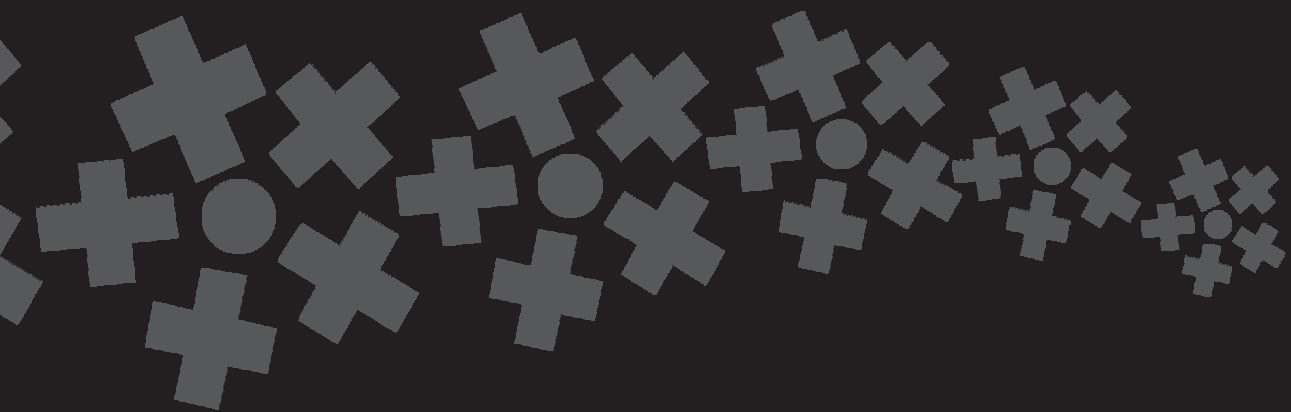




Conselho Nacional de Secretários de Saúde



SUS: avanços e desafios



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

SUS: avanços e desafios

1ª Edição

Brasília, 2006

Copyright 2006 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte e a autoria.

Tiragem: 3000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006.

164 p.

ISBN 85-89545-07-5

1. Sistema de Saúde. I Conselho Nacional de Secretários de Saúde. II Título.
II. Série

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068

ISBN 85-89545-07-5



9 788589 545075

Autores

Coordenação

Ricardo F. Scotti

Redação

Eugênio Vilaça Mendes

Júlio Müller

René Santos

Colaboradores

Fernando Cupertino

Nélson Rodrigues dos Santos

Edição

Vanessa Pinheiro

Revisão

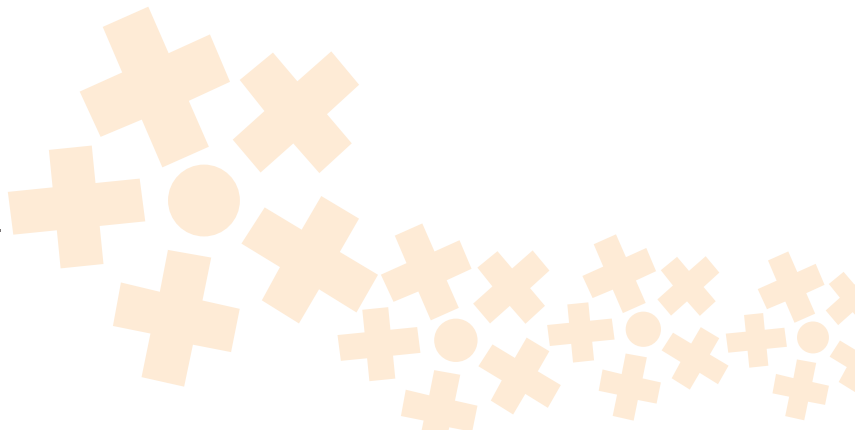
Daniel Mergulhão

Projeto Gráfico

Ricardo F. Scotti

Diagramação e Arte Final

Ad Hoc Comunicação





CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Diretoria do CONASS – 2006

Presidente

Jurandi Frutuoso Silva – SES/CE

Vice-presidente Região Norte:

Fernando Agostinho Cruz Dourado – SES/PA

Vice-presidente Região Nordeste

José Antônio Rodrigues Alves – SES/BA

Vice-presidente Região Centro-Oeste

Augustinho Moro – SES/MT

Vice-presidente Região Sudeste

Luiz Roberto Barradas Barata – SES/SP

Vice-presidente Região Sul

Cláudio Murilo Xavier – SES/PR

Vice-presidentes Adjuntos

Milton Luiz Moreira – RO (Norte)

Geraldo de Almeida Cunha Filho – PB (Nordeste)

José Geraldo Maciel – DF (Centro-Oeste)

Marcelo Teixeira – MG (Sudeste)

Carmen Zanotto – SC (Sul)

Diretorias Extraordinárias

Processo Normativo do SUS:

Marcelo Teixeira – SES/MG

Relações Interinstitucionais:

Gilson Cantarino O'Dwyer – SES/RJ

Assuntos Parlamentares:

Geraldo Maciel – SES/DF

Saneamento e Meio-Ambiente:

Gentil Porto – SES/PE

Atenção Primária:

Carmen Zanotto – SES/SC

Relações Internacionais:

Fernando Cupertino – CONASS

Comissão Fiscal

Titulares

Gentil Porto – SES/PE

Wilson Duarte Alecrim – SES/AM

Adelmaro Cavalcanti Cunha Júnior – SES/RN

Suplentes

João Gabbardo dos Reis – SES/RS

Marcelo Teixeira – SES/MG

Milton Luiz Moreira – SES/RO

Representantes do CONASS

Conselho Nacional de Saúde

Titular: Jurandi Frutuoso - CE

1º Suplente: Armando Raggio - CONASS

2º Suplente: René Santos – CONASS

Conselho Consultivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Titular: Tatiana Vieira Souza Chaves - PI

Suplente: Viviane Rocha de Luiz – CONASS

Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Titular: Fernando Cruz Dourado - PA

Suplente: Regina Helena Arroio Nicoletti – CONASS

Conselho de Administração da Organização Nacional de Acreditação – ONA

Titular: Déa Carvalho

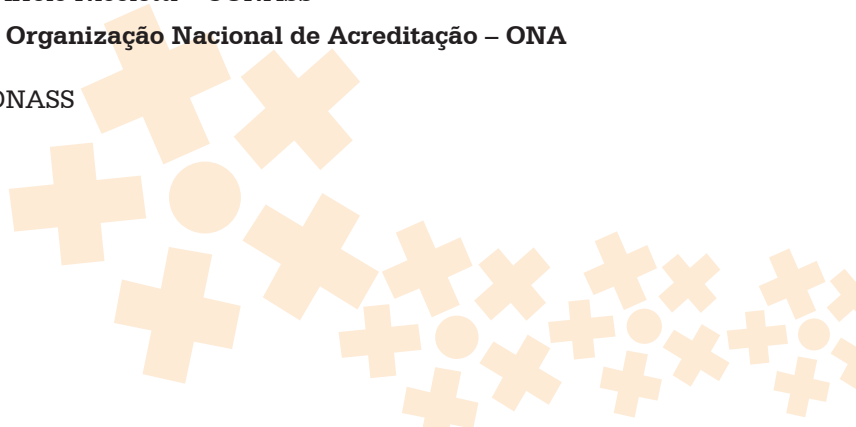
Suplente: Lívia Costa - CONASS

Mercosul:

Matias Gonsales Soares – MS

Hemobrás:

Gentil Porto – PE





CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Secretários Estaduais de Saúde

AC – Suely de Souza Mello da Costa
AL – Jacy Maria Quintella Melo
AP – Abelardo da Silva Vaz
AM – Wilson Duarte Alecrim
BA – José Antônio Rodrigues Alves
CE – Jurandi Frutuoso Silva
DF – José Geraldo Maciel
ES – Anselmo Tose
GO – Cairo de Freitas
MA – Helena Maria Duailibe Ferreira
MG – Marcelo Teixeira
MS – Matias Gonsales Soares
MT – Augustinho Moro
PA – Fernando Agostinho Cruz Dourado
PB – Geraldo de Almeida Cunha Filho
PE – Gentil Alfredo Magalhães Duque Porto
PI – Tatiana Vieira Souza Chaves
PR – Claudio Murilo Xavier
RJ – Gilson Cantarino O’Dwyer
RN – Adelmario Cavalcanti Cunha Júnior
RO – Milton Luiz Moreira
RR – Eugênia Glaucy Moura Ferreira
RS – João Gabbardo dos Reis
SC – Carmen Zanotto
SE – Silvani Alves Pereira
SP – Luiz Roberto Barradas Barata
TO – Gismar Gomes

Secretaria Executiva do CONASS

Secretário Executivo

Ricardo F. Scotti

Coordenadora Administrativa e Financeira

Regina Nicoletti

Coordenador Técnico

René Santos

Coordenadora dos Núcleos Técnicos

Rita Cataneli

Assessoria Técnica

Déa Carvalho, Eliana Dourado, Gisele Bahia, Júlio Müller, Lore Lamb, Márcia Huçulak e Viviane Rocha de Luiz

Assessora de Comunicação Social

Vanessa Pinheiro

Jornalistas

Adriana Cruz e Tatiana Rosa

Gerente Financeiro

Luciana Tolêdo Lopes

Gerente Administrativo

Lívia Costa

Núcleos Administrativo e Financeiro

Adriano Salgado, Ana Lúcia Melo, Carolina Abad, Gabriela Barcello; Gutemberg Geraldino, Ilka Costa; Júlio B. C. Filho, Maria Luiza Campolina Ferreira e Sheyla Ayala.

Câmaras Técnicas

Assistência Farmacêutica

Atenção Primária

Atenção à Saúde

Comunicação Social

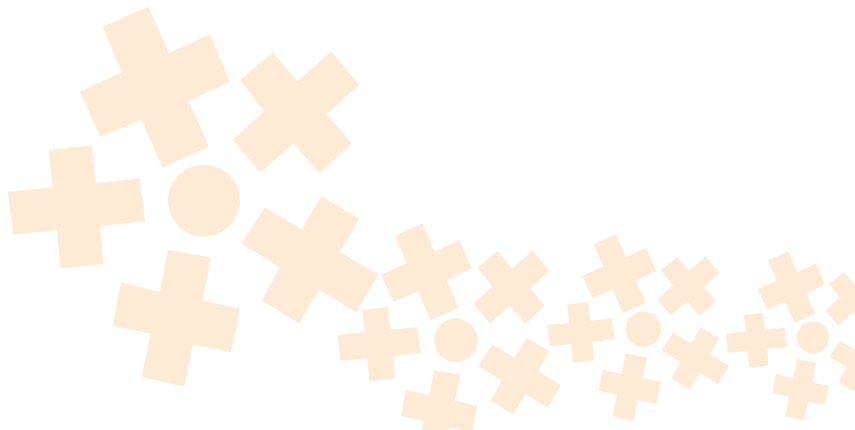
Epidemiologia

Gestão e Financiamento

Informação e Informática

Recursos Humanos

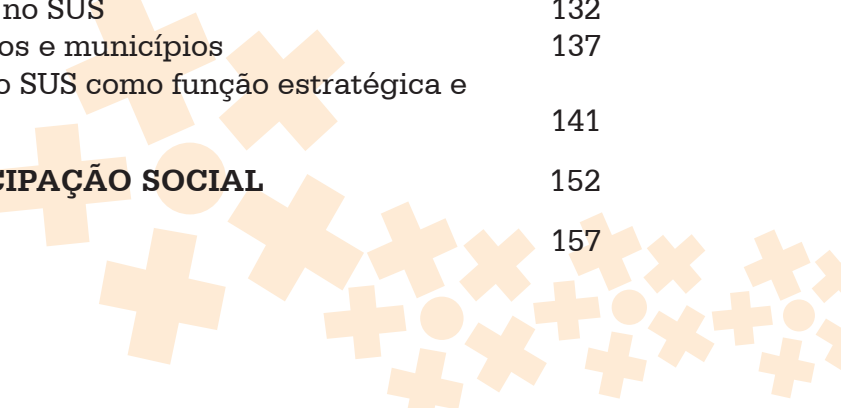
Vigilância Sanitária

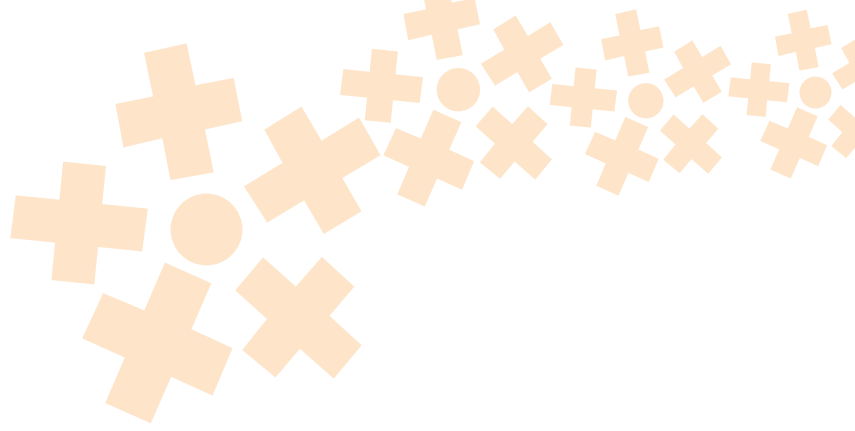


SUMÁRIO

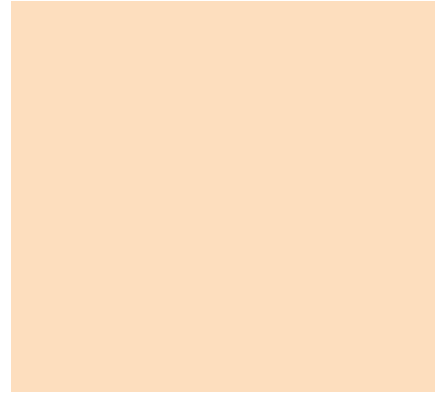
Apresentação	13
Introdução	17
Breve história do SUS	21
SUS: avanços a celebrar	29
SUS: desafios a superar	45
1. O DESAFIO DA UNIVERSALIZAÇÃO	48
1.1. O dilema entre a universalização e a segmentação na experiência internacional	48
1.2. A segmentação do sistema de saúde brasileiro	49
1.3. Os resultados da segmentação dos sistemas de saúde	57
1.4. SUS universal, uma utopia?	60
2. O DESAFIO DO FINANCIAMENTO	63
2.1. A natureza dos gastos em Saúde	63
2.2. Os gastos em Saúde no Brasil	64
2.3. O aumento do gasto público em Saúde no Brasil	67
2.4. O aumento do gasto público em Saúde como questão política	72
2.5. O financiamento do SUS e a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29	73
2.6. A melhoria da qualidade dos gastos públicos em Saúde	74
2.7. A integralidade regulada	75
2.8. O aumento da eficiência do SUS	78
2.9. A ineficiência de escala	79
2.10. A ineficiência alocativa	85
2.11. A equidade do financiamento	91

3. O DESAFIO DO MODELO INSTITUCIONAL DO SUS	95
3.1. A federação brasileira	95
3.2. O federalismo fiscal	98
3.3. O modelo institucional do SUS: o federalismo sanitário	103
3.4. Gastos do SUS por entes federados	105
3.5. Avançando no modelo institucional do SUS: limites e possibilidades	108
4. O DESAFIO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS	114
4.1. As condições agudas e crônicas	114
4.2. A situação de saúde no Brasil	115
4.3. As conseqüências sanitárias e econômicas das doenças crônicas	120
4.4. A crise do modelo de atenção à saúde do SUS	121
4.5. O modelo de atenção à saúde voltado para as condições crônicas no SUS: a organização das redes de atenção à saúde	124
4.6. A implantação das redes de atenção à saúde no SUS	125
4.7. A gestão das redes de atenção à saúde nos espaços regionais	127
5. O DESAFIO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS	129
5.1 O campo do trabalho em Saúde	129
5.2 A gestão do trabalho no SUS	132
5.3 A situação nos Estados e municípios	137
5.4 Gestão do trabalho no SUS como função estratégica e integrada	141
6. O DESAFIO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	152
Referências Bibliográficas	157





Apresentação



O CONASS tem sido na construção do Sistema Único de Saúde um ator importante e privilegiado para a formulação de propostas que visam consolidar um dos maiores processos de inclusão social já desencadeado no Brasil, uma vez que integra a Comissão Intergestores Tripartite do SUS.

A trajetória histórica do CONASS confunde-se com a do próprio SUS e talvez por isso seus caminhos sejam sempre interligados. Nos últimos anos, o Conselho fortaleceu-se técnica e politicamente, mediante a construção de consenso entre os Secretários Estaduais, e foi capaz de apresentar várias propostas concretas que muito contribuíram para a melhoria do sistema de saúde no Brasil.

Além disso, vem contribuindo para fortalecer a capacidade de gestão das Secretarias Estaduais de Saúde de forma que elas ocupem seu espaço estratégico no SUS.

Em março de 2006, sob a presidência do Dr. Marcus Pestana, o CONASS promoveu, no Rio de Janeiro, um grande fórum nacional: **Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil**, com o objetivo de travar um debate sobre o país que queremos e quais os caminhos para construí-lo. Participaram, além de gestores do SUS, lideranças políticas, expressivos representantes da sociedade civil e intelectuais. A síntese das discussões gerou o “CONASS Documenta n. 12”, disponível no site <www.conass.org.br>. Foram discutidos temas da saúde pública, tais como: o avanço na construção do SUS constitucional; a

postura diante da ininterrupta revolução tecnológica na saúde, que impõe custos sempre crescentes: o problema do sub-financiamento setorial; as falhas na gestão; a cooperação efetiva e harmônica entre as três esferas de governo; a busca da equidade e a construção da qualidade dos serviços em um ambiente de permanente escassez de recursos.

Como um dos produtos desse fórum, o CONASS elaborou um **Manifesto aos Candidatos à Presidência da República** e o entregou, em outubro de 2006, a cada um deles, aos seus coordenadores de campanha e ao presidente do respectivo partido.

A forma concisa do Manifesto gerou a necessidade de detalhar as propostas nele contidas, fundamentando-as e justificando-as como consenso do CONASS, divulgado-as neste livro, lançado na última Assembléia de Secretários do ano de 2006, em 13 de dezembro, após aprovação do texto final na 11ª Assembléia do CONASS, em 8 de novembro.

Este livro faz um registro dos grandes avanços do SUS nos últimos anos, em pouco mais de uma década e meia de existência, e apresenta propostas embasadas tecnicamente para o enfrentamento dos desafios que impedem a consolidação do sistema público de qualidade a toda a população brasileira.

Dessa forma, o CONASS espera contribuir para esse novo momento dos governos federal e estaduais e também do novo poder Legislativo.

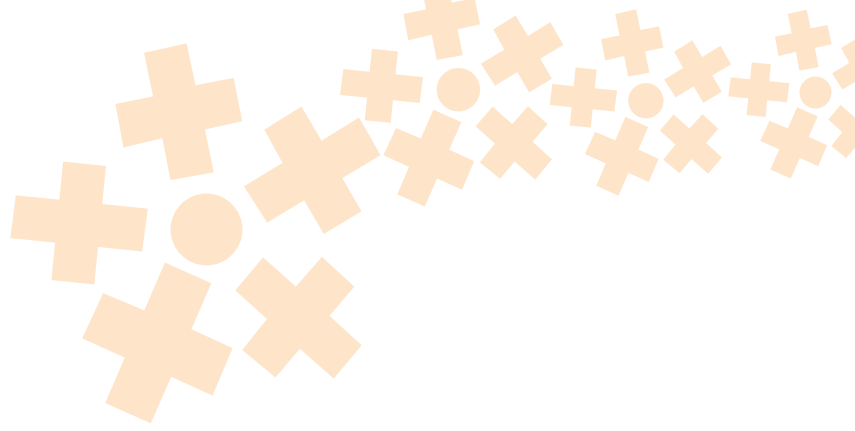
Para essa geração de Secretários que encerra em dezembro de 2006 sua missão de representar **a força dos Estados na garantia do direito à saúde**, é uma honra poder deixar um documento que servirá como base para uma discussão democrática sobre qual sistema de saúde a sociedade brasileira é capaz de construir, atendendo aos princípios constitucionais conquistados na Constituição Cidadã de 1988.

O livro **SUS: Avanços e Desafios** representa um momento de reflexão e ousadia ao buscar olhar para o futuro com a certeza de que estamos no bom caminho.

Boa leitura.

Jurandi Frutuoso Silva

Presidente do CONASS



Introdução



O SUS, com pouco mais de uma década e meia de existência, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira.

Pelos resultados alcançados é inegável os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira.

Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar:

- desafio da universalização;
- desafio do financiamento;
- desafio do modelo institucional;
- desafio do modelo de atenção à saúde;
- desafio da gestão do trabalho no SUS; e
- desafio da participação social.

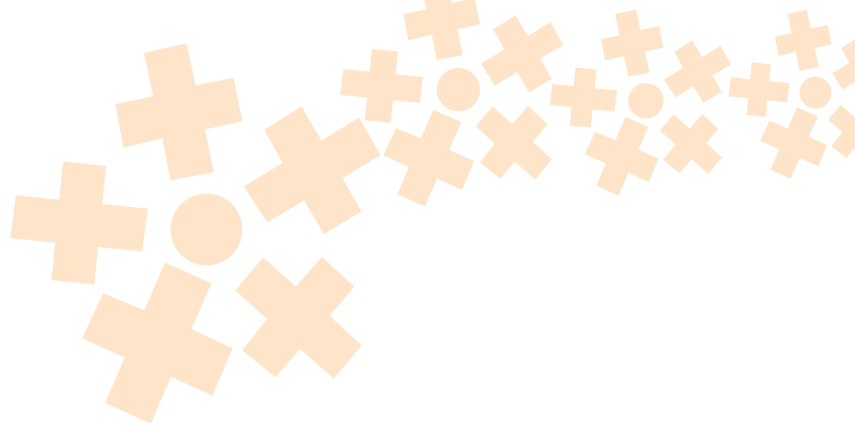
Com base nesses desafios, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apresentou **Manifesto aos candidatos à Presidência da República** com propostas que considera prioritárias, a serem contempladas nos respectivos planos de governo. As propostas foram construídas a partir de discussões feitas nas suas Assembléias e no

Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil, realizado no mês de março de 2006 no Rio de Janeiro em parceria com o jornal O Globo (para conhecer o Manifesto, na íntegra, acesse o site: <www.conass.org.br> ou escreva para <conass@conass.org.br> solicitando-o).

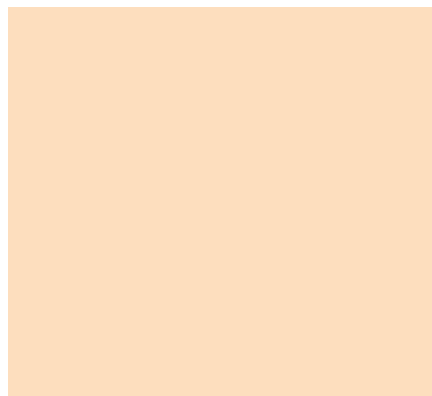
Sinteticamente, a seguir, as propostas apresentadas e detalhadas neste livro:

- Compromisso com os princípios constitucionais do SUS.
- O SUS como política de Estado – mais de que de governos.
- Pacto em defesa do SUS – movimento de repolitização da Saúde.
- Pacto pela Vida – definição de prioridades e gestão pública por resultados sanitários.
- O desafio do financiamento – necessidade de aumentar os gastos públicos em Saúde no Brasil.
- Aumento da eficiência da gestão do SUS – organizar-se em redes de atenção à saúde.
- Regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 – por mais recursos públicos para a Saúde e para orientar os respectivos Tribunais de Contas no processo de fiscalização do seu cumprimento.
- Ênfase na atenção primária – como principal porta de entrada do SUS.
- Mais recursos para a média complexidade ambulatorial e hospitalar – cujo financiamento se encontra cada vez mais estrangulado pelo da alta complexidade.
- Redução das desigualdades regionais.
- Novo pacto federativo e reforma tributária.
- Aumento de recursos no orçamento do Ministério da Saúde.
- Superação da crise de financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional.
- Mudança no modelo de atenção à saúde – regionalização e redes de atenção à saúde.
- Implementação do Pacto de Gestão – como um novo pacto federativo sanitário e que deverá estruturar-se sob a égide da unidade doutrinária e da diversidade operacional.

Concluído o processo eleitoral e no início do mandato dos novos governantes federal e estaduais, o CONASS por meio desse documento apresenta nesse livro um detalhamento das propostas apresentadas.



Breve história do SUS



BREVE HISTÓRIA DO SUS

O SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção.

Ainda que sua instituição formal tenha se dado na Constituição Federal de 1988, suas origens remontam a muito mais tempo, a partir da crise do modelo médico assistencial privatista que se hegemonizou na segunda metade do século XX, induzido pelo processo da industrialização brasileira.

O modelo médico assistencial privatista teve as seguintes características: a extensão da cobertura previdenciária a segmentos economicamente integrados da população urbana; o privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas; a criação de um complexo médico-industrial; e o deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não lucrativos (Silva, 1983).

As mudanças políticas e econômicas que se deram nos anos 1970 e 1980 determinaram o esgotamento desse modelo sanitário. Essas crises e o processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que propugnavam um modelo alternativo de atenção à saúde.

Nos anos 1970, surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária, realizados por instituições acadêmicas e Secretarias de Saúde, que desaguaram, em 1979, num programa de atenção primária seletiva, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Sanea-

mento (Piass). Paralelamente, começavam a se desenvolver as primeiras experiências de municipalização da Saúde.

Nesses espaços de construção da medicina comunitária é que se gestou e difundiu-se o movimento sanitário. Coordenado por grupos de intelectuais localizados em espaços acadêmicos e institucionais, articulados com partidos políticos de esquerda, o movimento sanitário constituiu-se na base político-ideológica da reforma sanitária brasileira. Surgiram, na segunda metade dos anos 1970, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

A crise aguda da Previdência Social no início dos anos 1980 fez surgir, no plano político-institucional, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) que teve nas Ações Integradas de Saúde (AIS) um de seus pilares. As Ações Integradas de Saúde foram implantadas em 1983 como um programa de atenção médica para áreas urbanas, numa co-gestão entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e as Secretarias Estaduais de Saúde.

Os Secretários Estaduais de Saúde criaram em fevereiro de 1982 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). No final daquele ano, elegeram-se, em pleitos diretos, vários governadores de oposição ao regime militar e, com eles, passaram a ocupar espaços políticos e técnicos importantes nas Secretarias Estaduais de Saúde, participantes do movimento sanitário. Da mesma forma, em 1983, foram eleitos vários prefeitos municipais que deram alento ao movimento de municipalização da Saúde e aos encontros nacionais de secretários municipais de saúde. Em 1988, criou-se o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Em março de 1986 ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século passado, a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde. Essa conferência teve desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988. O relatório final da conferência colocou três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da in-

tegralidade, da descentralização e da participação da comunidade.

Em 1987, foi implantado no Executivo federal, um arranjo institucional denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) que tentou incorporar, em seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras. O Suds foi contemporâneo da Assembléia Nacional Constituinte.

O processo constituinte conformou-se num espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo das suas diversas etapas, em que um núcleo de congressistas progressistas desempenhou papel relevante, apoiado por intelectuais do movimento da reforma sanitária. O texto final negociado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário: a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; a saúde como direito de todos e dever do Estado; a relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. Criou-se, assim, na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O ambiente constitucional era de forte rejeição à centralização imposta, autoritariamente, pelo regime militar. Por isso, associou-se descentralização com democratização e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando-se, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) à proteção de direitos coletivos (saúde e assistência social). Esse processo se fez por meio da descentralização de competências e de receitas tributárias para Estados e municípios. Na Saúde houve, naquele momento, uma clara preferência pela municipalização.

Dentre as muitas lições aprendidas no movimento de reforma sanitária, uma merece ser destacada: a mudança foi alcançada por um longo e duro movimento de politização da Saúde que articulou movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e políticos, especialmente parlamentares.

Como decorrência da Constituição Federal, elaborou-se, no período de 1989 a 1990, a Lei n. 8.080 de setembro de 1990, que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. Os vetos presidenciais, colocados numa lei acordada no Congresso Nacional, atingiram pontos fundamentais como a instituição dos Conselhos e

das Conferências de Saúde. Uma intensa reação da sociedade civil organizada levou à Lei n. 8.142, de dezembro de 1990, que regula a participação da comunidade no SUS.

A seção de saúde da Constituição Federal e as Leis n. 8.080 e 8.142 de 1990 constituem as bases jurídicas, constitucionais e infraconstitucionais, do SUS.

A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos havia a Saúde Previdenciária a que tinham direito os portadores da “carteirinha” do Inamps; para os não incluídos restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes.

O SUS pôs fim, em pouco tempo, a essa figura iníqua dos indigentes sanitários, promovendo a integração do Inamps ao sistema público único de saúde. Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho, a cidadania regulada (Santos,1979).

Assim como a criação do SUS resultou de um processo social de longa maturação, esse sistema de saúde continuou reformando-se, continuamente, durante sua existência. Uma incursão a respeito das experiências internacionais de reformas sanitárias ajuda a entender melhor esse movimento de mudança continuada do sistema público de saúde brasileiro.

As reformas sanitárias podem ser concebidas como movimentos de mudanças propositais, com objetivos predefinidos, incidentes sobre macrofunções estratégicas dos sistemas de saúde e que se sustentam ao longo do tempo. Há várias maneiras de caracterizar as reformas sanitárias. Uma das mais utilizadas é a de Ham (1997), que identifica quatro tipos principais:

- a reforma big-bang, caracterizada por processos rápidos, implantada mediante um amplo e profundo arco de intervenções e coincidente com momentos de mudanças estruturais na sociedade, denominados, pelo autor, janelas históricas;
- a reforma incremental, que se caracteriza por gradualismo na im-

plantação, menor abrangência em termos de macrofunções e por ser conduzida por demoradas negociações entre os distintos atores sociais em situação na arena sanitária;

- a reforma de baixo para cima, com grande ênfase na descentralização e implantada por meio de projetos-piloto; e
- a reforma sem reforma, que se marca pela extrema dificuldade de obtenção de consensos em razão da existência de pontos inegociáveis entre os diferentes atores sociais, o que remete as mudanças a um plano adjetivo.

A reforma sanitária brasileira de 1988 aproxima-se de uma reforma de tipo big-bang por sua coincidência com uma janela histórica representada pelo fim do regime militar e pela profundidade das mudanças propostas. Contudo, distancia-se desse tipo de reforma por ter sido politicamente construída e por ter sido negociada por longo tempo com vários atores sociais relevantes na arena sanitária.

Além disso, numa perspectiva institucionalista, a reforma sanitária brasileira teve a constringê-la no seu escopo as trajetórias passadas do sistema de saúde brasileiro, especialmente algumas presentes no modelo médico assistencial privatista e na Saúde Suplementar. Contudo, a partir de sua constituição jurídica, foi se recriando por meio de reformas incrementais leves, representadas pelas normas operacionais, obtidas por consenso das três esferas de governo após longas negociações e finalmente materializadas em Portarias Ministeriais.

A primeira norma operacional, a NOB n. 01/1991, editada pela Presidência do Inamps foi escrita segundo a cultura prevalecente naquela instituição de assistência médica e, portanto, tinha forte conotação centralizadora.

Seguiu-se a NOB n. 01/1992, que manteve a estrutura da anterior e criou o Pró-Saúde, o Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde.

A NOB n. 01/1993 institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite criando, dessa forma, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, além de impulsionar a municipalização mediante as habilitações em gestão incipiente, parcial e semiplena.

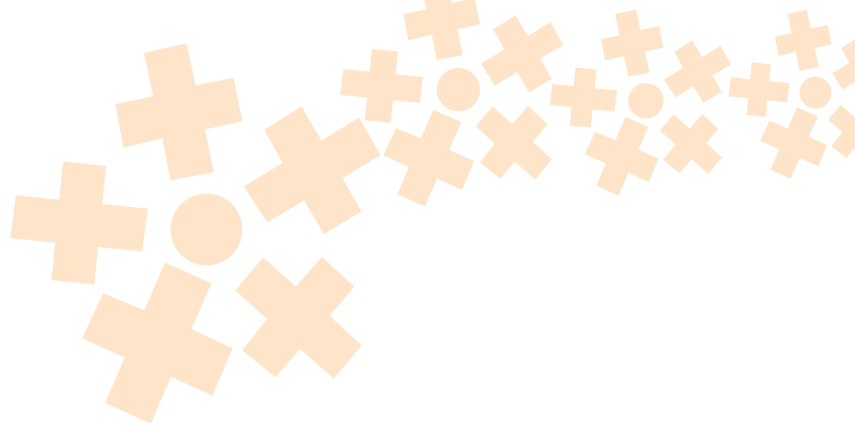
Posteriormente, a NOB n. 01/1996 consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na fun-

ção de gestor da atenção à saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados.

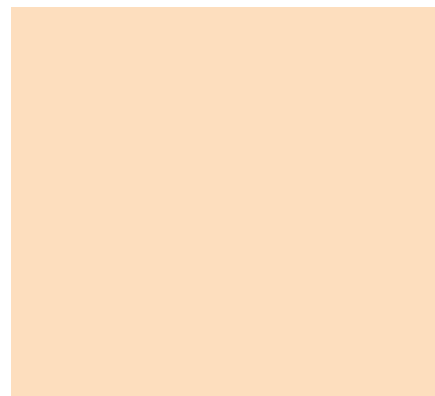
Seguiu-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS n. 01/2001, que criou os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu a idéia de redes de assistência.

