ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título	SAÚDE
Autores (as)	Andrea Barreto de Paiva Edvaldo Batista de Sá Elisabeth Diniz Barros Luciana Mendes Servo Roberto Passos Nogueira Sérgio Francisco Piola
Título do BOLETIM	BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS – ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplica
Ano	2010 (n.18)
ISSN	1518-4285

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

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

CAPÍTULO 4

SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) muito se avançou em termos de expansão da cobertura e do acesso aos diversos serviços de atenção à saúde. Contudo, há de se reconhecer que ainda existem grandes desafios a serem superados para que os princípios fundamentais da universalidade, da integralidade e da igualdade no atendimento sejam cumpridos. Além do inadequado financiamento, um dos desafios frequentemente apontados refere-se aos problemas de gestão, que perpassam toda a organização do sistema e chegam até as unidades de saúde. No nível das unidades de atenção, as restrições impostas pelas regras do setor público no que diz respeito à gestão de recursos humanos e a compras são geralmente apontadas como as principais fontes de problemas, enquanto no cerne do problema da gestão do SUS está o modelo de descentralização e de responsabilização adotado, o que tem dificultado a formação de uma rede regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso oportuno e a atenção integral a quem precisa. Adicionalmente, parece haver um crescente consenso a respeito da inadequação do modelo de atenção, ainda muito centrado na oferta de serviços assistenciais.

No campo da gestão, esses problemas têm sido atacados por meio da pactuação de responsabilidades e do estabelecimento de prioridades e metas consensuais entre os três níveis de governo, de modo a acomodar as diferentes realidades locais. O amadurecimento dessa lógica de gestão também tem levado ao uso crescente da contratualização entre gestores e unidades de saúde. A contratualização condiciona o repasse de recursos financeiros ao alcance de metas, cujo cumprimento é avaliado por meio de indicadores predefinidos, e requer a existência de algum "mecanismo" de monitoramento do cumprimento dos termos do contrato. A contratualização entre gestores e unidades de saúde pode ser feita tanto com unidades públicas quanto privadas. Por sua vez, as iniciativas de mudança do modelo de atenção e de facilitação no acesso têm colocado especial ênfase na atenção básica e na formação de redes. Essas mudanças ganharam impulso com a publicação da Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde (MS) que divulga o Pacto pela Saúde[1] e o lançamento do Mais Saúde em 2007. O processo de formulação, os objetivos e as novas diretrizes introduzidas por meio destas iniciativas foram discutidos com maiores detalhes nas edições nºs 14, 15 e 16 deste periódico.

1. O Pacto pela Saúde inclui o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS e foi objeto de análise em Ipea (2007).

Esta edição do periódico *Políticas Socias: acompanhamento e análise* examina a evolução recente da política de saúde à luz deste novo direcionamento, dando ênfase às tentativas de mudança do modelo de atenção e de gestão, e ressalta alguns temas relevantes ocorridos no período. A seção 2 destaca a paralisia na tramitação do projeto de lei (PL) que cria as fundações estatais, o plano de cooperação entre os denominados hospitais filantrópicos de excelência e os hospitais públicos do SUS e as mudanças no protocolo de detecção e de tratamento do câncer de mama. Como tem sido feito nas últimas edições deste periódico, na seção 3, optou-se por uma análise baseada nos blocos que norteiam a alocação dos recursos federais destinados ao custeio das ações e dos serviços prestados pelo SUS: *i*) atenção básica; *ii*) atenção de média e alta complexidade; *iii*) vigilância em saúde; e *iv*) gestão do SUS.[2]

2 FATOS RELEVANTES

O ano de 2008 foi marcado por diversos fatos relacionados às tentativas de melhorias de gestão e de atenção, que é o objeto de discussão deste periódico. Os fatos relevantes tratados nesta edição referem-se aos obstáculos encontrados na tramitação do projeto de fundações estatais, ao plano de cooperação dos hospitais filantrópicos de excelência com o SUS e às mudanças de protocolo no exame de mamografia.

2.1 Tramitação do projeto de fundações estatais encontra obstáculos

A proposta das fundações estatais foi concebida pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) por demanda do MS, mas o projeto de lei em tramitação prevê seu funcionamento em outras áreas, tais como a do esporte, da cultura e da previdência complementar. As ideias originárias do MS surgiram de uma avaliação negativa quanto ao desempenho do modelo atual da administração pública de hospitais.[3] Foram reconhecidas, em primeiro lugar, a inadequação e a rigidez do modelo da administração pública direta e autárquica para uma gestão hospitalar do SUS que seja eficiente e de qualidade, problema que teria origem nas grandes limitações da autonomia de gestão – tanto em relação aos recursos humanos quanto à gerência de compras – e no relacionamento com o mercado de equipamentos e insumos. Para o MS, a fundação estatal representaria um caminho para solucionar essas questões.[4]

2. A assistência farmacêutica não foi incluída na análise da execução física, apenas foi discutida na questão do financiamento.

3. A fundação estatal representa uma nova categoria jurídica da administração pública, que atua com autonomia gerencial, orçamentária e financeira, sendo regida por normas de direito privado, mas nos limites que respeitam o interesse público, como o princípio de realização de concurso público para a seleção de trabalhadores que serão contratados pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Aquelas estão obrigadas a cumprir com os objetivos de um contrato de gestão mantido com o poder público e não podem prestar serviços de saúde para qualquer outra entidade que não pertença ao SUS.

4. O MS considera que as fundações estatais são mais consistentes com a preservação do interesse público nesse campo do que outras entidades que desfrutam de gerência autônoma, mas que são propriamente terceirizadas, como as organizações sociais.

A tramitação no Congresso Nacional do Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/2007 que cria a figura jurídica das fundações estatais, de especial interesse para a área de saúde, tem encontrado grandes obstáculos. Entre estes, uma posição contrária do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Entre outros argumentos, o CNS alega que não havia necessidade de alterar a legislação vigente, pois o modelo de contrato poderia ser aplicado para garantir a autonomia gerencial das unidades públicas. Afirma ainda que o projeto de fundação estatal iria contra a estabilidade dos servidores públicos e que mercantilizaria ainda mais a saúde. O CNS (2007) realizou o seminário sobre as Modalidades de Gestão do SUS, declarando:

> Por um modelo de gestão dos serviços de saúde que: 1) seja estatal e fortaleça o papel do Estado na prestação de serviços de saúde; 2) seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de entrada; 3) assegure autonomia de gestão para a equipe dirigente dos serviços, acompanhada pela sua responsabilização pelo desempenho desses, com o aperfeiçoamento dos mecanismos de prestação de contas; 4) assegure a autonomia dos gestores do SUS de cada esfera de governo em relação a gestão plena dos respectivos fundos de saúde e das redes de serviços; 5) no qual a ocupação dos cargos diretivos ocorra segundo critérios técnicos, mediante o estabelecimento de exigências para o exercício dessas funções gerenciais; 6) envolva o estabelecimento de um termo de relação entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços de saúde, no qual estejam fixados os compromissos e deveres entre essas partes, dando transparência sobre os valores financeiros transferidos e os objetivos e metas a serem alcançados, em termos da cobertura, da qualidade da atenção, da inovação organizacional e da integração no SUS, em conformidade com as diretrizes do Pacto de Gestão; 7) empregue um modelo de financiamento global, que supere as limitações e distorções do pagamento por procedimento; 8) aprofunde o processo de controle social do SUS no âmbito da gestão dos serviços de saúde; 9) institua processos de gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde; 10) enfrente os dilemas das relações público-privado que incidem no financiamento, nas relações de trabalho, na organização, na gestão e na prestação de serviços de saúde; 11) garanta a valorização do trabalho em saúde por meio da democratização das relações de trabalho de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação do SUS; 12) coadune-se com as demais políticas e iniciativas de fortalecimento do SUS.

Outros atores do movimento sanitarista favoráveis ao modelo de fundação estatal e que estiveram presentes no seminário, não entenderam essa declaração como uma posição contrária do CNS (CARVALHO, 2008). Contudo, cabe lembrar que antes desse seminário, em reunião do Conselho Nacional de Saúde, de 15 de junho de 2007, o presidente do CNS colocou em votação posição contrária ao projeto das fundações estatais de direito privado e esta foi aprovada por 20 contra 14 votos.

O CNS realizou uma intensa atividade de visitas a todos os estados da Federação em defesa do SUS e denunciou o projeto como forma de privatizar a gestão desse sistema. Essa pressão do CNS com a realizada por diversos setores do movimento sindical e de entidades de servidores públicos, levou a retirada do projeto temporariamente da pauta de votação da Câmara.

2.2 Hospitais filantrópicos colaboram na melhoria da gerência hospitalar do SUS

Um plano de cooperação com o SUS por parte de instituições filantrópicas que mantêm hospitais considerados de excelência foi acertado em novembro de 2008 pelo MS. Essa cooperação técnica se estenderá por três anos (2009-2011) e constitui uma contrapartida às isenções fiscais concedidas pelo governo federal. Ou seja, como alternativa à prestação de serviços assistenciais, estes hospitais poderão desenvolver pesquisa, capacitação e apoio a gestão de unidades públicas. O principal argumento utilizado foi que contribuiriam para a melhoria da qualidade da gerência de hospitais públicos, com especial foco nos estabelecimentos localizados no Rio de Janeiro.

Fazem parte da coalizão de "hospitais de excelência" as instituições paulistas Albert Einstein, Oswaldo Cruz, Hospital do Coração (HCor), Samaritano e Sírio-Libanês e a gaúcha Moinhos de Vento, que em conjunto gozam de uma isenção no montante de mais de R$ 600 milhões.

Cabe lembrar que esse debate faz parte de uma discussão maior relacionada ao novo processo de certificação das entidades de assistência social e à própria participação das instituições filantrópicas no SUS (IPEA, 2009).

No caso da saúde, a filantropia, que já existia antes do SUS, se confundia com o assistencialismo prestado por meio de instituições religiosas, beneficentes e filantrópicas, que, além da venda de serviços para a Previdência Social, prestavam assistência à saúde à parcela da população não coberta pelo sistema previdenciário.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) tentou retirar essa segmentação e esse caráter assistencialista da saúde, a partir da sua conversão em um direito, cujos princípios eram a integralidade, a universalidade e a gratuidade. Contudo, dada a impossibilidade naquele momento da prestação de serviços ser universalizada por meio de uma rede estritamente pública e governamental, a própria CF/88 previu que a iniciativa privada participasse de forma complementar na prestação de assistência à saúde à população, "tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos" (Art. 199, § 1º).

A certificação de uma entidade como filantrópica passava pela Assistência Social, mais especificamente pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que era o responsável por conceder e renovar o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas).

Para ter direito ao Cebas, as entidades teriam de preencher uma série de requisitos, entre estes, comprovar a aplicação de pelo menos 20% da sua receita bruta anual em atividades sociais totalmente gratuitas, ou, alternativamente, disponibilizar 60% da sua capacidade instalada no SUS.

Em 2007, o governo propôs um projeto de lei (PL Cebas) que, entre outras alterações, discutia a quem caberia a emissão ou a renovação do certificado. Após muitas discussões, em 15 de setembro de 2009, a Câmara dos Deputados aprovou uma versão desse PL – incluindo parte do PL nº 7.494/2006 – e no fim de novembro este foi aprovado pelo Senado Federal (IPEA, 2009).

Esse projeto, convertido na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, em seu Art. 4º, manteve a oferta de prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%, mas abriu um espaço para incorporar uma contrapartida alternativa para os hospitais ditos de excelência – algo que já estava previsto no Decreto nº 5.895/2006. Em seu Art. 11, diz que "a entidade de saúde de reconhecida excelência poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no art. 4º, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde (...)", em algumas áreas de atuação como: estudos de avaliação e incorporação de tecnologias, pesquisas de interesse público em saúde, capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de técnicas de gestão em saúde. Explicita, também, que caberá ao Ministério da Saúde a definição dos requisitos para o reconhecimento de excelência das entidades. Adicionalmente, estabelece que o recurso aplicado não poderá ser inferior à isenção das contribuições sociais, mas que a entidade poderá, para complementar esse percentual, prestar serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS, em determinadas condições.

