de forma alarmante. O país concentra menos de 3% da população mundial e 11% dos homicídios. Levantamento feito pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública mostra que em 2014 o número de mortes violentas intencionais (homicídios dolosos, os latrocínios, as lesões corporais seguidas de morte, os policiais mortos e as vítimas de violência policial) chegou a quase 48.500. Esse número inclui 3.022 mortes causadas pela polícia, o que evidencia um aumento considerável da letalidade policial em relação a 2013 – um aumento de 37% entre os dois anos (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2015). Quanto à mortalidade devido a acidentes de trânsito, apesar de não existirem ainda estatísticas consolidadas para anos mais recentes, dados publicados no mapa da violência 2014 indicam que os óbitos por acidentes de trânsito em 2012 situaram-se em patamar pouco inferior ao verificado para homicídios em 2014. O número de óbitos por acidentes de trânsito foi superior a 46 mil e a série histórica mostra crescimento constante tanto do total de óbitos quanto da taxa de óbitos por 100 mil habitantes, como pode ser visto na tabela 7.

TABELA 7
**Mortalidade por acidente de trânsito: quantidade e taxa de óbitos
 por 100 mil habitantes – Brasil (2000-2012)**

| Ano | Quantidade | Taxa (por 100 mil habitantes) |
|------|------------|-------------------------------|
| 2000 | 29.645 | 17,5 |
| 2001 | 31.031 | 18,0 |
| 2002 | 33.288 | 19,1 |
| 2003 | 33.620 | 19,0 |
| 2004 | 35.674 | 19,9 |
| 2005 | 36.611 | 19,9 |
| 2006 | 37.249 | 19,9 |
| 2007 | 38.419 | 20,3 |
| 2008 | 39.211 | 20,7 |
| 2009 | 38.469 | 20,2 |
| 2010 | 43.908 | 23,0 |
| 2011 | 44.553 | 23,2 |
| 2012 | 46.051 | 23,7 |

Elaboração dos autores, com base nos dados de Waiselfisz (2014).

Homens jovens negros são as principais vítimas da violência e têm 2,5 vezes mais chances de serem assassinados do que jovens brancos. Essa estatística padrão repete-se em todas as unidades da federação, com exceção do estado do Paraná, onde o risco de um jovem negro ser assassinado é inferior ao de um jovem branco – índice de 0,7 (Brasil, 2015f). No caso da mortalidade por acidentes de trânsito, o destaque fica por conta do elevado número de óbitos de motociclistas e, novamente, as maiores vítimas são homens jovens negros.

No mês de julho de 2015, o ministro da Justiça anunciou que está em elaboração um Pacto Nacional pela Redução de Homicídios. Entretanto, está em tramitação na Câmara dos Deputados mudanças no Estatuto do Desarmamento que vão na contramão dos objetivos do Pacto. Entre as mudanças aprovadas, estão a redução da idade para compra de arma, que cai de 25 para 21 anos; o direito ao comprador de usar a arma em casa e também no local de trabalho; a renovação do porte a cada dez anos e não mais a cada três anos.

No tocante aos acidentes de trânsito, dados preliminares do MS indicam redução no número de óbitos, e esse resultado pode ser efeito da vigência da Lei Seca mais rigorosa, que dobrou o valor das multas, passou a aceitar novos meios de provar a ingestão de álcool, além do bafômetro, e facilitou o enquadramento do motorista que dirige embriagado como criminoso. Não foram identificados estudos específicos tratando da mortalidade por acidentes de trânsito que considerem as

mudanças introduzidas na Lei Seca em 2012, mas existe evidência de que houve redução na frequência de adultos que dirigem alcoolizados, nas capitais brasileiras, após aprovação das leis que proíbem uso de álcool e direção. Por exemplo, Malta *et al.* (2014) verificaram queda na frequência de adultos que dirigiram após o consumo abusivo de álcool, entre 2007 e 2013 (2,0%, em 2007, a 1,1%, em 2013), e reduções foram verificadas nos anos imediatamente após a publicação das leis que proíbem o uso do álcool e direção entre 2007 e 2008 (-0,5%) e entre 2012 e 2013 (-0,5%). Além disso, outros fatores podem ter contribuído para a queda nos óbitos como a redução da velocidade do tráfego nas grandes cidades e itens de segurança nos automóveis que passaram a ser mais comuns.

3.5 Assistência farmacêutica

No mundo, o acesso a medicamentos e a forma como são utilizados têm sido uma preocupação constante dos governos, sendo chaves os conceitos de medicamentos essenciais e de uso racional. A OMS definiu os medicamentos essenciais como os que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população, tendo sido selecionados em virtude de sua relevância para a saúde pública, sua evidência de segurança e eficácia, além de sua relação custo-efetividade e, a partir de 1977, passou a recomendar que os governos adotassem listas de medicamentos essenciais como política fundamental para a garantia de acesso das populações a medicamentos (OMS, 2002). Na década seguinte, reconheceu-se que apenas o acesso a medicamentos não é suficiente para que os resultados em saúde sejam alcançados de forma satisfatória. Que é preciso que os medicamentos sejam utilizados de forma racional, para evitar que provoquem mais danos que benefícios e que seus custos sejam insustentáveis aos sistemas de saúde (WHO, 1987).

No Brasil, a preocupação com a elaboração de lista de medicamentos remonta ao período em que a atenção à saúde no país ainda não constituía um direito de cidadania, tendo o país aderido ao conceito de medicamentos essenciais da OMS, incluindo em suas listas não apenas medicamentos usados em atenção primária, mas também em média e alta complexidade da atenção à saúde, uso ambulatorial e hospitalar (Brasil, 2010). Essa orientação muda em 2012, quando uma decisão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) altera o conceito de medicamentos essenciais adotado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), estabelecendo que esta passa a compreender a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, sendo composta por listas de medicamentos relativas aos componentes básico, estratégico e especializado da assistência farmacêutica, além de relação de insumos farmacêuticos e de medicamentos de uso hospitalar (Brasil, 2012b). A partir de então, a Rename passa a conter todos os medicamentos oferecidos pelo SUS, constituindo-se em lista de financiamento público e não somente lista norteadora

para os vários âmbitos da política de saúde. Desde então, além da relação de 2012, foram publicadas atualizações em 2013 e 2014 (Brasil, 2015i).

Para organizar o acesso a medicamentos, o MS pactuou no âmbito da CIT políticas específicas para os componentes da assistência farmacêutica, conforme lista de medicamentos constantes na Rename, e faz a gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil, tendo alocado, em 2014, R\$11,1 bilhões para a aquisição de medicamentos, o que representa uma participação nas despesas com ações e serviços públicos de saúde do MS da ordem de 12,1% (Brasil, 2015l).

O componente básico é financiado pelo MS e secretarias de saúde estaduais e municipais (Brasil, 2013a). A maior parte dos recursos federais é transferida aos estados, DF e municípios na modalidade fundo a fundo. Os recursos aplicados diretamente pelo MS são alocados à aquisição e distribuição das insulinas humanas NPH e regular e dos contraceptivos orais e injetáveis, além do DIU e do diafragma. Em 2014, aproximadamente R\$ 1,3 bilhão foram alocados para o financiamento do componente básico da assistência farmacêutica, sendo que deste montante 61% dos recursos foram transferidos aos municípios (R\$ 789,8 milhões), 15%, aos estados (R\$ 189,3 milhões) e 24%, aplicados diretamente pelo MS (R\$ 313,4 milhões) (Brasil, 2015n e 2015m).

Em relação ao componente estratégico da assistência farmacêutica, que se destina à garantia do acesso a medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS (Brasil, 2007b), o MS relatou a formalização, em 2014, de 27 contratos com laboratórios privados, dois contratos com laboratórios públicos, oito termos de execução descentralizada e seis termos de ajuste relacionados a termo de cooperação com organismo internacional para a oferta dos medicamentos (Brasil, 2015m). Dos R\$ 2,7 bilhões de reais alocados para o seu financiamento, 59% (R\$ 1,6 bilhão) foram aplicados diretamente, 29% (R\$ 789,8 milhões), transferidos aos estados e ao DF, 2% (R\$ 42 milhões), para municípios e 10% (R\$ 279,9 milhões), para a Organização Pan-Americana da Saúde (Brasil, 2015n).

Quanto ao componente especializado, caracteriza-se pela busca da garantia da integralidade do tratamento, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo MS (Brasil, 2013b e 2013c). As responsabilidades quanto ao seu financiamento, aquisição e distribuição dos medicamentos são compartilhadas pelas esferas de governo, separadas de acordo com grupos específicos de medicamentos, a saber: *i*) grupo 1 – medicamentos financiados pelo MS: grupo 1A: aquisição centralizada pelo MS e distribuição às secretarias de saúde dos estados e DF; *ii*) grupo 1B: transferência de recursos financeiros para aquisição pelas secretarias de saúde dos estados e do DF; *b*) grupo 2 – financiamento, aquisição e distribuição pelas secretarias de saúde dos

estados e do DF; e *iii*) grupo 3 – financiamento, aquisição e distribuição pelas secretarias de saúde do DF e dos municípios, conforme responsabilidades atribuídas para o componente básico.

O componente especializado é o que concentra a maior parte dos recursos federais para a aquisição de medicamentos, totalizando R\$ 4,9 bilhões em 2014, dos quais 81% (R\$ 3,98 bilhões) foram executados diretamente e 19% (R\$ 906,3 milhões) foram executados pelos estados e pelo DF. Segundo o MS, nesse exercício, foram realizadas 47 contratações de empresas, sendo distribuídas aos estados 351.604.047 unidades de medicamentos de 47 fármacos em 73 apresentações farmacêuticas, incluídos os medicamentos oncológicos, que não fazem parte da relação de medicamentos do componente, mas sim da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. A principal estratégia, neste caso, foi a aquisição centralizada de mesilato de imatinibe 100 mg e 400 mg; trastuzumabe 150 mg; lasparaginase 10.000 UI; dasatinibe 100 e 20 mg; e nilotinibe 200 mg. A estimativa de atendimento por meio deste componente foi de 2.095.205 pacientes. Em sua avaliação, o ministério reconhece avanços na gestão do componente, mas também aponta dificuldades operacionais, relativas à flutuação trimestral da demanda, necessidade de ajustes entre a quantidade programada e a adquirida para medicamentos recentemente incorporados, e à morosidade no processo de contratação das empresas fornecedoras (Brasil, 2015m).

Ainda no tocante ao acesso a medicamentos, destaca-se o Programa Farmácia Popular do Brasil, que consiste na disponibilização de medicamentos por meio de rede própria, constituída por farmácias populares,⁴⁸ em parceria com os estados, DF, municípios e hospitais filantrópicos e do Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), em parceria com a rede privada de farmácias e drogarias (Brasil, 2012d). Em junho de 2014, o credenciamento de novas farmácias e drogarias no ATFP foi suspenso em virtude de a meta prevista para o ano já ter sido atingida, havendo ampliação da rede credenciada em 126 municípios mapeados pelo Plano “Brasil Sem Miséria”, passando de 1.464 para 1.590 municípios considerados em extrema pobreza abrangidos pelo programa. Segundo o MS, em 2014, o programa atendeu mensalmente mais de 8,1 milhões de pessoas nas 532 unidades da rede própria em 422 municípios, com a rede de farmácias credenciadas no ATFP, que encerrou o ano com 33.264 estabelecimentos credenciados cobrindo 4.363 municípios, equivalendo a 78,3% dos municípios (Brasil, 2015m). Dados de 2013 demonstram que, incluindo as farmácias da rede própria e do ATFP, o programa abrangia 39,8% das

48. São farmácias mantidas pelos estados, Distrito Federal, municípios e hospitais filantrópicos para a dispensação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. Para tanto, o governo federal repassa recursos, como um incentivo, a fim de apoiar a sua manutenção.

farmácias e drogarias do país.⁴⁹ A execução orçamentária atingiu aproximadamente R\$ 2,2 bilhões em 2014, o que correspondeu a 19,7% dos gastos com medicamentos do ministério (Brasil, 2015n). A rede própria disponibiliza 76 fármacos em 111 concentrações⁵⁰ e o ATFP dez fármacos em quatorze concentrações⁵¹ para venda e dezesseis fármacos em dezenove concentrações⁵² para distribuição “gratuita”.⁵³

Quanto à promoção do uso de medicamentos e do apoio à organização dos serviços farmacêuticos, o MS vem adotando medidas a fim de contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde, tendo sido alocados R\$ 17 milhões para organização dos serviços e R\$ 4 milhões para apoio ao uso de plantas medicinais. Destacam-se entre essas medidas o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS) (Brasil, 2012c), o Hórus e a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (Brasil, 2013d).

No tocante ao Qualifar-SUS, no eixo Estrutura, que visa a contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, segundo o MS, não houve transferência de recursos aos municípios em 2014; no eixo Educação, que visa promover a educação permanente e a capacitação dos profissionais de saúde, houve oferta de alguns cursos; no eixo Informação, a estratégia concentrou-se na consolidação da Base Nacional, aparentemente sem significativos avanços; e, por fim, no eixo Cuidado, que tem por objetivo inserir a assistência farmacêutica nas práticas clínicas, foi desenvolvido o projeto piloto de cuidado farmacêutico na atenção básica no município de Curitiba, que é parte de uma região de saúde contemplada com recursos do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (Qualisus-Rede), provenientes de acordo de empréstimo firmado entre o MS e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento, resultando em três publicações em 2014 (Brasil, 2014a, 2014b e 2014c) e outra em 2015 (Brasil, 2015h).

49. O número de farmácias integrantes do ATFP e da Rede Própria do Programa foi obtido da Sage/MS e o número total de farmácias e drogarias registradas, de acordo com os relatórios de fiscalização obtidos pelo Conselho Federal de Farmácia até 31 de dezembro de 2013 (75.716 estabelecimentos), foram obtidos da matéria *Farmácias: uma abordagem sanitária*. Disponível em: <<http://goo.gl/QDNSHC>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

50. Cálculo feito com base na relação constante no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. Combinações de doses fixas foram consideradas como um único fármaco. Elenco oficial dos medicamentos disponibilizados pela rede própria do Programa Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: <<http://goo.gl/TmvQoN>>. Acesso em: 8 ago. 2015.

51. Cálculo feito com base na relação constante no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. Combinações de doses fixas foram consideradas como um único fármaco. Elenco oficial dos medicamentos disponibilizados para venda pelo programa ATFP (atualizado em: 1º jun. 2015). Disponível em: <<http://goo.gl/bY9DSL>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

52. Cálculo feito com base na relação constante no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. Combinações de doses fixas foram consideradas como um único fármaco. Elenco oficial dos medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo programa ATFP (atualizado em: 1º jun. 2015). Disponível em: <<http://goo.gl/jQRCSj>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

53. O termo “gratuita” foi mantido por se tratar da forma como é tratada esta dispensação de medicamentos no programa, mas não é muito adequado, na medida em que o seu financiamento é feito com recursos provenientes da arrecadação de contribuições sociais e impostos.