Recentemente, em 2006, deu-se o **Pacto pela Saúde** – um movimento de mudança que não é uma norma operacional, mas um acordo interfederativo –, que articula o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde introduz um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, estende a discussão da Saúde para fora dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para Estados e municípios de forma compartilhada.

Assim, o SUS, que foi criado pela Constituição Federal de 1988, teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 70 e vem se recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelos três entes federativos, representados pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). É uma política pública jovem mas com capacidade de renovar-se continuamente.



SUS: avanços a
celebrar



SUS: AVANÇOS A CELEBRAR

O SUS tem pouco mais de uma década e meia de existência. Não obstante, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira.

A dimensão dos números e a qualidade de certos programas atestam os avanços obtidos pelo SUS e isso pode ser analisado nas perspectivas das estruturas existentes, dos processos de produção de serviços, dos resultados sanitários e da opinião da população brasileira. O SUS organiza-se por meio de uma rede diversificada de serviços que envolve cerca de 6 mil hospitais, com mais de 440 mil leitos contratados e 63 mil unidades ambulatoriais.

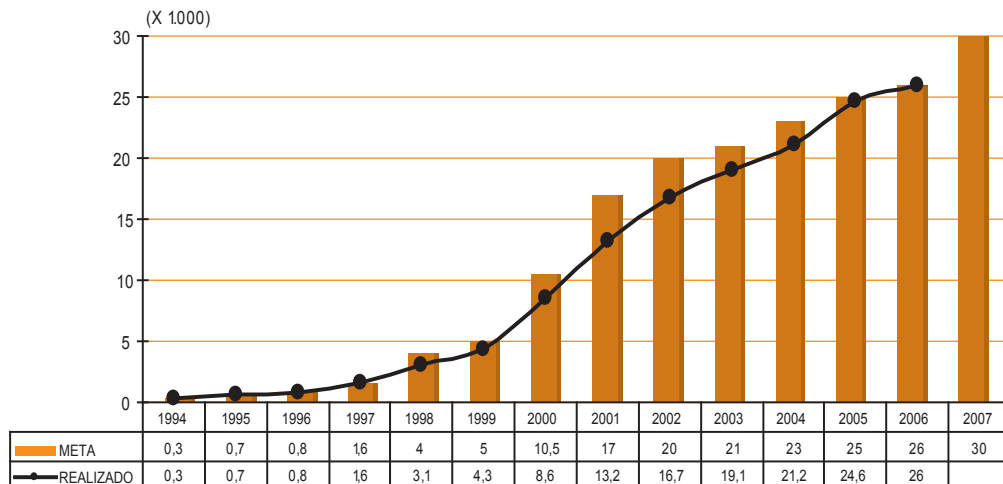
São 26 mil equipes de saúde da família, 215 mil agentes comunitários de saúde e 13 mil equipes de saúde bucal prestando serviços de atenção primária em mais de 5 mil municípios brasileiros.

Os números anuais da produção de serviços de saúde são impressionantes: 12 milhões de internações hospitalares, mais de 1 bilhão de procedimentos em atenção primária à saúde, 150 milhões de consultas médicas, 2 milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão de tomografias computadorizadas, 9 milhões de exames de ultra-sonografia, 140 milhões de doses de vacina, mais de 15 mil transplantes de órgãos, entre outros.

Analisados temporalmente, as estruturas e os processos produtivos mostram evoluções muito positivas, como se pode observar, a seguir, a partir de exemplos selecionados.

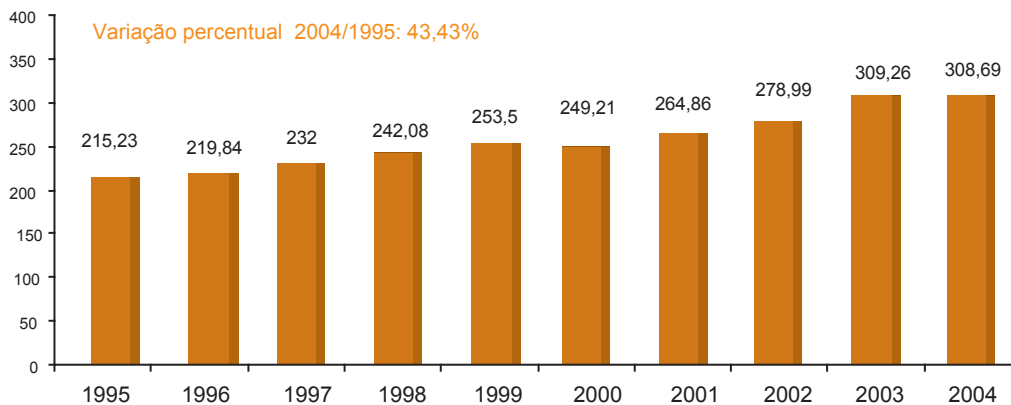
O Gráfico 1 mostra a **evolução das equipes do Programa Saúde da Família (PSF)** no período de 1994 a 2006 quando se passa de 300 para 26 mil equipes. Isso significa uma cobertura de 78,6 milhões de habitantes, ou seja, 44,4% da população brasileira.

GRÁFICO 1: NÚMERO DE EQUIPES DO PSF (SUS) – PERÍODO DE 1994-2006.



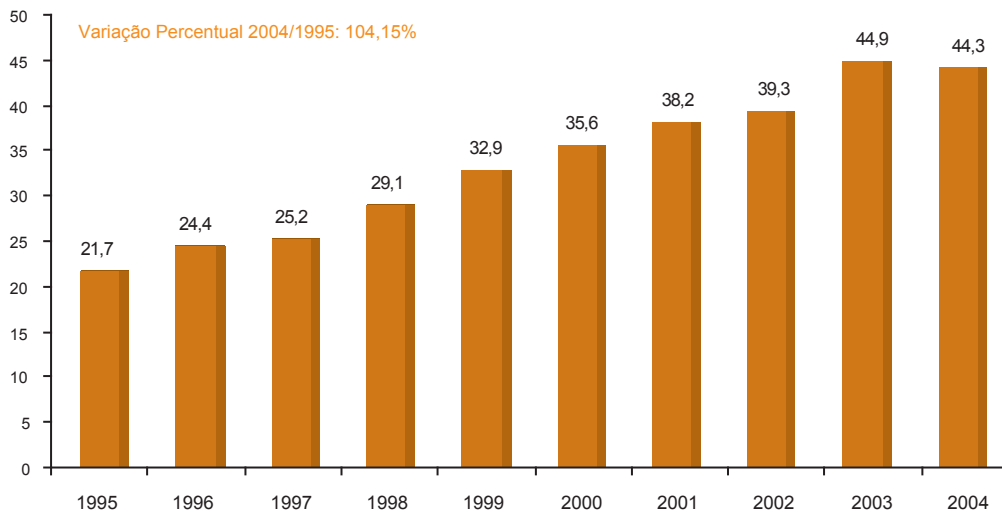
Fonte: Ministério da Saúde: DAB (2006).

GRÁFICO 2: NÚMERO DE EXAMES DE IMAGENS POR MIL HABITANTES (SUS) – PERÍODO DE 1995-2004.



Fonte: Ministério da Saúde: (2005a).

GRÁFICO 3: PROCEDIMENTOS DE HEMODIÁLISE POR MIL HABITANTES (SUS) – PERÍODO 1995-2004.



Fonte: Ministério da Saúde: SAS: TABNET. IBGE: Censos demográficos e contagem populacional (estimativa anual com base na produção registrada no 1º semestre de 2004).

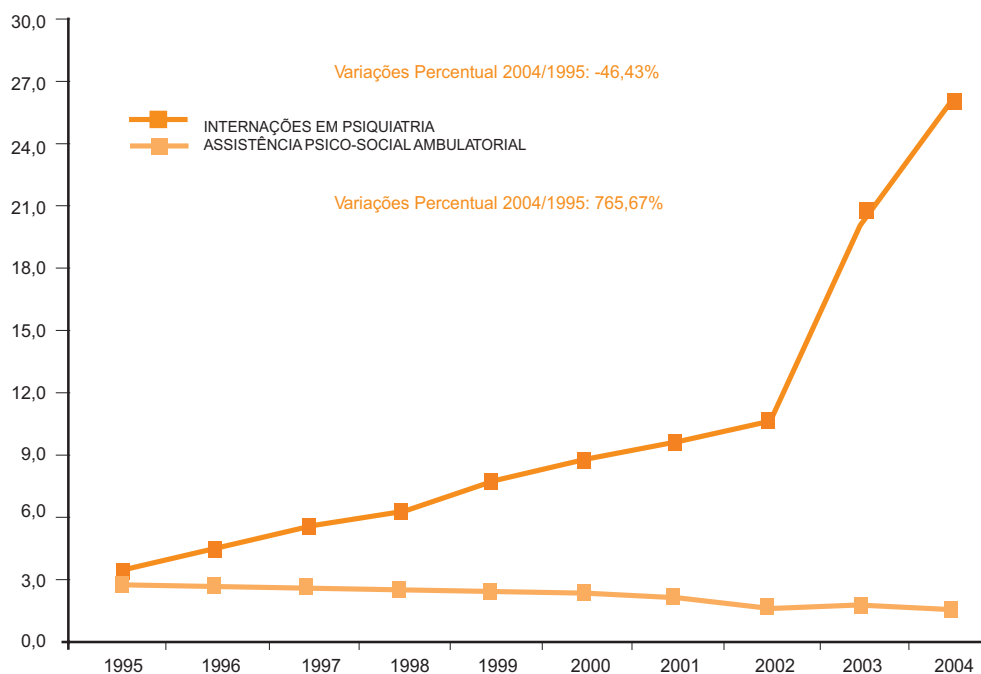
Com relação aos **exames por imagens**, como mostra o Gráfico 2, a relação de exames por mil habitantes variou de 215,23 em 1995 para 308,69 em 2004, um acréscimo de 43,43% no período.

Os **procedimentos de hemodiálise** ofertados pelo SUS, conforme se vê no Gráfico 3, evoluíram de 21,7 por mil habitantes em 1995 para 44,3 por mil habitantes em 2004, um crescimento de 104,15 % no período.

O número de **gestantes com quatro ou mais consultas de pré-natal** subiu, no período de 1995 a 2003, de 67,1% para 85,4%; **a cobertura vacinal por DPT** em crianças até 1 ano, de 80,5% para 98,6%; **as consultas médicas por internação** hospitalar, de 27,2 para 38,9; os **procedimentos de quimioterapia** por mil habitantes, de 3,2 para 7,3; e as **cirurgias cardíacas** por mil habitantes, de 0,33 para 0,54.

Há, além de aumentos quantitativos, mudanças de qualidade na atenção à saúde. É o caso da **saúde mental**. O Gráfico 4 demonstra que na saúde mental, no período 1995-2004, dá-se uma queda de 46,43% nas internações hospitalares e um incremento de 765,67% nos atendimentos psicossociais ambulatoriais, revelando que a política nacional de desospitalização e humanização da atenção aos portadores de sofrimento mental vêm dando certo.

GRÁFICO 4: NÚMERO DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E DE ATENDIMENTOS PSICO-SOCIAIS EM AMBULATÓRIOS POR MIL HABITANTES (SUS). PERÍODO 1995/2004



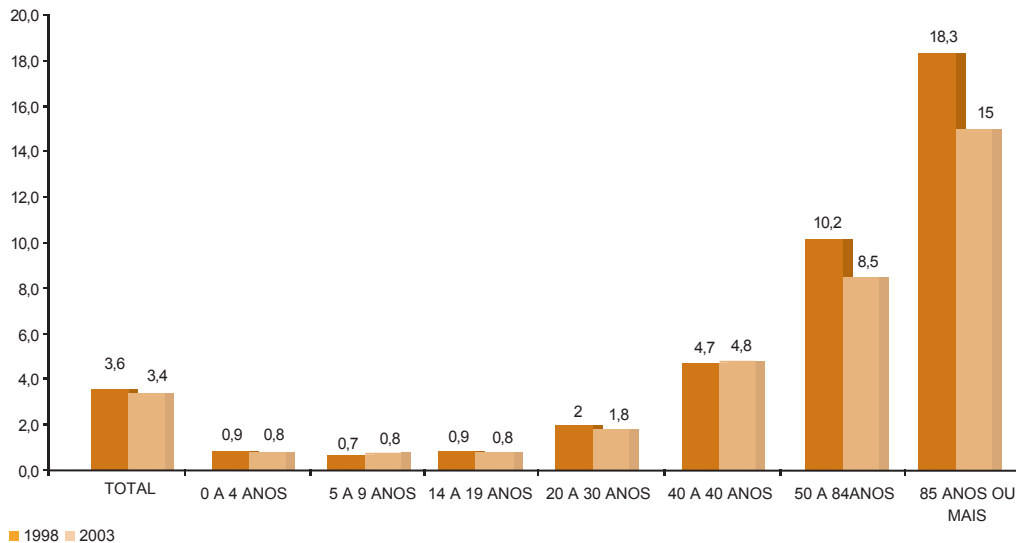
Fonte: Ministério da Saúde: SAS: TABNET. IBGE: Censos demográficos e contagem populacional (estimativa anual com base na produção registrada no 1º semestre de 2004).

As pesquisas de amostra domiciliar, suplemento de saúde, realizadas periodicamente pelo IBGE, permitem analisar as necessidades de saúde auto-avaliadas, o acesso e o uso dos serviços de saúde no país. Uma comparação das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs) 1998 e 2003, realizada por Travassos (2005), aponta dados significativos, ainda que mantidos alguns padrões indesejados de desigualdade social na Saúde.

Na **auto-avaliação do Estado de saúde**, houve um pequeno decréscimo na avaliação do estado de saúde como ruim ou muito ruim, mas uma diminuição muita significativa na população de maior idade, como mostra o Gráfico 5. Também esse decréscimo foi maior nas pessoas de mais baixa renda familiar. Na população idosa com mais de 65 anos a queda foi de 18,3% para 15,0%, uma diminuição de 18%.

As PNADs mostram uma queda na **auto-referência de doenças crônicas** em todos os grupos de idade, mas especialmente entre os mais velhos. É o que se constata no Gráfico 6.

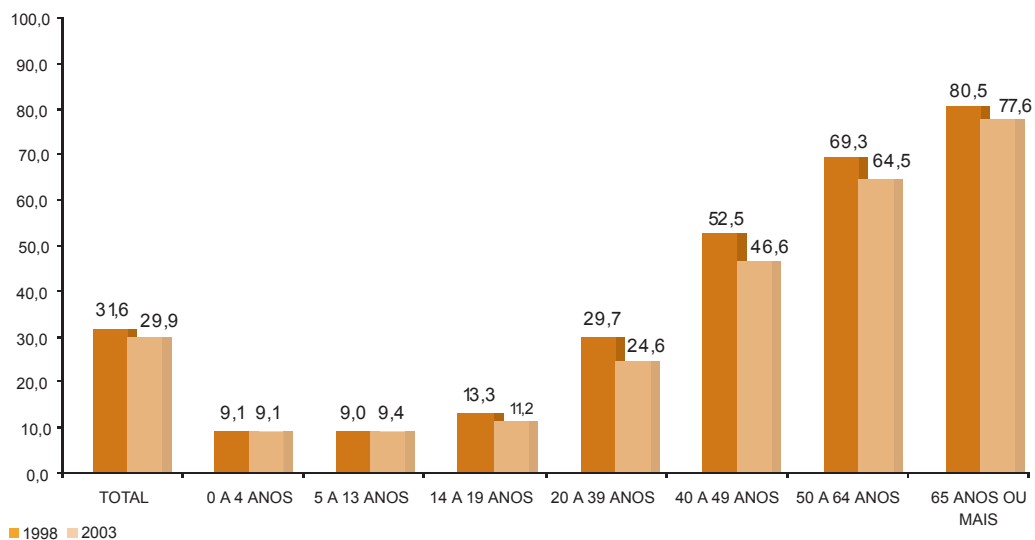
GRÁFICO 5: PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE AUTO-AVALIARAM O SEU ESTADO DE SAÚDE COMO MUITO RUIM POR IDADE. BRASIL, 1998/2003



Fonte: Travassos (2005).

No que se refere ao **acesso a serviços de saúde de uso regular**, tal como se vê no Gráfico 7, houve um aumento médio de 71,2% para 79,3% entre 1998 e 2003; mas esse aumento foi muito mais significativo entre os brasileiros com renda familiar mensal de até cinco

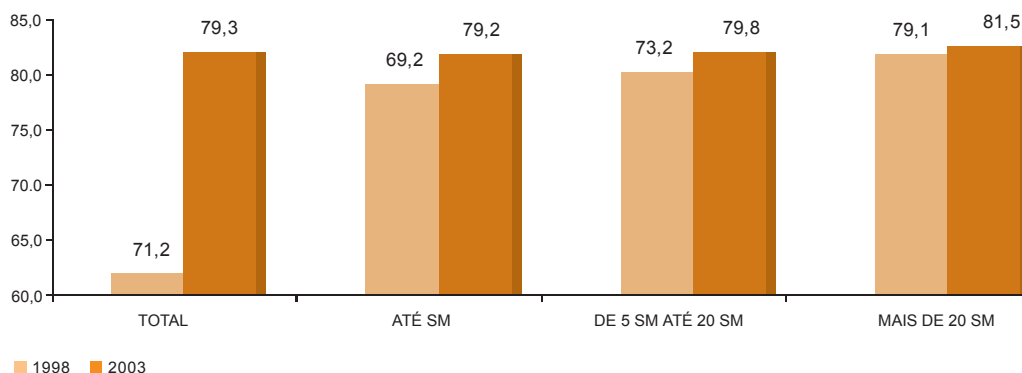
GRÁFICO 6: PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE REFERIRAM DOENÇA CRÔNICA POR IDADE. BRASIL 1998/2003



Fonte: Travassos (2005).

salários mínimos, que variou de 69,2% para 79,2%, dez pontos percentuais no período.

GRÁFICO 7: PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE REFERIRAM TER SERVIÇO DE SAÚDE DE USO REGULAR POR CLASSE DE RENDIMENTO FAMILIAR MENSAL. BRASIL 1998/2003



Fonte: Travassos (2005).

Os resultados das PNADs referentes ao uso dos serviços de saúde mostraram outros dados importantes.

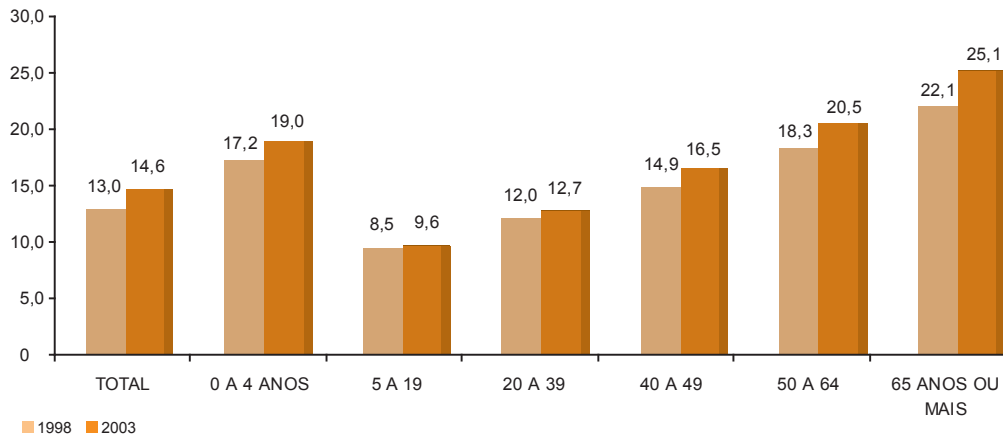
O acesso a serviço de saúde de uso regular variou, positivamente, no período, de 41,8% para 52,4% na atenção em centros de saúde e, negativamente, de 21,5% para 16,9% na atenção em ambulatórios de hospitais; isso pode ser resultado do fortalecimento da atenção primária à saúde no SUS. A proporção de pessoas que realizaram consultas médicas no ano anterior à entrevista variou de 54,7% para 62,8%, sendo significativa para todas as classes de rendimento familiar, para todos os grupos etários e para a população urbana e rural (Travassos, 2005).

Quanto ao **uso de serviços de saúde, medido pela proporção de pessoas que procuraram esses serviços nas duas semanas anteriores à entrevista**, tal como demonstra o Gráfico 8, houve um incremento, entre 1998 e 2003, de 13,0% para 14,6% que deriva de um aumento do uso por todos os grupos etários.

O aumento do uso se deu nos dois sexos e em todas as classes de rendimento familiar; o maior aumento no uso deu-se nos centros de saúde; a melhoria no acesso foi acompanhada por maior procura e maior utilização; e houve redução das barreiras geográficas e financeiras para o consumo dos serviços de saúde (Travassos, 2005).

Contudo, o que explica o aumento do uso foi a utilização dos serviços do SUS, tal como se observa no Gráfico 9. A variação no período foi

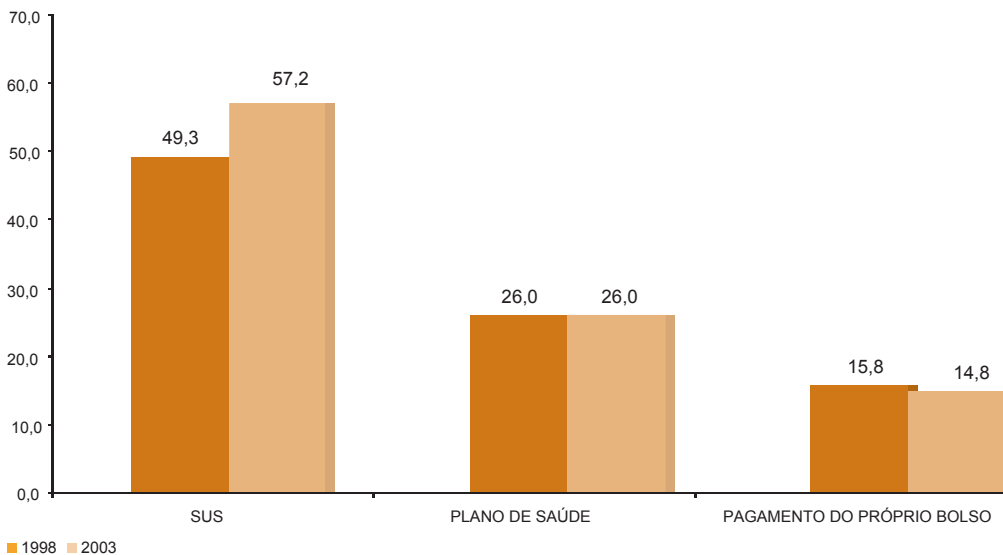
GRÁFICO 8: PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE PROCURARAM SERVIÇO DE SAÚDE NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES À ENTREVISTA POR IDADE. BRASIL, 1998/2003



Fonte: Travassos (2005).

de 49,3% para 57,2%, o que significou o incremento de 7,9% no período. Não houve variação significativa nos sistema de atenção médica suplementar e no sistema de desembolso direto.

GRÁFICO 9: FONTES DE FINANCIAMENTO DA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES À ENTREVISTA. BRASIL, 1998/2003



Fonte: Travassos (2005).

Os avanços do SUS podem ser constatados, ademais, pela qualidade de certos programas que têm desempenho igual ou superior aos de outros países, até mesmo dos países desenvolvidos. É o caso dos programas de vacinação, transplantes e HIV/AIDS.

O **Programa Nacional de Imunizações (PNI)**, que tem 33 anos de existência, é um programa exitoso. A febre amarela e a varíola foram erradicadas. Há mais de uma década e meia, não se registra nenhum caso novo de poliomielite.

A estratégia de dias nacionais de vacinação, desenvolvida no Brasil, foi adotada por vários países. Doenças que afligiam milhares de crianças brasileiras estão controladas: as formas graves de tuberculose, o tétano, a coqueluche, a difteria, a rubéola, a caxumba, entre outras, estão em franca redução. Há três anos não é registrado nenhum caso de sarampo, doença considerada em processo de erradicação no Brasil.

Além de ampliar o rol dos imunobiológicos oferecidos à população, em 26 mil postos de rotina de vacinação, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) implantou a vacinação de adultos, principalmente em mulheres em idade fértil e idosos a partir de 60 anos. Os idosos são imunizados contra gripe, tétano e difteria, em todos os postos de vacinação do país. Aqueles hospitalizados e residentes em asilos e casas geriátricas são vacinados contra a pneumonia. As mulheres em idade fértil, entre 12 e 49 anos, recebem a vacina dupla bacteriana, contra tétano e difteria.

As crianças menores de dois anos passaram a receber em 1999, em caráter de rotina, a vacina contra a bactéria *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), uma das principais causadoras da meningite infantil.

A vacina contra a hepatite B começou a ser implantada gradativamente, por Estado, a partir de 1992.

O Brasil já atingiu e, em muitos casos, superou os patamares de imunização dos países desenvolvidos. A cobertura vacinal obtida pelo PNI em menores de um ano chegou a 94,7% em 1999 enquanto em 1978 atingia somente 40% das crianças.

Entre as vacinas de rotina em menores de um ano, o país vem alcançando 100% de cobertura vacinal contra a tuberculose, desde 1995, assim como tem alcançado as médias de 98% contra sarampo; 94% contra difteria, coqueluche e tétano; e 98% contra pólio. Nos dias nacionais de campanha de vacinação, tem-se chegado a cerca de 100% de cobertura. A vacinação contra influenza nos idosos atingiu 83,9% da população-alvo em 2005.

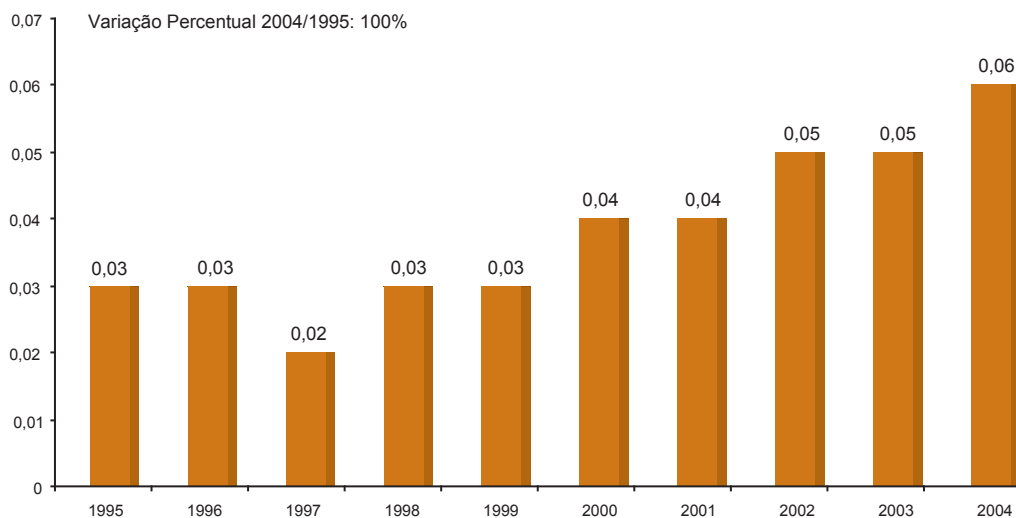
Recentemente, foi introduzida a vacina das crianças contra o rotavírus. O SUS, entre 1995 e 2000, tornou disponível 1,6 bilhão de doses de vacinas à população, saltando de 214 milhões em 1995 para 329 milhões em 2000, um acréscimo de 54% no período.

Os investimentos na compra de imunobiológicos saltaram de R\$ 60 milhões, em 1995, para R\$ 234 milhões, em 2000, representando um acréscimo de 290%. Setenta e cinco por cento da quantidade de vacinas consumidas no país são produzidas em laboratórios nacionais. Estão disponíveis gratuitamente à população brasileira vacinas contra 13 doenças, inclusive outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo B, nos postos da rede pública para vacinação de rotina, além de tantas outras ofertadas em Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE).

O **Sistema Nacional de Transplantes**, instituído em 1997, é o maior programa público de transplante de órgãos do mundo. Envolve 555 estabelecimentos de saúde, 1.376 equipes de transplantes e está presente em 23 Estados da federação brasileira.

Em 2005 foram realizados pelo SUS 15.527 transplantes de órgãos no país. No período de 1997 a 2004, o número de transplantes por mil habitantes, realizados pelo SUS, duplicou. É o que se observa no Gráfico 10.

GRÁFICO 10: NÚMERO DE TRANSPLANTES POR MIL HABITANTES (SUS). PERÍODO 1995/2004



Fonte: Ministério da Saúde: SAS: TABNET. IBGE: Censos demográficos e contagem populacional (estimativa anual com base na produção registrada no 1º semestre de 2004).

O **Programa de Controle do HIV/Aids** é referência internacional, tanto no tratamento quanto na prevenção. Esse programa surgiu em 1986, como uma reação aos primeiros casos relatados no país. O primeiro caso de Aids foi notificado no início da década de 1980. No início a epidemia atingia particularmente grupos vulneráveis de homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo.

O Brasil adotou uma estratégia de controle de HIV/Aids que mantém em equilíbrio as ações de prevenção e assistência, com vantagem comparativa em todos os sentidos. Isso foi possível graças à combinação de vários fatores:

- intervenção precoce que contou com ampla participação da sociedade civil;
- institucionalização de um programa nacional que opera de forma descentralizada;
- financiamento com recursos próprios das ações de prevenção e assistência, sendo a participação de recursos externos da ordem de apenas 10% do total do financiamento do programa;
- política de direitos humanos inserida em todas as frentes de trabalho;
- acesso universal ao tratamento.

Com isso se evitou, em 2004, pelo sucesso das intervenções terapêuticas, 150 mil internações hospitalares; o tratamento dos 180 mil pacientes com antiretrovirais custou, em 2005, aproximadamente 850 milhões de reais.

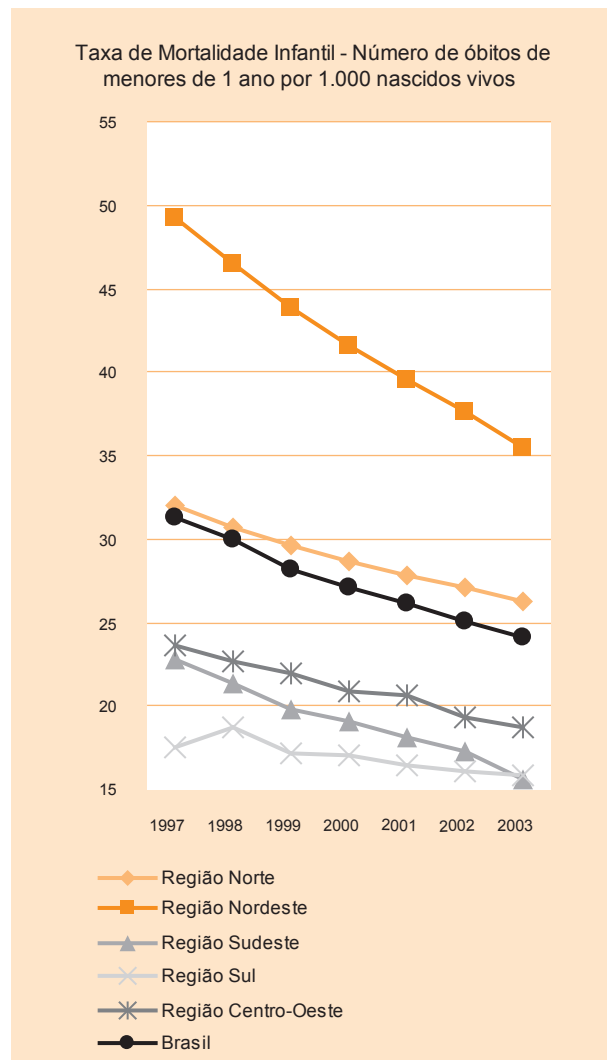
O uso regular de preservativos nas relações sexuais pela população de 16 a 65 anos cresceu de 23,9% em 1998 para 35,4% em 2005. A proporção de jovens de 16 a 19 anos que usaram preservativos na primeira relação sexual subiu, no período de 1998 a 2005, de 45% a 68% entre os homens e de 51% a 62% entre as mulheres.

Estima-se que haja 193 mil usuários de drogas injetáveis no país, sendo que 76% deles relataram não compartilhar as seringas. Sessenta e oito por cento das escolas desenvolvem ações preventivas em relação às doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids, 45% em relação à sexualidade e afetividade e 52% em relação à gravidez na adolescência (Okie, 2006).

O SUS, além de mostrar avanços em termos de estrutura e processos e de estar desenvolvendo programas de excelência, tem contribuído **para a melhoria dos níveis de saúde da população brasileira.**

É o caso da mortalidade infantil no nosso país. No período de 1997 a 2003, tal como se vê no Gráfico 11, a taxa de mortalidade infantil caiu de 31,34 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos para 24,11. Esse decréscimo manifestou-se em todas as regiões do país, sendo relativamente maior nas Regiões Nordeste e Norte. Dado que dois terços das mortes infantis no país ocorreram no período neonatal, fica clara a contribuição da melhoria dos serviços públicos de saúde para a queda verificada nos padrões de morte infantil.

GRÁFICO 11: EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR REGIÃO DO BRASIL. PERÍODO 1997/2003



Fonte: Ministério da Saúde: Rede Interagencial de Informações para Saúde (2003).