Foi ainda durante a tramitação desse PL na Câmara dos Deputados que o Ministério da Saúde publicou a cooperação técnica com os hospitais de excelência nominados anteriormente. Essa decisão gerou muitos debates, incluindo uma controvérsia pública entre o jurista Dalmo Dallari, que questionou a decisão do MS, e o diretor de atenção à saúde na época. A crítica do jurista era que essa proposta de pacote de serviços indiretos em substituição à assistência à saúde agravaria ainda mais o quadro do atendimento no SUS. Adicionalmente, dizia que esses hospitais poderiam ser considerados de excelência na prestação de serviços médicos e hospitalares, o que é diferente de atuar na realização de pesquisa e capacitação. A posição do diretor, Alberto Beltrame, foi defender a proposta com os argumentos que assinalavam os ganhos de qualidade e sustentavam que não haveria perda assistencial nem prejuízo ao controle da prestação desses serviços (DALLARI, 2008; BELTRAME, 2008).[5]

5. Apesar da discussão da filantropia no SUS ir além do objetivo desta seção neste periódico, cabe destacar que esse é um ponto central na constituição desse sistema e com várias questões ainda por serem debatidas e melhor compreendidas.

Outra questão que merece ser colocada nesta discussão é até que ponto o modelo de gestão hospitalar privado aplica-se a hospitais públicos. Nos questionamentos sobre um novo modelo de gestão para os hospitais públicos, explicitados no debate sobre as fundações estatais, um dos principais problemas colocados foi a falta de autonomia para a gestão e a contratação de recursos humanos. Mesmo com a parceria com esses hospitais de excelência, esse problema não estará resolvido, pois os hospitais federais vão continuar sob as mesmas regras de contratação hoje vigentes. Assim, um acordo para a melhoria da gestão que não esteja coordenado com a própria discussão do modelo de gestão pode trazer resultados pontuais. Dessa forma, mesmo que os resultados sejam poucos e pontuais, esses hospitais ainda terão garantidas as isenções fiscais por terem apoiado projetos de "melhoria na gestão" dos hospitais federais do Rio de Janeiro.

2.3 Exames de mamografia pelo SUS

Em abril de 2009, passou a vigorar a lei que dispõe sobre a realização pelo SUS do exame de mamografia em mulheres com 40 anos ou mais, visando a detecção e o tratamento precoce do câncer de mama (Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008). A mudança foi comemorada pela Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama, que se dedica à tarefa de informar e mobilizar o público feminino sobre o câncer de mama. A lei estabelece, ademais, diretiva de ação de saúde em relação ao câncer do colo uterino, assegurando a realização de exame citopatológico a todas as mulheres que tenham iniciado sua vida sexual, independentemente da idade.

No que tange à mamografia, a norma que vinha sendo aplicada no país, respaldada pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), é a realização desse exame para mulheres entre 50 e 69 anos, em um intervalo máximo de dois anos. Para as mulheres na faixa dos 40 anos, recomendava-se o exame clínico das mamas, salvo em caso de explícita indicação médica.

O MS afirmou que, "(…) do ponto de vista técnico, não existem evidências na literatura científica que justifiquem o rastreamento para mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos. A maioria dos programas de rastreamento de câncer de mama nos países desenvolvidos tem como população-alvo as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos" (BRASIL, 2009c).[6]

6. Uma das mais recentes revisões de evidências a esse respeito, datada de 2006, foi patrocinada por uma entidade chamada Colaboração Cochrane. O estudo confirma que o rastreamento *screening* de câncer de mama contribui para reduzir levemente a mortalidade por essa patologia, mas também leva a um número exagerado de falsos positivos e, portanto, a tratamentos desnecessários. Para cada 2 mil mulheres submetidas a rastreamento durante dez anos, uma terá sua vida prolongada. Há ainda outros problemas, tais como as frequentes lesões provocadas por biópsia da mama.

Esse é mais um exemplo da tendência seguida atualmente pelo Poder Legislativo federal de se antecipar ou, até mesmo, modificar certas orientações técnicas do SUS, frequentemente como resposta a pressões de grupos de usuários e de seus movimentos. O que alguns especialistas afirmam ser preocupante é que muitas vezes tais iniciativas legislativas não levam em conta critérios de segurança e de relatividade de benefício clínico que dependem de uma avaliação da literatura científica disponível.

Em abril de 2009, o MS realizou o Encontro Internacional sobre o Rastreamento do Câncer de Mama, cujo documento final deveria subsidiar este ministério

> (…) para a regulamentação da Lei 11.664/2008, que entra em vigor dia 29 de abril e assegura atenção integral à saúde da mulher. Ao estabelecer que todas as mulheres têm direito à mamografia a partir dos 40 anos, a nova legislação reafirma o que já é estabelecido pelos princípios do SUS. Hoje, o SUS realiza mamografia para todas as mulheres que tenham indicação médica de fazer o exame, sem limite de idade (BRASIL, 2009e).

Ou seja, realizam-se mamografias em mulheres de 40 a 49 anos, desde que com indicação médica e não como rotina para todas as mulheres nessa faixa etária.

Para além de uma discussão sobre a adequação da norma, essa controvérsia traz à tona a questão sobre até que ponto há necessidade de legislações infraconstitucionais de garantia de atendimento para que a população tenha efetivamente acesso a determinados medicamentos, aos serviços de média e de alta complexidade e aos de apoio a diagnóstico, como aconteceu com a lei que obrigou o fornecimento do tratamento com antirretrovirais aos pacientes com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Quando cabe a intervenção do Poder Legislativo, com novos marcos legais, ou mesmo do Poder Judiciário, na interpretação de normas já existentes?

A discussão sobre a chamada "judicialização da saúde" e as mudanças no marco legal do sistema de saúde brasileira traz embutidos vários outros problemas relacionados à própria concepção e à interpretação do direito à saúde inscritos na CF/88. Entre estes há uma interpretação de que caberia ao SUS garantir tudo para todos: ou seja, todos os serviços de saúde, todas as tecnologias etc. Contudo isso pode inviabilizar o sistema. Para alguns a questão passa a ser: O que deve ser garantido pelo SUS e como se define os limites? Esta é a questão-chave e nada simples de ser respondida, e que nos remete à constante avaliação de quais medicamentos e procedimentos devem ser incorporados ao rol de serviços a ser provido pelo SUS.

Parece-nos que, no mínimo, o SUS deveria garantir aquilo que está inscrito nas políticas e nos programas governamentais. Ou seja, se um medicamento está na lista do SUS, deve ser garantido para a população que dele necessitar. Se um procedimento está previsto, este deve ser garantido no momento adequado. Isto também significa que uma vez feita uma consulta no SUS em que se detectou a necessidade

de um exame, já deveriam estar definidos *a priori* o tempo máximo até a realização deste e da entrega do seu resultado, bem como a data do retorno ao profissional que o solicitou. Garantir atendimento significa avançar na definição destas questões.

3 ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS

A partir do Plano Plurianual (PPA) 2008-2011, o MS passou a contar com 13 programas finalísticos. Para efeitos de análise, estes podem ser divididos em quatro blocos: *i*) atenção básica; *ii*) média e alta complexidade; *iii*) vigilância em saúde; e *iv*) gestão. Esse acompanhamento e essa análise foram trabalhados em duas vertentes: uma mais orientada à execução física, com estudo de indicadores do programa ou de suas ações mais relevantes, e outra orçamentário-financeira (financiamento e gasto em saúde).

3.1 Atenção básica em saúde

No Brasil, a atenção básica em saúde no SUS está organizada, de modo geral, em torno de dois grandes modelos: *i*) unidades básicas de saúde (UBS) sem saúde da família – denominada, normalmente, de modelo tradicional; e *ii*) UBS com saúde da família. No PPA 2008-2011, ela está expressa no Programa Atenção Básica em Saúde (Programa 1214), composto pelas ações Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável), que inclui o Programa de Saúde da Família (PSF), Piso da Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo), Atenção Básica em Saúde Bucal, Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde e Expansão e Consolidação do PSF, cuja execução orçamentária será analisada posteriormente.

O PSF se inicia como busca de ampliação da cobertura da atenção básica em saúde, para, no fim dos anos 1990, ser recolocado como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde. Em 2006, no Pacto pela Saúde, essa visão foi reforçada.

Ao ser pensado como estratégia para reorientação do modelo, o PSF se colocaria como uma nova forma de atenção que privilegia a promoção da saúde, a prevenção de riscos e de agravos, sem esquecer a recuperação e a reabilitação. Apoia-se na concepção de que os serviços seriam organizados de forma a privilegiar a família, suas relações e seus espaços de vivência e convivência na análise do processo saúde – doença. Para isso, a equipe deveria ser multiprofissional, contando com, no mínimo, médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.[7] Esta, denominada Equipe de Saúde da Família (ESF), seria o primeiro contato da população com o sistema de saúde, por isso, sua "porta de entrada", e deveria ter capacidade de fazer todo o contato, desde o cuidado dos casos mais simples, até o encaminhamento e o acompanhamento junto aos outros níveis de atenção (média e alta complexidade).

7. Sobre a implementação do Saúde da Família e sua composição, ver Ipea (2000).

A proposta é que cada equipe seja

> (…) capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e de diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificando os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela acompanha está exposta (BRASIL, 2009a, p. 15).

Em 2008, já existiam 29,3 mil ESFs implantadas em 5.235 municípios brasileiros, com uma cobertura estimada de 49% da população.[8] Isso representa um crescimento significativo da implantação, visto que, em 2001, havia menos de 14 mil equipes e uma cobertura estimada de 25% da população. No Mais Saúde, a meta para 2009 era ampliar para 34,5 mil o número de ESFs, sendo que, em julho do mesmo ano, havia 29,7 mil equipes implantadas (BRASIL, 2009b).

As avaliações do programa mostram que essa expansão tem apresentado impactos positivos sobre a taxa de mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006). Ainda que a maior parte desses resultados possa ser devido à expansão da cobertura assistencial, autores que realizaram alguns estudos de caso argumentam que, na comparação com o modelo tradicional, a atenção pelas ESFs teria melhores resultados na atenção à criança e à gestante, bem como parece mostrar uma avaliação mais positiva da população com relação à atenção prestada em comparação àquela feita por profissionais vinculados ao modelo tradicional (HARZHEIM, 2006).

Contudo, mesmo com avaliações positivas, a expansão desse modelo para os grandes centros urbanos tem-se mostrado um grande desafio e as tentativas de enfrentá-lo, como o Programa de Expansão da Saúde da Família (PROESF), parecem não conseguir alterar significativamente o quadro em municípios com mais de 500 mil habitantes e, menos ainda, naqueles com mais de 1 milhão de habitantes.[9]

Como pode ser visto na tabela 1, algumas capitais selecionadas – com mais de 1 milhão de habitantes – apresentaram aumento do número de equipes e elevação de cobertura. Contudo, em algumas delas, menos de um terço da população estaria coberta por ESFs. Na verdade, entre essas capitais, as únicas exceções são Belo Horizonte, com cobertura estimada superior a 70% da população,[10] e Recife, com 51%. Na outra ponta, merece destaque a situação de baixa cobertura do Rio de Janeiro, em que apenas 7% da população estava coberta em 2008.

8. As estimativas de cobertura são feitas considerando-se que uma ESF responderia, em média, por 3,45 mil pessoas.
9. O principal objetivo do PROESF era expandir as ações do programa para municípios com mais de 100 mil habitantes, ver Ipea (2006). Essa iniciativa também representou reforço no acompanhamento, na avaliação e na capacitação de recursos humanos. A primeira fase do projeto terminou em 30 de junho de 2007 e tramita no Congresso Nacional a solicitação de liberação da assinatura da segunda.
10. No fim de 2001, Belo Horizonte já apresentava cobertura estimada superior a 50% indicando que a incorporação do programa acontecia antes do PROESF.

