TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1391

ESTADO DE UMA NAÇÃO: TEXTOS DE APOIO

SAÚDE NO BRASIL: ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Sérgio Francisco Piola (Org.)
Solon Magalhães Vianna (Org.)
Alexandre Marinho
Déa Carvalho
José Aparecido Ribeiro
Joelmir Rodrigues da Silva
Luciana Mendes Servo
Roberto Passos Nogueira

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1391

ESTADO DE UMA NAÇÃO: TEXTOS DE APOIO

SAÚDE NO BRASIL: ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Sérgio Francisco Piola (Org.)*
Solon Magalhães Vianna (Org.)**
Alexandre Marinho*
Déa Carvalho**
José Aparecido Ribeiro*
Joelmir Rodrigues da Silva**
Luciana Mendes Servo*
Roberto Passos Nogueira*

Produzido no programa de trabalho de 2008

Brasília, fevereiro de 2009

* Técnicos de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos Sociais (Disoc) do Ipea.
**Consultores da Diretoria de Estudos Sociais do Ipea.

Governo Federal

Ministro de Estado Extraordinário de Assuntos Estratégicos – Roberto Mangabeira Unger

Secretaria de Assuntos Estratégicos

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Marcio Pochmann

Diretor de Administração e Finanças
Fernando Ferreira

Diretor de Estudos Macroeconômicos
João Sicsú

Diretor de Estudos Sociais
Jorge Abrahão de Castro

Diretora de Estudos Regionais e Urbanos
Liana Maria da Frota Carleial

Diretor de Estudos Setoriais
Márcio Wohlers de Almeida

Diretor de Cooperação e Desenvolvimento
Mário Lisboa Theodoro

Chefe de Gabinete
Persio Marco Antonio Davison

Assessor-Chefe da Assessoria de Imprensa
Estanislau Maria

Assessor-Chefe da Comunicação Institucional
Daniel Castro

URL: http://www.ipea.gov.br

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria

ISSN 1415-4765

JEL H11, H51, H70, I10, I11.

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos.

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

Este trabalho foi realizado no âmbito do Convênio com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal).

SUMÁRIO

SINOPSE

1 INTRODUÇÃO 7

2 CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEUS DETERMINANTES 8

3 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL 20

4 O PAPEL DO ESTADO: FINANCIAMENTO, REGULAÇÃO E PROVISÃO 27

5 CONCLUSÕES 67

REFERÊNCIAS 71

ANEXO 77

REFERÊNCIAS DO ANEXO 83

SINOPSE

Este trabalho é uma compilação de textos preparados pela equipe de saúde da Disoc/Ipea para apoiar a elaboração do livro "Brasil: o estado de uma nação de 2007". São analisados a situação de saúde da população brasileira nas últimas décadas, as inovações trazidas pela Constituição de 1988 para o campo da saúde e o papel do estado na área. Em relação a este último tópico, são discutidos problemas relacionados ao financiamento, à regulação do setor e à provisão de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo mostra que, apesar dos avanços obtidos, existem vários problemas, muitos relacionados à gestão, a serem equacionados para se obter maior efetividade e eficiência no desempenho do sistema.

ABSTACT

This work is a compilation of studies produced at the Social Studies Department – Disoc/Ipea to support the elaboration of the document "Brazil: the state of the Union – 2007". Health outcomes in the last decades, health policies after 1988 and the role of the government in health care are analyzed. Regarding this last topic, problems related to financing, sector regulation and services production by the Unified Health System are discussed. The study shows that, despite improvements in several areas, there remain various issues, many of them related to management, to be addressed if the system is to be more effective and efficient in the provision of health care.

1 INTRODUÇÃO

A saúde permaneceu, ao longo da história brasileira, fora da agenda da sociedade e do governo. Na maior parte desse tempo, a questão sanitária manteve-se circunscrita à corporação médica e às entidades religiosas. A presença do estado só era percebida episodicamente como, por exemplo, no caso de epidemias e de catástrofes naturais. No cotidiano, cada família, na medida de suas possibilidades, cuidava de si mesma. Aos desvalidos restava a caridade, em geral conduzida por instituições de caráter religioso, como as "santas casas".

Esse quadro começou a mudar no Brasil moderno, a partir da criação do seguro social em 1923 e, bem mais rapidamente ainda, no Brasil contemporâneo, quando a importância social, econômica e política da saúde foi, de forma gradual, se tornando cada vez mais evidente.

O valor social atribuído à questão é confirmado por pesquisas de opinião que colocam a saúde como o maior problema enfrentado no dia a dia, segundo 24,2% da população,[1] seguido pelo desemprego (22,8%), situação financeira (15,9%), violência (14%) (CONASS, 2003). Antes do Plano Real, a saúde ocupava a segunda posição entre os principais problemas enfrentados pela população, logo depois da inflação.

A relevância econômica da saúde se expressa na presença do setor na economia como um todo, nos gastos dos três níveis de governo e na balança de pagamentos. A participação na economia já supera a 7% do PIB, dos quais mais da metade se refere ao setor privado. No orçamento público como um todo (federal, estadual e municipal), a despesa com saúde só é superada por previdência e educação. Na esfera federal, a saúde, excluindo-se os encargos da dívida, sobe para a segunda posição logo depois de previdência. Na balança de pagamentos, por sua vez, somente a importação de fármacos e medicamentos – sem incluir, portanto, equipamentos e outras tecnologias de ponta do setor –, têm apresentado um déficit superior a US$ 3,5 bilhões nos últimos anos (GADELHA, 2008).[2] O ingresso de estrangeiros do Brasil para tratamento de saúde, inexpressivo no passado, já alcança cerca de 30 mil turistas por ano que vem ao país exclusivamente para tratamento médico/odontológico freqüentemente associado à estética, gastando cerca de US$17 milhões. Pode parecer pouco quando comparado com a demanda da Tailândia (1 milhão de turistas-pacientes/ano), mas é cinco vezes mais que há três anos (COSTA, 2006).[3] Além disso, o gasto com saúde é o quarto item de gasto de consumo entre as famílias brasileiras precedido por alimentação, habitação e transporte, embora a dimensão percentual de

1. Soma ponderada das respostas espontâneas: respostas que surgem em primeiro lugar têm peso 3, em segundo, peso 2 e, em terceiro lugar, peso 1. A soma das citações, direta ou indiretamente, referentes à vida econômica das pessoas (desemprego, situação financeira, criação dos filhos, futuro, totaliza 40% das respostas obtidas (CONASS, Progestores. 2003).

2. Estimativas apresentadas por Carlos Gadelha no seminário "Complexo econômico-industrial da saúde" organizado pelo BNDES e pela Fundação Osvaldo Cruz, de 19 a 21 de maio de 2008, no Rio de Janeiro. Disponível em: <HTTP://www.bndes.gov.br/conhecimento/seminário/completo_ind_saude_CarlosGadelha.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2008.

3. Esse nicho de mercado é promissor e já tem seus "tigres asiáticos" como Índia, Tailândia, Cingapura. Este último atualmente recebe 400 mil pacientes por ano. Este, até 2012, deverá subir para um milhão gerando uma receita de US$ 7 bilhões. Em 2006, o turismo médico movimentou em todo o mundo, cerca de US$40 bilhões somente com americanos. A cifra pode dobrar até 2010 (WOODMAN, 2007).

cada item varie segundo a renda. Saúde está entre os itens cuja participação relativa na despesa familiar cresce na medida em que aumenta a renda. Compromete 5% da renda familiar dos que estão no primeiro *decil* de renda, os 10% mais pobres da população, e 10% daqueles que estão entre os 10% mais ricos.

A importância política pode ser medida pelo tamanho da "bancada da saúde" no Congresso Nacional. Até meados da década de 1970, as comissões de saúde das duas casas do Congresso tinham pouca expressão. O I Simpósio sobre saúde e previdência social promovido, na segunda metade da década de 1970, pela Comissão de Saúde da Câmara então presidida pelo Deputado Ubaldo Dantas, pode ser considerado como o marco inicial do processo de valorização política crescente da Comissão. Na atual legislatura, cerca de 260 parlamentares (JORNAL DO CFO, 2007) de diferentes partidos e posições ideológicas compõem a frente parlamentar pela saúde. Outro indicador do crescimento da importância política do tema está na Conferência Nacional de Saúde (CNS). Até 1986, esse fórum era exclusivamente técnico. Foi neste ano, com a realização da histórica 8ª CNS e com o país retornando ao regime democrático, que esse fórum – bem como seus contrapontos estaduais e municipais então inaugurados – passou a contar com participação paritária da sociedade civil. A última Conferência (XII), realizada em 2007, contou com mais de três mil delegados.

Nos termos da Constituição Federal (CF) de 1988, em seu art. 196, saúde é direito do cidadão brasileiro, assegurado por políticas sociais e econômicas e pelo acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, a CF determina que é dever do estado garantir o exercício desse direito, por força de sua responsabilidade tanto no campo específico das ações e dos serviços públicos de saúde, exercida por meio do SUS, como, no âmbito geral, promover o desenvolvimento social e atuar sobre os determinantes das condições de saúde. Embora livres à iniciativa privada (art. 199, *caput*), as ações e os serviços de saúde são de "relevância pública", cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (art. 197).

Presente este delineamento, discute-se, a seguir, as condições de saúde e seus determinantes (ver seção 2) com destaque para a melhoria em vários indicadores que conformam as mudanças positivas nas últimas décadas no perfil epidemiológico da população brasileira, não obstante a posição ainda insatisfatória do Brasil quando comparado a outros de igual nível de desenvolvimento. A seção 3 trata do sistema de saúde brasileiro, destacando os diferentes aspectos do seu desenvolvimento e as principais inovações trazidas pela Constituição de 1988. A seção 4 é dedicada ao papel do estado na área da saúde. Suas três subseções analisam: *i)* a participação no estado brasileiro no financiamento da saúde, com maior destaque para a participação federal; *ii)* os principais aspectos relacionados ao papel regulador do estado em diversas áreas de interesse setorial; e, *iii)* a participação do estado como provedor discutindo aspectos da macrogestão do sistema público, do modelo assistencial e da provisão de serviços. Na seção 5 são feitas as considerações finais.

2 CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEUS DETERMINANTES

A melhoria do nível de saúde de uma população depende de inúmeros fatores. O acesso a bens e serviços de saúde é um deles. No entanto, tão ou mais relevantes, sob a ótica coletiva, são os chamados determinantes socioestruturais relacionados ao padrão de desenvolvimento, entre os quais, o grau de educação da sociedade, a renda e sua

distribuição e as condições ambientais, sobretudo as de saneamento básico. As condições de saúde coletiva são também influenciadas por elementos culturais e comportamentais responsáveis pelo estilo de vida das pessoas que pode ser mais ou menos saudável. Afora as características individuais como idade, sexo, hereditariedade, raça/cor, fatores que, ao contrário dos anteriores, estão fora do alcance de políticas públicas.

A saúde de uma população costuma ser medida pela sua ausência. Embora existam indicadores "positivos", como a esperança de vida, paradoxalmente, as ferramentas mais utilizadas referem-se ao seu oposto – a morte e a doença – medidas pelas taxas de mortalidade e morbidade.

A esperança de vida ao nascer[4] tem aumentado no mundo inteiro ao longo do tempo. No Brasil era ligeiramente inferior a 55 anos na primeira metade dos anos 1960, chegando aos 71,9 anos em 2005; segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Países desenvolvidos tinham alcançado esse nível de longevidade há cerca de meio século. Nesta época, norte-americanos e dinamarqueses, por exemplo, viviam, em média, 70,9 e 72 anos, respectivamente (BRASIL, 1966). Mesmo quando o Brasil é confrontado com países com os quais tenha alguma relação, seja de proximidade geográfica (Mercosul) seja de dimensão territorial e perspectivas econômicas (Brics), a situação brasileira, de modo geral, ainda é desconfortável (ver tabela 1).

TABELA 1
Esperança de vida em países selecionados – 2003

Países	Esperança de vida 2003
Argentina*	74
Brasil ***	69
Colômbia ***	72
Chile *	77
China **	71
Índia **	62
Rússia **	65
Uruguai *	75
Venezuela *	74

Fonte: Relatório Mundial da Saúde – 2005. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2005/annexes-pr.pdf>.
Obs.: * País do Mercosul.
** BRICs (Brasil, Rússia, Índia e China).
*** Estados Associados ao Mercosul.

Há, contudo, diferenças significativas nesse indicador. Tanto entre sexos, quando – dentro de certos limites é considerada uma diferença natural – como entre regiões e segmentos socioeconômicos, caso em que as desigualdades se tornam iníquas. As mulheres, como é da regra universal, têm vida mais longa (75,8 anos)[5] que os homens (68,2 anos). Embora os valores tenham aumentado para homens e mulheres, a diferença entre ambos mantém certa estabilidade com poucas exceções. Uma delas está no Rio de Janeiro (77,02 para mulheres e 68,08 para homens – IDB, 2007), onde a maior longevidade feminina, de quase nove anos, é atribuída às altas taxas de mortalidade por causas externas (violência) entre adultos jovens do sexo masculino.

4. Número de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (IDB/2006). Disponível em: < www.datasus.gov.br>.
5. Valor próximo ao alcançado pela Dinamarca (72 anos) para ambos os sexos na primeira metade da década de 1960 (EPEA, 1966).

Na virada do milênio, a expectativa de vida no Brasil ultrapassou os 70 anos, média alcançada catorze anos antes na região Sul. Estimativas para 2005 apontam que apenas o Nordeste não atingiu essa marca, embora seja região que apresente o maior número de anos de vida média ganho desde 1991 (ver tabela 2).

TABELA 2
Brasil: expectativa de vida ao nascer, segundo grandes regiões – 1991-2005

Macro regiões	1991	2005
Norte	66,9	71,0
Nordeste	62,8	69,0
Sudeste	68,8	73,5
Sul	70,4	74,2
Centro-Oeste	68,6	73,2
BRASIL	66,9	72,1

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (1991-2000) e projeções populacionais para Brasil e grandes regiões, 1991-2020, *apud* IDB – 2006. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

A tendência, portanto, é de envelhecimento da população, que poderia ser maior não fora a presença expressiva de óbitos por causas evitáveis. Estudo para Fortaleza, Ceará (SILVA, MGC, 1978) mostra, por exemplo, que a eliminação da mortalidade evitável naquela cidade aumentaria a esperança de vida em 5,6 e 3,3 anos para homens e mulheres, respectivamente (SILVA MGC, *op. cit.*).[6]

2.1 MORTALIDADE INFANTIL E MORTALIDADE NA INFÂNCIA

Enquanto a vida média é o mais conhecido dos indicadores "positivos" da situação de saúde coletiva, entre os "negativos" os mais utilizados são a taxa de mortalidade na infância e a taxa de mortalidade infantil, principalmente este último. Embora na linguagem corrente pareçam sinônimos, no jargão setorial esses dois indicadores expressam fenômenos distintos: a mortalidade na infância diz respeito ao número de óbitos ocorridos antes dos cinco anos de idade (em cada mil crianças nascidas vivas); a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) expressa o número de óbitos no primeiro ano de vida (também em cada mil crianças nascidas vivas). Ambos, além de atenderem sua finalidade específica, são utilizados ainda como "traçadores" da situação de saúde em geral e, até mesmo, do grau de desenvolvimento socioeconômico de um país ou uma região. É sabido que a mortalidade infantil e na infância, não mais que residual em nações desenvolvidas, aumenta gradativamente na razão inversa do respectivo *status* socioeconômico. Em países onde essas taxas são elevadas, outros indicadores de saúde raramente apresentam valores satisfatórios.

A taxa de mortalidade na infância declinou em ritmo acelerado no Brasil entre 1990 e 2005: caiu de 54 para 28 óbitos por mil nascidos vivos (ver tabela 3). A média nacional de redução ficou em 46,4%, destacando-se a região Nordeste com queda de 55,4%. Os menores valores foram observados nas regiões Sul e Sudeste e o maior na região Nordeste. Em 2005, o risco de mortalidade do menor de cinco anos na região Nordeste era duas vezes maior que o observado na região Sul. Esta diferença, no entanto, foi ainda mais expressiva em 1990, quando a taxa de morte na infância na região Nordeste chegou a ser 2,5 vezes maior que na região Sul (BRASIL, 2007).

6. Causas de óbitos evitáveis por: *i)* Vacina ou tratamento preventivo; *ii)* diagnóstico e tratamento médico; *iii)* medidas de saneamento ambiental; *iv)* infecções das vias respiratórias; *v)* doenças próprias da primeira infância; *vi)* mortes violentas; e *vii)* outras causas.

TABELA 3

Taxas de mortalidade na infância (óbitos em menores de cinco anos em cada mil crianças nascidas vivas)

Anos	Brasil e grandes regiões – 1990-2005					
	Taxas de mortalidade na infância (por mil NV)					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1990	53,7	52,9	87,3	36,6	35,2	41,0
1991	50,6	49,9	81,6	34,7	33,3	38,7
1992	47,9	47,2	76,3	33,1	31,5	36,7
1993	45,4	44,7	71,5	31,6	29,9	34,8
1994	43,3	42,5	67,2	30,3	28,4	33,1
1995	41,4	40,6	63,4	29,1	27,0	31,6
1996	39,7	38,9	60,1	28,1	25,8	30,3
1997	38,3	37,4	57,2	27,3	24,7	29,1
1998	37,1	36,2	54,8	26,5	23,7	28,0
1999	36,0	35,0	52,7	25,9	22,8	27,0
2000	32,7	32,1	45,6	22,3	21,2	26,4
2001	31,7	31,1	43,7	21,5	20,4	25,4
2002	30,8	30,2	42,1	20,8	19,7	24,6
2003	30,4	29,5	40,9	20,2	19,1	23,8
2004	29,3	28,9	39,8	19,7	18,5	23,2
2005	28,7	28,3	38,9	19,2	18,0	22,6
Dif. 1990-2005	**-46,4**	**-46,5**	**-55,4**	**-47,5**	**-48,8**	**-44,8**

Fonte: Informações Básicas; IBGE. Censos Demográficos de 1970 a 2000.

No Brasil de meados dos anos sessenta a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) era de 112 óbitos para cada mil crianças nascidas vivas (BRASIL, 1966). Dados de 2005 indicam 21,1/1000, ou seja, uma taxa próxima a da Inglaterra (21,8/1000) no início dos anos 1960, quando Holanda e Suécia já tinham alcançado uma TMI em torno de 16/1000 (BRASIL, 1966). Em meados do século XX, a mortalidade infantil era considerada como "fraca" quando abaixo de 50/1000, "moderada" quanto o coeficiente se situava entre 50 e 70, "forte" quando variava entre 70 e 100 *e* "muito forte" se acima de 100/1000. Com a queda do indicador em quase todo o mundo, essa classificação tornou-se obsoleta. Atualmente, taxas superiores a 50/1000 são consideradas "altas", entre 20 e 49/1000 "médias" e, quando inferiores a 20/1000, "baixas". Taxas menores de 10/1000 são comuns em países ricos, embora já sejam encontradas em países da América Latina e do Caribe, como Cuba, Chile e Costa Rica.

A TMI no Brasil decresceu 37,4% entre 1996 e 2005. A região Nordeste foi a que apresentou declínio mais significativo (40,7%). Apesar dessa redução no risco de morte entre as crianças de menos de um ano de idade, persistem intensos contrastes regionais e interestaduais, dada a conhecida correlação entre saúde e desenvolvimento econômico: na região Nordeste, a taxa de mortalidade infantil em 2005 era 2,3 vezes superior a da região Sul (ver tabela 4).

TABELA 4

Brasil: mortalidade infantil, segundo grandes regiões – 1996-2005

Macrorregião	Número de óbitos em menores de um ano em cada mil crianças nascidas vivas	
	1996	2005
Brasil	33,7	21,1
Norte	33,7	25,5
Nordeste	53,3	31,6
Sudeste	24,4	14,1
Sul	19,2	13,8
Centro-Oeste	24,3	17,8

Fontes: Datasus/SE/MS e Ripsa.
Elaboração: Ninsoc/Disoc/Ipea.

Com a redução da mortalidade por diarréias infecciosas nas últimas décadas,[7] as afecções perinatais passaram a ser a principal causa de morte em menores de um ano. Em 2005 (ver tabela 5), 57,5% dos óbitos infantis tiveram essa causa, seguida pelas malformações congênitas (15,1%) e pelas doenças infecciosas e parasitárias (7%) (IDB, 2006).

TABELA 5
Brasil: evolução da mortalidade proporcional em menores de um ano, segundo causas de óbito (%) – 1996-2005

Causas	Ano	
	1996	2005
Afecções perinatais	49,7	57,5
Doenças infecciosas	11,2	7,0
Mal definidas	12,7	5,6
Malformações congênitas	9,7	15,1
Aparelho respiratório	8,8	6,2
Outras	7,7	8,3

Fonte: Ipea/Disoc. Dados extraídos do ODM (objetivo do milênio).

A TMI pode ser desdobrada em três componentes: "mortalidade neonatal precoce" quando o óbito, em geral influenciado pelas condições de gestação e de parto, ocorre nos seis primeiros dias de vida; "mortalidade neonatal tardia" (óbito entre 7 e 27 dias), em razão dos efeitos do parto e também das infecções; e, a "mortalidade pós-neonatal", (de 28 a 364 dias), fortemente influenciada pelas condições do meio ambiente onde a criança se desenvolve (ver tabela 6).

TABELA 6
Brasil: taxas de mortalidade infantil total, neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal, segundo grandes regiões – 2004

Grandes regiões e Unidades da Federação	Taxas de mortalidade infantil (%)			
	Total	Neonatal precoce (0 a 6 dias)	Neonatal tardia (7 a 27 dias)	Pós-neonatal (28 a 364 dias)
BRASIL	**22,58**	11,49	3,51	7,58
Norte	**25,51**	12,77	3,53	9,22
Nordeste	**33,94**	17,58	4,4	11,97
Sudeste	**14,92**	7,61	2,66	4,65
Sul	**14,98**	7,42	2,58	4,98
Centro-Oeste	**18,7**	9,18	3,32	6,2

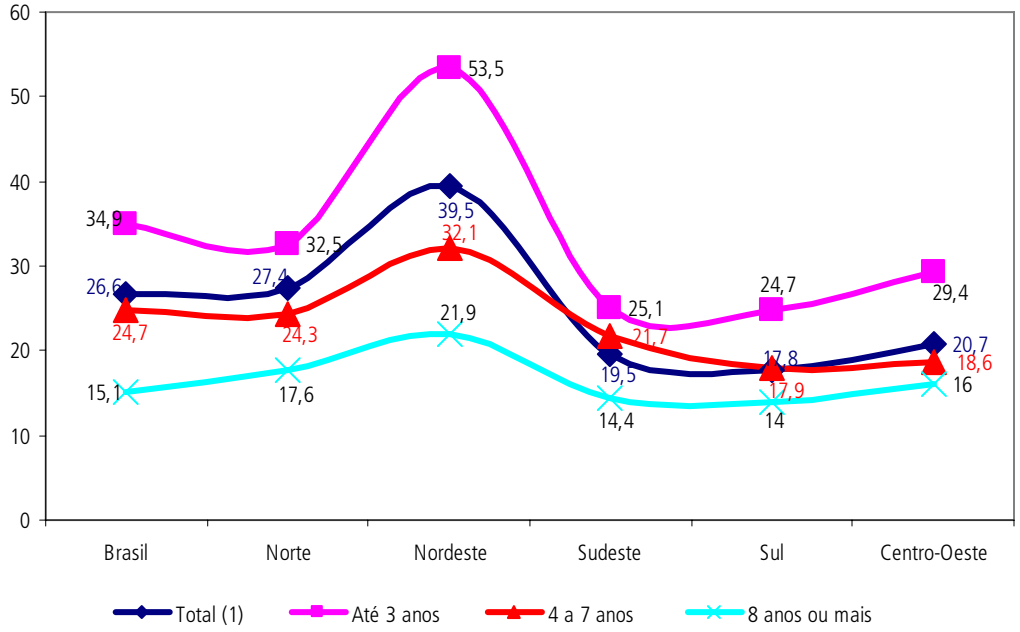
Fonte: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc. MS/SVS); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Extraído do IDB – 2006. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

Em países com baixas taxas de mortalidade infantil, os óbitos tendem a se concentrar principalmente nos seis primeiros dias. O Brasil, ao contrário, apresenta ainda taxas relativamente altas de mortalidade durante o período pós-neonatal, embora este componente venha se reduzindo significativamente em todas as regiões, especialmente, no Nordeste. Apesar destes avanços, as taxas de mortalidade pós-neonatal no Nordeste foram, em 2005, mais que o dobro das observadas nos estados das regiões do centro-sul do país.

7. Em 1960, segundo estimativas do Epea, a doença diarréica era a principal causa de mortalidade na infância (29,6% dos óbitos em menores de cinco anos).

A elevação do nível educacional da população em geral, e das mães em particular, constitui fator fundamental para o decréscimo da taxa de mortalidade de crianças. Segundo estimativas do IBGE, com base na Pnad 2004, "a taxa de mortalidade infantil em crianças cujas mães tinham menos de três anos de estudo era 1,3 vezes mais elevada do que as com oito anos ou mais de escolaridade" (IPEA, 2007) (ver gráfico 1).

GRÁFICO 1
Brasil: taxas de mortalidade infantil, por grupos de anos de estudos das mulheres (%), segundo grandes regiões – 2004



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

Inúmeros outros fatores contribuíram para a redução da mortalidade infantil e na infância. Entre os de ordem geral estão: *i)* a tendência de queda da fecundidade (em 1940 cada mulher tinha, em média, 6,2 filhos – esse número, a partir de 2000 caiu para 2,3); e *ii)* a melhoria das condições ambientais (saneamento básico, principalmente o acesso à água, que alcançou a 92% da população urbana em 2004) e nutricionais – estas últimas fortemente influenciadas pelas políticas de complementação de renda.

Os fatores específicos incluem o aumento da cobertura da atenção básica, a ampliação da cobertura vacinal, acima de 95% já há alguns anos, e a incorporação de novas vacinas ao esquema básico de vacinação, a extensão do período de aleitamento materno exclusivo, a utilização da Terapia de Rehidratação Oral (TRO) e o monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Estes cinco elementos estão diretamente associados à estratégia Saúde da Família, iniciada na segunda metade da década de 1990.

Estudo produzido pelo Ministério da Saúde (MACINKO; GUANAIS; MARINHO; 2006) mostra que o Programa Saúde da Família (PSF) teve impacto significativo na queda da mortalidade infantil no Brasil. A cobertura média do PSF, nos municípios estudados, em 2004, foi de 62,3%, em 2002 era de 54,8%. Esta cobertura aumentou 10% nos dois anos, concentrando-se nos municípios com menor renda, onde a

mortalidade infantil apresenta índices mais elevados. Segundo a mesma fonte, para cada 10% de aumento na cobertura do PSF, corresponde a redução de 4,5% na taxa de mortalidade infantil. (BRASIL, 2007). Entre 1999 e 2004, o crescimento do número de consultas de pré-natal e a queda de 54% na proporção de gestantes sem qualquer atendimento desse tipo, não resultaram, paradoxalmente, em ganhos importantes em alguns indicadores. O número de recém-nascidos de baixo peso, por exemplo, aumentou, ainda que ligeiramente, no mesmo período (ver tabela 7).

TABELA 7

Brasil: percentual de crianças com baixo peso ao nascer[1] por região – 1999-2004

Regiões	1999	2004
Norte	6,33	6,97
Nordeste	6,92	7,5
Sudeste	8,45	9,14
Sul	8,04	8,63
Centro-Oeste	7,11	7,58
BRASIL	7,68	8,24

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Notas: [1] Foram considerados de baixo peso os nascidos vivos com peso inferior a 2.500g, independentemente do tempo de gestação. No número de partos considerados, não foram contados os partos com peso ao nascer ignorado. Adicionalmente, a proporção de nascidos vivos com baixo peso está calculada sobre o número de partos considerados.

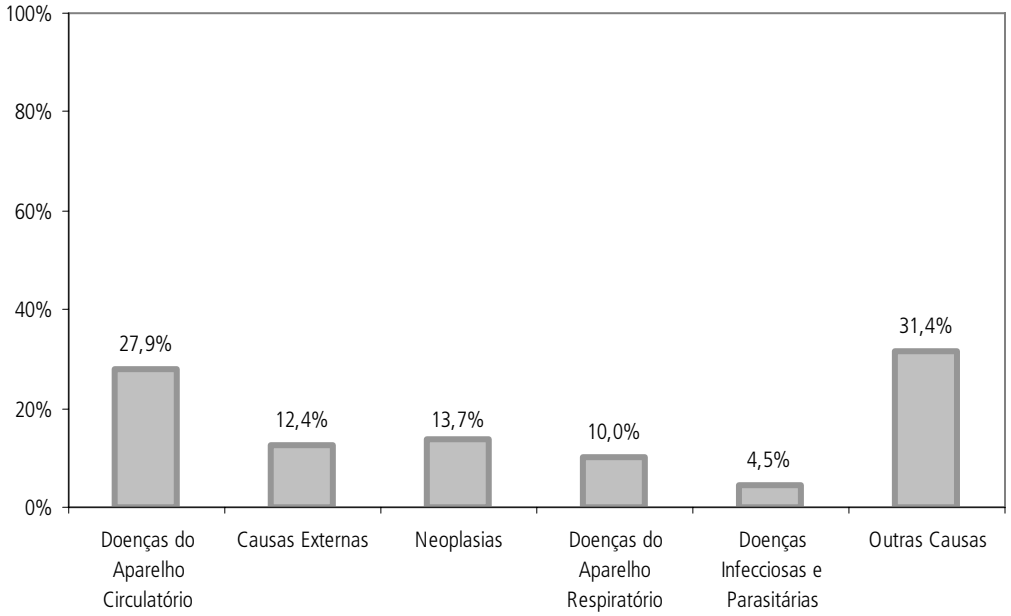
2.2 O NOVO PERFIL DA MORTALIDADE E DA MORBIDADE

À medida que uma proporção maior da população é capaz de sobreviver ao impacto das doenças transmissíveis, como decorrência do processo de desenvolvimento socioeconômico e do aumento da eficácia das ações de saúde pública, cresce de importância a mortalidade e a morbidade por doenças crônico-degenerativas – sobretudo o câncer e as cardiovasculares, bem como o trauma decorrente das diversas formas de violência.