Uma **pesquisa nacional de opinião a respeito do SUS, realizada em 2002 pelo CONASS** (por meio do Instituto Vox Populi), mostra dados que permitem compreender as percepções da população brasileira acerca do SUS. A avaliação geral do SUS expressa no percentual que considera que o sistema funciona bem ou muito bem é de 45,2% nos usuários exclusivos do SUS, 41,6% nos usuários não exclusivos do SUS e 30,3% nos não-usuários.

Isso significa que a avaliação é mais positiva entre os que mais utilizam o sistema. As avaliações positivas são maiores, também, nos grupos de menor renda: 47,2% no grupo de renda até dois salários mínimos e 30,6% no grupo de renda de mais de dez salários mínimos.

A percepção a respeito do funcionamento dos serviços ofertados é diferenciada: o percentual dos serviços que são avaliados como funcionando bem ou muito bem, é de 61,2% nas ações preventivas, 37,1% nas ações assistenciais, 35,7% nas ações de promoção da saúde e 18,0% nas ações de reabilitação.

Os atendimentos realizados por médicos e enfermeiras são considerados importantes e são muito bem avaliados pela população.

Setenta e quatro por cento das famílias cadastradas no PSF estão satisfeitas ou muito satisfeitas com esse programa; da mesma forma, 70% das famílias adscritas aos agentes comunitários de saúde estão satisfeitas ou muito satisfeitas.

Entre os usuários dos serviços prestados pelo SUS, os graus de satisfação alta ou muito alta foram de: 79% nos serviços de vacinação; 60% nos serviços odontológicos; 56% nas consultas médicas; 62% nas consultas médicas especializadas; 63% nos exames laboratoriais; 67% nos exames de ultra-sonografia; 72% nas internações hospitalares; 80% nas cirurgias; e 81% nos serviços de alta complexidade.

Os dados mostram que, em geral, as avaliações do SUS, especialmente por aqueles que efetivamente utilizam o sistema, são favoráveis.

As percepções negativas estão fortemente associadas ao tempo de espera: demora em ser atendido, espera em filas, tempo perdido na recepção (CONASS, 2003).

É razoável concluir que as informações apresentadas, concernentes à estrutura, aos processos e produção, aos programas de Saúde Pública, aos resultados finalísticos e às opiniões da população usuária, revelem que tem havido avanços inquestionáveis a celebrar no SUS.

A celebração desses avanços não deve, contudo, restringir-se a ações autolaudatórias porque, **se o SUS é uma solução engenhosa, apresenta, ainda, muitos desafios a enfrentar**. O SUS não deve ser visto como um problema sem solução, mas como uma solução com problemas.

Celebrar os resultados, de forma conseqüente, significará reafirmar os seus princípios e encetar um movimento constante em defesa do sistema público de saúde brasileiro.

A celebração do SUS implica, fundamentalmente, na reafirmação dos compromissos com os seus quatro princípios constitucionais. O primeiro e basilar, a ser reafirmado, é o princípio da universalidade, expresso na Saúde como direito de todos e definido no art. 196 da Constituição Federal. Os três outros princípios a serem reafirmados são os princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade, explicitados no art. 198. Esses princípios devem ser preservados e aplicados à luz das dinâmicas sociais; sanitárias e econômicas da sociedade brasileira.

A reafirmação desses princípios deverá ser feita dentro de um **movimento de repolitização da Saúde**. O SUS é fruto de uma bem-sucedida ação política que teve sua base ideológica no movimento sanitário, mas que foi implementada por um longo arco de atores sociais localizados nos poderes Executivo e Legislativo, nas universidades, nos movimentos sindicais, nas organizações de saúde e em vários movimentos sociais.

A saúde, nos últimos anos – como resultado dos avanços do SUS e não de seus fracassos –, vem sendo discutida de forma menos ampla, mais interna ao setor e mais focada em sua tecnicidade. Os laços com outros atores sociais relevantes na arena sanitária e potenciais defensores do SUS vêm sendo afrouxados por um processo de crescente institucionalização da Saúde. **O SUS vem perdendo a batalha da comunicação com a sociedade brasileira.** Os avanços inegáveis, alcançados em sua curta existência, são amortecidos por significações de senso comum, assumidas pela grande mídia e verberadas como o fracasso da Saúde Pública brasileira.

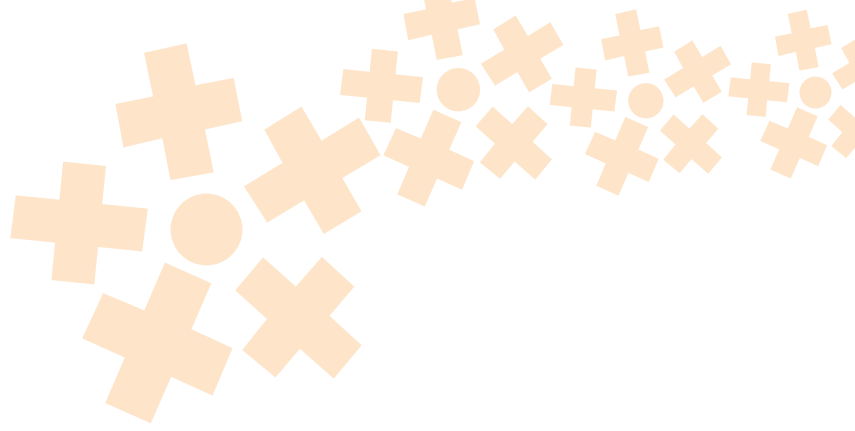
O nível de conhecimento acerca do SUS da população em geral é muito pequeno; uma pesquisa de opinião mostrou que apenas 35% dos brasileiros souberam citar, espontaneamente e com precisão, o que significa SUS (CONASS, 2003). Dessa forma, vai se construindo, na sociedade, um sentimento difuso de que os recursos públicos são muito mal gastos na Saúde, sem a contrapartida de uma informação mais

qualificada que esclareça o muito que tem sido possível fazer com recursos muito escassos. Essa percepção de fracasso da Saúde Pública brasileira é mais freqüente nos segmentos de maior renda, formados por usuários não exclusivos e por não usuários do SUS mas que têm grande peso na formação da opinião pública.

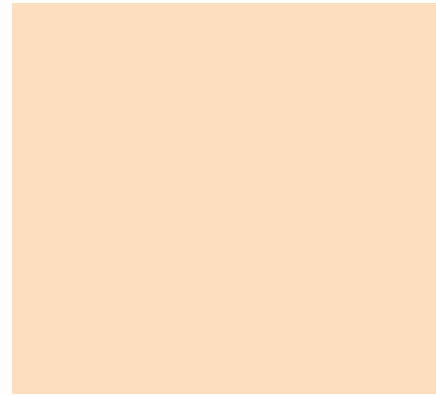
Ações em defesa do SUS exigem um amplo movimento de mobilização social que articule, de forma permanente, pró-ativa e organizada, os diferentes setores da sociedade brasileira comprometidos com o sistema público de saúde.

A necessária repolitização da Saúde não deve significar ou ensejar a sua partidarização. Ao contrário, o SUS deve ser reafirmado, constantemente, como política de Estado, mais que de governos. Assim, respeitadas as nuances que os diferentes partidos políticos devem colocar nas suas políticas de saúde, especialmente na interpretação operacional dos princípios do SUS e na prioridade política da Saúde, expressa no seu financiamento – o que é da essência da democracia –, o SUS deve ser entendido como compromisso permanente de longo prazo, assumido pelo conjunto da sociedade e preservado, em seus tempos de governança, pelos distintos grupos políticos no poder.

Nesse sentido, as instituições públicas de saúde, nos três níveis federativos, deveriam ser defendidas das barganhas da micropolítica que podem ser feitas ou articuladas por interesses não sinérgicos às necessidades de saúde dos usuários do SUS.



SUS: desafios a superar



SUS: DESAFIOS A SUPERAR

Têm sido muitos os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar. Dentre eles, distinguem-se: o desafio da universalização; o desafio do financiamento; o desafio do modelo institucional; o desafio do modelo de atenção à saúde; o desafio da gestão do trabalho; e o desafio da participação social.

1. O DESAFIO DA UNIVERSALIZAÇÃO

O SUS foi erigido com base no princípio basilar da universalização, expresso na Saúde como direito de todos os brasileiros, a ser provida como dever de Estado. A instituição de um sistema público universal foi a grande luta da reforma sanitária brasileira, incorporada na Constituição Federal de 1988. **Entretanto, não tem sido possível construir a universalização da Saúde, instituída constitucionalmente.** Essa realidade coloca o dilema seminal do sistema público de saúde brasileiro que se expressa entre a universalização e a segmentação. Esse dilema pode ser manifestado numa singela questão: **qual SUS a sociedade brasileira quer instituir?**

1.1. O dilema entre a universalização e a segmentação na experiência internacional

O dilema entre universalização e segmentação não existe somente no sistema de saúde brasileiro. Ao contrário, constitui uma questão central nas reformas sanitárias contemporâneas, em que se colocam dois caminhos principais para os sistemas de saúde, a universalização ou a segmentação. Essas alternativas de conformação dos sistemas de saúde, na prática social, são definidas a partir dos valores vigentes nas sociedades, dos posicionamentos político-ideológicos dos atores sociais frente à organização dos serviços de saúde e do papel do Estado na Saúde.

Na experiência internacional dos países desenvolvidos, essa divisão é muito clara. Há um número grande de países que constituíram sistemas públicos universais, entre eles a Alemanha, o Canadá, a Costa Rica, a Dinamarca, a Espanha e tantos outros. Ao contrário, há países que segmentaram seu sistema de saúde. O caso emblemático, entre os países desenvolvidos, são os Estados Unidos, mas a segmentação é muito comum nos países em desenvolvimento.

Os sistemas públicos universais caracterizam-se por ofertar a todos os cidadãos, independentemente de diferenças de gênero, idade, renda ou risco, com financiamento público, uma carteira de serviços bastante ampla. Assim, esses sistemas públicos, em geral, combinam universalização irrestrita, mediante o atendimento indiferenciado a todos os cidadãos, com uma integralidade generosa, mas qualificada, porque restringida a uma relação de serviços

considerados sanitária ou socialmente necessários. A partir dessa carteira de serviços, os cidadãos têm a possibilidade de recorrer aos serviços suplementares providos por sistemas privados e a pagar por eles, seja individual ou familiarmente, seja pelas empresas em que trabalhem. É o caso do Canadá, onde o Estado, por meio de sistemas provinciais, oferece, a todos os canadenses, indistinta e gratuitamente, uma carteira de serviços considerados necessários. Nesse modelo, os sistemas privados existem para prover, de forma complementar ao sistema público, uma gama estrita de serviços que não compõem a carteira do sistema público.

Diversamente, os sistemas segmentados caracterizam-se por segregar diferentes clientelas em nichos institucionais singulares. Disso resulta uma integração vertical de cada segmento e uma segregação horizontal entre eles, em que cada segmento, público e privado, exercita as funções de financiamento, regulação e prestação dos serviços para sua clientela particular, com regramentos próprios. Dessa forma, os sistemas público e privado não são suplementares entre si, mas complementares, visto que atendem, mais ou menos amplamente, a clientelas distintas (Colombo e Tapay, 2004). É o caso dos Estados Unidos onde existem dois sistemas públicos: um para os pobres, o Medicaid, outro para os idosos, o Medicare, que, em conjunto, cobrem um quarto da população; o sistema privado abrange a maior parte da população que paga pelos serviços de saúde, diretamente ou por meio das empresas.

1.2. A segmentação do sistema de saúde brasileiro

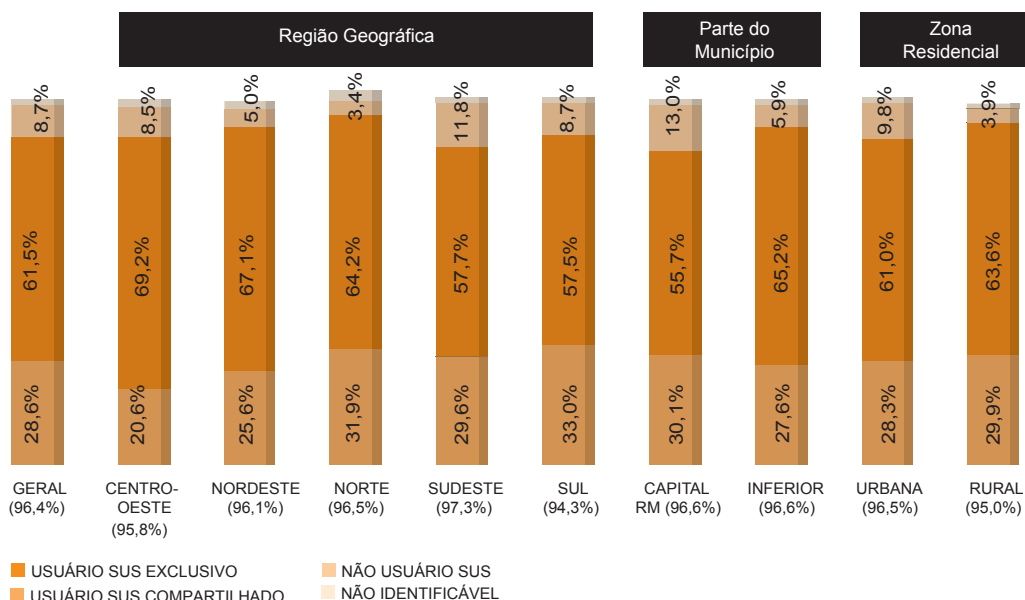
No Brasil, a construção social do sistema público de saúde vem sendo feita de forma a distanciar o **SUS real, segmentado, do SUS constitucional, universal**.

Isso acontece porque o SUS tem se estruturado para responder às demandas universais dos setores mais pobres da população e às demandas setorializadas, especialmente dos serviços de maiores custos, da população integrada economicamente.

Essa segmentação pode ser entendida pela composição relativa dos usuários do SUS, colocada no Gráfico 12: 28,6% dos brasileiros **são usuários exclusivos do SUS**, 61,5% são **usuários não exclusivos** e apenas 8,7% **são não-usuários**.

Isso significa que 61,5% dos brasileiros utilizam-se, também, dos sistemas privados e que 8,7% são usuários exclusivos dos sistemas privados. Esses grupos de usuários variam por regiões geográficas, portes dos municípios e localização urbana ou rural. Foi possível identificar entre os usuários do SUS, exclusivos ou não, três grupos discriminados segundo a intensidade do uso dos serviços do SUS, medida nos dois anos anteriores à pesquisa de opinião: usuários do SUS de alta intensidade (9 a 12 serviços utilizados), 6,8%; usuários de média intensidade (5 a 8 serviços utilizados), 52,4%; e usuários de baixa intensidade, 40,7% (CONASS, 2003).

GRÁFICO 12: USUÁRIOS EXCLUSIVOS, NÃO EXCLUSIVOS E NÃO-USUÁRIOS DO SUS



Fonte: CONASS (2003).

Por várias razões, especialmente pelas dificuldades de se criarem as bases materiais para a garantia do direito constitucional da universalização, o **SUS** vem se consolidando como parte de um sistema segmentado que incorpora dois outros subsistemas relevantes, o **Sistema de Saúde Suplementar** e o **Sistema de Desembolso Direto**.

Este documento, ao considerar os avanços do SUS, produziu uma caracterização desse sistema público em termos de estrutura, processos e produção e resultados. Agora, será feita a descrição dos dois

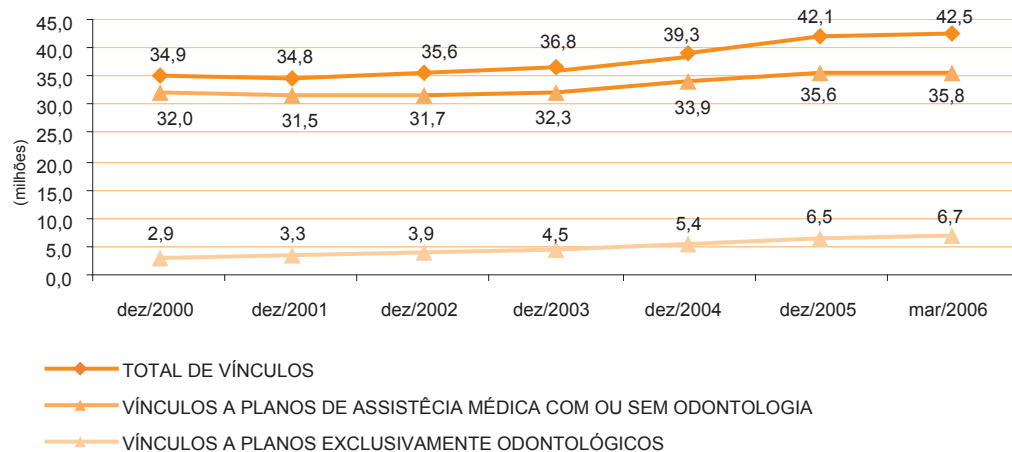
sistemas privados vigentes no país: o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto.

1.2.1. Sistema de Saúde Suplementar

O Sistema de Saúde Suplementar é um sistema privado de assistência à saúde, exercitado por operadoras privadas, sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sua caracterização pode ser feita a partir de informações dessa agência reguladora (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2006).

Como se vê no Gráfico 13, o Sistema de Saúde Suplementar cobre uma população de 42,5 milhões de brasileiros, 35,8 milhões com cobertura de planos médicos e odontológicos e 6,7 milhões como usuários exclusivos de planos odontológicos. É um sistema que cresceu, em termos de cobertura, 21% no período de 2000 a 2006. Esse crescimento perde força nos últimos dois anos e é menos evidente nos planos de assistência médica que, no período, crescem apenas 11% (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2006).

GRÁFICO 13: VÍNCULOS A PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, POR SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL NO BRASIL. PERÍODO 2000/2006



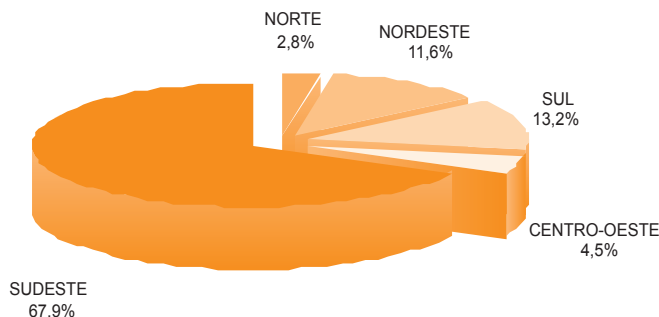
Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar: Sistema de Informação de Benefícios (2006).

São 35,8 milhões de brasileiros cobertos por planos de assistência médica; desses, 22,4 milhões são planos novos (62,5%), contratados após vigência da Lei n. 9.656/1998, e 13,4 milhões são planos antigos (37,5%), vigentes antes dessa lei. Dos planos novos, somente 5,4 mi-

lhões são contratos individuais, sendo os demais contratos coletivos. A cobertura de serviços ambulatoriais e hospitalares pelos planos é de 69,5%; os beneficiários dos planos de assistência médica, por grupos etários, concentram-se na população de 0 a 18 anos, 9,5 milhões, e de 59 anos ou mais, 4,2 milhões, sendo que a maior proporção de usuários de planos antigos está entre os mais idosos, 55%. Os usuários do sexo feminino representam 53,6%, e os do masculino, 46,4%. Do ponto de vista da distribuição regional, como se observa no Gráfico 14, a cobertura concentra-se fortemente na região Sudeste, onde se encontram 67,9% dos beneficiários dos planos de assistência médica. As coberturas nas regiões Norte e Centro-Oeste são muito pequenas.

A **cobertura da população brasileira** é, na média, de 19,4%, variando entre 2,3% em Roraima, 10,1% no Amazonas, 3,7% no Maranhão, 11,4% em Pernambuco, 18,5% em Minas Gerais, 30,6% no Rio de Janeiro, 37,8% em São Paulo, 16,7% no Rio Grande do Sul, 18,1% no Paraná, 24,7% no Distrito Federal e 8,3% em Goiás. Essa cobertura está, também, concentrada: 38,1% nos municípios das capitais, 31,9% nas regiões metropolitanas e apenas 11,9% no interior dos Estados (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2006).

GRÁFICO 14: BENEFICIÁRIOS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR REGIÕES BRASILEIRAS, EM PORCENTUAIS, 2006

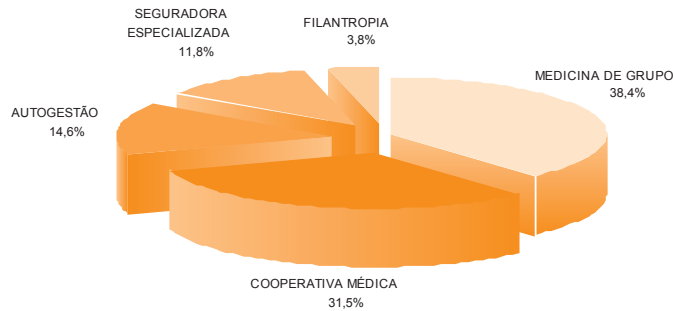


Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar: Sistema de Informação de Benefícios (2006). IBGE: População Estimada 2006. (o termo “beneficiários” refere-se a vínculo aos planos de saúde podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo).

Em relação à distribuição dos beneficiários por modalidades de operadoras, conforme se nota no Gráfico 15, 38,4% estão na **medicina de grupo**, 31,5% nas **cooperativas** médicas, 14,6% na **autogestão**, 11,8% em seguradoras e 3,8% nas filantropias. No período de 2000 a 2006 as cooperativas médicas foram a única modalidade que apresentou um

crescimento significativo em número de beneficiários, passando de 8 milhões para 11,2 milhões de clientes; as demais modalidades tenderam à estabilidade.

GRÁFICO 15: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS BENEFICIÁRIOS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE POR MODALIDADES DE OPERADORAS, 2006



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar: Sistema de Informação de Benefícios (2006). IBGE: População Estimada 2006. (o termo “beneficiários” refere-se a vínculo as planos de saúde podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo).

Sistema de Saúde Suplementar está integrado por 1.264 operadoras, com uma concentração forte da clientela num número pequeno delas; 82 operadoras, 6,5% do total, são responsáveis por 60% da clientela. O maior número de operadoras está na medicina de grupo (705), seguida pelas cooperativas médicas (364) e pela autogestão (307). As operadoras têm baixa escala em termos de beneficiários; apenas 161 operadoras, 7,7% do total, têm uma clientela de mais de cem mil pessoas (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2006).

O **faturamento total do Sistema de Saúde Suplementar** foi de 21,1 bilhões de reais em 2001 e de 36,2 bilhões de reais em 2005. A receita por beneficiário/ano foi, em média, no ano de 2005, de 860 reais. Em relação ao sistema de assistência médica, no mesmo período, o crescimento foi de 20,7 bilhões para 35,4 bilhões de reais, um acréscimo de 71%, valor bem superior à inflação. No mesmo período, o acréscimo dos beneficiários desse sistema foi de, apenas, 13%. As despesas administrativas das operadoras de planos de assistência médica atingiram 17% da receita total em 2005. As maiores receitas estão nas cooperativas médicas, 10,7 bilhões de reais; na medicina de grupo, 9,2 bilhões de reais; e nas seguradoras, 7,1 bilhões de reais (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2006). Esses dados permitem con-

cluír que houve, entre 2001 e 2005, um crescimento forte da receita do Sistema de Saúde Suplementar que suplanta a inflação do período e o aumento do número de beneficiários. Além disso, ainda que não se conheçam os custos administrativos do SUS, esses dados apontam para o que se sabe das evidências internacionais que mostram que os sistemas privados apresentam custos administrativos bem mais altos que os sistemas públicos.

O Sistema de Saúde Suplementar opera por meio de **16.348 planos de saúde** com beneficiários. Desses, 7.395 planos têm menos de cem beneficiários, 45,2% do total; 12.841 têm menos de mil beneficiários, 78,5% do total; e apenas 16 planos têm mais de cem mil beneficiários, 0,1% do total (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2006). Tudo isso evidencia que esse sistema opera com grandes “deseconomias” de escala que, na Saúde, além de determinarem ineficiências econômicas, repercutem sobre a qualidade dos serviços (Ferguson, Sheldon, Posnett, 1997). Evidências internacionais apontam uma escala mínima de 120 mil beneficiários para que os planos privados de saúde sejam ofertados de maneira econômica (Kronick, 1993).

Por fim, o Sistema de Saúde Suplementar varia sua **cobertura por classes de rendimentos familiares**: na classe de menos de 1 salário mínimo sua cobertura é de 2,9%; na classe de 1 a 2 salários mínimos, 6,7%; na classe de 2 a 3 salários mínimos, 14,1%; na classe de 3 a 5 salários mínimos, 24,9%; na classe de 5 a 10 salários mínimos, 43,5%; na classe de 10 a 20 salários mínimos, 65,8%; e na classe de mais de 20 salários mínimos, de 83,9% (IBGE, 2003b).

1.2.2. Sistema de Desembolso Direto

A segmentação do sistema de saúde brasileiro admite um segundo sistema privado, o Sistema de Desembolso Direto, representado por serviços de saúde adquiridos em prestadores privados mediante gastos diretos dos bolsos das pessoas ou das famílias. Esse é um sistema pouco considerado nas análises das políticas de saúde no país, mas é o mais relevante no âmbito privado, relativamente, do ponto de vista dos gastos sanitários no Brasil. Funciona quase como um sistema oculto que opera com baixa regulação do Estado.

O **Sistema de Desembolso Direto** atinge a maior parte da população brasileira, especialmente os 61,5% dos usuários não exclusivos do SUS (CONASS, 2003) que representam, hoje, cerca de 115 milhões de habitantes.

Para se compreender esse sistema há que se recorrer às pesquisas de orçamento familiar (POF/1996 e POF/2003) realizadas pelo IBGE em regiões metropolitanas do país (IBGE, 1996; IBGE, 2003b). A POF/2003 mostra que a despesa monetária e não monetária média mensal familiar foi de R\$ 1.941,88 e que a despesa média mensal com saúde foi de R\$ 104,72 por família brasileira; isso significa que os brasileiros, em média, despendem 5,4% de sua renda familiar mensal com saúde. Os gastos das famílias com a saúde são distribuídos por diversos itens, conforme se observa na Tabela 1. Os maiores gastos são, em termos percentuais em relação ao gasto total, com medicamentos, 39,2%; com a Saúde Suplementar, 29,7%; e com serviços odontológicos, 10,4%.

TABELA 1: DESPESAS MONETÁRIAS E NÃO MONETÁRIAS MÉDIAS MENSAIS COM SAÚDE, POR ITENS DE DESPESA, BRASIL, 2003

ITEM DA DESPESA	DESPESA R\$	%
TOTAL EM SAÚDE	104,72	100,0
MEDICAMENTOS	41,08	39,2
SAÚDE SUPLEMENTAR	31,07	29,7
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	10,78	10,4
TRATAMENTO AMBULATORIAL	6,61	6,3
CIRURGIAS	4,69	4,5
EXAMES	2,98	2,8
HOSPITALIZAÇÃO	1,04	0,9
OUTRAS	6,46	6,2

Fonte: IBGE (2003b).

Contudo, as despesas das famílias com saúde variam significativamente em sua composição segundo as diferentes classes de rendimento mensal familiar. É o que se vê na Tabela 2, onde se comparam as duas classes de renda familiar extremas da pesquisa. A despesa familiar média mensal com saúde é de R\$ 19,95 nas famílias que percebem até 400 reais mensais e de R\$ 498,16 nas famílias com rendimentos médios mensais superiores a 6 mil reais. A composição relativa por itens de despesas, nas duas classes de renda polares, mostra diferen-

ças significativas: os mais pobres gastam 39,2% da renda familiar com medicamentos e os mais ricos 23,5%; os mais pobres gastam 9,1% com a Saúde Suplementar e os mais ricos 37,3%; os mais pobres gastam 5,5% com tratamentos ambulatoriais e os mais ricos 5,6%; os mais pobres gastam 3,2% com serviços odontológicos e os mais ricos 12,0%; os mais pobres gastam 0,2% com cirurgias e os mais ricos 11,7%.

TABELA 2: DESPESAS MONETÁRIAS E NÃO MONETÁRIAS MÉDIAS MENSAIS COM SAÚDE E POR ITENS DE DESPESA, SEGUNDO CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR SELECIONADAS, BRASIL, 2003

ÍTEM DE DESPESA	GRUPO DE MENOR RENDA		GRUPO DE MAIOR RENDA	
	% VALOR	% VALOR	% VALOR	% VALOR
TOTAL DA SAÚDE	19,95	100,0	498,16	100,0
MEDICAMENTOS	14,64	73,4	117,52	23,5
SAÚDE SUPLEMENTAR	1,82	9,1	185,89	37,3
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	0,64	3,2	59,74	12,0
TRATAMENTO AMBULATORIAL	1,10	5,5	28,09	5,6
HOSPITALIZAÇÃO	0,03	0,2	7,65	1,5
EXAMES	0,59	2,9	7,92	1,6
CIRURGIAS	0,03	0,2	58,58	11,7
OUTRAS	1,10	5,5	32,77	6,6

Grupo de menor renda: Renda familiar mensal inferior a R\$ 400,00

Grupo de maior renda: Renda familiar mensal superior a R\$ 6.000,00

Fonte: IBGE (2003b).

Comparando com 1996, houve uma queda nos gastos com saúde que foram, à época, de 6,5%, ou seja, uma diminuição de 20%. Além disso, uma comparação dos dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POFs) 1996 e 2003, ainda que as duas classes de rendimento familiar mensal tenham recortes diferentes, mostra que a participação percentual das despesas com saúde em relação à renda familiar mensal da classe mais pobre caiu de 9,2% em 1996 para 4,1% em 2003. No mesmo período, a participação percentual das despesas com saúde

em relação à renda familiar mensal dos mais ricos manteve-se estável, variando de 5,7% em 1996 para 5,6% em 2003. Isso pode significar uma diminuição relativa das desigualdades no sistema de saúde brasileiro, verificada em tempos recentes e expressa numa queda importante das despesas diretas dos bolsos das famílias mais pobres em Saúde. Há que se ressaltar que houve uma mudança importante no item medicamentos entre as pesquisas de 1996 e 2003. As despesas das famílias mais pobres em medicamentos, que eram 52,4% do total da Saúde, subiram para 63,4% em 2003; o que indica que os gastos do próprio bolso com medicamentos é uma fonte de iniquidade no sistema de saúde brasileiro.

1.3. Os resultados da segmentação dos sistemas de saúde

Os sistemas segmentados de saúde são justificados por um argumento de senso comum de que, ao se instituírem sistemas especiais para os que podem pagar, sobriam mais recursos públicos para atendimento aos pobres. As evidências empíricas vão em sentido contrário. A instituição exclusiva de sistemas públicos para os pobres leva, inexoravelmente, a um subfinanciamento desses sistemas (Londoño e Frenk, s/data; Hsiao, 1994). A razão é simples: os pobres, em geral, não conseguem se posicionar adequadamente na arena política e apresentam custos de organização muito altos; em conseqüência, dispõem de baixa capacidade de articulação de seus interesses e de vocalização política. Essa é a razão pela qual Lord Beveridge estava certo ao advertir, nos anos 40, que **“políticas públicas para os pobres são políticas pobres”**.

O caso do sistema segmentado americano é ilustrativo: os dois sistemas públicos, o Medicaid e o Medicare, apresentam diferenças qualitativas significativas. A explicação é que o Medicaid apresenta pior qualidade porque é um sistema exclusivo para os pobres, enquanto o Medicare envolve idosos de diferentes estratos sociais, o que o torna mais suscetível a pressões de grupos sociais mais organizados, especialmente os segmentos de classe média que dele fazem parte (Emanuel, 2000). No Chile, uma política deliberada do governo militar de segmentar o sistema nacional de saúde gerou iniquidades profundas no sistema (Iturriaga, 2000).

Os sistemas segmentados levam, em geral, à iniquidade. O sistema segmentado dos Estados Unidos, apesar de ter o maior gasto per capita no mundo, exclui de seus benefícios, de forma crescente, 43 milhões de cidadãos (Institute of Medicine, 2004).

A segmentação dos sistemas de saúde é fator de “desacumulação” de capital social. O capital social tem sido definido como a capacidade de uma sociedade estabelecer, coletivamente, objetivos de médio e longo prazo; de promover a coesão entre as pessoas, instituições e populações em torno desses objetivos; e de manter, ao longo do tempo, uma constância de propósitos (Coleman, 1990). A “desacumulação” do capital social, expressa no desgaste dos laços de coesão social e no enfraquecimento das relações de solidariedade e confiança entre grupos sociais e instituições, produz impacto negativo na situação de saúde das sociedades. Isso tem sido constatado nos Estados Unidos por meio de estudos que demonstram uma associação negativa entre o capital social dos diferentes Estados e suas taxas de mortalidade geral (Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, 2005).

Os problemas da segmentação manifestam-se no sistema de saúde brasileiro, ampliando as iniquidades na Saúde.