TABELA 1
ESFs implantadas[1] e cobertura estimada nas capitais com mais de 1 milhão de habitantes (2001-2008)

Ano[2]	Manaus		Belém		Fortaleza		Recife		Salvador		Goiânia		Belo Horizonte		Rio de Janeiro		São Paulo		Curitiba		Porto Alegre	
	ESFs	Cobertura	ESFs	Cobertura	ESFs	Cobertura	ESFs	Cobertura	ESFs	Cobertura	ESFs	Cobertura	ESFs	Cobertura	ESFs	Cobertura	ESFs	Cobertura	ESFs	Cobertura	ESFs	Cobertura
2001	82	19,48	55	14,55	101	15,96	82	19,68	14	1,94	100	31,04	0	0	19	1,11	202	6,64	98	20,87	35	8,79
2002	150	35,64	62	16,40	101	15,96	128	30,73	20	2,78	85	26,38	389	59,41	23	1,35	485	15,94	115	24,49	56	14,07
2003	173	40,09	66	17,22	74	11,50	150	35,71	31	4,24	101	30,86	473	71,43	23	1,34	597	19,43	99	20,77	63	15,71
2004	173	39,08	69	17,73	95	14,53	201	47,45	81	10,93	110	33,11	447	66,88	57	3,29	646	20,87	112	23,12	74	18,31
2005	180	40,66	77	19,79	75	11,47	215	50,76	110	14,84	110	33,11	504	75,41	98	5,66	707	22,84	129	26,63	82	20,29
2006	152	31,82	95	23,30	233	33,85	207	47,58	115	14,84	118	33,90	504	73,2	119	6,74	797	25,16	147	28,85	90	21,73
2007	167	34,05	92	22,21	276	39,40	220	50,10	115	14,62	119	33,64	479	68,86	144	8,1	813	25,46	164	31,63	93	22,27
2008	176	35,53	96	23,25	225	31,38	230	51,19	79	9,24	115	31,35	496	70,29	124	6,94	850	26,68	166	31,33	93	22,43

Fontes: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS, Departamento de Atenção Básica (DAB) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) até 2006 e Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) a partir de 2007. Para estimativa da cobertura, o DAB utiliza a população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Notas: [1] O número de ESFs implantadas refere-se àquelas "(...) aptas para o município receber incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde, na competência selecionada. O número de ESFs para o qual o município receberá o incentivo financeiro federal corresponde ao número de ESFs cadastradas no sistema e que esteja em conformidade com o credenciamento pelo Ministério da Saúde. Além disto, o DAB/SAS realiza crítica, em âmbito nacional, relativa à duplicidade de profissional que compõe a equipe mínima" (BRASIL, 2009d).

[2] Os dados de 2002 referem-se às informações de janeiro de 2003; de 2003, a janeiro de 2004, e assim sucessivamente, visto que "Os meses/períodos apresentados são referentes às competências financeiras, que é baseada nos dados da competência imediatamente anterior do sistema de cadastro em vigor. Por exemplo, a competência financeira fevereiro de 2008, contém dados de agentes e equipes da competência do sistema de cadastro de janeiro do mesmo ano" (BRASIL, 2009d).

Com respeito, especificamente, ao PROESF, Portela (2008) destaca que os recursos representariam uma pequena parcela, abaixo de 4%, do total das transferências da atenção básica.

Há vários aspectos relacionados a essa dificuldade de expansão nos centros urbanos, particularmente em algumas metrópoles. Um aspecto dominante é a existência prévia de uma grande e complexa rede de assistência já organizada em torno do modelo tradicional. "Nesses novos espaços-territórios, o PSF passa a concorrer fortemente com as práticas assistenciais médico-curativas, o que provoca tensão e resistência de atores envolvidos na manutenção do modelo hegemônico" (SOUZA; HAMANN, 2009, p. 1330).

Uma importante questão refere-se à adequação do modelo a esses espaços-territórios (metrópoles). A intensa mobilidade e deslocamento da população, a pobreza, a exclusão social, a violência urbana e os problemas de transporte público, habitacionais e de infraestrutura social convivem em escalas diferenciadas nos outros espaços urbanos de menor porte (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008; NASCIMENTO; COSTA, 2009). Esses fatores contribuem para a dificuldade de implantação de serviços públicos de uma forma geral, mas dificultam ainda mais um programa centrado na família e na convivência com a comunidade.

Outra questão refere-se ao papel indutor da transferência do governo federal. Quanto mais importante for a participação do recurso federal no total de recursos do município, maior seria a capacidade do governo federal para induzir um determinado tipo de política ou de programa. No caso dos municípios de maior porte, uma parcela significativa de recursos aplicados provém de recursos próprios, ao passo que apenas uma parcela menor destes recursos advém de transferência direta do governo federal. Como eles têm autonomia, sua política local pode ter predominância sobre a política federal e, com isso, as diretrizes nacionais podem ser seguidas em um ritmo diferenciado em relação aos municípios mais dependentes das transferências federais (GERSCHMAN; VIANA, 2005; VIANA *et al*. 2009).

Com relação ao Saúde Bucal (Brasil Sorridente), a cobertura estimada das equipes passou de 17,5%, em 2002, para 45,3%, em 2008, alcançando 17,8 mil Equipes de Saúde Bucal (ESBs); 2,6 mil somente nesse último ano. Alguns estudos de caso parecem mostrar impactos positivos dessa ação, dada a redução dos procedimentos ambulatoriais de exodontia (remoção cirúrgica) de dentes permanentes, o que pode indicar melhoria na prevenção, bem como uma boa inserção junto às ESFs (PUCCA, 2008; ABREU, 2008). A meta física para 2009 é ampliar para 18,7 mil as ESBs, sendo que em julho já haviam sido implantadas 18,3 mil (BRASIL, 2009b).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) foram propostos em janeiro de 2008.[11] Estes buscam incorporar profissionais que apoiariam as ações das ESFs, tais como os médicos acupunturistas, os nutricionistas, os assistentes sociais, os professores de educação física, os farmacêuticos, os fisioterapeutas, os fonoaudiólogos, os médicos ginecologistas, os médicos homeopatas, os psiquiatras e outros mais. Nesse ano, "foram implementados 386 NASFs, muito aquém do necessário para assegurar cobertura às quase 30 mil equipes de Saúde da Família atuando no país" (BARROS, 2009). Até julho de 2009, foram implantados mais de 267 NASFs e credenciados 290 novos municípios para receber os recursos para a implantação dos NASFs,[12] totalizando 79% da meta prevista no Mais Saúde para 2009 (BRASIL, 2009b).

Ainda como parte da reorganização da atenção básica, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi proposto em 2007, por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro, mas foi oficialmente lançado em setembro de 2008. A explicação para isso seria que, com o fim da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), o MS não recebeu os recursos adicionais que estaria demandando para poder iniciar este e outros programas. A prioridade do programa é atender os alunos da rede pública de ensino dos 1.242 municípios com os menores índices de desenvolvimento da educação básica (IDEBs) e dos 52 municípios que já participaram do programa Mais Educação, do Ministério da Educação (MEC) – que oferece atendimento escolar em tempo integral. A modalidade de financiamento envolve a transferência de recursos adicionais ao incentivo mensal para as ESFs e as ESBs, a serem incluídos no PAB-Variável. O PSE está dividido em quatro áreas de atuação: *i*) avaliação das condições de saúde dos alunos; *ii*) promoção à saúde e prevenção; *iii*) educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens; e *iv*) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes, cuja principal estratégia é a realização de pesquisas – Pesquisa Nacional Saúde Escolar (Pense) em parceria com o IBGE e encarte ao Censo Escolar com questões mais diretamente vinculadas à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2008b; BARROS, 2009).

Uma questão relacionada a esse programa é por que, se o PSF já está implantado na região, se faria necessário um incentivo adicional para que as ações das ESFs incluíssem a escola na sua área de abrangência? Mesmo que o PSF ainda não esteja funcionando adequadamente na região, não seria o caso de continuar apostando na estratégia de atenção a partir dos postos e dos centros de saúde, em vez de implantar núcleos nas escolas?

11. Portaria GM/MS nº 154 .

12. O processo de implantação de NASF envolve as seguintes etapas: *i*) elaboração de projeto de implantação pelo município; *ii*) aprovação do projeto pelo Conselho Municipal de Saúde e encaminhamento à Secretaria Estadual de Saúde (SES) ou a sua instância regional para análise; *iii*) envio, pela SES, sobre o número de NASF que farão jus ao recebimento dos recursos; *iv*) credenciamento do município pelo MS; *v*) implantação das equipes; e *vi*) envio do recurso pelo Ministério da Saúde – Portaria GM/MS nº 154, de janeiro de 2008.

3.2 Atenção de média e alta complexidade

No PPA 2008-2011, o principal programa associado à atenção de média e alta complexidade é o Programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, para o qual, como será visto posteriormente, estava alocada a maior parte dos recursos destinados ao MS em 2008, sendo que mais de 80% destes recursos estavam concentrados em única ação, a saber, a Ação 8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade.[13] Em 2008, o SUS realizou quase 10,6 milhões de procedimentos hospitalares de média complexidade e quase 475 mil de alta complexidade. Também foram produzidos mais de 541 milhões de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e quase 826 milhões de média complexidade. Aqui, merece destaque a atenção especializada em saúde bucal. Desde o lançamento do Brasil Sorridente, em março de 2004, até dezembro de 2008, foram implantados 674 centros de especialidades odontológicas (CEOs) e realizados mais de 33,5 milhões de procedimentos (BRASIL, 2009a).

Nos últimos anos, houve diversas tentativas de reorganizar o modelo de atenção e de gestão. Um exemplo é a proposta de organização dos territórios integrados de atenção à saúde (Teias), que, no entanto, pouco avançou.[14] Contudo, importantes passos foram dados em algumas áreas específicas, por exemplo, na assistência de urgência e de emergência, com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e na atenção à saúde mental, por meio da implantação dos centros de apoio psicossocial. Não há dados disponíveis a respeito do número de unidades implantadas em 2008, mas em março de 2009 existiam, respectivamente, 147 serviços e 1.394 centros em funcionamento. Quanto às UPAs, de acordo com o MS, já foram gastos um total de R$ 188,85 milhões para a instalação de 123 unidades, estando previsto, até o fim de 2010, um total de 500 unidades.

As UPAs constituem estruturas de atenção à saúde com grau de complexidade intermediário entre as unidades básicas de saúde e os serviços de urgência dos hospitais públicos e são dotadas de serviços nas áreas de clínica médica, de pediatria e de ortopedia e, ademais, mantêm consultório dentário e sala de gesso. Objetivando alcançar a maior abrangência possível de cobertura em todo o território nacional, além das UPAs, está simultaneamente sendo planejada

13. Os procedimentos de média complexidade podem ser definidos como os que demandam serviços de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, sendo diferenciados dos procedimentos de alta complexidade pela maior sofisticação tecnológica e pelos custos mais elevados que envolvem os últimos (BRASIL, 2009a). Os procedimentos de média e alta complexidade englobam, além da maioria dos procedimentos hospitalares e de diversos procedimentos ambulatoriais, a atenção especializada realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), os serviços prestados pelo Samu, os procedimentos regulados pela CNRAC e os transplantes, entre outros (BRASIL, 2009a).

14. Em agosto de 2009, seis projetos do Teias encontravam-se em andamento: um em Santa Catarina, um na macrorregião interestadual de Juazeiro-Petrolina, um no Piauí, um no Rio Grande do Norte, um no Pará e um na região interestadual envolvendo Goiás, Minas Gerais e Distrito Federal.

a instalação de centenas de salas de estabilização, destinadas a estabilizar as condições vitais dos pacientes vítimas de acidentes e outros agravos, antes de encaminhá-los para as unidades mais complexas de atendimento. As salas de estabilização funcionam como pontos de apoio ao atendimento e ao transporte e/ou à transferência de pacientes críticos e graves do Samu.