Quanto ao Hórus, segundo o MS, até dezembro de 2014, 3.110 municípios e 24 estados, incluindo o DF, realizaram adesão ao projeto para a gestão dos componentes básico e/ou estratégico da assistência farmacêutica, sendo que destes, 1.579 municípios, 22 estados, o DF e 34 distritos sanitários especiais indígenas já possuíam acesso ao sistema (Brasil, 2015m). E sobre a Base Nacional, propôs-se que seja constituída por um conjunto de dados, relativos ao registro das entradas, saídas e dispensações de medicamentos realizadas pelos estabelecimentos de saúde dos estados, DF e municípios, no âmbito dos componentes da assistência farmacêutica e do Programa Farmácia Popular do Brasil. Para tanto, o MS está negociando o estabelecimento de serviços da *web (Webservice)* para comunicação entre os sistemas de informação desses entes com o Hórus. Aparentemente o envio de dados ao Ministério ainda está restrito aos municípios que necessitam de habilitação para receber recursos de custeio do Qualifar-SUS, uma vez que este envio constitui requisito para essa finalidade. Os números de entes informantes apresentados pelo MS no relatório de gestão não estão claros (Brasil, 2015m). Segundo o MS, em resposta a contato feito por meio de correio eletrônico, a Base Nacional está sendo alimentada pelos 906 municípios habilitados no Qualifar-SUS para o componente básico até 2013, e atualmente está sendo pactuado o envio de dados para os demais componentes e municípios brasileiros.

No que se refere à regulação econômica do mercado farmacêutico, uma importante atividade ocorreu em 2014, com a revisão de fatores que compõem a fórmula que estabelece os preços dos medicamentos no Brasil, como a produtividade das empresas, os preços relativos entre setores e os preços relativos intrasetor (Brasil, 2015g). Essa revisão foi relevante para o aperfeiçoamento dessa regulação, de forma a refletir melhor as mudanças e o dinamismo do setor, tendo sido motivada por recomendação do TCU (Acórdão TCU nº 3016/2012). Na prática, tal medida impacta o reajuste de preços anual a ser concedido ao setor farmacêutico, o que aparentemente fez com que em 2015 este ficasse menor do que a inflação (Brasil, 2015j).

Assim, são inegáveis os avanços na assistência farmacêutica, contudo há questões que precisam ser equacionadas para a efetiva garantia do acesso a medicamentos. Em nota técnica, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) apresenta uma lista de dificuldades enfrentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos, entre as quais, licitações desertas, aumento desproporcional de preços em relação às compras realizadas anteriormente, descumprimento dos prazos de entrega pelos fornecedores, descumprimento de exigências dos editais, descumprimento do prazo mínimo de validade vigente por ocasião da entrega e existência de *lobby* entre distribuidoras regionais que deixam de apresentar propostas de fornecimento quando o valor máximo a ser pago pelo produto é estabelecido com base no valor praticado em outros estados. Ainda segundo o Conass,

os fornecedores alegam que, pelos valores estabelecidos nos processos de compra e o volume destinado para atender municípios de pequeno porte, não compensa nem sequer emitir nota fiscal. O problema está ocorrendo não só para os medicamentos do componente especializado, mas fortemente para os do componente básico (Conass, 2014).

As mesmas questões são apontadas pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) em outra nota técnica.⁵⁴ Nesse documento o Conasems apresenta as seguintes propostas para enfrentamento do problema: revisão do elenco nacional de medicamentos para o SUS; desenvolvimento de produtos utilizados no âmbito da atenção básica (na insuficiência de produção nacional, dispor de sua importação); regulação dos preços para que sejam acessíveis aos governos; financiamento sustentável para aquisição de medicamentos utilizados na atenção básica; desenvolvimento de sistema de abastecimento confiável e sustentável para o mercado de medicamentos com fortalecimento do setor público; e, por fim, atuação junto aos produtores e fornecedores de medicamentos que não cumprem as exigências de editais públicos e/ou praticam conluio no mercado de medicamentos.

Na nota técnica do Conasems, uma hipótese relevante que precisa ser investigada é apresentada sobre a concorrência entre o componente básico e o Programa Farmácia Popular do Brasil. Segundo esse Conselho, os gestores municipais acreditam que esta concorrência está fazendo com que as licitações das prefeituras resultem desertas. Como o valor de referência dos medicamentos pagos pelo MS às farmácias privadas da rede ATFP é muito maior do que o preço dos medicamentos adquiridos em processos licitatórios pelos municípios, criar-se-ia um desequilíbrio no mercado em virtude da preferência das distribuidoras e indústrias produtoras de venderem para quem paga mais.

Outro tema de grande polêmica diz respeito à judicialização da saúde. Houve avanços no estabelecimento de diálogo entre os poderes Executivo e Judiciário, com vários exemplos de criação de câmaras técnicas para a discussão das demandas antes que sejam ajuizadas.⁵⁵ Entretanto, o volume de ações judiciais e de recursos alocados parece aumentar (Cambricoli, 2015; Cancian, 2015). Constituindo-se em problema bastante complexo, a judicialização da saúde figura como tema da Agenda Brasil, cuja proposta é de que se avalie a proibição de liminares judiciais que determinem o tratamento com procedimentos experimentais onerosos ou não homologados pelo SUS (Brasil, 2015k). Se parece haver consenso entre os técnicos e gestores do SUS sobre a inadequação do uso de medicamentos experimentais,

54. Conasems. Nota Técnica nº 1/14 – Núcleo de Assistência Farmacêutica, de 15 de julho de 2015. O arquivo eletrônico não está disponível na internet.

55. Na seção sobre saúde suplementar, avança-se um pouco mais no tema da judicialização.

o mesmo não se pode dizer sobre aqueles não incorporados pelo SUS. Suprimir o direito dos indivíduos de solicitarem um medicamento não incorporado ou de questionarem a decisão de não incorporação, nos casos de ausência de decisão ou nos quais as decisões não tenham ocorrido segundo os procedimentos e preceitos administrativos e científicos vigentes, pode constituir-se em fator para retardo no aprimoramento da política terapêutica, bem como em limitação do direito à saúde quando há vazios terapêuticos (não disponibilidade de alternativas terapêuticas no SUS, ainda que estejam disponíveis no mercado).

Dessa forma, constatam-se avanços importantes do âmbito da assistência farmacêutica, mas também desafios igualmente relevantes, como a judicialização do acesso a medicamentos e o desabastecimento de medicamentos, especialmente na atenção básica. O que requer investigação mais apurada sobre seus determinantes, a fim de subsidiar a proposição de soluções mais efetivas, visando ao aperfeiçoamento da política e, acima de tudo, à garantia do acesso a medicamentos e seu uso racional.

3.6 Saúde suplementar

Como pode ser visto na tabela 8, os dados mais recentes disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicam que havia, em junho de 2015, um total de 50,5 milhões de beneficiários⁵⁶ de planos médico-hospitalares, dos quais 66,5% representavam vínculos a planos coletivos empresariais. Planos exclusivamente odontológicos, que oferecem cobertura a 21,2 milhões de beneficiários, apresentam uma presença ainda mais expressiva dos vínculos a planos empresariais: 82%.

A taxa de cobertura nacional de planos de assistência médica foi estimada em 26%, atingindo 38,5% no Sudeste (maior taxa) e 11,9% na região Norte (menor taxa). Os beneficiários de planos de assistência médica com 60 anos e mais correspondiam a 12% do total.

Entre junho de 2014 e junho de 2015, o número de beneficiários com vínculos individuais ou familiares sofreu uma redução de 0,3% e o número de planos coletivos apresentou um crescimento de 1,6%; a variação destes no trimestre, contudo, foi de 0,1%. A Nota de Acompanhamento do Caderno de Informações da Saúde Suplementar (NACISS), publicação do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), aponta que, entre dezembro de 2013 e dezembro de 2014, essa taxa de crescimento havia alcançado 2,7%. De acordo com a ANS o universo de 50,69 milhões de usuários registrado em janeiro alcançava, em julho, 50,19 milhões, uma redução que atingiu mais de 500 mil beneficiários nos primeiros sete meses de 2015.

56. Beneficiários de planos e seguros, nos cadastros da ANS, não correspondem a pessoas, mas a vínculos. Uma mesma pessoa pode ter mais de um plano ou seguro.

Em 2014, 43 operadoras médico-hospitalares obtiveram registro da ANS, enquanto 84 tiveram os registros cancelados. O mesmo estudo do IESS informa que “entre dez./2007 e dez./2014, o número de operadoras em atividade diminuiu 24,4%, indicando um cenário de consolidação do setor, onde a tendência é o mercado conservar as operadoras mais sólidas e viáveis”.

TABELA 8
Beneficiários de planos de saúde, segundo tipo de contratação – Brasil (jun./2015)

| Tipo de contratação | Assistência médica | Exclusivamente odontológico |
|---------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Individual ou familiar | 9.811.895 | 3.731.082 |
| Coletivo empresarial | 33.609.770 | 15.843.945 |
| Coletivo por adesão | 6.771.442 | 1.877.731 |
| Coletivo não identificado | 8.759 | 4.762 |
| Não identificado | 315.126 | 68.947 |
| Total | 50.516.992 | 21.526.467 |

Fonte: ANS (2015).

A desaceleração na taxa de cobertura está, sem dúvida, associada à elevação da taxa de desemprego decorrente da crise econômica, dada a forte predominância dos vínculos a planos coletivos empresariais. Mas a redução do número de operadoras parece expressar um movimento de concentração e de verticalização, ocorrido no período, associado a uma estratégia de expansão planejada das operadoras de maior porte visando à associação, à fusão ou à venda a grupos internacionais e que foi acompanhada de forte pressão para a liberação da entrada de capital externo, o que já ocorrera em 2008 em relação à propriedade de planos de saúde, mas não alcançara os estabelecimentos de provisão de serviços.⁵⁷ Foi o que se observou com a Amil, adquirida pelo UnitedHealth Group, que comprou, entre 2007 e 2012, treze empresas provedoras de serviços de assistência médica, diagnóstico ou serviços complementares.⁵⁸ Esse movimento de concentração já pode ser observado também nos grandes provedores de serviços médico-hospitalares e de serviços de apoio diagnóstico – como se verifica, por exemplo, com a Rede D’Or São Luiz S.A., Diagnósticos da América S.A. (DASA), Fleury S.A., Oncoclínicas do Brasil Serviços Médicos S.A. Estima-se que, em 2014, 40% dos planos de saúde já ofereciam hospitais e laboratórios próprios. Essa verticalização, além de reduzir as possibilidades de escolha dos beneficiários, gera conflito de interesses ao conferir ao plano, simultaneamente, o poder de solicitar exames e também de autorizá-los.

Outro movimento identificado na área é o abandono, pelas operadoras, da venda de planos de saúde individuais. Os planos individuais são submetidos à

57. Para mais informações, ver Ipea (2015).

58. Terminal Bloomberg.

regulação da ANS, que define os procedimentos que devem integrar as coberturas mínimas obrigatórias e controlar os reajustes. Ademais, as operadoras são proibidas de realizar o cancelamento unilateral do contrato. Essa proteção regulatória aos beneficiários é a principal causa do abandono dessa modalidade de plano e da concentração em planos coletivos, que não são seu objeto. Mesmo mantendo ativo o registro dos planos, as operadoras vêm suspendendo ou restringindo sua comercialização. Logo após a aquisição pela americana UnitedHealth Group, a Amil anunciou a intenção de interromper a venda de planos de saúde individuais, tendo encaminhado pedido para a ANS.⁵⁹ Levantamento recente realizado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec)⁶⁰ constatou que apenas 50% dos planos de saúde individuais e familiares cuja disponibilidade é informada pela ANS são efetivamente vendidos pelas operadoras e 35% não estão em comercialização. Os demais contêm informações confusas ou incorretas, inviabilizando a verificação ou contratação. A mesma pesquisa constatou que das 27 capitais brasileiras, cinco (18%) não dispunham de nenhuma opção de plano individual dentro das características pesquisadas:⁶¹ Belo Horizonte (MG), Salvador (BA) Macapá (AP), São Luís (MA) e Vitória (ES). Em outras onze capitais (48%), somente uma operadora – a Unimed – comercializava esse tipo de plano de saúde, caracterizando monopólio nessas localidades. A pesquisa também verificou que a oferta de planos com cobertura nacional, que são mais caros, é bem maior do que os de cobertura estadual, e que as mensalidades, em média, acarretam o comprometimento de 40% da renda dos beneficiários.

Segundo notícias veiculadas em julho de 2015,⁶² a questão da regulação sobre planos de saúde tem integrado a agenda de debates governamentais e haveria divergência entre a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) do Ministério da Justiça e da Casa Civil quanto às medidas regulatórias a serem tomadas. Enquanto a Senacon preconizaria maior controle sobre os planos coletivos, a Casa Civil estaria defendendo a liberalização da regulação sobre os planos individuais e familiares e o abrandamento dos critérios para aplicação de multas.

A ANS divulgou em agosto de 2015, o resultado do 14º ciclo do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, que avalia as reclamações de consumidores relativas ao não cumprimento dos prazos máximos de atendimento e demais queixas de natureza assistencial, como negativas indevidas de cobertura. Nessa etapa, 73 planos de saúde de quinze operadoras tiveram a comercialização suspensa.

59. Disponível em: <<http://goo.gl/WpP6sC>>.

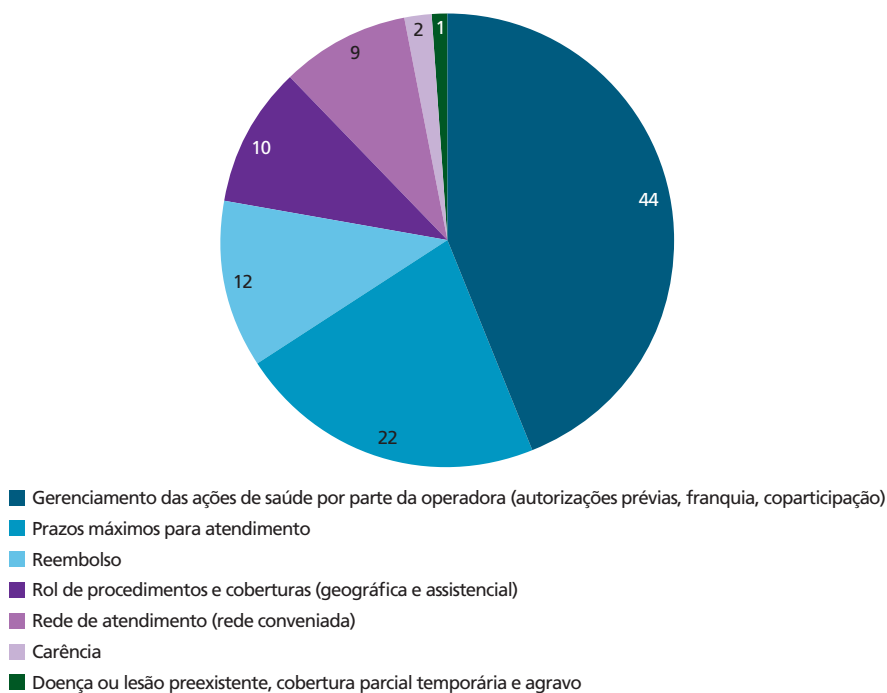
60. Revista Idec n. 200, julho de 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/h01Q9z>>.