Os cinco principais grupos de causas de morte na população em geral, conforme dados de 2004 (ver gráfico 2), têm sido os mesmos desde o início da década de 1990: as doenças do aparelho circulatório (27,9%), as neoplasias (13,7%), as causas externas (12,4%), as doenças do aparelho respiratório (10,0%) e as doenças infecciosas e parasitárias (4,5%). Essa distribuição difere substancialmente da que prevalecia pelo menos até os anos 1960, quando as doenças transmissíveis, então a principal causa de óbito na população como um todo, era o traço predominante do perfil epidemiológico, no Brasil. Em 1964, esse grupo de causas respondeu por cerca de 40% do total de óbitos (EPEA, 1966).

GRÁFICO 2

Brasil: mortalidade proporcional (% de óbitos por determinado grupo de causas em relação ao total de óbitos) – 2004



Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Extraído do IDB – 2006. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

Elaboração: Ipea/Disoc.

O aumento das doenças crônicas e degenerativas em pessoas com mais de sessenta anos não surpreende. Trata-se de um fenômeno universal em países que controlaram, ou estão prestes a fazê-lo, as doenças típicas da pobreza e do subdesenvolvimento como as infecciosas e parasitárias. O inusitado no quadro sanitário nacional é o percentual, relativamente alto, de óbitos precoces, em boa medida evitáveis, causados pelas doenças que seriam próprias de idades mais avançadas.

Doenças como neoplasias, diabetes e cardiovasculares, entre outras, ganharam novos recursos de diagnóstico e tratamento, ao mesmo tempo em que foram sendo identificados grande parte dos fatores de risco que as envolvem. Não obstante, entre 1990 e 2004, a mortalidade específica por neoplasmas malignos em pessoas com menos de cinqüenta anos de idade aumentou em todas as grandes regiões. Na média nacional, o indicador[8] cresceu 16% ao passar de 13,15 para 16,58 óbitos em cada 100 mil habitantes. No Nordeste, entretanto, esse crescimento foi bem maior: 74,42% (ver tabela 8). As doenças cardiovasculares tiveram comportamento similar no mesmo grupo etário, subindo 26% na média nacional. Todavia, nas regiões mais afluentes, o indicador registrou queda expressiva. No Sudeste, houve queda de 30,07%; no Sul, 23,24% (ver tabela 9).

8. Óbitos por neoplasias malignas por 100 mil habitantes (maiores de 50 anos).

TABELA 8

Taxa de mortalidade específica (óbitos por 100 mil habitantes) p/neoplasias malignas, faixa etária de 0 a 49 anos – 1990-2004

Região	1990	2004	Variação (%)
Norte	8,25	11,1	34,55
Nordeste	6,92	12,07	74,42
Sudeste	17,09	19,06	11,53
Sul	17,36	21,55	24,14
Centro-Oeste	11,26	16,31	44,85

Fonte: IDB – 2006. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

TABELA 9

Taxa de mortalidade específica (óbitos por 100 mil habitantes) p/doenças do aparelho circulatório, faixa etária de 0 a 49 anos – 1990-2004

Região	1990	2004	Variação (%)
Norte	10,97	12,78	16,50
Nordeste	14,01	16,93	20,84
Sudeste	36,61	25,6	-30,07
Sul	26,72	20,51	-23,24
Centro-Oeste	22,23	23,97	7,83

Fonte: IDB – 2006 . Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

As chamadas "causas externas" respondem pela maior parte dos óbitos entre adolescentes e adultos jovens, afetando em graus diferentes homens e mulheres. Para os homens em geral, é a segunda mais importante equivalendo a 18,3% do total de óbitos. Entre as mulheres, por sua vez, representam a 5ª causa de mortalidade[9] (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Esse grupo de causas é responsável, a cada ano, pela morte de aproximadamente 125 mil pessoas no país (127.400, em 2004). Mais do dobro (2,7 vezes), portanto, que a mortalidade por doenças infecto-contagiosas (46.067 óbitos no mesmo ano), conforme o SIM/Datasus. Nos anos 1960, a situação era diametralmente oposta: a mortalidade por doenças transmissíveis superava em 6,5 vezes a decorrente de acidentes, suicídios e homicídios (EPEA, 1966).

Em 2002, o Ministério da Saúde promoveu o primeiro estudo (SCHRAMM *et al.*, 1998) sobre a carga de doença[10] no Brasil, com a finalidade de obter um quadro mais preciso sobre o peso das doenças mais prevalentes no país. Os resultados desse estudo mostraram que as doenças não transmissíveis são responsáveis por 59% dos anos de vida perdidos por morte prematura (*Yll-Years of Life Lost*), as doenças infecciosas e parasitárias, maternas, perinatais e nutricionais por 26% e as causas externas intencionais e não intencionais por 15% (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No campo das doenças crônicas não transmissíveis, o conhecimento da distribuição dos seus fatores de risco é fundamental, principalmente os de natureza comportamental, como a dieta, sedentarismo, uso do tabaco, do álcool e de outras drogas, porque é sobre esses fatores que ação pública pode ser mais efetiva.

No Brasil, o esforço para levar informação sobre fatores de risco à população em geral e aos grupos mais vulneráveis em particular, tem sido relativamente bem-sucedido em alguns casos (tabagismo, sol, álcool, sexo seguro), mas ainda é

9. Em 2003 corresponderam a 4,7% do total; 32,% foram causadas por acidentes de transporte e 19,9% de agressões. Dos óbitos por agressão, 53,6% foram decorrentes do uso de arma de fogo.

10. Estudos que levam em consideração o tempo vivido com incapacidade e o tempo perdido graças à morte prematura.

insuficiente.[11] Embora essencial, a informação, por si só, não é suficiente se não gerar mudanças comportamentais positivas. Mesmo quando se produz as mudanças desejadas no estilo de vida do público-alvo e se contribui para diminuir a incidência da doença, os casos não evitados nem sempre encontram o atendimento adequado de que necessitam.

Esse paradoxo está presente, por exemplo, nos milhares de amputados a cada ano em razão dos diabetes. Estudo multicêntrico promovido pelo MS e publicado em 2006 (*apud The Review of Diabetic Studies*) mostra que apenas 58,2% dos 2.230 diabéticos de oito cidades brasileiras tiveram o pé examinado no ano anterior à pesquisa. Menos da metade (46,9%) realizou exame oftalmológico, um procedimento fundamental na prevenção da cegueira – um dos efeitos adversos da moléstia.

As doenças infecciosas e parasitárias, mesmo que em declínio, ainda têm importância no quadro sanitário brasileiro. Essas doenças podem ser agrupadas em cinco categorias, conforme sua inserção no cenário epidemiológico interno: *i)* as "erradicadas", como a varíola, a poliomielite e a febre amarela urbana; *ii)* as "declinantes" como sarampo, raiva humana, difteria, tétano e coqueluche, todas controláveis por imunização, doença de Chagas e hanseníase; *iii)* as "persistentes", entre as quais, malária, tuberculose, hepatites virais (especialmente a B e C), leptospirose, meningites, leishmaniose e febre amarela silvestre; *iv)* as "emergentes", doenças que surgiram ou foram identificadas nas duas últimas décadas do século XX, como a Aids, a partir de 1980, e a hantavirose, uma antropozoonose diagnosticada pela primeira vez no continente americano em 1993; e *v)* as "reemergentes", doenças controladas no passado mas que voltaram a representar problema de saúde pública, como o dengue, a partir de 1982, e o cólera com um pico epidêmico de 60 mil casos em 1993, em populações de áreas com fortes deficiências de saneamento básico (FINKELMAN, 2002. *op. cit.*).

Entre as doenças transmissíveis, algumas já foram erradicadas. É o caso da varíola e da poliomielite, apenas para citar os êxitos mais recentes do sistema público brasileiro de saúde. A primeira foi erradicada nos anos setenta (1978). O projeto de erradicação da poliomielite, por sua vez, não foi menos exitoso, erradicando a doença em 1994. Contudo, a vigilância epidemiológica e as campanhas periódicas de vacinação (dias nacionais de vacinação) estão sendo mantidas de modo que evite o risco de retrocessos, uma possibilidade não descartável pelo menos enquanto persistir a incidência da doença em outros países. No Brasil, os últimos casos (35) e óbitos (10) foram registrados em 1989 (FUNASA *apud* PIOLA; VIANNA; OSÓRIO, 2002).

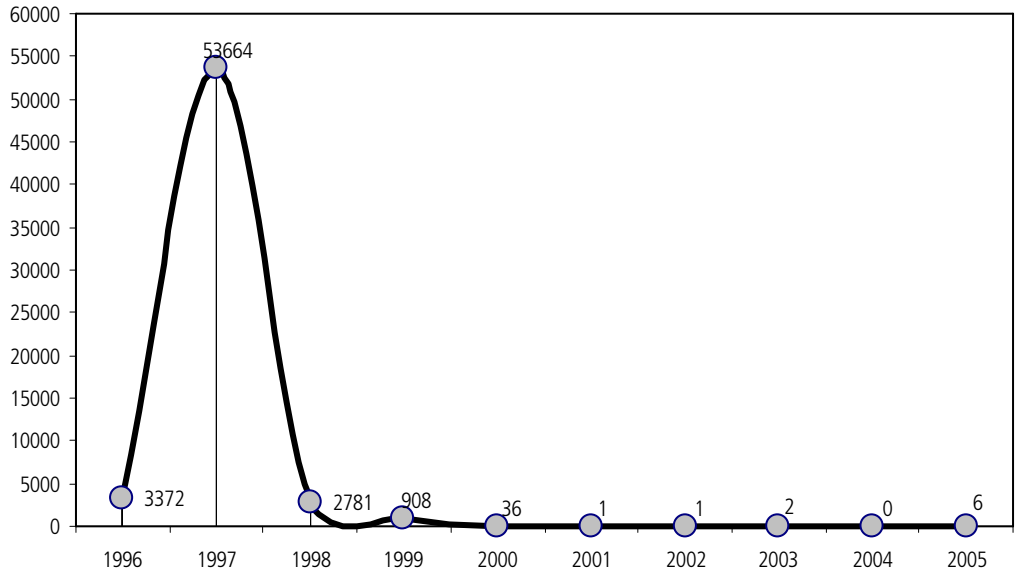
Em outras doenças evitáveis por vacinas ainda não se alcançou o mesmo sucesso, embora haja controle efetivo e reduções substanciais na sua incidência como é o caso da difteria, da coqueluche, do tétano e da rubéola, entre outras. O sarampo, ainda que tardiamente,[12] caiu de forma drástica, tanto em número de óbitos como em de

11. Pesquisa, conduzida pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) em sete capitais envolvendo 2.100 pessoas com mais de 16 anos, mostra o grau de conhecimento entre a população dos fatores de risco para o câncer, como tabagismo, alimentação inadequada, álcool e exposição excessiva ao sol. Os primeiros resultados divulgados na mídia (O GLOBO, 26/5/07) mostram, por exemplo, que em Florianópolis, Porto Alegre, João Pessoa e Goiânia, 100% dos entrevistados relacionaram o tabagismo ao aumento do risco da doença. Nas demais cidades, esse percentual foi superior a 96%. Resultados parecidos foram obtidos na associação entre câncer e excesso na exposição ao sol. Contudo, fatores de risco para essa doença como alimentação inadequada, falta de atividade física e sexo inseguro, mostra a pesquisa, ainda não são ainda bem conhecidos pela população.

12. Suécia e Dinamarca, já no início da década 1960, quando a vacina ainda não estava disponível, não registraram óbitos.

casos, a partir da massificação da vacinação (ver gráfico 3). Depois dos 475 óbitos em 1990 e do surto de 1997 (53.664 casos e 61 óbitos), o país caminha para a erradicação. Os dois últimos óbitos por sarampo ocorreram em 1999 e o número de casos vem sendo drasticamente reduzido desde 2001/2002 (IDB, 2006; PIOLA; VIANNA; OSORIO, 2002).

GRÁFICO 3
Número de casos de sarampo – Brasil – 1996-2005



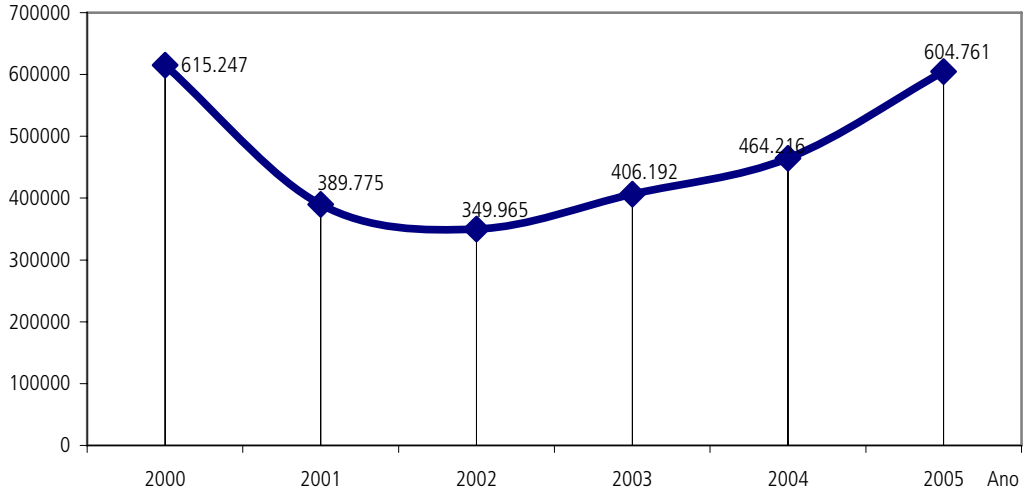
Fonte: IDB – 2006. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.
Elaboração do Ipea/Disoc.

O controle de doenças transmissíveis, por sua vez, importantes para as quais ainda não há tecnologia vacinal, depende de outras ações, inclusive de combate a vetores. A malária, por exemplo, concentrada na Amazônia, tem tido uma evolução irregular. No ano 2000, a incidência foi da ordem de 615 mil casos com uma letalidade de 0,04% (243 óbitos). Depois de dois anos de quedas sucessivas (2001 e 2002), a incidência voltou a crescer, praticamente retomando em 2005 (604 mil casos) o patamar alcançado em 2000. Em 2006, o número de casos foi de 540 mil com 43 óbitos. A letalidade,[13] entretanto, está em queda, como decorrência, entre outros fatores, do aumento do acesso dos doentes ao tratamento oportuno nos serviços de saúde[14] (ver gráfico 4).

13. % de óbitos em relação ao total de casos.
14. O incremento, nos últimos anos, da rede de diagnóstico da malária, na região da Amazônia Legal, vem contribuindo para melhorar a oportunidade do diagnóstico e do tratamento e, conseqüentemente, para a redução dos indicadores de gravidade da doença. Em 2006, a média de exames realizados em menos de 48 horas do início dos sintomas da doença foi de 56,2% dos casos.

GRÁFICO 4

Malária: número de casos exames positivos – 2000-2005

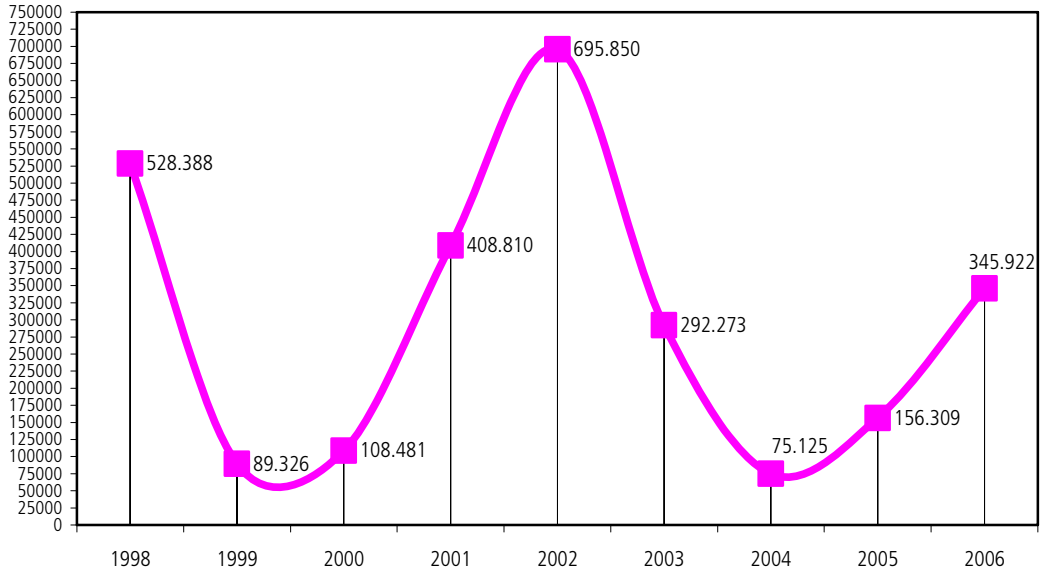


Fonte: MS/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Depois de anos sem afetar a população brasileira, a dengue ressurgiu no Brasil em 1982 em razão do processo de circulação viral e da infestação pelo *Aedes Aegypti*. A extensão da epidemia é grande, pois atinge hoje quase todos os estados, principalmente nos meses quentes e úmidos. Seu controle é problemático, requerendo, além da ação coordenada (intersetorial e entre níveis de governo) e tempestiva do Poder Público, a indispensável colaboração da população. Embora seja relativamente simples e sem maiores custos, essa colaboração nem sempre acontece na escala necessária, pois exige mudanças comportamentais. A letalidade da dengue é baixa, salvo nas suas formas mais graves (dengue hemorrágica). O gráfico 5 mostra a incidência da doença entre 1998 e 2006, e os dois picos no período.

GRÁFICO 5

Número de casos novos de dengue – Brasil – 1998-2006



Fonte: IDB/2006. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

Elaboração Ipea/Disoc – SVS/SES – Boletim Dengue Dez./2006.

A tuberculose, outra importante doença transmissível, está associada à pobreza, à desigualdade social, a más condições de vida e habitação e, mais recentemente, à AIDS. A incidência (número de casos novos) aumentou entre 2000 e 2003, mas, desde então, vem decrescendo. Em 2005, a incidência esteve em torno de 40/100 mil habitantes. Neste ano, os casos novos estavam concentrados na região Sudeste (45,9%) e Nordeste (29,4%), proporções que se têm mantido nos últimos anos. Apesar da tendência à redução da mortalidade, são registradas mais de 4.500 mortes por tuberculose ao ano. Ademais, a associação da tuberculose à morte de pacientes com outras doenças ainda é elevada: 14% dos óbitos por AIDS entre 2002 e 2003 tiveram a tuberculose como causa associada.

Entre as doenças emergentes, a AIDS é a mais importante. No Brasil, o primeiro caso da doença foi notificado em 1980. A partir deste ano, o número de casos novos aumentou constantemente até 1998. A partir dessa dada, observa-se certa estabilidade na incidência (casos notificados). A proporção de brasileiros infectados pelo HIV, por sua vez, não apresentou mudanças significativas nos últimos anos.

Em contrapartida, a mortalidade tem declinado desde 1996, quando o Brasil implantou a política de universalização do acesso ao tratamento anti-retroviral (Terapia Anti-Retroviral Altamente Ativa – HAART, na sigla em inglês). A taxa, que em 1996 era de 9,6 mortes para cada 100 mil habitantes, diminuiu para 6/100 mil em 2005. O Sudeste teve a queda mais expressiva no período. Nas regiões Norte, Nordeste e Sul, no entanto, houve crescimento, ainda que discreto.

As ações de prevenção e de tratamento da HIV/AIDS no Brasil têm alcançado destaque em âmbito mundial, em virtude da reversão das expectativas pessimistas iniciais quanto à evolução da doença no Brasil.

3 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O sistema de serviços de saúde no Brasil, nas suas origens hegemonicamente privado ancorado na medicina liberal e na filantropia, evoluiu, a partir da criação do seguro social na segunda década do século XX, para um modelo no qual a saúde passou a ser um direito inerente à cidadania e garantido pelo estado (CF, art. 196).

Antes disso, com o aumento da oferta de bens e serviços de saúde, sobretudo a partir dos anos 1960, o perfil do sistema de saúde brasileiro foi se tornando mais nítido sobressaindo então quatro principais características: exclusão, segmentação, hegemonia privada na oferta e ênfase nas ações de recuperação da saúde.

A "exclusão", pela qual o crescimento da assistência médica após a criação do seguro social em 1923, se deu mediante a incorporação gradual de categorias profissionais do mercado de trabalho formal urbano ignorando o resto da população. Essa característica começou a ser atenuada na década de 1960 mediante a implementação de sucessivas políticas públicas que estenderam a assistência médica previdenciária aos grupos desprotegidos.[15] A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS),[16]

15. Nesse sentido, foram importantes a extensão da assistência médica aos trabalhadores rurais por intermédio do Funrural e, a partir, de 1974, a assistência a toda a população da assistência médica da Previdência Social, em situação de emergência.

16. Antes do SUS, a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1986, já procuravam atender, sem discriminação, toda a população, contando com recursos da Previdência Social.

todos os brasileiros, independentemente de sua vinculação ao sistema previdenciário, passaram a ter direito ao atendimento integral à saúde.

A "segmentação", por sua vez, ocorria em duas vertentes: a institucional e a de clientela. A primeira, em virtude da histórica vinculação da assistência médico-hospitalar ao sistema previdenciário e das funções de saúde pública (sobretudo "bens públicos" como o controle de doenças transmissíveis e as vigilâncias sanitária e epidemiológica) ao Ministério da Saúde (diretamente ou por meio das Secretarias Estaduais de Saúde). A segunda – segmentação de clientela – decorria da existência de cinco categorias de pacientes, cada uma com "direitos" específicos e, por isso, recebendo serviços com diferentes padrões de qualidade: *i)* os denominados, segundo o jargão setorial, como pacientes "particulares", ou seja, aqueles com vontade e capacidade para pagar diretamente (*out of pocket*) os serviços providos pelo mercado; *ii)* os portadores de algum plano ou seguro de saúde, aqui incluídos os servidores públicos; *iii)* os previdenciários urbanos; *iv)* os previdenciários rurais; e *v)* o resto da população dependente da filantropia e de uma rede pública de pequeno porte e de baixa diversificação.

Na prática, existiam então dois subsistemas estatais capitaneados por dois ministérios da "saúde" distintos. Um, de direito, o Ministério da Saúde propriamente dito, dependente de recursos orçamentários sempre escassos e oriundos de impostos gerais, cabeça de um sistema que incluía as secretarias estaduais de saúde e os órgãos municipais correspondentes[17] (ver quadro 1). Outro, de fato, o da previdência social, relativamente autônomo graças à receita própria crescente proveniente da taxação da folha de salário e os saldos orçamentários expressivos em virtude do ainda baixo peso relativo de seus compromissos securitários (pensões e aposentadorias). Essa situação de relativo conforto financeiro possibilitou, até o fim dos anos 1970, o custeio de um modelo médico-assistencial seletivo, ancorado na livre demanda e na oferta predominante privada.

QUADRO 1
Principais características do papel e da forma de atuação dos Ministérios da Saúde e da Previdência e da Assistência Social antes do SUS

Especificação	Características	
	MS	MPAS
Tipo de serviço predominante	Bens públicos (controle de doenças transmissíveis; vigilância sanitária)	Bens privados (atenção médico-hospitalar)
Forma de atuação	Direta, por meio da FSESP e Sucam e indireta por meio das secretarias de saúde	Fundamentalmente indireta, por meio do setor privado
Modalidade de financiamento	Transferências mediante convênios com secretarias de saúde	INPS: pagamento em função do tipo e da quantidade dos atos médicos Funrural: subsídio fixo
Fonte de recursos	Impostos gerais	Contribuição previdenciária
Clientela	Universalizada	Contribuinte
Localização dos serviços assistenciais próprios	Pequenos municípios (NO, NE e CO) áreas endêmicas	Grandes centros urbanos

Elaboração dos autores.

Superadas, a partir do SUS, as distorções da dicotomia institucional, a segmentação de clientelas assumiu novas feições com o crescimento das modalidades assistenciais de pré-pagamento e a manutenção de serviços específicos para os funcionários públicos.

Atualmente, embora mais de 90% da população seja usuária, apenas 28,6% utilizam exclusivamente o SUS, o que é pouco quando comparado com os

17. Além desses, já existiam serviços restritos aos servidores públicos (civis e militares).

percentuais de países com sistemas universais de saúde consolidados. Aqui, a maioria (61,5%) demanda o SUS e outras modalidades (plano de saúde, pagamento direto). Os não usuários são 8,7% (CONASS, 2003).

A "hegemonia privada" na oferta de serviços médico-hospitalares, uma constante ao longo da história do país, foi robustecida a partir de 1974 graças à sinergia entre os financiamentos subsidiados do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) gerenciados pela Caixa Econômica Federal (CEF) para ampliar e modernizar a rede hospitalar e a garantia de mercado proporcionada pelos contratos previdenciários de compra de serviços. No país como um todo em que pese o crescimento da rede pública e a queda em número dos leitos hospitalares privados desde 1984, o setor privado ainda é majoritário (ver tabela 10).

TABELA 10
Brasil: número de leitos hospitalares públicos e privados em anos selecionados

Ano	Público	Privado	**Total**	(%) privado (1/2 100)
1976	119.062	324.826	**443.888**	73,17
1980	122.741	386.860	**509.168**	76,00
1984	127.537	411.184	**538.731**	76,30
1992	135.080	409.227	**544.351**	75,20
2005	148.996	294.244	**443.210**	66,40

Fonte: IBGE (MAS) *apud* Barros, E. Estrutura da rede de serviços de saúde no Brasil: aportes da MAS – 2005. CONASEMS – DAD/SE/MS, Dez. 2005.

A predominância de prestadores privados não é, necessariamente, um problema. Para o usuário, em geral, é irrelevante a personalidade jurídica do provedor. O que lhe importa é a garantia de um serviço com qualidade e presteza. Ademais, o sistema público brasileiro herdou do sistema médico previdenciário do passado, longa tradição de parceria com prestadores privados, não obstante o risco de efeitos colaterais. Parte deles tem origem na forma de remuneração dos serviços contratados (por procedimento) e nos próprios valores pagos que podem induzir à utilização de procedimentos de maior densidade tecnológica e a discriminação (atendimento preferencial a pacientes privados em detrimento daqueles cujo tratamento é custeado pelo sistema público). No entanto, a utilização da rede privada, libera o Poder Público não só da realização de investimentos diretos para ampliar a própria capacidade instalada, como, principalmente, da gerência de estabelecimentos, sobretudo os de maior porte e complexidade, tarefa que persiste como uma das maiores, se não a maior, das vulnerabilidades e atribulações do sistema público de saúde.

3.1 INOVAÇÕES CONSTITUCIONAIS EM 1988

Quando confrontada com as que antecederam, a Constituição de 88 é, de longe, a que mais espaço dedica à questão da saúde. Ao contrário das anteriores, a Carta de 1988 deu à área da saúde o tratamento compatível com a importância crescente assumida pelo tema entre os valores da sociedade brasileira. Por vezes criticado por prolixidade e por uma, supostamente excessiva, generosidade, o legislador constituinte foi responsável pelas seguintes inovações no campo da saúde:

1. Institucionalização da seguridade social, unificando as ações e os serviços de assistência social, previdência social e saúde;
2. criação de tributos sob a forma de contribuições sociais (federais) vinculadas à seguridade social;

3. reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, com o conseqüente dever do estado na garantia deste direito; e
4. a instituição de um sistema único de saúde tendo como princípios a universalidade e a integralidade da atenção, a descentralização com comando único em cada esfera de governo e a regionalização da rede de serviços, como forma de organização, e a participação popular como instrumento de controle da sociedade sobre o sistema, teses defendidas na VIII CNS e na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) incorporadas ao novo texto constitucional.

A) UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQÜIDADE – como valores sociais, o direito de acesso universal e a integralidade da atenção refletem a opção da sociedade por um sistema de saúde típico de um estado de bem-estar, em substituição a um sistema excludente e desigual que existia antes de 1988.

A "universalidade" é um predicado de sistemas organizados com base na solidariedade. Canadá, Suécia, Costa Rica e Reino Unido, entre outros países, são exemplos de sistemas assim estruturados (MENDES, 2001). Instituir sistemas de saúde com base nesses valores significa organizá-los com base em necessidades e mediante subsídios cruzados: dos ricos para os pobres, dos jovens para os idosos, dos usuários mais freqüentes para os menos freqüentes, dos sãos para os doentes (EVANS, 1996; TITELMAN, UTHOFF; JIMÉNEZ, 2000, *apud* MENDES, 2001). Lord Beveridge, idealizador do sistema de saúde inglês, um dos mais conhecidos modelos de acesso universal, justificava o valor da universalidade ao expressar que serviços de saúde exclusivos para pobres serão sempre "serviços pobres".