Com seu atendimento voltado especialmente para casos agudos, com ou sem risco de morte imediata, espera-se que as UPAs ajudem a desconcentrar a grande demanda que se dá atualmente em relação aos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar. Calcula-se que pelo menos 70% dos atendimentos realizados em hospitais poderiam encontrar solução adequada por meio das UPAs, com seu regime diuturno de funcionamento. Contudo, ao menos no Rio de Janeiro, o adequado funcionamento das unidades já implantadas tem sido dificultado pela falta de médicos especialistas. Já foram implementadas 20 UPAs no estado e o governo local estima um déficit de 500 profissionais, entre clínicos gerais, pediatras e ortopedistas.[15] A situação ficou crítica a ponto de levar o governo a encerrar os serviços de ortopedia em todas as unidades.[16]

Houve também expansão das redes de atenção cardiovascular, de atenção ao portador de doença renal e à saúde auditiva com a habilitação de, respectivamente, 59, 28 e 12 novas unidades de assistência e/ou centros de referência em 2008. Contudo, o MS tem encontrado alguns entraves para expandir as redes de atenção em traumato-ortopedia e atenção ao queimado devido, principalmente, às dificuldades na habilitação de hospitais para a formação das redes nestas áreas.

Houve casos em que se tentou uma completa reorganização da rede, como ocorreu com a atenção oncológica. Após um processo de avaliação de todas as redes estaduais, com exceção da rede de Roraima, em março de 2008, foram atualizadas as habilitações na alta complexidade, com inclusão de novos hospitais nas redes e criação de nove complexos hospitalares.[17] Adicionalmente, houve uma reorientação na política de atenção em oftalmologia por meio da Portaria GM/MS nº 957, de 15 de maio de 2008, e a definição de redes estaduais e regionais por meio da Portaria SAS/MS nº 288, de 19 de maio de 2008, que deveriam ser submetidas a credenciamento por parte do MS até julho de 2009. Por fim, a Portaria GM/MS nº 958, de 15 de maio de 2008, redefiniu a política relativa aos procedimentos cirúrgicos eletivos de modo que a operacionalização desta se realize por meio de projetos a serem submetidos à apreciação do Departamento

15. Disponível em: <http://extra.globo.com/rio/materias/2009/02/10/sergio-cabral-admite-falta-de-medicos-nas-upas-anuncia-plano-para-ampliar-rede-contratacoes-754354801.asp>.

16. Disponível em: <http://extra.globo.com/rio/materias/2009/03/03/decisao-do-governo-tira-ortopedistas-das-upas-hospitais-nao-tem-profissionais-para-suprir-demanda-754677554.asp>.

17. Os complexos hospitalares se referem à associação de serviços isolados, como os de radioterapia e quimioterapia, a um hospital de modo a permitir o atendimento integral do paciente oncológico.

de Atenção Especializada do MS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), que compõem a Ação 8585. Em 2008, foram aprovados 223 projetos de cirurgias eletivas de média complexidade com um total de mais de 266 mil procedimentos previstos.

Um dos maiores desafios encontrados na reorganização do modelo de atenção e de gestão tem sido a inserção dos hospitais nas redes de atenção. Nesta área, duas das principais iniciativas em desenvolvimento dizem respeito à terapia intensiva, mais precisamente à expansão do número de leitos, e às chamadas reestruturação e contratualização da rede hospitalar. Em 2008, foram credenciados 818 novos leitos de unidades de terapia intensiva (UTIs), cumprindo, de acordo com a SAS, as metas estabelecidas no Mais Saúde para o período. Isso, contudo, não implica que o problema esteja resolvido. Na verdade, este número parece insignificante quando se considera que somente no estado da Bahia a Secretaria de Saúde estima um déficit de 1.500 leitos.[18]

A política de reestruturação e contratualização tem por objetivo alterar os modelos de financiamento, organização e gestão dos hospitais envolvidos. Os segmentos contemplados pela política são os hospitais filantrópicos, de pequeno porte e de ensino. A reestruturação e a contratualização envolvem a redefinição do papel da instituição na rede de serviços do SUS, o aprimoramento da gestão institucional e o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas nas atividades desenvolvidas pela instituição – no caso dos hospitais de ensino, por exemplo, seria a assistência, o ensino e a pesquisa – e em melhorias de gestão. Em 2008, foram concluídos 633 processos de adesão à contratualização de hospitais filantrópicos e 19 de hospitais de ensino, mas não houve novas adesões por parte dos hospitais de pequeno porte devido à indisponibilidade de recursos. Até o fim do primeiro trimestre de 2009, 757 hospitais filantrópicos, 499 hospitais de pequeno porte e 132 hospitais de ensino tinham aderido à contratualização. De acordo com levantamento do MS, 932 hospitais de pequeno porte e 99 hospitais de ensino preenchem todos os requisitos para adesão à contratualização e podem aderir a essa política no futuro.

Ainda não está clara qual a extensão das mudanças introduzidas pela contratualização, mas *a priori* espera-se que a nova política ao menos permita aos gestores um melhor planejamento dos serviços a serem providos. Espera-se também que o novo modelo de financiamento crie incentivos para maior eficiência das instituições participantes. No caso dos hospitais de ensino, por exemplo, o financiamento passa, ao menos em parte, a ser feito, com a nova política, por meio de um orçamento global predefinido, em vez de puro pagamento por produção. Do ponto de vista do comprador, isto é, do MS, a vantagem mais evidente do orçamento global sobre o pagamento por produção é a contenção de custos.

18. Disponível em: <http://jornalnacional.globo.com/Telejornais/JN/0,,MUL1220826-10406,00-BA+IDOSA+MORRE+POR+FALTA+DE+LEITO+EM+UTI.html>.

Contudo, o novo sistema pode ter efeitos não desejados sobre a quantidade e a qualidade dos serviços prestados pelas instituições participantes. Os provedores podem, por exemplo, limitar o número de pacientes ou de procedimentos por casos tratados. Para os provedores, o novo sistema permitirá mais flexibilidade no uso dos recursos disponibilizados. Em 2008, quase 70% dos recursos do SUS destinados aos hospitais de ensino foram alocados desse modo e parece haver a pretensão de que esse percentual atinja 100% no futuro. Contudo, existe um grande obstáculo a ser superado para que a política possa ser mais efetiva: a fragilidade no acompanhamento do cumprimento dos termos do contrato por parte dos hospitais. E isto vale para todos os segmentos contemplados pela política.

3.3 Vigilância em saúde

A vigilância em saúde no Brasil passou por profundas transformações nos últimos anos que incluíram reorganizações de natureza administrativa, com a criação da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), em 2003,[19] bem como mudanças nos processos de financiamento.

A criação dessa secretaria, mais do que um mero processo de reestruturação administrativa, reflete, na verdade, uma nova abordagem do conceito de vigilância em saúde que vem sendo construído nas últimas décadas, não somente no Brasil. A partir da vocação original de detectar e investigar casos e surtos de doenças transmissíveis, a vigilância em saúde passou a incorporar ações de prevenção e controle de doenças e a abranger novos objetos, como é o caso da vigilância das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e da vigilância ambiental (CONASS, 2007).

No PPA 2008-2011, todas as ações da vigilância em saúde foram agrupadas no programa Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos, que inclui, além dos incentivos para a organização dos sistemas de vigilância, as ações de vigilância, a prevenção e o controle em HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), da dengue, da malária, da tuberculose, da hanseníase, das hepatites virais, de doenças e agravos não transmissíveis e das doenças imunopreveníveis, além dos surtos, das epidemias e das calamidades públicas e emergências. Esse programa inclui também os recursos para a aquisição de imunobiológicos e a produção de vacinas, de reagentes diagnósticos e de biofármacos.

Com relação às doenças e aos agravos não transmissíveis, a atuação do Ministério da Saúde está organizada por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS),[20] como parte do Pacto pela Saúde, mais especificamente no Pacto pela Vida. Além do pacto, a promoção da saúde entrou como um dos eixos do Mais Saúde em 2008.

19. Sobre esta discussão, ver Ipea (2008b).
20. Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006.

Em 2008, além das 284 propostas apresentadas pelos municípios e já financiadas em 2006-2007 com recursos de transferência federal em 2007 e que continuaram recebendo recursos, foram aprovadas 241 novas propostas, relacionadas aos temas predominantes na política: alimentação saudável; prática corporal (atividade física); prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e de outras drogas e por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e promoção do desenvolvimento sustentável. Este processo envolve a articulação intersetorial com outros órgãos governamentais, como aquela que deu origem à Lei Seca, (IPEA, 2008a) ou mesmo a participação na elaboração do documento de referência do Programa Saúde na Escola.

Além da nova tarefa de organizar as atividades de análise, prevenção e controle das doenças e dos agravos não transmissíveis, a SVS, como dito anteriormente, concentra uma série de programas nacionais direcionados ao combate a problemas de saúde importantes. Entre eles, estão aqueles que fazem parte de compromissos da Comunidade das Nações como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e que são metas, também, do Mais Saúde.

O Brasil é signatário da Declaração do Milênio, que foi aprovada pelos países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2000. Entre os objetivos assumidos, está o de combater a tuberculose, o HIV/AIDS, a malária e outras doenças. No caso da tuberculose, por exemplo, importante problema de saúde pública no Brasil e em outros 21 países que concentram 80% dos casos, a meta é reduzir à metade, em relação a 1990, a incidência e a mortalidade até 2015. A meta de longo prazo é eliminar a tuberculose como problema de saúde pública até 2050. No Mais Saúde, a meta é a de reduzir em 12% a incidência de tuberculose, passando de 80 mil casos, em 2007, para 70 mil casos, em 2011.

No Brasil, a taxa de incidência de tuberculose era de 51,4 por 100 mil habitantes em 1990. Em 2007, já estava em 38,2 por 100 mil habitantes, com uma queda de 26%. Para 2009, a estimativa é de 75 mil casos – o que equivaleria a uma incidência de 39 por 100 mil habitants, tendo sido notificados 17. 859 casos até julho de 2009.

Em 2008, os casos novos de tuberculose estavam fortemente concentrados na região Sudeste (45,2%) e Nordeste (28,4%), proporções que se mantêm estáveis há pelo menos cinco anos. As populações mais vulneráveis são os moradores de rua, os presidiários, os portadores do vírus HIV e os indígenas. Vários fatores contribuem para a disseminação da tuberculose, entre eles: uso incorreto dos medicamentos, alta capacidade infectante de um portador da doença e ocorrência de grandes aglomerações nos centros urbanos, associados às precárias condições sanitárias (BRASIL, 2010).

Mantida a redução anual média do período de 1990 a 2007, o MS estima que até 2015 a taxa será de 27,4 por 100 mil habitantes. Ou seja, terá de ser feito um esforço adicional para que a meta seja alcançada.

Entre os esforços que já estão sendo feitos nas esferas municipal, estadual e federal estão: *i*) aumento da cobertura do tratamento supervisionado (TS-DOTS), que passou de 7% em 2000 para 86% em 2007 nos municípios prioritários que são responsáveis por 75% dos casos de todo o país; *ii*) expansão do diagnóstico bacteriológico, com implantação desse procedimento em todas as unidades da Federação (UFs); *iii*) incorporação da sociedade civil organizada na discussão das políticas de controle da tuberculose; e *iv*) intensificação da cooperação técnica da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas)/Organização Mundial da Saúde (OMS).

A hanseníase, por sua vez, afeta a população de 91 países. Em 2006, segundo a OMS, dos 47.612 casos registrados nas Américas, em todas as faixas etárias, 44.436 ocorreram no Brasil, que estava atrás apenas da Índia em relação ao número de casos novos e ao lado do grupo de países que ainda não conseguiram reduzir a propagação da doença para níveis satisfatórios.[21] Em 2003, foram registrados 51.941 casos. Já em 2008, o total caiu para 39.992, um recuo de 23%. Nos últimos anos, o comportamento epidemiológico da hanseníase, medido pelo coeficiente de detecção de casos novos, tem, efetivamente, mostrado uma redução dos casos: 29,34 por 100 mil habitants, em 2003, para 21,08 por 100 mil habitants, em 2007. Contudo, os coeficientes de detecção estão situados em patamares muito altos, principalmente nas regiões Norte (54,25/100 mil habitantes), Centro Oeste (40,65/100 mil) e Nordeste (31,53/100 mil). Nas regiões Sul e Sudeste, os coeficientes são bem mais baixos: 6,45 e 9,75 por 100 mil habitantes, respectivamente (BRASIL, 2008a).