61. Foram levantadas informações sobre os planos individuais/familiares com cobertura completa (ambulatorial, hospitalar e obstetrícia) de abrangência nacional ou estadual, oferecidos pelas dez maiores operadoras de cada estado nas 27 capitais. Os dados foram consultados no Guia ANS de Planos de Saúde, disponível no site da agência (www.ans.gov.br/guiadeplanos).

62. Ver, por exemplo, a nota: Justiça e Casa Civil travam embate sobre planos de saúde. Disponível em: <<http://goo.gl/LVBksB>>.

A ANS recebeu, no trimestre correspondente, 21.273 reclamações de beneficiários, sendo 6.509 relacionadas a temas não assistenciais (contratos e reajuste, por exemplo) e 14.276 referentes a cobertura assistencial. Após serem tratadas pela unidade de mediação de conflitos da agência, 11.867 reclamações referentes à cobertura assistencial foram consideradas pelo programa de monitoramento.

GRÁFICO 2
Perfil de reclamações no 14º ciclo
 (Em %)



Fonte: ANS (2015).⁶³

A Agência também disponibilizou informações sobre o índice de reclamações, calculado com base no total de reclamações que recebe dos consumidores de planos de saúde. O índice é a relação entre a média de reclamações dos beneficiários de planos privados de saúde contra uma operadora com registro ativo na ANS nos últimos seis meses e a média do número de beneficiários dessa operadora no mesmo período. A tabela 9 apresenta o comportamento do índice médio das operadoras segundo o porte no período 2013-2015. Os dados mostram que, tomado o primeiro trimestre de 2013 como referência, houve um significativo aumento no

63. Disponível em: <<http://goo.gl/Sdf2Ek>>.

índice das operadoras de grande e de médio porte e pequena redução no índice das operadoras de pequeno porte.

TABELA 9
Evolução do índice médio de reclamações das operadoras, segundo porte
(mar./2013-fev./2015)

| | Grande porte | Médio porte | Pequeno porte |
|-----------|--------------|-------------|---------------|
| Mar./2013 | 0,71 | 0,70 | 0,87 |
| Nov./2013 | 0,97 | 0,82 | 0,97 |
| Fev./2014 | 0,88 | 0,73 | 0,81 |
| Nov./2014 | 1,00 | 0,83 | 0,84 |
| Fev./2015 | 0,99 | 0,92 | 0,85 |

Fonte: ANS (2015).

Obs.: Quanto menor o número indicado, menos reclamações registradas pelos consumidores na ANS.

Outras fontes confirmam essa tendência. O *ranking* de atendimentos do Idec é, desde 2012, liderado pelas reclamações relacionadas aos planos de saúde, que responderam em 2014 por 20% das demandas submetidas ao Instituto.⁶⁴ As reclamações incluem negativas de atendimento, demora ou recusas de liberação de exame ou cirurgia, reajustes abusivos, descredenciamentos de profissionais de saúde, hospitais e laboratórios. Cabe ressaltar que nesse *ranking* os três setores que apresentaram maior frequência de reclamações em 2014 – planos de saúde, setor financeiro e telecomunicações – dispõem de órgãos reguladores federais: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Banco Central e a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), sugerindo a fragilidade da capacidade regulatória.

Outra dimensão que resulta dessa insatisfação é a crescente demanda ao Judiciário para obtenção de acesso a serviços que, se por um lado assegura direitos, por outro cria problemas, sobrecarregando o Judiciário e dificultando a gestão pública e privada. A judicialização, que já foi objeto de audiência pública realizada pelo STF, integra agora a Agenda Brasil proposta pelo Senado Federal que incorporou sugestão de “avaliar a proibição de liminares judiciais que determinam o tratamento com procedimentos experimentais onerosos ou não homologados pelo SUS”.

Na esfera da Saúde Suplementar, o principal problema dos consumidores é a negativa de cobertura de procedimentos médicos pelos planos de saúde. A tendência tem sido a emissão de decisões provisórias (liminares) por parte dos juízes que, diante do risco decorrente da falta de tratamento oportuno, determinam que as operadoras custeiem o tratamento do consumidor, para depois realizarem a decisão final do processo judicial. Preocupado com a situação, o Conselho Nacional

64. Ver *Planos de saúde no topo dos atendimentos do Idec em 2014*. Disponível em: <<http://goo.gl/h9Jw4T>>.

de Justiça (CNJ) recomendou aos Tribunais de Justiça (TJ) e aos Tribunais Regionais Federais (TRF) a celebração de convênios para que médicos e farmacêuticos ofereçam suporte técnico aos magistrados. O monitoramento das ações judiciais é uma das principais atribuições do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde,⁶⁵ cuja principal atribuição é apoiar a implantação, nos estados e no DF, de Núcleos de Apoio Técnico (NATs).⁶⁶ Esses núcleos, formados por especialistas, devem subsidiar os magistrados na tomada de decisões nas questões relacionadas ao direito à saúde. Mas a implementação dessa medida tem sido objeto de questionamento. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ-SP) instituiu em abril de 2015 o Núcleo de Apoio Técnico e Mediação (NAT) em parceria com a ANS, com a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e com a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). A Assessoria será provida por grupo de profissionais indicados por operadoras de planos de saúde e pela ANS, cujo objetivo é oferecer pareceres técnicos sobre os casos de tratamentos solicitados por médicos e demandados por consumidores, opinando sobre a necessidade, adequação e urgência dos casos e buscando fazer conciliações em até 24 horas entre operadoras e pacientes. Essa estratégia de colocar as operadoras como integrantes do NAT vem sendo questionada, por se considerar haver conflito de interesses, com o risco de que seus pareceres façam prevalecer o interesse das operadoras, a parte reclamada no processo e possível ré. Essa insatisfação resultou em Manifesto ao Presidente do TJ-SP, em que diversas entidades posicionam-se contra a medida, asseverando que o NAT, como está configurado, é medida inadequada para a solução de conflitos que tratem de cobertura de procedimentos para os consumidores. Capitaneada pelo Idec, a campanha recebeu a imediata adesão de outras entidades⁶⁷ e alcançou expressiva adesão de cidadãos que subscreveram o documento via internet. Em junho o TJ-SP convocou reunião com as entidades signatárias que obtiveram o compromisso de que serão inseridas nas próximas conversações para aperfeiçoar o NAT de avaliação de casos envolvendo planos de saúde. As entidades defendem que

uma mediação justa deve ser conduzida por alguém neutro, ou então por uma câmara de mediação/conciliação em plantão permanente, integrada por um técnico neutro, um representante de uma das partes (no caso os planos de saúde)

65. Criado por meio da Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010.

66. A implantação dos NATs é uma das orientações feitas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) por meio da Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010, e Recomendação nº 36/2011.

67. Subscrevem o manifesto: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec); Núcleo Especializado de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública de São Paulo (Nudecon); Vidal Serrano Nunes Junior (procurador de justiça coordenador do Centro de Apoio Operacional Cível e de Tutela Coletiva (CAO) Consumidor do Ministério Público do Estado de São Paulo); Fundação Procon-SP; Associação das Advogadas de São Paulo; Associação Juizes para a Democracia; Comissão de Defesa do Consumidor da OAB/SP; Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); Aliança de Controle do Tabagismo + Saúde - ACT+; Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa); Instituto Oncoguia; Federação Nacional das Associações de Prestadores de Serviços de Fisioterapia (Fenafisio); Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale).

e um representante do consumidor (órgão público ou entidade não governamental de proteção e defesa do consumidor).⁶⁸

Em outra frente, a “Agenda Brasil” sugerida pelo Senado para enfrentamento da crise e retomada do desenvolvimento incorporou duas propostas que atenderiam a interesses dos planos de saúde: a proposta de “avaliar a proibição de liminares judiciais que determinam o tratamento com procedimentos experimentais onerosos ou não homologados pelo SUS”⁶⁹ e a de “regulamentar o ressarcimento pelos associados de planos de saúde, dos procedimentos e atendimentos realizados pelo SUS”.

Pela atual legislação, o ressarcimento é responsabilidade das operadoras⁷⁰ e consiste na restituição, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos custos dos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos e prestados a seus beneficiários e dependentes, em instituições públicas ou privadas, contratadas ou conveniadas, integrantes do SUS. A cobrança é realizada por meio de procedimento administrativo da ANS. Segundo a ANS, o valor arrecadado pelo ressarcimento em 2014 atingiu R\$ 393 milhões – um aumento de 114% em relação ao valor total arrecadado em 2013 – e R\$ 196 milhões foram encaminhados, em 2014, para inscrição em dívida ativa. Entre os procedimentos hospitalares mais frequentes ou que apresentaram maior crescimento entre 2010 e 2013, encontram-se os partos, a quimioterapia, os tratamentos em reabilitação, o tratamento de pacientes sob cuidados prolongados e os transplantes.

Em maio de 2015 a ANS anunciou a inclusão de procedimentos ambulatoriais, como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, cateterismo cardíaco e cirurgia de catarata no rol de atendimentos sujeitos a ressarcimento. Exames e terapias de alta e média complexidade, identificados por meio de Autorização para Procedimento Ambulatorial (APAC), realizados por beneficiários de planos de saúde na rede pública passaram a ter seus valores passíveis de ressarcimento ao SUS. A cobrança começou imediatamente, referente ao período de janeiro a março de 2014, e a Agência estima que a inclusão das APACs significará um aumento de 149% no volume de processos de ressarcimento ao SUS, gerando R\$ 173 milhões adicionais de cobrança. Como, durante todo o processo administrativo, a operadora poderá apresentar defesa e contestar a cobrança, é possível que a arrecadação efetiva seja significativamente inferior, pois muitos processos administrativos caducam antes que sejam analisados pela agência.⁷¹

68. Ver <<http://goo.gl/uZRnnR>>.

69. Ver Franco (2015).

70. Conforme Artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

71. No âmbito da administração pública federal, a prescrição é definida pela Lei nº 11.941/2009, de 27 de maio de 2009, que incluiu na Lei nº 9.873 o Artigo 1º-A, de teor seguinte: “Art. 1º-A. Constituído definitivamente o crédito não tributário, após o término regular do processo administrativo, prescreve em 5 (cinco) anos a ação de execução da administração pública federal relativa a crédito decorrente da aplicação de multa por infração à legislação em vigor”. Para mais informações, acesse <<http://goo.gl/jqn6TH>>.

Isso tem ocorrido com frequência em relação às multas aplicadas pela Agência. Levantamento realizado pela ANS a pedido do jornal *Estado de Minas*, com base na Lei de Acesso à Informação, indica que entre janeiro e outubro de 2014 a agência aplicou 2.454 multas a planos de saúde por descumprimento de regras como a cobertura para procedimentos, sendo que mais da metade (55%) das multas aplicadas a operadoras não foi paga. Em relação ao valor das multas, dos R\$ 302 milhões cobrados às operadoras, a agência recebeu R\$ 120 milhões, pouco mais de um terço. A ANS, contudo, informou a recente simplificação do fluxo de julgamento dos processos administrativos sancionados em segunda instância, mediante a implementação da Análise Eficiente de Processos (AEP), o que permitiu duplicar o número de processos analisados: de 3.027, em 2013, para 6.212, em 2014. A Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fena-Saúde) informou que suas associadas respeitam os prazos e normas em vigor estabelecidas pela ANS e que “o recolhimento das multas segue regras de aplicação de penalidades estabelecidas em lei e nos regulamentos da ANS”, regras essas que “preveem recursos administrativos das operadoras a instâncias superiores da agência, quando questionada a pertinência da infração”. Para a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), o valor das multas aplicadas atualmente é “desproporcional e fere qualquer princípio de razoabilidade, tendo em vista sua função primordial de auxiliar na fiscalização do sistema de saúde suplementar, e não o de prover fundos”. Esses posicionamentos evidenciam a grande pressão que as operadoras exercem sobre o órgão regulador que, mesmo realizando regulação considerada frágil, é objeto de forte contestação.

3.7 Gestão

3.7.1 Regionalização

O alcance dos avanços previstos no PPA para a gestão do SUS, que envolviam o aprofundamento e consolidação de processos de regionalização, ficou, no período 2014-2015, bastante comprometido, especialmente por questões associadas aos mecanismos de formalização das relações entre as unidades federadas e ao subfinanciamento do sistema.

O PPA 2012-2015 incluía o objetivo de “Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável” (0724) entre os destinados a assegurar a implementação do programa “Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Entre suas metas, destacava-se a que propunha alcançar “Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) assinado em 80% das regiões de saúde até 2015”, de que decorria a iniciativa “Aprimoramento do Pacto Federativo, com desenvolvimento do processo de contratualização,

cooperação interfederativa e gestão compartilhada do SUS”. O MS destacou que ao final de 2014 apenas 5,49% das regiões de saúde estavam com o Coap implantado e apontou as possíveis razões do fraco desempenho: “no que se refere ao Processo de contratualização interfederativa aprimorado, foram identificados alguns obstáculos que necessitam ser superados para aprimorar o processo de contratualização interfederativa, tais como: imprecisão conceitual gerando diferenças importantes de entendimento sobre o processo; instrumento e fluxos do Coap, dentro e fora do MS; dissociação entre o Coap e as transferências de recursos da esfera federal aos estados e municípios; dificuldade de internalizar a regionalização nas políticas, programas e sistemas de informação do MS” (Brasil, 2015a).

Essas questões já foram tratadas na edição anterior do BPS e desde então as mudanças no processo de organização das regiões de saúde restringiram-se a alterações em suas composições realizadas por alguns estados (TO, GO, MG, SP, RS). Nenhum novo Coap foi efetivado até agosto de 2015.⁷²

No debate recente, têm sido apontadas alternativas à organização e ao modelo de gestão do SUS, sob a forma de uma a autarquia especial tripartite (Campos, 2015) ou de consórcios intermunicipais.⁷³ Contudo, qualquer que seja a forma de organização do sistema, a necessidade de ampliação do volume de recursos e a reformulação dos modos fragmentados de transferência dos recursos federais para as unidades subnacionais seguem sendo o maior desafio para a garantia da universalidade do acesso e a integralidade da atenção pelo SUS, objetivo central do processo de regionalização. E essas questões não se dissociam das pressões recentes já apontadas na seção 2.