Há uma mobilidade unilateral da demanda. Os beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar utilizam, com frequência, os serviços de maior densidade tecnológica do SUS, mas os que não estão cobertos pelos planos de saúde não podem utilizar seus serviços privados. Isso configura uma seleção adversa no SUS (Médici, 2005). As tentativas de reembolso do SUS por essas despesas têm sido frustrantes e não parecem ser uma solução factível. As razões pelas quais os usuários de planos privados buscam os procedimentos de maior densidade tecnológica no sistema público estão nos altos custos desses serviços, o que leva à falta de oferta pelos planos privados, e na percepção pela população de que esses serviços do SUS têm maior qualidade (CONASS, 2003). Em relação aos custos, um transplante de pulmão tinha, em 2002, um custo de aproximadamente 50 mil reais; um tratamento de terapia renal substitutiva pode custar no mercado privado em torno de 5 mil reais por mês; e os custos de certos medicamentos de dispensação em caráter excepcional são altíssimos (Vianna et al., 2005). A natureza catastrófica desses custos em Saúde faz com que a pobreza sanitária se coloque num patamar muito mais alto que a pobreza socioeconômica, determinada por uma linha de pobreza.

Dada a debilidade intrínseca do financiamento do sistema público como parte de um sistema segmentado, os usuários do SUS devem recorrer, freqüentemente, ao Sistema de Desembolso Direto. Como se viu, os estratos de rendas mais baixas despendem 4,1% de suas rendas familiares mensais com serviços de saúde, especialmente com

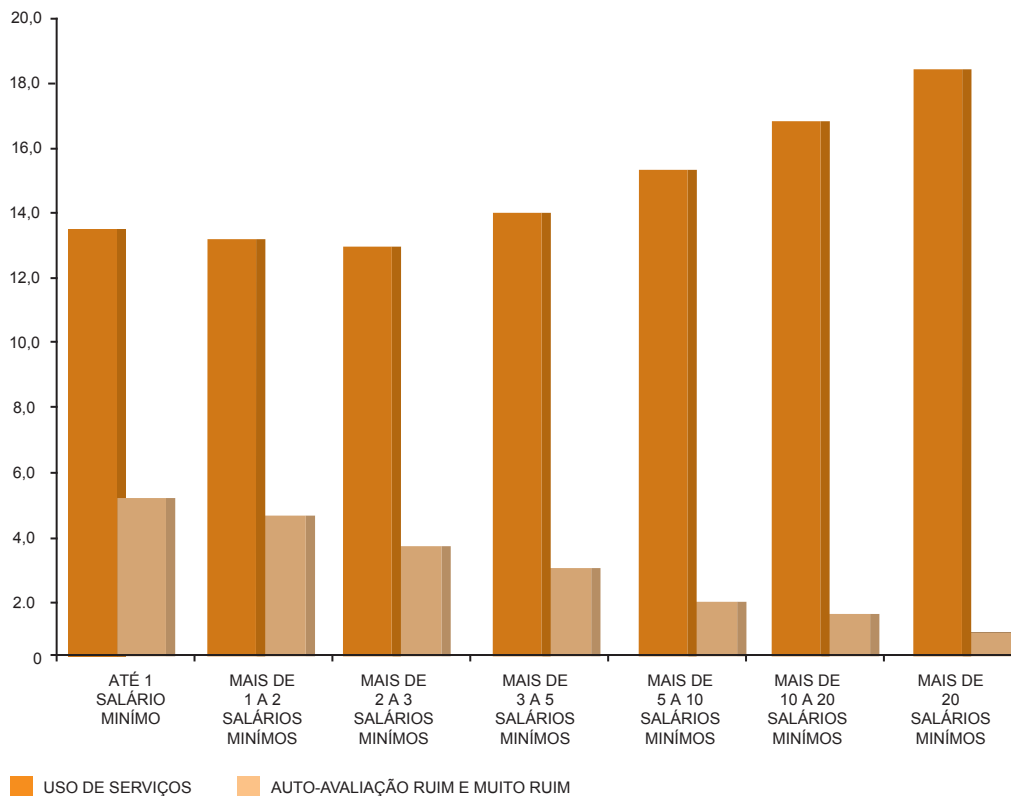
medicamentos (IBGE, 2003b). O outro lado é que a segmentação obriga os segmentos de maior renda a gastar com serviços de saúde, nas duas modalidades, o Sistema de Saúde Suplementar e o Sistema de Desembolso Direto. A Tabela 1 evidencia que 29,7% dos gastos das famílias brasileiras com saúde são para a compra de planos privados. Estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário mostra que uma família brasileira de classe média, com quatro membros, trabalha, em média, 113 dias por ano exclusivamente para custear despesas privadas com saúde, educação, segurança e transporte, especialmente com pagamento de pedágios, serviços que poderiam ser ofertados por sistemas públicos. Essas despesas vêm crescendo assustadoramente; elas representavam, em 1990, apenas 45 dias de trabalho. Esses dados mostram que os serviços privados dessas quatro áreas gravam, forte e crescentemente, o orçamento da classe média brasileira (Cézari, 2006).

Há **subsídios fiscais** injustos para os usuários dos planos privados, o que significa subsídios cruzados. Estima-se que as renúncias fiscais do Imposto de Renda, derivadas de gastos de pessoas jurídicas e físicas no Sistema de Saúde Suplementar, montam 2,5 bilhões de reais ao ano.

A segmentação, pelo subfinanciamento que induz nos sistemas públicos, acaba gerando iniquidades no uso dos serviços de saúde. Ainda que esse uso dos serviços de saúde esteja melhorando no país, persistem, como se detectou na PNAD/2003 e se mostra no Gráfico 16, um menor uso para os segmentos de menor renda que se percebem como portadores de um Estado de saúde ruim ou muito ruim (Travassos, 2005).

Não é fácil mudar um sistema segmentado porque ele acomoda bem os interesses políticos e econômicos dos atores sociais mais significativos em situação na arena sanitária. Os planos privados especializam-se na venda de serviços a pessoas e famílias sobrefinanciadas e a empresas; o Estado centra-se nos segmentos populacionais subfinanciados; os prestadores de serviços privados têm espaço para discriminar preços segundo o nível de renda dos usuários; isso é consistente com o princípio de que as pessoas com capacidade aquisitiva devem ter o direito de eleger onde querem ser atendidas e o Estado tem que advogar as necessidades dos carentes. Para os políticos mantém-se uma fonte de poder na administração de grandes orçamentos públicos e evitam-se enfrentamentos com as corporações profissionais. Finalmente, a manutenção de prestadores estatais reserva lugar para o exercício do poder sindical (Giordano e Colina, 2000).

GRÁFICO 16: PROPORÇÃO DE PESSOAS SEGUNDO AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE E USO DE SERVIÇOS POR CLASSE DE RENDIMENTO. BRASIL, 2003.



Fonte: Travassos (2005).

1.4. SUS universal, uma utopia?

A resposta a essa questão envolve uma incursão, no cenário internacional, para verificar os fatores que explicam porque alguns países optaram por sistemas públicos universais e outros por sistemas segmentados.

Essas alternativas de conformação dos sistemas de saúde são definidas a partir dos valores vigentes nas sociedades. Países que se organizaram com base em valores mais solidários, como as sociais-democracias europeias, implantaram sistemas públicos universais, sejam beveridgeanos, sejam bismarckianos. Países que se estruturaram a partir de valores mais individualistas articularam sistemas segmentados.

Esses valores da sociedade influem, de certa forma, na alocação de recursos para os sistemas de saúde, especialmente na composição relativa do gasto sanitário público e privado. A evidência internacional, mostrada na Tabela 3, permite afirmar que os sistemas públicos universais caracterizam-se por uma **participação relativa do gasto público em relação ao gasto sanitário total em percentuais** superiores a valores próximos a 70% (Canadá, Costa Rica, Cuba, França, Alemanha, Itália, Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido). Essa participação relativa no Brasil é de 45,3%, o que não é suficiente para desenvolver uma política pública de saúde universal.

TABELA 3: PERCENTUAL DO GASTO PÚBLICO EM RELAÇÃO AO GASTO TOTAL EM SAÚDE EM PAÍSES SELECIONADOS, 2003

PAÍS	%
CUBA	86,8
REINO UNIDO	85,7
SUÉCIA	85,2
COSTA RICA	78,8
ALEMANHA	78,2
FRANÇA	76,3
ITÁLIA	75,1
ESPAÑA	71,3
CANADÁ	69,9
PORTUGAL	69,7
CHILE	48,8
ARGENTINA	48,6
MÉXICO	46,4
BRASIL	45,3
ESTADOS UNIDOS	44,6

Fonte: World Health Organization (2006).

Portanto, as possibilidades de um SUS universal passam por dois aspectos fundamentais: o sistema de valores da sociedade sobre os quais se estruturará o desenvolvimento brasileiro e o volume e a composição do gasto em Saúde.

A materialização do SUS como sistema público universal implicará definir que opção valorativa a sociedade brasileira irá tomar para o seu desenvolvimento econômico e social nos anos futuros. Essa opção talvez não tenha sido feita, ainda, em caráter definitivo. A outra questão fundamental é: qual SUS a sociedade brasileira deseja e quanto está disposta a pagar por ele? Isso remete a outro desafio do SUS, o do seu financiamento.

2. O DESAFIO DO FINANCIAMENTO

O desafio do financiamento da Saúde no Brasil pode ser analisado em vários aspectos. O mais comum é o da insuficiência dos recursos financeiros para se construir um sistema público universal. **É verdade que se gasta pouco em Saúde** no país, especialmente no que concerne ao gasto público. **Todavia, também, gasta-se mal.** É importante criar uma consciência interna no SUS de que se deverá melhorar a qualidade do gasto. Portanto, o desafio do financiamento na Saúde tem de ser enfrentado em duas vertentes, a da quantidade e a da qualidade do gasto. Haverá que se aumentar o gasto em Saúde, mas, ao mesmo tempo, melhorar sua qualidade.

2.1. A natureza dos gastos em Saúde

Os serviços de saúde são caros e os gastos em Saúde são altos e crescentes. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, em 1997, os serviços de saúde representaram um **gasto global de 3 trilhões de dólares, 8% do PIB mundial** (World Health Organization, 2000).

Num livro clássico da Saúde Pública americana, Starr (1994) mostra como os gastos em Saúde cresceram acima dos gastos de outros setores. No ano de 1965, os Estados Unidos gastaram aproximadamente o mesmo percentual do PIB nos setores de Educação (6,2%), defesa (7,5%) e saúde (5,9%); no início dos anos 90, os gastos em Educação e Defesa estabilizaram-se e os gastos em Saúde superaram os 14% do PIB. Em 2003, os gastos dos Estados Unidos com saúde atingiram 15,2% do PIB (World Health Organization, 2006).

Um estudo prospectivo dos gastos em Saúde indica que, no período de 2002 a 2020, esses gastos, nos países da Organização para a

¹A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, ou OECD em inglês) é uma organização internacional dos países desenvolvidos com os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado. A sede da organização fica em Paris, na França. Foi criada em 30 de Setembro de 1961, sucedendo à Organização para a Cooperação Econômica Européia, criada em 16 de Abril de 1948. O Secretário-Geral é desde 1º de junho de 2006 o mexicano José Ángel Gurría Treviño. São 30 os Estados-Membros da organização: Alemanha (1961); Austrália (1971); Áustria (1961); Bélgica (1961); Canadá (1961); Coreia do Sul (1996); Dinamarca (1961); Eslováquia (2000); Espanha (1961); Estados Unidos (1961); Finlândia (1969); França (1961); Grécia (1961); Hungria (1996); Irlanda (1961); Islândia (1961); Itália (1962); Japão (1964); Luxemburgo (1961); México (1994); Noruega (1961); Nova Zelândia (1973); Países Baixos (1961); Polónia (1996); Portugal (1961); Reino Unido (1961); República Checa (1995); Suécia (1961); Suíça (1961); Turquia (1961).

Cooperação e Desenvolvimento Econômica (OECD)¹, crescerão de 2,7 trilhões, 8,5% do PIB desses países, para 10 trilhões, 16,0% do PIB; nos Estados Unidos as projeções são de gastos superiores a 20% do PIB americano em 2020 (PricewaterhouseCoopers Health Institute, 2006).

Os gastos em Saúde crescem constantemente em razão da existência de forças expansivas e de problemas estruturais do sistema. Devido à **transição demográfica** as populações envelhecem e aumentam sua longevidade e os gastos em Saúde são maiores nos mais velhos. **A transição epidemiológica** incrementa relativamente as doenças crônicas em relação às quais os gastos são maiores, ao que se somam, principalmente nos países em desenvolvimento, as doenças infecciosas reemergentes e emergentes. Há um processo de **incorporação tecnológica constante** que se faz, cada vez mais, por meio de tecnologias de maior densidade e de maiores custos. O aumento das expectativas da população e dos profissionais de saúde em relação às novas soluções sanitárias cria um ambiente propício à incorporação de tecnologias, muitas vezes sem efetividade comprovada. Os prestadores de serviços, a indústria biomédica e a indústria farmacêutica pressionam pela adoção das novas tecnologias. A existência de **incentivos intrínsecos** aos sistemas de saúde expandem, constantemente, as estruturas e as práticas médicas, estimulando a construção de novas unidades de saúde, a formação crescente dos recursos humanos e a incorporação de formas de pagamento dos serviços indutoras de uma sobreutilização.

2.2. Os gastos em Saúde no Brasil

O art. 198 da **Constituição Federal**, em seu parágrafo único, diz que o SUS seria financiado com recursos dos orçamentos da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes, e o art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) previa que, até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias, **trinta por cento, no mínimo, do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde.**

Na prática, e por circunstâncias do federalismo fiscal brasileiro – que serão analisadas mais à frente –, esse dispositivo nunca funcionou, valendo mais como teto orçamentário do que para a realização efetiva de despesa. A crise agravou-se a partir de 1993, quando o financiamento da Saúde Pública perdeu a sua principal fonte. Os recursos arrecada-

dos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social passaram a cobrir as despesas previdenciárias e o setor teve que disputar, com distintas áreas, outras fontes de receitas.

Nesse cenário surgiram algumas soluções para dar maior estabilidade ao financiamento da Saúde, como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996, e a Emenda Constitucional n. 29, em 2000, que vinculou o mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde pelos governos municipais e estaduais e pela União. Para os Estados, o mínimo é de 12% das receitas próprias e para os municípios, 15% das receitas próprias. No caso da União, o limite mínimo de gasto foi estabelecido como o valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e, nos anos subseqüentes, da variação nominal do Produto Interno Bruto (CONASS, 2006).

Não obstante a legislação construída ao longo dos anos, os recursos financeiros para o SUS têm sido insuficientes para dar suporte a um sistema público universal de qualidade.

Na Tabela 3, página 61, pode-se observar que o Brasil tem uma composição de gasto em Saúde incompatível com o financiamento de um sistema público universal. Os gastos públicos representam 45,3% dos gastos totais em Saúde; esse valor é muito inferior aos dos países que têm sistemas públicos universais, um pouco superior ao valor dos Estados Unidos e inferior aos valores de Argentina, Chile e México.

Na Tabela 4 pode-se verificar que, em termos internacionais, o Brasil gasta pouco em Saúde. Em termos percentuais do PIB o Brasil supera Chile, Costa Rica e México, mas situa-se abaixo da Argentina e dos países desenvolvidos da OECD, que, em média, despendem 8,5% do PIB com saúde. Contudo, em relação aos gastos per capita em dólares médios, o Brasil gasta, apenas, 212 dólares anuais per capita, valor inferior aos de Argentina (426 dólares), Chile (282 dólares), Costa Rica (305 dólares) e México (372 dólares). A comparação com a Argentina é interessante porque, mesmo depois de uma enorme crise, aquele país ainda gasta mais em Saúde que o Brasil; anteriormente à crise, a Argentina gastava três vezes mais que o Brasil. Por certo, **os gastos per capita do Brasil** são muito inferiores aos dos países desenvolvidos. **Entretanto, o que chama mais atenção é o gasto público per capita.** O gasto público per capita do Brasil é de apenas 96 dólares anuais, frente a 148 dólares da Argentina, 137 dólares do Chile, 240 dólares da Costa Rica e 172 dólares do México (World Health Organization, 2006).

Portanto, não há dúvidas de que, em comparações internacionais, o Brasil gasta pouco em Saúde e gasta muito pouco com o sistema público de saúde.

TABELA 4: GASTOS EM SAÚDE EM PAÍSES SELECIONADOS, 2003.

PAÍS	% DO PIB	PER CAPITA (US\$)	PER CAPITA PÚBLICO (US\$)
ARGENTINA	8,9	305	148
BRASIL	7,6	212	96
CANADÁ	9,9	2.669	1.866
CHILE	6,2	282	137
COSTA RICA	7,3	305	240
ESTADOS UNIDOS	15,2	5.711	2.548
ITÁLIA	8,4	2.139	1.607
MÉXICO	6,2	372	172
PORTUGAL	9,6	1.348	940
REINO UNIDO	8,0	2.428	2.081

Fonte: World Health Organization (2006).

Os gastos sanitários brasileiros, além de pequenos, apresentam nos últimos anos **uma tendência declinante**, como se observa na Tabela 5. De um valor per capita de US\$ 243,00 passou, em 2003, para US\$ 212,00 (World Health Organization, 2006).

TABELA 5: GASTOS PER CAPITA EM SAÚDE NO BRASIL. PERÍODO 1999/2003.

ANO	GASTOS EM US\$
1999	243
2000	268
2001	224
2002	199
2003	212

Fonte: World Health Organization (2006).

Os **gastos em Saúde no Brasil**, estimados para 2005, estão da Tabela 6. O gasto público foi de 68,8 bilhões no ano, o que representou um gasto per capita de 380 reais. Os gastos privados somaram 83 bilhões, dos quais 36,2 bilhões, 23,8% do total, foram no Sistema de Saúde Suplementar e 46,8 bilhões, 30,9% do gasto total, no Sistema de Desembolso Direto. Mais uma vez manifesta-se a precariedade do gasto em Saúde no Brasil, especialmente do gasto público.

TABELA 6: GASTOS ESTIMADOS EM SAÚDE, POR SEGMENTOS. BRASIL, 2005

SEGMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE	GASTO ANUAL EM R\$ BILHÕES	%
SUS	68,8	45,3
SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	36,2	23,8
SISTEMA DE DESEMBOLSO DIRETO	46,8	30,9
TOTAL	151,8	100,0

Fontes: Ministério da Fazenda: STN, In: Afonso (2006). Agência Nacional de Saúde Suplementar (2006). World Health Organization (2006).

Dos dados apresentados pode-se concluir que o Brasil tem um gasto sanitário baixo, apresenta um gasto público em Saúde muito pequeno e que a tendência dos gastos em Saúde não é de aumento. Com esse volume e essa composição de gastos em Saúde não se poderá implantar um sistema público universal. Em conseqüência, é necessário expandir o gasto público em Saúde.

2.3. O aumento do gasto público em Saúde no Brasil

Não há dúvidas de que é necessário aumentar os gastos públicos em Saúde no Brasil para que se possa construir um sistema público universal de qualidade. Todavia, há, no momento nacional, limites importantes a essa situação desejada. O financiamento do aumento dos gastos públicos, em geral, e dos gastos sociais, em particular, no Brasil, vem sendo feito mediante o **incremento constante da carga tributária. Esse mecanismo parece ter se esgotado.**

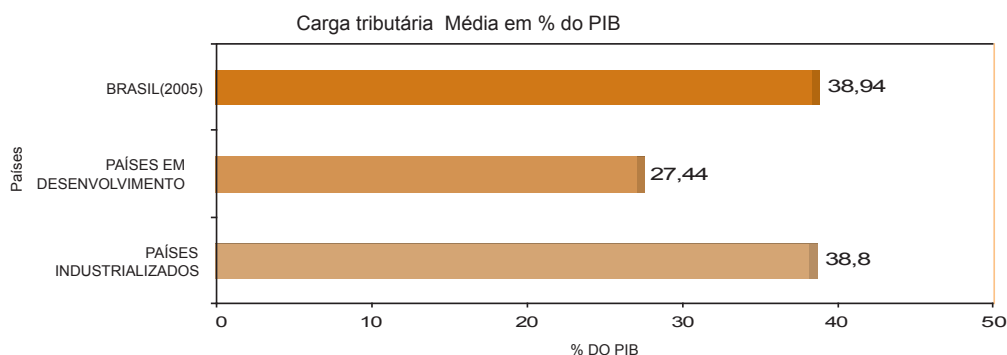
Em moeda constante de 2005, **a carga tributária per capita** no país passou de R\$ 2.042,16 em 1980 para R\$ 4.160,26 em 2005, o que significa que esses valores mais que dobraram em uma geração.

Uma outra forma de verificar o aumento da carga tributária é por meio do trabalho e pode ser medida pelos **dias de trabalho despendidos para pagamento de impostos e contribuições**. Em 1980 eram, em média, 89 dias de trabalho e em 2005 os brasileiros trabalharam 142 dias no ano só para pagar impostos. Essas informações mostram uma situação de maior número de dias de trabalho no Brasil para pagar tributos em relação a países como Holanda, Reino Unido, Canadá, Japão, Portugal e Estados Unidos.

A carga tributária medida em percentual do PIB também teve um grande crescimento no Brasil. Somente no período de 2000 a 2005, a

carga tributária brasileira, em termos de percentual do PIB, passou de 33,4% a 38,9%. Comparações internacionais, vistas no Gráfico 17, permitem concluir que a carga tributária brasileira em percentual do PIB, que é de 38,94%, supera fortemente a média dos países em desenvolvimento, 27,44%, e se iguala à dos países desenvolvidos, 38,80% (Afonso, Meirelles e Castro, 2006)

GRÁFICO 17: CARGA TRIBUTÁRIA MÉDIA EM PERCENTUAL DO PIB, ANOS PRÓXIMOS A 2005



Fonte: Afonso, Meirelles e Castro (2006).

O aumento continuado da carga tributária não é bom do ponto de vista econômico porque retira competitividade da economia brasileira. Além disso, esse mecanismo de financiamento dos gastos públicos, pela via do aumento da carga tributária, parece não ser mais viável do ponto de vista político. Recentemente, vem se consolidando, nos diversos segmentos da sociedade brasileira, em geral, e nos agentes econômicos, em particular, uma consciência de que não é mais possível aumentar tributos. Especialmente porque vai se firmando uma convicção, mais ou menos generalizada, de que o Brasil tem carga tributária de país rico e serviços públicos de país pobre.

Em conseqüência, o necessário incremento dos gastos públicos em Saúde pode ser alcançado de duas formas, não necessariamente excludentes:

- a primeira, por um crescimento econômico sustentado, e
- a segunda, pelo aumento da participação relativa da Saúde nos gastos públicos.

Há evidência empírica robusta de que os gastos em Saúde são pró-cíclicos e que os **gastos públicos em Saúde são fortemente pró-cíclicos**. Isso significa que o incremento do PIB determina aumentos significativos nos gastos em Saúde (Musgrove, 1996). Infelizmente, o Brasil não tem conseguido, nas últimas décadas, construir um processo de crescimento econômico sustentado. Entretanto, esse é o grande desafio que se coloca para o país e que, se alcançado, terá repercussões muito favoráveis no gasto em Saúde.

A outra forma de aumentar os gastos públicos em Saúde é pelo incremento da participação relativa dos gastos em Saúde no total dos gastos governamentais. Para isso ocorrer, na prática, seria necessário deslocar gastos internos do orçamento público para a Saúde, seja em decorrência do aumento da eficiência do gasto público em geral, seja pela competição com outras categorias de gastos.

A idéia de que não se podem aumentar os gastos públicos em Saúde porque não é possível ampliar a carga fiscal merece ser melhor analisada. Essa premissa implica aceitar que a composição do gasto público brasileiro é adequada e não deve ser modificada. Uma carga tributária em percentual do PIB inferior ou muito inferior à brasileira não significa, necessariamente, um gasto público em Saúde em percentual do PIB inferior ao brasileiro. É o que se constata na Tabela 7. O caso chileno chama a atenção: é um país de muito baixa carga fiscal, apenas 18,7% do PIB; ainda assim, seu gasto público em Saúde está muito próximo do brasileiro. Todos os outros países mostram uma carga fiscal menor que a brasileira e gastos públicos maiores.

TABELA 7: CARGA TRIBUTÁRIA E GASTO PÚBLICO EM SAÚDE EM PAÍSES SELECIONADOS, 2003.

PAÍS	CARGA TRIBUTÁRIA % DO PIB	GASTO PÚBLICO % DO PIB
ARGENTINA	25,9	4,3
BRASIL	38,9	3,4
CANADÁ	34,4	6,9
CHILE	18,7	3,0
ESTADOS UNIDOS	25,7	6,8
ESPANHA	34,2	5,5

Uma incursão pela composição do gasto público consolidado brasileiro, realizada na Tabela 8, mostra que 58,3% do total são gastos com a previdência social (38,7%) e com o serviço da dívida pública (19,6%). Os gastos com a previdência social representam 16,7% do PIB e os gastos com o serviço da dívida pública, 8,5% do PIB. Os gastos sociais atingem 21,9% do PIB, 12,4% com benefícios, 4,5% com Educação e apenas 3,5% com Saúde. Portanto, não parece correto afirmar que a melhoria da qualidade do gasto público implica constranger os gastos com saúde. Ao contrário, pelos padrões internacionais, há que aumentá-los.

Um melhor **equilíbrio nos gastos públicos** deve passar pelos seus dois componentes principais, que são a seguridade social e o serviço da dívida. Os gastos com serviço da dívida são 2,4% maiores que os gastos em Saúde, em relação ao PIB.

TABELA 8: COMPOSIÇÃO DO GASTO PÚBLICO NO BRASIL POR FUNÇÕES, 2005

GRUPOS DE FUNÇÕES	GASTO PÚBLICO TOTAL %	PIB %
SEGURIDADE SOCIAL E TRABALHO	38,7	16,7
SERVIÇO DA DÍVIDA	19,6	8,4
EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTOS	11,0	4,7
SAÚDE	8,1	3,5
DEFESA E SEGURANÇA	5,1	2,2
SERVIÇOS URBANOS E SANEAMENTO	3,6	1,5

Fonte: Ministério da Fazenda: STN, In: Afonso (2006).

No entanto, **o necessário e desejável incremento do gasto público em Saúde é dificultado por uma idéia, de senso comum, de que a Saúde já consumiria demasiados recursos públicos**. Muitas vezes esse sentimento expressa-se, simbolicamente, na afirmação de que o Ministério da Saúde é o segundo melhor orçamento na Esplanada dos Ministérios. Numa incursão pelas evidências internacionais, feita na Tabela 9, pode-se verificar que os gastos públicos em Saúde em relação aos gastos governamentais totais são inferiores no Brasil a todos os países selecionados, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento. Interessante ressaltar que na economia mais liberal do

mundo, os Estados Unidos, o gasto público em Saúde atinge de 18,5% do gasto público total. Essas informações comparadas internacionalmente atestam, mais uma vez, que é justificável incrementar os gastos públicos em Saúde no Brasil.

TABELA 9: GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE COMO PERCENTUAL DOS GASTOS PÚBLICOS TOTAIS EM PAÍSES SELECIONADOS, 2003

PAÍS	%
COSTA RICA	22,8
ESTADOS UNIDOS	18,5
ALEMANHA	17,6
CANADÁ	16,7
REINO UNIDO	15,8
ARGENTINA	14,7
PORTUGAL	14,1
ESPANHA	13,7
FRANÇA	12,8
ITÁLIA	12,8
CHILE	12,7
BRASIL	10,3
MÉXICO	11,7

FONTE: World Health Organization (2006).

O aumento dos gastos públicos em Saúde tem, em geral, a oposição de correntes de pensamento econômico que desejam melhorar a qualidade dos gastos governamentais pela diminuição da carga fiscal, transferindo, dessa forma, recursos públicos para os investimentos do setor privado. Óbvio que são, além disso, contrários à vinculação orçamentária dos recursos da Saúde.

A argumentação desses setores está assentada, no caso da Saúde, na má qualidade dos gastos públicos sanitários a partir de estudos de correlação entre gastos públicos em Saúde e resultados sanitários finalísticos. É o caso de um estudo feito para a Federação do Comércio do Estado de São Paulo e que se denomina “Simplificando o Brasil” (Zockun et al., 2005). A partir de uma associação entre PIB per capita e

taxas de mortalidade infantil em diferentes países do mundo, conclui-se que o gasto público em Saúde no país tem baixa qualidade porque pela renda per capita era de se esperar uma mortalidade infantil de metade da atual. A partir dessa constatação sugere-se uma agenda de simplificação que inclui o aumento dos gastos públicos pela taxa de crescimento populacional, o aumento da desvinculação da DRU de 20% para 40%, o fim dos limites mínimos para gastos em Saúde e a redução das vinculações de receitas da Saúde e Educação. Essa proposta está calcada em supostos discutíveis. Estudos sólidos, feitos em relação ao mundo (Musgrove, 1996) ou em relação à América Latina e Caribe (Médici, 2005), não encontraram uma correlação entre gastos em Saúde e mortalidade infantil. A taxa de mortalidade infantil brasileira é alta frente às de outros países, não pela baixa produtividade dos serviços de saúde mas pela presença significativa de mortes infantis em regiões de baixo desenvolvimento econômico e social. Essas mortes excessivas, concentradas relativamente no componente pós-neonatal, devem-se muito mais a fatores do ambiente do que aos serviços de saúde. Ou seja, o que transforma o Brasil em outlier na mortalidade infantil são as desigualdades de renda, de escolaridade e de acesso a serviços de saneamento. Por isso, a agenda derivada da análise não necessariamente vai impactar positivamente a mortalidade infantil no país, nem melhorar a qualidade do gasto público em Saúde.

2.4. O aumento do gasto público em Saúde como questão política

Está claro que o aumento do gasto público em Saúde é tecnicamente justificável, mas encontra seus limites na carga fiscal e nas dificuldades que o país tem tido em crescer de forma sustentada. Aumentar os gastos públicos em Saúde remete, portanto, a **uma disputa distributiva nos orçamentos públicos com outras categorias de gastos**. Essas decisões alocativas dos orçamentos públicos fazem-se na arena política. O que define, ao fim e ao cabo, os direcionamentos dos recursos escassos são as opções preferenciais da população que se transformam em demandas sociais e chegam aos agentes de decisão política.

Como se viu anteriormente, o problema dos sistemas segmentados é que eles tendem ao subfinanciamento pela fragilidade da articulação dos interesses e da vocalização política das maiorias mais pobres. Os segmentos de classe média, os formadores de opinião, retiram-se do SUS e abrigam-se no Sistema de Saúde Suplementar e, por isso, não têm interesse em defender mais recursos para o sistema público, até mesmo porque têm uma imagem mais negativa do sistema público

de saúde do que seus usuários mais freqüentes (CONASS, 2003). Por outro lado, a experiência internacional demonstra que a adesão dos estratos médios da sociedade foi um determinante importante na implantação dos sistemas públicos universais.

Contudo, os segmentos de classe média não se retiram totalmente do SUS porque, por razões diferentes, compõem uma cesta de consumo mista, em que o SUS é usado em dois pólos: o mais simples, nas imunizações, e o mais denso tecnologicamente, representado por serviços de alta complexidade que não são ofertados pelo sistema privado nem podem ser custeados diretamente pelas famílias, por apresentarem custos catastróficos (Vianna et al., 2005). É o caso de alguns programas de excelência do SUS, como o Programa Nacional de Imunizações, o Sistema Nacional de Transplantes e o Programa e Controle de HIV/Aids, anteriormente discutidos. Esses programas, por incorporarem segmentos de classe média, constituem nichos de universalização no SUS e, por essa razão, dificilmente serão subfinanciados. Essa é uma das razões principais de seus êxitos.

Do ponto de vista político, ainda que isso possa trazer problemas de curto e médio prazo na equidade, **é importante acolher os segmentos de classe média no SUS**. Além da obediência ao princípio da universalidade, isso gerará externalidades positivas para o sistema público que representarão, certamente, mais recursos e melhor qualidade dos serviços no médio e longo prazo.

Por tudo isso, as possibilidades de aumentar os recursos públicos em Saúde passam pela **repolitização da Saúde Pública no país**. É preciso voltar a discutir o SUS fora de seus muros. Reapresentá-lo, de forma organizada, ao conjunto da sociedade brasileira, abertamente, com suas qualidades e com seus defeitos, com seus limites e com suas possibilidades. Isso implicará articular um movimento deliberado e proativo de mobilização social em defesa do SUS. O Pacto pela Saúde, no seu componente do Pacto em Defesa do SUS, tem esse objetivo. Sem um convencimento da sociedade brasileira de que o SUS vale a pena e que necessita de mais dinheiro do que se tem hoje, não haverá recursos suficientes para financiá-lo.

2.5. O financiamento do SUS e a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29

Não obstante enormes resistências, fundadas no raciocínio de poderosas correntes econômicas contrárias à vinculação de recursos orçamentários, a Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29) foi aprovada em

2000. Passados seis anos, não foi, ainda, regulamentada.

A falta de regulamentação não deixou de produzir efeitos no financiamento do SUS. A determinação constitucional, mesmo não regulada infraconstitucionalmente, constitui um marco que permite a luta política entre os setores que decidem os orçamentos e os diferentes atores sociais que lutam por mais recursos na Saúde.

A não-regulamentação da EC n. 29, juntamente com a Desvinculação das Receitas da União (DRU), tem sido mecanismo utilizado para limitar os recursos públicos na Saúde. A falta de uma definição precisa acerca do que são ações e serviços de saúde tem levado a introdução nos orçamentos públicos de uma série de ações e serviços que são questionáveis. O resultado são menos recursos para o financiamento do SUS.