O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce, no tratamento e na cura, visando eliminar fontes de infecção e evitar sequelas. A detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos foi adotada, a partir de 2008, como o principal indicador de monitoramento da endemia. A meta inserida no Mais Saúde é de redução em 10%, até 2011.[22] Em 2007, o coeficiente de detecção de casos novos na população de menores de 15 anos foi de 5,32 por 100 mil habitantes. Quatro anos antes, em 2003, era de 7,83 por 100 mil.[23]

21. Além do Brasil e da Índia, Angola, República Democrática do Congo, Madagascar, Moçambique, Nepal e Tanzânia são países que têm tido dificuldades no controle da endemia.

22. Isto significa passar de 3.610 casos novos em 2006 para 3.330 casos novos em 2011 (BRASIL, 2009b).

23. Também foram inseridos como metas do Mais Saúde para o período 2008-2011 a cura de 90% dos casos diagnosticados, o exame de pelo menos 50% dos contatos domiciliares e a avaliação do grau de incapacitação para 75% dos casos novos.

3.4 Gestão do SUS

Questões relativas ao financiamento e à gestão têm sido desafios para o SUS desde o início de sua implementação. No principal foro da gestão do sistema de saúde, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), os debates ao longo de 2008 enfatizaram a necessidade de assegurar condições para efetivação das diretrizes e das ações definidas no Pacto pela Saúde.[24] Este instrumento estabelece responsabilidades sanitárias das três esferas de gestão e atribuições dos respectivos gestores. Foi evidenciada na CIT particular preocupação com as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, explicitados nos Termos de Compromisso de Gestão (TCGs), que substituem os processos de habilitação para os estados e os municípios.

A implementação do Pacto pela Saúde, que resultou de longa negociação no âmbito da CIT, tem sido gradual. Iniciada em 2006, com a aprovação do primeiro TCG, recebeu até agosto de 2009 a adesão de 26 estados e do Distrito Federal e de 2.969 municípios, estes com forte concentração nas regiões Sudeste e Centro-Oeste (CONASS, 2009). Os municípios que já assumiram a forma de gestão pelo pacto representam metade dos municípios brasileiros e aglutinam 55% da população do país.

As prioridades do Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida, para o biênio 2010-2011 serão as seguintes: *i*) atenção à saúde do idoso; *ii*) controle do câncer de colo de útero e de mama; *iii*) redução da mortalidade infantil e materna; *iv*) fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e às endemias, com ênfase na dengue, na hanseníase, na tuberculose, na malária, na influenza, na hepatite e na AIDS; *v*) promoção da saúde; *vi*) fortalecimento da atenção básica; *vii*) saúde do trabalhador; *viii*) saúde mental; *ix*) fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; *x*) atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e *xi*) saúde do homem.

Na esfera do Pacto de Gestão ainda persistem muitas pendências, ainda que alguns avanços importantes possam ser observados.

Na regulamentação do Pacto pela Saúde, foram estabelecidas as responsabilidades sanitárias de cada ente federado, organizadas em sete eixos: *i*) na gestão do SUS; *ii*) na regionalização; *iii*) no planejamento e na programação; *iv*) na regulação, no controle, na avaliação e na auditoria; *v*) na gestão do trabalho; *vi*) na educação e na saúde; e *vii*) na participação e no controle social.

Estudo elaborado pelo Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), unidade da Secretaria Executiva do MS, analisou a existência de políticas que concretizem a implementação desses eixos, com base nas informações prestadas pelos estados nos TCG Estadual (TCGE). Foram analisados todos os TCGEs

24. O Pacto pela Saúde inclui o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS.

publicados no Diário Oficial da União (DOU) desde a publicação da portaria que orienta a implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão,[25] até o mês de novembro de 2008, referentes a 22 estados. Os resultados evidenciaram a existência de grande número de estados que reconheciam a não realização de muitas dessas responsabilidades no momento da elaboração do TCGE. Responsabilidades gerais na gestão do SUS, regionalização e planejamento e programação foram os eixos em que se identificaram as maiores fragilidades da gestão. Gestão do trabalho, participação e controle social e educação em saúde foram as áreas em que maior número de estados apresentaram boa *performance*.

A consolidação do pacto como instrumento de gestão tem sido objeto de particular atenção do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que o consideram importante avanço na relação entre as esferas de governo, capaz de conferir a necessária flexibilidade ao processo de descentralização e mais efetiva coordenação intergovernamental da gestão do sistema. Também o veem como meio relevante para promover a superação da histórica fragmentação da ação do Ministério da Saúde e dos mecanismos de financiamento.

Em ação coordenada, as instâncias que representam os governos subnacionais vêm promovendo esforços no âmbito da Câmara Técnica da CIT em torno de uma agenda estratégica, com o objetivo de enfrentar questões prioritárias ao avanço do Pacto pela Saúde, "que possam se traduzir na pactuação, até o final de 2009, de um conjunto de medidas que fortaleçam o pacto pela Saúde como orientador da gestão do SUS". Entre os pontos destacados nesta agenda estão: articular o movimento de pactuação de prioridades, alcançar os objetivos e as metas dos Pactos pela Vida e de Gestão com os instrumentos de planejamento; priorizar os espaços gestores dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e CIT no processo de monitoramento do Pacto; e implantar metodologia de avaliação que contemple resultados da gestão, por meio de um índice de valorização da gestão.

Nos debates entre gestores, tem sido conferida atenção especial aos objetivos de:

1. Estabelecer interfaces entre os instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e os do Pacto pela Saúde.
2. Compatibilizar os prazos de elaboração e vigência do TCG com os do Plano de Saúde.
3. Integrar os instrumentos do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI), de modo a tornar o investimento

25. Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006.

uma decorrência das demandas do processo de regionalização, capaz de viabilizar as medidas necessárias à construção de redes regionais resolutivas e articulando-o com o Plano Estadual de Saúde.

4. Aprimorar o TCG como instrumento que explicite os pactos firmados pelos gestores, permitindo o acompanhamento permanente em cada esfera de governo.

5. Rever e atualizar a regulamentação do termo de cooperação entre entes públicos (TCEP), destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas hospitalares e ambulatoriais especializadas, prestadoras de serviços, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra, resgatando-o como instrumento de apoio à gestão.

Nesse esforço de aperfeiçoamento do Pacto pela Saúde, diversas medidas foram acordadas entre 2008 e 2009. Em dezembro de 2008, foram aprovadas orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.[26] Foram aprovadas as Diretrizes da Pactuação Unificada 2009[27] e desenvolvidos esforços para aprimoramento do processo de planejamento, visando a melhor adequação das metas e dos indicadores do pacto a seus objetivos. O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), responsável pela elaboração, pelo monitoramento e pela avaliação dos principais instrumentos de planejamento,[28] também foi objeto de medida que instituiu incentivo financeiro para seu fortalecimento e desvinculou seu repasse da adesão ao Pacto pela Saúde.[29] Em novembro de 2009, foi publicada a portaria que integra periodicidade, prazos, processos de formulação e conceitos dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e do Pacto pela Saúde.[30]

Um dos objetivos é compatibilizar os períodos de elaboração e vigência desses instrumentos com o do mandato dos gestores em cada esfera de governo. Também foram estabelecidos acordos sobre os indicadores a serem utilizados

26. Portaria GM/MS nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008.

27. Acordadas na reunião da CIT, de 19 de junho de 2008.

28. Plano de Saúde (PS), suas Programações Anuais de Saúde (PASs), seus Relatórios Anuais de Gestão (RAGs), Plano Diretor de Regionalização (PDR), seu Plano Diretor de Investimento (PDI) e sua Programação Pactuada e Integrada (PPI). Esta última é um processo de programação por meio do qual são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada municipalidade. Com base na PPI, são realizados os pactos intergestores para garantia de acesso da população de cada região de saúde aos serviços necessários, com critérios para referência de pacientes e parâmetros de cobertura pactuados. Por esse instrumento, são estabelecidos os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. São instrumentos específicos do Pacto: o TCG no qual se concretiza a adesão do gestor ao Pacto pela Saúde e a Pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores dos Pactos pela Vida e de Gestão.

29. Portaria GM/MS nº 1.885, de 9 de setembro de 2008.

30. Portaria GM/MS nº 2.751 que integra prazos, processos de formulação e conceitos dos instrumentos do SUS e do Pacto pela Saúde.

para monitoramento da implantação do Pacto pela Saúde e o aprimoramento do Sistema do Pacto pela Saúde (SisPacto), aplicativo desenvolvido para essa tarefa. Para 2009, foram pactuados 54 indicadores de resultados e de processos, sendo 37 considerados principais e 17 complementares.

As maiores dificuldades apontadas para a implementação do pacto estão relacionadas à fragmentação, às incertezas e às descontinuidade no financiamento das ações. Novos programas e novas estratégias de intervenção propostas pelo MS – como as previstas no Mais Saúde – têm esbarrado no temor dos gestores subnacionais de assumir compromissos adicionais aos já previstos nos TCGs sem poder contar com a segurança de aporte adicional de recursos pela esfera federal.

No âmbito da regionalização também persistem muitos desafios. A revisão ou redefinição dos planos diretores de regionalização tem sido lenta e desigual entre as unidades federadas, assim como a definição das redes de atenção à saúde, em parte como decorrência das dificuldades em estabelecer consensos conceituais e organizacionais e estratégias para sua implantação. Da mesma forma, há ainda vazios regulatórios no que se refere às regiões interestaduais e às fronteiriças. É preocupante, também, o caráter fragmentário do processo de organização das redes de atenção, com ênfase na definição de redes "temáticas" (saúde da mulher e da criança e de patologias específicas) não ancoradas em processo global de constituição de redes regionais resolutivas. Não obstante, os Colegiados de Gestão Regional, espaço previsto para definição de prioridades e pactuação de soluções para a organização de rede de atenção à saúde, têm sido implementados. Já existem 379 CGRs constituídos, em 21 estados, reunindo 4.928 municípios (CONASS, 2009).

A recente crise de financiamento, que dificultou a implementação do programa Mais Saúde (PAC da Saúde), também colocou em evidência a necessidade e a oportunidade para o aperfeiçoamento de processos e instrumentos de gestão federal do sistema. Foram definidos focos prioritários para acompanhamento das metas do Mais Saúde (Programa Siga), sendo selecionadas 39 metas das 169 inicialmente previstas: oito relativas ao eixo 1 (Promoção e Prevenção); dezenove ao eixo 2 (Atenção à Saúde); três ao eixo 3 (Complexo Produtivo); três ao eixo 4 (Força de Trabalho em Saúde); cinco ao eixo 5 (Qualificação da Gestão); e uma ao eixo 6 (Participação e Controle Social).

No âmbito interno do Ministério da Saúde foi desencadeado o projeto Mais Gestão É Mais Saúde, em parceria com a Opas, visando articular os esforços relacionados à qualificação da gestão. O Instituto Publix foi contratado para auxiliar no desenvolvimento de modelo de gestão para resultados, utilizando de forma integrada as metodologias da Gestão Matricial de Resultados e do Balanced Scorecard. Foi elaborada proposta de reorganização institucional do Ministério da Saúde, encaminhada ao Congresso Nacional como projeto de lei.