No exercício de sua responsabilidade de coordenação nacional do SUS, o MS publicou a Portaria GM nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. O documento revê o disposto na Portaria nº 1.101/2002, que vinha sendo utilizada até então e representava mera atualização nos parâmetros de produção de serviços contidos na Portaria nº 3.046/1982, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e busca introduzir

nova lógica de definição dos parâmetros da atenção para as necessidades de saúde, trazendo elementos que embasem estimativas de oferta desejada de um rol de ações e serviços com vistas à minimização de riscos, agravos, condições clínicas ou doenças de conjuntos populacionais.

Os parâmetros de planejamento e programação de ações e serviços de saúde propostos pretendem assegurar a integralidade da atenção à saúde e a continuidade

72. Disponível em: <<http://goo.gl/8dMQlk>>. Acesso em: 16 set. 2015.

73. A experiência dos municípios com consórcios data da década de 1980, destinados em geral a assegurar a provisão de serviços de saúde cuja existência pressupõe escala economicamente viável.

do cuidado e orientam-se por diretrizes voltadas para a redução das desigualdades, a reorientação dos processos para as necessidades de saúde e a regionalização. Abrangem as seguintes áreas temáticas: *i*) atenção à gravidez, parto e puerpério; *ii*) atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); *iii*) eventos de relevância para a vigilância em saúde; *iv*) atenção à saúde bucal; *v*) atenção especializada; *vi*) atenção hospitalar; *vii*) equipamentos; e *viii*) hematologia e hemoterapia.

3.7.2 Formação de médicos

Outro desafio enfrentado pelo SUS, a disponibilidade de médicos para assegurar a universalização da cobertura da atenção básica, porta de entrada do sistema, vem sendo objeto de ações desenvolvidas no âmbito do Programa Mais Médicos, também já analisado no BPS 23. Seus objetivos de longo prazo incluem a ampliação de vagas e criação de novos cursos de medicina, a interiorização do processo de formação, a universalização da residência médica e a ênfase na formação de especialistas em medicina geral de família e comunidade. Em seus dois anos de existência, o programa disponibilizou 18.240 médicos em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 distritos de saúde indígenas, ampliando o acesso a cuidados médicos em áreas descobertas.⁷⁴

Para atender ao objetivo de aumento da disponibilidade de profissionais foram desencadeadas medidas relacionadas à ampliação de vagas de graduação e de residência médica. Até julho de 2015, foi autorizada a criação de quase metade (46,4%) das vagas em cursos superiores de medicina previstas no Programa Mais Médicos, pelo qual o governo federal comprometeu-se a criar 11.447 novas vagas de graduação até 2018. Isso corresponde à autorização de 5.306 novas vagas, sendo 1.690 em 23 novos cursos em universidades federais e 3.616 em instituições de ensino superior privadas. O mínimo de vagas autorizadas por instituição foi de cinquenta e o máximo de cem. Também foram autorizadas cem vagas para a Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, vinculada ao hospital de excelência. Na seleção de locais para a criação de novos cursos, foram priorizados municípios no interior dos estados, próximos a áreas de maior demanda por médicos, em todas as regiões do país. Os critérios de seleção, definidos pelo MEC e pelo MS, estabeleceram que, para se candidatar, as cidades deveriam ter pelo menos 70 mil habitantes, não ser capital de unidade da federação, ter no mínimo cinco leitos do SUS por aluno, possuir ao menos três alunos por equipe de atenção básica, contar com leitos de urgência e emergência ou pronto-socorro e comprometer-se a oferecer residências médicas nas especialidades prioritárias do Mais Médicos. Em alguns casos o cumprimento desses requisitos, como o número mínimo de

74. Para mais informações, acesse: <<http://goo.gl/9sWZ8v>>.

cinco leitos por aluno, tem exigido a articulação intermunicipal para assegurar que a região de saúde o complemente.

No primeiro edital de pré-seleção de municípios para implantação de curso de graduação de medicina por instituições de educação superior privadas (IES privadas), foram pré-selecionados 49 municípios, dos quais 38 (sete na região Nordeste, nove no Sul, vinte no Sudeste e dois no Norte), localizados em onze estados, tiveram propostas classificadas⁷⁵. O segundo edital de chamamento público⁷⁶ de municípios para implantação de curso de graduação em medicina por IES privadas pré-selecionou 22 municípios em oito estados, sendo cinco municípios na região Norte; dezesseis no Nordeste e um no Centro-Oeste. O edital afirma que os municípios foram pré-selecionados “de acordo com critérios de relevância e necessidade social da oferta de curso de medicina”. A classificação final será conhecida em novembro de 2015. O resultado final da chamada pública de mantenedoras de instituições de educação superior do sistema federal de ensino também será conhecido em novembro de 2015.⁷⁷

A meta do Programa Mais Médicos é atingir 11,5 mil novas vagas de graduação até 2017. Também foi autorizada a contratação de 880 professores para atuar nas universidades federais que abriram novas vagas nos cursos de medicina ou que criaram novas faculdades.

Esse tema da formação profissional tem sido objeto de muito debate. O Conselho Federal de Medicina (CFM) considera que será difícil assegurar qualidade à formação de profissionais ampliando a oferta de cursos privados longe dos grandes centros urbanos e que as condições da rede de serviços são precárias para assegurar adequação das práticas.⁷⁸ No entanto, o MS e o MEC consideram que essas questões estão sendo adequadamente equacionadas por intermédio das diretrizes para orientar as relações entre escolas de medicina e gestões locais e estaduais do SUS, que visem garantir a qualidade das atividades práticas de ensino executadas nos serviços de saúde. Essas relações serão formalizadas por meio de

75. Edital nº 3, de 22 de outubro de 2013, primeiro edital de pré-seleção de municípios para implantação de curso de graduação em medicina por instituição de educação superior privada. Disponível em: <<http://goo.gl/1aWbG>> e Edital nº 6/2014/Seres/MEC. Disponível em: <<http://goo.gl/7s7UDT>>.

76. Edital MEC nº 1/1/2015, segundo edital. Disponível em: <<http://goo.gl/l5pkva>>.

77. Edital nº 6/2014/Seres/MEC. Disponível em: <<http://goo.gl/7s7UDT>>.

78. O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Abem (Associação Brasileira de Educação Médica) anunciaram, no final de junho de 2015, a criação do Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (Saeme). A “acreditação” (credenciamento) é o reconhecimento formal da qualidade de serviços oferecidos por uma instituição.

Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes),⁷⁹ e as regras foram estabelecidas em Portaria Interministerial,⁸⁰ após consulta pública.

3.7.3 Residência médica

Em agosto de 2015 foi anunciada a criação de três mil bolsas de residência médica no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), das quais duas mil serão financiadas pelo MS e mil pelo MEC. Pelo menos 75% das bolsas serão destinadas à formação de especialistas em medicina geral de família e comunidade, com vistas a assegurar profissionais para a atenção básica universal. Norte, Nordeste e Centro-Oeste terão prioridade na concessão das bolsas, visando a corrigir o déficit histórico de profissionais nessas regiões. Desde o início do Programa Mais Médicos já haviam sido autorizadas 4.742 vagas de residência em todo o país. Com a criação de mais três mil bolsas de residência médica, que viabilizam a expansão da oferta de vagas para formação, a quantidade de vagas chegará, em 2015, a 7.472 (62% da meta). A meta do programa é a criação de 12,4 mil novas vagas de residência para formação de especialistas, de modo a assegurar a universalização do acesso à residência aos graduados em medicina. Essas mudanças têm gerado mais uma frente de conflito com as entidades médicas e estiveram no centro dos debates do VI Fórum Nacional de Ensino Médico, realizado em agosto de 2015. Durante o evento, o presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) apresentou um levantamento do sistema atual de Residência Médica que indicaria a existência de 23.399 vagas ociosas de residência no Brasil, sendo que 26% das vagas em residência em medicina geral de família e comunidade estariam desocupadas. “O governo não precisa criar novas vagas, mas melhorar a qualidade das Residências existentes”, defendeu. A ANMR lançou o movimento nacional pela valorização da residência médica, que defende, entre outros pontos, um plano de carreira para os preceptores, a isonomia da bolsa residência com os médicos do Proav e do Mais Médicos e um plano de carreira dos médicos do SUS. Durante o mesmo evento, foi também apresentada proposta para a revisão do prazo estabelecido pelo governo de oferecer vagas nas residências médicas no mesmo número de egressos em cursos de medicina, por considerarem inviável a oferta de todas essas vagas em 2019. Também foram questionadas as novas diretrizes curriculares, instituídas com a publicação da Resolução nº 3 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, em junho de 2014, a partir dos dispositivos previstos na Lei do Mais Médicos.

79. Portaria Normativa MEC nº 16/2014 – Estabelece os parâmetros para a contrapartida a ser oferecida ao Sistema Único de Saúde (SUS) para implantação e funcionamento de cursos de graduação em medicina por instituição privada. Disponível em: <<http://goo.gl/ejrAeL>>.

80. Portaria Interministerial no 285, de 24 de março de 2015, redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Disponível em: <<http://goo.gl/ymbhTF>>.

Contudo, o MS argumenta que as oportunidades de residência estão concentradas na região Sudeste e que a fixação de médicos nos municípios do interior e nas outras regiões depende também da disponibilidade de programas de residência nesses locais. Essa a razão pela qual o Mais Médicos reformulou os critérios para definição das cidades e especialidades nas quais será autorizada a abertura de novas vagas de residência, independentemente do custeio pelos ministérios da Saúde e da Educação ou por qualquer outra instituição.

Considerando a duração dos cursos de graduação e da residência médica, a recente implementação desses novos critérios não faculta, ainda, uma avaliação de resultados que permita verificar em que medida repercutiram sobre as disparidades regionais.

3.7.4 Cadastro Nacional de Especialistas

A regulamentação do Cadastro Nacional de Especialistas (CNE), previsto na Lei do Mais Médicos, gerou mais um embate entre o governo federal e as entidades médicas. O cadastro é considerado pelo MS ferramenta fundamental para a estratégia de universalização das residências médicas e para fornecer subsídios ao planejamento de políticas públicas que atendam às necessidades de cada região do país, tais como a expansão de serviços de saúde de atenção especializada e a ampliação de programas de residência médica. A emissão do Decreto nº 8.497, de 4 de agosto de 2015 causou grande reação das entidades médicas que se movimentaram para obter sua anulação a partir de mobilização de apoios no Congresso Nacional. O ponto inicial de discórdia eram os Artigos 2º e 3º que confeririam ao MS e ao MEC maiores poderes para regular a formação de especialistas e definir quem é especialista, o que afrontaria, no entender das entidades, as atribuições da AMB.

As negociações foram mediadas pelo presidente da Câmara, Eduardo Cunha, e a iminência de aprovação de um decreto legislativo que sustava os efeitos da determinação presidencial levou o governo a acatar a proposta de formação de um grupo de trabalho com a participação de representantes das entidades médicas (AMB, CFM e Fenam), do governo federal e da Câmara dos Deputados para elaborar o novo decreto que definiu as bases do CNE e, segundo o CFM, “eliminou as ameaças ao processo de formação de especialistas”. A nova regulamentação concretizou-se no Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, que revogou o Decreto nº 8.497/2015, deu ao Artigo 2º nova redação e determinou a criação de uma comissão mista de especialidades, vinculada ao CFM e com composição majoritária das entidades médicas, à qual competirá definir, por consenso, as especialidades médicas no país. O Cadastro agregará as informações da base de dados dos sistemas de informação em saúde do SUS, da ANS, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), do CFM, da AMB e das sociedades de especialidades a ela vinculadas. Incluirá, também, informações sobre as formações e pós-graduações

dos profissionais, que deverão ser disponibilizadas regularmente pelo MEC e pelas instituições de ensino superior.

As entidades médicas celebraram a conquista, por considerar que suas representações “impediram os efeitos deletérios do decreto original e trouxeram um grande avanço”. Para Mauro Ribeiro, 1º vice-presidente do CFM, “ao detalhar na lei o papel da comissão mista de especialidades, a medicina e a sociedade saem vitoriosas, pois terão ao seu dispor um grupo fortalecido e tecnicamente competente para discutir todas as etapas do processo que regula a formação e a criação de especialistas no país”.

Em outras palavras, trata-se da plena recuperação pelas entidades médicas do poder de determinar a oferta de especialistas no mercado brasileiro – em qualidade e em quantidade. Isso reflete a fragilidade da capacidade do Estado brasileiro, potencializada pelo ambiente de crise política, de regulação em torno dos interesses de categoria profissional historicamente autorregulada.

Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015

(...)

Art. 2º O Cadastro Nacional de Especialistas reunirá informações relacionadas aos profissionais médicos com o objetivo de subsidiar os Ministérios da Saúde e da Educação na parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde, por meio do dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, sua formação acadêmica, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional.

Parágrafo único. Para fins do disposto neste Decreto, o título de especialista de que tratam os § 3º e § 4º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981, é aquele concedido pelas sociedades de especialidades, por meio da Associação Médica Brasileira – AMB, ou pelos programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM” (grifos nossos).

(...)

Art. 4º Fica estabelecida a Comissão Mista de Especialidades, vinculada ao CFM, a qual compete definir, por consenso, as especialidades médicas no País” (grifos nossos).

§ 1º A Comissão Mista de Especialidades será composta por:

I – dois representantes da CNRM, sendo um do Ministério da Saúde e um do Ministério da Educação;

II – dois representantes do CFM; e

III – dois representantes da AMB.

§ 2º Os representantes da Comissão Mista de Especialidades, definirão, por consenso, as demais competências para sua atuação e as regras de seu funcionamento, por meio de ato específico.

Em 2 de outubro de 2015, o MS disponibilizou versão teste do CNE que pretende possibilitar, no futuro, a realização de consultas sobre a atuação, especialidade, distribuição e formação de médicos com registros no Brasil. A versão teste contém informações fornecidas pela CNRM e pelo CFM. Essa versão ainda poderá ser aprimorada por sugestões recebidas na fase de teste. A página definitiva está prevista para entrar no ar em novembro de 2015.

3.7.5 Carreira de médico de Estado

Vencida a batalha do CNE, as entidades médicas mobilizam-se nacionalmente para obter a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional nº 454/2009, de autoria do então deputado Ronaldo Caiado (DEM/GO), que institui e estabelece diretrizes para a organização da carreira de médico de Estado, organizada e mantida pela União. Por esse dispositivo, no serviço público federal, estadual e municipal a medicina será privativa dos membros da carreira única de médico de Estado. O provimento será por concurso público de provas e títulos, com a participação do respectivo órgão de fiscalização profissional. No âmbito do SUS a carreira será mantida pela União, mas com exercício nas esferas públicas federal, estaduais e municipais.