Desse modo, a **luta política por mais recursos públicos para a Saúde deve centrar-se, em curto prazo, na regulamentação, pelo Congresso Nacional, da EC n. 29.** Essa regulamentação está em tramitação no Congresso Nacional pelo PLC n. 01/2003. O PLC n. 01/2003 pretende corrigir distorções na vinculação dos recursos da União e esclarecer o que são ações e serviços de saúde. O texto estabelece que a União aplique anualmente em ações e serviços de saúde, no mínimo, o montante equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas, constantes dos orçamentos fiscal e da Seguridade Social. A estimativa de acréscimo, em 2006, com a aprovação da regulamentação da EC n. 29, é de aproximadamente R\$ 13 bilhões no orçamento federal com o financiamento da Saúde. A justificativa do PLC n. 01/2003 pode ser explicada comparando o aumento na arrecadação federal (receitas correntes), que cresceu, entre 2000 e 2005, na proporção de 18,6% para 22,4% do PIB, enquanto as despesas do Ministério da Saúde decresceram no mesmo período de 8,1% para 7,2% das receitas correntes (CONASS, 2006).

Essa regulamentação só será aprovada se for feito um amplo movimento de mobilização social pelo SUS que chegue ao interior do Congresso Nacional. Tal regulamentação será fundamental para orientar os respectivos Tribunais de Contas no processo de fiscalização do seu cumprimento.

2.6. A melhoria da qualidade dos gastos públicos em Saúde

É necessário aumentar os gastos públicos na Saúde, mas é impor-

tante, também, melhorar sua qualidade. A luta por mais recursos para o SUS muitas vezes obscurece a realidade de que existem ineficiências e iniquidades a superar. A questão da eficiência do SUS é um tema central a ser considerado e que, enfrentado com determinação, dará maior legitimidade para lutar por mais recursos públicos para a Saúde. Contudo, não se pode colocar a busca da eficiência do SUS como pré-condição para maiores recursos; essas ações devem ser realizadas concomitantemente.

A melhoria da qualidade dos gastos do SUS passa por uma integralidade regulada, por ações para superação das ineficiências econômicas e alocativas e pela diminuição das iniquidades na alocação dos recursos financeiros do SUS.

2.7. A integralidade regulada

2.7.1. Conceito

A integralidade é um conceito polissêmico, admitindo, portanto, várias significações. Num plano macro, tem sido decodificada como o conjunto de serviços que são ofertados pelos sistemas públicos de saúde aos cidadãos; num plano micro, pode ser entendida “como a articulação entre ações preventivas e assistenciais ou como um modo ampliado de apreensão das necessidades das pessoas” (Mattos,2003).

Aqui vai se trabalhar a integralidade em sua significação macro, o que implica defini-la como um conjunto de serviços de saúde ofertados nos diversos níveis dos sistemas, de natureza promocional, preventiva, curativa ou reabilitadora, proporcionado individual ou coletivamente, eticamente estruturado, de efetividade comprovada, provido com segurança para os profissionais de saúde e para os usuários e formatado para atender às necessidades de saúde da população.

A integralidade, juntamente com a universalização, é um dos princípios valorativos do SUS. Todavia, difere, em sua aplicação, da universalização. Pelo princípio da universalização todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS e esse acesso universal não pode ser restringido, de nenhuma forma e em nenhuma circunstância. A integralidade merece ser interpretada, não para impor restrições injustificadas ou injustas ou para ferir direitos, mas para instituir, mediante consensos fundamentados na evidência científica e em princípios éticos, validados socialmente, regras claras e transparentes que imprimam racionalidade à oferta dos serviços de saúde.

A integralidade, corretamente interpretada nos sistemas de saúde, racionaliza a oferta dos serviços e, por isso, transforma-se em instrumento fundamental de melhoria da eficiência dos gastos em Saúde. Até porque a experiência internacional de reformas sanitárias mostra que as medidas mais eficazes de aumento da eficiência dos sistemas de saúde fazem-se do lado da oferta e não da demanda (Saltman e Figueras, 1997).

2.7.2. Integralidade clássica e uma nova integralidade

A Organização Mundial da Saúde, no Relatório Mundial da Saúde de 2000, fala de diferentes interpretações do universalismo. Uma releitura desse posicionamento oficial da OMS, transposta para o campo da integralidade, permite identificar uma integralidade clássica e uma nova integralidade. **A integralidade clássica**, desenvolvida na primeira metade do século XX, especialmente nas economias de bem-estar social, implicava garantir, por meio de sistemas públicos universais, o livre acesso de todos os cidadãos a todos os serviços de saúde. Nas últimas décadas, contudo, fruto das profundas mudanças políticas e econômicas no mundo, foi se impondo **uma nova integralidade** em que os serviços ofertados aos cidadãos passaram a ser definidos por critérios de efetividade e aceitabilidade social. Assim se reconhece que os sistemas de saúde não devem nem podem ofertar a todas as pessoas a totalidade dos serviços disponíveis. Essa nova integralidade rejeita, por igual, o racionamento de serviços de saúde, técnica e socialmente necessários, a grupos inteiros da população, especialmente excluídos por níveis sócio-econômicos (World Health Organization, 2000). Por isso, afasta, por indesejável e eticamente injustificável, a proposta de cestas básicas de serviços de saúde que fizeram parte das reformas do setor nos anos 90 (Banco Mundial, 1993).

Como propõe Gilson Carvalho (2006), a integralidade regulada se impõe no SUS e se expressará na definição e oferta, a todos os brasileiros, de um conjunto de serviços, discutido com base técnica na efetividade e na segurança das tecnologias, no seu conteúdo ético, em sua conformidade com as necessidades de saúde da população e em sua aceitabilidade social. Assim, o SUS deve ofertar, a todos os brasileiros, um conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários.

2.7.3. A experiência internacional

A experiência internacional é variada na definição das carteiras de

serviços a serem ofertados nos sistemas de saúde.

A Holanda propôs critérios baseados nas necessidades de saúde, na efetividade, na eficiência e na responsabilidade social (Dunnig, 1992).

Na Suécia, uma Comissão Parlamentar propôs uma carteira de serviços a ser conformada pelos princípios de dignidade humana, necessidades de saúde da população, solidariedade social e custo/eficiência (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995).

No Canadá, os serviços são ofertados, com variações entre províncias, a partir de critérios medicamente necessários, o que permite excluir certos serviços (Deber et al., 1998).

Na Espanha discute-se uma legislação sanitária que obriga à definição de carteiras de serviços, aprovada por Decreto Real, a partir dos critérios de eficácia, eficiência, efetividade, segurança e utilidade terapêutica, vantagens e alternativas assistenciais, cuidado a grupos menos protegidos ou de risco, necessidades sociais e impactos econômicos e organizativos. Com base nesses critérios um ante-projeto de Decreto Real define a carteira de serviços do Sistema Nacional de Saúde espanhol. A carteira de serviços espanhola está dividida por serviços: Saúde Pública, atenção primária à saúde, atenção especializada, atenção às urgências, atenção farmacêutica, serviços de órtese e próteses, produtos dietéticos e transporte sanitário (Ministério de Sanidad y Consumo, 2005).

A Organização Pan-Americana da Saúde propõe que as carteiras de serviços sejam definidas de acordo com as prioridades das políticas de saúde, com as evidências disponíveis acerca de efetividade e custos das tecnologias e com as preferências e os valores da sociedade (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

2.7.4. Critérios para definição do conjunto de serviços do SUS

O conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários do SUS deveria ser definido, sob a liderança do Ministério da Saúde, por meio de um amplo movimento de discussão na sociedade brasileira, a partir de diferentes enfoques metodológicos: os estudos de carga das doenças; as prioridades da política nacional de saúde; a medicina baseada em evidência; a avaliação tecnológica em Saúde; os critérios bioéticos; as opiniões de prestadores e gestores de serviços; e a opinião da cidadania organizada nos Conselhos de Saúde. O ideal é combinar esses

distintos enfoques porque costuma haver trade-offs entre eles. Isso deveria ser pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e aprovado no Conselho Nacional de Saúde.

A definição do conjunto de serviços a serem oferecidos pelo SUS é uma forma eficaz e democrática de contrapor-se a um processo de incorporação tecnológica selvagem, nem sempre realizado para atender às necessidades da população, mas, algumas vezes, determinado por articulação de interesses de prestadores e do complexo médico-industrial da Saúde. Isso racionalizará a incorporação de tecnologias no SUS. Ademais, essa definição seria uma maneira eficaz de conter uma crescente judicialização da Saúde que impõe enormes custos ao SUS, às vezes de forma irracional.

Para que se tenha uma base técnica adequada para a construção e atualização da relação de serviços oferecidos pelo SUS é imprescindível fortalecer os mecanismos institucionais de avaliação tecnológica em Saúde para que se possa investigar, permanentemente, as consequências clínicas, econômicas e sociais do emprego das tecnologias de saúde, especialmente no que se refere a segurança, eficácia, efetividade, utilidade, impacto econômico, implicações éticas e impacto social. É preciso fortalecer a unidade de avaliação tecnológica do Ministério da Saúde para que ela possa articular uma rede nacional que envolva Secretarias Estaduais de Saúde e instituições acadêmicas e de pesquisa.

A idéia de uma relação de serviços oferecidos pelo SUS tem sido utilizada, por exemplo, na tabela de procedimentos de medicamentos de dispensação excepcional.

Será necessário, para aumentar a eficiência dos gastos públicos em Saúde, regular o uso das tecnologias já incorporadas, especialmente aquelas de maior custo. A utilização de diretrizes clínicas no SUS deveria ser incentivada para que o uso das tecnologias incorporadas fosse feito de acordo com a melhor evidência científica.

A experiência do Reino Unido de instituição de um Instituto Nacional de Excelência Clínica é uma prática exitosa nesse campo que poderia ser analisada pelo SUS (McSherry e Pearce, 2002).

2.8. O aumento da eficiência do SUS

Um dos objetivos centrais dos sistemas de saúde é a eficiência. Essa eficiência pode ser medida em duas dimensões principais:

- a eficiência técnica, e

- a eficiência alocativa.

Os sistemas de saúde são eficientes tecnicamente quando produzem o máximo de serviços para um determinado nível de recursos ou quando produzem um dado nível de serviços a um custo menor; e são eficientes alocativamente quando designam os recursos a atividades em que estes apresentam valor máximo.

O SUS apresenta, do ponto de vista econômico, severas ineficiências econômicas, internas e de escala. Aqui vai se concentrar, por sua importância relativa, nas **ineficiências de escala** do sistema público de saúde brasileiro, discutindo o caso da atenção hospitalar pública e do sistema de apoio diagnóstico. Contudo, há, também, grandes **ineficiências alocativas** que serão analisadas na perspectiva dos gastos em procedimentos de alta complexidade.

2.9. A ineficiência de escala

Os serviços de saúde devem ser organizados em redes que, dialeticamente, concentram certos serviços e dispersam outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica devem ser concentrados. Os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala (World Health Organization, 2000).

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem na medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis.

A economia de escala nos serviços de saúde decorre de vários fatores:

- a divisão do trabalho,
- a alta relação entre custos fixos e custos variáveis, e
- a natureza singular das tecnologias sanitárias que as tornam particularmente sensíveis à escala.

Há evidências robustas na literatura universal a respeito da importância de escalas adequadas para aumentar a eficiência dos sistemas de saúde. Um tipo de serviço de saúde muito suscetível à escala são os hospitais. Há, na literatura internacional, dezenas de estudos que mostram evidências de economias de escala nos hospitais e revelam que essas economias podem acontecer em hospitais entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias vão acontecer em hospitais pequenos e em hospitais de mais de 650 leitos (Aletras, Jones e Sheldon, 1997).

Uma singularidade dos serviços de saúde é que há uma relação estreita entre escala e qualidade. Essa relação explica-se por uma crença generalizada de que os serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade. Por isso, é comum, em países desenvolvidos, que os sistemas públicos analisem o tamanho dos serviços que compram como uma proxy de qualidade. Por exemplo, há uma associação negativa entre o volume de cirurgias cardíacas realizadas e as taxas de mortalidade por essas cirurgias nos hospitais. Por isso, na Holanda as unidades de cirurgia cardíaca só são credenciadas se apresentarem um volume de, no mínimo, 600 cirurgias por ano (Banta e Bos, 1991). Essa relação entre volume e qualidade dos serviços foi constatada no SUS por Noronha et al. (2003) que demonstraram, em relação às cirurgias coronarianas, que os pacientes operados em hospitais de maior volume de cirurgias apresentaram menor risco de morrer que os operados em hospitais com menor volume de cirurgias.

Essa busca por eficiência e qualidade tem levado ao incremento do tamanho das unidades de saúde, especialmente de hospitais. Esse movimento de concentração hospitalar envolve fusões, alianças estratégicas e fechamento de hospitais, o que tem diminuído o número de hospitais. No Reino Unido, 63,5% dos hospitais contratados pelo Serviço Nacional de Saúde têm mais de 300 leitos e 90,5% dos leitos contratados estão em hospitais de mais de 200 leitos (Posnett, 2002).

No SUS, o desenvolvimento do parque hospitalar público vem se fazendo no sentido contrário ao da experiência internacional. Em parte, isso decorre da forma como o processo de municipalização vem sendo realizado no país. Em função das características dos municípios brasileiros, em que 75% deles têm menos de 20 mil habitantes, a descentralização da gestão sanitária aos entes locais contribuiu para uma enorme fragmentação dos serviços que exigem, para operar com eficiência e qualidade, uma escala adequada. É o caso dos hospitais do SUS.

A atenção hospitalar do SUS vive uma crise crônica que se arrasta por anos. Essa crise manifesta-se em três dimensões principais:

- o subfinanciamento;
- a baixa capacidade gerencial; e
- a ineficiência de escala.

É evidente que os recursos para a atenção hospitalar no SUS são insuficientes e isso se manifesta no pagamento de procedimentos, especialmente de média complexidade, por valores muito abaixo dos seus custos. O sistema funciona com baixa capacidade gerencial, seja no

setor estatal, seja no setor privado (BNDES, 2002). Por fim, há muitas ineficiências, especialmente de escala. O caso dos hospitais do SUS é um bom exemplo em que haverá que se aumentar os recursos para financiá-los, mas, concomitantemente, dar um choque de eficiência, com uma profunda reengenharia da rede hospitalar pública.

A rede hospitalar do SUS, em 2003, era composta por 6.854 hospitais. Esses hospitais tinham 477.266 leitos contratados pelo SUS, 2,7 leitos por mil habitantes, que produziram 11,7 milhões de internações hospitalares, com um gasto anual próximo a 6,8 bilhões de reais.

Na Tabela 10 faz-se um exame da composição da rede hospitalar do SUS em 2003, por porte dos hospitais, medido pelo número de leitos. O que se mostra é que 38,8% dos hospitais tinham 30 leitos ou menos; 22,0%, 31 a 50 leitos; 20,9%, 51 a 100 leitos; 11,9%, 101 a 200 leitos; e 6,4%, mais de 201 leitos (Ministério da Saúde, 2003). O exame desses números permite concluir que, tomadas as evidências recolhidas na literatura internacional como referências, **apenas 1.253 hospitais, 18,3% do total apresentam possibilidades de operar com eficiência;** portanto, 81,7% tendem a funcionar com deseconomias de escala.

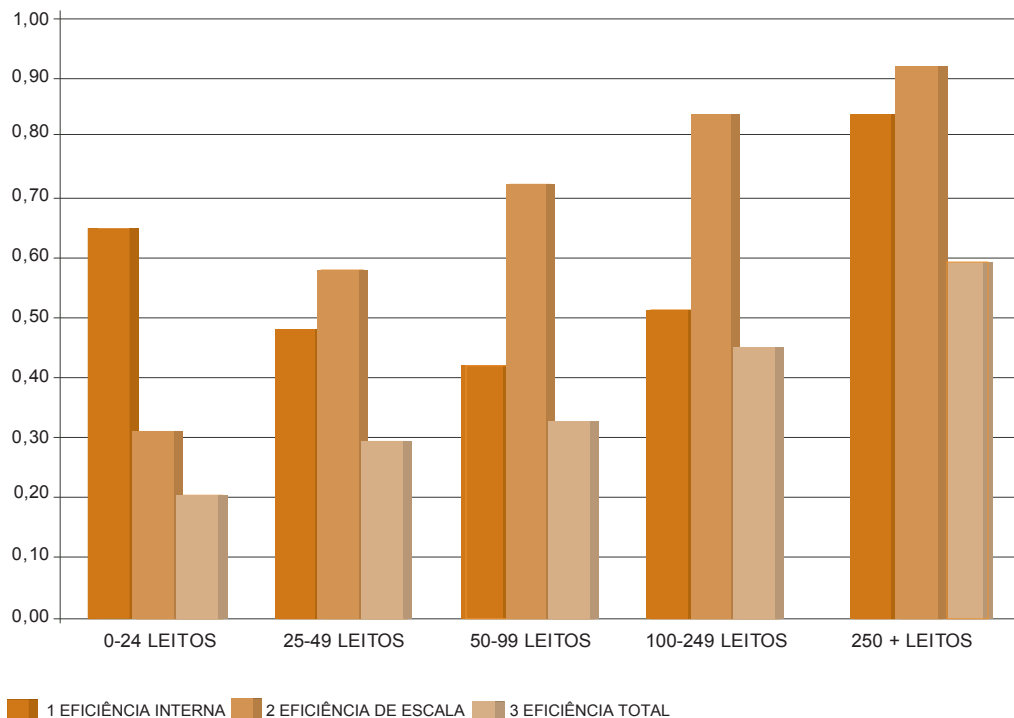
TABELA 10 – REDE HOSPITALAR DO SUS POR PORTE DOS HOSPITAIS, 2003

PORTE DOS HOSPITAIS POR N. DE LEITOS	NÚMERO DE HOSPITAIS	%
1 a 30	2.659	38,8
31 a 50	1.507	22,0
51 a 100	1.435	20,9
101 a 200	813	11,9
MAIS DE 200	440	6,4
TOTAL	6.854	100,0

Fonte: Ministério da Saúde (2003).

A assertiva feita a respeito das ineficiências de escala hospitalar, em função de referências internacionais, foi verificada empiricamente no SUS. Um estudo feito pelo Banco Mundial (2005) acerca da eficiência da rede hospitalar do SUS mostrou, como se vê no Gráfico 18, que há um grande aumento na eficiência dos hospitais à medida que o número de leitos cresce. **A eficiência total dos hospitais com mais de 250 leitos é três vezes superior a dos hospitais com menos de 25 leitos.** O que explica a maior parte desses ganhos de eficiência nos maiores hospitais é o componente da eficiência de escala que é, também, três vezes maior nos hospitais com mais de 250 leitos em relação aos hospitais com menos de 25 leitos.

GRÁFICO 18: A EFICIÊNCIA DOS HOSPITAIS DO SUS EM FUNÇÃO DO NÚMERO MÉDIO DE LEITOS, 2002



Fonte: Banco Mundial (2005).

A explicação para a ineficiência de escala pode estar, como aponta a Tabela 11, **nas taxas de ocupação dos leitos**. Os hospitais do SUS apresentam uma taxa média de ocupação de 28,8%, muito abaixo de um padrão desejável em torno de 80%. Contudo, essa taxa é menor nos hospitais de menor porte, chegando, apenas, a 21,2% nos hospitais com menos de 25 leitos, e a 23,8% nos hospitais com 25 a 49 leitos. A taxa de ocupação só tem um comportamento aceitável nos hospitais com mais de 250 leitos, em que atinge 76,6% de ocupação, o que fala a favor de uma relação entre escala e eficiência.

Uma caracterização da **morbidade hospitalar** permite aprofundar a compreensão do fenômeno das ineficiências de escala na rede hospitalar do SUS. É o que pode ser feito pelas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Esse indicador capta as condições que são realizadas devido à má qualidade da atenção primária e que, portanto, são condições evitáveis, e as internações desnecessárias que são fruto da aplicação, ao SUS, da Lei de Roemer. Ambos os fenômenos estão presentes nos hospitais do SUS; de um lado, há internações que se fazem por deficiências na atenção primária à saúde; de

TABELA 11: TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS DOS HOSPITAIS DO SUS POR PORTE DOS HOSPITAIS, 2002

PORTE DOS HOSPITAIS EM NÚMERO DE LEITOS	OCUPAÇÃO %
0 a 24	21,2
25 a 49	23,8
50 a 99	29,0
100 a 249	46,6
MAIS DE 250	76,6
TOTAL	28,8

Fonte: Banco Mundial (2005).

outro, há internações desnecessárias que ocorrem porque o sistema de saúde tem a capacidade de induzir a demanda pela oferta. Isso é facilitado pelo sistema de pagamento por procedimentos.

No ano de 2001, de um total de 12,4 milhões de internações no SUS, 3,4 milhões foram por **internações sensíveis à atenção ambulatorial**. Assim, naquele ano, essas internações atingiram 27,4% do total; quando se retiram os partos, que não são doenças, esse percentual sobe para 33,8%, uma em cada três internações. Essas internações desnecessárias ou evitáveis custaram ao SUS, em 2001, 1,03 bilhão de reais de um total de 6,67 bilhões de gastos em internações hospitalares. Isso significou um gasto per capita/ano de 6 reais.

As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, como indica a Tabela 12, chegam a 55,3% do total de internações e a 53,7% do total dos gastos nos hospitais com até 30 leitos e tendem a cair com o aumento da escala dos hospitais. Somente os hospitais com mais de 200 leitos aproximam-se dos valores vigentes em países desenvolvidos.

TABELA 12: INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL (ICSAA), NO SUS, POR PORTE DOS HOSPITAIS E POR VALORES PAGOS, 2001

PORTE DOS HOSPITAIS POR N. DE LEITOS	ICSAA %	RECURSOS PAGOS ICSAA %
ATÉ 30 LEITOS	55,3	53,7
31 a 50 LEITOS	50,7	49,1
51 a 100 LEITOS	41,0	36,0
101 a 200 LEITOS	29,7	22,3
201 a 300 LEITOS	22,1	15,5
301 a 500 LEITOS	18,1	13,3
501 a 1.000 LEITOS	14,5	10,7
MAIS de 1.000 LEITOS	13,6	10,4
TOTAL	33,8	24,1

Fonte: Alfradique, Mendes (2002).

Todos esses dados atestam que há uma enorme ineficiência de escala na rede hospitalar do SUS e que isso representa um grande desperdício dos recursos escassos desse sistema público de saúde. **Uma política conseqüente de atenção hospitalar no SUS envolverá, além de alocar mais recursos, dar mais eficiência à utilização dos recursos já comprometidos.** O que exigirá um processo – politicamente complexo – de mudança profunda da rede hospitalar do SUS que permitirá chegar a uma rede hospitalar socialmente necessária, com muito menos hospitais, estrategicamente localizada nos territórios sanitários e com escalas adequadas para prestar serviços econômicos e de qualidade.

Ademais, **a ineficiência de escala do SUS pode ser também encontrada no sistema de apoio diagnóstico.** Essa ineficiência vai se explicar, também, em boa parte, pelo processo de municipalização que levou ao credenciamento de milhares de pequenos laboratórios nos municípios brasileiros.

O sistema de apoio diagnóstico, à semelhança dos hospitais, é muito sensível às economias de escala e apresenta relações muito fortes entre escala e qualidade. Por essa razão, há, em âmbito mundial, um fenômeno de fusões de laboratórios em busca de escala e qualidade. Esse movimento começa a ocorrer no Brasil. Em São Paulo, três laboratórios privados já detêm 25% do total da produção de exames de patologia clínica naquele Estado (Valor Econômico, 2001).

A lógica de estruturação das redes de laboratórios para obter economias de escala e qualidade passa, nos sistemas públicos de saúde, por uma estruturação em redes com a descentralização da coleta para as unidades de saúde, com a centralização do processamento dos exames e com o desenvolvimento de sistemas logísticos ágeis que liguem as duas pontas dessa rede.

O exame da Tabela 13 permite verificar que tem havido uma tendência de crescimento dos exames de patologia clínica no SUS, que passaram de 259,780 milhões em 2002 para 315,348 milhões em 2005. Os gastos com esses exames foram de 1,033 bilhão de reais em 2002 para 1,304 bilhão em 2005. A rede de apoio diagnóstico do SUS envolveu, em 2005, 13.579 laboratórios de patologia clínica. Há, no SUS um laboratório de patologia clínica para cada 13.350 habitantes e o número médio de exames realizados por laboratório é de 23.223 exames/ano. Esses números indicam uma escala muito baixa que determina enormes deseconomias no sistema de apoio diagnóstico.

TABELA 13: EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA REALIZADOS E VALORES PAGOS PELO SUS. PERÍODO 2002/2005

ANO	EXAMES	VALOR PAGO R\$ BILHÃO
2002	259.780.641	1,033
2003	273.628.095	1,098
2004	286.425.936	1,171
2005	315.349.862	1,304

Fonte: Ministério da Saúde: DATASUS: SIA/SUS (jun/2006).

O sistema de apoio diagnóstico do SUS é um caso de enorme ineficiência. A respeito desse sistema, sequer se pode falar em aumento dos recursos, como no hospitalar, porque ele não parece estar significativamente subfinanciado. Aqui, o processo de efficientização parece passar por decisões políticas de superação das ineficiências, o que exigirá um reordenamento profundo para ganhar escala e qualidade. Esse processo tem alto custo político porque implica fechar um grande número de pequenos laboratórios.

É necessário que o SUS se reestruture de forma a promover um adensamento da cadeia produtiva da Saúde. A forma de fazer isso é organizar-se em redes de atenção à saúde que descentralizem no limite as unidades de atenção primária à saúde e que centralize, para obter ganhos de escala e aumentar a qualidade dos serviços, as unidades de média e alta complexidade, nas regiões sanitárias. É o que se verá na discussão do modelo de atenção à saúde do SUS.

2.10. A ineficiência alocativa

A eficiência dos sistemas de saúde depende de uma alocação equilibrada dos recursos entre seus diversos setores. A razão é simples: os problemas complexos como os da Saúde exigem soluções complexas e sistêmicas. Além disso, a situação de saúde brasileira exige, para seu enfrentamento eficiente, a estruturação de redes integradas de atenção à saúde. O que implica **equilibrar as ações e os gastos do sistema de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária de atenção à saúde**. Desequilíbrios internos ao sistema, na alocação dos recursos financeiros em função dos diferentes setores de prestação de serviços de saúde, tendem a provocar ineficiências alocativas, repercutindo negativamente nos resultados sanitários.

A **avaliação dos gastos do SUS, por funções**, vista na Tabela 14,

mostra que 43,8% dos gastos são na assistência hospitalar e ambulatorial (ações de média e alta complexidade), 19,6% na atenção primária à saúde, 4,1% em procedimentos profiláticos e terapêuticos e 1,8 em vigilância em Saúde. Essa composição dos gastos do SUS por funções não se diferencia fundamentalmente do que se observa na experiência internacional.

TABELA 14: GASTOS DO SUS POR FUNÇÕES, 2005

FUNÇÃO	GASTO R\$ BILHÕES	GASTO %	PIB %
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	30,1	43,8	1,55
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	13,4	19,6	0,69
APOIO PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	2,8	4,1	0,15
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	1,4	2,1	0,07
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	0,8	1,2	0,04
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	0,4	0,6	0,02
DEMAIS FUNÇÕES	19,9	28,9	1,03
TOTAL	68,8	100,0	3,55

Fonte: Ministério da Fazenda: STN, In: Afonso (2006a).

Uma análise mais acurada, realizada na função da assistência hospitalar e ambulatorial, traz informações menos tranquilizadoras. É que nesse componente, **além de um forte subfinanciamento das ações de média complexidade, há uma migração interna desses recursos para os procedimentos de alta complexidade.**

O subfinanciamento das ações de média complexidade parece estar acontecendo no SUS e tem repercussões na eficiência dos gastos, na oferta de serviços e nos resultados sanitários. Uma fonte de constantes reclamações da população em relação ao SUS está na dificuldade de se obter consultas médicas e exames especializados em tempo oportuno. Sabe-se que há fortes restrições a internações em procedimentos de média complexidade. Tudo isso parece estar associado com a insuficiência dos recursos despendidos na média complexidade.

Além disso, a restrição de recursos nos procedimentos de média complexidade faz com os valores pagos aos prestadores desses serviços, pelo SUS, estejam muito defasados e sofram dificuldades para serem reajustados. É o caso dos procedimentos de média complexidade hospitalar.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2002) acerca dos custos e os valores pagos pelo SUS em relação a 107 procedimentos selecionados mostrou resultados preocupantes. Esses 107 procedimentos selecionados responderam por 65% dos gastos totais em atenção hospitalar do SUS. Houve variações muito fortes nas defasagens entre os custos dos procedimentos e os valores pagos pelo SUS, mas essas variações estavam determinadas pelas densidades tecnológicas dos procedimentos. Os procedimentos de alta complexidade, em geral, apresentaram valores próximos ou superiores aos custos; ao contrário, os procedimentos de média complexidade, em geral, não tinham seus custos cobertos pelos valores pagos, podendo chegar, nos serviços intensivos em cognição, a valores 75% inferiores aos custos.

Jannett (2002) fez um trabalho de benchmarking, comparando os valores da tabela SUS com os valores pagos pelo Programa Medicare na região metropolitana de Boston. Os valores adotados por esse sistema público americano, em termos relativos, não estão livres de distorções, mas vêm sendo constantemente equilibrados ao longo dos anos. Também, os valores absolutos pagos nos Estados Unidos são sempre maiores que os praticados pelo SUS, mas o que o autor quis analisar é a estrutura de valores relativos em ambos os sistemas. Os resultados desse trabalho mostram uma relação perversa no SUS, em que os procedimentos cognitivos são extremamente desvalorizados frente aos procedimentos intensivos em tecnologias de produtos. Isso pode ser constatado pelos seguintes dados concernentes às relações entre os valores SUS e Medicare: consulta médica, 1/65; ressonância para fígado, 1/3; e transplante renal, 1/2. **A conclusão do trabalho é que as distorções da tabela SUS não encontram paralelo na experiência internacional** e mostram uma desvalorização absoluta dos procedimentos intensivos em cognição que compõem boa parte do conjunto dos serviços de média complexidade.

Além dos problemas de remuneração dos procedimentos, há uma **dinâmica perversa de reajustes da tabela SUS**. Um estudo do Ministério da Saúde (2001) mostrou os seguintes reajustes percentuais, de 1995 a 2001, na tabela de internações hospitalares: retirada de órgão para transplante, 300%; tratamento clínico da contusão cerebral, 113%; prostatectomia, 75%; insuficiência renal aguda, 51%; bronquite aguda, 48%; e crise hipertensiva, 47%.

Por essas razões, as projeções de crescimento dos gastos do SUS até 2010, realizadas por Vianna et al. (2005), mostram um

aumento maior dos gastos em alta complexidade do que nos de média complexidade.

Uma análise da dinâmica da função de assistência hospitalar e ambulatorial, como se vê na Tabela 15 e no Gráfico 19, aponta que tem havido, recentemente, uma **significativa transferência dos recursos federais da média para a alta complexidade**.

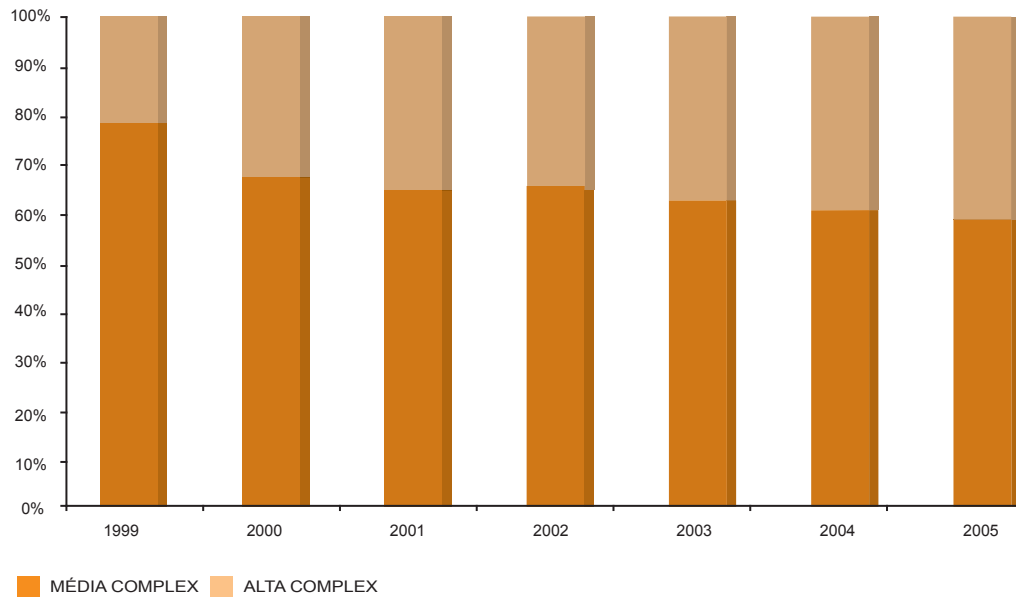
Os recursos federais do Ministério da Saúde, que são o mais importante financiamento para essas ações, caíram, em termos percentuais, no componente de média complexidade, de 78,49% em 1999 para 59,12% em 2005, uma queda muito acentuada num período muito curto. O preocupante é que essa diminuição relativa dos recursos da média complexidade vem configurando uma tendência porque, apesar de um pico no ano 2000, vem se fazendo continuamente. Em termos absolutos, os valores nominais no período cresceram 2,6 vezes na média complexidade e 6,7 vezes na alta complexidade. Os gastos do SUS per capita em procedimentos de alta complexidade, em valores constantes de 2003, cresceram de 24,31 reais em 1995 para 29,82 reais em 2003, um crescimento de 22,6% no período (Vianna et al.,2005).