A garantia de acesso a serviços integrais de saúde, por sua vez, surgiu no fim da II Guerra Mundial no Reino Unido com a criação do *National Health Service* (NHS). A lei de criação do NHS em 1946 estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos (*comprehensive health services)* que deveriam ser disponibilizados de forma gratuita a toda a população.

No Canadá (província de Quebec), esse objetivo aparece de forma mais evidente a partir da década de 1960. Um estudo canadense identificou na operacionalização desse princípio, cinco dimensões: a dimensão pessoal e familiar do cuidado, um caráter completo (gama de serviços), contínuo (seguimento no tempo, no domicílio e no sistema) e coordenado (relações entre os serviços). A atenção integral em Quebec provida pelos *Centres Locaux de Services Communautaires* (CLSC) revelou duas tendências nas práticas que detém alguma semelhança com o contexto brasileiro. Uma, onde a integralidade significa "a incorporação de ações preventivas, sociais e comunitárias com a introdução de ações da esfera da saúde coletiva nos serviços tradicionalmente dominados pelo cuidado médico". Outra, representada pela "garantia de maior continuidade de uma atenção médica de primeira linha, agora (a partir da reforma) mais completa".

No Brasil, o primeiro significado, vigente nos anos 1960 ou mesmo antes, era chamado de "integração". Vale dizer que serviços de saúde pública seriam reunidos (integrados) em um mesmo espaço físico e sob comando único, com as atividades

assistenciais hospitalares e ambulatoriais de média complexidade, configurando uma Unidade Integrada de Saúde.[18]

No início da década de 1980 (CONILL, 2004), antes, portanto, de sua incorporação à construção do SUS, o conceito de integralidade – no sentido da atenção abrangente – foi incorporado à concepção de programas destinados a grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Paism e o Programa de Atenção Integral á Saúde da Criança – Paisc).

A "integralidade" da assistência está prevista no art. 198 da Constituição (atendimento integral) e de forma mais explícita no artigo 7º, da Lei nº 8.080/1990 como "o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema". Estes dispositivos têm sido os principais fatores impedientes do sucesso de tentativas de restringir a abrangência dos serviços de atenção à saúde como instrumento de contenção de gastos. Cogitou-se, por exemplo, sobre a adoção de um pacote básico universal de serviços deixando para a caridade e para o mercado a responsabilidade de provisão dos serviços não incluídos. Ou de limitar aos mais pobres a gratuidade prevista na Lei nº 8.080/1990 em nome de uma "desfocalização" do SUS que, supostamente, privilegiaria os mais ricos. A ausência de regulamentação mediante instrumento jurídico de hierarquia adequada do alcance do direito à saúde e da integralidade da assistência teve dois efeitos importantes. Um deles é a "judicialização" da saúde, ou seja, a busca, bastante freqüente, do Poder Judiciário para assegurar terapias não contempladas pelas normas internas do SUS. Outro efeito está nas iniciativas isoladas em tramitação no Congresso visando garantir algum tratamento ou medicamento específico. Como essa prática funcionou bem em relação a AIDS, que está ancorada em lei especifica, nada mais natural que outros grupos de pressão, não menos legítimos, tendam a imitar o mesmo comportamento e busquem assegurar seus direitos mediante legislação própria.

A "equidade", igual acesso para igual necessidade, embora citada com freqüência entre os princípios ou diretrizes do SUS, a rigor não tem, pelo menos de forma explícita, a mesma estatura jurídica dos demais (universalidade, integralidade, descentralização, participação social).

O que a Constituição e a Lei prevêem expressamente são o acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde (CF, art. 196) e a "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (Lei nº 8080/90, art. 7º, IV). Na verdade, a palavra "equidade" só aparece no capítulo da seguridade social como um requisito para a forma de participação no seu custeio (CF, art. 194, § único), ainda que o preceito de atendimento igualitário possa expressar o princípio de equidade horizontal (igual atenção para igual necessidade).

18. Esse modelo foi introduzido em Brasília nos anos 1970. Antes disso, porém, na primeira metade da década de 1940, o modelo tinha sido adotado pelo MS (Serviço Especial de Saúde Pública – Sesp) em áreas produtoras de materiais estratégicos (borracha, minério) com a finalidade de apoiar a contribuição brasileira ao esforço de guerra dos países aliados na II Guerra Mundial. As chamadas Unidades Mistas do Sesp reuniam ações e serviços de saúde coletiva como vigilância sanitária e epidemiológica, imunização, visitação domiciliar (praticamente o que faz hoje o agente comunitário de saúde do Programa de Saúde da Família), saneamento básico, com atenção odontológica e médico-hospitalar nas especialidades básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e cirurgia geral).

Com o SUS, que institucionalizou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a exclusão formal desapareceu, mas não a iniqüidade. Esta subsiste, seja em decorrência de fatores como a desinformação que está associada aos diferenciais de escolaridade seja por deformação em determinadas políticas públicas. Em algumas delas, ainda estão presentes os privilégios e a discriminação.

Entre os privilégios, duas situações exemplares: *i)* o subsídio oficial para que servidores públicos e suas famílias tenham planos de saúde privados; e, *ii)* o incentivo fiscal para as famílias que gastam com saúde, o que representa em última análise uma transferência de recursos de toda a sociedade para os segmentos mais afluentes.

A discriminação, por sua vez, configura-se – por exemplo – na chamada "dupla porta" de entrada, mecanismo utilizado por alguns hospitais privados e/ou universitários (públicos) ao atenderem pacientes do SUS e pacientes privados. Como os valores de remuneração de procedimentos são mais atraentes no atendimento privado (inclusive planos de saúde), a tendência do mercado é priorizá-lo em detrimento do paciente financiado pelo sistema público.

B) DESCENTRALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL – a descentralização, uma das diretrizes constitucionais para organização do SUS, foi uma das áreas em que mais se avançou, a despeito dos obstáculos para sua consecução. As dificuldades, inerentes a uma tarefa de tal complexidade em um país tão heterogêneo como o Brasil, estão relacionadas a três fatores, fundamentalmente:

1. diversidade de capacidade de capacidade técnica, administrativa e financeira, particularmente no caso dos municípios contra-indicando, portanto, soluções ou estratégias uniformes para todo o país. Possivelmente, por essa razão, a municipalização não era a intenção inicial do legislador que, até o fim do processo constituinte, pretendia atribuir as administrações locais apenas a responsabilidade sobre a atenção primária. Somente na última versão da Carta é que a competência municipal foi ampliada e assumiu sua forma definitiva: "prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento de saúde à população" (CF, art. 30, VII);

2. ausência de consenso quanto ao real significado que o legislador constituinte pretendia atribuir à diretriz constitucional específica (CF, art. 198, I). Ao atribuir ao município (CF, art. 30, VII), a competência de prestação de serviços de saúde à população, a Carta, de certa forma, possibilitaria um entendimento restrito da diretriz como se descentralização fosse sinônimo de municipalização. A descentralização, porém, não se esgota nesse nível de governo, mas vai além. Uma das âncoras para a adoção de modelos institucionais como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), criadas no governo anterior, ou as fundações estatais, defendidas pelo atual está, justo, na diretriz da descentralização; e

3. impossibilidade ou até mesmo inadequação do ponto de vista técnico e econômico da maioria dos municípios terem subsistemas auto-suficientes. De qualquer forma, mesmo que alguns poucos possam ser auto-suficientes, razões tecnológicas ou de escala de produção, desaconselham, quando não impedem, a instalação de certos serviços em cada localidade – o que não significa desconsiderar a possibilidade de o serviço ser assumido por um município-pólo. O consórcio intermunicipal – uma prática vigente em várias regiões do país, que

nasceu independente de qualquer regulamentação central –, pode ser uma solução eficiente e, com certeza, coerente com a diretriz da descentralização (ver anexo I).

A participação social – também diretriz constitucional para a organização do SUS (art. 198, III), mas não regulamentada pela Lei nº 8.080 de 19/9/1990 –, foi objeto de lei específica três meses depois (Lei nº 8142 de 28/12/1990). Foram então institucionalizadas, em cada esfera de governo, duas instâncias participativas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Ambas já existiam muito antes do SUS. O que mudou com o SUS foi, principalmente, a: *i)* composição dos dois foros que passou a incluir representação de usuários, "paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos" (Lei nº 8.142, art 1º, § 4º); *ii)* a sua presença nas três esferas de governo; e *iii)* o caráter deliberativo do Conselho, que antes de 1990 era meramente consultivo.[19]

A primeira Conferência aconteceu em 1941. A de 1963 ficou marcada por ter sido a primeira a discutir política de saúde e a municipalização (BALSEMÃO, 2003). Até então, a temática do evento era limitada a questões situadas no âmbito das competências do MS restritas na época as grandes endemias rurais, tuberculose, hanseníase, doenças mentais.

O Conselho Nacional de Saúde foi criado em 13 de janeiro de 1937 pela Lei nº 378. Seu campo de atuação, como acontecia com as Conferências, era bastante restrito, pois a assistência médico-hospitalar não era atribuição do então Ministério da Educação e da Saúde. Somente em 1970 (Decreto nº 67.300 de 30 de setembro de 1970), o Conselho ampliou seu espectro de atuação passando a examinar e a emitir parecer, quando, convocado, sobre problemas relativos à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia:htm>; e <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/index.htm >. Acesso em: 10 nov. 2007).

Em 1983, com a implantação da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) foram criadas as "comissões interinstitucionais de saúde (CIS) no âmbito estadual e, no âmbito municipal, as comissões interinstitucionais municipais de saúde (Cims), que foram as primeiras experiências de colegiado com representação da sociedade civil organizada na saúde. As Cims em grande maioria, mais tarde, transformaram-se nos conselhos de saúde correspondentes" (BALSEMÃO, 2003, p. 304). A participação social no Conselho Nacional de Saúde começou em 1987 quando o colegiado passou a ter funções normativas e de assessoramento ao ministro e contar com treze membros, inclusive sete representantes da sociedade civil. A grande diferença dessa composição para a que veio a partir de 1990 estava no fato de todos os conselheiros, antes do SUS, serem indicados pelo governo e escolhidos entre "personalidades de notória capacidade e comprovada experiência na área da saúde" (Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia:htm>. Acesso em: 10 set. 2007).

19. Embora criado pela Lei nº 8.142/1990, a Lei nº 8.080/1990 (arts. 12, 26, 33 e 37) três meses antes já antecipava algumas das suas competências deliberativas (BALSEMÃO, *op cit.*, 2003).

4 O PAPEL DO ESTADO: FINANCIAMENTO, REGULAÇÃO E PROVISÃO

4.1 POR QUE O ESTADO?

Além de motivos de ordem institucional, política e social que podem respaldar, em cada país, a participação do estado na saúde, há pelo menos três outras de razões que justificam essa intervenção na provisão (direta ou indireta) de serviços, na regulação e no financiamento.

Em primeiro lugar, porque saúde contribui para melhores níveis de produtividade e bem-estar da população e os segmentos mais pobres nem sempre podem custear as ações e os serviços para sua manutenção e, sobretudo, recuperação; algumas necessidades de saúde podem acarretar custos catastróficos até mesmo para as famílias de renda média alta.[20] Segundo, porque ações e serviços de saúde são de "relevância pública" cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, controle e fiscalização (CF, art. 197). Ademais, algumas dessas ações são classificadas como bens públicos (vigilância sanitária e vigilância epidemiológica) ou produzem externalidades positivas (vacinação, por exemplo). Por fim, a presença do estado se justifica pela assimetria de informações e demais falhas de marcado bastantes presentes no campo da saúde.

BENS PÚBLICOS, BENS PRIVADOS, BENS DE MÉRITO E EXTERNALIDADES

Em economia são considerados bens privados aqueles bens econômicos "cuja utilização por determinado indivíduo exclui a utilização por parte de outros" (PEREIRA, 2002). Sob essa ótica, consultas médicas e internações hospitalares são bens privados típicos.

Bens públicos tem conceito oposto. Não se pode excluir do seu consumo um indivíduo em particular (princípio da não exclusividade) e o seu uso por determinada pessoa não reduz a quantidade disponível do mesmo bem para os demais membros da sociedade (princípio da não rivalidade). A segurança interna e iluminação pública são bens públicos típicos. No campo da saúde é o caso do controle da poluição, do combate a vetores de doenças e as ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica.

Bem de mérito ou **bem social**, por sua vez, é um bem de consumo individual cuja utilização dá origem a benefícios superiores àqueles gozados pelo consumidor. A qualidade de bem de mérito provém da existência de externalidades. Em outras palavras, do que acontece quando o consumo de um bem ou serviço tem efeitos positivos ou negativos sobre outros indivíduos que não aqueles diretamente envolvidos no ato de consumir [...] como, por exemplo, os efeitos das imunizações sobre a população como um todo e não apenas sobre o indivíduo vacinado. O conceito de externalidade é importante para diferenciar os cuidados de saúde de outros bens, pois indica que existe um valor social associado ao consumo de cuidados individuais (PEREIRA, 1995)

Fonte: CONASS, 2007.

20. A discussão sobre gasto catastrófico não é recente na área da saúde, mas ganhou novo impulso a partir do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2000. A idéia, de acordo com Wagstaff e Van Doorslaer (2001) é, de fato, garantir que as famílias tenham um mínimo (l – z) de sua renda para gastar com outros itens que não assistência à saúde.

4.2 O ESTADO FINANCIADOR

O financiamento da saúde é, por motivos diversos, objeto de crescente preocupação em quase todos os países. Nos países desenvolvidos, que já investem parcela considerável (e crescente) do seu Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, aumenta a preocupação com a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que o incremento nos dispêndios médico-assistenciais, por si só, não gera melhores condições de saúde coletiva, nem reduz, automaticamente, eventuais iniqüidades no acesso aos serviços. Nos países em desenvolvimento, por sua vez, estão presentes desafios adicionais, como a extensão da cobertura a toda a população, a melhoria da qualidade dos serviços e as exigências do financiamento setorial em concorrência com outras necessidades de desenvolvimento social e econômico. A ambos, ricos ou emergentes, resta ainda, na medida das possibilidades de cada um, a responsabilidade solidária em apoiar os países mais pobres onde a dramática magnitude das carências só pode ser atenuada mediante cooperação internacional.

O gasto com saúde vem aumentando em quase todos os países. Representava 3% do PIB mundial em 1948. Passou para 8,7% do PIB em 2004 (PAHO, 2007). No período de 1998 a 2003, a taxa média anual de crescimento dos gastos com saúde (5,71%) superou a taxa média de crescimento da economia mundial que foi de 3,63% (HSIAO, 2006).

De maneira geral, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas e de recursos geridos por operadoras de planos e empresas de seguros privados de saúde. O desembolso direto, forma mais iníqua e instável de financiamento, é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres (OMS, 2000). Nos países de renda alta, as fontes administradas pelo setor público responsabilizam-se, em média, por mais de 60% do gasto total, enquanto nos países de renda baixa a participação do setor público não chega a 25% do dispêndio total (SCHIEBER *et al.*, 2006). Na América Latina e no Caribe a participação de recursos públicos é inferior a 50%.

De acordo com estimativas da OMS, o Brasil gastou aproximadamente 7,9% do PIB com saúde em 2005. Desse montante, o gasto privado (das famílias e das empresas) respondeu por 55,9% do gasto total; o desembolso no ato (gasto *out-of-pocket*),[21] isoladamente, atinge 30% do total (OMS, 2008). Ou seja, como parcela do PIB o Brasil despende valores próximos aos países da OCDE, porém, ao contrário destes, a participação do gasto público, como percentual do gasto total é muito menor.[22]

21. O gasto privado normalmente é dividido em duas modalidades: *i)* direta ou desembolso no ato é aquele que ocorre no ato do consumo dos serviços ou que depende do consumo de serviços; *ii)* pré-pagamento é aquele feito antecipadamente como prêmio de um plano ou seguro de saúde.

22. Entre os países da OCDE, o gasto público corresponde, em média, a 70% do gasto total com saúde

TABELA 11

Gasto total (público e privado) com saúde em relação ao PIB e gasto público em relação ao gasto total com saúde em países selecionados – 2005

Países	% do PIB	% do gasto público
Alemanha	10,7	76,9
Austrália	8,8	67,0
Bélgica	9,6	71,4
BRASIL	7,9	44,1
Canadá	9,7	70,3
Espanha	8,2	71,4
Estados Unidos	15,2	45,1
Inglaterra	8,2	87,1

Fonte: *World Health Statistics,* 2008. Disponível em: <www.who.int/whosis>.

A comparação entre o gasto nacional em saúde e o nível alcançado em certos indicadores como expectativa de vida e mortalidade infantil coloca o Brasil em desvantagem e em relação a outros países de renda média e da América Latina (OMS, 2000). Essas comparações, entretanto, devem ser analisadas com cautela, pois diversos fatores – distribuição de renda, escolaridade média das mães, acesso à água potável e ao saneamento básico, entre outros – influenciam nos indicadores supramencionados (MEDICI, 2005; WORLD BANK, 2003).

Como antes referido, maior nível de gasto não redunda, automaticamente, em serviços de saúde mais eficientes, efetivos e eqüitativos. Na verdade, os modelos de financiamento e de organização dos serviços podem ter uma influência muito mais forte tanto nos custos como nos resultados (mais saúde e menos desigualdades) do sistema. O sistema americano, por exemplo, calcado fundamentalmente em seguros privados, despende, anualmente, de 16% do PIB, porém, os Estados Unidos tem a mais alta taxa de mortalidade infantil e a mais baixa expectativa de vida entre os países de renda alta (HSIAO, 2006). A Índia que tem um sistema sustentado, basicamente pelo pagamento no ato (*out-of-pocket*), gastou 4,8% do PIB com saúde em 2003, mas tem mortalidade infantil cinco vezes maior que o Sri Lanka, país que despendeu 3,5% do PIB e os serviços médico-sanitários são financiados, preponderantemente, com recursos públicos (HSIAO, 2006).

O sistema de saúde do Brasil é pluralista tanto em termos das modalidades de atenção à saúde quanto das fontes de financiamento. Essa pluralidade se expressa nas quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: *i)* o Sistema Único de Saúde, de acesso universal,[23] gratuito e financiado com recursos públicos (impostos e contribuições); *ii)* o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; *iii)* o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essas clientelas, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores majoritariamente atendidos na rede privada; e, *iv)* o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (*out-of-pocket*) (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2005).

Na prática, o financiamento público, de algum modo, se estende a todos esses segmentos. Em alguns de forma mais direta e mais preponderante. Em outros, de

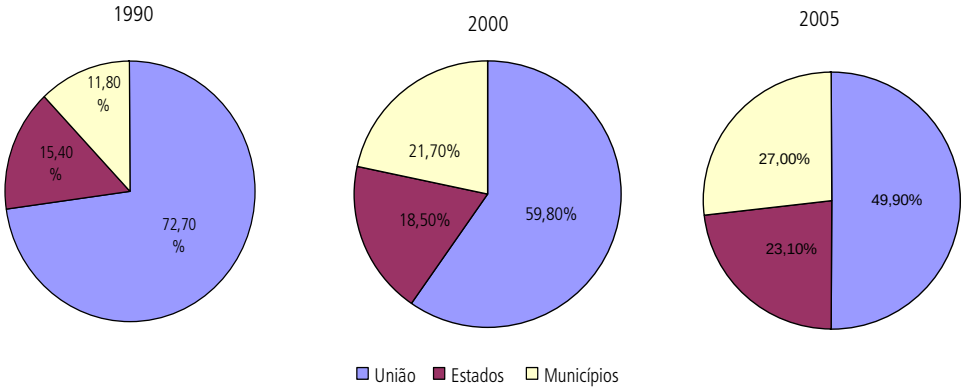
23. Embora mais de 90% da população seja usuária de algum serviço do SUS, apenas 28,6% utilizam exclusivamente o sistema público, o que é pouco quando comparado aos percentuais de países com sistemas universais de saúde já consolidados. A maioria dos brasileiros (61,5%) utiliza o SUS e outras modalidades (plano de saúde, pagamento direto). Os não usuários são apenas 8,7% (CONASS, 2003).

forma indireta e mais parcial, por meio de isenções fiscais que alcançam as instituições filantrópicas que operam no setor e os gastos das famílias com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde.

4.2.1 Mudanças no financiamento público

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29,[24] em 2000, conferiu maior estabilidade ao financiamento federal da saúde e propiciou alteração significativa na participação dos estados e dos municípios no financiamento do SUS. Nos anos 1990, os recursos federais estavam em torno de 73% do gasto público com saúde (BARROS; PIOLA; VIANNA, 1996). Em 2000, essa participação tinha caído para cerca de 60% (PIOLA; BIASOTO JR, 2001). Em 2005, a participação federal ficou em torno de 50% (ver gráfico 6).

GRÁFICO 4
Participação da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento do SUS – 1990, 2000 e 2005
(Em %)



Fonte: Siops.

A EC nº 29 proporcionou aumento de recursos públicos destinados à saúde no período de 2000 a 2005, tanto no volume total, como em valores *per capita* e em relação ao PIB. As taxas de crescimento desses indicadores nas três esferas de governo, contudo, não foram idênticas. Os recursos aplicados pelos estados e pelos municípios apresentaram taxas de crescimento maiores que os do governo federal. No tocante ao total de recursos aplicados entre 2000 e 2005, o crescimento real, descontada a inflação, foi de 80% para os recursos municipais; de 80,24% para os recursos estaduais e de 20,54% para os federais (ver tabela 12).

24. A EC nº 29, de 2000, vinculou recursos para ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de governo. Para a esfera federal a base foi o orçamento executado em 1999, mais 5%, para o ano 2000 e daí para frente seriam feitas correções com base no crescimento nominal do PIB. Para estados e municípios foram vinculados 12% e 15% da receita própria, respectivamente, partindo-se de um patamar de 7% em 2000. A própria emenda prevê a revisão/confirmação dos critérios a cada cinco anos no máximo.

TABELA 12

Despesa com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo – 2000-2005

Em R$ milhões médios de 2005

Nível de governo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Var. (%)
União	30.817	31.852	32.327	30.965	34.950	37.146	20,54
Estadual	9.560	11.720	14.013	13.926	17.134	17.231	80,24
Municipal	11.194	13.159	15.689	15.469	17.494	20.150	80,00
Total	**51.571**	**56.732**	**62.028**	**60.360**	**69.578**	**74.526**	**44,51**

Fonte: Siops.

Obs.: Valores deflacionados pelo IPCA médio – 2005.

O gasto *per capita* com ações e serviços públicos de saúde, estimado em R$ 405,00 em 2005, teve comportamento similar ao dos gastos totais. A diferença é que os percentuais de incremento foram menores, uma vez que uma parte do crescimento dos recursos é absorvida pelo crescimento da população. Descontado o crescimento populacional, o gasto *per capita* total cresceu 33,3% entre 2000 e 2005, o gasto federal 11,12% e os gastos próprios dos estados e dos municípios em torno de 66% (ver tabela 13).

TABELA 13

Despesa *per capita* com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo – 2000-2005

Em R$ 1,00 médios de 2005

Nível de governo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Var. %
União	181,49	184,77	185,12	175,07	195,14	201,68	11,12
Estadual	56,30	67,99	80,24	78,73	95,66	93,55	66,16
Municipal	65,92	76,34	89,84	87,45	97,67	109,40	65,95
Total	**304**	**329**	**355**	**341**	**388**	**405**	**33,23**

Fonte: Siops.

Obs.: Valores deflacionados pelo IPCA médio – 2005.

Outra variável que permite avaliar o comportamento das despesas públicas com saúde é sua variação como percentual do PIB. Com base nesse indicador, a despesa pública com saúde dos três níveis de governo passou de 2,89% do PIB em 2000, para 3,47% em 2005 (ver tabela 14).

TABELA 14

Despesa *per capita* com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo – 2000-2005

Em % do PIB

Nível de governo	2000	2001	2002	2003	2004	2005
União	1,73	1,73	1,67	1,60	1,68	1,73
Estadual	0,54	0,64	0,73	0,72	0,83	0,80
Municipal	0,63	0,71	0,81	0,80	0,84	0,94
Total	**2,89**	**3,07**	**3,21**	**3,12**	**3,35**	**3,47**

Fonte: Siops.

Outra variável que permite avaliar o comportamento das despesas públicas com saúde é sua variação como percentual do PIB. Com base nesse indicador, a despesa pública com saúde dos três níveis de governo passou de 2,89% do PIB em 2000, para 3,47% em 2005 (ver tabela 14).

TABELA 15

SUS: Despesa *per capita* com ações e serviços públicos de saúde por região – 2005

Região	Esfera de governo			Total
	Federal	Estadual	Municipal	
Norte	115,35	145,75	71,62	**332,72**
Nordeste	131,04	70,88	72,38	**274,30**
Sudeste	148,57	100,90	141,28	**390,74**
Sul	152,64	70,32	117,74	**340,70**
Centro-Oeste	130,78	127,32	87,70	**345,80**
Nacional	61,28	0,00	0,00	**61,28**
BRASIL	201,68	93,55	109,40	**404,63**

Fonte: Siops.

4.2.2 Distribuição regional do gasto público

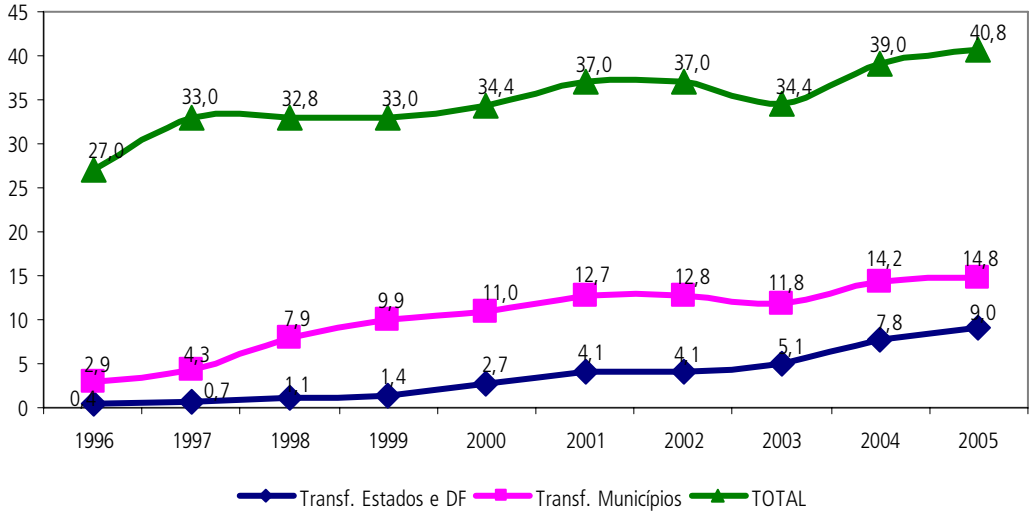
A distribuição regional do gasto público em saúde é bastante desigual entre as grandes macrorregiões brasileiras. Em 2005, a região Sudeste tinha o maior gasto público *per capita* em saúde com um valor de R$ 390,74 por habitante. O gasto mais baixo ocorreu no Nordeste onde atingiu o valor *per capita* de R$ 274,30, 30% inferior ao gasto público no Sudeste (ver tabela 15).

A distribuição do gasto federal tem sido, entretanto, menos desigual que a do gasto público total. Nesse caso, a diferença entre a região Sudeste, que recebeu R$ 148,57 em recursos federais por habitante, e a região Nordeste (R$ 131,04 por habitante ao ano em 2005) foi da ordem de 12% em 2005.

4.2.3 Inovações na alocação do gasto federal

Alterações importantes ocorreram no perfil alocativo do gasto federal em saúde nos últimos anos. A primeira, decorrente do processo de descentralização, redundou em um aumento exponencial das transferências para estados, Distrito Federal e municípios e uma diminuição nas aplicações diretas do Ministério da Saúde, que manteve praticamente sem crescimento sua rede hospitalar própria e deixou de ter uma relação direta com os prestadores privados de serviços. Com a descentralização, a parceria com o setor privado passou a ser feita pelos entes subnacionais. Em 1996 foram transferidos para estados e municípios recursos da ordem de R$ 3,3 bilhões (12,1% do gasto total do MS), em 2005, essas transferências somaram R$ 23,8 bilhões – 58,3% do gasto total (ver gráfico 7).

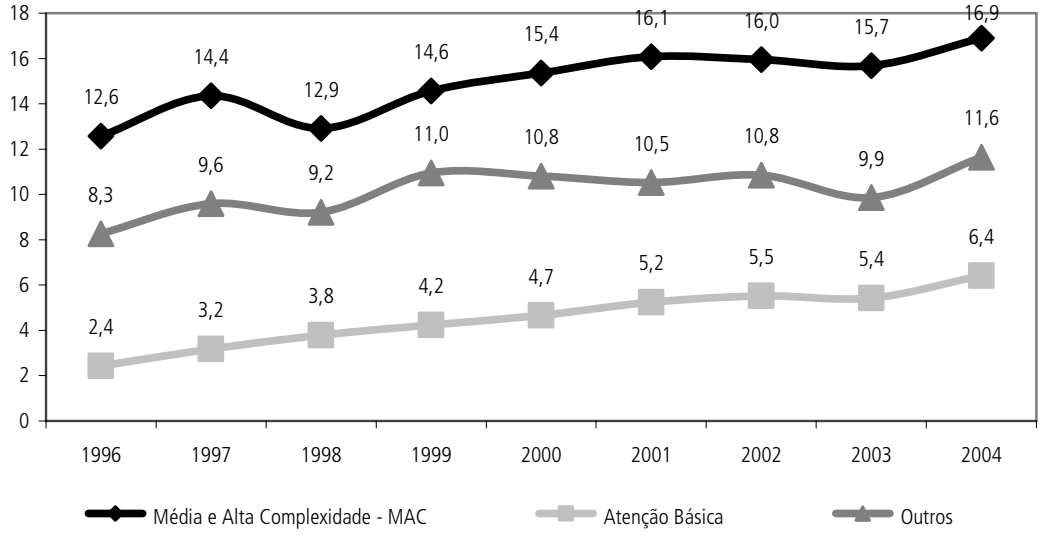
GRÁFICO 5
Evolução da despesa total do Ministério da Saúde e das transferências para estados, Distrito Federal e municípios – 1996-2005
Em R$ bilhões médios de 2005



Fonte: Siafi/Sidor.
Elaboração: Ipea/Disoc.
Obs.: Deflator – IPCA médio – 2005.