O relatório da subcomissão especial da carreira médica da comissão de seguridade social e família da Câmara dos Deputados, que será submetido à apreciação da comissão a partir de 8 de outubro de 2015,⁸¹ propõe a aprovação da proposta quando levada ao Plenário da Câmara e também sugere a instituição de uma carreira especial no SUS para profissionais de saúde de atenção básica e, não apenas médicos, em áreas vulneráveis do país, de difícil acesso ou provimento, como forma de assegurar continuidade às ações do Programa Mais Médicos, que tem encerramento previsto para 2018. O relatório também sugere a aprovação, pela Câmara, do Projeto de Lei nº-7.841/14, originário do Senado Federal, que simplifica o processo de reconhecimento de diplomas de instituições estrangeiras reconhecidas pela excelência técnica. Outro projeto de lei sugerido no relatório prevê alteração na lei do Mais Médicos para determinar que a abertura de novos cursos de medicina seja submetida à manifestação do Conselho Nacional de Saúde antes da autorização pelo MEC.

A PEC nº 454 também estabelece que a remuneração do médico respeitará um piso profissional nacional fixado por lei e valorizará o tempo de serviço e os níveis de qualificação na área médica e inclui nas Disposições Transitórias artigo determinando que “lei específica fixará a remuneração inicial da carreira de médico de Estado em R\$ 15.187,00 (quinze mil e cento e oitenta e sete reais) e a reajustará anualmente, de modo a preservar seu poder aquisitivo”, abrindo um precedente de constitucionalização do valor do piso salarial e da forma de reajuste dos médicos. Outras categorias profissionais – como professores, agentes de saúde, engenheiros, por exemplo, têm o valor do piso salarial definido por lei ou decreto. Além disso, o projeto estende aos médicos de Estado as prerrogativas e garantias especiais asseguradas ao servidor público estável que desenvolva atividades exclusivas de Estado (CF/1988, Artigo 247). A inclusão da atividade do médico como atividade exclusiva de Estado é discutível, porque não corresponde aos conceitos

81. Ainda está em apreciação.

(e são controversos) e pode resultar em demanda de outras prerrogativas dessa condição, além da exigência de avaliação de desempenho, como remunerações diferenciadas e gratificações especiais, por exemplo. Ademais, essa condição de atividade exclusiva de Estado é vinculada às atribuições do cargo efetivo, não ao vínculo dos ocupantes, o que não se aplica ao caso. A inclusão nessa categoria, hoje feita por lei, exige critérios objetivos atinentes às atribuições desses cargos, “*sob pena de ferir o princípio da isonomia entre os servidores públicos civis*”.⁸² Ademais, se a questão fosse a proteção da estabilidade, os incisos III e IV da Emenda e a Lei nº 8.112/1990,⁸³ que “dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais” já estabelecem garantias.

Esse é um debate da maior relevância para o SUS e precisaria ser conduzido de forma mais ampla e participativa, de modo a contemplar formas mais adequadas de reorganização do sistema e não apenas os interesses de uma categoria que, embora relevante, é apenas uma parte do problema.

3.8 Financiamento e execução orçamentário-financeira

3.8.1 Financiamento

Mudança na regra de vinculação de recursos da União para o SUS

Propostas de modificação na regra de participação dos recursos da União no financiamento do SUS vêm sendo feitas desde os primeiros anos de vigência da Emenda Constitucional no 29 de 2000 (EC nº 29/2000). A emenda estabeleceu os limites mínimos de recursos a serem aplicados, pelas três esferas de governo, em ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Estados e municípios deveriam destinar pelo menos 12% e 15%,⁸⁴ respectivamente, da receita de impostos e transferências constitucionais para o SUS. No caso da União, a regra para o gasto mínimo tomou como base o valor aplicado em 1999 pelo MS, acrescido de um crescimento real de 5% para o ano 2000 e, nos anos seguintes, a correção seria feita pela variação nominal do PIB.

O principal legado da vinculação foi conferir maior estabilidade ao financiamento federal da saúde. Este foi um dos motivos porque, ao ser extinta a CPMF em 2007, com o Governo Federal perdendo receitas da ordem de quase 40 bilhões, não houve uma crise como a observada em 1993, quando as contribuições

82. Ver Mensagem Presidencial – sobre veto ao estabelecimento da condição de atividade exclusiva de Estado aos servidores do MPU – disponível em: <<http://goo.gl/Qcu2fi>>.

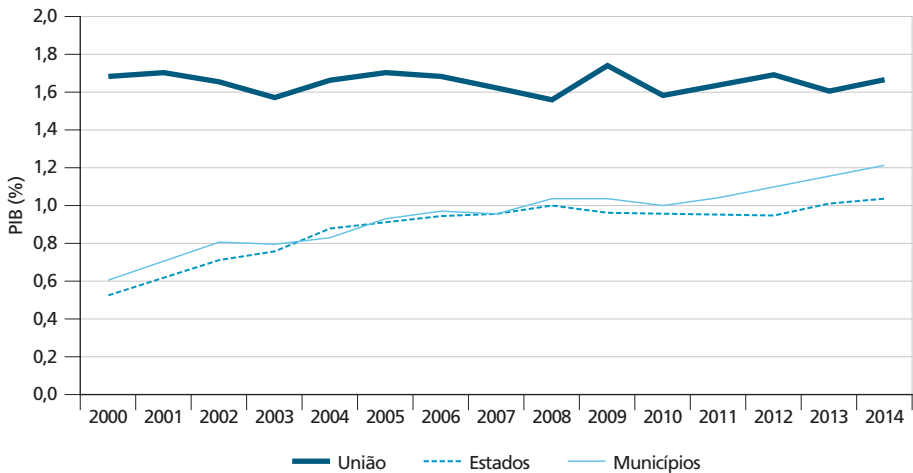
83. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Artigo 22: “O servidor estável só perderá o cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar no qual lhe seja assegurada ampla defesa”.

84. Entre 2000 e 2004, houve uma regra de transição para a aplicação destes percentuais. O limite mínimo a ser aplicado em ASPS nos estados e nos municípios foi de 7%, em 2000, aumentando paulatinamente nos anos seguintes até atingir o percentual de 12% para os estados e 15% para os municípios, em 2004.

previdenciárias deixaram de financiar a saúde (Servo *et al.*, 2011), uma vez que a União tinha um valor mínimo a cumprir, independentemente da fonte de recursos a ser utilizada.

A Emenda também contribuiu para um aumento dos gastos públicos com saúde. Em 2000, correspondiam a 2,83% do PIB e, em 2014, alcançaram 3,93%. Esse aumento em relação ao PIB, entretanto, foi obtido principalmente por meio da ampliação dos gastos estaduais e municipais, uma vez que estes entes tiveram de fazer um esforço maior para se adequar à EC no 29/2000. Em relação à União, não foi muito difícil ajustar-se à nova situação uma vez que foi mantido o patamar de gasto observado em 1999, mais um crescimento real de 5%, daí em diante, quase sempre esse crescimento ficou restrito à variação nominal do PIB. O gráfico a seguir mostra como a participação dos gastos estaduais em ASPS muda de patamar, passando de 0,53% para 1,04% do PIB. Da mesma forma, os gastos municipais em ASPS aumentam de 0,61% para 1,22% do PIB. Por sua vez, os gastos da União, apesar de apresentarem incremento em termos reais,^{85,86} quase não apresentaram crescimento em relação ao PIB: corresponderam a 1,69% desse indicador, em 2000, e a 1,67%, em 2014.

GRÁFICO 3
Gastos com ASPS em relação ao PIB (2000-2014)



Fonte: SPO/MS; Siops (dados extraídos em 11 de agosto de 2015).
Elaboração do Ipea.

85. Entre 2000 e 2011, os estados e municípios triplicaram o volume de recursos destinados à saúde, passando de R\$ 28 bilhões para R\$ 89 bilhões, o que significou um incremento de R\$ 61 bilhões (sendo R\$ 28 bilhões referente ao incremento estadual e R\$ 32 bilhões, ao municipal). Nesse mesmo período a União aumentou seus gastos em ASPS no montante de R\$ 31 bilhões (Piola *et al.*, 2013).

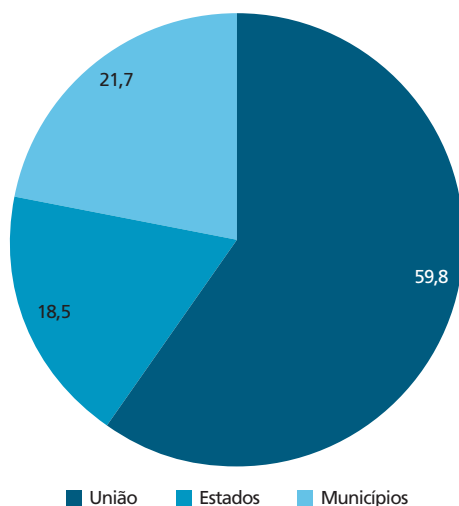
86. A perda de receita decorrente do fim da CPMF foi progressivamente superada por meio de sucessivos aumentos de outros tributos, especialmente imposto sobre operações financeiras (IOF) e contribuição sobre o lucro líquido (CSLL).

A EC nº 29/2000 mudou a participação relativa de cada esfera de governo no financiamento do SUS. Entre 2000 e 2014, a participação dos estados e municípios no gasto público total com ASPS passou de 40,2% para 57,5%, enquanto a participação da União caiu de 59,8% para 42,5%.

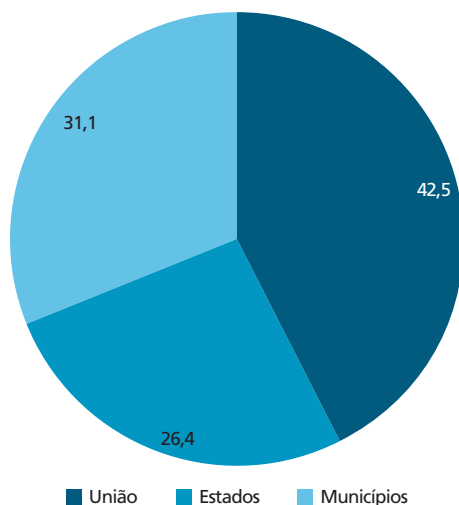
GRÁFICO 4**Participação dos gastos em ASPS por esfera de governo no total de gastos em ASPS, 2000 e 2014**

(Em %)

4A – 2000



4B – 2014



Fonte: SPO/MS; Siops (dados extraídos em 11 de agosto de 2015).
Elaboração dos autores.

Observa-se, portanto, que os mecanismos de vinculação dos recursos utilizados na saúde significaram um esforço muito maior para os estados e municípios: para estes, a emenda representou um aporte crescente de recursos, tendo em vista que a maioria dos estados e municípios, à época da aprovação da emenda (2000), aplicava em saúde um percentual inferior ao piso determinado e nos anos seguintes não fizeram do piso um teto, como fez a União. Os estados, por exemplo, destinavam, em média, 9,4% das suas receitas próprias para a saúde em 2002, chegando a um percentual de 13,5% em 2014. Os municípios, por sua vez, em 2000 aplicavam, em média, 14% das suas receitas próprias em saúde, ampliando este percentual para 23% em 2014. Como dito anteriormente, o valor mínimo exigido desses entes corresponde a 12% e 15% das respectivas receitas de impostos e transferências constitucionais ou legais.

Podemos elencar algumas explicações para o desempenho da União em relação à EC nº 29/2000. A primeira é que o desempenho do PIB, ao qual o piso federal ficou vinculado, apesar de ter apresentado um crescimento anual entre 1,7% (2012) e 3,7% (2005), no período de 2000 a 2013, não foi suficiente para acompanhar as necessidades crescentes do SUS. Ademais, em quase todos os anos o governo federal restringiu-se a apenas a cumprir o piso. Naturalmente, não ultrapassar o piso legalmente definido, transformando-o em teto de suas aplicações, apenas ratifica o entendimento de que saúde não foi considerada prioridade durante todo esse período. Esses fatores produziram o efeito concreto de praticamente congelar os recursos federais destinados à saúde em relação ao PIB.

Nesse contexto, a regulamentação da EC nº 29/2000, o que foi feito na Lei Complementar nº 141 de 2012, trazia consigo a expectativa de mudança na forma da vinculação federal, com o objetivo de garantir um aporte maior de recursos para a saúde.

Essa pretensão, aliada ao fato da União ter sido detentora de 52% da receita pública disponível,⁸⁷ no período de 2002 a 2012, levou à proposta de Emenda Popular do movimento “Saúde +10” (PLP nº321/2013), que reivindicava a destinação do equivalente a 10% da Receita Corrente Bruta da União (RCB) para a saúde.

No debate legislativo, alguns substitutivos foram apresentados, entre eles o que propunha a substituição da RCB por 18,7% da receita corrente líquida (RCL).⁸⁸ Essa proposta visava a evitar possíveis contestações legais a uma vinculação à RCB, na medida em que vários componentes da RCB já têm destinação específica, como os repasses constitucionais para estados e municípios, as contribuições previdenciárias ou as contribuições para o PIS/Pasep (Piola, 2015). Ou seja, a União não tem a disponibilidade total da RCB para realizar gastos.

87. Para este cálculo, foram consideradas a participação da RCL no total das seguintes receitas: RCL (fonte STN) + receita própria de impostos e transferências constitucionais e legais dos estados e municípios (obtidas no site do SIOPS).

88. Entre 2011 e 2014, 10% da RCB correspondia a aproximadamente 18,7% da RCL.

Apesar das 2,2 milhões de assinaturas que o projeto de iniciativa popular obteve, tal proposta não foi acatada pelo Congresso Nacional, que mediante negociações entre governo e parlamento, incluiu dispositivos alterando o financiamento federal do SUS numa Proposta de Emenda à Constituição (PEC nº 358/2013) que tramitava no Congresso e que tinha por objeto tornar impositiva a execução de emendas parlamentares. Essa proposta, mais conhecida como PEC do Orçamento Impositivo, foi aprovada em fevereiro e promulgada pela Emenda Constitucional nº 86 (EC nº 86/2015), de 17 de março de 2015.

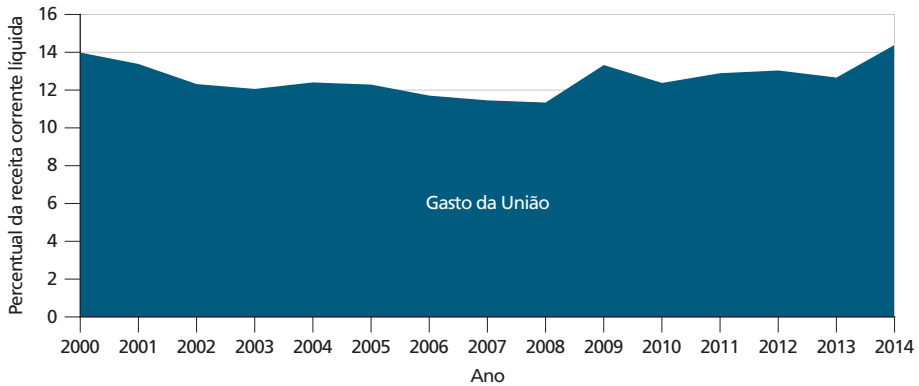
A EC nº 86/2015 alterou o método de cálculo do piso constitucional a ser aplicado em ASPS pela União e manteve as regras vigentes para os entes federados. A partir de 2016, o piso constitucional da União estará vinculado à RCL da seguinte forma: em 2016, será equivalente a 13,2% da RCL; em 2017, 13,7%; em 2018, 14,1%; em 2019, 14,5%; e, a partir de 2020, corresponderá a 15% da RCL.⁸⁹

De positivo, vale ressaltar a importância desta EC nº 86/2015 em relação ao alcance da garantia da isonomia de critérios entre os entes federados, na medida em que vinculou os recursos da União à receita de arrecadação, da mesma forma que se observa nos estados e municípios. Entretanto, o percentual proposto ficou bem abaixo do pleito do movimento “Saúde +10”, 10% da RCB, o que corresponderia a 18,7% da RCL.