Entre as medidas propostas, destacam-se, pela polêmica provocada: *i*) criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde – desmembramento da Secretaria de Atenção à Saúde –, com a atribuição de desenvolver políticas de atenção básica e fortalecer a promoção da saúde e a prevenção de doenças; e *ii*) transferência para a estrutura do MS das competências e das atribuições exercidas pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) referentes à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas. Foram também implementados mecanismos de contratualização de metas e resultados com os dirigentes de secretarias e órgãos vinculados ao MS para ações prioritárias do Mais Saúde.[31]

3.5 Financiamento e gasto em Saúde

3.5.1 Execução orçamentária 2008

Em 2008, verificou-se um pequeno aumento no nível total de recursos para a área de saúde. A dotação autorizada do orçamento global da saúde apresentou um crescimento real de R$ 735 milhões em relação a 2007 (ou 1,31%), passando de R$ 56 bilhões em 2007 para R$ 56,7 bilhões em 2008. Este resultado foi influenciado quase que integralmente pelo aumento dos créditos adicionais em relação a 2007 – aumento real de R$ 677 milhões –, uma vez que, em termos reais, a dotação inicial quase não se alterou – aumentou apenas R$ 56 milhões.

Em relação à execução do orçamento de 2008, a tabela 2 mostra que houve um aumento real de R$ 1,8 bilhão da despesa empenhada em relação a 2007, variando de R$ 52,3 bilhões para R$ 54,1 bilhões. Este fato, aliado ao crescimento pífio da dotação autorizada, corroborou para que o nível de execução dos recursos da saúde tenha aumentado em 2 pontos percentuais, passando de 93,4%, em 2007, para 95,4%, em 2008.

31. Outras medidas legislativas originadas de propostas do MS e que aguardam votação no Congresso Nacional são o PLP nº 92/2007 que permite a criação de fundações estatais de direito privado para a gestão de unidades de saúde, entre outras, e o Projeto de Lei de Responsabilidade Sanitária, que dispõe sobre a responsabilidade sanitária e cria o Sistema Nacional de Regulação, Controle e Avaliação do SUS. Este último tramitava, em agosto de 2009, em caráter terminativo na Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados.

TABELA 2
Execução orçamentária do Ministério da Saúde (2007-2008)

Programas do MS	2007			Nível de execução (%) (D=C/B)	2008			Nível de execução (%) (D=C/B)
	Dot. inicial (A)	Autorizado (B)	Empenhado (C)		Dot. inicial (A)	Autorizado (B)	Empenhado (C)	
Execução total do MS [1]	**52.532.186**	**56.012.266**	**52.300.219**	**93,4**	**52.589.102**	**56.747.036**	**54.120.307**	**95,4**
(I) Execução do MS em ASPS [2]	48.342.522	50.463.626	46.813.171	92,8	48.577.174	51.268.420	48.670.190	94,9
Atenção Integral, Hospitalar e Ambulatorial Especializada	22.907.742	25.587.409	24.262.944	94,8	24.551.018	26.662.244	25.318.662	95,0
Atenção Básica em Saúde	8.301.795	6.770.464	6.214.654	91,8	8.167.924	6.991.324	6.809.836	97,4
Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos	3.168.800	3.654.095	3.541.054	96,9	4.457.157	4.652.463	4.415.780	94,9
Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos	3.813.069	3.584.535	3.354.252	93,6	2.334.440	2.688.612	2.421.752	90,1
Vigilância Sanitária de Produtos Serviços e Ambientes	277.951	271.357	251.439	92,7	245.128	269.137	266.049	98,9
Saneamento	1.641.631	2.504.095	1.692.294	67,6	1.060.641	1.412.826	1.258.778	89,1
Programas de Atenção a Grupos Específicos	439.559	469.149	425.449	90,7	333.811	399.893	379.547	94,9
Gestão	589.754	579.217	424.879	73,4	523.778	536.834	417.479	77,8
Formação e Gestão de Recursos Humanos	460.393	448.937	411.251	91,6	384.176	360.347	325.591	90,4
Regulação e Fiscalização da Assistência Suplementar	150.635	147.465	113.399	76,9	130.461	160.013	154.842	96,8
Apoio Administrativo	5.770.382	5.628.734	5.448.353	96,8	5.622.435	6.237.935	6.035.389	96,8

(Continua)

(Continuação)

Programas do MS	2007			Nível de execução (%) (D=C/B)	2008			Nível de execução (%) (D=C/B)
	Dot. inicial (A)	Autorizado (B)	Empenhado (C)		Dot. inicial (A)	Autorizado (B)	Empenhado (C)	
Cumprimento de sentenças judiciais e outros encargos especiais	133.890	133.288	123.724	92,8	126.470	178.368	177.899	99,7
Política de Promoção de Saúde	50.570	50.570	43.789	86,6	30.762	31.528	28.566	90,6
Outros	636.351	634.312	505.690	79,7	608.970	686.897	660.021	96,1
(II) Execução do MS em ações Não ASPS	4.189.664	5.548.640	5.487.048	98,9	4.011.928	5.478.615	5.450.117	99,5
Inativos e Pensionistas	3.807.950	3.724.905	3.709.493	99,6	3.902.887	3.780.307	3.779.012	100,0
Serviço da dívida interna e externa	370.829	227.675	185.678	81,6	98.432	87.699	62.578	71,4
Programas financiados pelo FCEP [3]	–	1.585.174	1.585.174	100,0	–	1.600.000	1.600.000	100,0
Atenção Básica em Saúde	–	1.585.174	1.585.174	100,0	–	1.600.000	1.600.000	100,0
UO 74202 – Recursos sob supervisão da ANS	10.885	10.885	6.703	61,6	10.609	10.609	8.527	80,4
Regulação e Fiscalização da Assistência Suplementar	10.885	10.885	6.703	61,6	10.609	10.609	8.527	80,4

Fonte: Siga Brasil.

Notas: [1] Para a análise da execução do Ministério da Saúde, foi considerada a execução do Órgão 36000-Ministério da Saúde e da UO 74202 – recursos sob supervisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que se referem aos empréstimos concedidos para liquidação de operadoras de planos privados de assistência à saúde (metodologia da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO). Este recurso existe desde 2004 e até 2008 já contabilizou, em termos nominais, cerca de R$ 25 milhões.

[2] De acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) 2008, Lei nº 11.514, de 13 de agosto de 2007, "consideram-se exclusivamente como ações e serviços públicos de saúde (ASPS) a totalidade das dotações do órgão Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida, transferência de renda a famílias e despesas financiadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza." Portanto, as despesas da UO 74202 – recursos sob supervisão da ANS não fazem parte do cálculo de gastos em ASPS. Para efeitos de comparação, apesar de não estar explicitado na LDO 2007, resolvemos expurgar este valor também no ano de 2007. Isto significa que comparando com as informações da SPO/MS, em 2007, haverá uma pequena distorção.

[3] Refere-se aos programas financiados pela fonte "Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza" (2007: fonte = 179 e 2008: fonte = 379).

Obs.: Em R$ 1.000 de 2008, atualizadas pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

No PPA 2008-2011 houve uma agregação dos programas do Ministério da Saúde, que passaram de 24 programas finalísticos em 2007 para 13 em 2008 (quadro 1).

QUADRO 1
Programas finalísticos dos PPAs (2007 e 2008) – Ministério da Saúde

2007	2008
Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis Vigilância, Prevenção e Controle da Malária e da Dengue Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis Controle da Tuberculose e Eliminação da Hanseníase Vigilância, Prevenção e Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis Vigilância Ambiental em Saúde Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis	Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos
Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde Atenção Especializada em Saúde Atenção à Saúde da População em Situações de Violências e outras Causas Externas	Assistência Integral, Hospitalar e Ambulatorial Especializada
Gestão da Política de Saúde Participação Popular e Intersetorialidade na Reforma Sanitária e no Sistema Único de Saúde Investimento para Humanização e Ampliação do Acesso à Atenção à Saúde	Gestão da Política de Saúde
Educação Permanente e Qualificação Profissional no Sistema Único de Saúde Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde	Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde
Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos	Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Atenção Básica em Saúde	Expansão e Aperfeiçoamento da Atenção Básica em Saúde
Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	Ciência, Tecnologia e Inovação no Complexo da Saúde
Saneamento Rural	Saneamento para Prevenção e Controle de Doenças e Agravos à Saúde
Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue	Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados
Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes	Vigilância e Prevenção de Riscos Decorrentes da Produção e do Consumo de Bens e Serviços
Alimentação Saudável	Implementação da Política de Promoção da Saúde
Assistência Suplementar à Saúde	Regulação e Fiscalização da Saúde Suplementar
Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos	Promoção da Capacidade Resolutiva da Humanização na Atenção à Saúde

Fonte: Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico (SPI/MPOG).

Sob essa ótica, percebe-se que, em 2008 (tabela 2), quatro programas finalísticos foram responsáveis por 75% do valor empenhado: Atenção Integral, Hospitalar e Ambulatorial Especializada (47%), Atenção Básica (13% gastos em

ASPS e 3% gastos em não ASPS), Assistência Farmacêutica (8%) e Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos (4%).

O programa de Atenção Hospitalar e Ambulatorial abriga a principal ação do Ministério da Saúde em termos de volume de recursos: Atenção à Saúde da População para procedimentos em Média e Alta Complexidade. Esta representou, em 2008, 88% dos recursos deste programa e 41% dos recursos do orçamento da saúde (tabela 3).

As duas principais ações do programa de Atenção Básica continuaram a ter a mesma representatividade em relação a este nos dois últimos anos: a ação do PAB-Variável (Saúde da Família) ficou em torno de 56%; e a do PAB-Fixo, em 39%. Em relação à ação Atenção à Saúde Bucal, o valor gasto em 2008 apresentou uma queda brusca em relação a 2007 – caiu de R$ 112 milhões para R$ 63 milhões. Isto é explicado pela transferência de parte dos recursos dessa ação ao programa de Média e Alta Complexidade (Atenção Especializada em Saúde Bucal – R$ 61 milhões); o restante permaneceu na Atenção Básica (R$ 63 milhões). Ou seja, considerando estas duas ações, em 2008, observa-se que os recursos destinados à saúde bucal superou os de 2007 em 11%, passando de R$ 112 milhões para R$ 124 milhões.

É importante chamar atenção para o aumento de recursos empenhados no programa de Assistência Farmacêutica, que passou de R$ 3,5 bilhões em 2007 para R$ 4,4 bilhões em 2008 – aumento real de 24% –, e para a queda do montante empenhado no programa Vigilância e Controle de Doenças, que caiu de R$ 3,4 bilhões para R$ 2,4 bilhões – perda real de 28%. Tal fato é justificado, principalmente, pela transferência da Ação 4370, destinada à dispensação de medicamentos de HIV/AIDS e outras DSTs, do programa de Vigilância, Prevenção e Atenção em HIV/AIDS para o programa da Assistência Farmacêutica.

Assim, em 2008, houve um rearranjo das participações das principais ações no total do programa da Assistência Farmacêutica.[32] Além de receber a ação de medicamentos para HIV/AIDS de outro programa, observa-se um aumento significativo na ação Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde (20AE). Em 2007, essa ação tinha outra denominação e incluía somente o PAB-Variável da Assistência Farmacêutica (PAB-AF), recurso transferido para os estados e, principalmente, os municípios, para aquisição dos medicamentos da atenção básica. Em 2008, foram agregados a essa ação os recursos da saúde mental, da hipertensão, do diabetes, da asma e da rinite, antes incorporados na ação de Aquisição de Medicamentos Estratégicos (Ação 4368). Adicionalmente, a mesma portaria que regulamentou essa inclusão também aumentou o valor dos recursos do PAB-AF.[33]

32. Agradecemos a Fabíola Sulpino por nos ajudar a compreender as alterações no programa Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

33. Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007, por meio da qual houve um aumento de R$ 3,65 para R$ 4,10 por habitante/ano no valor do PAB-AF, com contrapartida de R$ 1,50 por habitante/ano dos estados deste valor para os municípios.