A segunda alteração decorreu da prioridade dada à atenção básica. Com criação do Piso de Atenção Básica (PAB) em 1996 e com a expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e da estratégia de Saúde da Família (PSF), os recursos para a área de atenção básica quase triplicaram entre 1996 e 2004 (ver gráfico 6).

GRÁFICO 6
Evolução do gasto do Ministério da Saúde em atenção básica, média e alta complexidade e outros – 1996-2004
Em R$ bilhões médios de 2005



Fonte: MS/SE/SPO.
Elaboração dos autores.
Obs.: Deflator – IPCA médio – 2005.

Outra área que apresentou sensível crescimento na alocação de recursos foi a de distribuição de medicamentos. No período entre 1995 e 2005, essa área apresentou um crescimento de quase 163%. As aplicações do Ministério da Saúde passaram de R$ 1.083 milhões em 1995 para R$ 2.844 milhões em 2005 (a preços constantes). No gasto total com ações e serviços de saúde, a participação da distribuição de medicamentos passou de 4,07% para 8,13% no mesmo período.

4.2.4 Financiamento público da saúde: perspectivas

A EC nº 29/2000 tem sido objeto de inúmeras controvérsias, em geral decorrentes de interpretações conflitantes do governo federal e dos governos estaduais e municipais em relação a alguns de seus dispositivos. As divergências de entendimento vão desde o tipo do que pode ou não pode ser incluído como dispêndio em "ações e serviços públicos de saúde"[25] para efeito de cumprimento da Emenda, até questões como a definição da base (fixa ou móvel) sobre a qual incidiria a variação nominal do PIB, que é o critério de correção da participação do governo federal.[26]

25. O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 322, ratificada pelo Ministério da Saúde definiu o que deveria se considerado como ações e serviços públicos de saúde para efeito de cumprimento da Emenda nº 29. Contudo, tal definição não tem força de lei, o que permitiu que prosperassem interpretações diferentes sobre a matéria.
26. A variação nominal do PIB seria aplicada sobre o valor mínimo definido pela emenda (critério da base fixa) ou sobre o valor da execução orçamentária efetiva de cada ano, desde igual ou superior a mínimo definido (base móvel).

Desde 2003, tramitam no Congresso Nacional propostas de regulamentação da Emenda. Todas elas, além de procurarem resolver os principais problemas relacionados ao descumprimento da emenda, buscam também aumentar a participação federal no financiamento do setor, seja por meio de vinculação de percentual das receitas correntes brutas da União seja por meio de vinculação de recursos adicionais oriundos de fonte definida.

Adicionalmente, os projetos de regulamentação buscam a melhoria da transparência na gestão pública, maior controle social e responsabilização, o que deve contribuir para um uso mais eficiente dos recursos. Esses projetos prevêem também a divulgação, inclusive por meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas, relatórios de gestão, avaliações dos Conselhos de saúde e a realização de audiências públicas durante o processo de elaboração e discussão do Plano Plurianual, do plano de saúde e do orçamento anual.

Contudo, a extinção da CPMF, em dezembro de 2007, trouxe dificuldades políticas inesperadas para a regulamentação da Emenda nº 29. Assim, ainda que haja relativo consenso no Congresso Nacional a respeito da necessidade de recursos adicionais para o SUS, o mesmo não pode ser dito a respeito da criação de uma nova fonte de recursos para atender a essa necessidade, sobretudo diante dos sucessivos aumentos de arrecadação federal observados.

4.2.5 O gasto privado em saúde[27]

O gasto privado com saúde no Brasil tem como fontes as famílias e as empresas, estas últimas quando oferecem serviços de saúde a seus empregados e dependentes, seja diretamente seja por meio de contratos com operadoras de planos e de seguros de saúde.

O gasto das famílias é, geralmente, estimado com base na Pesquisa sobre Orçamento das Famílias (POF), do IBGE, que mede a partir de amostras representativas da população objetivo, as estruturas dos gastos, das receitas e da poupança das famílias. Entretanto, tem-se, no Brasil, dificuldade para estimar o volume da participação empresarial direta (não por meio de impostos e contribuições) no financiamento da saúde.[28]

O gasto com saúde é o quarto item de despesa das famílias, após os dispêndios com habitação, alimentação e transporte. Em 2003, o gasto em saúde das famílias foi estimado em R$ 56 bilhões, quase 6% superior ao gasto do SUS no mesmo ano, que esteve em torno de R$ 53 bilhões.

O gasto das famílias é muito concentrado em alguns décimos de renda. Apesar de pequenas variações entre as três POFs, as famílias do último décimo responderam, no mínimo, por 36% do gasto total das famílias com saúde, ao passo que as famílias do primeiro décimo não responderam por mais de 2% do gasto total em saúde das famílias. Ou seja, em relação a gasto total com saúde, a participação dos primeiros décimos foi e continua sendo muito pequena (com os três primeiros décimos respondendo juntos por não mais que 7% do gasto total com saúde) (ver tabela 16).

27. Tópico com base em DINIZ, B. C *et al.*, 2007.

28. Existem duas formas, um tanto grosseiras, de estimar essa participação. Uma é estimar essa informação com base em dados do imposto de renda das pessoas jurídicas (empresas). A outra forma é estimá-la como sendo a diferença entre o faturamento global do segmento de planos e seguros de saúde e o gasto das famílias com planos e seguros de saúde obtidos por estimativa a partir da POF.

TABELA 16

Distribuição dos gastos totais com saúde por décimo de renda (%),1987-1988, 1995-1996 e 2002-2003*

Décimo	1987-1988	1995-1996	2002-2003
1	1,65	1,92	1,61
2	2,39	2,13	2,16
3	2,71	2,80	2,53
4	4,01	4,16	3,67
5	4,57	4,88	4,82
6	6,80	6,77	5,97
7	9,24	9,10	8,84
8	12,80	12,53	11,51
9	19,52	17,99	18,91
10	36,33	37,71	39,98
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Fonte: IBGE. Pesquisa de Orçamento Familiar, vários anos.

Elaboração dos autores, a partir dos microdados.

Obs.: * O gasto total mensal com saúde das famílias residentes nas nove áreas metropolitanas, Brasília e Goiânia foi de 1,81 bilhões em 1987 - 1988, 1,78 bilhões em 1995 - 1996 e 1,94 bilhões em 2002 - 2003; Isso em valores anuais seria, respectivamente, 21,77 bilhões, 21,39 bilhões e 23,31 bilhões.

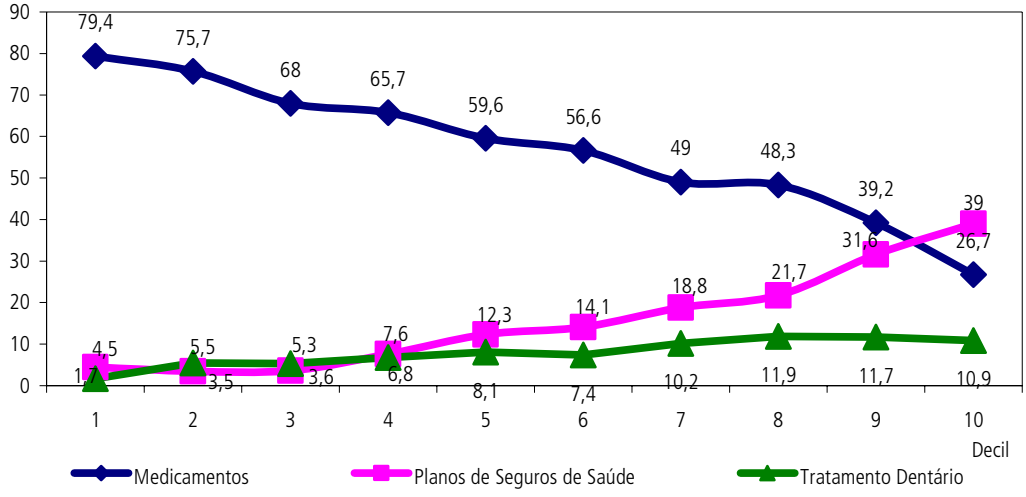
O dispêndio familiar também é concentrado em termos de grandes regiões: Sudeste e Sul, regiões onde vivem 57,3% da população, respondem por 73,8% do gasto das famílias com saúde. Na região Nordeste, por sua vez, que abriga 27,9% da população nacional, o percentual diminui para 15,5%. Ou seja, de certa forma, o gasto privado se distribui de forma bastante similar à distribuição da renda nacional. As famílias gastam principalmente com medicamentos, planos e seguros de saúde e tratamento odontológico. Esses três itens representaram em 2002/2003, em média, quase 77% do gasto total das famílias com saúde.

Por decil de renda, no entanto, há diferenças. As famílias dos extratos mais elevados de renda gastam principalmente com planos e seguros de saúde, medicamentos e tratamento dentário. Entre os dois primeiros décimos de renda, os gastos, por sua vez, restringem-se, basicamente, a medicamentos que correspondem a quase 80% do total (ver gráfico 7).

GRÁFICO 7

Participação dos gastos com medicamentos, planos de seguro e saúde e tratamento dentário, no gasto total com saúde das famílias, por decil de renda

Em %



Fonte: IBGE, Pesquisa de Orçamento Familiar – 2002-2003.

Quando se analisa a participação dos gastos com saúde no orçamento das famílias em cada décimo de renda, observa-se que, enquanto em 1987-1988, a saúde respondia por 5,31% das despesas totais das famílias, esse percentual aumentou em 1995-1996 para 6,51%, mas voltou a cair em 2002-2003 para 5,06%. Esse movimento de aumento da participação do gasto com saúde entre 1987-1988 e 1995-1996 e posterior queda entre 2002-2003 aconteceu em todos os décimos de renda (ver tabela 17).

TABELA 17
Participação do gasto com saúde no gasto total, segundo o décimo de renda 1987-1988, 1995-1996 e 2002-2003

Décimo	1987-1988	1995-1996	2002-2003
1	5,14	7,63	3,23
2	4,78	5,81	3,79
3	4,56	5,66	3,55
4	5,17	6,83	4,08
5	4,77	6,38	4,51
6	5,50	6,95	4,57
7	5,77	7,19	5,06
8	5,95	7,26	5,43
9	5,88	6,86	5,75
10	4,94	6,00	5,30
Total	**5,31**	**6,51**	**5,06**

Fonte: IBGE. Pesquisa de Orçamento Familiar, vários anos.
Elaboração dos autores, a partir dos microdados.

4.3 O ESTADO REGULADOR

4.3.1 Regulação: conceitos, formas e alcance

A política de regulação, do primeiro semestre de 2006, define a regulação estatal na saúde como a atuação do estado sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio de regulamentações e das ações que assegurem o cumprimento dos objetivos da política setorial. Portanto, a regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de governo (federal, estadual e municipal), constituindo-se em uma das funções da gestão de sistemas de saúde (MENDONÇA; MORAES; REIS, 2006, p. 38).

Assim, o objetivo principal da política seria a implantação de ações regulem todos os prestadores, públicos e privados, buscando uma produção que seja eficiente, eficaz e efetiva. (*Idem*, p. 57). Em outras palavras, a regulação, não se restringiria ao mercado, mas abrangeria todos os prestadores, públicos e privados, e seu objetivo não seria somente a eficiência econômica, mas, também, a eficácia e a efetividade das ações de saúde.

Como visto anteriormente, o sistema de saúde brasileiro tem uma configuração multifacetada, historicamente determinada, com larga participação do setor privado na provisão de serviços, na produção de insumos e produtos e no financiamento do setor. Entretanto, nos últimos anos, têm-se observado aumento da participação do setor público tanto na provisão direta quanto no financiamento.

Com tais características, o sistema comporta ações regulatórias específicas, entre as quais as que alcançam o campo da saúde suplementar e o próprio SUS. Ademais, torna-se cada vez mais importante a regulação da incorporação tecnológica, particularmente de medicamentos, materiais e equipamentos. Como serão explicitadas a seguir, as ações de regulação foram organizadas de forma separada, mas a interação e inter-relação entre os diversos segmentos do sistema de saúde sugerem a importância de uma regulação mais abrangente, inclusive envolvendo a chamada medicina liberal.

4.3.2 Regulando os subsistemas de saúde

A) REGULAÇÃO NO SUS – a regulamentação infraconstitucional do SUS tem início com a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, ambas de 1990, tendo continuidade nas normas operacionais (NOB/SUS/1991, NOB/SUS/1993, NOB/SUS/1996, Noas/SUS/2001 e a NOAS/SUS/2002) e, a partir de 2006, nos pactos de gestão. Esse complexo normativo tem tido como foco a descentralização da gestão, a participação dos recursos federais no SUS, a definição de programas estratégicos e, mais recentemente, melhor definição das responsabilidades dos entes federativos e das metas do sistema.

Não obstante o seu caráter abrangente, o conceito de regulação, ao longo da implementação do SUS, ganhou diferentes conotações, mas com dominância da preocupação com a assistência à saúde, particularmente quanto ao acesso. Reconhece-se que assegurar um atendimento integral e eqüitativo depende da iniciativa reguladora do estado sobre localização, dimensionamento e operação de serviços públicos e privados, bem como o padrão de qualidade com que devem ser prestados.

No caso do setor público, os instrumentos para a localização e dimensionamento dos serviços seriam as Programações Pactuadas e Integradas (PPI), os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e os diversos pactos intergestores. Contudo, essa forma de regulação "nem sempre foi feita com critérios racionais de distribuição dos equipamentos sanitários, gerando um quadro de enorme heterogeneidade e profundas desigualdades nas possibilidades de acesso da população entre várias regiões" (SANTOS; ESCODA, 2004).

Ainda que a discussão sobre a regulação da assistência tenha ganhado maior destaque a partir de 2001, vários instrumentos reguladores dessa área vêm sendo implementados ao longo dos anos, antes mesmo do início da implementação do SUS. Herdada da medicina previdenciária, a tabela de procedimentos e os mecanismos de pagamento que remuneram prestadores de serviços de saúde, por exemplo, têm sido dois dos mais importantes instrumentos indutores de ações e serviços de saúde ao definirem os procedimentos a serem financiados e respectivos valores (SANTOS; MERHY, 2006, p. 34). Mais recentemente, por meio de incentivos financeiros, tem-se estimulado a constituição de equipes de saúde da família, buscando reorientar o modelo de atenção. A regulação do acesso, por sua vez, tem na criação dos complexos reguladores uma das medidas mais importantes.

B) REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – a atenção à saúde intermediada por empresas de planos e seguros de saúde, denominada "saúde suplementar", está presente no Brasil há mais de 70 anos.[29] Porém, o crescimento sem precedentes desse subsistema de saúde ao longo da década de 1990 – paradoxalmente justo quando se iniciava a implantação de um sistema público universal e gratuito – ocasionou uma pressão maior para que o segmento fosse melhor regulamentado (ALMEIDA, 1998; MACERA; SANTINE, 2004; PEREIRA, 2003).

A demanda por uma regulação mais sistemática da saúde suplementar surgiu, sobretudo, da pressão dos usuários e de órgãos de defesa do consumidor que

29. A partir da análise de outros trabalhos, Carvalho e Cecílio afirmam que "as empresas de autogestões em saúde foram criadas a partir da década de 1930, as medicinas de grupo em 1956, no rastro da industrialização do ABC paulista, as cooperativas médicas (Unimed) em 1967, como resposta ao surgimento dos grupos médicos e que o seguro saúde, embora legalizado desde 1966, só foi regulamentado a partir de 1977" (CARVALHO, E. B; CECÍLIO, L. de OLIVEIRA, 2007).

reclamavam das decisões unilaterais das empresas de planos e seguros de saúde, particularmente em relação ao aumento de preços, restrição de cobertura, imposição de carências e rescisão imotivada de contrato. Ao ganhar espaço na mídia, essas queixas passaram a ser motivo de preocupação da classe política.[30]

A Lei nº 9.656/1998, primeiro ato regulatório mais completo do segmento, criou o Conselho de Saúde Suplementar (Consu).[31] Esse órgão, que antecedeu a agência nacional de saúde suplementar, tinha a competência de regular a assistência à saúde provida por meio de planos e seguros de saúde. A referida lei institui, no âmbito do Consu, como órgão consultivo, a Câmara de Saúde Suplementar,[32] de modo que garanta a participação de representantes de empresas, consumidores e profissionais. A regulação econômica, no entanto, permanecia no âmbito do Ministério da Fazenda (MF), por meio do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e da Superintendência de Seguros Privados (Susep).

Contudo, esse modelo regulatório, no qual um ministério (MF) era responsável pela regulação econômica e o outro (MS) pela regulação da assistência à saúde, mostrou-se limitado. Por pressões diversas, sobretudo do próprio Ministério da Saúde, buscou-se então unificar a regulação em um único órgão. A solução encontrada foi a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – Lei nº 9.961/2000, como autarquia vinculada ao MS, mas com autonomia administrativa, financeira e autonomia nas decisões técnicas.

A ANS procura reduzir problemas de assimetria de informação que limitem a concorrência, impedir aumentos abusivos de preços e resolver questões relacionadas aos riscos. Para reduzir a assimetria de informação, a agência busca ampliar seu conhecimento do mercado, seja em termos de informações econômico-financeiras seja em relação aos produtos comercializados pelas operadoras de planos e seguros. A recente criação de um índice de qualificação das operadoras, de modo que ajude os consumidores na aferição dos produtos que lhes são oferecidos, é um dos resultados dessa estratégia.

No tocante à cobertura assistencial, a Lei nº 9.656/1998 eliminou algumas restrições e definiu um rol de coberturas obrigatórias. A aplicabilidade dessa lei, no entanto, ficou limitada, por decisão do Supremo Tribunal Federal, aos planos contratados depois de janeiro de 1999.[33]

Na regulação sobre preços, por sua vez, a legislação estabeleceu a diferenciação de reajuste para contratos individuais e coletivos. Os primeiros são controlados pela ANS. Nos planos coletivos, os reajustes são livremente negociados entre as partes,

30. "A aprovação da Lei nº 9.656/1998 foi fruto da articulação dos movimentos dos consumidores de planos de saúde, dos portadores de patologia e dos médicos que se sentiam ameaçados. Os primeiros, em relação aos seus direitos de assistência, os últimos, em relação à sua autonomia profissional, tendo em vista a racionalização crescente das práticas das operadoras, atuando na lógica do mercado" (*Idem, Ibidem*).

31. Composto pelos ministros chefe da casa civil da Presidência da República (que preside o Conselho), da Fazenda, da Saúde, da Justiça e do Planejamento, Orçamento e Gestão e contando com a participação do presidente da ANS.

32. Criada pela Lei nº 9.656, de 3/6/1998 e alterada pela Medida Provisória nº 1685-4, de 27 de setembro de 1998.

33. Segundo dados da ANS, em 2000, dos cerca de 34 milhões de vínculos a planos e seguros de saúde, quase 70% pertenciam a planos antigos. Em 2007, essa relação se inverte: 70% dos 45 milhões de vínculos já estavam ligados a planos novos. Em parte, isso se deve a suspensão da comercialização dos planos antigos pelas empresas. Além disso, em 2003, a ANS lançou o Programa de Incentivo a Adaptação de Contratos, que incentivava as pessoas a migrarem de planos antigos para planos novos.

cabendo a ANS monitorá-los. Em 2006, 70,5% dos beneficiários estavam vinculados a planos coletivos e, no total, individuais novos respondiam por 23,7%. Como a ANS não regula os preços dos contratos coletivos e para os contratos individuais, novos ou adaptados, segue uma regra de reajuste que leva em consideração os reajustes dos planos coletivos, pode-se concluir que seu papel como regulador de preços é bastante restrito.

Quanto às práticas anticoncorrenciais, o papel da ANS tem sido o de monitorar o setor. Cabe destacar, contudo, que a regulação da ANS, com a exigência de 100% de garantias financeiras para as novas empresas, criando uma barreira à entrada, associada ao acompanhamento do desempenho econômico-financeiro, com intervenção e, em alguns casos, liquidação de determinadas carteiras, pode, em si, ser um fator que leve a maior concentração de mercado.[34]

Outro aspecto importante, mesmo que pouco relacionado com as falhas de mercado, refere-se à relação entre a saúde suplementar e o SUS. Scheffer e Bahia, 2005 (*apud* OCKE-REIS, 2006, p. 272-273) resumem essa questão nos seguintes termos:

> para a legislação as relações entre os recursos públicos com planos de saúde se resumem ao ressarcimento ao SUS, toda vez que o usuário é atendido em hospital público [...]. Mas o fato é que as relações público-privado não reguladas estendem-se ao atendimento, pelo SUS, da cobertura excluída pela saúde suplementar; à compra de planos privados para funcionários públicos; à renúncia fiscal; às isenções tributárias das filantrópicas e cooperativas; ao cotidiano e às práticas dos profissionais de saúde duplamente filiados; à defesa dos interesses de médicos-empresários e fornecedores de insumos; à incorporação irracional de tecnologia, somados a outros detalhes – a exemplo do grande número de secretários municipais de saúde e lideranças do movimento médico pertencentes aos quadros das cooperativas médicas e operadoras [...].

Em síntese, mesmo se considerando os avanços obtidos na regulação da saúde suplementar, ainda há muito a ser feito em relação à atuação do estado a esse segmento, tanto na busca de eficiência econômica e efetividade como nas relações entre esse subsistema e o SUS.

C) INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA E PREÇOS DE MEDICAMENTOS – **Incorporação de tecnologias** – tecnologias em saúde incluem medicamentos, equipamentos, técnicas e procedimentos médicos, bem como outros recursos por meio dos quais a assistência médico-hospitalar e sanitária é prestada à população.[35]

Em uma assistência cada vez mais especializada, procedimentos e insumos de ponta são, muitas vezes, incorporados ao sistema de saúde sem que seus benefícios tenham sido avaliados de forma mais consistente, inclusive em relação ao seu custo/efetividade. Além disso, o impacto das novas tecnologias é potencializado em função de outros fatores, tais como: *i)* o modelo de atenção à saúde, ainda muito voltado para o tratamento da doença e, por isto, com baixa prioridade para a

34. Em 2006, 0,6% das operadoras detinham quase um quarto (21%) dos beneficiários de planos privados de assistência médica (ANS, 2006). Contudo, para afirmar que essas empresas tenham poder de mercado dependeria de outros fatores como: *i)* não mobilidade dos beneficiários entre operadoras; *ii)* segmentação de mercados; *iii)* diferenciação de produtos, entre outros. Com a existência de carência para utilização de determinados serviços, pode-se dizer que não há perfeita mobilidade do beneficiário entre operadoras. Há poucas análises em relação aos outros aspectos, mas pode-se, no mínimo, levantar a suspeita de que, pelo menos em âmbito nacional, algumas empresas tenham poder de mercado podendo determinar preços (OCKÉ-REIS, 2007).

35. Definição da Portaria nº 2.510/GM, de 19 de dezembro de 2005.

promoção da saúde e prevenção das doenças; *ii)* a força de penetração dos meios de comunicação de massa (mídia em geral) que, no seu papel legítimo, divulgam novidades tecnológicas muitas vezes ainda não autorizadas para o mercado nacional e, em muitos casos, novidades que ainda nem mesmo tiveram comprovada sua eficácia e segurança em seus países de origem; e *iii)* o alto poder de indução do profissional médico para o uso de recursos de diagnósticos e terapêuticos avançados.

Dada a relevância da questão da incorporação tecnológica, algumas iniciativas vêm sendo adotadas pelo governo, como a criação, em 2003, do Grupo de Trabalho Permanente em Avaliação Tecnológica em Saúde, vinculado ao Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde, com o objetivo de definir as prioridades para estudos nessa área. Ainda nesse processo de institucionalização foi criada a Comissão para Incorporação de Tecnologias do MS que "tem como missão deliberar sobre solicitações de incorporação de tecnologias, análise de tecnologias em uso, revisão e mudanças de protocolos em consonância com as necessidades sociais em saúde e de gestão do SUS e na Saúde Suplementar" (Portaria GM/MS 3223, de 28 de dezembro de 2006).

Preços de medicamentos – as estratégias tradicionais para lidar com preços no mercado farmacêutico contemplam dois grandes grupos de ações: *i)* as que fortalecem o poder de barganha do comprador, entre as quais a mais importante é a criação de sistemas público e/ou privado de financiamento; e *ii)* as que objetivam a redução dos preços por meio de mecanismos capazes de compensar, reduzir ou suprimir as falhas de mercado, introduzindo maior concorrência, associados a políticas ativas sobre os preços e/ou margens de lucro (BERNARDO, 2003, p. 7).

No primeiro caso, o estado atua indiretamente sobre os preços utilizando-se do seu forte poder de compra. Apesar desse poder, a atuação estatal no Brasil tem sido incipiente, principalmente quando comparada a de outros países de sistemas de saúde de acesso universal. A alocação de recursos para a assistência farmacêutica passou de 4,07% em 1995, para 7,66% dos gastos do MS com ações e serviços públicos de saúde em 2005. Contribuem significativamente para esse incremento, os gastos com medicamentos para programas específicos (AIDS e doenças crônicas não transmissíveis) e os chamados "medicamentos excepcionais",[36] não só porque esses insumos são muito caros, mas porque os grupos de interesse dessas áreas (movimentos sociais, ONGs de portadores de patologias e os próprios laboratórios produtores) exercem forte pressão (CONASS, 2007).[37]

No segundo caso, a introdução dos genéricos, em 1999 (Lei nº 9.787), provocou aumento da concorrência, e essa talvez tenha sido a mais importante medida regulatória até então tomada com vistas à redução de preços de insumos críticos no campo da saúde. Vieira e Zucchi (2006) analisando os diferenciais de preços entre os medicamentos genéricos e os de referência argumentam que os primeiros

36. Hormônios para crescimento, medicamentos para distúrbios de coagulação sanguínea etc, em geral de alto custo.

37. Mais recentemente, o governo tem procurado facilitar o acesso a medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular. No Programa Farmácia Popular 1, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), uma das executoras do programa, seria responsável por adquirir os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou do setor privado e disponibilizá-los nas farmácias populares a preço de custo para a população. Em 2006, o governo criou a Farmácia Popular 2, que consiste em cadastrar farmácias da rede comercial para a venda de alguns medicamentos selecionados (para hipertensão e diabetes) a preços subsidiados.

foram introduzidos, em média, com preços 40% menores do que os medicamentos de referência e esta diferença tendeu a aumentar ao longo do tempo. Comparando a diferença de preço do genérico em relação ao seu medicamento de referência observou-se aumento de 68% nos quatro anos seguintes ao seu lançamento.

Outro mecanismo de regulação de preços passa pela via tributária. Em 2001, por exemplo, os medicamentos de uso continuado e os antiinfecciosos – inclusive antibióticos – foram desonerados do PIS/Cofins (Lei nº 10.147). Adicionalmente, o Ministério da Saúde tem buscado aumentar o conhecimento dos grandes compradores – particularmente gestores públicos das três esferas de governo – sobre os preços de mercado (via banco de preços em saúde, administrado pelo ministério, por exemplo). Contudo, as informações que alimentam esse banco de preços são voluntárias e usadas apenas como indicativo dos preços, não se constituindo referência obrigatória para aquisições.

4.4 O ESTADO PROVEDOR

4.4.1 A macrogestão do SUS

A) A BUSCA DA GESTÃO COMPARTILHADA – nos últimos anos, o sistema público de saúde no Brasil passou por transformações significativas visando concretizar os princípios e as diretrizes constitucionais de: *i)* **universalidade**, de forma que proporcione acesso irrestrito e igualitário de toda a população ao sistema de saúde; *ii)* **descentralização**, que fortalece e democratiza a gestão ao colocar o planejamento, o controle e a avaliação mais próximos do cidadão; *iii)* **regionalização** e **hierarquização** como estratégia de organização da oferta assistencial; *iv)* **integralidade**, que assegura todos os tipos de ações e serviços voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação; e *v)* a **participação** da comunidade de modo que amplie o controle da sociedade sobre os serviços criados em seu benefício.