Vale a pena ressaltar que o gasto da União em ações e serviços públicos no ano 2000, ano de início da vigência da EC nº 29/2000, correspondeu a 14% da RCL. Ou seja, em 2016 e 2017, o piso estabelecido pela EC nº 86/2015 será relativamente inferior ao percentual observado em 2000. Nos anos seguintes, a média do percentual de gastos em ASPS em relação à RCL foi de 12,4% (período de 2001 a 2013), valor um pouco inferior ao assegurado pela nova regra. Por sua vez, em 2014, ano em que ocorreu queda nominal na arrecadação da RCL, o gasto em ASPS correspondeu a 14,4% da RCL. Ou seja, este percentual corresponde ao escalonamento de quase quatro anos da emenda, pois apenas em 2019 a União será obrigada a aplicar 14,5% da RCL.

89. Os percentuais previstos nesta Emenda são idênticos aos de proposta elaborada por Comissão Especial da Câmara criada em 2012 para debater o financiamento da saúde. A diferença é que na proposta da Comissão era prevista a criação de contribuição social específica para a saúde, parte não incluída na PEC do Orçamento Impositivo.

GRÁFICO 5
Gasto da União com ASPS, como porcentagem da receita corrente líquida (2000-2014)



Fonte: SPO/MS; Siops (dados extraídos em 11 de agosto de 2015).
Elaboração do Ipea.

Outra mudança que impactou diretamente no financiamento da saúde diz respeito aos *royalties* do petróleo. Em 2013, a Lei nº 12.858 estabeleceu que 25% dos recursos oriundos de parcela da participação no resultado ou compensação financeira pela exploração do petróleo e do gás natural, de áreas com declaração de comerciabilidade, a partir de dezembro de 2012, deveriam ser destinados à saúde⁹⁰ e contabilizados como recurso adicional ao piso. Entretanto, a EC nº 86/2015, no seu Artigo 3º, determinou que tais recursos sejam contabilizados dentro do gasto mínimo da União, perdendo a condição de adicionais. Cálculos feitos para 2014 estimavam que esses recursos representariam no mínimo cerca de R\$ 3,8 bilhões extra piso, para a saúde⁹¹. Ademais, existem outros problemas decorrentes da aprovação da EC nº 86/2015. Em primeiro lugar, a emenda introduziu uma maior rigidez para qualquer revisão do montante a ser aplicado pelos entes federados em saúde. Pela legislação anterior (EC nº 29/2000), essa regra seria estabelecida por lei complementar, revista a cada cinco anos. Com a EC nº 86/2015, a revisão do piso deverá ser realizada por emenda constitucional, que exige quórum qualificado, de maioria de 3/5 e dois turnos de votação na Câmara e no Senado Federal.

Outro problema decorrente da aprovação da EC nº 86/2015 refere-se ao fato de a emenda não garantir a manutenção do valor nominal empenhado no ano anterior, em caso de queda da RCL. Esse procedimento era garantido na Lei nº 141/12, que previa que “em caso de variação negativa do PIB, o valor de

90. 75% seriam destinados à educação, com prioridade à atenção básica.

91. Câmara dos Deputados, Relatório Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde Pública, outubro de 2013.

que trata o *caput* não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro”.

A vigência da EC nº 86/2015 começa em 2016. Nesse ano, o piso da saúde será o equivalente a 13,2% da RCL. Segundo algumas estimativas, pela regra anterior, de aplicação da variação nominal do PIB sobre o empenhado em 2015, o piso de financiamento federal do SUS seria de aproximadamente R\$ 104 bilhões. Ainda com base em estimativas apresentadas no Conselho Nacional de Saúde (CNS), o piso de 2016, pela EC nº 86/2015, está estimado em R\$ 100,2 bilhões,⁹² ou seja, quase R\$ 4 bilhões inferior ao valor de R\$ 104,0 bilhões calculado pela regra anterior. Por outro lado, as necessidades de financiamento do MS para 2016, aqui incluídos os recursos necessários para cumprir os restos a pagar de 2015 que devem onerar o orçamento do ano subsequente, mais os acréscimos do caráter impositivo das emendas parlamentares em relação a sua média histórica de execução, deverão alcançar cerca de R\$ 117 bilhões, com uma “insuficiência orçamentária” estimada em R\$ 16,7 bilhões.⁹³

Para agravar a situação, deve ser lembrado que hoje estados e municípios já respondem por mais de 57% do financiamento do SUS e que os efeitos da crise, refletida na diminuição dos repasses do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e na frustração de receitas, sobretudo do ICMs e ISS, principais fontes de recursos dessas esferas de governo, já estão presentes.

3.8.2 Execução orçamentário-financeira

A dotação inicial total do MS em 2014 foi de R\$ 106 bilhões. Graças ao aporte de R\$ 2,3 bilhões de créditos adicionais, fechou o ano com uma dotação autorizada de R\$ 108,4 bilhões. A despesa empenhada pelo MS, que foi de R\$ 101,9 bilhões, correspondeu a 94% da despesa autorizada. Em relação aos gastos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), a despesa autorizada foi de R\$ 97,9 bilhões, tendo o MS empenhado R\$ 92,2 bilhões (94%).

Entretanto, no Relatório Anual de Gestão de 2014 do MS (Brasil, 2015a) a despesa empenhada pelo MS é calculada de forma diferente, uma vez que o percentual de execução toma por base a dotação disponível, ou seja, o valor após o contingenciamento imposto pelo Ministério da Fazenda. Nesse caso, a despesa empenhada representou 99,6% da despesa disponível, uma vez que o contingenciamento foi de R\$ 6 bilhões para a saúde, tornando disponível para o empenho R\$ 102,3 bilhões. A maior parte do contingenciamento atingiu as despesas com ASPS, uma vez que do total de R\$ 6 bilhões contingenciados, R\$ 5,5 bilhões

92. Estimativa do Ministério da Saúde apresentada na reunião do Conselho Nacional de Saúde de 10/9/2015.

93. Ver Ocké-Reis; Funcia (2015).

foram referentes a esse tipo de despesa. Quando comparado ao ano anterior (2013), a execução de recursos em ASPS pelo MS teve um incremento de R\$ 9,2 bilhões, passando de R\$ 83 bilhões, em 2013, para R\$ 92,2, em 2014.

Em relação ao cumprimento do piso constitucional, destaca-se que o MS cumpriu a Lei nº 141/2012 em 2014. Nesse ano, como dito anteriormente, o valor empenhado foi de R\$ 92,2 bilhões, enquanto o piso foi estimado em R\$ 91,6 bilhões.⁹⁴ Assim, mesmo considerando o valor de R\$ 344 milhões de restos a pagar cancelados que foram compensados em 2014, o MS ultrapassou o piso em R\$ 284,4 milhões. Ou seja, também em 2014, a execução do MS não ultrapassa em quase nada o mínimo.

TABELA 10
Execução orçamentária do Ministério da Saúde por GND (2014)

| GND | Valores em milhões (R\$) | | | | | Valores (em %) | |
|--|--------------------------|----------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| | Dotação inicial (a) | Autorizado (b) | Empenhado (c) | Créditos adicionais (b = b - a) | Saldo orçamentário (c = b - c) | Nível de execução (f = c / b) | Distribuição do saldo |
| 1-PES | 9.510,05 | 9.389,20 | 9.298,91 | -120,85 | 90,29 | 99,04 | 2,00 |
| 3-ODC | 77.312,46 | 80.067,12 | 78.165,73 | 2.754,66 | 1.901,39 | 97,63 | 33,00 |
| 4-INV | 8.816,93 | 8.375,72 | 4.748,55 | -441,21 | 63.627,17 | 56,69 | 64,00 |
| 5-IFI (%) | 100,00 | 100,00 | 30,00 | | 70,00 | 30,00 | 1,00 |
| Total ASPS | 95.739,44 | 97.932,05 | 92.243,19 | 2.192,60 | 5.688,85 | 94,19 | 100,00 |
| Total MS | 106.035,26 | 108.393,35 | 101.865,61 | 2.358,09 | 6.527,74 | 93,98 | |
| Disponibilidade de empenho ASPS ¹ (R\$) | | 92.441,80 | Contingenciamento para ASPS (R\$) | | 5.490,25 | | |
| Disponibilidade de empenho MS ¹ (R\$) | | 102.311,10 | Contingenciamento para MS (R\$) | | 6.082,25 | | |

Elaboração dos autores, com base em dados do Siga Brasil e Brasil (2015a) – disponibilidade de empenho.
Nota: ¹ O somatório do GND corresponde a despesa em ASPS.

Na análise da execução orçamentária do MS em ASPS por grupo de natureza de despesa (GND), observa-se que os recursos não executados totalizaram R\$ 5,7 bilhões (diferença entre valor autorizado e empenhado). Destes, a maior parte (64%) corresponde a investimentos cuja execução atingiu apenas 57% do valor autorizado. Nesse item, mais de R\$ 3,6 bilhões deixaram de ser executados em 2014 (tabela 10).

Como pode ser visto na tabela 11, as ações que mais sofreram com o impacto do contingenciamento estão relacionadas a investimentos na média e alta complexidade: nas ações 8535 e 8933 a execução foi de apenas 38% e 26%, respectivamente. O contingenciamento atingiu também os investimentos que deveriam ter sido

94. Corresponde ao empenhado no ano anterior (2013), mais a variação nominal do PIB de 2013 em relação a 2012, que no caso foi de 10,3%.

realizados na atenção básica: quase R\$ 940 milhões deixaram de ser investidos na estruturação da rede de serviços de atenção básica e na construção e ampliação de unidades básicas de saúde, apesar de os recursos terem sido autorizados (tabela 11).

TABELA 11

Execução orçamentária do Ministério da Saúde em ASPS do GND investimento (2014)

| GND | Valores em milhões (R\$) | | | | | Valores (em %) | |
|--|--------------------------|-----------------|---------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| | Dotação inicial (a) | Autorizado (b) | Empenhado (c) | Créditos adicionais (b = b - a) | Saldo orçamentário (c = b - c) | Nível de execução (f = c / b) | Distribuição do saldo |
| 8535 – Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde | 3.209,38 | 3.260,51 | 1.229,08 | 2.031,43 | 2.031,43 | 37,70 | 56,01 |
| 8581 – Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica em Saúde | 1.914,50 | 2.037,66 | 1.378,13 | 659,53 | 659,53 | 67,63 | 18,18 |
| 12L5 – Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde - UBS | 1.578,07 | 1.116,07 | 836,92 | 279,15 | 279,15 | 74,99 | 7,70 |
| 8933 – Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial | 257,22 | 247,57 | 64,86 | 183 | 182,71 | 26,20 | 5,04 |
| Demais ações | 2.857,76 | 1.713,91 | 1.240 | 474 | 474,35 | 72,32 | 13,08 |
| Total | 8.816,93 | 8.375,72 | 4.749 | 3.627 | 3.627,17 | 56,69 | 100,00 |

Elaboração dos autores, com base em dados do Siga Brasil e Brasil (2015a) – disponibilidade de empenho.

A análise da execução dos programas orçamentários de 2014, em relação a 2013, aponta para um crescimento real de apenas 4,4%, ou seja, R\$ 3,9 bilhões de reais. Na verdade, o crescimento expressivo é apenas observado no Programa Aperfeiçoamento do SUS, que foi da ordem de R\$ 4 bilhões, tendo praticamente todos os outros programas perdido recursos, em termos reais. A análise do Programa Aperfeiçoamento do SUS, à luz dos principais programas existentes até 2011 – antes da mudança do PPA, permite observar que o aumento de gastos neste programa foi devido, principalmente, ao incremento de recursos destinados à atenção básica (AB), que foi da ordem de R\$ 2,6 bilhões em termos reais, e à média e alta complexidade, que foi de R\$1,8 bilhão.

O aumento observado na atenção básica corresponde aos recursos destinados ao Programa Mais Médicos: em 2013, foram gastos R\$ 568 milhões em termos reais com a contratação de médicos no âmbito desse programa. Em 2014, o valor quadruplicou: foram gastos R\$ 2,14 bilhões. Ou seja, a AB continua ganhando espaço dentro da política de saúde. Em relação à assistência farmacêutica e à vigilância em saúde, em 2014, observou-se uma queda, em termos reais, de recursos destinados a essas áreas (tabela 12).

TABELA 12
Valores executados em ASPS por programa (2013 e 2014)
 (Em milhões de R\$, 2014)¹

| | 2013 | Participação (%) | 2014 | Participação (%) | Diferença |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|
| 0901 – Operações Especiais: cumprimento de sentenças judiciais | 75,10 | 0,1 | 153,77 | 0,2 | 78,67 |
| 2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde | 75.763,48 | 85,8 | 79.808,54 | 86,5 | 4.045,06 |
| Atenção básica | 16.033,07 | 18,2 | 18.645,25 | 20,2 | 2.612,18 |
| Assistência farmacêutica | 9.145,99 | 10,4 | 8.886,99 | 9,6 | -259,00 |
| Média e alta complexidade | 42.240,06 | 47,8 | 44.067,07 | 47,8 | 1.827,01 |
| Vigilância em saúde | 5.016,85 | 5,7 | 4.629,01 | 5,0 | -387,84 |
| Demais ações | 3.327,51 | 3,8 | 3.580,22 | 3,9 | 252,71 |
| 2055 – Desenvolvimento Produtivo | 389,08 | 0,4 | 366,94 | 0,4 | -22,14 |
| 2065 – Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas | 1.090,60 | 1,2 | 1.150,30 | 1,2 | 59,70 |
| 2068 – Saneamento Básico | 230,30 | 0,3 | 216,56 | 0,2 | -13,74 |
| 2069 – Segurança Alimentar e Nutricional | 40,80 | 0,0 | 7,66 | 0,0 | -33,14 |
| 2115 – Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Saúde | 10.720,49 | 12,1 | 10.539,42 | 11,4 | -181,07 |
| Total geral | 88.309,85 | 100,0 | 92.243,19 | 100,0 | 3.933,34 |

Elaboração dos autores, com base nos dados do Siga Brasil.

Nota: ¹ Corrigidos pelo IPCA.