TABELA 15: GASTOS DO SUS EM BILHÕES DE REAIS E EM TERMOS PERCENTUAIS, NAS ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADES. PERÍODO DE 1999-2005

ANO	MÉDIA COMPLEXIDADE		ALTA COMPLEXIDADE		TOTAL	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
1999	3,28	78,49	0,89	21,51	4,17	100,0
2000	5,35	66,41	2,70	33,59	8,05	100,0
2001	5,59	63,83	3,16	36,17	8,75	100,0
2002	6,52	63,93	3,68	36,07	10,20	100,0
2003	7,71	63,45	4,44	36,55	12,15	100,0
2004	8,26	61,19	5,24	38,81	13,50	100,0
2005	8,68	59,12	6,00	40,88	14,68	100,0

Fonte: Ministério da Saúde: SIA/SIH/SUS, In: CONASS (2006a).

GRÁFICO 19: GASTOS TOTAIS COM PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (SUS). 1999-2005



Fonte: Ministério da Saúde: SIA/SIH/SUS, In: CONASS (2006).

Num sistema público de saúde como o SUS, com forte constrangimento econômico, costuma estabelecer-se um conflito distributivo dos diversos atores sociais em situação para a apropriação de recursos. E, certamente, os atores mais bem posicionados na arena sanitária tendem a apropriar-se, relativamente, de mais recursos. É claro que no SUS há fatores que facilitam um posicionamento privilegiado dos atores ligados às ações de alta complexidade. O aumento das expectativas da população e dos profissionais, a fetichização desses procedimentos, a ideologia flexneriana da prática médica e, sobretudo, a eficácia da articulação de interesses dos profissionais de saúde de mais prestígio social, da indústria biomédica, da indústria farmacêutica, dos prestadores de serviços de maior densidade tecnológica e de grupos de usuários mais organizados (Biancarelli, 2003), favorecem uma concentração relativa dos recursos na alta complexidade. Além disso, **certos serviços de alta complexidade têm oferta limitada nos Sistema de Saúde Suplementar**, apresentam custos muito altos, impossíveis de serem cobertos por desembolso direto e estão especialmente sujeitos ao processo de judicialização da Saúde. Por exemplo, no Estado de São Paulo as autorizações judiciais para fornecimento de

medicamentos de dispensação em caráter excepcional cresceram de 80 por mês em 1996 para 600 por mês em 2002, um acréscimo de 650% no período (Kanamura, 2002).

Os gastos do SUS com procedimentos de alta complexidade apresentam, nos medicamentos de dispensação em caráter excepcional, uma situação crítica que pode configurar crescente ineficiência alocativa dos recursos públicos de saúde. Pode-se verificar, no Gráfico 20, que a participação percentual dos gastos com medicamentos de dispensação em caráter excepcional em relação aos gastos totais do Ministério da Saúde com medicamentos subiu de 14,9% em 1995 para 35,3% em 2005.

O incremento dos gastos com medicamentos de dispensação em caráter excepcional vem repercutindo nos orçamentos federal e estaduais da Saúde. Dados levantados pela Assessoria Técnica do CONASS (2006), contidos na Tabela 16, indicam que esses gastos subiram de 1,050 bilhão de reais em 2003 para 1,925 bilhão de reais em 2005. O aumento desses gastos é verificado tanto no Ministério da Saúde quanto nas Secretarias Estaduais de Saúde.

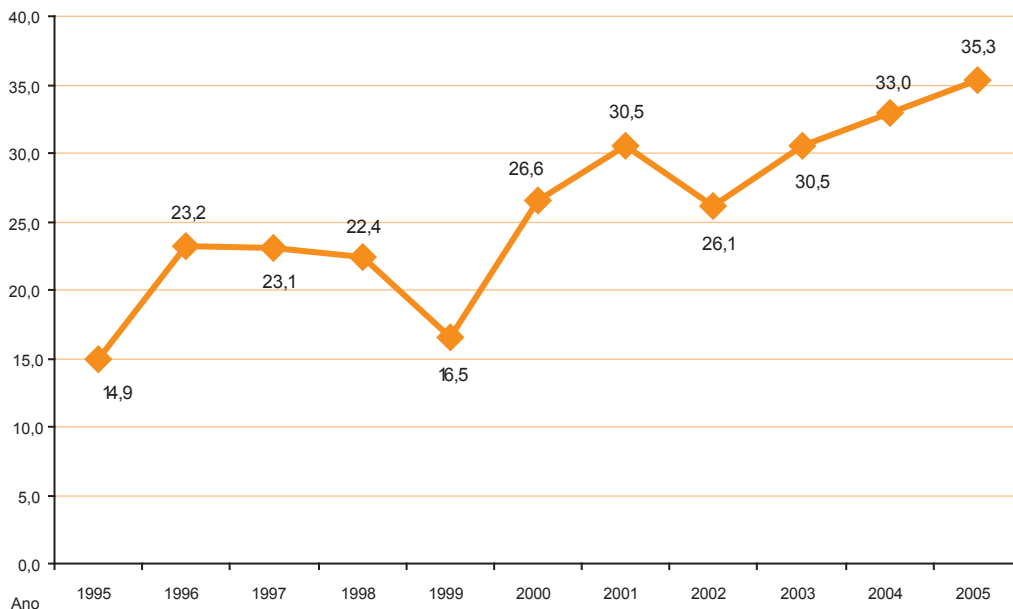
No caso dos medicamentos de dispensação em caráter excepcional (os de maior custo), o incremento de gastos com sua aquisição nos últimos anos tem onerado significativamente e exponencialmente as Secretarias Estaduais de Saúde, apesar de que, originariamente, essa responsabilidade seja exclusivamente federal.

É preciso definitivamente estabelecer a reformulação do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, com aumento significativo do aporte de recursos federais.

Certamente a solução dos problemas do desequilíbrio interno na assistência de alta e média complexidade passa pelo aumento dos gastos públicos em Saúde.

Concomitantemente, medidas de aumento da qualidade desses gastos deveriam ser adotadas. Já se mencionou, anteriormente, a necessidade de definir os serviços a serem ofertados, com critério de relevância sanitária e social, e a utilização de mecanismos de avaliação tecnológica que estabeleçam as diretrizes de uso dessas tecnologias. Contudo, para evitar a migração dos recursos da média para a alta complexidade, seria interessante separar, em dois blocos isolados, os recursos federais destinados a esses dois grupos de tecnologias sanitárias. Se isso não resolve o problema do volume dos gastos com esses serviços, pode dar maior transparência às alocações relativas de ambos e constri-lo o fluxo dos recursos da média para a alta complexidade. O Pacto pela Vida/Pacto de Gestão

GRÁFICO 20: PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS GASTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EM CARÁTER EXCEPCIONAL EM RELAÇÃO AOS GASTOS TOTAIS COM MEDICAMENTOS. PERÍODO 1995-2005



(*) A estimativa considerou os gastos com antiretrovirais (DST/Aids), mas não inclui os gastos com medicamentos destinados a paciente internados

Fonte: Vianna et al (2005).

TABELA 16: GASTO FEDERAL E ESTADUAL DO SUS COM MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EM CARÁTER EXCEPCIONAL. PERÍODO 2003 A 2005

ANO	FEDERAL R\$	ESTADUAL R\$	TOTAL R\$
2003	523.721.259	527.164.730	1.050.885.889
2004	901.465.174	547.314.282	1.448.779.457
2005	1.206.640.566	718.854.126	1.925.494.692

Fonte: Assessoria técnica do CONASS (2006b).

os coloca em um único bloco. Por fim, seria necessário elaborar e implantar sistemas mais robustos e transparentes para o credenciamento dos serviços de alta complexidade que considerassem, com base em evidências, além de critérios populacionais e de acesso, as relações entre volume e qualidade dos serviços.

2.11. A equidade do financiamento

A equidade em Saúde foi definida pela Sociedade Internacional de Equidade em Saúde, na Conferência sobre Equidade em Saúde de

Havana de 2000, como a **ausência de diferenças sistemática e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da Saúde que se manifestam em populações ou grupos populacionais, definidos social, demográfica ou geograficamente** (Starfield, 2006).

A Organização Mundial da Saúde estabelece que um dos objetivos dos sistemas de saúde é o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma eqüitativa (World Health Organization, 2000). Apesar disso, a eqüidade não atinge, na legislação constitucional e infraconstitucional do SUS, um status jurídico singularizado. A Lei n. 8.080/1990 apenas menciona no seu art. 2º, parágrafo 1º, o dever do Estado de estabelecer acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Não obstante, a eqüidade tem sido interpretada, seja no discurso oficial, seja na fala de atores sociais de relevância na arena sanitária, como um princípio do SUS. É justo que seja assim porque os sistemas públicos universais devem buscar a eqüidade.

A eqüidade em Saúde pode ser analisada em diferentes perspectivas: no atendimento/uso dos serviços, nos resultados sanitários e no financiamento.

Aqui, vai tratar-se da eqüidade no financiamento do SUS, a partir das transferências dos recursos do Ministério da Saúde aos Estados.

Tem havido, especialmente em anos recentes, uma diminuição das diferenças nos valores per capita das transferências federais aos Estados. No período de 2002 a 2004 esses valores aumentaram 24,4% no Norte, 23,5% no Nordeste e 17% no Sudeste e Sul (Ministério da Saúde, 2005b). Em 2005 as transferências per capita dos recursos do Ministério da Saúde para os Estados brasileiros, conforme a Tabela 17, mostra uma situação que se aproxima de uma distribuição igualitária. Contudo, uma alocação de recursos igualitária, ainda que tenha as vantagens da aceitabilidade política e da transparência, não significa uma distribuição eqüitativa porque não se faz segundo as necessidades em Saúde diferenciadas das populações. Se toma o IDH como uma proxy das necessidades em Saúde e a cobertura do Sistema de Saúde Suplementar como uma proxy das necessidades socioeconômicas; como se vê na Tabela 17, a distribuição próxima à igualdade torna-se iníqua. Tomem-se os casos do Rio Grande do Norte e São Paulo. O Rio Grande do Norte recebeu do Ministério da Saúde, no ano, R\$ 125,91 per capita e São Paulo um valor, muito próximo, de R\$ 126,43. Entretanto, o Rio Grande do Norte tem um IDH de 0,705 e uma cobertura de planos privados de 10,3% da população; São Paulo tem um IDH de 0,820 e uma cobertura privada de 37,8% da população.

O financiamento do SUS, visto na perspectiva da equidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloque os recursos financeiros entre os Estados e entre os municípios de cada Estado, a partir de um valor per capita igualitário, ajustado por estrutura etária, por gênero, por necessidades de saúde e que leve em consideração a oferta de serviços.

As enormes diferenças nas receitas tributárias entre Estados e entre municípios, como se verá à frente, recomenda utilizar essa capacidade fiscal relativa no critério alocativo. Para que esse processo de distribuição eqüitativa dos recursos se faça com menores custos políticos, é importante que as mudanças sejam realizadas sem que nenhum Estado ou município perca recursos no ponto de partida das correções a serem realizadas. **O ideal é que essa correção se fizesse com dinheiro novo.** Porto et al. (2005) estimaram que o custo dessa alocação redistributiva seria de pouco mais de 1 bilhão de reais e que poderia ser feita em três anos.

Paralelamente ao processo de redistribuição eqüitativa dos recursos federais de custeio, devem ser implantados programas de investimentos, por meio de Planos Diretores de Investimentos (PDI), para equilibrar inter-regionalmente a oferta dos serviços de saúde, além de uma política de recursos humanos voltada à fixação de profissionais.

TABELA 17: TRANSFERÊNCIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE AOS ESTADOS PER CAPITA, IDH POR ESTADOS DA FEDERAÇÃO E PERCENTAGEM DAS COBERTURAS DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

ESTADO	TRANSFERÊNCIA PER CAPITA R\$ (1)	IDH (2)	% COBERTURA DE SAÚDE SUPLEMENTAR (3)
ACRE	124,12	0,697	5,8
AMAZONAS	100,28	0,713	10,1
AMAPÁ	104,68	0,753	5,1
PARÁ	88,69	0,723	6,9
RONDONIA	103,21	0,735	4,5
RORAIMA	110,71	0,746	2,3
TOCANTINS	147,17	0,710	3,3
ALAGOAS	118,21	0,649	5,4
BAHIA	109,67	0,688	8,3
CEARÁ	111,86	0,700	9,5
MARANHÃO	109,06	0,636	3,7
PARAIBA	134,76	0,661	8,2
PERNAMBUCO	120,20	0,705	11,4
PIAUI	132,95	0,656	3,9
RIO GRANDE DO NORTE	125,91	0,705	10,3
SERGIPE	119,33	0,682	8,8
ESPÍRITO SANTO	109,05	0,765	22,0
MINAS GERAIS	104,95	0,773	18,5
RIO DE JANEIRO	114,31	0,807	30,6
SÃO PAULO	126,43	0,820	37,8
PARANÁ	121,62	0,786	18,1
RIO GRANDE DO SUL	100,18	0,814	16,7
SANTA CATARINA	114,70	0,822	18,1
GOIÁS	110,24	0,776	8,3
DISTRITO FEDERAL	103,27	0,844	24,7
MATO GROSSO	116,50	0,773	9,0
MATO GROSSO DO SUL	128,75	0,778	13,9
BRASIL	115,00	0,766	19,4

(1) Dados de 2005; (2) Dados de 2000; (3) Dados de 2006

Fontes: Secretaria Especial de Estado de Proteção Social (2006). Pnud (2002). Agência Nacional de Saúde Suplementar (2006).

3. O DESAFIO DO MODELO INSTITUCIONAL DO SUS

O Brasil é um país federativo e, por essa razão, **o modelo institucional do SUS foi construído para ser operado pela trina federativa**. Os entes federados mantêm, entre si, diretamente ou pela mediação de instituições de gestão compartilhada e de controle social, complexas inter-relações.

Os avanços obtidos pelo SUS e o sucesso dos programas desenvolvidos nos últimos anos devem-se, em boa parte, à contribuição parceira dos governos federal, Estaduais e municipais e à vigilante ação de controle social exercida pelos Conselhos de Saúde, em suas diversas instâncias. O modelo institucional do SUS tem sido considerado uma prática exitosa de governança de políticas públicas, tanto que tem servido de modelo para outros setores governamentais, como os de segurança pública e assistência social.

Não obstante, há desafios a superar no plano institucional que se devem às características singulares da federação brasileira, à crise do federalismo fiscal e às suas repercussões na Saúde, além do modelo descentralizador adotado na Saúde.

3.1. A federação brasileira

Os países se organizam institucionalmente de várias formas: a aliança ou associação de Estados, a Confederação, a Federação e o federalismo. **O Brasil optou pelo federalismo**, ainda que não seja a forma mais comum de organizar as relações de poder em bases geopolíticas segundo a experiência internacional.

A primeira experiência de federalismo, na acepção moderna do termo, foram os Estados Unidos em 1787 e foi nela que se inspirou o federalismo brasileiro. A essência do federalismo, expressa por Elazar (1987), é o equilíbrio entre o governo nacional e os governos subnacionais e entre a cooperação e a competição interfederativas.

O federalismo pressupõe a dupla soberania: a derivada do poder de autogoverno dos entes subnacionais e a do poder nacional, representante de toda a população do país.

A justificativa da solução federalista deve-se a **duas caracterís-**

ticas essenciais, a heterogeneidade e a unidade na diversidade.

A heterogeneidade pode materializar-se nas dimensões territoriais, étnicas, lingüísticas, econômicas, sociais, culturais e políticas. A unidade na diversidade garante as autonomias regionais ou locais, mas resguarda a integridade, especialmente a territorial, frente às heterogeneidades.

O federalismo implica o equilíbrio entre autonomia e interdependência dos entes federativos porque esse modelo de governo é intrinsecamente conflitivo. Isso se garante mediante uma Constituição escrita que define as regras de convivência pela instituição de um sistema de freios e contrapesos e por mecanismos de parceria entre os entes federados.

Idealmente, **há dois modelos de relacionamentos intergovernamentais no federalismo: o competitivo e o cooperativo** (Abrúcio (2002)). O modelo competitivo, muito valorizado nos Estados Unidos e baseado nos valores do mercado, estimula a competição entre os entes federados a fim de que os governos aumentem a responsividade para atender melhor e mais eficientemente aos seus cidadãos. Segundo esse modelo, os cidadãos, considerados consumidores dos serviços dos governos, teriam maiores possibilidades de escolha num ambiente de competição interfederativa. O modelo cooperativo, vigente em países como Austrália, Alemanha e Canadá, está assentado na possibilidade de submeter o auto-interesse ao interesse de todos, gerando um excedente cooperativo na ação interfederativa. Na realidade, as experiências federativas combinam cooperação e competição sendo desejável um equilíbrio entre elas. A presença relativa parece depender, como no caso dos sistemas de saúde, dos valores da sociedade hegemônicos.

O federalismo cooperativo admite duas alternativas: o federalismo interestadual e o federalismo intra-estatal. No federalismo interestadual há uma clara separação dos poderes entre os níveis de governo, de modo que as competências entre os membros do pacto federativo estejam bem definidas e as competências concorrentes minimizadas. No federalismo intra-estatal há um incentivo às ações conjuntas nas políticas públicas; nesse caso, a delimitação das competências é menos importante que a participação em colegiados de decisão e monitoramento das políticas. Essas duas formas de federalismo se encontram, ora com predominância do modelo interestadual, como nos Estados Unidos, ora com hegemonia do modelo intra-estatal, como na Alemanha e na Austrália.

O federalismo brasileiro é predominantemente cooperativo e hegemonicamente intra-estatal. Ele apresenta elementos de competição e de cooperação. O caso da guerra fiscal entre os Estados da federação configura uma competição predatória no nosso federalismo.

O caso do SUS aproxima-se de uma experiência de federalismo cooperativo. Um dos problemas do federalismo cooperativo é que em países de forte tradição centralizadora, como os latino-americanos, a cooperação costuma ser resultado de uma linha hierárquica descendente que enfraquece a autonomia dos governos subnacionais e constriange o excedente cooperativo da ação solidária (Abrúcio, 2002). Isso pode estar acontecendo no federalismo sanitário brasileiro.

Além desse problema de falta de simetria entre os entes federados, **o federalismo cooperativo brasileiro apresenta um problema de ordem jurídica** pela ausência de um instrumento legal que propicie uma vinculação forte em relação às políticas pactuadas. A forma jurídica de ordenamento da pactuação interfederativa é o convênio que é um mecanismo vertical e que institui regras unilaterais de relacionamento. Essa, talvez, seja a razão pela qual surgiu a nova legislação de consórcios que permite, inclusive, o consorciamento de entes federados distintos.

Outro problema do federalismo cooperativo brasileiro está no municipalismo autárquico, expressão cunhada por Celso Daniel em 2001, segundo Abrúcio (2002). Essa forma de descentralização tem a vantagem de colocar as responsabilidades pelas políticas públicas mais próximas aos cidadãos e de aumentar a oferta local desses serviços. Por outro lado, apresenta desvantagens inequívocas. Uma delas é determinada pela situação de forte constrangimento dos recursos públicos; nesse caso, estabelece-se uma competição entre os entes federados, em que cada qual pretende repassar os seus custos aos outros. Na área social esse mecanismo foi identificado como uma tentativa de cada nível de governo transferir a outro os custos políticos e financeiros das políticas sociais e reservar, para si, os benefícios dela decorrentes (Arretche, 1996). E mais ainda, pode haver uma tendência à fragmentação de certos serviços sociais, como os de saúde, que exigem escala para operarem com eficiência e qualidade. Assim, o municipalismo autárquico pode introduzir elementos de competição predatória nos sistemas sociais.

O municipalismo autárquico articula-se com a natureza singular da descentralização brasileira, especialmente após a Constituição Fede-

ral de 1988, que gerou um processo de criação desordenada de municípios. Gomes e Mac Dowell (2000) mostram que foram criados, de 1984 a 1987, 1.405 novos municípios, um incremento de 34,3% nesse período; eles estavam concentrados na Região Sul (405) e na Região Nordeste (402); houve uma proliferação de pequenos municípios: dos 1.405, 1.329 tinham menos de 20 mil habitantes, 1.095 menos de 10 mil habitantes e 735 menos de 5 mil habitantes; há forte dependência desses pequenos municípios dos recursos dos fundos de participação dos municípios; os grandes beneficiários da descentralização tributária foram os pequenos municípios nos quais vivem menos de 20% da população brasileira. Esse trabalho desmonta um mito, o de que a população mais pobre do país está concentrada nos municípios pequenos. De acordo com dados censitários, a população dos municípios de até 5 mil habitantes está distribuída em todos os decis de renda, com concentração nos decis cinco, seis e sete, ou seja, na metade superior da renda. Além disso, aponta para uma má qualidade dos gastos públicos municipais: os gastos per capita com o poder legislativo foram maiores nos municípios com menos de 5 mil habitantes (R\$ 20,60) do que nos municípios com mais de 1 milhão de habitantes (R\$ 15,60).

Os problemas que se colocam para o federalismo brasileiro, em geral, e para o federalismo sanitário, em particular, têm na crise do federalismo fiscal uma causa importante.

3.2. O federalismo fiscal

A resposta constitucional à forte centralização autoritária do regime militar foi a descentralização de recursos e competências. Isso se fez a partir de dois supostos: a descentralização está associada à democratização e a aproximação das decisões públicas dos cidadãos aumenta a eficiência e a transparência das políticas públicas. Isso veio junto com a ampliação dos direitos sociais a ser sustentada pelo orçamento da seguridade social.

A forma basilar da descentralização foi o federalismo fiscal. Não há dúvida de que a **descentralização constitucional fortaleceu o federalismo brasileiro**, ampliando a autonomia dos Estados e dos municípios, promovendo uma redistribuição dos recursos tributários para os entes subnacionais e, o que é típico do federalismo brasileiro, aumentando as possibilidades de os Estados e municípios gerarem receitas próprias pela via da tributação direta. Em termos de receitas totais, no período de 1987 a 1991, a União passou de 64,1% para 54,6% do bolo

tributário; os Estados, de 23,3% para 29,6%; e os municípios, de 12,6% para 15,7% (IPEA, 2006).

A situação econômica pós-constitucional, especialmente aquela dos anos 1990, não se mostrou favorável para conciliar **descentralização tributária e ampliação de recursos sociais**. Isso se refletiu fortemente nas receitas da União que começou a aumentar a receita tributária pelo aumento das contribuições sociais. Estas foram responsáveis por 64% do aumento da carga tributária total após a Constituição Federal. Esse mecanismo teve impactos sobre a competitividade da economia, porque as contribuições são cumulativas, e sobre o federalismo fiscal, porque **as contribuições não são automaticamente repassadas aos entes subnacionais**. O impacto negativo foi maior entre os Estados pela queda acentuada, principalmente na primeira metade dos anos 1990, das receitas do ICMS.

Essa queda repercutiu na capacidade de financiamento dos Estados e, conseqüentemente, na possibilidade de participar mais efetivamente no co-financiamento dos direitos sociais, constitucionalmente ampliados.

No plano federal, houve mudanças substantivas internas na seguridade social. No interior da seguridade social, a crise da previdência social foi retirando recursos crescentes dos outros setores e diminuindo, relativamente, as possibilidades de garantir os direitos coletivos na Saúde e na Assistência Social. Em 1993, a previdência social cortou, de forma definitiva, o repasse de recursos para a Saúde.

Após o Plano Real instituiu-se um mecanismo de financiamento do gasto público pelo **aumento da carga tributária**, ampliando as contribuições sociais e instituindo um constrangimento às vinculações orçamentárias por meio da DRU. Além disso, a estabilização da moeda extinguiu o imposto inflacionário que era uma fonte de ganhos para os governos, especialmente os subnacionais. A combinação de uma âncora no câmbio com elevação de juros gerou um processo de forte endividamento público.

O **avanço dos gastos previdenciários sobre os recursos da Saúde** levou a uma crise aguda de financiamento desse setor no início da segunda metade dos anos 1990. O setor Saúde, sob a liderança do ministro Adib Jatene, reagiu e esse movimento de mobilização social levou à criação da Contribuição Provisória da Movimentação Financeira (CPMF). Originalmente, a idéia era que a totalidade desses recursos seria para a Saúde; hoje, em tornode 40% deles se destinam ao financiamento do SUS.

As ressalvas em relação a uma reforma tributária mais consequente levaram a algumas mudanças parciais em 1996, como o ressarcimento aos exportadores, e à Lei Kandir, que repercutiram negativamente no federalismo fiscal.

A partir do final dos anos 1990, o controle das dívidas públicas e a geração de superávits primários tornaram-se questões centrais na política econômica. Em 1999, a União concluiu, com os Estados, o processo de renegociação das dívidas estaduais, transformadas em dívidas contratuais que deveriam ser garantidas mediante o estabelecimento de limites de gastos e endividamentos. O incremento das receitas, num ambiente de elevados juros, não foi suficiente para reduzir a dívida pública que continuou crescendo. Esse círculo vicioso é responsável pelo crescimento da carga tributária que atinge, conforme se vê no Gráfico 17, 38,94% do PIB brasileiro.

A rolagem das dívidas dos Estados e dos municípios com a União tem custado, a esses entes federados, recursos substantivos e crescentes. Apesar disso, essas dívidas não param de crescer. Em 2004 Estados e municípios pagaram à União 10,07 bilhões de reais e em 2005 esse valor subiu para 17,68 bilhões de reais; não obstante, a dívida consolidada de Estados e municípios com a União evoluiu, no mesmo período, de 300,17 bilhões de reais para 336,84 bilhões de reais (Afonso, 2006b).

Uma **análise das receitas disponíveis por entes federados** é feita na Tabela 18. A receita disponível leva em conta as transferências obrigatórias dos recursos entre entes federados. Ela é de 57,6% da União, 22,4% do PIB; 25,2% dos Estados, 9,8% do PIB; e 17,2% dos municípios, 6,7% do PIB. Mas o que chama atenção é a forte queda na receita dos Estados, de 35,11% em 1965 para 25,2% em 2005. No mesmo período a União passou de 54,8% para 57,6%, tendo recuperado a posição em 2005 relativamente a 1991. Os municípios passaram de 10,1% para 17,2%, mas se estabilizaram a partir de 1998 (Afonso, 2006b).

TABELA 18: DIVISÃO FEDERATIVA DAS RECEITAS DISPONÍVEIS. BRASIL, ANOS SELECIONADOS

ANO	UNIÃO (%)	ESTADOS (%)	MUNICÍPIOS (%)	TOTAL (%)
1965	54,8	35,1	10,1	100,0
1988	60,1	26,6	13,3	100,0
1991	54,7	29,6	15,7	100,0
1998	56,2	26,6	17,2	100,0
2005	57,6	25,2	17,2	100,0

Fonte: Afonso (2006b).

A repartição dos recursos aos Estados e municípios faz-se com enormes disparidades. **Há variações muito fortes da receita tributária per capita entre Estados**, conforme se observa na Tabela 19.

TABELA 19: RECEITA TRIBUTÁRIA PER CAPITA EM ESTADOS SELECIONADOS, 2000

ESTADO	RECEITA TRIBUTÁRIA PER CAPITA R\$
RORAIMA	1.493,40
DISTRITO FEDERAL	784,50
PARANÁ	729,10
BRASIL	603,80
SERGIPE	556,70
ESPÍRITO SANTO	556,70
SANTA CATARINA	514,80
GOIÁS	437,50
PARÁ	339,40
MARANHÃO	287,20
SÃO PAULO	505,30

Fonte: Prado (2003), In: IPEA (2006).

No caso dos municípios, tal como se indica na Tabela 20, o perfil de receitas tributárias por habitante/ano segue o formato de um U, com a perna ascendente do U sendo mais curta, indicando que os valores se reduzem progressivamente com o aumento da população. No patamar inferior estão os municípios médios, de população entre 30 e 50 mil habitantes: os grandes municípios têm receitas inferiores às dos pequenos municípios; os municípios de menos de 5 mil habitantes apresentam receitas per capita superiores às dos municípios de capitais.

Esse modelo de federalismo fiscal tem muitas implicações negativas no Brasil. Determinou uma crise nesse federalismo e criou um dilema no atendimento social: as demandas sociais são levadas, mais proximamente, pelos cidadãos, aos Estados e aos municípios, que, contudo, têm menores capacidades fiscais para atendê-las. De outro lado, esse processo fiscal perverso destruiu a idéia constitucional generosa do orçamento da seguridade social. Essa crise do federalismo fiscal acentua-se, prospectivamente, em função da crescente consciência de agentes econômicos e da sociedade de que não é mais possível continuar financiando os gastos públicos pelo incremento continuado da carga fiscal.

A crise do federalismo fiscal colocou em risco o equilíbrio do federalismo brasileiro. No plano federativo, o aumento da carga tributária

TABELA 20: RECEITA TRIBUTÁRIA PER CAPITA POR TAMANHO DE MUNICÍPIOS, 2000

POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS	RECEITA TRIBUTÁRIA PER CAPITA R\$
ATÉ 5.000	596,90
DE 5.001 A 10.189	399,60
DE 10.190 A 16.980	348,70
DE 16.981 A 30.000	339,00
DE 30.001 A 50.940	323,00
DE 50.941 A 75.000	349,70
DE 75.001 A 101.216	352,30
DE 101.217 A 125.000	406,50
DE 125.001 A 156.216	402,10
ACIMA DE 156.216	427,00
CAPITAIS	570,00
BRASIL	425,90

Fonte: Prado (2003), In: IPEA (2006).

via contribuições sociais ampliou os desequilíbrios horizontais na federação e aumentou o controle federal sobre os orçamentos estaduais e municipais. Isso, como se verá, parece ter acontecido no SUS. No plano social, os direitos individuais da previdência social acabaram por sobrepor-se aos direitos coletivos da saúde e assistência social, limitando o atendimento a essas demandas sociais. Isso provocou forte impacto negativo no federalismo sanitário e no financiamento do SUS.

Na raiz desse problema está um sistema tributário anacrônico, distante da competitividade e da equidade, determinante de orçamentos rígidos e crescentemente voltados para geração de recursos para o serviço da dívida e com reduzida capacidade de investimentos em infra-estrutura. Esse problema só poderá ser superado por uma reforma tributária que se sustente em quatro pilares: a repartição do poder de tributar, o regime de transferências compensatórias, os mecanismos de cooperação intergovernamental e os incentivos ao desenvolvimento regional (IPEA, 2006). Ou seja, **a superação da crise do federalismo fiscal exigirá uma reforma tributária.**

3.3. O modelo institucional do SUS: o federalismo sanitário

O modelo institucional do SUS, esboçado no Gráfico 20, está ancorado no federalismo brasileiro de tipo **cooperativo e intra-estatal**.

Por força da Constituição Federal de 1988, houve uma descentralização das ações e serviços de saúde para Estados e muito especialmente para os municípios.

O componente da cooperação é predominante no SUS. Ele se manifesta na instituição de instâncias permanentes de pactuação, as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites. Esses mecanismos decisórios interfederativos garantem, ademais, o caráter de federalismo intra-estatal. No melhor espírito federativo, as Comissões Intergestores funcionam como mecanismos de freios e contrapesos à concentração de autoridade em determinados entes federativos.

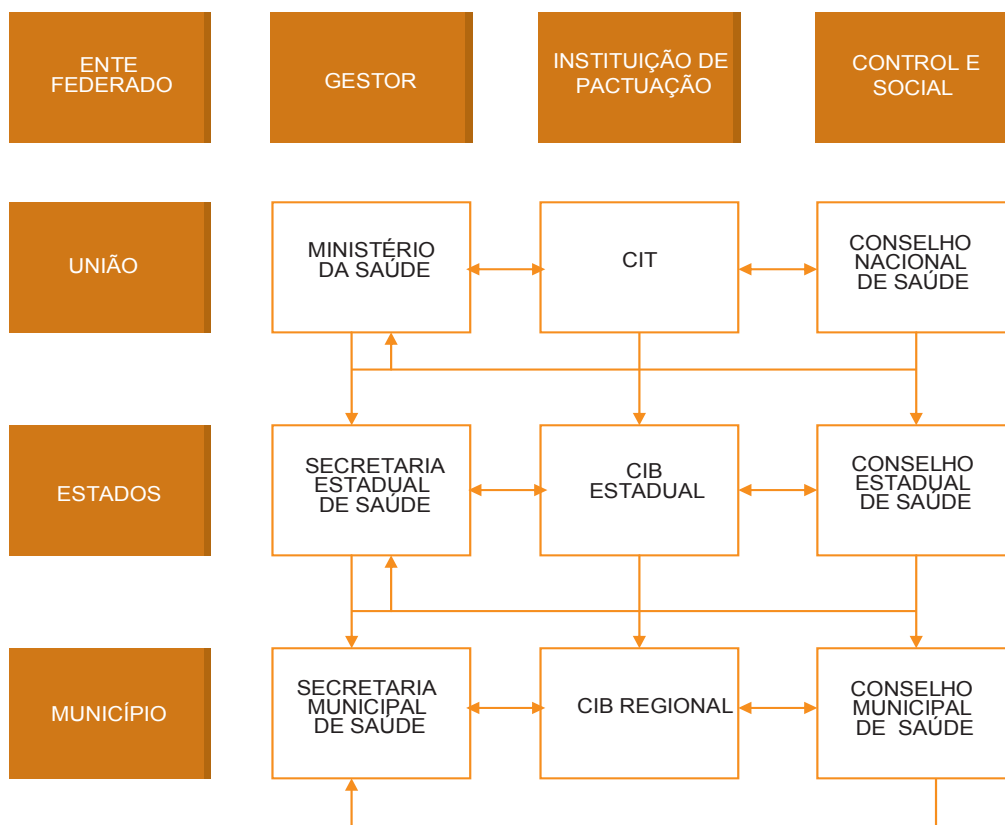
Outro mecanismo cooperativo fundamental, criado pelo federalismo sanitário brasileiro, foi a **transferência de recursos fundo a fundo**, que permite liberar o sistema das amarras dos convênios e dar agilidade às políticas públicas de saúde.