A manutenção desses princípios e dessas diretrizes em um período permeado por momentos de acirramento da crise fiscal com o conseqüente surgimento de propostas de restrição nas políticas sociais só foi possível graças, sobretudo, à mobilização de secretários municipais e estaduais de saúde e a ação da frente suprapartidária pela saúde formada no Congresso Nacional; ao fortalecimento da participação social na gestão do sistema mediante a institucionalização das conferências e dos conselhos de saúde nas três instâncias de governos; ao estabelecimento de mecanismos que levaram ao compartilhamento progressivo da gestão do sistema mediante a criação de comissões interinstitucionais, tanto no âmbito federal, como no estadual; e ao exercício da direção do SUS por um único órgão em cada esfera – Ministério da Saúde, no plano federal, e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nos estados e municípios, respectivamente. Essa última condição, em particular, foi essencial para a implementação do novo sistema nos termos dos princípios que o norteiam. Seria, no mínimo, difícil fazê-lo se persistisse a atuação paralela e superposta, quando não conflitante, das inúmeras instituições públicas setoriais, como era regra desde muito tempo.

As atribuições de cada uma das instâncias gestoras estão definidas nas leis orgânicas do SUS (BRASIL, 1990a e 1990b). Contudo, o peculiar[38] arranjo federativo brasileiro – em que União, estados e municípios são entes federativos politicamente autônomos e sem vinculação hierárquica – mas que necessariamente

38. A peculiaridade do modelo brasileiro está na inclusão pela CF de 1988 dos municípios como entes federativos.

devem cooperar para cumprirem as responsabilidades atribuídas ao sistema, implica discussões, acordos e ajustes contínuos entre as três esferas de governo. Esses acordos e ajustes foram sendo construídos nas câmaras de negociação instituídas pelos gestores do SUS e expressados em inúmeros instrumentos normativos.

A importância e a autonomia do município são freqüentemente apontadas como características importantes do federalismo brasileiro. Por esse aspecto, mas, sobretudo, em razão da nova partilha tributária criada pela Constituição, que favoreceu os entes locais, o número de municipalidades cresceu rapidamente. Em 1984 eram 4.102. Entre esse ano e 1997, outros 1.405 foram instaladas e 94% destes tinham menos de 20 mil habitantes. A proliferação de municípios relativamente pequenos, com baixa capacidade gerencial, escassa possibilidade de geração local de receitas e sem escala para oferecer serviços públicos eficientes, é uma questão central para a federação brasileira e para boa parte das políticas públicas (TEIXEIRA, 2006).

Para a política de saúde, em particular, esse quadro é extremamente importante, porque, dentre outros pilares na configuração e na constituição do SUS, destaca-se o da descentralização para as instâncias subnacionais, principalmente para as municipalidades. O processo de descentralização implementado, na área de saúde, envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de poder e recursos, em direção às esferas locais. Entretanto, lembram Levcovitz *et al.* (2001, p.270), mais que enxergar a descentralização como um processo de aumentar a eficiência do estado e/ou reformá-lo de forma reducionista,

> na agenda da reforma sanitária brasileira, a descentralização sempre esteve atrelada a questões mais abrangentes, como a estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais, e a perspectiva de construção de sistema, implicando o estabelecimento de relações interinstituições, interníveis de governo e interserviços. [...] De fato, a década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da Saúde.

Como apontado anteriormente, os municípios brasileiros são extremamente heterogêneos, não apenas na dimensão demográfica, o que é natural dentro de certos limites, mas em termos de capacidade gerencial, economia de escala, pujança econômica, arrecadação própria e indicadores sociais. No caso específico da saúde, acrescente-se a tais desigualdades as disparidades entre a capacidade instalada – oferta de serviços de saúde – e as necessidades sanitárias de cada localidade.

Mendes (2001), citado em Teixeira (2006), aponta o risco da fragmentação de serviços como um dos efeitos indesejados da descentralização, exemplificando com a microrregião de Baturité (Ceará), onde:

> há oito hospitais que operam com uma taxa de ocupação média de 22%; há sete aparelhos de ultra-sonografia, quando seriam suficientes apenas dois; há dez laboratórios de patologia clínica operando em deseconomia de escala e com baixa qualidade [...] Essa situação encontrada na microrregião de Baturité-CE está longe de constituir uma exceção no SUS, tendendo muito mais a aproximar-se de uma regra geral.

Constitui, portanto, enorme desafio expandir os serviços e a cobertura do SUS pelo território brasileiro, nesse contexto de municipalidades tão díspares, e ao mesmo tempo evitar e reduzir a fragmentação e as deseconomias de escala do sistema. Para tanto, estratégias de coordenação e cooperação entre os governos locais e os governos estaduais são absolutamente essenciais. O objetivo de possibilitar maior integração e cooperação

entre os governos das três esferas de governos é uma das fronteiras fundamentais para a eficiência, a efetividade e, até mesmo, a sustentabilidade do SUS e, por isto, constitui uma das preocupações explícitas das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas 01/2001 e 01/2002). E é nesta perspectiva, também, que a criação de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), já previstos na Lei nº 8.080/1990 (art. 18, VII), surge como "uma forma de disponibilizar desde os níveis mais elementares até os mais complexos de atendimento necessário ao bem estar" (LIMA, 2000, p. 986).

A descentralização foi o principal eixo de condução da política setorial nos anos 1990, particularmente em relação à estruturação e ao fortalecimento da capacidade administrativa e institucional dos órgãos gestores das três esferas, para o exercício das suas novas atribuições.

O uso de critérios e mecanismos de transferência dos recursos federais para as demais esferas foi, provavelmente, o principal fator de indução para reorganização do sistema, na medida em que possibilitou melhor repartição de atribuições e competências e contribuiu para fortalecer capacidade gestora de cada estado e município (LIMA, 2000). As Normas Operacionais Básicas (NOBs), objeto de portarias do Ministério da Saúde, também foram instrumentos fundamentais nesse processo no período entre 1991 e 2000. As NOBs 01 e 02 de 1991, bastante parecidas, inauguraram a prática de associar o repasse de recursos e a transferência de poderes sobre unidades assistenciais, principalmente do ex-Inamps, requisitos relacionados à estruturação institucional das secretarias estaduais e municipais de saúde. Condicionava-se a descentralização da gestão de estabelecimentos e os valores a serem transferidos, ao aferimento, ainda que cartorial, da existência de planos, fundos e conselhos de saúde, entre outros requisitos exigidos pela Lei nº 8.142/1990. Nesse período, foram estabelecidos tetos para a assistencial hospitalar e ambulatorial, que levaram a maior racionalização dos gastos, a padronização e a uniformização dos pagamentos efetuados, a difusão de sistemas de informações que permitiram maior controle dos pagamentos (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Contudo, ao contrário do que se esperava, as esferas subnacionais de governo passaram a ser tratadas como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais como se sua atuação resultasse de mera delegação ministerial e não em consonância com a diretriz constitucional da descentralização (UGÁ *et al.*, 2003).

A NOB SUS 01/1993, por sua vez, marcou o avanço da municipalização e o crescente envolvimento dos secretários municipais no direcionamento da política de saúde. O conteúdo dessa norma se referenciou nas discussões e recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, cujo tema foi "Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho".

A NOB SUS 01/1993 implementou o caráter automático das transferências intergovernamentais, criando a figura da "transferência fundo a fundo", que provê o repasse de recursos sem necessidade de convênios.[39] Criou também níveis de gestão municipal e estadual – incipiente, parcial e semiplena – com competências e responsabilidades administrativas e financeiras distintas. A ascendência aos níveis de gestão se dava de acordo com o comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, mensurada por meio do cumprimento de determinados parâmetros

39. Viabilizada, na prática, pelo Decreto nº 1232, de 30 de agosto de 1994, da Presidência da República.

preestabelecidos pela norma (LEVCOVITZ, 2001). Nessa norma, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi citada pela primeira vez como uma instância formal do SUS, embora funcionasse anteriormente como órgão assessor, e foi determinada a criação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito de cada estado.[40]

As dificuldades financeiras do Ministério da Saúde, à época, desencorajaram a maior parte dos estados ou dos municípios à habilitação para a gestão "semiplena", então a mais avançada em termos de autonomia local (PIOLA; REIS; RIBEIRO, 2000). Desta forma, as transferências regulares e automáticas, iniciadas na vigência da NOB 01/1993, beneficiaram apenas 137[41] dos mais de cinco mil municípios e cinco dos 27 estados (inclusive o Distrito Federal). A NOB 01/1993 levou, no entanto, à exacerbação do movimento no sentido da municipalização da saúde. Ao favorecer o estabelecimento de uma relação direta e mais intensa entre o nível federal e o municipal, enfraqueceu a função articuladora dos estados, ao mesmo tempo em que tornou mais complexa a estruturação sistêmica do SUS, na medida em que a NOB 01/1993 não previu novas atribuições para os estados. Estes, em conseqüência, passaram a disputar recursos e responsabilidades com os municípios, o que elevou a tensão entre essas duas instâncias de gestão do SUS. Em que pesem os problemas apontados, foi na vigência dessas três NOBs, que as secretarias de saúde se estruturaram e novos protagonistas – gestores estaduais e municipais e conselheiros – foram incluídos na formulação da política de saúde.

O processo de negociação e formulação da NOB SUS 01/1996 (Portaria nº MS/2.202, de cinco de novembro de 1996), demorou aproximadamente doze meses e envolveu numerosas discussões no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT, além dos seminários promovidos pelo CONASS e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Depois de aprovada demorou mais um ano para começar a ser implementada em face da indefinição de recursos adicionais.

Nesse ínterim, múltiplas portarias do Ministério da Saúde alteraram profundamente algumas de suas determinações. Apesar disso, muitos dos seus objetivos foram contemplados, destacando-se: *i)* o resgate do conceito mais amplo de integralidade, envolvendo todas as ações relativas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde; *ii)* a definição de atribuições mais claras para os estados; *iii)* o fortalecimento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB), como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores, e criação de instrumentos para a gestão compartilhada por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI); e, *iv)* o aprimoramento da organização e da operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria.

Com a NOB 01/1996, o processo de descentralização foi simplificado, aprofundado e acelerado. Os estágios de gestão foram reduzidos a dois: gestão plena

40. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) conta com representação de gestores das três esferas de governo. As Comissões Intergestores Bipartites (CIB's), órgãos colegiados do SUS em cada estado, contam com representação de gestores estaduais e municipais. Esses colegiados têm tido o importante papel de foros de consenso técnico-político.

41. A esmagadora maioria dos municípios habilitados pela NOB 01/1993 optou pela gestão parcial, situação em que assumiam poucas responsabilidades e não recebiam repasses "fundo a fundo". No entanto, como a criação de Conselho de Saúde era um dos requisitos para habilitação, em qualquer das modalidades, é inegável que essa NOB teve um papel importante na difusão desse instrumento de participação e controle social.

da atenção básica e gestão plena do sistema. Os municípios habilitados na primeira passaram a receber, de forma regular e automática, apenas os recursos relativos ao financiamento da atenção básica. Os procedimentos mais complexos, ambulatoriais e hospitalares, remunerados por produção. Os municípios, por sua vez, em gestão plena do sistema recebiam, "fundo a fundo", também os valores relativos aos procedimentos de alta e média complexidade. Ou seja, assumiram a responsabilidade de gerir o sistema municipal de saúde como um todo. Em dezembro de 2000, 99% dos 5.506 municípios e 30% dos 27 estados estavam habilitados em alguma das condições de gestão da NOB 1996 e as transferências diretas entre fundos de saúde correspondiam a 60% dos recursos federais da assistência.

Além de ampliar a descentralização, ao elevar o número de municípios habilitados e expandir o mecanismo "fundo a fundo", a NOB 01/1996 teve outro grande mérito ao estabelecer as bases para que os mecanismos de repasses de recursos, até então limitados à assistência ambulatorial e hospitalar, alcançassem outras áreas, como a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica, bem como para o controle de doenças.

A mesma NOB sinalizou para mudanças no modelo assistencial, ao criar incentivos à implantação de programas como o de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF). Por sua vez, a criação do Piso Assistencial Básico (PAB), valor *per capita* transferido de forma automática para estados e municípios executarem ações de atenção básica – representou uma primeira alteração do modelo de transferência de recursos, em que a necessidade de acesso (demanda) se sobrepunha à utilização da capacidade instalada (oferta) como critério para definir repasses de recursos (BIASOTO JR. 2003).

A descentralização, mediada pelas NOBs 01/1993 e 01/1996, trouxe avanços e problemas. Entre os primeiros, destaca-se o aumento de produtividade e efetividade nas ações. Estudo realizado no Ceará em uma amostra de 83 municípios identificou um aumento na produtividade das consultas médicas nos municípios que assumiram a gestão efetiva de seus respectivos sistemas locais, pela adesão à gestão semiplena (NOB 01/1993) ou plena (da atenção básica ou do sistema, NOB 01/1996) e queda na mortalidade infantil. A diminuição da mortalidade infantil, por sua vez, foi maior (entre 16% e 26%) nas localidades que aderiram a municipalização da gestão, em relação às demais (SOARES, 1995).

Entre os problemas, muitos deles derivados da índole excessivamente municipalizante da Norma, o principal foi a ineficiência gerada pela falta de articulação regional na expansão de sistemas municipais. Biasoto Jr. (2003) ao analisar a rede hospitalar pública chama a atenção para "um quadro de extrema irracionalidade: 58,2% dos hospitais vinculados ao SUS têm menos de 50 leitos e somente 7% apresentam a escala mínima econômica de 200 leitos". Mendes (2001) dá outros exemplos de ineficiência de escala tendo a mesma causa. Segundo levantamento da Secretaria da Saúde do Ceará, em 2000, havia na região de Baturité (oito municípios), oito hospitais operando com taxa média de ocupação de 22%; sete aparelhos de ultra-sonografia, quando seriam necessários apenas dois; dez laboratórios de patologia clínica operando em deseconomia de escala e com baixa qualidade. Estudo mais recente (BIRD, 2005) confirma essa relação entre escala e eficiência. A taxa de ocupação média dos hospitais vinculados ao SUS é 28,8%. Só nos hospitais com mais 250 leitos atinge taxas de ocupação mais aceitáveis (76,6%), enquanto nos hospitais entre 100 e 249 leitos a taxa é de 46,6% e inferior a 30% nos hospitais com menos de 99 leitos.

Com a aceleração da descentralização e com repasse de recursos diretamente aos municípios, novos problemas passaram a ser identificados. Por um lado, municípios de maior porte, ensaiando políticas pouco solidárias de restrição no atendimento de pacientes de localidades vizinhas onde as redes assistenciais são menos resolutivas. De outro, muitos municípios assumindo um comportamento oportunista de simplesmente encaminhar o atendimento de seus munícipes para outras localidades.

Assim, as duas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas de 2001 e de 2002) subseqüentes, enfatizaram as questões relacionadas à garantia de acesso de toda a população, por meio da implantação de novos padrões para a regionalização funcional das redes de serviços[42] e da definição mais objetiva de estruturas para regulação do acesso,[43] mas mantiveram os mecanismos de alocação de recursos. Mudaram, no entanto, os critérios para habilitação dos municípios, vinculando-os à estruturação das microrregiões de saúde em que estivessem inseridos. Segundo Biasoto Jr. (2003), "[...] a grande inovação trazida pela Noas foi a exigência de um Plano de Desenvolvimento Regional. Este plano tem como elemento de coordenação o gestor estadual, sendo obrigatória a colaboração e pactuação de todos os gestores municipais".

Para Teixeira (2003), "[...] a Noas induziria uma certa "solidariedade forçada" entre os municípios incluídos na prestação da assistência, de forma a minimizar os conflitos distributivos e a reduzir as barreiras de acesso de pacientes".

Embora semelhante à Noas 2001, a Noas 2002 ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços e de busca de maior eqüidade, além de atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios. Como aconteceu nas normas anteriores, muitas das novas determinações na busca do fortalecimento progressivo das instâncias gestoras não foram implementadas, mas grande parte dos conceitos e das medidas nelas propostos para organização do sistema de saúde, vem sendo consolidada por meio de novas estratégias de pactuação.

B) A GESTÃO POR OBJETIVOS NO SUS – tem havido, em anos recentes, uma grande ênfase por parte do Ministério da Saúde no desenvolvimento no âmbito do SUS do que pode ser denominado de "gestão por objetivo". Trata-se da idéia de promover, entre gestores e gerentes, um processo de formulação de objetivos assistenciais, que contemplem claramente o alcance de metas e indicadores específicos

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

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

em cada área assistencial. No entanto, a gestão por objetivo, torna mais explícita a prioridade dos planos anuais de ação para cada nível de gestão do SUS.

A preocupação com responsabilidades bem definidas, processos claros de eficiência e resultados demonstráveis, inevitavelmente, lembra os princípios da "administração gerencial" preconizados pelos teóricos da reforma administrativa do estado na década passada. Contudo, a tendência atual não se identifica claramente com nenhuma outra doutrina de administração pública e parece se mover no sentido de maior sensibilidade aos aspectos políticos da gestão.

Essa nova orientação, chamada de "pactuação", ao dar ênfase ao processo de negociação na definição de tais objetivos, assume que estes não podem resultar de uma decisão de caráter tecnicista, burocrático e centralizado. Ao contrário, gestores do SUS e gerentes de unidades assistenciais, nos respectivos níveis de competência, devem se por de acordo não só sobre o que fazer e como, mas também sobre a qualidade dos serviços prestados (redução das filas de espera, por exemplo) e seus resultados (melhoria dos indicadores de saúde coletiva, por exemplo).

Com o esgotamento em 2004 do processo de indução de mudanças por meio de Normas Operacionais, foi concebido um novo instrumento: o Pacto pela Saúde entre as instâncias de governo, o qual, respeitando as diferenças regionais, estabelece o alcance de resultados como base para o controle e a avaliação (Portaria GM/MS nº 399, de 22/2/2006).

Esse pacto é, na verdade, a somatória de três outros: o Pacto pela Vida, o Pacto pelo SUS e o Pacto de Gestão. O primeiro define as principais políticas e metas de governo para o território nacional, cabendo a cada Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a sua adaptação às condições locais em cada estado. O segundo é a reafirmação do SUS como uma política de estado, dos princípios que o norteiam, do compromisso das três esferas de governo com o seu financiamento e do propósito de reinclusão desses temas na pauta política. O terceiro, o Pacto de Gestão, trata dos temas que eram objeto das antigas normas operacionais – descentralização, regionalização e financiamento, preservando, porém, muito dos conceitos nelas formulados, mas com uma abordagem bem mais flexível.

As principais mudanças decorrentes da nova estratégia foram o desaparecimento da figura da "habilitação" de municípios e estados a alguma condição de gestão e o deslocamento do estabelecimento de critérios e regras do nível federal para as CIBs em cada estado. Desde então, os acordos relativos às diretrizes e aos processos essenciais ao funcionamento do sistema passaram a ser prioritários, enfatizando as responsabilidades e as atribuições de cada esfera de governo.

Não menos importante foi a alteração no mecanismo de financiamento federal do SUS, no qual as transferências aos entes subnacionais passaram a depender apenas da homologação da CIB de cada estado. Essas transferências foram ordenadas em cinco grandes blocos: *i)* atenção básica; *ii)* atenção de média e alta complexidade; *iii)* vigilância à saúde; *iv)* assistência farmacêutica; e *iv)* gestão. No SUS, todas as decisões relacionadas à proposição, à implementação e à regulamentação de políticas são discutidas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e nas Comissões Bipartites

Apesar dos avanços observados no processo e dos esforços desses colegiados, a gestão compartilhada do SUS tem sido criticada em alguns aspectos, tais como: *i)* abstração dos termos acordados. Como todas as decisões das Comissões Intergestores são estabelecidas por consenso, muitas vezes perdem qualquer efeito operacional, pelo cuidado excessivo em contemplar todas as partes envolvidas; *ii)* demora na implementação de medidas relevantes. O fluxo que as diversas proposições devem seguir, no âmbito do SUS, inclui a sua aprovação em diversos colegiados nas três esferas de governo, precedidos de longos períodos de negociação entre as partes interessadas. Tal formalidade retarda com freqüência a introdução, a alteração ou a correção de ações, necessárias ao melhor funcionamento do sistema; e *iii)* inexistência de contrato ou termo de compromisso que realmente defina as responsabilidades administrativas, assistenciais e financeiras das três instâncias gestoras do SUS, por regiões e para populações definidas.

4.4.2 Modelo assistencial

Modelo Assistencial pode ser conceituado como a forma de produção e distribuição dos bens e serviços de saúde, em uma dada área, em determinado tempo, para uma dada população (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

O modelo preconizado para o SUS, ancorado nos princípios da regionalização e da hierarquização dos serviços, é usualmente representado por uma pirâmide na qual a base corresponde aos serviços de atenção primária e o topo aos de alta complexidade, ou como detalha Cecílio (1997):

> Na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura. Para esta extensa rede de unidades, distribuídas de forma a cobrir grupos populacionais bem definidos (populações adscritas) seria estabelecida, de uma forma geral, a seguinte missão: oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira "porta de entrada" para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como sendo hospitais distritais. O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional. O que a pirâmide quereria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados.

As principais críticas ao modelo assistencial que foi desenvolvido no Brasil até o início da década de 1990 incluíam: *i)* pluralismo institucional sem qualquer esquema de coordenação mais efetivo; *ii)* fragmentação da atenção centrada em hospitais e focada em procedimentos pontuais; *iii)* orientação para o atendimento da demanda espontânea e das condições agudas; e, *iv)* baixa prioridade para as ações de promoção da saúde e prevenção da doença.

Desde então, inúmeras mudanças positivas foram introduzidas sem corrigir, porém, todos os problemas. É verdade que a atenção básica expandiu-se rapidamente, mas a articulação desse nível de atenção com os demais (média e alta complexidade) ainda é precária. A promoção da saúde e a prevenção de doenças estão tendo maior espaço, mas a

mudança do perfil epidemiológico, com a progressiva predominância de doenças crônicas, requer nova forma de organização/provisão dos serviços de saúde; e, por fim, para o controle de alguns agravos, a ação intersetorial requerida ainda é insuficiente.

A) A ATENÇÃO BÁSICA E O PAPEL DO PSF – a estratégia para mudança de modelo, requisito para dar efetividade as diretrizes constitucionais de universalidade e integralidade, está ancorada no fortalecimento da atenção primária ou básica. Os atributos desse nível de atenção incluem: *i)* a condição de serviço de primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde (outra porta seriam os serviços de urgência/emergência); *ii)* a responsabilidade de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde; e *iii*) a atribuição de filtrar o acesso aos outros níveis de atenção.

A partir de 1994, os esforços, em termos de programas e investimentos públicos, passaram a se concentrar nessa estratégia, destacando-se a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio da combinação de dois instrumentos: incentivos financeiros específicos e mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (ESCOREL *et al.*, 2007).

O PSF, voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental. Em 1999, passou a ser considerado pelo MS como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir nova dinâmica na organização dos serviços e das ações de saúde.

Entre 1999 e 2007, observou-se aumento expressivo tanto no número de equipes atuantes – de 8,6 mil para 27 mil como no número de municípios beneficiados – de 2.766 para 5.093 –, com o conseqüente crescimento da população coberta – de 29,7% para 47% em todas as regiões do Brasil.

O PSF, contudo, ainda se mostra débil em um ponto vital: o desempenho dos seus médicos. Para alcançar metas de cobertura e de eficácia no atendimento básico, são exigidas do médico de família habilidades distintas daquelas enfatizadas na maioria dos cursos de medicina. O médico de saúde da família não pode se limitar ao atendimento ambulatorial convencional de demanda espontânea. Seu papel, como membro da equipe, deve ser pró-ativo na prevenção de doenças e na promoção da saúde e envolve atividades comunitárias, assim como a presença no domicílio do paciente em situações especiais. Em outras palavras: espera-se que os médicos de família adotem uma abordagem abrangente dos problemas de saúde, incluindo a visão do impacto desses problemas na comunidade; que mantenham um relacionamento contínuo com seus pacientes; e que prestem cuidados centrados não na doença, mas na pessoa do paciente e no seu contexto familiar. Infelizmente, o sistema curricular dos cursos de medicina ainda não está orientado para dar uma resposta adequada a essa exigência de um novo perfil de habilidades dos médicos.[44]

Em outros países, os programas de saúde familiar são estruturados com base no trabalho do médico, que é reconhecido como um especialista (*family doctor* nos Estados Unidos ou *general practitioner*, GP no Reino Unido) bastante prestigiado. A denominação – médico de saúde da família – foi adotada no Brasil porque o PSF se

44. A experiência do PSF tem posto em debate a questão de como reordenar as estratégias pedagógicas de capacitação dos médicos, não só na fase de graduação, mas também na residência médica e nos cursos de especialização.

estabeleceu desde o início como um programa baseado no trabalho de equipe multiprofissional, envolvendo outras categorias (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, pelo menos). O espírito de trabalho em equipe foi sempre muito valorizado no PSF que desde sua origem procurou evitar que os demais trabalhadores fossem considerados meros "auxiliares" do médico. Contudo, em razão da longa tradição de trabalho autônomo, o médico poucas vezes consegue se articular adequadamente com os demais membros da equipe. Por isto, acaba realizando um atendimento isolado, muito semelhante ao que faria no ambulatório de um hospital ou centro de saúde. Enquanto isso, os demais membros da equipe se integram entre si e se esforçam para cumprir com as exigências de ação comunitária que demarcam a filosofia do PSF.

Essa questão, contudo, deve ser examinada tendo em vista as condições do mercado de trabalho dos médicos e suas aspirações profissionais. Sabe-se que parte considerável dos médicos que, a cada ano, ingressam no PSF das secretarias municipais de saúde é formada por jovens recém-graduados, atraídos por uma experiência de trabalho desafiadora e que costuma ser bem remunerada em relação à média dos empregos médicos; embora exija quarenta horas semanais, não está sujeita ao *stress* comuns aos plantões noturnos e as emergências de um pronto-socorro. No entanto, eles vêem no programa apenas como uma etapa que favorece seu desenvolvimento profissional. Passado algum tempo, saem do PSF em busca de formação em outra especialidade e/ou o exercício, no setor público ou privado (ou em ambos), de outro tipo de função, que lhe pareça mais gratificante. É grande, conseqüentemente, a rotatividade dos médicos no programa, seja por insatisfação com as condições de um trabalho que não oferece perspectivas de carreira seja por não se sentirem como integrantes de uma especialidade médica plenamente reconhecida e valorizada.

Quanto a este ponto, é recorrente a polêmica acerca das características da formação do médico em saúde da família. Afinal, essa formação deve ser realizada em conjunto com os demais profissionais de nível superior que participam da equipe de saúde da família, de modo que estimule nos médicos o comprometimento com o espírito do trabalho em equipe? Ou, ao contrário, os médicos devem ter capacitação específica e aprofundada em clínica geral, preventiva e promocional, de forma que lhes assegure um *status* de especialista plenamente reconhecido por seus colegas e pela própria população?

Na verdade, as duas opções não são mutuamente excludentes. Aprender a trabalhar em equipe e a desenvolver práticas de medicina comunitária é tão necessário quanto o aperfeiçoamento profissional específico. O primeiro aspecto é inerente ao programa. O segundo, porque sem sólida formação em medicina geral não será possível ao médico alcançar o grau de resolutividade que se espera de um médico de família. Em países onde esse perfil foi alcançado, o médico de família é capaz de resolver 70% dos casos recorrendo de forma bastante moderada, em comparação com os nossos padrões, a exames de complementação diagnóstica. Mas a boa formação não é o único fator dessa performance. Pesa favoravelmente o fato de o profissional ter sob seus cuidados um número relativamente pequeno de pacientes (da ordem de 2 mil em média).

Possivelmente por reconhecer essa ambivalência, o Ministério da Saúde criou programas que fortalecem as duas alternativas: financia tanto os cursos onde a formação é multiprofissional quanto cursos de residências exclusivas de médicos de saúde da família. Ademais, patrocina um programa (Pró-Saúde) que incentiva instituições de ensino

superior à adequação e à inovação curricular da graduação de médicos, enfermeiros e dentistas, de acordo com os requisitos do PSF. É muito claro, no entanto, que todas essas iniciativas precisam de um longo período de experiência e maturação para que possam resultar em uma mudança efetiva do modo predominante de formação dos médicos, centrado que está nas especialidades de alta tecnologia e de prestígio social bem-estabelecidas juntamente à opinião pública.

B) O ACESSO À ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA – em 2004, as unidades de saúde da família ainda não se configuravam como o serviço de procura regular para a maioria da população adstrita (ESCOREL *et al*., 2007). Os serviços de urgência eram os mais procurados, além de continuarem a ser demandados outras unidades prestadoras de serviços de atenção básica, como postos e centros de saúde, o que indica, segundo as autoras, a sobreposição de redes básicas e a implantação do PSF como mais um programa paralelo. Observou-se, também, que o acesso à atenção secundária permanecia difícil, sendo grande a dificuldade para garantir o atendimento especializado e os exames de apoio diagnóstico de média complexidade (ESCOREL *et al*., 2007). Wagner (2007), em seu artigo "Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?", defende que as equipes de atenção primária necessitam operar com três funções complementares: a clínica, a de saúde publica e a de acolhimento (atendimento ao imprevisto e atenção à demanda). No Brasil tem-se valorizado a dimensão de saúde coletiva e subestimado as outras duas. Segundo a mesma fonte, a estratégia de saúde da família vem sendo implantada de maneira desarticulada com o restante do sistema, havendo pouca relação entre atenção primária e especialidades ou hospitais.

Tal desarticulação é exacerbada pela insuficiência ou inadequação da oferta de serviços de média complexidade, decorrentes em grande parte do subfinanciamento desse nível de atenção. Estudo realizado pelo CONASS em 2002, comparando os valores da tabela SUS com os da tabela do programa americano *Medicare*, concluiu que no Brasil os procedimentos cognitivos, que compõem boa parte do conjunto dos serviços de média complexidade, são extremamente desvalorizados graças aos procedimentos intensivos em tecnologias de produtos (CONASS, 2006).