4 TEMA EM DESTAQUE: O PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO SUS

O planejamento no âmbito do SUS é um tema que precisa ser discutido em maior profundidade em razão de sua complexidade normativa e da capacidade de articulação dos seus vários produtos (planos e programações, entre outros), a fim de que sejam instrumentos norteadores efetivos da ação governamental.

O processo e o ciclo do planejamento da administração pública no Brasil estão vinculados aos instrumentos orçamentários previstos na Constituição Federal: o Plano Plurianual (PPA), com vigência de quatro anos, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), com vigência anual. O PPA deve trazer de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e para as relativas aos programas de duração continuada. A LDO abrange as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientando a elaboração da lei orçamentária anual. E, por fim, a LOA dispõe sobre o orçamento fiscal, que no âmbito federal, refere-se aos poderes da União, o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social, com direito a voto e o orçamento da seguridade social (Brasil, 1988).

Quanto ao processo de elaboração do PPA no âmbito federal, inicialmente, são definidos os macrodesafios, que são diretrizes elaboradas com base no programa de governo e na visão estratégica que orientarão a formulação dos programas temáticos e dos programas de gestão, manutenção e serviços ao Estado. O programa temático retrata no PPA a agenda de governo organizada pelos temas das políticas públicas e orienta a ação governamental; os programas de gestão são instrumentos que classificam um conjunto de ações destinadas ao apoio, à gestão e à manutenção da atuação governamental, bem como as ações não tratadas nos programas temáticos. O objetivo expressa o que deve ser feito, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de um conjunto de iniciativas, com desdobramento no território, e a iniciativa declara as entregas à sociedade de bens e serviços, resultantes da coordenação de ações orçamentárias e outras como, por exemplo, as decorrentes da pactuação entre entes federados e entre Estado e sociedade e da integração de políticas públicas. A discussão dos programas temáticos se dá entre o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP) e os ministérios executores das políticas públicas (Brasil, 2011a).

A integração entre o PPA, LDO e a LOA se dá por meio dos programas temáticos. A iniciativa é o atributo do programa temático que estabelece uma ligação entre o PPA e a LOA, e as ações orçamentárias são criadas com base nas iniciativas, de forma que, para cada iniciativa, podem corresponder uma ou mais ações orçamentárias, assim como pode haver mais de uma iniciativa por objetivo. Os estados, o Distrito Federal e os municípios também devem elaborar os respectivos PPA, LDO e LOA. O processo interno de elaboração de cada um desses instrumentos varia em cada ente da federação, mas o macroprocesso reproduz-se, com o envio dos projetos de lei pelo Poder Executivo ao Poder Legislativo e, subsequente, aprovação por este último, transformando-os em leis.

Na área da saúde, o plano de saúde é um dos produtos do planejamento setorial e a obrigatoriedade de sua elaboração e atualização periódica pela União, estados, Distrito Federal e municípios foi instituída pela Lei Orgânica da Saúde, que estabelece ainda que a formulação da proposta orçamentária do SUS seja feita em conformidade com este instrumento (Brasil, 1990). Atualmente, o processo de planejamento no âmbito do SUS está regulamentado por portaria que prevê, além do plano de saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) como produtos desse processo (Brasil, 2013g). O plano de saúde deve ser elaborado para o período de quatro anos, observando os prazos do PPA, devendo ainda explicitar os compromissos do governo para o setor saúde e refletir as necessidades de saúde da população. No caso dos Planos Estaduais de Saúde (PES) devem também demonstrar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse de recursos aos municípios. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas nos planos de saúde, tendo por objetivo estabelecer as metas anuais com previsão da

alocação dos recursos orçamentários. Seu processo de elaboração e aprovação pelo respectivo Conselho de Saúde deve ocorrer antes do encaminhamento ao Legislativo da LDO do exercício correspondente.

Além do planejamento em cada esfera de governo, no setor saúde, ainda existe o planejamento regional integrado, que deve ser feito no âmbito das regiões de saúde, envolvendo os três entes federados e sob a coordenação da gestão estadual, a fim de expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. A região de saúde é entendida como o

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011b).

Nesse planejamento, o mapa da saúde que é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido baseados nos indicadores de saúde do sistema, deve ser utilizado na identificação das necessidades de saúde, contribuindo para o estabelecimento das metas.

A necessidade desse processo justifica-se em razão da organização do SUS em uma rede regionalizada e hierarquizada. Como não é possível ofertar ações e serviços públicos de saúde de média e alta complexidade em todos os municípios, a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde,⁹⁵ faz-se necessário criar um espaço supramunicipal que se organize para este fim, sendo responsável pela oferta de serviços especializados, tais como, serviços de atenção oncológica, diagnóstico, terapia renal substitutiva, entre outros. Daí a origem do conceito de Rede de Atenção à Saúde, que consiste no conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da atenção à saúde.

O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização desta rede deve ser formalizado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), que resulta da integração dos planos de saúde dos entes da federação constituintes da Rede de Atenção à Saúde, tendo como base as pactuações estabelecidas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e cuja implementação fica a cargo da Secretaria de Saúde Estadual (Brasil, 2011b). Fruto

95. A integralidade diz respeito a garantia de acesso a ações e serviços de saúde de promoção, prevenção e recuperação da saúde nos três níveis de complexidade da atenção à saúde, básica, média e alta complexidade.

do planejamento regional integrado, o Coap deve conter a identificação da situação de saúde no território e das necessidades de saúde da população da região de saúde, as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a região de saúde, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados, além da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGAS) (Brasil, 2013g).

A PGAS deve conter a relação das ações e serviços executados na região de saúde, observada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias, o mapa de metas e a relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo, assim como as respectivas responsabilidades pelo referenciamento do usuário (Brasil, 2011c). Também deve ser utilizada como referência para a elaboração da PGAS a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) e demais programações vigentes no âmbito regional. A PPI tem por objetivo organizar a rede de serviços, definir os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (Brasil, 2006). Para se ter dimensão da complexidade do processo de planejamento no SUS, no quadro 1, apresentam-se os produtos desse processo, detalhados por periodicidade de elaboração, base territorial do planejamento, responsabilidade pela elaboração, instâncias de pactuação, instâncias de aprovação e normas que regulamentam sua formulação.

Nesse processo, por fim, para prestar contas sobre os resultados alcançados com a execução da PAS e orientar eventuais redirecionamentos no plano de saúde, o relatório de gestão deve ser encaminhado pelo gestor ao conselho de saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira para aprovação, e o relatório detalhado do quadrimestre anterior, que é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS, deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da federação (Brasil, 2013g).

QUADRO 1
Produtos do processo de planejamento no Sistema Único de Saúde

| Produtos | Descrição | Periodicidade | Base territorial | Elaboração | Instâncias de pactuação | Instâncias de aprovação | Normas |
|---|--|---------------|-------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Plano Nacional de Saúde (PNS) | Explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Devem conter metas de saúde. Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais. | 4 anos | União | Ministério da Saúde | Comissão Intergestores Tripartite (CIT) | Conselho Nacional de Saúde | Lei nº 8.080/1990, Decreto nº 7.508/2011, Lei Complementar nº 141, de 13/11/2012 e Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Plano Estadual de Saúde (PES) | | 4 anos | Estado/Distrito Federal | Secretaria estadual de saúde | Comissão Intergestores Bipartite (CIB) | Conselho Estadual de Saúde | Lei nº 8.080/1990, Decreto nº 7.508/2011, Lei Complementar nº 141, de 13/11/2012 e Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Plano Municipal de Saúde (PMS) | | 4 anos | Município | Secretaria municipal de saúde | Não é necessária a pactuação, porque o escopo de atuação é municipal | Conselho Municipal de Saúde | Lei nº 8.080/1990, Decreto nº 7.508/2011, Lei Complementar nº 141, de 13/11/2012 e Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Programação Anual de Saúde do Ministério da Saúde (PAS) | Operacionaliza as intenções expressas nos planos de saúde, estabelecendo as metas anuais com previsão da alocação dos recursos orçamentários. | Anual | União | Ministério da Saúde | Comissão Intergestores Tripartite (CIT) | Conselho Nacional de Saúde | Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Programação Anual de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (PAS) | | Anual | Estado/Distrito Federal | Secretaria estadual de saúde | Comissão Intergestores Bipartite (CIB) | Conselho Estadual de Saúde | Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Programação Anual de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (PAS) | | Anual | Município | Secretaria municipal de saúde | Não é necessária a pactuação porque o escopo de atuação é municipal | Conselho Municipal de Saúde | Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |

(Continua)

(Continuação)

| Produtos | Descrição | Periodicidade | Base territorial | Elaboração | Instâncias de pactuação | Instâncias de aprovação | Normas |
|---|---|--|--------------------------------|--|--|--|---|
| Mapa da Saúde Nacional (MSN) | Orienta a elaboração do plano de saúde e da programação anual de saúde. Descreve a distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados: pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. Deve ser utilizado na identificação das necessidades de saúde, contribuindo para o planejamento integrado dos entes federativos e para o estabelecimento de metas de saúde. | Anual | Nacional | Ministério da Saúde | Não é necessária a pactuação porque se trata de um levantamento no âmbito de atuação de cada órgão | Não é necessária a aprovação do documento, porque é utilizado para a elaboração do plano de saúde e a programação anual de saúde | Decreto nº 7.508/2011 e Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Mapa da Saúde Regional (MSR) | | Anual | Regional | Secretaria estadual de saúde | Não é necessária a pactuação porque se trata de um levantamento no âmbito de atuação de cada órgão | Não é necessária a aprovação do documento, porque é utilizado para a elaboração do plano de saúde e a programação anual de saúde | Decreto nº 7.508/2011 e Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Mapa da Saúde Estadual (MSE) | | Anual | Estado/ Distrito Federal | Secretaria estadual de saúde | Não é necessária a pactuação porque se trata de um levantamento no âmbito de atuação de cada órgão | Não é necessária a aprovação do documento, porque é utilizado para a elaboração do plano de saúde e a programação anual de saúde | Decreto nº 7.508/2011 e Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Mapa da Saúde Municipal (MSM) | | Anual | Município | Secretaria municipal de saúde | Não é necessária a pactuação porque se trata de um levantamento no âmbito de atuação de cada órgão | Não é necessária a aprovação do documento, porque é utilizado para a elaboração do plano de saúde e a programação anual de saúde | Decreto nº 7.508/2011 e Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde | Identifica a situação de saúde no território e as necessidades de saúde da população, as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a Região de Saúde, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados, além da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGAS). | A vigência varia de acordo com a pactuação feita no âmbito do estado. Se a vigência for superior a um ano deve prever aditamento anual para refletir as metas pactuadas a cada ano | Região de Saúde | Secretaria estadual de saúde e Secretarias municipais de saúde | Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) | O Coap é assinado pelos chefes do executivo (Prefeitos e Governador), Secretários Municipais e Estadual da Saúde e Ministro da Saúde | Decreto nº 7.508/2011 e Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) | Integra o Coap e formaliza a cooperação entre os entes públicos na prestação de serviços de saúde e respectiva remuneração para as unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, que estão sob a gestão de determinada esfera administrativa e gestão de outra, definido o papel da unidade no sistema municipal e locorregional, o perfil dos serviços a serem ofertados por meio de metas físicas e qualitativas, de acordo com as necessidades de saúde da população, bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação. | A vigência varia de acordo com o Coap | Região de Saúde | Secretaria estadual de saúde e Secretarias municipais de saúde | Como parte do Coap, é pactuado no âmbito da: Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) | Não é necessária a aprovação formal do documento, porque compõe o Coap. Alterações do PCEP vigente implicam alterações do Coap | Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006, Portaria GM/MS nº 161, de 21 de janeiro de 2010, Resolução CIT nº 3, de 30 de janeiro de 2012 e Resolução CIT nº 4, de 19 de julho de 2012 |

(Continua)

(Continuação)

| Produtos | Descrição | Periodicidade | Base territorial | Elaboração | Instâncias de pactuação | Instâncias de aprovação | Normas |
|---|--|--|------------------|--|--|--|--|
| Plano Operativo Anual (POA) | Integra o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e é feito para cada unidade de saúde que o integre, exceto complexos hospitalares, contendo as metas físicas assumidas pela Secretaria. | Annual | Unidade de saúde | Unidade de saúde e Secretária de saúde a qual esta unidade faz parte | Não é necessária a pactuação, porque a proposição de metas e recursos é feita conforme a realidade de cada unidade de saúde e respectiva secretaria de saúde. Além disso, o POA integra o PCEP | Não é necessária a aprovação formal do documento, porque compõe o PCEP, que por sua vez compõe o Coap | Portaria GMM/MS nº 161, de 21 de janeiro de 2010 e Resolução CI nº 4, de 19 de julho de 2012 |
| Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGAS) | Integra o Coap e deve conter a relação das ações e serviços executados na Região de Saúde, observada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias, o mapa de metas e a relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo, assim como as respectivas responsabilidades pelo referenciamento do usuário. | Annual | Região de Saúde | Secretaria estadual de saúde e Secretarias municipais de saúde | Como parte do Coap é pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) | Não é necessária a aprovação formal do documento, porque compõe o Coap. Alterações da PGAS vigente implicam alterações do Coap | Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Mapa de Metas (MM) | Integra a PGAS e apresenta as metas de saúde definidas no planejamento regional integrado. | Annual | Região de Saúde | Secretaria estadual de saúde e Secretarias municipais de saúde | Como parte da PGAS, que integra o Coap, é pactuado no âmbito da: Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) | Não é necessária a aprovação do documento porque compõe a PGAS, que por sua vez compõe o Coap. Alterações da PGAS vigente implicam alterações do Coap | Decreto nº 7.508/2011 e Portaria MS/GM nº 2.135, de 25/9/2013 |
| Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) | Para os estados e municípios que não assinaram o Coap, é o instrumento principal de organização da rede de ações e serviços de saúde. É utilizada como referência para a elaboração da PGAS (quando o Coap foi assinado), organiza a rede de serviços, define os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. O documento final do processo de elaboração é a PPI estadual. | No mínimo a cada gestão estadual (4 anos), com revisões periódicas. No início da gestão municipal deve ser feita revisão da PPI estadual | Região de Saúde | Secretaria estadual de saúde e Secretarias municipais de saúde | Comissão Intergestores Bipartite (CIB) | Não é necessária a aprovação formal do documento. Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde e do Distrito Federal encaminha a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde a PPI | Portaria MS/GM nº 1.097, de 22/5/2006 |
| Termo de Compromisso para Garantia de Acesso (TCGA) | É o documento que, com base no processo de Programação Pactuada e Integrada, deve conter as metas físicas e orçamentárias das ações a serem ofertadas nos municípios de referência, que assumem o compromisso de atender aos encaminhamentos acordados entre os gestores para atendimento da população residente em outros municípios. | Como está baseado na PPI, a periodicidade de sua elaboração e revisão está vinculada a da PPI | Região de Saúde | Secretaria estadual de saúde e Secretarias municipais de saúde | Comissão Intergestores Bipartite (CIB) - quando o TCGA é interstadual, as Comissões Intergestores Bipartite dos estados envolvidos precisam aprovar o documento | É assinado pelo Secretário Municipal de saúde, pelo Coordenador Municipal da CIB e pelo Coordenador Estadual da CIB | Portaria MS/GM nº 1.097, de 22/5/2006 |

Elaboração dos autores.