Chama atenção, também, a ação referente à manutenção das farmácias populares, que obtiveram um aumento no gasto de mais de 50%, alcançando uma participação de 10,7% do volume total de recursos da assistência farmacêutica federal. Isto mostra a importância que as farmácias populares ganharam, pois se pode observar que seus recursos eram praticamente idênticos a todo o recurso repassado para a assistência farmacêutica básica por meio do PAB-AF.[34] Deve-se destacar, também, que a maior parte desse recurso foi destinada ao ressarcimento pela compra de medicamentos subsidiados em farmácias comerciais (Farmácia Popular 2).[35]

TABELA 3
Execução dos principais programas finalísticos do MS, desagregados por ações (2007- 2008)[36]

	Programas e ações finalísticas selecionadas:	Empenhado 2007	%	Empenhado 2008	%	Variação (%)
1220 – Atenção Integral, Hospitalar e Ambulatorial Especializada		24.262.944	100,0	25.318.662	100,0	4,
	8585 – Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	21.507.600	88,6	22.260.543	87,9	3,5
(a)	6217 – Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde	1.280.590	5,3	1.401.886	5,5	9,5
	8535 – Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde	519.816	2,1	660.979	2,6	27,2
	6148 – Assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e desenvolvimento de atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde - Serviço Social autônomo da Associação das Pioneiras Sociais	508.693	2,1	541.000	2,1	6,4
(b)	8761 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192	231.823	1,0	299.294	1,2	29,1
	Outras ações	446	0,0	454	0,0	1,8
1214 – Atenção Básica em Saúde (incluída parcela financiada pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza)		7.799.828	100,0	8.409.836	100,0	7,8
	20AD – Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família	4.363.526	55,9	4.740.600	56,4%	8,6
	8577 – Piso de Atenção Básica Fixo	3.021.210	38,7	3.253.554	38,7%	7,7
	8581 – Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde	260.427	3,3	256.029	3,0%	-1,7
(c)	8730 – Atenção Básica em Saúde Bucal	112.178	1,4	63.446	0,8%	-43,4
	8573 – Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família	5.621	0,1	37.620	0,4%	569,2
	Outras ações	37	0,0	59	0,0%	58,9

(Continua)

34. Isto é claro em 2007. Em 2008, como houve agregação de ações, não é possível saber o montante do recurso da ação 20AE, que foi destinado ao PAB-AF, dificultando a comparação com o Farmácia Popular.

35. Os detalhes da organização do Farmácia Popular foram apresentados nas edições nove e 12 deste periódico.

36. Agradecemos o apoio da equipe da área de saúde da Secretaria de Orçamento Federal do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SOF/MPOG) e da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS) para a compreensão das alterações e das agregações de ações de 2007 para 2008.

(Continuação)

	Programas e ações finalísticas selecionadas:	Empenhado 2007	%	Empenhado 2008	%	Variação (%)
	1293 – Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos	3.541.054	100,0	4.415.780	100,0%	24,7
	4705 – Apoio para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais	2.067.419	58,4	2.298.944	52,1	11,2
(d)	20ae – Promoção da assistência farmacêutica e dos insumos para programas de saúde estratégicos	334.905	9,5	893.868	20,2	166,9
(e)	4370 – Atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis	Vigilância	0,0	604.893	13,7	
	4368 – Promoção da assistência farmacêutica e dos insumos para programas de saúde estratégicos	740.081	20,9	131.434	3,0	-82,2
	8415 – Manutenção e funcionamento das farmácias populares	307.015	8,7	471.085	10,7	53,4
	7660 – Implantação de farmácias populares	5.898	0,2	5.436	0,1	-7,8
(f)	Outras ações	86	0,0	10	0,0	-88,2
	1444 – Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos	3.354.252	100,0	2.421.752	100,0	-27,8
	20al – Incentivo financeiro aos estados, ao Distrito Federal e aos Municípios certificados para a vigilância em saúde	867.957	25,9	906.604	37,4	4,5
	6031 – Imunobiológicos para prevenção e controle de doenças	786.769	23,5	805.450	33,3	2,4
(d)	4370 – Atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/AIDS e outras doencas sexualmente transmissíveis	748.835	22,3	A. Farmacêutica	0,0	
(g)	8670 – Vigilância, prevenção e controle em HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis	181.596	5,4	125.583	5,2	-30,8
	20ac – Incentivo financeiro aos estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para ações de prevenção e qualificação da atenção em HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis	151.156	4,5	124.335	5,1	-17,7
	Outras ações	618	0,0	460	0,0	-25,6

Fonte: Siga Brasil

Notas: [a] Em 2008, a Ação 6217 (Atenção Hospitalar e Ambulatorial do MS) foi desagregada em mais quatro ações além desta, quais sejam: 8758, 8759, 8755, 8933, que se referem às ações e aos serviços especializados do Instituto Nacional de Câncer, do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into), do Instituto Nacional de Cardiologia (INC), além do serviço de emergência na rede hospitalar. Dessa forma, para esta análise, estas ações foram reagregadas para efeitos de comparação com 2007.

[b] Em 2007, refere-se à Ação 0818 (Apoio à Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e às Emergências na Rede Hospitalar).

[c] Em 2008, a Ação 6838 (Atenção à Saúde Bucal) foi desmembrada em duas: a 8730 (Atenção Básica em Saúde Bucal) e a 8934 (Atenção Especializada em Saúde Bucal). A Ação 8730 permaneceu no programa de Atenção Básica, enquanto a Ação 8934 foi para a atenção hospitalar e ambulatorial (R$ 61 milhões).

[d] Em 2007, refere-se à Ação 0593 (Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica para a Assistência Farmacêutica Básica). Em 2008, além do PAB-AF, foram incorporados recursos da Ação 4368 referentes ao tratamento da saúde mental, da hipertensão, do diabetes, da asma e da rinite.

[e] Em 2008, a Ação 4370 (medicamentos a portadores de HIV/AIDS) passou a fazer parte do programa de Assistência Farmacêutica (Ação 1293) em vez da Vigilância (Ação 1306).

[f] Considera, entre outras, a Ação 6145 (Fomento à Produção Farmacêutica e Insumos Estratégicos, que se transformou na Ação 8636 (Inovação e Produção de Insumos Estratégicos para a Saúde), do Programa 1201 (Ciência, Tecnologia e Inovação no Complexo da Saúde) em 2007, o valor empenhado foi de R$ 60 milhões – em termos reais.

[g] Considera as ações 4327 (Atenção à Saúde das Pessoas com HIV/AIDS e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis) e 2721 (Promoção a Saúde e as Práticas Seguras de Prevenção e Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis em 2007 – que deixaram de existir em 2008.

4 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A insuficiência de recursos para a saúde continua presente no sistema público de saúde brasileiro. A principal esperança para garantir a sustentabilidade do sistema concentra-se na regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, que define o que são as ações e os serviços públicos de saúde, além de determinar o mínimo que deverá ser aplicado pela União, pelos estados e pelos municípios. Em relação aos gastos com ASPS, em 2008, estes apresentaram um aumento real de R$ 804 milhões na dotação autorizada em relação a 2007 (tabela 2), quantia muito inferior à que era prevista antes da extinção da CPMF, quando o governo pretendia investir cerca de R$ 4 bilhões de recursos adicionais no Programa Mais Saúde apenas em 2008. Ou seja, os recursos previstos para o PAC Saúde não foram devidamente repostos.

Em relação ao cumprimento da EC nº 29/2000, para calcular o valor mínimo que deveria ser aplicado em 2008, temos que aplicar a variação nominal do produto interno bruto (PIB) de 2007/2006 (9,61%)[37] na base de cálculo,[38] o que resulta em valor mínimo de R$ 49,29 bilhões para 2008. No entanto, foram executados R$ 48,7 bilhões de gastos em ASPS, fazendo que o governo federal deixasse de aplicar R$ 624 milhões em saúde.[39]

Esses recursos empenhados em ações e serviços públicos em saúde corresponderam a 94,9% da dotação autorizada, que foi de R$ 51,3 bilhões. Apesar do nível de execução ter aumentado em relação a 2007 (92,8%), este saldo de R$ 2,6 bilhões de despesas não empenhadas é frustrante para a saúde, no tocante ao cumprimento da EC nº 29. Isto porque, como foi visto anteriormente, o governo federal deixou de aplicar o mínimo em saúde, apesar de o recurso autorizado ter saldo suficiente para ultrapassar o valor mínimo em R$ 2 bilhões. Além disso, e em razão deste fato, como o cálculo do mínimo constitucional de despesas em

37. A variação nominal do PIB utilizada foi baseada nas estimativas mais recentes divulgadas pelo IBGE. Isto significa que a variação nominal do PIB de 2006/2005 foi de 10,36% e a de 2007/2006 foi de 9,61%.

38. O cálculo do valor mínimo que deverá ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de determinado ano, adotado neste texto, tem como base de cálculo o valor empenhado no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do PIB dos dois anos anteriores. Esta opção pela base móvel foi baseada na Decisão nº 143/2002 do TCU, que entendeu que a apuração do valor deveria ser feita ano a ano, e não em relação ao valor empenhado em 1999 acrescido da variação nominal do PIB de cada ano, como sugere a interpretação da base fixa. Esta decisão ressalta que este raciocínio só se impõe caso este valor empenhado obedeça ao mínimo previsto constitucionalmente para aquele ano. Caso contrário, adota-se como base de cálculo o próprio valor mínimo daquele ano, e não a despesa empenhada, corrigindo-a pela variação nominal do PIB. Em 2008, o valor mínimo calculado correspondeu à variação nominal do PIB de 2007/2006 (9,61%), aplicada no valor mínimo de 2007 (R$ 44,972 bilhões), uma vez que a despesa empenhada de 2007 (R$ 44,303 bilhões) foi inferior ao mínimo.

39. Esta informação diverge do relatório anual de gestão (RAG) de 2008 do MS e da Nota Técnica do CONASS/Progestores – referente à execução de 2008, pois estes documentos realizaram seus cálculos utilizando estimativas de PIB mais antigas. Ou seja, a variação nominal do PIB de 2006/2005 considerada foi de 8,6% – em vez de 10,36% – e a de 2007/2006 foi de 9,68% – em vez de 9,61%. Isto afetou diretamente o valor mínimo de gastos em ASPS da União calculado para 2008, que segundo estes relatórios foi de R$ 48,6 bilhões. De acordo com esta metodologia, a União cumpriu o mínimo constitucional estabelecido pela EC nº 29. É imprescindível, portanto, que se defina qual estimativa do PIB deverá ser utilizada nas análises sobre aplicação do mínimo.

ASPS está diretamente relacionado ao valor empenhado no ano anterior (base de cálculo), o fato de deixar de empenhar R$ 2,6 bilhões em 2008 implica, a princípio, a redução do mínimo de 2009.

Isso foi o que de fato aconteceu. O valor mínimo que o governo deverá gastar em ASPS em 2009, dada a base de cálculo de 2008 – neste caso, o valor mínimo de 2008 – e considerando-se a variação nominal do PIB 2008/2007 (11,25%), é de R$ 54,8 bilhões. Entretanto, se o MS tivesse executado 100% do orçamento que foi autorizado para os gastos em ASPS em 2008, o valor mínimo de 2009 teria sido de R$ 57 bilhões. Ou seja, se tal fato tivesse ocorrido, além de ter cumprido a EC nº 29 em 2008, também haveria um aumento do mínimo de recursos que deveriam ser gastos em 2009 com ASPS. Dessa forma, em vez de terem sido autorizados R$ 55 bilhões[40] para gastos em ASPS em 2009, este valor deveria ser igual ou superior a R$ 57 bilhões.

Os restos a pagar são um efeito colateral da política econômica dos últimos dez anos, que privilegia o superávit primário (economia de recursos para pagar os juros da dívida pública). Para garantir o esforço fiscal, o governo faz o contingenciamento das verbas no começo do ano e só libera o dinheiro no fim do segundo semestre. Com isto, aumenta-se o montante de restos a pagar, uma vez que, como os recursos são liberados no fim do ano, não há tempo hábil para a execução de todos os estágios da despesa (empenho, liquidação e pagamento). Em 2008, os restos a pagar inscritos totalizaram R$ 5,7 bilhões, dos quais 50% tinham sido pagos até julho de 2009.