No entanto, não é só isso: estudo realizado por técnicos do Ministério da Saúde em 2006[45] evidenciou a grande concentração espacial das consultas especializadas. De acordo com a pesquisa, 16,1% dos municípios com mais de 25 mil habitantes não ofereceram, em 2005, nenhuma consulta em sete especialidades selecionadas (cardiologia, endocrinologia, nefrologia, dermatologia, neurologia, oftalmologia e ortopedia). Poucas localidades mostraram a disponibilidade de oferta em todas as sete.

Associada a essa insuficiência de oferta da rede do SUS, foi também observada a má distribuição territorial dos serviços especializados, concentrados em algumas regiões e alguns municípios e indisponíveis em outros. Medidas vêm sendo propostas ou implementadas para melhorar essa situação, como, por exemplo, a inserção, nos instrumentos de "contratualização" com os hospitais universitários e filantrópicos, de cláusulas que prevêem a provisão de serviços com oferta insuficiente. Contudo, medidas mais eficazes dependerão de maiores investimentos e novas estratégias visando desconcentrar a oferta de serviços mais especializados.

45. André Bonifácio (MS/SE/DAD); Cristina Amaral (MS/GAB); Lúcia Queiroz (MS/SAS/NAEM); Roberto Esteves (Unicamp/FCM/DMPS) e Sérgio Gaudêncio (MS/GAB/AISA).

C) FILAS[46] DE ESPERA NO SUS: UMA FONTE DE INSATISFAÇÃO PARA OS USUÁRIOS

a pesquisa (A saúde na opinião dos brasileiros) realizada em 2003 pelo Instituto Vox Populi, por iniciativa do CONASS, mostrou que o tempo de espera é, de longe, a principal fonte de insatisfação dos usuários com o SUS. Nada indica que essa percepção tenha se alterado nos últimos quatro anos. Segundo a pesquisa, aproximadamente 67% dos entrevistados que foram a algum estabelecimento do SUS apontaram o tempo de espera (para obter consultas, exames, internações e outros serviços), como o principal problema que enfrentam no sistema público de saúde. A magnitude dessa questão é de tal ordem para o usuário, que o segundo problema (tratamento descortês ou desrespeitoso) foi de apenas 5% da "soma ponderada das respostas (múltiplas) espontâneas (CONASS, 2003).

O SUS, infelizmente, ainda não monitora de forma sistemática os prazos de espera para internações, consultas ou exames, e nem o tamanho das filas para esses procedimentos, salvo no caso de transplantes de órgãos. Ao contrário do Brasil, a experiência internacional sobre filas em saúde é bastante expressiva e amplamente divulgada. Como também o é a investigação de caráter teórico, gerencial e empírico para compreender e tratar este problema.[47] Austrália, Canadá, Inglaterra e Estados Unidos (esse último país, no que se refere aos transplantes), por exemplo, oferecem na internet, dados bastante detalhados sobre as filas de espera, que permitem ao cidadão comum acompanhar, por exemplo, quantas pessoas, e por quanto tempo, estariam esperando por um determinado tipo de cirurgia, em uma determinada área do seu território, ou em determinada instância do sistema de saúde. Fenômeno comum aos sistemas públicos de saúde de acesso universal, quase sempre acompanhado do atendimento impessoal, as filas podem e devem ser administradas. Ao contrário do que indica o senso comum, nem sempre maiores volumes de recursos reduzem as filas, embora isso possa, obviamente, ocorrer.

Os tempos de espera para alguns procedimentos selecionados como internações gerais, transplantes, gravidez, parto e estado puerperal foram estudados por Marinho (2004 e 2006) e Marinho e Cardoso (2006). Os resultados dos estudos citados demonstram que a espera nas filas do SUS de um modo geral é elevada. Para os transplantes (ver tabela 18), com exceção do coração, todos os prazos são superiores a um ano, podendo chegar a mais de cinco anos para o rim.

TABELA 18

Tempos de espera (anos) para transplantes em países selecionados

Órgão	USA (Brancos)[1]	USA (Negros)[1]	Reino Unido (Adultos)[2]	Reino Unido (Crianças)[2]	SUS (Média)[3]
Coração	0,48	0,47	0,38	0,29	0,83
Fígado	2,11	1,2	0,2	0,17	4,41
Pulmão	1,95	3,2	1,08	n.d.	1,77
Rim	3,53	5,11	2	0,39	5,53
Rim/pâncreas	1,66	2,18	1	n.d.	1,32
Pâncreas	1,54	2,33	n.d.*	n.d.	2,63

Notas: [1] USA: período 2001-2002. Fonte: *Organ Procurement and Transplantation Network* (OPTN). Disponível em: <http: //www.optn.org>.

[2] Reino Unido: período 1999-2002 (rim); 1999-2003 (coração e pulmão); período 2001-2003 (fígado); período 2001-2004 (pâncreas+rim), com menos de 100 observações para coração em crianças. Fonte: www.uktransplant.org.uk

[3] Médias estimadas para o ano de 2003. Fonte: Marinho (2006).

Obs.: *Não disponível.

46. A fila não se limita a uma fila de espera (*waiting line*) no sentido de agendamento para atendimento posterior, com espera fora do sistema, mas, pelo contrário, implica na presença física (*queuing*) do paciente, freqüentemente em condições precárias, em macas ou leitos improvisados, situação particularmente perversa no caso de pacientes graves, crianças e idosos.

47. Uma visão geral inicial teórica sobre o tema encontra-se em CULLIS, J. G.; JONES, P. R. e PROPPER, C. Waiting Lists and Medical Care Treatment: Analysis and Policie*s. In*: Handbook of Health Economics, vol. 1B. A. J , vol. 1B. A. J.

D) A ORGANIZAÇÃO DE REDES – a percepção dos problemas referidos anteriormente relacionados à atenção básica e ao acesso aos serviços de média e alta complexidades, bem como a mudança do perfil epidemiológico do país, tem estimulado a busca de novos modelos organizacionais que se mostrem mais resolutivos na atenção básica, mais acessíveis nos demais níveis e que confiram maior racionalidade e eficiência no sistema como um todo, de modo que alcance padrões de qualidade perceptíveis pelos usuários.

O traço mais característico na mudança do perfil epidemiológico é a predominância relativa das condições crônicas entre as causas de adoecimento no Brasil, fato que é compatível com a proporção cada vez maior de idosos entre a população. Condições crônicas demandam cuidados por tempo prolongado, envolvendo profissionais de diferentes especialidades e diversos tipos de estabelecimentos, clínicas, hospitais e outras unidades para apoio diagnóstico e terapêutico. O modelo assistencial hoje predominante não está estruturado de maneira a prover todos esses serviços de forma articulada e oportuna, prestando melhor atenção a casos agudos, de curta duração e de abordagens dependentes de pequena variedade de recursos.

Diante de tais questões, tornam-se cada vez mais recorrentes as propostas de organização e regulação de redes assistenciais e de fluxos de usuários entre os estabelecimentos que as compõem, bem como a estruturação de sistemas logísticos complementares. No mundo inteiro, a estruturação de redes é uma estratégia para organizar serviços de saúde de maneira racional e efetiva, mas não existe consenso sobre a forma mais "correta" ou "melhor" para fazer isso. Nos anos de 2005 e 2006, o conceito de redes foi trabalhado pelo Ministério da Saúde e traduzido em uma série de portarias relacionadas a áreas de alta complexidade (cardiologia, nefrologia, oncologia etc.) tendo em comum o estabelecimento de critérios para cadastramento de unidades, segundo quantitativos populacionais e os tipos de procedimentos a serem por elas realizados. O potencial estruturante desta abordagem, no entanto, ficou limitado por sua desvinculação da atenção primária e da ausência de referência territorial.

Concomitantemente, outros conceitos vêm sendo elaborados e trabalhados em outras instâncias e instituições, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), por exemplo, com a finalidade de torná-los mais operacionais, além de contemplarem duas outras finalidades: *i)* busca da resolutividade como atributo da rede de serviços e não mais de um estabelecimento ou de um nível de atenção; e *ii)* reposicionamento do usuário, que deve passar a ser o foco principal do sistema. Nesse contexto, ganha destaque a regulação assistencial, com realce para a do acesso aos serviços.

Para tornar mais operacionais as diretrizes relativas à regionalização e à regulação estabelecidas no Pacto pela Saúde, o CONASS propôs a adoção de outro conceito de "rede de atenção", qual seja, "a organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, que permite prestar uma assistência contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população".[48]

48. Conceito elaborado por Eugênio Vilaça Mendes. Apresentação na Oficina de Trabalho do CONASS, em setembro de 2006.

Nesse modelo, há a exigência de uma combinação de economia de escala, qualidade e acesso a serviços de saúde, com territórios sanitários e níveis de atenção. É enfatizada também a necessidade de estruturação de "sistemas logísticos", tais como sistemas para aquisição e dispensação de medicamentos, sistemas de informação, sistemas de transporte e de "sistemas de gestão". Este último envolve, entre outros elementos, protocolos clínicos, linhas de cuidado, planejamento e regulação assistencial (regulação de acesso, contratualização, controle). Esses elementos são considerados como os grandes responsáveis pela transformação do conjunto de estabelecimentos de saúde em uma rede de atenção, conectando-os e definindo sua interface com os usuários.

A regulação do acesso aos serviços tem como uma de suas principais estratégias os complexos reguladores,[49] que devem se conformar a partir da articulação e integração de centrais de atenção pré-hospitalar e de urgências, centrais de internação, centrais de consultas e centrais de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como dos diversos sistemas logísticos quando for o caso, regidas pelos protocolos de regulação, e tendo como referência a Programação Pactuada e Integrada (PPI).[50] O gerenciamento de recursos envolve a PPI, a contratação de prestadores de serviços, a avaliação e o controle, que, na medida do possível, devem ser realizados tendo como base, além da disponibilidade local de serviços e a o estabelecimento de pactos entre os gestores, a demanda em termos quantitativos e qualitativos observada no processo de regulação de acesso.

Por sua vez, as "linhas de cuidado", orientadoras da concepção das redes,

> são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição ou patologia, realizadas de modo a normalizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de prevenção primária, secundária e terciária, e por todos os pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde. Elas diferem de **protocolos clínicos**, que são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo da condição ou patologia e em um ponto de atenção à saúde específico. Dessa forma, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de prevenção, diagnóstico, cura/cuidado ou reabilitação, onde os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade.[51]

Diferentes destes, os **protocolos de regulação** são derivações mistas de protocolos clínicos e linhas de cuidado, tendo como base a resolutividade de cada nível de atenção no local e/ou de cada estabelecimento sob regulação. Eles devem determinar, para todas as condições que levem a população a buscar os serviços de saúde com grande freqüência, em que circunstâncias os pacientes devem ser encaminhados a outras unidades, especializadas ou não, pertencentes ou não a outro nível de atenção.

O objetivo dessa proposta conceitual é aumentar a eficiência do sistema de saúde, garantindo o acesso e melhorando a qualidade do atendimento, além de permitir melhor programação e controle dos gastos setoriais. Proposta similar, particularmente no que se refere aos resultados almejados, vem sendo implementada no Chile desde 2002, denominada Auge.[52] De acordo com a descrição disponível no *site* do governo chileno (www.gobiernodechile.cl/plan_auge), trata-se de "um instrumento de regulação sanitária que considera Acesso Universal para prestações integrais (de serviços) e Garantias Explícitas associadas à atenção de prioridades".

---

49. Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem acordadas entre as três esferas de gestão do SUS (MS, 2006).

50. Estabelecida pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) nº 1 de 1996.

51. Conceito elaborado por Eugênio Vilaça Mendes. Apresentação na Oficina de Trabalho do CONASS, em setembro de 2006.

52. Vale observar que, segundo o *site* do governo do Chile, a "Ley Auge", regulamentadora dessas disposições, só entrou em vigor em 1º de julho de 2005.

Em outras palavras, embora tenham sido mantidas as diretrizes de universalidade e integralidade no sistema de saúde chileno, foram selecionadas algumas patologias prioritárias, cujo tratamento tem garantia extraordinária de qualidade, oportunidade e proteção financeira. Como "garantia de qualidade", entende-se que os serviços serão prestados somente em consultórios, centros médicos, hospitais e clínicas que cumpram padrões de qualidade fixados pelo Ministério da Saúde. A "garantia de oportunidade" assegura que os pacientes serão atendidos em um prazo máximo estipulado para cada condição; se necessário eles serão enviados diretamente a um centro hospitalar – conveniado ou não – que possa atendê-los de forma efetiva; o custo do atendimento integral será coberto pelo instituto ao qual a pessoa estiver vinculada, que pode ser uma instituição privada (as chamadas *Isapres*) ou o Fondo Nacional de Saúde (Fonasa). Finalmente, a "garantia de proteção financeira", estipula limites de gastos com tratamentos de saúde, vinculados a faixas de renda, prevendo gratuidade para os de menor poder aquisitivo.

O número de agravos prioritários tem sido gradualmente aumentado. Atualmente, são quarenta enfermidades selecionadas entre as de maior impacto para a saúde e o orçamento familiar. O tratamento "garantido" pelo governo é explicitado em "Guias Clínicas",[53] que se constituem como "uma orientação baseada na melhor evidência possível para o enfrentamento dos problemas de saúde incluídos" (selecionados). Os benefícios assegurados pela *Garantías Explícitas en Salud* (GES) incluem os medicamentos e outros insumos médicos, como próteses, requeridos para a devida atenção ao paciente. Diferente da proposta de "linhas de cuidado", as "guias clínicas" chilenas são bastante mais restritivas seja ao definirem faixas etárias seja ao se referirem, em alguns casos, a um único procedimento.

A "integralidade regulada",[54] no estilo chileno como descrito nesta seção, ou de alguma outra forma, parece ser uma das soluções que podem ser vislumbradas para controlar a espiral de gastos em sistemas de saúde de livre demanda, sejam públicos ou privados (pré- pagamento), sem suprimir direitos e nem criar iniqüidades.

53. As "guías clínicas" disponíveis no *site* do Ministério da Saúde do Chile, (http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas.html), incluem "Endoprotesis total de Caderas en personas de 65 años y más, Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más, Epilepsia no Refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años de edad, Primer episodio Esquizofrenia, Exámen de medicina preventiva, Fisura labiopalatina, Diabetes mellitus tipo 1, Diabetes mellitus tipo 2, Linfoma en personas de 15 años y más, Prevención del parto prematuro, Retinopatía del prematuro, Salud oral integral en niños de 6 años, Trastorno de generación del impulso cardiaco y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso, Síndrome de inmunoideficiencia adquirida VIH/SIDA, Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos, Cáncer de mama en personas de 15 años y más, Leucemia en menores de 15 años, Linfomas y tumores sólidos en menores de 15 años, Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más, Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro, Displasia broncopulmonar del prematuro, Cáncer cervicouterino, Tratamiento quirúrgico de cataratas congénitas y adquiridas, Insuficiencia renal crónica terminal, Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años, Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años, Diagnóstico y tratamiento disrrafias espinales, Infarto agudo del miocardio y manejo del dolor torácido en unidades de emergencia, Infección respiratoria aguda baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años, Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más".

54. Termo atribuído a Gilson Carvalho, em 2006.

4.4.3 Formas de provimento

A) PROVISÃO DIRETA E INDIRETA – além das questões discutidas anteriormente, as especificidades e as dificuldades do modelo assistencial estão relacionadas ao formato institucional e organizacional das unidades, particularmente as hospitalares, que compõem a rede de serviços, bem como a maneira que os gestores do SUS se relacionam com essas unidades.

No caso brasileiro, o estado provê serviços médico-hospitalares de forma direta e indireta. Na modalidade direta, os serviços são proporcionados à população pelas unidades ambulatoriais e hospitalares pertencentes à administração pública de qualquer das esferas de governo. A modalidade indireta – predominante no Brasil onde setor privado detém a maior parte da oferta, principalmente na área hospitalar – abrange os serviços proporcionados por entidades particulares com ou sem fim lucrativo que mantêm convênios ou contratos com o setor público.

A criação de um sistema único de saúde pela Constituição de 1988, não significa que todos os prestadores de serviços devam ter a mesma natureza jurídica, mas sim ao preceito de que existe uma gestão unificada do conjunto dos serviços que operam com financiamento e regulação públicos. Portanto, o SUS é único na medida em que, graças ao comando único em cada esfera de governo, é capaz de implementar, mediante parcerias público-privada, políticas de saúde que preservam o interesse público.

O motivo original da participação privada no SUS encontra-se na impossibilidade de o Poder Público oferecer, na vastidão e diversidade do território nacional, uma cobertura assistencial completa sem a participação da iniciativa privada historicamente hegemônica na oferta de serviços médico-hospitalares. Em 2005, o setor privado como um todo operou 57,6% dos cerca de 330 mil leitos disponíveis para o SUS.[55] Nesse segmento (ver tabela 19), as instituições sem fins lucrativos contribuem com 37,2% do total de leitos, enquanto o componente empresarial tem uma participação bem menor (20,4%).

TABELA 19
Leitos disponíveis ao SUS em estabelecimentos de saúde – Brasil – 2005

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

Fonte: AMS/IBGE, 2005.

A participação privada também pode ser auferida pela proporção de internações remuneradas pelo SUS (ver tabela 20). Em 2005, 57,2% de 11,4 milhões de internações registradas no SIH/SUS foram realizadas por hospitais privados. Os estabelecimentos sem fins lucrativos (conveniados) contribuíram com 39,8% do total

55. A categoria "leitos disponíveis ao SUS" é comumente usada para caracterizar aqueles leitos que podem ser utilizados por pacientes do SUS. Esta categoria impõe-se graças a duas situações em que tais pacientes não têm acesso a leitos de estabelecimentos que fazem parte do SUS: *i)* alguns estabelecimentos públicos (por exemplo, os hospitais das forças armadas) reservam a maior parte de seus leitos para sua clientela corporativa específica; *ii)* nos hospitais privados, especialmente os contratados, grande parte dos leitos está reservada para pacientes de planos de saúde ou que pagam diretamente pelos serviços prestados.

de internações, enquanto os estabelecimentos com fins lucrativos (contratados) contribuíram com apenas 17,4% (Datasus), o que é coerente com a diretriz constitucional (CF, art. 199, § 1º) para o SUS priorizar, sempre que possível, a parceria com instituições não-lucrativas.

TABELA 20
Internações de acordo com o Sistema de Internações Hospitalares em estabelecimentos de saúde – Brasil – 2005

Internações	Público				Privado			
	Federal	Estadual	Municipal	**Total**	Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos	**Total**	**Total Geral**
Número	433.811	2.133.167	2.324.827	**4.891.805**	1.994.200	4.543.128	**6.537.328**	**11.429.133**
(%)	3,8	18,7	20,3	**42,8**	17,4	39,8	**57,2**	**100**

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

Desde o início da década de 1990, o número absoluto de leitos para internação (disponíveis ou não ao SUS) vem decrescendo no setor privado e aumentando no setor público. Entre 1990 e 2005, houve um decréscimo de 28% no número de leitos do setor privado e um aumento 19,3% no setor público. Contudo, o setor privado ainda se mantém à frente em termos da oferta total de leitos: em 2005, 66,4% dos leitos estavam localizados nesse setor, em estabelecimentos com e sem finalidade lucrativa (ver tabela 21). Em países de sistemas universais de saúde a oferta privada é pouco representativa quando não residual.

TABELA 21
Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa – Brasil – 1990-2005

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

Fonte: AMS/IBGE, 2005.

Deve ser salientado que a diminuição na capacidade instalada de leitos não corresponde necessariamente a uma diminuição na provisão de serviços. Com efeito, o setor hospitalar vem passando por uma espécie de "reestruturação produtiva", em que a diminuição do número absoluto de leitos é acompanhada do crescimento de sua produtividade, mediante a diminuição do tempo médio de internação. O número médio de internações por leito cresce, no entanto, compensando a perda de capacidade instalada. Isto é comprovado quando se toma a relação entre o número de leitos como fator produtivo e o número de internações como produto (ver tabela 22).

TABELA 22
Número de leitos comparado com internações no setor privado – Brasil – 1999 e 2005

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

Fonte: AMS/IBGE, 1999 e 2005.

Em algumas especialidades, a redução do número de leitos foi resultante direta da política de saúde. É o caso, por exemplo, dos leitos psiquiátricos. Em razão da ênfase dada pelo Ministério da Saúde no atendimento ambulatorial dos problemas de saúde mental, ocorreu na década passada forte redução do número de leitos nessa especialidade. Assim, entre 1992 e 2002, o número de leitos de psiquiatria em hospitais contratados pelo SUS diminuiu em quase 40%, passando de 58.499 para 35.946.[56]

Por sua vez, o crescimento da participação do setor público no número total de leitos deve-se, sobretudo, à esfera municipal, como resposta positiva ao processo de desconcentração e descentralização do SUS. Entre 1992 e 2005, o número de leitos municipais praticamente duplicou, passando de 35.861 para 70.078 (ver tabela 23). Ademais, houve redução importante nos leitos da esfera federal e, em menor monta, na esfera estadual, o que se deve ao processo de municipalização de hospitais federais e estaduais. Assim, do ponto de vista de um almejado avanço da descentralização da gestão e da desconcentração dos serviços do SUS, é natural que o nível federal perca capacidade instalada de atendimento hospitalar, o mesmo acontecendo, em menor proporção, com o nível estadual. O notável crescimento do número de leitos na esfera municipal constitui um forte indicativo da descentralização da gestão do SUS como política pública bem-sucedida, ao longo da década de 1990.

TABELA 23
Leitos para internação por esfera administrativa pública* Brasil – 1992 e 2005

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

Fonte: AMS/IBGE, 1992 e 2005.
Obs.: * Disponíveis ou não ao SUS.

Cumpre salientar, no entanto, que, no setor público, há quatro vezes mais estabelecimentos sem internação (unidades dedicadas unicamente ao atendimento ambulatorial). Segundo dados da AMS/IBGE para 2005, as três esferas de governo detinham em conjunto 55 mil estabelecimentos desse tipo, enquanto a iniciativa privada operava apenas 14 mil. Este último número, porém, tem algum grau de subestimação, porque a iniciativa privada concentra seu atendimento de saúde em consultórios médicos autônomos que não constam do levantamento do IBGE.

Para os hospitais privados parceiros do SUS, o subfinanciamento governamental é tido como o principal problema. Dirigentes de instituições filantrópicas estimam que, em 2005, no mínimo 60% da assistência prestada por seus hospitais era dirigida a usuários do sistema público de saúde. Os valores, por sua vez, repassados pelo SUS a título de ressarcimento, ficaram em torno de 30% (trinta por cento) de sua receita bruta. Apesar disso, outras formas de subvenção estatal (renúncia fiscal) e a diversificação da clientela – inclusive com a criação de planos de saúde próprios – tem possibilitado contornar tais limitações, havendo, mesmo, crescimento proporcional significativo desse segmento do SUS. Menos bem aquinhoados neste particular, muitos hospitais privados lucrativos deixaram de firmar contratos com o SUS, e outros tantos fecharam suas portas. Pesquisa realizada pela Federação Brasileira de

56. Segundo dados do antigo cadastro hospitalar do Ministério da Saúde (Datasus).

Hospitais (FBH), em 2000, em amostra de 206 estabelecimentos privados lucrativos, apontou um endividamento global equivalente à aproximadamente seis vezes seu faturamento mensal, composto principalmente por encargos trabalhistas e impostos em atraso (41,2%) e dívidas com bancos e fornecedores (29,5%) (FBH, 2000).

A tabela 24 mostra a queda na participação do setor privado lucrativo e o aumento expressivo do papel dos hospitais filantrópicos, particularmente no que se refere à disponibilização de leitos e à captação de recursos, o que é compatível com a diretriz constitucional já mencionada (CF, art. 199, § 1º). Cabe destacar que, neste período de 1995 a 2005, houve redução de aproximadamente 13% no quantitativo total de leitos e de 10% no número de internações pagas pelo SUS, embora a população brasileira tenha tido um crescimento de 18%.

TABELA 24
Perfil da rede de assistência hospitalar do SUS

	Hospitais por natureza	1995	2000	2005
Participação na composição da rede – Quantitativo de leitos (%)	Públicos	30,56	32,4	34,52*
	Privados sem fins lucrativos	25,46	33,46	35,90*
	Demais privados	43,99	34,14	29,59*
Participação nos gastos do SUS com internação (%)	Públicos	37,29	36,83	39,1
	Privados sem fins lucrativos	25,49	37,97	43,39
	Demais privados	37,22	25,2	17,51
Participação no quantitativo de internações (%)	Públicos	31,12	37,12	42,8
	Privados sem fins lucrativos	30,62	37,64	39,75
	Demais privados	38,26	25,24	17,45
Valor médio da internação (R$1,00)	Públicos	302,51	406,2	556,05
	Privados sem fins lucrativos	210,09	412,93	664,45
	Demais privados	245,62	408,74	610,77
	Geral	252,44	409,37	608,68

Fonte: SIH/SUS – Datasus/MS.

Obs.: *Último dado é de 2003.

B) PROBLEMAS E PERSPECTIVAS DA GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA – o modelo institucional típico do setor público no SUS tem sido, ao longo da história, o da chamada administração direta na qual o próprio órgão público, ministério ou secretaria de saúde, exercita suas competências legais por meio das unidades administrativas de sua estrutura organizacional. Nesse modelo se enquadra a maior parte das unidades públicas prestadoras de serviços, como hospitais e serviços ambulatoriais (centros e postos de saúde, principalmente). Esse modelo tem sido constantemente criticado, sobretudo no caso dos hospitais, graças, sobretudo, a duas de suas principais características: reduzida autonomia gerencial e rigidez de métodos e processos.

Administrar de forma eficiente hospitais públicos vem se mostrando um desafio para os gestores das três esferas de governo desde muitos anos. Como ressaltado no relatório de pesquisa financiada pelo Banco Mundial (estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social), divulgado em 2004/2005, a instância diretiva das unidades estatais realiza funções gerenciais quase simbólicas (COSTA; RIBEIRO, 2004). Entre outras limitações apontadas pelo estudo, os dirigentes de unidades de saúde da administração direta não podem, por iniciativa própria e/ou com a agilidade necessária, gerenciar seus recursos humanos, demitindo e contratando de acordo com a necessidade da organização, ou definir incentivos para premiar desempenho. As restrições alcançam também a gestão e a

negociação de outros contratos para aquisição de materiais e equipamentos, entre outras competências inerentes à gestão.

Mais recentemente, outro documento do Banco Mundial sobre a qualidade da despesa pública e a gerência de recursos em unidades do SUS confirmou a falta de autonomia gerencial e orçamentária como um dos maiores problemas enfrentados pelos dirigentes dessas unidades. (WORLD BANK, 2007). Em amostra especialmente preparada para o estudo, os principais problemas detectados em relação ao processo de planejamento das unidades são os seguintes: limitações gerenciais (73%), reduzida autonomia na condução da unidade (48%), metas indefinidas, incluindo falta de quantificação (30%) e excesso de burocracia (27%).

Para corrigir ou, pelo menos, para atenuar essa deficiência histórica, foram criadas inúmeras modalidades de administração pública indireta. As mais antigas são as "autarquias", entes que desfrutam de autonomia patrimonial, financeira, orçamentária e imunidade tributária. Aumentar a eficiência do setor público também motivou a diversificação de modelos institucionais que tiveram início nos anos 1960, consolidaram-se em 1967 com a Reforma Administrativa (Decreto-Lei nº 200) e se expandiram nos anos seguintes. Como resultado, convivem hoje, somente no âmbito do Ministério da Saúde, paralelamente a rede de unidades da administração direta, modelos como os de "sociedade de economia mista" (Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre), "fundação" (Fiocruz), "autarquia" em regime especial, como as agências regulatórias (ANS e Anvisa) e o "serviço social autônomo" (Rede Sarah). Para não mencionar, o Hospital das Clínicas, empresa pública vinculada a Universidade do Rio Grande do Sul (MEC).

A despeito da variação de modelos, o fato é que a procura da gestão eficiente persiste como o principal desafio nas três esferas de governo. Muitos gestores do SUS concordam quanto à necessidade de conferir maior autonomia gerencial às unidades hospitalares. Por sua complexidade técnica e administrativa, há consenso quanto à necessidade de os hospitais terem mais liberdade não só para gerir seus próprios orçamentos, como também para a realização de certos tipos de compras e contratar e capacitar recursos humanos. Entretanto, parece não haver consenso quanto à prerrogativa de dispensar quadros excedentes ou que demonstrem desempenho insuficiente.

Dois novos modelos institucionais passaram a integrar mais recentemente a agenda política: as organizações sociais e a fundação estatal.

B1) ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (OS)

Na segunda metade dos anos 1990, a defesa de uma administração pública gerencial, contraposta ao modelo "burocrático" tradicional conduziu, em decorrência do projeto de reforma do estado, à proposta de um novo ente: a Organização Social (OS). Vale dizer, uma entidade que adota um estilo gerencial privado, mas que atua sob controle do Poder Público mediante "contrato de gestão".

As OS pareciam fadadas a proliferação, visto serem consideradas apropriadas para os setores de educação e de saúde. O objetivo da inovação não divergia daqueles que levaram a criação de autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista: garantir maior autonomia e flexibilidade de gestão. A maior responsabilização dos gestores da OS estaria associada ao contrato de gestão, que fixa metas e indicadores de desempenho a serem alcançados em um determinado período.