O grande desafio do planejamento no SUS consiste na coordenação dos diferentes atores, instâncias, prazos e instrumentos, em um processo ascendente, do nível local até o federal, conforme estabelece a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Após 22 anos desde sua definição, tal procedimento ainda não tinha sido implantado, e o Decreto nº 7.508/2011 retoma a necessidade de ascendência nesse processo, dispondo sobre a compatibilização das necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros no âmbito dos planos de saúde, os quais devem ser resultado do planejamento integrado dos entes federados. Ainda segundo esse dispositivo, o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde. Contudo, mesmo após a publicação do referido decreto, não se teve êxito em implementar a ascendência do planejamento e, como pode ser visto no quadro 1, foram acrescentados novos produtos e instrumentos de contratualização no âmbito regional entre estados e municípios, os quais tornaram o processo mais complexo.

As dificuldades advindas dessas mudanças podem explicar por que, desde 2011 até o momento, somente os estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul, com os municípios de suas respectivas regiões de saúde, assinaram o Coap.⁹⁶ Como a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), que estabelecia o processo de regionalização e seus instrumentos no SUS foi revogada (Brasil, 2012e), na prática, 24 estados, seus municípios e o Distrito Federal estão organizando a rede de ações e serviços de saúde com base na PPI, e os compromissos de atendimento das populações pelos municípios com maior capacidade estão sendo firmados com a assinatura do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso. Tal situação por si só sinaliza para a necessidade de o Ministério da Saúde tentar compreender as barreiras para adesão ao Coap, uma aposta sua muito forte para a gestão desde 2011 e, se for o caso, reformular o processo de planejamento, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com o objetivo de simplificar seus instrumentos e produtos no âmbito regional.

Para além da complexidade instrumental e de procedimentos, o que pode contribuir para elevado grau de engessamento burocrático, uma questão que precisa ser ponderada é que o Coap deixa as responsabilidades de cada ente da federação mais explícitas e isso pode não ser interessante para alguns gestores, especialmente em um contexto de judicialização da saúde em que as responsabilidades dos entes quanto à oferta de bens e serviços de saúde são pouco consideradas em nome da responsabilidade solidária da garantia do direito à saúde.

96. Os contratos podem ser consultados no Portal Saúde: Ministério da Saúde. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – Assinados. Disponível em: <<http://goo.gl/8dMQIk>>. Acesso em: 16 set. 2015.

Outra dificuldade para o planejamento ascendente no SUS reside nos diferentes tempos da gestão nas esferas de governo. A ascendência do planejamento pressupõe que as necessidades de saúde e prioridades para a ação governamental sejam coordenadas do nível municipal ao federal, sendo refletidas nos planos de saúde e demais produtos desse processo. Isso é particularmente difícil no caso brasileiro, uma vez que o início da gestão municipal se dá quando as gestões estadual e federal já contam dois anos. Os planos de saúde dos estados e da União já foram elaborados para um período de quatro anos no ano anterior ao início da nova gestão nos municípios e, dessa forma, dificilmente serão modificados.

Adiciona-se como desafio no processo de planejamento da saúde, a articulação intragovernamental à coordenação interfederativa. Para exemplificar, no Ministério da Saúde, diferentes unidades administrativas são responsáveis por tratar o planejamento no âmbito do SUS. A Secretaria Executiva é responsável por coordenar e apoiar as atividades de planejamento e de orçamento no Ministério da Saúde sendo que, no seu âmbito, a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) planeja, coordena e supervisiona a execução das atividades relacionadas aos sistemas federais de planejamento e de orçamento no âmbito do ministério. Por sua vez, o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas) coordena os processos de elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação do SUS, o que na prática tem se traduzido, inclusive, na coordenação do processo de planejamento estratégico do Ministério da Saúde, com subsequente monitoramento de metas e produtos.

Do ponto de vista das demais esferas de governo, a discussão sobre o planejamento tem sido feita pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), por meio do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), que subsidia os processos de elaboração de diretrizes e implementação de instrumentos e métodos para o fortalecimento das relações interfederativas e da gestão estratégica e participativa nas três esferas de governo, além de planejar, coordenar e articular o processo de negociação e de contratualização entre os entes federados, a exemplo do Coap. E, por fim, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) que, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (Drac), define e coordena sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde, sendo responsável pelo processamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI), apoio aos estados, municípios e Distrito Federal no planejamento e controle da produção, alocação e utilização dos recursos de custeio da atenção de média e alta complexidade e coordenação das ações de desenvolvimento da metodologia de programação geral das ações e serviços de saúde (Brasil, 2013e). É importante lembrar que para além do processo na saúde, também há toda articulação da saúde com os demais órgãos na mesma esfera de governo, envolvidos com a elaboração do PPA e da LOA.

Isso dá uma ideia do quão difícil é a coordenação desse processo e, por isso mesmo, o Ministério da Saúde tem se empenhado para compatibilizar as prioridades de ação em seus diferentes produtos do processo de planejamento, por meio da produção de manuais para seu público interno (Brasil, 2015p e 2015o). Tal esforço resultou, por exemplo, em alta compatibilização entre os objetivos propostos no PPA 2012-2015, em relação às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, do mesmo período, ainda que conste uma divergência em documento publicado pelo próprio órgão. No PPA foram definidos treze objetivos que se desdobraram em 94 iniciativas para o programa temático “2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2012a), enquanto o Ministério da Saúde atribui ao PPA vigente a existência de dezesseis objetivos e 123 iniciativas (Brasil, 2013f), enfatizando que houve alinhamento entre o PPA federal, seu planejamento estratégico e o Plano Nacional de Saúde (PNS). Essa informação quantitativa também não é confirmada no aplicativo Mais Brasil, que apresenta número de objetivos e de iniciativas em consonância ao previsto no PPA. No PNS 2012-2015 foram estabelecidas quatorze diretrizes com o propósito de aperfeiçoar o SUS, valendo, entretanto, observar que no PNS a Diretriz 6 (Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais) não tem correspondência nos objetivos declarados no PPA.

Verifica-se, assim, que a despeito dos esforços para aperfeiçoá-lo, o processo de planejamento no SUS ainda se apresenta fragmentado, não só em cada esfera de governo, mas entre as esferas de governo, e muito longe de um efetivo fluxo ascendente para definição de prioridades para a ação governamental, conforme estabelecem a Lei nº 8.080/1990 e o Decreto nº 7.508/2011. A complexidade dos fluxos, o número de produtos elaborados pelos gestores, os tempos diferentes de início das gestões federal, estadual e municipal, bem como a forma de contratualização das responsabilidades pela oferta de ações e serviços de saúde são fatores que podem contribuir para a baixa capacidade de coordenação e de coesão sistêmica no estabelecimento de objetivos e metas, assim como para a definição de responsabilidades compartilhadas para o seu alcance em toda a federação. É, por isso mesmo, podem ser objeto de reflexão visando à reformulação e ao aperfeiçoamento das políticas ora estabelecidas para orientá-lo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Resolução CMED nº 1, de 23 de fevereiro de 2015. Estabelece os critérios de composição de fatores para o ajuste de preços de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015g. Disponível em: <<http://goo.gl/reM3lQ>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://goo.gl/XhQt6O>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

_____. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://goo.gl/lM0x>>. Acesso em: 14 set. 2015.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b. Disponível em: <<https://goo.gl/zueq7p>>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013e. Disponível em: <<http://goo.gl/H1h39s>>. Acesso em: 18 set. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: <<http://goo.gl/WCrf6>>. Acesso em: 14 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Contrato organizativo da ação pública da saúde**. Brasília: MS, 2011c. Disponível em: <<http://goo.gl/LZeZDV>>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. _____. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**; caderno 1: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. _____. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**; caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. _____. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**; caderno 3: Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica à saúde: a experiência de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

_____. _____. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**; caderno 4: resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no município de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde, 2015h.

_____. _____. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde: metodologia, processo e instrumentos**. Brasília. No prelo.

_____. _____. **Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011 – 2015**. Resultados e Perspectivas. Brasília: MS, 2013f. p. 10.

_____. _____. Portaria MS/GM nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013g. Disponível em: <<http://goo.gl/ar15LE>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

_____. _____. Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006. Define o processo da programação pactuada e integrada da assistência em saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/jLCXuf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. _____. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar- SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012c. Disponível em: <<http://goo.gl/ZqxWty>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

_____. _____. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do componente especializado da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://goo.gl/fgkbJP>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

_____. _____. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013a. Disponível em: <<http://goo.gl/RTdgHH>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

_____. _____. Portaria nº 1.580, de 19 de julho de 2012. Afasta a exigência de adesão ao pacto pela saúde ou assinatura do termo de compromisso de gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a estados, Distrito Federal e municípios e revoga portarias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012e. Disponível em: <<http://goo.gl/dfmZgE>>. Acesso em: 16 set. 2015.

_____. _____. Portaria nº 1.996, de 11 de setembro de 2013. Altera a Portaria nº 1.554/GM/MS, de 30 de julho de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013c. Disponível em: <<http://goo.gl/FFVvnJ>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

_____. _____. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007b. Disponível em: <<http://goo.gl/xT8L0o>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

_____. _____. Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a base nacional de dados de ações e serviços da assistência farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao componente básico da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013d. Disponível em: <<http://goo.gl/xFNNHl>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

_____. _____. Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012d. Disponível em: <<http://goo.gl/dhDTSJ>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

_____. _____. **Relação nacional de medicamentos essenciais** – Rename 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Relação nacional de medicamentos essenciais** – Rename. Brasília, 2015i. Disponível em: <<http://goo.gl/KlkeBW>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório anual de gestão 2014**. Brasília, mar. 2015a.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Evolução da despesa do SUS com ações e serviços públicos de saúde**. Brasília: MS, 2007a. *Apud* VIANNA, S. T. W. Macroeconomia e saúde: apontamentos para uma agenda de pesquisa. **Boletim de Análise Político-Institucional** n.1 Brasília: Ipea, 2011, p. 25. Disponível em: <<http://goo.gl/Gq71UT>>. Acesso em: set. 2015.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relatório de Gestão 2014**. Brasília, 2015m. Disponível em: <<https://goo.gl/WfmAja>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos** – dois anos: mais saúde para os brasileiros Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 46, n. 33. Brasília: MS, 2015e.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Planejamento no Ministério da Saúde: metodologia, processo e instrumentos**. Brasília, No prelo.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Anexo I da Lei nº 12.593**. Brasília, 18 de Janeiro de 2012a. Disponível em: <<http://goo.gl/597xje>>. Acesso em: 3 set. 2015.

_____. _____. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Orientações para elaboração do Plano Plurianual 2012-2015**. Brasília: MP, 2011a.

BRASIL. Portal Brasil. **Aumento no preço máximo dos medicamentos fica abaixo da inflação**. Brasília, 2015j. Disponível em: <<http://goo.gl/Ndkjjs>>. Acesso em: nov. 2015.

_____. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. Ministério da Justiça. **Índice de Vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial 2014**. Brasília, MJ, 2015f.

_____. Senado Federal. **Agenda Brasil**. Brasília, 2015k. Disponível em: <<http://goo.gl/yMo2v9>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. Senado Federal. Siga Brasil. **Despesas executadas** (despesas liquidadas acrescidas das despesas empenhadas, mas consideradas executadas por terem sido inscritas em restos a pagar não processados no encerramento do exercício). Brasil, 2015n. Disponível em: <<http://goo.gl/Xp3N7o>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

_____. Senado Federal. Siga Brasil. **Despesas executadas** (despesas liquidadas acrescidas das despesas empenhadas, mas consideradas executadas por terem sido inscritas em restos a pagar não processados no encerramento do exercício). Brasília, 2015l. Disponível em: <<http://goo.gl/Xp3N7o>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

_____. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria TC 005.391/2014-8**. Brasília, 10 jun. 2015c. Disponível em: <<http://goo.gl/3CdDXL>>. Acesso em: 11 set. 2015.

_____. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria TC 034.411/2013-5**. Brasília, 10 jun. 2015b. Disponível em: <<http://goo.gl/NvMMfA>>. Acesso em: 3 set. 2015.

CAMBRICOLI, F. Ações judiciais por tratamentos e medicamentos sobem 32% em 3 anos. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 11 jan. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/sp3yGl>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

CAMPOS, G. W.S. **Repensando a gestão pública do SUS in Le Monde Diplomatique Encarte em defesa do SUS universal e igualitário**. Dez. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/eA4hRJ>>.

CANCIAN, N. Ação judicial para acesso ao SUS explode em cinco anos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 7 mar. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/emtLDK>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Nota técnica nº 15/2014**, de 28 de outubro de 2014. Apresentação das dificuldades enfrentadas pelas secretarias estaduais de saúde na aquisição de medicamentos. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/cbcdhn>>. Acesso em: 7 ago. 2015.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, ano 9, 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/FGPhri>>.

FRANCO, B.M . Um plano para os planos. **Folha.uol.com**. 12 ago. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/6cPCYx>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a.

_____. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b.

_____. Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Boletim de Políticas Sociais**, n. 21. Brasília, 2013.

_____. **Boletim de Políticas Sociais, 22**. Brasília, 2014.

_____. **Boletim de Políticas Sociais, 23**. Brasília, 2015.

LANCET. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v. 385, n. 9963, p. 117-171. Jan.10, 2015.

MALTA, D. *et al.* Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca, Brasil 2007 a 2013. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 692-696, 2014.

MELAMED, C; PIOLA, S.F. (Orgs.) Política públicas e financiamento federal do SUS. *In*: SERVO *et al.* **Financiamento e gasto público em saúde**: histórico e tendências Ipea, Brasília, 2011;

OCKÉ-REIS, C. O; FUNCIA, F, R. Insuficiência Orçamentária para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) agrava o quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde no período de 2014-2016. **Domingueira da Saúde**, v. 25, 8 nov. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/8954aI>>.

OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS – 4**. Selección de medicamentos esenciales. Ginebra: OMS; 2002.

OTHERO, M.B.; AYRES, J.R.C.M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.40, p.219-33, jan./mar., 2012.

PIOLA, S.F. *et al.* **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, jul. 2013. (Texto para Discussão n. 1.846)

_____. **Impactos da PEC 358 no financiamento federal da saúde**: será que valeu a pena? Rede dos Conselhos de Medicina. Disponível em: <<http://goo.gl/acMY2C>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2014**: os jovens do Brasil. Rio de Janeiro, Flacso Brasil, 2014.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Rational use of drugs: report of the conference of experts**. Nairóbi, 25-29, nov. 1985. Geneva: WHO; 1987.