A regulamentação da EC nº 29 continua sendo a principal bandeira do processo de fortalecimento do SUS, que tem como objetivo aumentar os recursos para a saúde e aprimorar definições do que são e do que não são considerados ações e serviços públicos em saúde. O substitutivo apresentado pela Câmara dos Deputados ao Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 121[41] voltou à proposta de manter a atual forma de cálculo do valor mínimo a ser aplicado pela União, que é o valor empenhado do ano anterior, e a variação nominal do PIB dos dois anos anteriores, acrescidos de recursos adicionais provenientes de uma nova contribuição: a Contribuição Social para a Saúde (CSS), na alíquota de 0,10% das movimentações financeiras em vez de 0,38% como a CPMF. Entretanto, este projeto enfrenta dificuldades na Câmara dos Deputados, que tenta aprovar um

40. De acordo com os dados do Siga Brasil Lei Orçamentária Anual (LOA) 2009, a dotação autorizada para gastos em ações e serviços públicos de saúde totalizou R$ 55,089 bilhões em 2009.

41. Projeto do senador Tião Viana segundo o qual os recursos a serem aplicados pelo governo federal deveriam corresponder a 10% da receita corrente bruta da União, escalonado em quatro anos. Este projeto foi aprovado no Senado e encaminhado à Câmara como PLP nº 306.

destaque que modifica a base de cálculo da CSS.[42] Se isto ocorrer, este substitutivo perde o valor, pois inviabilizaria a criação da CSS, necessário para aumentar o montante de recursos disponíveis para a União. Além disso, cabe chamar atenção para uma negociação ocorrida em junho de 2009 entre governadores e deputados, que implicou uma diminuição de recursos para saúde no âmbito estadual. Governadores pressionaram os parlamentares e o relator do projeto para a retirada de recursos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização do Magistério (FUNDEB) da base de cálculo dos estados,[43] sob a ameaça de tirarem seu apoio da regulamentação da EC nº 29.

Entretanto, um importante passo foi dado em torno do cumprimento da EC nº 29. Em junho de 2009, o Ministério Público Federal (MPF) encaminhou aos ministros da Saúde, da Fazenda e do Planejamento uma recomendação para que fossem suplementados cerca de R$5,5 bilhões de recursos para a saúde, referentes a débitos progressivos de aplicação em ações e serviços públicos em saúde, no período 2001-2008. Segundo os procuradores que expediram o ofício, este débito vem do descumprimento pela União do estabelecido na EC nº 29, entre os quais: *i*) não ter utilizado o critério base móvel, em 2001 e 2002; *ii*) ter computado recursos destinados ao Programa Bolsa Família (PBF) no cálculo de ASPS; *iii*) ter deixado de incluir os recursos empenhados em ações de saúde, provenientes do Fundo de Combate à Pobreza, como base de cálculo para os anos seguintes à entrada desta receita; e *iv*) não ter reposto nas bases mínimas os recursos de restos a pagar cancelados.

Diante dessa recomendação, a Secretaria de Orçamento Federal (SOF/MPOG) – e a Secretaria do Tesouro Nacional (STN/Ministério da Fazenda – MF) fizeram uma nota técnica conjunta analisando e contestando os argumentos e os cálculos apresentados pelos procuradores. A nota técnica refuta todas as questões apresentadas e finaliza dizendo que houve estrito cumprimento dos ditames constitucionais e legais, não reconhecendo, portanto, a dívida apontada. Esta nota foi encaminhada, pelo Ministério da Fazenda, ao procurador-geral da República para que este se pronuncie sobre o assunto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não são novos os problemas identificados no Sistema Único de Saúde e os desafios a enfrentar. São conhecidas também as medidas necessárias para a superação das dificuldades a serem enfrentadas. Superar a fragmentação do modelo de atenção e de gestão; introduzir mecanismos de gestão capazes de responder

42. O destaque prevê que o novo tributo não deve incidir sobre a movimentação financeira realizada no país, o que descaracterizaria a CSS.

43. De acordo com a EC nº 29, os estados devem aplicar em saúde o valor referente a 12% de suas receitas próprias (receitas de impostos mais transferências constitucionais e legais), enquanto os municípios devem aplicar um montante de 15% em relação a suas receitas próprias.

às especificidades setoriais e conferir maior efetividade à ação do SUS; reduzir desigualdades inter-regionais no acesso a cuidados especializados; reorganizar os fluxos de atenção à saúde; e melhorar a qualidade da atenção ofertada, particularmente na atenção básica, são medidas reconhecidas como necessárias há muito tempo por toda a ampla gama de atores setoriais e objetivos expressos na maior parte dos documentos de política de saúde.

Transformar o diagnóstico em ações concretas é o verdadeiro desafio. Implica a superação de práticas de gestão e de cuidado consolidadas, envolvendo mudanças de cultura institucional; a garantia de volumes de recursos adequados à progressiva expansão da oferta de ações e serviços necessários ao atendimento das necessidades de saúde da população; a disponibilidade de profissionais em número e qualificação adequados; e, mais que tudo, um esforço de reconstrução da capacidade de planejamento de médio e longo prazos, superando a visão imediatista e conjuntural que tem sido a marca da gestão pública nas últimas décadas. Integrar o processo de planejamento é condição indispensável para superar a fragmentação.

Estabelecer prioridades não é tarefa simples quando as demandas são muitas e as pressões, intensas. Mas é indispensável que sejam identificadas as medidas que são capazes de mudar o cenário atual e de conduzir o sistema de saúde a seus objetivos de oferecer atenção à saúde adequada, efetiva e oportuna a toda a população.

Cremos que um esforço concentrado para a constituição de redes regionais de atenção à saúde, construídas não apenas a partir de arranjos e recortes baseados nas configurações geográficas e político-institucionais, mas que também considerem processos e interações sociais locais e coloquem as necessidades da população no centro das decisões, pode ser o ponto de partida para a superação de muitos dos gargalos hoje identificados. Um plano de regionalização que contemple o conjunto de necessidades de atenção à saúde, no interior do qual se desenhem sub-redes específicas para atender às peculiaridades de grupos populacionais ou patologias. A estratégia atual, de estabelecer redes "temáticas" – saúde da mulher, da criança, de oncologia, de atenção a urgências etc. – desvinculadas de um plano geral de regionalização para o sistema de saúde, apresenta o risco de reproduzir a fragmentação com todos os seus efeitos negativos – dificuldades para introdução de padrões de atenção, incremento de custos e alocação ineficiente de recursos.

Um processo de regionalização bem conduzido permitirá integrar o sistema e assegurar ao cidadão o acesso adequado e oportuno aos cuidados em todos os níveis de atenção, assim como ao apoio ao diagnóstico e à assistência farmacêutica. Não é tarefa simples no contexto das relações federativas brasileiras e exige o compromisso de gestores em todas as esferas de governo, trabalhadores, administradores de unidades de saúde e usuários. Mas é possível no contexto de um processo que inclua todos os sujeitos envolvidos.

Há requisitos a serem cumpridos para assegurar a efetividade da operação das redes de atenção à saúde.

A disponibilidade de recursos financeiros e a interiorização de profissionais de saúde, principalmente médicos especialistas, são os mais importantes. A implementação de redes resolutivas exigirá investimentos estratégicos para assegurarem a integralidade da atenção preconizada pelo marco institucional do sistema e a eliminação dos vazios assistenciais hoje existentes. São, também, medidas necessárias para assegurar condições de trabalho aos profissionais de saúde e, dessa forma, associadas à remuneração digna e à possibilidade de intercâmbio e atualização, para estimular a permanência destes em localidades mais remotas.

Mas são igualmente indispensáveis o redesenho dos processos de cuidado, a integração entre as unidades prestadoras de serviços, a redefinição e a modernização de mecanismos e processos de gestão, envolvendo maior flexibilidade, regulação do acesso e identificação do usuário – o cartão SUS –, elaboração e permanente atualização de protocolos, implementação de prontuário clínico eletrônico, entre outras medidas.

O MS é ator fundamental nesse processo. O fortalecimento do planejamento e da regulação – suas funções primordiais –, associado às mudanças estratégicas na formulação de políticas nacionais e nos mecanismos de financiamento, pode ser o mais poderoso indutor da mudança. A superação da fragmentação ainda vigente na condução da política de saúde, a eliminação da multiplicidade de incentivos financeiros – nem sempre articulados ou direcionados à obtenção de resultados globais referentes ao cuidado ofertado à população – e o fortalecimento da regulação do sistema e da assistência à saúde são desafios que precisam ser enfrentados com decisão pela esfera federal.

São medidas necessárias para ampliar a legitimidade do sistema público de saúde e estancar a crescente tendência de transferir sua gestão a entidades privadas sob o pretexto de alcançar maior eficiência.

REFERÊNCIAS

ABREU, S. C. C. **Avaliação da implantação do Programa de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, na zona leste do município de São Paulo**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

BARROS, M. E. Diagnóstico e desempenho recente do Mais Saúde. *In*: IPEA. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2009. cap. 21.

BELTRAME, A. A filantropia e o SUS. **Gazeta Mercantil**, Caderno A, p. 9, 6 nov. 2008. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/download/DALARI_DIREITO_SAUDE_NEGOCIO_DA_SAUDE.pdf>. Acesso em: 25 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS). **Vigilância em saúde**: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, 2008a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano IX, n. 20, out./dez. 2008b.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde 2008**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Programa Siga Brasil**. Brasília, jul. 2009b.

_____. Ministério da Saúde (MS). **MS anuncia R$ 94,4 milhões a mais para custeio de exames de câncer**, 28 abr. 2009c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10127>. Acesso em: 28 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica (DAB). **Histórico de cobertura do Saúde da Família**. Nota técnica. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf,>. Acesso em: 14 set. 2009d.

_____. **Ministério da Saúde anuncia R$ 94,4 milhões a mais para custeio de exames de câncer**. **Disponível em**: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=931&CO_NOTICIA=10127>. Acesso em: 11 nov. 2009e.

_____. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2010.

CARVALHO, G. **Fundação estatal é legitimada pelo Conselho Nacional de Saúde**. São Paulo, 2008. Mimeografado. Disponível em: <http://sintufes.org.br/diversos/FUNDA%C3%87%C3%83O%20ESTATAL%20%C3%89%20LEGITIMADA%20PELO%20CONSELHO%20NACIONAL%20DE%20SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Jornal do Conselho**. Brasília, ano 3, Edição especial, nov. 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornaicns/jornalfundacao.pdf>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Vigilância em Saúde**. Brasília: Conass, 2007. (Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, 6, I). 278 p.

_____. **O Pacto pela Saúde**: desafios e perspectivas. Apresentação de Eugênio Pacceli. Oficina de Trabalho das Comissões Intergestores Bipartite. Brasília, 25 ago. 2009.

DALLARI, D. O direito à saúde e o negócio da saúde. **Gazeta Mercantil**, Caderno A, p. 11, 4 nov. 2008.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. A. Descentralização e desigualdade regionais em tempos de hegemonia liberal. *In*: LIMA, N. T. *et al.* **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HARZHEIM, E. **Avaliação da atenção à saúde infantil no Programa de Saúde da Família da região Sul de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2006.

IPEA. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília, n. 1, 2000.

_____. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília, n. 2, 2006.

_____. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília, n. 14, 2007.

_____. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília, n. 16, 2008a.

_____. Brasil: o estado de uma nação. *In*: AMORIM, R. L. C.; CAMPOS, A. G.; GARCIA, R. C. (Ed). **Estado, crescimento e desenvolvimento**: a eficiência do setor público no Brasil, 2007. Brasília: 2008b. 288 p.

_____. Assistência social e segurança alimentar: entre novas trajetórias, velhas agendas e recentes desafios (1988-2008). **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise – 20 anos de Constituição Federal de 1988, Brasília, v. 1, n. 17, 2009. Edição especial.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, p. 42-57, 2008. Suplemento 1.

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

NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. *In*: COHN, A. (Org). **Saúde da Família e SUS**: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009.

PORTELA, G. Z. A sustentabilidade econômico-financeira do Programa Saúde da Família em municípios de grande porte. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, setembro de 2008. Dissertação de Mestrado.

PUCCA, G. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Apresentação. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, 2008.

SOUZA, M. F.; HAMANN. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1325-1335, 2009. Suplemento 1.

VIANA, A. L. A. *et. al*. Financiamento e desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *In*: COHN, A. (Org). **Saúde da Família e SUS**: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009.