Além disso, o federalismo sanitário brasileiro desenvolveu **sistemas solidários** interessantes para a solução de problemas comuns, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde. Contudo, esses consórcios, em determinadas circunstâncias, estabeleceram, também, uma competição predatória no sistema. É o que acontece quando definem territórios sanitários singulares e regramentos próprios de pagamento aos prestadores de serviços, fora dos valores praticados no SUS, introduzindo assimetrias no sistema.

Outro espaço de competição predatória no SUS está na execução de programas competitivos, mais que complementares. Não é raro que uma política nacional temática se expresse, desde o Ministério da Saúde, em um programa formulado centralmente e que chega, pronto e detalhado, para execução nos Estados e municípios. Um exemplo recente está no programa de medicamentos básicos que tem uma proposta nacional do Ministério da Saúde que compete com outras propostas, distintas e não complementares, formuladas por Estados e municípios. O resultado é ineficiência pela dispersão de recursos escassos.

Além da cooperação organizada nas Comissões Intergestores, o modelo institucional do SUS, em função das determinações da Lei n. 8.142/1990, estabelece, em todos os níveis do sistema, a **participação social** por meio dos Conselhos de Saúde (ver capítulo III-6).

GRÁFICO 22: O MODELO INSTITUCIONAL DO SUS



O espírito da Constituição Federal de 1988 foi de descentralização, com o suposto de que, dessa forma, se garantiriam políticas públicas mais democráticas, já que estariam mais próximas da cidadania organizada. Para muitos, isso levaria, também, a um uso mais eficiente dos recursos da Saúde.

Na **experiência internacional**, a descentralização dos sistemas de saúde foi impulsionada, como no caso brasileiro, por um desencanto com sistemas centralizados que se caracterizariam por controles burocráticos, ineficiências, apropriação burocrática e baixa capacidade de resposta às demandas da população. No entanto, avaliações mais rigorosas dos processos de descentralização na Saúde mostram que, em geral, esses processos não têm sido capazes de concretizar os objetivos de equidade no acesso, aumento da eficiência, melhoria da qualidade dos serviços e financiamento sustentado, até porque esses objetivos finalísticos dos sistemas de saúde apresentam nítidos trade-offs entre si (Bossert, Larrañaga e Meir, 2000; World Health Organization, 2000).

Não parece ser diferente no Brasil. É o que constatou Arretche (2003), para quem **“não há nenhuma garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência”**. O comportamento adequado dos governos parece depender mais dos incentivos a que estão sujeitos e das instituições, como defendem os neo-institucionalistas (North, 1990). Por isso, vale a pena verificar como se portam esses incentivos e as instituições no SUS.

O **controle do SUS pelos eleitores** deveria ser um mecanismo indutivo de boas práticas de gestão. Marques e Arretch (2002), contudo, concluíram, em pesquisa acerca da municipalização do SUS, que não se pode confiar que os incentivos à gestão responsável dos governos locais possam advir exclusivamente da ameaça de punição dos eleitores.

Uma outra forma de controle seria **via Conselhos de Saúde**. Estudos demonstram que sua capacidade de controle é relativa, que a participação efetiva dos conselheiros é limitada pela linguagem técnica da burocracia e que há mecanismos de manipulação e cooptação. Além disso, evidenciam que a possibilidade de controle dos conselhos sobre os governos depende, em boa medida, da disposição dos governos em serem controlados (Arretch, 2003).

Por fim, os Legislativos têm pouca capacidade de controle sobre o SUS, em todas as três esferas de governo. A aprovação congressional não é um mecanismo regular de estabelecimento de regramentos à gestão da Saúde. Marques e Arretch (2002) não encontraram evidência de que os legislativos municipais interfiram significativamente nas políticas locais de saúde.

O cotidiano do SUS se faz a partir de regras prioritariamente emanadas e controladas no poder executivo.

3.4. Gastos do SUS por entes federados

A engenharia institucional do SUS revela uma alta concentração no Executivo, e entre ele, no Executivo federal, o Ministério da Saúde, o que decorre de uma **alta centralização dos recursos da Saúde na União**.

É o que se nota na Tabela 21. Essa tabela mostra que, em 2004, de um total de 65,55 bilhões de reais gastos pelo SUS, a União foi responsável por 32,70 bilhões de reais (49,9%), os Estados por 16,79 bilhões de reais (25,6%) e os municípios por 16,05 bilhões de reais (24,5%). Isso significa uma alta concentração dos recursos no Ministério da Saúde

relativamente aos dois outros entes federados e que expressa, ao fim, os problemas do federalismo fiscal, já analisados.

TABELA 21: GASTOS DO SUS POR ENTES FEDERADOS EM VALORES NOMINAIS TOTAIS E PERCENTUAIS. PERÍODO 2000 A 2004

		UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIO	TOTAL
2000	TOTAL	20.351,5	6.313,4	7.392,5	34.057,4
	% TOTAL	59,8	18,5	21,7	100,0
2001	TOTAL	22.474,1	8.269,8	9.284,9	40.028,8
	% TOTAL	56,1	20,7	23,2	100,0
2002	TOTAL	24.736,8	10.078,5	12.005,0	46.820,3
	% TOTAL	52,8	21,5	25,6	100,0
2003	TOTAL	27.181,2	13.193,5	13.578,3	53.953,0
	% TOTAL	50,4	24,5	25,2	100,0
2004(*)	TOTAL	32.703,5	16.797,1	16.055,0	65.555,6
	% TOTAL	49,9	25,6	24,5	100,0
VAR. %		60,7	166,1	117,2	92,5

Fonte: Ministério da Saúde: SCTIE/DES.

*Dados preliminares sujeitos a alteração.

Entretanto, tomando-se a **evolução dos gastos do SUS por entes federados no período de 2000 a 2004**, verifica-se que os gastos relativos da União tiveram uma tendência de diminuição de 59,8% para 49,9%; os gastos dos Estados aumentaram de 18,5% para 25,6%; e que os gastos municipais aumentaram de 21,7% para 24,5%. Isso evidencia que, para um crescimento do gasto nominal do SUS de 92,5%, o acréscimo dos valores da União foi de 60,7%, abaixo da média, de 166,1% para os Estados e de 117,2% para os municípios. Esses dados “desconstroem” uma idéia de senso comum, presente nas discussões a respeito do financiamento público da Saúde, de que os Estados gastam pouco, em termos absolutos e relativos, na Saúde Pública e, principalmente, de que não têm incrementado seus gastos nesse campo.

Os dados da Tabela 21 apontam para uma **queda rápida e forte da participação relativa do Ministério da Saúde no SUS, um crescimento rápido e forte da participação relativa das Secretarias Estaduais de Saúde e um crescimento com estabilidade nos últimos anos da participação relativa das Secretarias Municipais de Saúde.**

Isso parece inconsistente, à exceção dos municípios, com o comportamento evolutivo das receitas tributárias nacionais, definidas na

Tabela 18, especialmente no que diz respeito ao Ministério da Saúde, que diminui sua participação relativa no financiamento do SUS enquanto suas receitas tributárias crescem; e às Secretarias Estaduais de Saúde que aumentam sua participação relativa enquanto sua receita tributária cai. A participação dos municípios parece coerente porque se estabilizam num quadro de manutenção relativa, no período de 1998 a 2005, das suas receitas tributárias.

Esses dados, trabalhados com valores constantes de 2005, deflacionados pelo IPCA médio do IBGE, mostram resultados um pouco diferentes. É o que se vê na Tabela 22, em que os gastos totais do SUS subiram 26,4% no período de 2000 a 2004; esse aumento variou entre 11,8% na União, 46,7% nos Estados e 34,8% nos municípios.

Os gastos relativos dos três entes federais têm variado de forma profunda e rápida nos últimos cinco anos, tal como se vê na Tabela 21 e no Gráfico 23. No período de 2000 a 2004, **a participação relativa da União nos gastos totais do SUS caiu 16,5%, enquanto as participações relativas dos Estados e municípios cresceram**, respectivamente, 38,3% e 12,9%.

Um cenário prospectivo da evolução relativa dos entes federados no financiamento do SUS, em anos próximos, construído a partir de uma situação teórica de não-regulamentação da EC n. 29, provavelmente mostraria uma tendência de estabilização dos gastos municipais e dos gastos federais, com continuidade do aumento relativo dos gastos estaduais. Essa probabilidade de comportamento dos gastos por entes federados se explicaria porque há uma pressão forte sobre os gastos estaduais em Saúde que se deve a vários fatores: os ajustes fiscais que estão sendo feitos recentemente em vários Estados, que permitem

TABELA 22: GASTOS DO SUS POR ENTES FEDERADOS EM VALORES DE 2005, EM BILHÕES DE REAIS, CORRIGIDOS PELO IPCA. PERÍODO 2000/2004

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL
2000	30,8	9,5	11,1	51,5
2001	31,8	11,7	13,1	56,7
2002	32,3	13,1	15,6	61,1
2003	30,9	15,0	15,4	61,4
2004	34,9	17,9	17,1	70,0
VARIAÇÃO %	11,8	46,7	34,8	26,4

Fonte: Ministério da Saúde: DECIT/SIOPS, In: CONASS (2006).

liberar investimentos na Saúde, as pressões políticas internas para se atingir os valores determinados pela EC n. 29 em vários Estados que não alcançaram esses limites constitucionais e a estratégia do Ministério de Saúde, adotada nos últimos anos, de implantar projetos prioritários mediante compartilhamento de custeio com os Estados. Certamente a média expressaria as possibilidades de aumento em determinadas Secretarias Estaduais mas não em outras que já atingiram os percentuais propostos na EC n. 29.

Por outro lado, essa prospecção é incoerente com o comportamento da **participação relativa dos Estados no bolo tributário nacional**. O que pode significar que os Estados, após reduzirem seus gastos em Saúde no período pós-constitucional, os vêm aumentando em anos recentes, para o que devem estar deslocando recursos de outros setores.

3.5. Avançando no modelo institucional do SUS: limites e possibilidades

O modelo institucional do SUS deve expressar a opção do federalismo brasileiro por um **federalismo cooperativo de tipo intra-estatal**. Esse deve ser o sentido que deve balizar as mudanças no modelo institucional do SUS. Ou seja, a superação dos problemas do federalismo sanitário brasileiro deve estar na radicalização desse modelo.

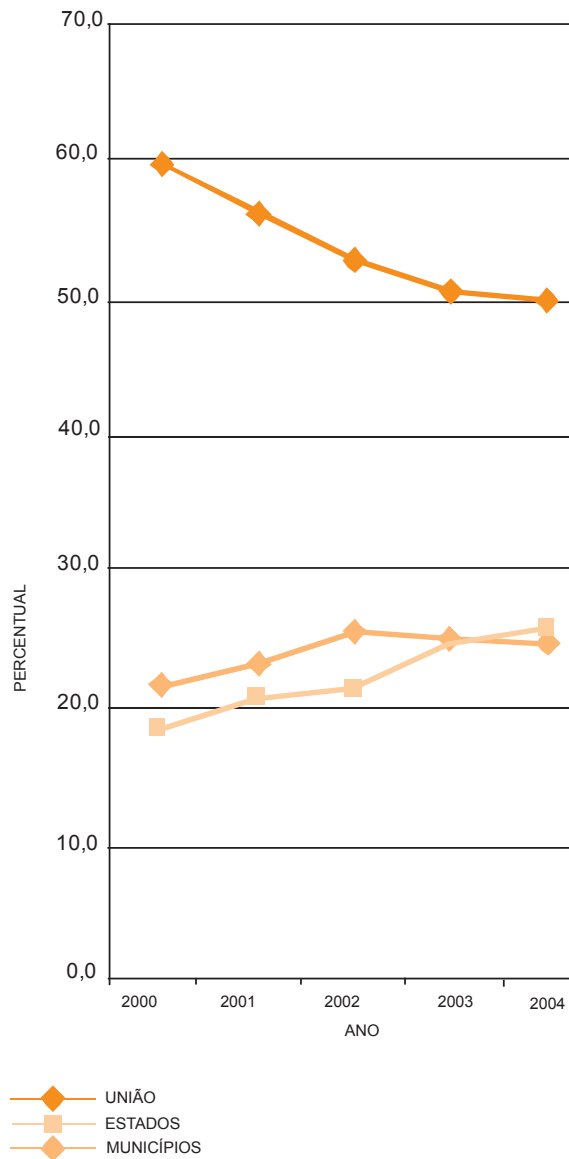
Os limites são claros e localizam-se na crise do federalismo fiscal. **Um novo modelo institucional do SUS vai depender de uma reforma tributária que redistribua as receitas tributárias entre os entes federados de forma mais equânime e redefina as competências inter-federativas na Saúde.**

No entanto, se o diagnóstico da necessidade da reforma tributária é unânime, a forma de concretizá-la tem sido motivo de grandes dissensos entre os atores políticos e econômicos. Por isso, **é preciso avançar no aperfeiçoamento do modelo institucional do SUS, independentemente da reforma tributária.**

E há possibilidades de fazê-lo, especialmente depois do **Pacto pela Saúde** (2006) que criou um ambiente mais propício ao desenvolvimento de um federalismo mais cooperativo no SUS.

Um elemento central da doutrina federativa é o equilíbrio entre os entes nacionais e subnacionais. Esse equilíbrio, ainda que em grande parte dependente de uma reforma tributária, pode ser melhorado imediatamente.

GRÁFICO 23: EVOLUÇÃO RELATIVA DOS GASTOS DOS TRÊS ENTES FEDERADOS NO SUS. PERÍODO 2000/2004



Fonte: Ministério da Saúde: DECIT: SIOPS, In: CONASS (2006).

O modelo institucional do SUS apresenta forte desequilíbrio interfederativo. Há uma presença decisória forte do Executivo que se sobrepõe normativamente aos controles legislativos e dos Conselhos de Saúde. A centralização dos recursos na esfera federal concentra, também, no Ministério da Saúde, o poder normativo do SUS.

Isso significa que **as políticas dos governos subnacionais são fortemente dependentes do poder normativo e econômico do Ministério da Saúde e sujeitas às transferências de recursos federais**. A queda da participação relativa do Ministério da Saúde no financiamento do SUS, anteriormente mencionada, não parece ter diminuído, proporcionalmente, seu poder normativo. Em outros termos, a diminuição relativa dos recursos do Ministério da Saúde no SUS não parece ter significado uma queda proporcional na sua capacidade normativa.

A instituição da **Comissão Intergestores Tripartite** retirou do governo federal a possibilidade de estabelecer exclusiva e unilateralmente as regras do jogo no SUS, no que afeta os entes subnacionais. Por meio desse mecanismo de cooperação federalista, Estados e municípios podem atuar como freios e contrapesos, uma característica dos federalismos, e co-participar na formulação e controle das políticas de saúde. O mesmo é válido para as **Comissões Intergestores Bipartites (CIBs)** nas relações entre Estados e municípios.

Apesar da institucionalização desses espaços de pactuação, a iniciativa dos atos normativos é, quase sempre, do Ministério da Saúde. CONASS e Conasems, em geral, atuam de forma reativa aos atos normativos oriundos das diversas áreas do Ministério da Saúde. **A proposição própria dos entes subnacionais, nas normativas do SUS, tem caráter residual.**

A harmonização federativa do SUS passa, também, pela reafirmação da doutrina do equilíbrio entre a competição e a cooperação e do princípio da unidade na diversidade. **É necessário eliminar do SUS os espaços de competição interfederativa predatória identificados.**

A implementação das políticas públicas de saúde pelos entes federativos deverá ser, sempre, cooperativa. Para isso, a política nacional de saúde deveria ser formulada pelo Ministério da Saúde, pactuada na CIT e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, mas a forma de fazê-lo deveria ser um conjunto de políticas prioritárias explicitadas por metas finalísticas a serem alcançadas nacionalmente, como está no espírito do Pacto pela Vida (uma das dimensões do Pacto pela Saúde – 2006).

Não deveriam ser desenhados programas com ações detalhadas a serem implantadas verticalmente em todo o país. A construção concreta dessas políticas, em termos de atividades a serem desenvolvidas, seria feita, em obediência ao princípio da unidade na diversidade, nas CIBs Estaduais, por acordo entre os Estados e os municípios.

O poder normativo do Ministério da Saúde, além de quantitativa-mente dominante, é qualitativamente inadequado num sistema de federalismo cooperativo. A razão disso é que as normas ministeriais são, em geral, abrangentes e minudentes, muitas vezes não permitindo uma reinterpretação nos níveis subnacionais de governo para adequá-las às realidades regionais e locais.

Ou seja, há pouco espaço para a diversidade na unidade que é marca fundamental dos regimes federalistas e os brasis reais, muitas vezes, não cabem na normativa ministerial centralizada. Dessa forma, as políticas pactuadas nacionalmente poderiam ser recriadas segundo as singularidades dos Estados e regiões brasileiros.

O novo pacto federativo sanitário deverá estruturar-se sob o mote da unidade doutrinária e da diversidade operacional. O Ministério da Saúde deverá ser o garantidor da unidade doutrinária, formulador e controlador das políticas nacionais e co-financiador do sistema segundo critérios eqüitativos.

Assim, **o papel da União no pacto federativo da Saúde é manter a integridade dos princípios do SUS, definir as prioridades nacionais a partir das necessidades de saúde da população e monitorar seus resultados e participar do financiamento garantindo a eqüidade interfe-derativa.** Além disso, há que se cuidar para que o SUS, à semelhança do que parece estar ocorrendo em certas experiências internacionais descentralizadas, não tenda a ser um sistema de confederações regionais de saúde. Para isso, é fundamental garantir a integridade das políticas nacionais e sistemas de informação de cortes, também nacionais.

Será importante avançar no equilíbrio entre competição e cooperação no federalismo sanitário brasileiro. Isso envolverá reforçar os mecanismos cooperativos desenvolvidos e eliminar as competições predatórias do sistema.

O fortalecimento das CIBs Estaduais como mecanismos de cooperação e de freios e contrapesos às tendências centralizadoras será importante e também é estimulado pelo Pacto pela Saúde. Fortalecer essas instâncias de pactuação do SUS implicará dar a elas musculatura institucional e sistemas gerenciais potentes para que possam recriar as políticas nacionais de acordo com as realidades estaduais.

A diversidade dos brasis não se manifesta somente nas diferenças entre os Estados. Ela está igualmente presente nas distintas realidades regionais dentro dos Estados. Por isso, será fundamental **desenvolver**

as CIBs Regionais como espaços de recriação das políticas estaduais nas regiões sanitárias. Haverá que se desenvolver institucionalmente as CIBs regionais para darem conta desse novo papel no federalismo sanitário brasileiro. Isso será possível se as Secretarias Estaduais de Saúde fortalecerem a sua presença nas regiões de saúde.

O pacto federativo do SUS deveria **enfrentar os problemas do processo de municipalização na Saúde.** A municipalização da Saúde, se teve aspectos muito positivos, como a melhoria do acesso dos brasileiros aos serviços de saúde, trouxe a fragmentação de serviços que, para operarem com eficiência e qualidade, devem ser relativamente centralizados para se obter escalas ótimas.

É o que se viu, anteriormente, na atenção hospitalar e nos sistemas de apoio diagnóstico. A forma mais racional de superar esses problemas é, mantendo a municipalização, organizar redes de atenção à saúde que concentrem, relativamente, equipamentos que exigem escala nas regiões sanitárias. O que vai exigir, mais uma vez, uma capacidade institucional das CIBs regionais que articule, cooperativamente, o Estado e os municípios na região sanitária.

A fragmentação dos serviços municipais é reforçada pelos mecanismos das emendas parlamentares, forma de garantir a governabilidade no presidencialismo de coalisão. Boa parte dos pequenos hospitais, por exemplo, decorrem de emendas ao orçamento da União feitas por congressistas. O enfrentamento desse problema é, contudo, externo ao setor Saúde, exigindo, para sua solução, uma reforma política.

Os **Consórcios de Saúde** poderão ser reforçados em sua vertente cooperativa, mas deverão superar os problemas de competição predatória com o SUS. Para isso, será fundamental adequá-los às bases territoriais dos Planos Diretores de Regionalização e às normativas do SUS, especialmente no que concerne aos sistemas de contratação de prestadores de serviços. A nova lei de consórcios, ao permitir consórcios interfederativos, avança nas possibilidades de cooperação e pode ser, eventualmente, utilizada no aperfeiçoamento da governança regional do SUS.

Essas possibilidades de avanços no modelo institucional do SUS expressam, no seu conjunto, **um novo movimento de descentralização** do SUS que deverá ser feito de acordo com os princípios doutrinários e operacionais do federalismo cooperativo intra-estatal, descentralizará da União para os Estados e dos Estados para as regiões sanitárias e **centralizará**, relativamente, certos serviços que exigem escala míni-

ma para operarem com eficiência e qualidade dos municípios para as regiões sanitárias.

Dessa forma, o federalismo sanitário brasileiro se aproximará mais das evidências internacionais encontradas por estudiosos das reformas sanitárias a respeito da **importância de regiões mesorregionais** como forma de compatibilizar o acesso aos serviços próximos aos cidadãos com provisão econômica e de qualidade (Mills et al., 1990; Hunter, Vienonen e Wlodarczyk, 1998).

4. O DESAFIO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS

O modelo de atenção à saúde do SUS caracteriza-se, à semelhança de quase todos os sistemas de saúde universais, por ser **voltado para o atendimento às condições agudas**. Esse modelo de atenção à saúde não se presta para responder, com eficiência e efetividade, a uma **situação epidemiológica marcada pelo predomínio relativo das condições crônicas**.

O modelo de atenção à saúde do SUS vive, portanto, uma grave crise, representada pela incoerência entre a situação de saúde do Brasil e a resposta social organizada para responder a essa situação. Esse desafio só será superado por uma mudança no modelo de atenção à saúde vigente no sistema público brasileiro.

4.1. As condições agudas e crônicas

Tradicionalmente, as doenças e agravos de saúde têm sido divididos em doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis. Ainda que essa tipologia seja útil do ponto de vista dos estudos epidemiológicos, ela é insuficiente para dar conta da organização dos sistemas de saúde. A razão é simples: há doenças transmissíveis que, por sua natureza, comportam-se, na resposta social que exigem dos serviços de saúde, como as doenças crônicas.

Por isso, recentemente, a Organização Mundial da Saúde (2003) propôs uma nova tipologia de doenças, dirigida à organização dos sistemas de atenção à saúde: as condições agudas e as condições crônicas.

As condições agudas caracterizam-se por: a duração da condição é limitada; a manifestação é abrupta; a causa é usualmente simples; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente precisos; as intervenções tecnológicas são usualmente efetivas; e o resultado das intervenções leva normalmente à cura.

Diversamente, **as condições crônicas caracterizam-se por:** o início da manifestação é usualmente gradual; a duração da doença é longa ou indefinida; as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos; as intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos; o resultado não é a cura, mas o cuidado; as incertezas são muito presentes; e o conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar (Holman e Lorig,

2000). Assim, as condições crônicas vão além das doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e câncer, para abarcar, ademais, condições transmissíveis persistentes como tuberculose, HIV/Aids, hanseníase e outras, distúrbios mentais de longa duração, deficiências físicas ou estruturais contínuas e as condições maternas e perinatais. Em síntese, as condições crônicas poderiam ser definidas como aquelas que apresentam um período de tempo superior a três meses e que, em geral, não se autolimitam.

Os modelos de atenção à saúde se diferenciam, marcadamente, conforme seja dirigida a atenção às condições agudas ou às condições crônicas. Nos últimos 50 anos prevaleceu, na experiência internacional, o modelo de atenção às condições agudas; neste início de século deverá impor-se o modelo de atenção às condições crônicas. A razão é que as condições crônicas se hegemonizaram na situação epidemiológica dos países.

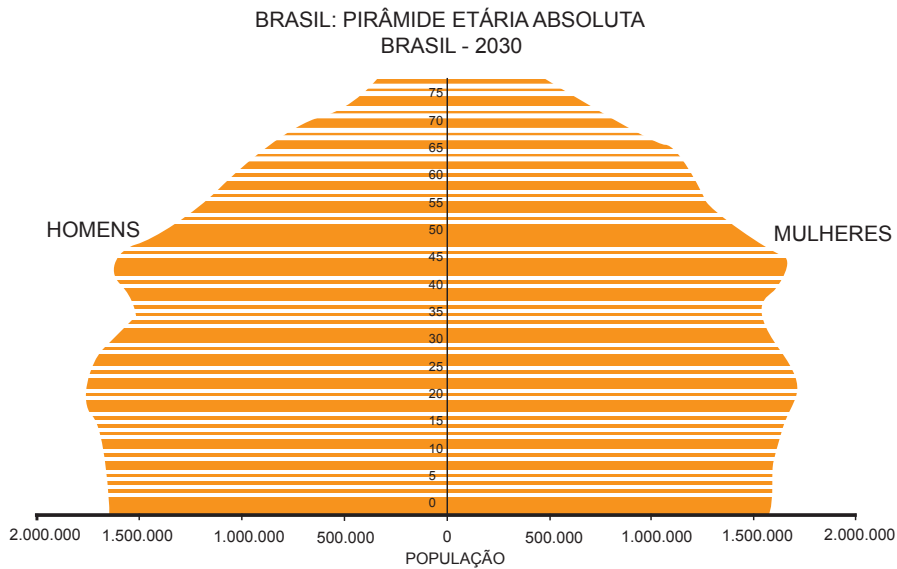
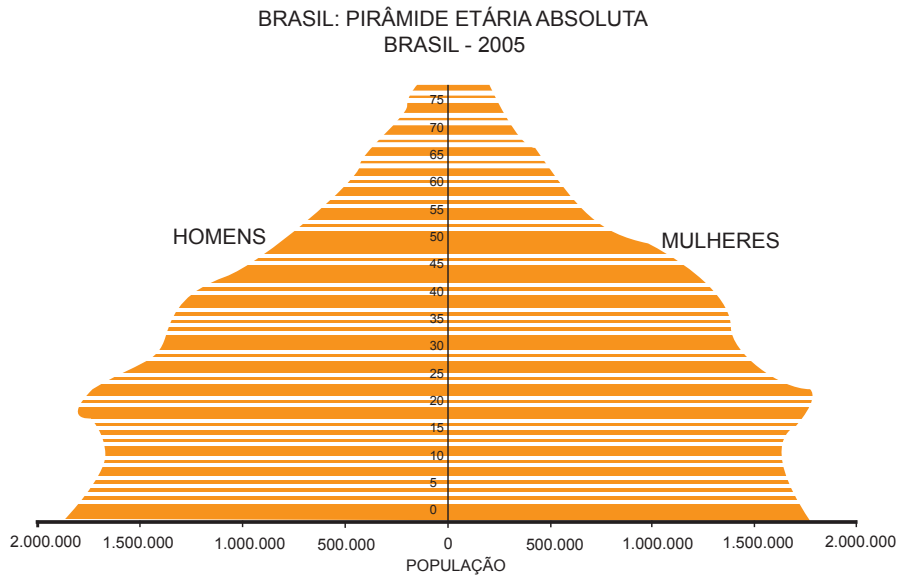
4.2. A situação de saúde no Brasil

Os principais fatores determinantes do aumento relativo das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida e a urbanização acelerada. Esses fatores estão presentes no Brasil e determinam uma **situação epidemiológica de dupla carga das doenças, com predomínio relativo das condições crônicas.**

A transição demográfica no país é muito acelerada. O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta numa transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, do início dos anos 2000, irá ceder lugar a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas. O país que tinha em 2005, aproximadamente 5% de habitantes com mais de 65 anos, passará a 18% de população idosa em 2030. A transição demográfica brasileira pode ser observada no Gráfico 24.

A **transição demográfica** traz duas implicações principais para o modelo de atenção à saúde. A primeira é o aumento relativo das doenças crônicas, tal como se viu no Gráfico 6, em que a auto-referência de doenças crônicas aumenta com a idade. A segunda é o incremento dos custos do sistema de saúde. Os custos com serviços de saúde obedecem a uma curva em U, com um gasto alto na população de 0 a 4 anos, depois uma queda significativa e um crescimento acelerado a partir dos 45 anos, mais especialmente após os 65 anos. Estudo internacional acerca de custos em Saúde mostra que a população de 65 a 74 anos custa mais de três vezes mais que a população de 18 a 64 anos

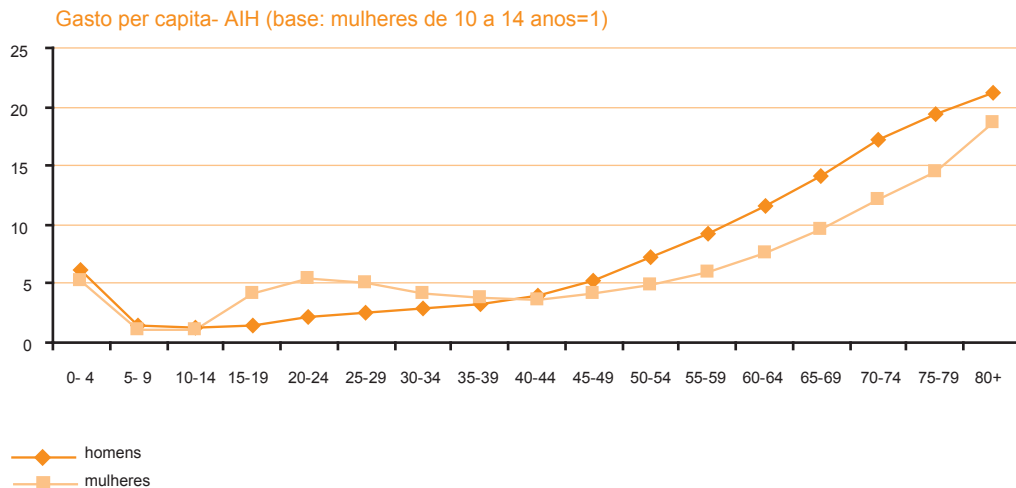
GRÁFICO 24: PIRÂMIDES ETÁRIAS DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, ANOS 2005 E 2030



Fonte: IBGE (2004).

(Hsiao, 2000). No Brasil não é diferente, como se indica no Gráfico 25. O gasto per capita com internações em maiores de 80 anos é aproximadamente vinte vezes maior que na população de 5 a 14 anos.

GRÁFICO 25: GASTO PER CAPITA EM INTERNAÇÕES HOSPITALARES, POR GÊNERO, ÍNDICE DE BASE EM MULHERES DE 10 A 14 ANOS



Fonte: Machado e Maia (2006).

A transição demográfica contribui para reforçar uma situação de saúde de dupla carga das doenças que vige no Brasil. Além dela, há uma significativa mudança na situação epidemiológica.

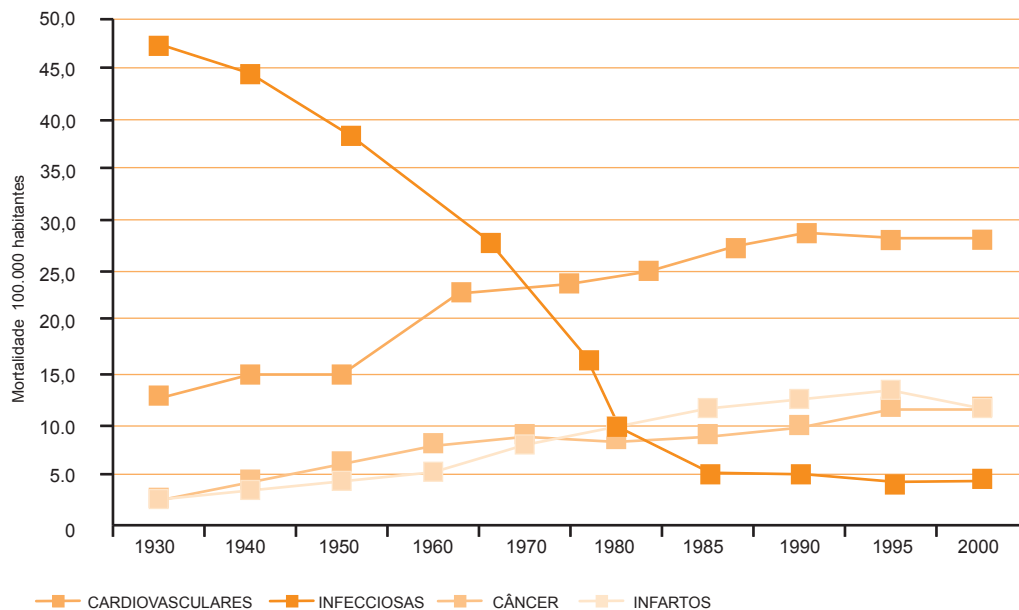
Os países desenvolvidos fizeram uma transição epidemiológica clássica. Contudo, essa transição, nos países em desenvolvimento, apresenta características específicas, em relação aos países desenvolvidos, ao superporem a agenda tradicional e a nova agenda da Saúde Pública. O clássico modelo de Omran, desenvolvido com base em observações feitas nos países ricos, segundo o qual a transição se faria com por etapas seqüenciais, não se verifica nos países pobres.