De acordo com a proposta original, as OS são habilitadas de acordo com parâmetros estabelecidos em lei para cada esfera de governo e área de atuação:

Qualificada como Organização Social, a entidade estará habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do estado. Em contrapartida, ela obrigar-se-á a celebrar um contrato de gestão, por meio do qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público.[57]

Houve grande esforço por parte do governo da época em divulgar a proposta nos setores educacionais e de saúde. Contudo, a idéia não recebeu um acolhimento favorável no SUS onde enfrentou sérios óbices políticos: gestores e trabalhadores denunciaram-na como privatizante. Mas, no fim da década de 1990, com um formato um pouco diferente, o modelo de OS acabou sendo adotado pioneiramente pelo governo do Estado de São Paulo, que qualificou uma dezena de entidades sem fins lucrativos (ver tabela 25.) todas com mais de cinco anos de experiência na área para administração de hospitais na periferia de sua região metropolitana (IBANES *et al.*, 2001). A iniciativa foi impulsionada pela existência de uma dezena de hospitais que haviam sido construídos com base em empréstimo do Banco Mundial e, posteriormente, equipados com recursos públicos, mas que o estado não poderia operar diretamente porque o aumento das despesas com pessoal contraria os limites de gasto público definidos na lei de responsabilidade fiscal.

TABELA 25
Hospitais em regime de OS

Hospital	OS Mantenedora	Leitos
Hospital Estadual do Grajaú	Organização Santamarense de Educação e Cultura (Osec)	250
Hospital Itaim Paulista	Hospital Santa Marcelina	263
Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Sindicato da Construção Civil (Seconci)	168
Hospital Geral de Pedreira	Associação C. Santa Catarina	206
Hospital Geral de Carapicuíba	Sanatorinhos	207
Hospital Geral de Pirajussara	Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)	285
Hospital Geral de Guarulhos	Santa Casa de São Paulo	309
Hospital Geral de Itaquaquecetuba	Hospital Santa Marcelina	244
Hospital Geral de Itapevi	Sanatorinhos	213
Hospital Estadual de Diadema	Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)	262

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e CNES/MS.

Em 2007, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo já operava em regime de OS em 19 hospitais, três ambulatórios e um laboratório de análise clínica. Em conjunto, os hospitais gerenciados por OS aportam um total aproximado de 4.300 leitos à rede estadual do SUS.

Em 2006, a prefeitura de São Paulo, inspirada no exemplo estadual, qualificou cinco entidades como OS para operar unidades da rede municipal do SUS. Governos de outras unidades federadas, como Bahia, Pará e Tocantins, também têm algumas unidades hospitalares operando sob o mesmo regime.

Em São Paulo, a lei estadual (Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998), que criou as OS na administração pública, dispensa o gestor da necessidade de licitação embora preceitue a divulgação a todos os interessados. A legislação federal vigente, por igual, já admitia essa exceção (art. 24, XXIV, da Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998, que alterou a Lei nº 9.666, de 21 de junho de 1993). Ambas previam

57. Organizações Socais, Cadernos MARE de Reforma do Estado, n. 2, Brasília, 1997, p. 14.

o contrato de gestão entre o Poder Público e a pessoa jurídica de direito privado responsável pela gestão. A diferença básica entre os dois modelos estava no fato de a lei federal estar direcionada à criação de OS que resultassem de unidades estatais que seriam simultaneamente extintas, dentro do processo de "publicização". No caso de São Paulo, não houve "publicização", mas a contratação de uma entidade privada sem fins lucrativos, previamente existente e de idoneidade reconhecida para gerir hospitais recém construídos e equipados.

Uma questão jurídica que continua polêmica é a caracterização da natureza jurídica do serviço prestado pela OS. Segundo Di Pietro (2002), a julgar pelo que dispõe a legislação federal, "aparentemente, a organização social vai exercer atividade de natureza privada, com incentivo estatal, e não serviço público delegado pelo Estado". Mas se a OS é um hospital que resultou da extinção de uma entidade estatal, em virtude de um processo que a reforma administrativa cognominou de "publicização", estará prestando um "serviço público e não atividade privada; em conseqüência estará sujeita a todas as normas constitucionais e legais que regem esse serviço, até porque não poderia a lei ordinária derrogar dispositivos constitucionais". A caracterização jurídica das OS paulistas é a de entidades que prestam serviços privados sob incentivo público, de acordo com os princípios que regem o SUS, como previsto no contrato de gestão. A cessão de recursos humanos (funcionários públicos) para o hospital é facultativa, segundo a lei paulista, com algumas restrições quanto à remuneração.

O modelo de São Paulo está sendo reproduzido, em menor escala, em outras unidades federadas. No Estado da Bahia, por sua vez, vem seguindo tanto o caminho da publicização do modelo federal quanto o caminho de gerência privada adotada pelo Estado de São Paulo. Assim, no caso do Hospital Regional Mário Dourado Sobrinho, em 1999, houve a transformação de hospital público pré-existente em entidade pública não-estatal, sendo seu patrimônio cedido em comodato à OS gestora (Instituto de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social da Micro Região de Irecê – Promir – OS). Os servidores públicos do antigo hospital puderam optar por um contrato CLT, desde que em licença de seu vínculo estatutário, pelo período de três anos, fosse renovável por mais três. Ao fim deste período, devem optar entre o retorno ao órgão público de origem ou o vínculo celetista definitivo com o ente privado gestor da OS. Mas, no caso do Hospital do Oeste, uma unidade hospitalar regional nova localizada em Barreiras, a administração foi entregue à Associação Obras Sociais Irmã Dulce, qualificada como OS.

Será que a adoção dessas novas formas parcerias entidades privadas decorre do interesse do Poder Público em adotar métodos mais eficientes, com base em modelos com autonomia gerencial, compromisso com metas e "foco no cliente," supostamente inviáveis na administração pública convencional? Ou se trata de mero expediente para fugir a restrições legais que afetam, sobretudo, o gasto com pessoal na administração pública? Muitas vezes, o que se evidencia é o pragmatismo do gestor público que, para ampliar a cobertura de serviços, precisa contornar restrições legais e administrativas que o estado fixou para si mesmo como acontece, por exemplo, em relação aos limites gastos com pessoal. Assim, o estado parece não encontrar dificuldades em construir e equipar hospitais com toda a infra-estrutura técnica necessária, mas no momento de pô-los em funcionamento é compelido a recorrer à iniciativa privada, porque se sente débil ou até impedido de resolver dois grandes problemas: o da rigidez do processo de gestão em geral e o de recursos humanos em particular.

Para alguns juristas, um dos aspectos mais delicados do relacionamento entre o estado e a entidade gestora da OS diz respeito à administração do patrimônio público. Nesse quesito, enfatizam a importância do processo licitatório no qual, entre outras exigências às instituições interessadas, está presente a comprovação de capacidade e experiência prévia em administrar os ativos fixos (imóvel e equipamentos a ela confiados).

As OS realizam com o SUS uma "parceria completa" de serviços, com base fundamentalmente em patrimônio público posto à disposição (regime de comodato). Não representam uma modalidade institucional de mediação de mão-de-obra, mas sim uma delegação efetiva de poder e de recursos para a prestação de cuidados de saúde completos, em hospitais e em outras unidades. Assim, funcionam nas mesmas bases técnicas dos demais agentes contratados ou conveniados do SUS, mas com a particularidade de uma gestão autônoma, vinculada a metas, indicadores e recursos previamente ajustados em contrato de gestão.

Outras questões fundamentais, ainda não suficientemente estudadas, referem-se ao grau de eficiência e de satisfação da clientela que se pode observar nas OS quando comparada às modalidades diretas de provimento de serviços de saúde pelo estado e a outras entidades que compõem o setor complementar do SUS. Aqui o conceito de eficiência pode ser tomado no sentido usual que se transformou em um dos *slogans* da Reforma do Estado: "fazer mais com menos" (ou seja, mais e melhores serviços com menos recursos).

Estudo conduzido por Ibañes *et al.* (2001) mostrou que os padrões de despesa das unidades hospitalares sob regime de OS são relativamente altos. As receitas obtidas com internação, recebidas do SUS na forma de AIHs, correspondem a apenas de 28% a 48% das despesas globais com cada internação. A diferença é coberta com recursos próprios da secretaria estadual. Em comparação, nos hospitais filantrópicos, as receitas provenientes do SUS representam, em média, mais de 50% dos custos das internações. Segundo os autores, embora configurado em uma avaliação preliminar, esse dado "aponta para a preocupação futura de manutenção do sistema". Contudo, uma avaliação realizada em 2005 pela secretaria de saúde do Estado de São Paulo, comparando treze hospitais em regime de OS com treze hospitais da administração direta, indicou que os primeiros apresentam um custo médio por internação 24% menor. Entretanto, embora menos auto-suficientes dos que as unidades filantrópicas, as OS paulistas têm a vantagem de ser SUS exclusivas: da mesma forma que os hospitais da administração direta, seus médicos são assalariados e não atendem pacientes privados (particulares e de planos de saúde). Não há, portanto, nessas OS o conhecido fenômeno da "dupla porta" de acesso um fator de discriminação importante difícil de ser enquanto o financiamento do SUS for insuficiente.

TABELA 26

Despesas e receitas pelo SUS para seis unidades hospitalares em regime de OS

Em reais, no mês de junho de 2001

	H1		H2		H3		H4		H5		H6	
	R$	(%)	R$	(%)	R$	(%)	R$	(%)	R$	(%)	R$	(%)
Despesas	2.357.464		2.357.464		2.198.873		2.130.299		2.311.677		2.163.450	
Receitas SUS	718.598	30,5	897.800	32,0	527.487	24,0	599.712	28,1	647.721	28,0	1.040.348	48,0

Fonte: Ibañes *et al.* (2001).

Adicionalmente, o grau de satisfação dos usuários exigido no contrato de gestão é alto (80%). Em alguns casos, como aconteceu com pacientes internados no Hospital Pirajussara, em São Paulo, o índice de satisfação chegou a 97%. Sem desqualificar este primeiro achado, sem dúvida promissor, deve-se considerar que o indicador, por sua natureza subjetiva, é influenciado pela experiência pregressa recente da população: sabe-se que as pessoas tendem a avaliar mais positivamente o uso efetivo de certos serviços quando saem de uma situação de completa falta de acesso.

B2) FUNDAÇÃO ESTATAL

A proposta mais recente para equacionar a crônica deficiência dos serviços prestados pelas unidades públicas está centrada na recriação do modelo fundacional com nova marca: "fundação estatal". A "inovação" estaria, a primeira vista, ligada ao fato desse modelo, ao contrário do original, operar sob contrato de gestão (cumprimento de metas). A liberdade para fixação de salários e a flexibilidade para demitir quadros improdutivos ou em excesso já estavam presentes no modelo fundacional antigo, mas que ou foram suprimidas ao longo do tempo (política salarial própria, por exemplo) ou não foram utilizadas (demissões).

As principais características institucionais desse novo tipo de entidade prestadora de serviços públicos são: *i)* Autonomias gerencial, orçamentária e financeira; *ii)* personalidade jurídica de direito privado; *iii)* patrimônio e receita próprios; *iv)* integrante da administração pública indireta, vinculando-se à órgão ou à entidade do SUS (ou outra área de serviços não exclusivos do estado); *v)* contrato de gestão com o órgão público dirigente da área prevendo metas, prazos e recursos; *vi)* submissão ao sistema de controle interno de cada esfera de governo; *vii)* receita constituída pelas rendas obtidas na prestação de serviços e no desenvolvimento de suas atividades não incluída no orçamento do ente federativo correspondente; *viii)* recursos humanos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem estabilidade, mas com direito à negociação coletiva, assegurada previdência complementar a todos; *ix)* concurso público para a seleção de pessoal; e *x)* obediência a um conjunto de normas de licitação pública.

Como acontece com as OS paulistas e as unidades da administração direta, a fundação estatal só poderá prestar serviços ao SUS, sendo, por conseguinte, vedado reservar leitos para planos de saúde e particulares de modo que maximize suas receitas. Tampouco poderá exigir qualquer complementação de pagamento na prestação de serviço previsto dentro da programação do SUS. Mas nada a impede, por exemplo, que obtenha recursos tanto do SUS quanto de outras fontes para efetuar atividades como pesquisa e ensino, ou que obtenha rendas extraordinárias na venda de serviços diversos, como qualquer outra fundação de direito privado usualmente o faz.

É preciso salientar que a figura da fundação estatal não é exatamente uma novidade. Seus contornos jurídicos são apenas uma clonagem da fundação pública de direito privado, um componente da administração pública indireta que tem uma história anterior à Constituição de 1988 e regulamentada em 1967 (Decreto-Lei nº 200). O que o governo federal faz agora é implementar uma previsão constitucional (dada pelo inciso XIX do artigo 37 da CF), definindo as áreas de atuação das fundações estatais, que passam a ser entidades dedicadas à realização de serviços, tais como saúde, educação, cultura, desporto e assistência social e áreas de ação não-exclusivas do estado.

A autonomia na execução de orçamentos e na realização de contratos deve obedecer, contudo, a algumas normas essenciais que se aplicam a outros órgãos da administração pública (licitação, concurso público, por exemplo). No entanto, a fundação manterá contrato de gestão com o órgão diretivo de governo ao qual se vincula especificando, entre outros aspectos, as metas de desempenho a serem alcançadas.

O gestor da fundação estatal está obrigado a obedecer a um amplo conjunto de regras do direito administrativo brasileiro, entre elas, a dever de realizar licitação pública na aquisição de materiais e equipamentos, ainda que com procedimentos mais simplificados e flexíveis que aqueles utilizados pela administração direta. Para entender melhor as possibilidades e os limites dessa autonomia regulada, pode ser considerado o exemplo de um grande hospital especializado, que mantém um centro de pesquisas. Quando funcionar como uma fundação estatal, será facultado a esse hospital captar recursos junto a qualquer fonte pública ou privada, para serem aplicados em suas pesquisas. Mas não poderá aumentar suas receitas atendendo pacientes privados, pois isto conflita com sua condição de dedicação exclusiva ao SUS.

A fundação estatal poderá contar com servidores estatutários cedidos. Contudo, a admissão de novos trabalhadores será realizada sempre de acordo com o que está regulamentado na lei do emprego público (contratação celetista) que obriga a realização de prova escrita, com ou sem avaliação de títulos, em conformidade com a complexidade do emprego a ser exercido.[58] De qualquer forma, o fato de os trabalhadores serem admitidos sob vínculo celetista, não irá conferir ao gestor da unidade o direito de demitir sumariamente qualquer um deles, como acontece em uma empresa privada. É preciso que seja aberto um processo administrativo de modo que avalie se há justa causa para a demissão. No que diz respeito a essa questão, no que concerne à falta de estabilidade do trabalhador da fundação estatal, é importante que se tenha em conta que, desde a Emenda Constitucional nº 19, o servidor estatutário é igualmente suscetível de demissão por insuficiência de desempenho.

C) O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO – contratualização é entendida como aquela relação que une um provedor de serviços (de natureza pública ou privada) ao gestor do SUS, definindo os objetivos e as metas a serem alcançados em um dado período.[59]

O repasse global, associado à contratualização, deverá ser adotado como modalidade de financiamento padrão para todos os hospitais conveniados do SUS. É esperado que a totalidade dos prestadores de serviços hospitalares e ambulatórias do SUS seja colocada sob essa forma de parceria. Diferentes instrumentos jurídicos podem estar envolvidos nesse processo de contratualização, a saber: *i)* "convênio" no caso de hospitais filantrópicos ou sem fins lucrativos; *ii)* "contrato de gestão" no caso de organizações sociais, quando o objeto do contrato for a transferência de gestão de um órgão estatal; e *iii)* "contrato administrativo" no caso das empresas privadas de fins lucrativos, ou, em caráter excepcional, com filantrópicas e organizações sociais.

58. A suspensão do *caput* do artigo 39 da Constituição, modificado pela Emenda nº 19, por decisão do Supremo Tribunal Federal, em 2 de agosto de 2007, graças ao vício de processo legislativo, estabeleceu um sério empecilho para desenvolver esse aspecto da gestão de pessoal nas fundações estatais.

59. O repasse mensal é para o pagamento dos procedimentos de média complexidade. Os de alta complexidade continuam a serem remunerados por produção com base na tabela de procedimentos.

A teoria do agente/principal pode ser usada para interpretar a relação que se estabelece por meio de contrato de gestão entre o gestor do SUS e o provedor de serviços de saúde (PREZEWORSKI, 2001; IBERN, 1999). O "principal", neste caso, é a secretaria de saúde, que deseja obter determinados resultados de interesse público, mas não quer atuar por conta própria graças aos diversos fatores restritivos nos planos administrativo e financeiro. O "agente", por sua vez, (privado ou público) dispõe do conhecimento e da flexibilidade necessários para alcançar tais resultados, estando interessado em obter os incentivos proporcionados pelo principal, desde que possa atuar com autonomia. O contrato de gestão explicita tanto os resultados que interessam ao principal quanto os incentivos que interessam ao agente.

A parceria envolve riscos e custos que nunca são bem conhecidos pelas partes, sobretudo no início da operação dos serviços. Por isto, o contrato de gestão precisa ser objeto de negociação intensa entre agente e principal e é sempre passível de revisão, sobretudo na etapa de implantação do relacionamento. Para o bom desempenho do principal, é importante a supervisão de pelo menos alguns aspectos da operação e a avaliação de custo/benefício dos resultados obtidos. Conseqüentemente, é importante que a seleção das entidades candidatas a integrar-se ao processo seja rigorosa, com base na avaliação de sua experiência gerencial pregressa, o que pressupõe, por sua vez, que já haja previamente algum grau de concorrência entre os agentes no mercado.

As características e as questões relacionadas à contratualização de serviços no SUS dependem da natureza do prestador contratado. Prestadores cuja natureza jurídica é privada lucrativa, não tiveram ainda, a rigor, o processo de contratualização iniciado pelo SUS, restringindo-se ao seu credenciamento. Esses prestadores de serviços vinculam-se ao SUS por meio da venda dos serviços, que são pagos por produção, pelos gestores estadual ou municipal, de acordo com a tabela do SUS.

No caso dos hospitais de ensino, que podem ser de natureza privada ou pública, o processo de contratualização é definido como "o meio pelo qual o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos".[60]

A partir de 2004, em acordo com Ministério da Educação, passaram a ser aplicadas a esses hospitais normas de contratualização pública.[61] A contratualização é precedida pelo reconhecimento dessas unidades como hospitais de ensino médico, mediante certificação de comissão específica.

No caso dos hospitais privados sem fins lucrativos – filantrópicos –, em 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu um Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC).[62] Esse processo segue, em linhas gerais, o modelo que já vinha sendo utilizado com os hospitais de ensino. Apesar de ser um avanço em relação ao pagamento por produção – que é adotado para os hospitais privados lucrativos – os prestadores criticam o fato

60. Portaria Interministerial nº 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004.

61. Para financiar as atividades explicitadas no contrato de gestão com o hospital universitário, é feito um repasse fixo mensal, para os procedimentos de média complexidade. Somente os procedimentos de alta complexidade e custo continuam sendo pagos por produção.

62. Portaria nº 1.721/GM, de 21 de setembro de 2005, que cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.

de algumas questões ainda não estarem claras nesse processo, como por exemplo, as regras de reajuste dos valores do contrato. No caso de outros hospitais públicos, particularmente os hospitais federais e alguns hospitais estaduais, a discussão sobre contratualização foi acoplada a propostas de reorientação dos modelos institucionais de gestão dessas unidades.

5 CONCLUSÕES

Em países cujas condições de saúde são reconhecidamente superiores às vigentes no Brasil, as taxas de mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis são bem mais elevadas. Assim como acontece em países desenvolvidos, outros, como Cuba e Costa Rica, ambos com diferentes estratégias políticas, conseguiram alcançar um quadro sanitário similar ao de nações muito mais ricas.[63] A alta prevalência de doenças não-transmissíveis pode indicar uma entre duas situações possíveis: o alcance de um estágio de desenvolvimento socioeconômico – onde a presença de doenças infecciosas e parasitárias não é mais que residual independente do modelo de sistema de saúde adotado – ou a construção de sociedades, que mesmo quando pobres, não têm o grau de desigualdade presente em outros países mais ricos.

O Brasil encontra-se em uma posição epidemiológica intermediária onde tanto a mortalidade quanto a morbidade por doenças crônicas e degenerativas cresce de forma gradual, mas ainda são relativamente altas a mortalidade e a morbidade por doenças infecciosas e parasitárias.

As doenças não-transmissíveis (câncer, diabetes, cardiovasculares etc.), aumentarão, inexoravelmente, nas próximas décadas, como um fenômeno natural compatível com o crescente envelhecimento da população. Contudo, a velocidade dessa tendência e o grau de impacto dessas doenças, sobretudo na população com menos de 60 anos, dependerão, em grande parte, de um lado, de novas tecnologias, e de outro, do esforço da sociedade para reduzir os fatores de risco os quais estão, geralmente, associados às circunstâncias de vida e trabalho, tais como: condições socioeconômicas, *stress*, obesidade, sedentarismo, dieta inadequada, tabagismo, consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Mas o que causa maior perplexidade, por sua atipicidade, é o crescimento das seqüelas das diferentes formas de violência, principalmente as decorrentes de agressões e de acidentes de trânsito. Embora seja a terceira causa de mortalidade geral, a participação relativa das causas externas na mortalidade geral em 2004 (14,2% do total de óbitos) está bastante próxima da segunda causa neoplasias (15,7%). Essa pequena diferença, pouco mais de um ponto percentual, já foi bem maior.

Em contrapartida, a mortalidade na infância está em queda. Em 1990, o Brasil apresentava uma taxa de mortalidade em menores de cinco anos igual a 53,7 óbitos em cada mil crianças nascidas vivas. Seguindo o compromisso internacional assumido pelo país (ODM) de reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de cinco anos até 2015, a taxa antevista para esse ano deverá ser inferior a dezoito por mil.[64]

63. Em Cuba, as taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório são de 305 óbitos por 100 mil habitantes, enquanto a mortalidade por neoplasias atinge 143,2/100 mil. No Brasil, as mesmas taxas são, respectivamente, de 157,2/100 mil e 76,6/100 mil.

64. Avaliação realizada em 60 países quanto ao alcance desse objetivo, inclui o Brasil entre os sete países (Bangladesh, Egito, México, Indonésia, Filipinas e Nepal) em condições de cumpri-lo: a perspectiva é de o Brasil alcançar, em 2015, a segunda menor taxa mortalidade na infância entre os países avaliados (ODM 2007, *op. cit*).

Nesse cenário, o estado brasileiro no exercício de seu papel no financiamento, provisão de serviços e regulação do sistema de saúde, acumulou avanços importantes, porém, sem deixar de conviver com inúmeros desafios. Entre os principais avanços destacam-se:

1. A abolição do *apartheid* decorrente da segmentação, em categorias com diferentes direitos, ou mesmo sem nenhum, entre os que se valiam da proteção do estado para a satisfação de suas demandas médico-hospitalares, dependendo do seu grau de inserção na economia: os trabalhadores urbanos, os trabalhadores rurais e os, assim chamados, indigentes. Essa discriminação desapareceu com a criação do SUS, ainda que persista outra menos ostensiva – mas bem mais complexa – própria de sistemas como o brasileiro, em que a oferta do sistema de saúde como um todo é fragmentada (SUS, segmento de planos e seguros de saúde e segmento privado autônomo) e o financiamento público de forma direta ou indireta (isenções e/ou subsídios) perpassa, com maior ou menor intensidade, todos os segmentos do sistema nacional.
2. O segundo êxito está em duas vertentes: a primeira é o crescimento da participação relativa do setor público, na cobertura do sistema de saúde. Em 1998, o SUS respondia por 56,1% dos atendimentos. Esse percentual passou para 61,3%, em 2003. Embora em valores absolutos todas as três modalidades (SUS, pré-pagamento e pagamento direto) tenham crescido no período, o número de atendimentos cresceu 44,5% no SUS contra 21% e 6,2%, respectivamente, do atendimento de planos (pré-pagamento) e de pagamento direto (*out of pocket*). (PORTO *et al.*, 2006, *op. cit.)* A segunda vertente está na melhoria, ainda que lenta, na década de 1990, do grau de equidade/igualdade na saúde em diferentes dimensões (oferta,[65] acesso/utilização, financiamento, qualidade da atenção, situação de saúde e seus determinantes) (NUNES *et al.*, 2001, *op. cit.*).
3. O terceiro avanço se deve ao próprio modelo organizacional do SUS que reduziu drasticamente os paralelismos e as superposições de ações entre instâncias de governo, quando não as situações de conflito em um contexto institucional onde convivem competências concorrentes. Muito fortes no passado, essas situações praticamente inexistem hoje. Significativo também foi o esforço realizado na expansão da atenção básica de saúde e a eleição do Programa de Saúde da família como um dos vetores mais fortes para a reorganização da prestação de serviços integrais

Apesar desses avanços (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990), dezoito anos depois do início da estruturação do SUS, questões fundamentais para a sua consolidação ainda persistem parcialmente irresolutas. O financiamento é uma delas, e continuará sendo, dado o caráter finito dos recursos. Mas não é, obrigatoriamente, a mais importante: ganhos de eficiência poderiam ser alcançados com medidas de gestão, freqüentemente subestimadas, que independem de incrementos orçamentários sempre necessários e desejáveis, porém difíceis, para dizer o mínimo, no cenário fiscal vigente.

65. Salvo na distribuição de recursos humanos em que aumentou concentração espacial de médicos e de dentistas.

De qualquer forma, a questão dos recursos financeiros é uma das poucas onde foi possível estabelecer consenso entre atores sociais, públicos e privados comprometidos com o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. O desafio remanescente é obter a aprovação no Congresso da lei complementar que regulamenta a EC nº 29, dando condições de um acompanhamento mais efetivo e transparente do comprometimento dos recursos públicos para o SUS e para a definição de critérios ancorados na equidade para as transferências federais para os entes subnacionais.

As maiores dificuldades no processo de construção de um sistema público de saúde, que combine eficiência e equidade, estão no campo da provisão de serviços de saúde. É justamente nesse campo que estão presentes outras questões tão relevantes quanto a garantia de financiamento, mas que, embora longe de serem consensuais, começam a encontrar espaço na agenda política nacional.

Tais dificuldades não decorrem apenas, vale insistir, da reconhecida escassez de recursos. São também em razão da enorme heterogeneidade nacional e seus rebatimentos setoriais; da organização política federativa em que as três instâncias de governo têm responsabilidades concorrentes no campo da saúde nem sempre claramente reguladas; e, sobretudo, dos problemas generalizados de gestão, parte deles oriundos de fatores como a influência política na escolha de gerentes, rigidez administrativa dos modelos institucionais e na política de recursos humanos.[66]

A regulação, o terceiro grande campo da ação do estado na saúde, talvez seja a mais complexa. Não só por compreender quatro áreas, a saber: *i)* o SUS propriamente dito; *ii)* as modalidades de pré-pagamento (saúde suplementar); *iii)* o setor privado de pagamento direto; e *iv)* medicamentos e outros insumos e tecnologias setoriais em geral –, mas porque as peculiaridades de cada área exigem "expertises"específicas.

Na regulação do mercado privado de serviços médico-hospitalares, por exemplo, o estado brasileiro tem tido um duplo comportamento. Seus esforços estão concentrados no chamado sistema de saúde suplementar (planos de saúde), mesmo assim de forma pouco abrangente. Entretanto, é quase ausente no chamado setor privado autônomo, ao contrário do que ocorre em outros países com sistemas de saúde similares ou mesmo no Brasil em setores econômicos e sociais.

Um ponto fundamental para aumentar a efetividade do SUS é a reorientação do seu modelo de atenção para que possa melhor responder às novas exigências decorrentes do quadro epidemiológico com o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis e à necessidade de garantir de forma eficiente e oportuna o princípio da integralidade da atenção.[67]

As dificuldades de acesso à atenção ambulatorial em clínicas básicas ou especializadas para consultas ou para exames de complementação diagnóstica, assim como a falta de garantias efetivas do atendimento, são problemas enfrentados no cotidiano pelos usuários do SUS. A garantia de atendimento não pode ser mera retórica. Ao contrário, deve ser

66. Um dos problemas é a dificuldade em recrutar recursos humanos, fora das profissões de saúde, como administradores e economistas, por exemplo. Para categorias profissionais, como as mencionadas, trabalhar no sistema público de saúde parece ser a última opção.

67. Integralidade no atendimento é aqui entendida como o acesso, devidamente regulado, a todos os serviços e procedimentos necessários ao tratamento de determinada patologia.

efetiva mediante, por exemplo, a fixação de prazos máximos aceitáveis de espera pelo menos no caso de patologias prioritárias. Não cumprido o parâmetro, o paciente poderia procurar a qualquer serviço privado disponível, integrante ou não do SUS, a quem caberia então custear o atendimento realizado

Garantir o atendimento também depende da disponibilidade de serviços. Contudo, ao contrário dos serviços de atenção básica, nos quais a capilaridade deve ser maximizada, os serviços de média e alta complexidade, por seu custo mais elevado e necessidade de escala ótima de produção, devem ser mais concentrados. Exigem, por conseguinte, sua organização em redes de atenção e a vigência de mecanismos regulatórios adequados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. Distritos Sanitários: concepção e organização. **Coleção Saúde e Cidadania**, livro 1. São Paulo: Editora Fundação Petrópolis Ltda, 1998.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Ipea (Texto para Discussão, n. 599).

BALSEMÃO, A. Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde. p 301-312, *In*: Direito Sanitário e Saúde Pública, v. 1 (**Coletânea de Textos, Série E., Legislação de Saúde**). Brasília: MS/SGTS/DGES, 2003, 390 p.

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M. **Políticas de saúde no Brasil**: diagnóstico e perspectivas. Brasília: Ipea,1996 (Texto para Discussão, n. 401).

BERNARDO, P. J. B. Regulação econômica do mercado farmacêutico. **Anvisa**, fev. 2003.

BIASOTO J. R., G. – Setor Saúde: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas. Campinas: IE/UNICAMP, 2003 (mimeo).

BRASIL. Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social – **Saúde e Saneamento. Diagnóstico Preliminar.** Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica (Escritório de Pesquisa Econômica Aplicada – EPEA), maio, 1966.

_____. Presidência da República – **ODM Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** (**Relatório Nacional de Acompanhamento**), set. 2007.

_____.Ministério da Saúde IDB-2006. Disponível: <www.datasus.gov.br/idb>.

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

_____. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro, 1990a.

_____. **Lei n. 8142**, de 28 de dezembro. 1990b.

_____. MS GED. **Descentralização das ações e serviços de saúde:** a ousadia de fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde** – NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Secretaria de Assistência à Saúde** – SAS 2001. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde** – NOAS/SUS 01/2002, Portaria MS/GM n.º 373, de 27/02/2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (Departamento de Análise de Situação em Saúde). **Saúde no Brasil 2005.** Uma análise da situação de saúde. Brasília, 2005, 822 p.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, Rio de Janeiro, set, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p 469-478, Rio de Janeiro, jul./set., 1997.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Coleção Progestores** – Para entender a Gestão do SUS, v. 3, Brasília: Financiamento da Saúde, 2007.

_____**. A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS, 2003. 244 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br >, na opção "Publicações".

_____**. SUS:** avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006. 164 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br >.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Fórum Cad. Saúde Pública,** v. 20, n. 5, p. 1417-1423, Rio de Janeiro, set. /out., 2004.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. **Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social.** Rio de Janeiro, julho de 2004 (mimeo).

COSTA, R. O Turismo do Bisturi. **Veja,** 26 jan., 2006.

DINIZ, B, C. *et al.* Gasto das Famílias em Saúde no Brasil: evolução e debate sobre o gasto catastrófico. *In*.: SILVEIRA, F. G *et al.* (Org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**, v. 2. Ipea: Brasília, 2007.

DI PIETRO, M. **Parcerias na administração pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas. São Paulo: Atlas, 2002, p. 214 a 219.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS (FBH). **Pesquisa sobre o perfil do endividamento dos hospitais do Brasil**, 2000. Disponível em: <http://www.fbh.com.br>. Acesso em: jun. 2006.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2007, v. 21, n. 2, p. 164-176.

GADELHA, C. **Exposição feita no seminário "Complexo Econômico-Industrial da Saúde".** Organizado pelo BNDES e Fundação Osvaldo Cruz, em 19 a 21 de maio de 2008, no Rio de Janeiro. Disponível em: < HTTP://www.bndes.gov.br/conhecimento/seminário/completo_ind_saude_CarlosGadelha.pdf>. Acesso em: 28 maio 2008.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** OPS/OMS Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, 328 p.

HSIAO, W. Why is a systemic view of health financing necessary? **Health Affairs**, v. 25, n. 4, july/august 2007, p. 950-961.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos demográficos (1991-2000) e projeções populacionais 1990-2020 *apud* IDB. Disponível em: < www.datasus.gov.br>.

IBERN, P. (Editor.). **Incentivos y contratos en servicios de salud**. Barcelona: Springer, 1999.

IBANES, N. *et al.* Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n. 2, p. 391-404, 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Políticas Sociais. **Acompanhamento e Análise (1995-2005). Edição Especial nº 13, 2007.**

JORNAL DO CFO. Ano 15, nº 77-78, mar./jun. 2007, p. 18.

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

LIMA, A. P. G. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** n.16, v. 4. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2000.

MACERA, A. P.; SAINTIVE, M. B. O mercado de saúde suplementar no Brasil. SEAE/MF. **Documento de trabalho nº 31**, outubro/2004.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; MARINHO, M.F.S. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health,** v. 60, n.13-19, 2006.

MARINHO, A. **Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com gravidez, o parto e o puerpério no SUS**. Ipea, jan. 2006 (Texto para Discussão, n. 1151).

_____. Um Estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, out., p. 2229-2239, 2006.

_____. **Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Ipea, nov. 2004. (Texto para Discussão, n. 1055).

MEDICI, A. Financiamento em saúde na América Latina e no Caribe: uma breve análise dos anos 1990. Inter-American Development Bank, **Health Technical Note,** n. 3, 2005.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. 300 p.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I, Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 144p

MENDONÇA, C. S.; REIS, A.T.; MORAES, J. C. (Orgs.). **A política de Regulação no Brasil.** Brasília.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO (Secretaria de Gestão). **Projeto Fundação Estatal, Principais Aspectos.** Brasília, Janeiro de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Secretaria de Vigilância em Saúde Sistema de Informação sobre Mortalidade** – SIM. Disponível em: <www.datasus.gov.br/ idb.www.datasus.gov.br>.

_____. **A vigilância, o controle a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)/PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (PNASS). **Resultado do Processo Avaliativo 2004-2006**. Brasília: 2006. Mimeo. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/relatorio_pnass_impressao.pdf >.

NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B; VIANNA, S. M (Coord.). **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil.** Uma proposta de monitoramento. Brasília, DF. Organização Panamericana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2001, 224 p.

OCKÉ-REIS, CO. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.12, n. 4, p.1041-1050, 2007.

O GLOBO. Câncer: pesquisa revela o que o brasileiro sabe. **O país,** 26 maio, 2007 p. 14.

OMS. **Informe sobre la Salud en el Mundo 2000**; Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Genebra, 2000.

PAHO. **Health in the Americas**, 2007, Vol. I – Regional (Disponível em: <www.paho.org>).

PEREIRA, C. O marco regulatório do setor de saúde suplementar: contextualização e perspectiva. **Fórum de Saúde Suplementar**, Rio de Janeiro, 2003.

PEREIRA, J. Glossário de Economia da Saúde. *In.*: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Economia da Saúde:** conceitos e contribuição para a gestão da saúde. 3. ed. Brasília: Ipea, 2002.

PIOLA, S. F.; BIASOTO, JR., G. Financiamento do SUS nos anos 90. *In.*: **Brasil –** Radiografia da Saúde (Org. por Barjas Negri e Geraldo Di Giovanni), Unicamp, Instituto de Economia, Campinas, 2001

PIOLA, S.; REIS, C. O.; RIBEIRO, J. A. C. **Financiamento das Políticas Sociais nos Anos 90:** o caso do Ministério da Saúde. Texto para Discussão n. 802. Ipea: Brasília, 2001.

PIOLA, S.F.; VIANNA, S. M.; OSORIO, R. G. **Saúde no Brasil na década de 1990**. Ipea/Disoc, 1992, 73 p.

PORTO, S. M; ANTOS, I. S.; UGÁ, MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciênc. Saúde coletiva**. Oct./Dec. 2006, v. 11, nº 4, p. 895-910. ISSN 1413-8123.

PREZEWORSKI, A. Sobre o desempenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. *In.*: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial.** Rio de Janeiro: FGV, 1998.

RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F; SERVO, L. M. **As novas configurações de antigos problemas:** financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Apresentado na II Jornada de Economia da Saúde da ABRES, Belo Horizonte, Dez. 2005. Publicado na revista Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro: CEBES.

SANTOS, F. P; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. Interface. **Comunic., Saúde, Educ**., v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, E. M.; ESCODA, M. S. Q. **Vigilância sanitária: um histórico e um locus**. Separata de Monografia, Curso de Especialização em Gerencia de Serviços Básicos de Saúde, OPS/UFRN/NESC, 2003 e XII CONASEMS, Natal, 2004. Disponível em: <http://www.ufrnet.br/~scorpius/302-Vigilancia%20Sanitaria%20 Historico.htm>. Acesso em: 13 jul. 2007.

SCHRAMM *et al*. Estudo de Carga de Doença no Brasil. **Ensp/Fiocruz**, 1998.

SCHEFFER, M. C; BAHIA, L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. *In*: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C; BARBOZA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde.** São Paulo: Hucitec, 2005, p. 127-168.

SCHIEBER *et al*. Financing global health: Mission unaccomplished. **Health Affairs**, v. 25, n 4, july/august 2007, p. 921-934.

SEIXAS, P. A. **As Organizações Sociais da Saúde em São Paulo** – 1998/ 2002, uma visão institucional. Dissertação de mestrado. São Paulo Eaesp/FGV, 2003.

SILVA, M.G.C. Mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza de 1978 a 1995**. Tese apresentada ao Concurso de Professor Titular de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.** Ed. Expressão, 1978. 270 p.

SINMED-MG. **Jornal do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais**, Ano 2, n. 14, Nov./dez., 2007.

SOARES, S. M. S *et al*. **Mortalidade Infantil e municipalização da saúde no estado do Ceará.** Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 1995.

TEIXEIRA, L. O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde. **Cadernos ASLEGIS**, v. 6, n. 21. Brasília: Aslegis, 2003.

_____. Consórcios intermunicipais: instrumento para aumentar a eficiência do gasto público. *In:* MENDES, M. (Org.). **Gasto Público Eficiente**. Instituto Fernand Braudel/Topbooks: São Paulo, 2006.

TRAVASSOS, C. **Acesso e utilização de serviços de saúde**. Primeiros resultados do Suplemento Saúde da PNAD 2003. IBGE/DIS, Cict/Fiocruz. Apresentação em maio de 2005.

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

VIEIRA, F.; ZUCCHI, P. Diferenças de preços entre medicamentos genéricos e de referência no Brasil. **Revista de Saúde Pública** , v. 40, n. 3, p. 444-449, 2006.

WAGNER, G. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, mar./abr., v. 12, n. 2, p. 301-306, Rio de Janeiro, 2007.

WOODMAN, J. Patients beyond borders, *apud* O GLOBO. Cresce turismo de serviços médicos e de ensino. Clientes dos Estados Unidos gastam US40 bilhões. 18 maio 2007. Cad. Economia**. p. 30.**

WORLD BANK. Governance in Brazil's Unified Health System (SUS), Raising the Quality of Public Spending and Resource Management. **Report n. 36601-BR**, February 15, 2007, p. 16.

_____. **World development report 2004**: making services work for the poor. Washington: World Bank, 2003.

WHO. **World Health Report 2006***:* Statistical Annex *2*. Genebra, 2006.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. OPS/OMS Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, 328 p.

ANEXO

Consórcios Intermunicipais de Saúde[1]

José Aparecido Carlos Ribeiro

Conforme ressalta Afonso (2004, p. 2), o Brasil é um país continental e populoso, organizado como uma federação democrática – poucos países no mundo apresentam tais condições. Adicionalmente, é comum que estados bastante importantes elejam governadores de oposição ao governo federal – o que ressalta ainda mais as características de federalismo democrático na política e na gestão do setor público.

A importância e a autonomia do município – que no federalismo brasileiro é reconhecido como unidade federativa – também são freqüentemente apontadas como características peculiares do Estado Federativo brasileiro. Tal configuração se aprofunda nas últimas décadas do século passado. Teixeira (2006) enfatiza que, em 1984, havia 4.102 municípios no Brasil. Deste momento até o ano de 1997, outros 1.405 municípios foram instalados no país – e mais de 94% destes tinham menos de 20 mil habitantes. A ploriferação de municípios relativamente pequenos, com baixa capacidade gerencial, e sem escala para oferecer serviços públicos de modo eficiente, é uma questão central para a federação brasileira e para boa parte das políticas públicas.

Para a política de Saúde, em particular, esse quadro é extremamente importante, porque, dentre outros pilares na configuração e constituição do Sistema Único de Saúde, destaca-se o da Descentralização. O processo de descentralização implementado na política de Saúde envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de poder e recursos, em direção às esferas locais. Entretanto, lembram Levcovitz *et al.* (2001, p. 270), mais do que enxergar a descentralização como um processo de aumentar a eficiência do Estado e/ou reformá-lo de forma reducionista,

> na agenda da reforma sanitária brasileira, a descentralização sempre esteve atrelada a questões mais abrangentes, como a estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais, e a perspectiva de construção de sistema, implicando o estabelecimento de relações interinstituições, interníveis de governo e interserviços. [...] De fato, a década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da Saúde.

Além do impacto em termos da descentralização da gestão, a implementação do SUS possui também um significativo efeito em termos fiscais. Segundo Afonso (2004, p. 30), as transferências do SUS possuem uma dimensão fiscal relevante mesmo quando comparadas aos fundos de participação constitucionais – FPE e FPM. Os repasses oriundos do SUS alcançaram, em 2002, um montante de R$ 7,9 bilhões, equivalentes a 0,6% do PIB; a cerca de 4% da receita tributária disponível e a 15% do total dos impostos federais repartidos constitucionalmente. Adicionalmente, ressalte-se que 79% desses recursos – R$ 6,3 bilhões - foram recebidos pelas prefeituras. Isto corresponde a 30% de sua arrecadação tributária direta e a 38% do FPM.

Entretanto, como já apontado anteriormente, os municípios brasileiros apresentam realidades muito distintas, em termos de capacidades gerenciais, economias de escala,

1. Esta seção tem base amplamente em Teixeira (2006).

pujança econômica, arrecadação própria, indicadores sociais. No caso específico da Saúde, acrescentem-se a tais desigualdades as disparidades entre a capacidade instalada – oferta de serviços de saúde – e as necessidades sanitárias e epidemiológicas de cada região.

Mendes (2001), citado em Teixeira (2006), indica o risco da fragmentação de serviços como um dos efeitos indesejados da descentralização, exemplificando com a microrregião de Baturité, no estado do Ceará:

> há oito hospitais que operam com uma taxa de ocupação média de 22%; há sete aparelhos de ultra-sonografia, quando seriam suficientes apenas dois; há dez laboratórios de patologia clínica operando em deseconomia de escala e com baixa qualidade (...) Essa situação encontrada na microrregião de Baturité-CE está longe de constituir uma exceção no SUS, tendendo muito mais a aproximar-se de uma regra geral.

Constitui um enorme desafio, portanto, expandir os serviços e a cobertura do SUS pelo território brasileiro, nesse contexto de municipalidades tão díspares, e ao mesmo tempo evitar e reduzir a fragmentação e as deseconomias de escala do Sistema. Estratégias de coordenação e cooperação entre os governos locais e os governos estaduais são absolutamente necessárias para viabilizar a universalidade e a integralidade dos serviços do SUS, ou seja, "a prática do sistema de saúde preconizada na Constituição deve buscar a melhoria da saúde da população como um todo, em todos os níveis de atenção." (LIMA, 2000, p. 986). Parece claro, a esta altura, que é inviável à maioria das municipalidades do país a oferta de serviços em todos os níveis de atenção – básica, média e alta complexidade. Ainda que possível fosse, somente o seria com elevado nível de fragmentação e seríssimas deseconomias de escala e de escopo.

Portanto, o objetivo de possibilitar maior integração e cooperação entre os governos das três esferas de governos é uma das fronteiras fundamentais para a eficiência, a efetividade e a sustentabilidade do SUS, e é nesse sentido que constitui uma das preocupações explícitas das Normas Operacionais de Assistência à Saúde implementadas neste início de século – as Noas 01/2001 e 01/2002.[2]

E é nesta perspectiva, também, que, dentre outras práticas de gestão inovadoras que têm surgido, destacam-se os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), que seriam "uma forma de disponibilizar desde os níveis mais elementares até os mais complexos de atendimento necessários ao bem estar" (LIMA, 2000, p. 986).

Em estudo realizado sobre a expansão dos CIS ocorrida nos anos 1990, Lima e Pastrana (2000) apontam que, até aquele momento, havia 141 consórcios em funcionamento, com 1607 municípios associados, cobrindo uma população superior a 25 milhões de habitantes – distribuídos em 13 estados brasileiros. O consorciamento se

2. Segundo Biasoto Jr. (2003, p. 22), "a grande inovação trazida pela Noas foi a exigência da montagem de um Plano de Desenvolvimento Regional. Este plano tem como elemento de coordenação o gestor estadual, sendo obrigatória a colaboração e pactuação de todos os gestores municipais. São pré-condições do plano:

a) a divisão do território em regiões ou microrregiões de saúde, definidas questões epidemiológicas e pela oferta de serviços e acessibilidade;
b) diagnóstico de problemas cruciais e formas de intervenção;
c) constituição de módulos assistenciais com responsabilidade sobre a atenção básica e o primeiro nível das ações de média complexidade;
d) estabelecimento dos fluxos de referência de pacientes e de câmaras de compensação financeira entre municípios;
e) organização de redes de assistência específicas; e
f) montagem do PID – plano Diretor de Investimento, de modo a adequar o gestor a suas necessidades de avanço em termos de capacidade de prestação de serviços.

apresenta como uma estratégia comum para municípios pequenos – 60% dos municípios consorciados possuem menos de 10 mil habitantes, enquanto que somente 5,5% apresentam populações superiores a 50 mil habitantes. Adicionalmente, Teixeira (2006) verificou que a maior parte dos municípios consorciados tem renda média e alta, situando-se entre o quinto e o oitavo decil. Há, portanto, o desafio de se incorporar ao sistema de consórcios os municípios mais pobres.

A mesma autora aponta também, a partir da análise de dados do Siops, referentes a 2002, que os recursos referentes a receitas decorrentes de serviços prestados por CIS a outros entes federados – R$ 4,1 milhões –; e as despesas municipais referentes ao pagamento de serviços prestados pelos CIS – R$ 44,7 milhões –; apresentam valores ínfimos quando comparados ao montante de recursos transferidos pela União aos Municípios para os atendimentos de média e alta complexidade – R$ 4,5 bilhões -; o que permite concluir que os recursos destinados aos consórcios ainda representam pequena fração desse montante, havendo grande espaço para expansão de seu financiamento.

Para a difusão e expansão do instrumento do CIS, entretanto, ainda é necessária a definição de um marco legal e institucional adequado. No Brasil, a possibilidade de se estabelecer mecanismos e instrumentos de coordenação entre entes federados para a provisão de serviços públicos foi introduzida pela Emenda n. 19, de 1998, que implementou a Reforma Administrativa e deu nova redação ao artigo n. 241 da Constituição Federal.[3] Tal artigo estabelece que:

> Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

Mais recentemente, foi editada a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais para a União, os Estados, Distrito Federal e os Municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum. Estabelece que o consórcio público poderá se constituir em associação pública ou pessoa jurídica de direito privado. Nesse aspecto, não teria inovado quanto à prática atual (TEIXEIRA, 2006). Por outro lado, restringe o raio de ação do consórcio do consórcio dotado de personalidade jurídica de direito privado, ao impor a observação de normas de direito público, no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que será regida pela CLT.[4]

---

3. Conforme esclarece Di Pietro (2005, p. 3),

o objetivo da norma constitucional é o de consolidar a gestão associada entre os entes federados para a consecução de fins de interesse comum. Normalmente, essas matérias são as que se inserem na competência comum prevista no artigo 23 da Constituição. Muitas vezes, o serviço que uma pessoa jurídica pública não pode ou tem dificuldades para executar sozinha, torna-se possível ou mais eficiente mediante a conjugação de esforços.

4. Esta restrição ao funcionamento dos Consórcios, reduzindo a sua flexibilidade administrativa, segundo Di Pietro (2005, p. 4 e 5), é inescapável:

[...] o chamado consórcio público passa a constituir-se em nova espécie de entidade da Administração Indireta de todos os entes federados que dele participarem. Embora o artigo 6º só faça essa previsão com relação aos consórcios constituídos como pessoas jurídicas de direito público, é evidente que o mesmo ocorrerá com os que tenham personalidade de direito privado. Não há como uma pessoa jurídica pública – União Estados, Distrito Federal, Municípios – instituir pessoa jurídica para desempenhar atividades próprias do ente instituidor e deixá-la fora do âmbito de atuação do Estado, como se tivesse sido instituída pela iniciativa privada. Todos os entes criados pelo Poder Público para o desempenho de funções administrativas do Estado têm que integra a Administração Pública Direta ou Indireta. [...] desse modo, se tiver personalidade de direito privado, reger-se-á pelo direito civil em tudo o que não for expressamente

Com esta regulamentação, espera-se que essa forma de cooperação e coordenação já bastante difundida entre os municípios brasileiros seja impulsionada. Porém, mesmo reconhecendo que o objetivo da Lei foi aumentar a segurança jurídica e a sustentabilidade dos consórcios, ainda permanecem lacunas importantes.

Utilizando-se do instrumental analítico da Teoria dos Contratos, Teixeira (2006) pondera sobre os incentivos positivos e punitivos para o estabelecimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), bem como do seu adequado funcionamento. Os próximos parágrafos tentam resumir brevemente sua análise e principais conclusões.

O mais grave risco à sustentabilidade do CIS no médio e longo prazos – além da incapacidade financeira pura e simples das prefeituras participantes – consiste na possibilidade de que um ou mais dos consorciados assumam um comportamento de "*free-rider*", ou "carona". Isto pode acontecer sempre que um dos consorciados perceber que a utilização dos serviços e benefícios proporcionados pelo consórcio poderia ser mantida, ainda que de forma parcial, mesmo quando este consorciado não compareça adequadamente com suas obrigações financeiras acordadas junto ao consórcio. Isto é, sempre que um dos prefeitos considere que o CIS continuará a atender a população do seu município, independentemente da prefeitura realizar os pagamentos devidos ao Consórcio no tempo e na hora acordados. Efetivamente, tal comportamento pode levar à quebra do pacto entre as partes e/ou à insolvência da associação.

A referida autora aponta que a formação e a sustentabilidade financeira dos consórcios públicos dependem, então, de dois fatores: os mecanismos de punição previstos; e os benefícios propiciados pelo consorciamento. Em sua análise, a punição mediante exclusão do membro inadimplente demonstrou ser eficaz no objetivo de forçar a permanência dos municípios no Consórcio. Porém, tal solução não estará disponível para o caso do CIS, pois a Saúde Pública é garantida como universal na Constituição Brasileira. Portanto, a punição de município inadimplente por meio da suspensão do atendimento à sua população nos postos e hospitais consorciados e financiados de um Consórcio financiados com recursos do SUS é flagrantemente inconstitucional. O que nos força a buscar outros mecanismos alternativos que garantam a sustentabilidade dos consórcios.

Uma das possibilidades levantadas pela autora consiste na implantação de incentivos financeiros ao consorciamento. Uma esfera de governo superior – União ou Estados – poderia estimular a formação e sustentabilidade dos Consórcios transferindo uma parcela adicional de recursos às municipalidades que se consorciassem. A decisão de subsidiar a criação e a manutenção dos CIS alteraria a estrutura de incentivos, tornando a associação menos custosa e mais atrativa para os municípios.[5]

Na mesma linha, outra conclusão do estudo é que quanto maior for o número de municípios participando do CIS, maior será o incentivo para um município individual abandonar o consórcio, uma vez que proporcionalmente a ausência dos seus aportes financeiros teria pouca significância para a prestação de serviços pelo

derrogado por normas de direito público, tal como ocorre com as fundações governamentais instituídas com personalidade de direito privado e com as empresas estatais.

5. Lima e Pastrana (2000) apontam, em seu trabalho, a importância do apoio financeiro e material dado pelo governo do Estado de Minas Gerais como catalisador do maciço processo de consorciamento observado entre os municípios mineiros, nos anos de 1995 e 1996 – anos em que o estímulo ao consorciamento era objetivo explícito da política de saúde estadual.

consórcio. Portanto, maiores terão que ser os incentivos monetários para induzir sua permanência na parceria.

Aponta-se também que municípios de maior população têm maior incentivo a participar dos consórcios e menor propensão a tornarem-se inadimplentes. Grandes municípios normalmente já são possuidores de maior capacidade instalada, *a priori*, e já são pressionados pelo atendimento da população dos municípios vizinhos. Nesse sentido, para o município grande o consorciamento eleva as suas possibilidades de ressarcimento pelo atendimento prestado aos vizinhos – e o risco de inadimplência destes, no máximo, o leva de volta à situação inicial. O consorciamento é uma boa aposta para municípios grandes, neste contexto. Além disso, eles tendem a ser os maiores financiadores dos CIS. A interrupção de sua contribuição financeira reduzirá fortemente o montante de recursos disponíveis para o consórcio, gerando imediata e proporcional deterioração na prestação dos serviços – inviabilizando quaisquer ganhos de uma estratégia "*free-rider*". O oposto ocorre com o pequeno município, que tem maior incentivo ao comportamento "*free-rider*" – a interrupção de sua pequena contribuição pouco afetará a qualidade ou a oferta dos serviços.

Portanto, os subsídios materiais ou financeiros oriundos da esfera de governo superior, que incentivariam o consorciamento, teriam que ser sensíveis ao número de municípios envolvidos e ao tamanho de cada um. Isto é, se o número de parceiros e o tamanho de cada um importam no risco de adoção de comportamentos "*free-riders*", o incentivo financeiro terá que ser diferenciado e proporcional, suficiente para desmobilizar em cada consorciado o risco de tal comportamento.

Seguindo outra linha de raciocínio, Teixeira (2006) analisa a possibilidade de que União e Estados assumam papéis importantes na promoção e na sustentação dos Consórcios, sem que necessariamente precisem aportam novos recursos materiais ou financeiros. A autora conclui que é, sim, possível que União e Estados participem mais ativamente mesmo sem aportar recursos novos: para tal, devem assumir a prerrogativa de "juiz" ou "regulador" do processo, e devem estipular punições, e punições que sejam críveis e factíveis, aos consorciados que adotem comportamentos deletérios aos interesses da associação. Uma sugestão apresentada é a de repassar parcelas das transferências constitucionais devidas ao município inadimplente, diretamente ao Consórcio, preservando a sustentabilidade financeira do CIS e inibindo comportamentos "*free-rider*" por parte das prefeituras.

A Lei nº 11.107/2005 não previu tal mecanismo de punição – ou quaisquer outros. A definição das punições cabíveis aos consorciados foi, pela Lei, deixada a cargo dos contratos de programa.[6] As modalidades de sanções previstas, bem como sua intensidade, são absolutamente centrais para o sucesso do CIS como estratégia de política pública – nesse sentido, considera-se uma lacuna importante na Lei o não-estabelecimento de penalidades. Delegar essa tarefa para o contrato de programa

6. "Contrato de Programa" e "Contrato de Rateio" são dois dos instrumentos previstos pela Lei 1.1107/2005, que regula os consórcios. Segundo esclarece Di Pietro (2005, p. 10-12), o contrato de rateio prevê a dotação de recursos que cada associado aportará ao Consórcio, anualmente, em consonância com o previsto na sua respectiva Lei Orçamentária; o contrato de programa, por sua vez, explicita as intenções e obrigações dos associados, as punições cabíveis, bem como regras de transição para os casos de retirada ou exclusão de um dos associados, de modo a preservar a continuidade do Consórcio.

possibilita o risco de que tal contrato não preveja punições suficientemente críveis, o que reduz as chances de sucesso da parceria. Nas palavras de Teixeira (2006):

> A União e os estados, mesmo que não participem como membros de consórcios, podem ocupar uma posição pró-ativa no processo de formação e de manutenção desses consórcios usando, para tanto, dois mecanismos complementares. Podem, por um lado, estimular a formação das parcerias ao facilitar, para os consórcios, a adoção de tecnologias inovadoras de elevada produtividade, mas a eles inacessíveis por seu elevado custo. Por outro lado, podem garantir que os membros de um consórcio não virão a se tornar inadimplentes, mediante um contrato, entre os municípios e o estado, que assegure o repasse direto de recursos para o consórcio.
>
> Nesse sentido, [...] o novo marco legal, que institui normas de contratos para a constituição de consórcios públicos, não fornece os mecanismos necessários para garantir a formação e sustentabilidade dessas parcerias. Incentivos não são estabelecidos e penalidades aos inadimplentes, apesar de previstas, não são definidas pela lei, no caso de inadimplência em relação aos encargos transferidos, ou são não críveis, principalmente quando se trata do setor saúde.

REFERÊNCIAS DO ANEXO

AFONSO, J. R. **Brasil, um caso à parte.** Apresentado no XVI Regional Seminar of Fiscal Policy. Santiago: ILPES/CEPAL, 2004 (mimeo).

BIASOTO Jr., G. **Setor Saúde:** constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas. Campinas: IE/UNICAMP, 2003 (mimeo).

DI PIETRO, M. S. Z. O Consórcio público na Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005. **Revista Eletrônica de Direito do Estado**, n. 3. Instituto de Direito Público da Bahia: Salvador, 2005.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2. ABRASCO: Rio de Janeiro, 2001.

LIMA, A. P. G. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

LIMA, A. P.; PASTRANA, R. **Diagnóstico da situação atual de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil**. Ministério da Saúde/OPAS: Brasília, 2000 (mimeo).

TEIXEIRA, L. Consórcios intermunicipais: instrumento para aumentar a eficiência do gasto público. *In:* MENDES, M. (Org.). **Gasto Público Eficiente**. Instituto Fernand Braudel/Topbooks: São Paulo, 2006.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2009

EDITORIAL

Coordenação
Iranilde Rego

Revisão e Editoração
Danúzia Maria Queiroz Cruz
Laeticia Jensen Eble
Renata Frassetto de Almeida Rose
Valdinea Pereira da Silva
Erisnaldo Badé dos Santos

Livraria
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 3315-5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br