Por isso, em vez de falar transição epidemiológica, nesses países é melhor dizer dupla carga das doenças, acumulação epidemiológica ou modelo prolongado e polarizado. Essa situação epidemiológica singular dos países em desenvolvimento caracteriza-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas; a persistência concomitante das doenças transmissíveis e das doenças crônicas; as contratransições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, as doenças reemergentes; a transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes. Todavia, **em termos relativos, há um forte predomínio das condições crônicas.**

Uma maneira de analisar uma situação epidemiológica é pela carga das doenças expressa em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAI). Esse indicador mede os anos de vida perdidos, seja por morte prematura ou incapacidade, em relação a uma esperança de vida ideal cujo padrão utilizado costuma ser o do Japão, país com maior esperança de vida ao nascer no mundo. Em consequência das mudanças epidemiológicas, as doenças não transmissíveis e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo e, em 2000, constituíram 46% da carga global das doenças. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, depressão e câncer. Até o ano 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (Organização Mundial da Saúde, 2003).

No Brasil a situação epidemiológica se transforma em função da evolução das diferentes doenças e agravos ao longo do tempo, conforme se nota no Gráfico 26. As doenças infecciosas apresentam uma tendência temporal declinante; ao contrário, condições crônicas, como doenças cardiovasculares e doenças oncológicas, apresentam tendências temporais de aumento.

GRÁFICO 26: TENDÊNCIAS DA MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS NO BRASIL – 1930/2000



(*) Até 1970 dados só de capitais.

Fonte: Barbosa et al (2003).

A situação epidemiológica brasileira, em 1998, pode ser definida como de dupla carga de doenças quando medida por anos de vida ajustados por incapacidade, tal como se observa na Tabela 23. As doenças crônicas, isoladamente, representam 66,2% da carga das doenças e, somadas às causas maternas e perinatais, chega-se a um resultado em que **2/3 da carga das doenças no Brasil são por condições crônicas.**

TABELA 23: CARGA DA DOENÇA EM ANOS DE VIDA PERDIDOS AJUSTADOS POR INCAPACIDADE, BRASIL, 1998.

DOENÇA OU CONDIÇÃO	AVAIs (POR MIL HABITANTES)	%
INFECCIOSAS, PARASITÁRIAS E DESNUTRIÇÃO	34	14,8
CAUSAS EXTERNAS	19	10,2
CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS	21	8,8
DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	124	66,2
TOTAL	232	100

Fonte: Schramm et al (2004).

A situação de dupla carga das doenças com predominância das doenças crônicas torna importante a consideração dos fatores de riscos. A razão está no modelo causal das doenças crônicas, mostrado no Gráfico 27. A causalidade dessas doenças depende de determinantes distais (os fatores socioeconômicos), de fatores de riscos proximais (o ambiente, a genética e os comportamentos), e de riscos biológicos (a hipertensão, o sobrepeso e a obesidade) para determinar conseqüências que se expressam em mortes e incapacidades.

Os fatores de riscos proximais e biológicos relativos às doenças crônicas estão muito presentes no país. **Inquérito nacional para fatores de risco em doenças não transmissíveis feito pelo Ministério da Saúde (2005c) em capitais de Estados brasileiros, entre 2002 e 2003, relativos à população de 15 anos ou mais, mostrou resultados expressivos.** O excesso de peso acometia de 31% a 53% da população, sendo a prevalência maior, à exceção do Nordeste, nas populações de menor escolaridade. A prevalência de fumantes variou de 7,9% a 33,1%, foi maior nos homens que nas mulheres e muito maior na Região Sul. O sedentarismo variou de 22% a 58%, não havendo um padrão uniforme em relação às diversas capitais relativamente à escolaridade. A dieta adequada, definida pelo consumo regular de frutas, verduras ou legu-

GRÁFICO 27: O MODELO CAUSAL DAS DOENÇAS CRÔNICAS



Fonte: adaptado do Banco Mundial (2005).

mes cinco ou mais vezes por semana, flutuou de 43% a 84%, mas foi sempre inferior nos indivíduos de menor escolaridade. A prevalência auto-referida de hipertensão arterial variou de 16,5% a 45,8% e foi sempre maior nos indivíduos de menor escolaridade.

Um outro estudo de fatores de risco, promovido pela Organização Mundial da Saúde, comparando regiões de saúde no mundo, em que o Brasil estava incluído em países do grupo América B, evidenciou que o conjunto de fatores de risco associados a uma dieta pobre, colesterol alto, sobrepeso, sedentarismo, álcool e tabagismo foram responsáveis por 56,7% de todas as mortes ocorridas nesses países; por outro lado, fatores de risco associados às condições ambientais (saneamento e poluição do ar) explicaram, apenas, 2,4% das mortes nesses países (Ezzati et al, 2002).

4.3. As conseqüências sanitárias e econômicas das doenças crônicas

As conseqüências sanitárias das doenças crônicas são desastrosas. A Organização Mundial da Saúde estimou que, **no ano 2005, 35 milhões de pessoas morreram por doenças crônicas no mundo, o que representa 60% de todas as mortes:** 17,5 milhões por doenças cardiovasculares, 7,5 milhões por câncer, 4 milhões por doenças respiratórias crônicas e 1,1 milhão por diabetes. Os países mais pobres são mais afetados pelas mortes por doenças crônicas porque 80% delas ocorrem nesses países. Além desses problemas sanitários, as re-

percussões econômicas são enormes, especialmente nos países mais pobres. Estima-se que a perda de renda nacional devida às doenças cardiovasculares e diabetes atingirão, nos próximos dez anos, 558 bilhões de dólares na China e 49,2 bilhões de dólares no Brasil (World Health Organization, 2005).

As perdas sanitárias e econômicas devidas às doenças crônicas são e serão, mais ainda, enormes. Isso se deve, em grande parte, à **crise dos modelos de atenção à saúde que se voltam, em geral, para o atendimento às condições agudas. No mundo e no Brasil.**

4.4. A crise do modelo de atenção à saúde do SUS

A crise do modelo de atenção à saúde do SUS se explicita na incoerência entre uma situação epidemiológica de dupla carga das doenças, em que 75% das causas dessa carga é composta por condições crônicas, e um modelo de atenção à saúde voltado para a atenção às condições agudas. A Organização Mundial da Saúde (2003) explica essa crise dos sistemas de saúde numa frase-síntese: **“Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona. Devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas”**.

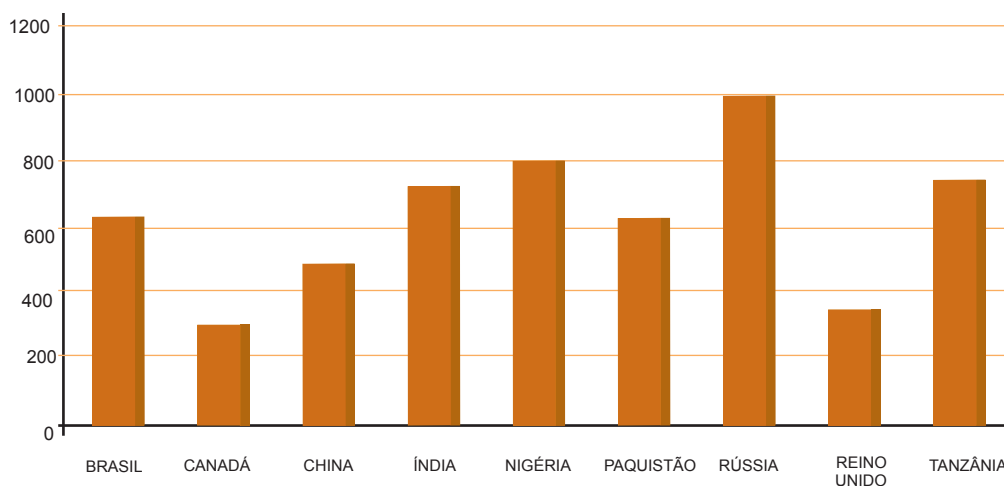
Dadas as características singulares das condições agudas e crônicas, seus manejos, pelos sistemas de serviços de saúde, são inteiramente diversos. **Por isso, um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde contemporâneos, inclusive o SUS, consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas**, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente autopercebidos pelas pessoas – pela atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou de internações hospitalares. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos, quando as condições crônicas insidiosamente evoluem, e com intervenções que se façam, equilibradamente, sobre os determinantes distais e proximais, sobre os fatores de risco e sobre as doenças e agravos.

A razão é simples. Um portador de diabetes, atendido na lógica dos sistemas voltados para as condições agudas, receberá uma atenção fixada somente na doença já instalada e em momentos discretos, quase sempre em fase de agudização da doença e mediante atenção circunstancial à demanda espontânea. Feita a intervenção sobre o mo-

mento de agudização, as pessoas retornam às suas casas e a condição continua sua evolução silenciosa. Esse modo de atenção levará, inexoravelmente, esse portador de diabetes a evoluir para uma retinopatia, uma cardiopatia, uma nefropatia etc. Ou seja, o enfrentamento de uma situação epidemiológica de predomínio relativo de condições crônicas através de um modelo de atenção à saúde voltado para os eventos agudos é responsável pelos desastres sanitários e econômicos dos sistemas de saúde. **O pior é que as pessoas comuns desejam e defendem esse sistema do qual são as maiores vítimas.**

Por força, em grande parte, da inadequação do modelo de atenção à saúde praticado, o SUS, se vem tendo, como se viu anteriormente, grandes avanços, no campo das doenças crônicas não tem conseguido obter resultados importantes. É o que se constata no Gráfico 28, em que o Brasil apresenta uma mortalidade por doenças crônicas duas vezes superior à do Canadá e 1,5 maior que o Reino Unido (World Health Organization, 2005). A partir desses dados não é exagerado afirmar que **o país vive uma epidemia oculta de doenças crônicas.**

GRÁFICO 28: TAXAS DE MORTALIDADE AJUSTADAS POR IDADE POR CEM MIL HABITANTES POR DOENÇAS CRÔNICAS, EM PESSOAS DE 30 ANOS OU MAIS, EM PAÍSES SELECIONADOS, 2005

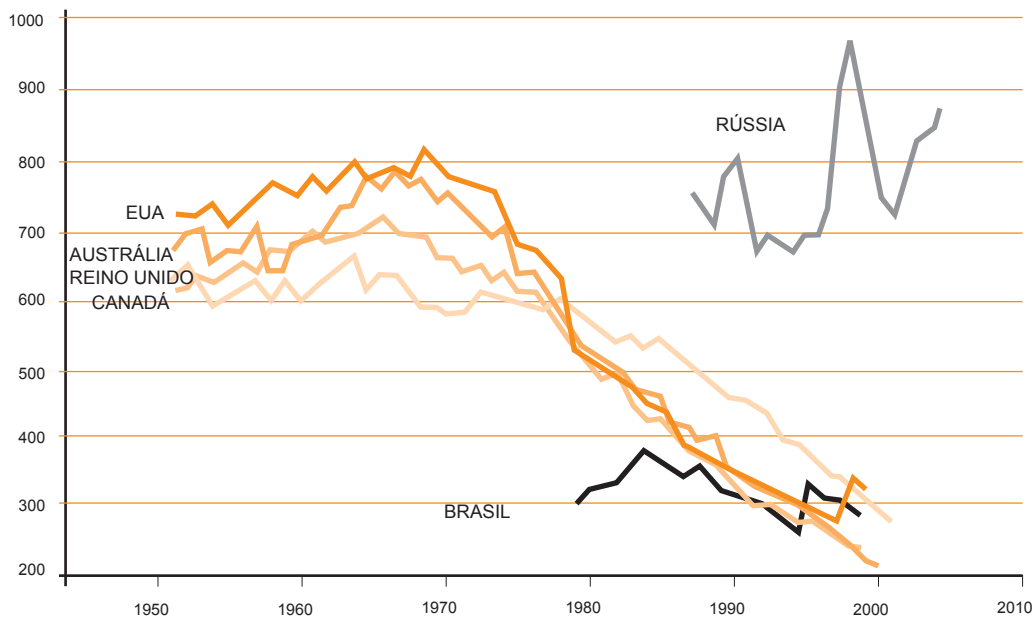


Fonte: World Health Organization (2005).

Tomando-se as doenças cardiovasculares, conforme se indica no Gráfico 29, as taxas de mortalidade padronizadas por idade por 100 mil habitantes por doenças cardiovasculares, em pessoas com mais de 30 anos de idade, caem sustentadamente nos países desenvolvidos, enquanto permanecem estáveis, em patamares altos, no Brasil, e

com tendência a elevação em anos recentes (World Health Organization, 2005). O mesmo é válido para o diabetes e certos tipos de câncer, como o de mama (Ministério da Saúde, 2005c).

GRÁFICO 29: TAXAS DE MORTALIDADE PADRONIZADAS POR IDADES POR CEM MIL HABITANTES POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM HOMENS DE 30 ANOS OU MAIS – 1950/2002

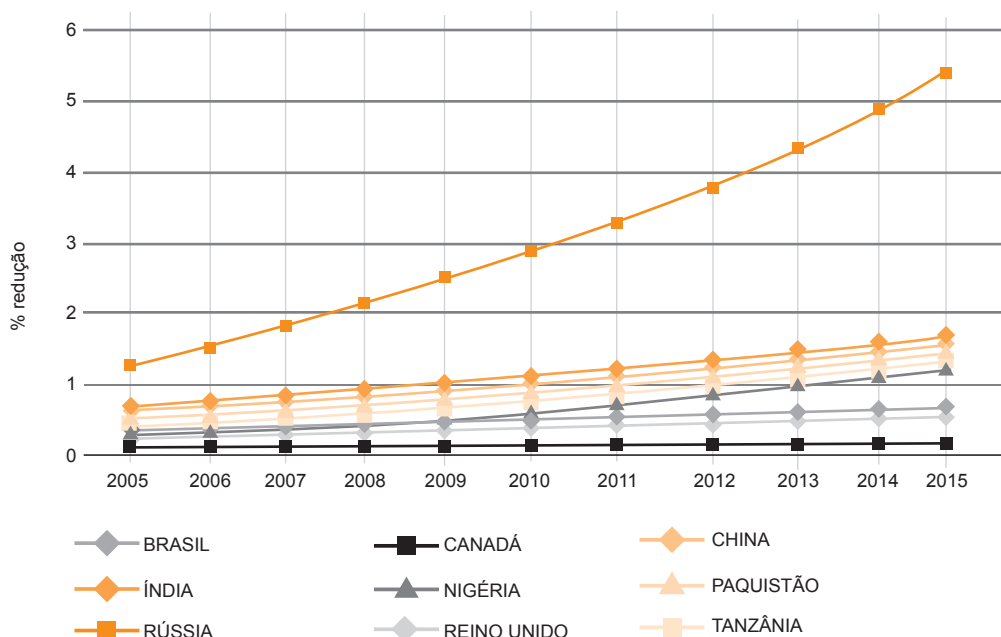


Fonte: World Health Organization (2005).

As **conseqüências econômicas** de um enfrentamento inadequado às condições crônicas, no Brasil, é uma perda estimada de 2,7 bilhões de dólares em 2005 que deverá atingir 9,3 bilhões em 2015. Em termos de percentual do PIB, as perdas econômicas por doenças cardiovasculares e diabetes deverão atingir 0,5% do PIB em 2015, conforme se verifica no Gráfico 30 (World Health Organization, 2005).

Em parte, as dificuldades de um enfrentamento adequado às doenças crônicas se devem aos **mitos que se construíram ao longo do tempo** em relação a essas patologias. Dentre esses mitos destacam-se: as doenças crônicas afetam principalmente os países e as regiões de alta renda; os países e as regiões de baixa e média renda deveriam controlar as doenças infecciosas antes das doenças crônicas; as doenças crônicas afetam principalmente as pessoas ricas; as doenças crônicas afetam principalmente as pessoas mais idosas; as doenças crônicas afetam principalmente os homens; as doenças crônicas são resultados de estilos de vida não saudáveis; as doenças crônicas não

GRÁFICO 30: PERDAS DE RENDA EM PERCENTUAL DO PIB POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DIABETES EM PAÍSES SELECIONADOS, 2005/2015



Fonte: World Health Organization (2005).

podem ser prevenidas; a prevenção e o controle das doenças crônicas são caros demais; meu avô fumou e viveu acima do peso até os 96 anos de idade; e todo mundo tem que morrer de alguma coisa (World Health Organization, 2005). Todos esse mitos – como tais, falsos – estão na base de sistemas de saúde organizados inadequadamente para responder aos desafios de situações de dupla carga das doenças.

4.5. O modelo de atenção à saúde voltado para as condições crônicas no SUS: a organização das redes de atenção à saúde

O modelo de atenção à saúde do SUS deve, para dar conta da situação de saúde brasileira, mudar radicalmente.

É preciso organizar esse modelo sob a forma de redes de atenção à saúde.

Uma primeira mudança será cultural. O modelo hierárquico do SUS, expresso em sua organização por níveis de atenção, da atenção básica à média e à alta complexidade, precisa ser revertido. Esse modelo piramidal tem conseqüências perversas na prática cotidiana do SUS e se assenta numa concepção teórica equivocada.

A consideração da atenção primária à saúde, como atenção básica, menos complexa que os níveis de média e alta complexidade, não se sustenta. Não é verdade que os **procedimentos da atenção primária à saúde** sejam menos complexos que os considerados de média e alta complexidades. São, por certo, **menos densos tecnologicamente, mas muito complexos**.

As tecnologias promocionais e preventivas da atenção primária à saúde e o manejo de 90% dos problemas de saúde não configuram um conjunto de tecnologias de baixa complexidade. Essa visão ideológica – característica de uma atenção primária à saúde como programa para os pobres ou como programa de atenção seletiva – deve ser afastada e substituída por uma concepção contemporânea de estruturação de redes horizontais de atenção à saúde.

Na concepção de redes, a idéia de hierarquia deve ser substituída pela de poliarquia. **Não há hierarquia entre os diferentes nós da rede sanitária, todos são igualmente importantes para os objetivos do sistema**. Entretanto, as redes de atenção à saúde apresentam uma característica singular: elas devem ter um centro de comunicação que coordene os fluxos das pessoas e das coisas na rede e que é constituído pela atenção primária à saúde.

4.6. A implantação das redes de atenção à saúde no SUS

As redes de atenção à saúde são entendidas como a organização horizontal dos serviços, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, que permite prestar uma **atenção contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos àquela população**.

As redes de atenção à saúde do SUS deverão ser estruturadas segundo alguns princípios fundamentais de organização dos serviços de saúde e numa relação dialética entre eles. Elas deverão responder, com eficácia e com eficiência, às condições agudas e crônicas da população.

As redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos híbridos que **combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros**. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fun-

damental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (World Health Organization, 2000).

Na implantação das redes de atenção à saúde há uma hierarquia de princípios em que o maior é o do acesso.

Assim, **quando se der um conflito entre os princípios de escala e acesso** – o que é comum em regiões de baixa densidade demográfica –, prevalecerá o acesso sobre a eficiência do sistema.

A estruturação ótima das redes de atenção à saúde, além da obediência a esses princípios estruturantes, deve se ajustar à **territorialização sanitária**. Nesse aspecto, a regionalização proposta no Pacto pela Saúde facilita a organização das redes de atenção à saúde porque incorpora os princípios mencionados e os acolhe na metodologia de desenvolvimento dos Planos Diretores de Regionalização.

Dessa forma, **as redes de atenção à saúde do SUS deverão conformar-se de modo que cada município seja auto-suficiente na atenção primária à saúde; cada microrregião seja auto-suficiente na atenção secundária à saúde (média complexidade); e cada macrorregião seja auto-suficiente na atenção terciária à saúde (alta complexidade)**.

As redes de atenção à saúde se estruturam através de pontos de atenção à saúde que são lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos por uma função de produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios onde se faz atenção domiciliar terapêutica, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, os centros de especialidades odontológicas, o centro de referência em Saúde sexual e reprodutiva, o centro de referência da criança de risco, os centros de enfermagem, os lares abrigados, os centros de convivência para idosos, os centros de atenção paliativa etc. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, a maternidade, o centro cirúrgico, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia etc.

O centro de comunicação da rede de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de serviços de saúde, constituído pelo ponto de atenção primária

à saúde. Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema de serviços de saúde, **a atenção primária à saúde deve cumprir três funções essenciais:**

- a função resolutiva, intrínseca à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- a função coordenadora, relacionada com sua natureza de centro de comunicação, de organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e
- a função de responsabilização, de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

As redes de atenção à saúde devem ser integradas por sistemas logísticos, sustentados por potentes tecnologias de informação. A ausência de sistemas logísticos adequados é que faz com que a referência e contra-referência no SUS seja um discurso reiterado, mas sem possibilidade de concretização. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são: o cartão de identificação dos usuários (cartão SUS ou similar); as centrais de regulação, compostas pelo módulo de consultas e exames especializados, pelo módulo de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, pelo módulo de internações de urgência e emergência e pelo módulo de internações eletivas; os prontuários eletrônicos; e os sistemas de transportes sanitários compostos pelo módulo de transporte de urgências e emergências, pelo módulo de transporte eletivo, pelo módulo de transporte de amostras de exames e pelo módulo de transporte de resíduos de saúde.

Os **sistemas de apoio** estão constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens etc.); e pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todo o seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e uso racional).

A **gestão da rede** envolve a definição de uma institucionalidade de gestão e o uso de tecnologias de programação e monitoramento compartilhados do SUS.

4.7. A gestão das redes de atenção à saúde nos espaços regionais

Os espaços territoriais infraestaduais devem contemplar de acordo com a escala, acesso e qualidade os recortes micro e macrorregionais,

organizados em redes de atenção que possibilitem a conformação de um sistema integrado de saúde.

Esses espaços devem ser explicitados por meio dos **Planos Diretores de Regionalização** sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), sendo fundamental que seja valorizado o esforço já realizado pelos Estados e municípios. **Cabe às SES a coordenação do processo de regionalização.**

Deve ser considerada a situação em especial das regiões metropolitanas, cujo desenho estratégico de rede deve ser realizado sob a coordenação das SES.

Ao definir as redes de atenção à saúde há que se considerar as **peculiaridades regionais existentes no Brasil**, especialmente no que concerne a regiões de baixa densidade demográfica, como, por exemplo, a Região Norte e a Amazônia Legal.

O espaço de pactuação regional deve ser a CIB microrregional, sendo que sua composição e funcionamento devem ser estabelecidos pelas respectivas CIBs Estaduais, com suas decisões tomadas por consenso.

A gestão microrregional dos recursos exige que se busquem alternativas capazes de fazer frente à gestão solidária desses recursos. No nível microrregional visualizam-se como alternativas:

- o recurso financeiro dos municípios da região é transferido ao município pólo conforme pactuação;
- criação de Consórcio Público Intermunicipal ou Intermunicipal/estadual;
- o recurso financeiro dos municípios da região é transferido à Secretaria Estadual de Saúde, conforme a programação pactuada e integrada;
- o recurso financeiro é transferido diretamente a cada município, conforme pactuação derivada da programação – PPI. Os municípios da região e a SES definem em conjunto a modalidade de gestão.

5. O DESAFIO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

5.1 O campo do trabalho em Saúde

Durante um longo período que se inicia nos anos 1950 e se estende até meados dos anos 1980, a preocupação dos gestores públicos na área da Saúde estava restrita ao financiamento, estrutura da rede e organização dos serviços.

A questão de recursos humanos, na forma em que se organizava a produção, era abordada como um dos insumos necessários: recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros.

A discussão sobre um novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, que se origina **nas décadas de 1980 e 1990** a partir da reestruturação produtiva,² **recoloca a centralidade do trabalhador no processo produtivo**, ampliando a discussão sobre a gestão do trabalho, o que inclui repensar os processos de planejamento e qualificação do trabalho e do trabalhador, colocando assim uma nova agenda para os gestores.

A realidade do trabalho evidencia uma transformação significativa, caracterizada por uma transição entre o modelo taylorista/fordista — que vigorou **entre os anos 1950 e 1970**, no qual a organização do trabalho se caracterizava pela dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e com pouca autonomia por parte dos trabalhadores — e um modelo tecnológico baseado na intelectualização do trabalho cujas principais referências passam a ser o conhecimento técnico e a qualificação profissional.

Para alguns trata-se de uma estratégia “moderna” para responder às novas formas de organização do trabalho, decorrentes do processo de reestruturação produtiva e da incorporação tecnológica, enquanto para outros é uma estratégia “antiga”, capaz de submeter o processo de qualificação às exigências do mercado.

²Reestruturação produtiva é o termo que engloba o grande processo de mudanças ocorridas nas empresas e principalmente na organização do trabalho industrial nos últimos tempos, via introdução de inovações tanto tecnológicas como organizacionais e de gestão, buscando-se alcançar uma organização do trabalho integrada e flexível. Dentre as mudanças organizacionais destacam-se a redução substancial dos níveis hierárquicos, a polivalência e multifuncionalidade do trabalhador, o trabalho em grupos, mão-de-obra com maior capacitação e disposta a participar, a aprendizagem, a autonomia, a cooperação, diferenciando-se da lógica da especialização intensiva do trabalho (Garay, 2006).

Nessa conjuntura, novas competências são requeridas dos trabalhadores: o aumento de escolaridade exigida, exigência de conhecimentos gerais, capacidade de planejar, capacidade de comunicação, trabalho em equipe, flexibilidade, acesso a mais informações, capacidade de decisão frente a problemas complexos, valorização de traços de personalidade (como responsabilidade, criatividade, iniciativa e espírito crítico). Essas novas competências implicam redefinir as formas de formar, recrutar, selecionar, qualificar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, criando novas alternativas de incorporação, e a remuneração da força de trabalho, cada vez mais especializada, como um instrumento gerencial essencial à Gestão de Recursos Humanos.

No Brasil dos anos 1980, em decorrência da crise econômica mais geral que se instala nesse contexto, inicia-se um **processo de desregulação do mercado de trabalho**, marcado nessa primeira etapa por um movimento contraditório: de um lado, ocorre uma desregulação impulsionada pela tendência de desestruturação do mercado de trabalho; de outro, ocorre uma tentativa de regulação³ motivada pela regulamentação desse mesmo mercado pela Constituição de 1988.

Para Nogueira (2004), os anos de 1980 e 1990 são marcados por mudanças profundas nas formas em que o mundo do trabalho é organizado em sua estrutura, funcionamento e distribuição no espaço. Segundo esse autor, a desregulamentação dos mercados de capitais e do trabalho, liberação de controles e de fronteiras para os fluxos de capitais e diminuição do poder de intervenção do Estado sobre a economia são alguns dos fenômenos mais proeminentes das décadas recentes.

Por outro lado, as políticas públicas têm reconhecido que tais mudanças acarretaram consequências negativas para as condições de vida e de trabalho dos assalariados. “Este processo é mais evidenciado nos setores produtivos, mas também já vem sendo notado nos

³A regulação do trabalho pode ser entendida como a síntese de dois fatores determinantes. Um é a estruturação do mercado de trabalho, que está relacionada ao desenvolvimento econômico do país e ao avanço das relações de produção e tem implicações na oferta de empregos e distribuição espacial dos empregos, bem como à qualificação exigida para os tais, dependendo, portanto, do padrão de desenvolvimento que se instala na sociedade. O outro é a regulamentação do mercado de trabalho, que depende do grau de organização política e social da nação e se apresenta como um conjunto de instituições públicas (estatais e civis) e normas legais que visam fornecer os parâmetros mínimos de demarcação e funcionamento do mercado de trabalho, notadamente no que diz respeito ao uso do trabalho (regulamentação das condições de contratação, demissão e da jornada de trabalho), sua remuneração (regulamentação das políticas e reajustes salariais em geral e do salário-mínimo) e proteção ou assistência social aos ocupados e desempregados (regulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, da política previdenciária, das práticas de formação e qualificação profissional, da ação sindical e da Justiça do Trabalho) (Cardoso, 2001).

setores de serviços, dentre eles, a Saúde. Entretanto, uma das contradições evidentes no setor Saúde é o fato de que a flexibilização e a precariedade do trabalho parecem manifestar-se devido a fatores que não o maciço desemprego, na medida em que em alguns países detecta-se que este setor, tanto no segmento público quanto no privado, comporta-se como um forte indutor de emprego, como é o caso do Sistema Único de Saúde no Brasil.” (Nogueira, 2004).

O conceito de trabalho precário não tem obtido consenso entre os diferentes atores mais diretamente envolvidos na implementação do sistema público de saúde, seja entre trabalhadores e gestores, seja entre os gestores das diferentes esferas de governo.

Três principais conceituações de precariedade e informalidade do trabalho são encontradas entre os autores:

- 1) caracteriza uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social;
- 2) decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores;
- 3) está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos⁴.

A **heterogeneidade de vínculos**, portanto, é outro dado importante que compõe esse conjunto de transformações. As novas formas de contrato mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho, definindo também a necessidade de adquirir competências que habilitem trabalhadores e gestores como negociadores das condições de trabalho.

Nessa conjuntura, as instituições deveriam estar preparadas para realizar negociações e preservar a harmonização dos diferentes vínculos, função antes mediada pelos sindicatos e por outras entidades da sociedade civil na direção do **trabalho decente** que é o conceito criado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) para um trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna, segundo os padrões de cada sociedade.

⁴Esse último é o conceito de informalidade do trabalho adotado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Nesse caso, a vulnerabilidade do trabalhador não é definida em termos da inexistência de proteção social ou da limitada duração do contrato de trabalho, mas pelo fato de que esses empregos são facilmente destruídos pela falta de vigor e competitividade do setor econômico que os gera (Nogueira, Almeida, 2004).

Trazer essa discussão para o campo da Saúde é um desafio, na medida em que:

- a) essa é uma área multi e interdisciplinar que compreende um largo espectro de atividades de produção e de serviços que abrangem desde a indústria de equipamentos e medicamentos até a prestação de serviços médicos, em nível hospitalar, ambulatorial ou de unidades de saúde, passando pela produção de conhecimento e informação;
- b) o foco principal dessas atividades são pessoas e, portanto, o processo de trabalho é pautado no contato humano e na relação entre as pessoas.

Por outro lado, as tendências do trabalho em Saúde apontam para uma formação mais polivalente, gerando a necessidade de revisão das atuais habilitações de nível médio, o que ao mesmo tempo causa resistências do ponto de vista corporativo e ameaça a construção de uma identidade profissional.

Em síntese, essa discussão nos permite afirmar que:

- as mudanças tecnológicas estão se processando, de fato, no campo do trabalho em Saúde, embora de forma assimétrica e em diferentes tempos e espaços, expressando-se em tecnologias materiais e imateriais;
- as mudanças têm impacto na vida das pessoas, no seu estado de saúde e no seu trabalho; as mudanças ocorrem em função e a partir de mudanças na dinâmica social, sendo ao mesmo tempo determinantes e determinadas por novos comportamentos sociais;
- na base dessas mudanças estão o desenvolvimento do campo científico e tecnológico e a forma de organização da produção;
- a relação entre processos cognitivos; e
- o uso de modernas tecnologias está para além do problema de ensino e formação e deve ser analisada no contexto das mudanças na base técnica, organizacional e administrativa do trabalho.

5.2 A gestão do trabalho no SUS

As reformas no setor Saúde na década de 1990 foram pautadas pela implantação do sistema único de saúde com ênfase na descentralização das ações e serviços de saúde, sobretudo a municipalização. Hou-

ve uma grande expansão de serviços municipais e foram priorizados novos modelos de atenção voltados para a atenção primária da saúde, tendo como proposta estruturante o programa de saúde da família.

A mudança do modelo de atenção exige estratégias de grande abrangência e de realização em curto prazo. Essa expansão acelerada e em grande escala dos serviços ocasionou mudanças significativas na composição e estruturação da força de trabalho em Saúde, com **concentração nas esferas de governo estaduais e municipais**. Ademais, coube a essas esferas governamentais a maior responsabilidade pela implementação das políticas sociais na nova ordem democrática advinda a partir da nova Constituição, arcando com todo o peso financeiro, administrativo e de pessoal dos aparelhos de segurança, educacional, de saúde, de saneamento básico e de assistência social. **A possibilidade de garantir os direitos sociais inscritos na Constituição é tarefa dos entes descentralizados do Estado brasileiro.**

A descentralização das ações e dos serviços sociais e de saúde tem um **lado perverso, o da “desresponsabilização” da esfera federal** em relação à manutenção dessa força de trabalho responsável pelas políticas sociais, fato agravado pela política fiscal e tributária que privilegia a União. Uma evidência dessa assertiva é a indefinição adotada pela gestão federal do SUS em relação à reposição dos servidores descentralizados (para Estados e municípios) do antigo Inamps – em 2002, aproximadamente 50 mil servidores, com custo estimado de um bilhão de reais/ano – e da Funasa – 26 mil estimados –, porque, como se sabe, uma outra razão para a “precarização” da força de trabalho na Saúde está exatamente nas dificuldades encontradas pelos Estados e municípios para a reposição desse importante contingente de trabalhadores em processo de aposentadoria (CONASS, 2002)⁵

Essa questão se agrava com as restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos com pessoal, frente a necessidade de incorporação de pessoal para atender às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde. Para fazer frente a esses problemas os gestores do SUS, nas três esferas, vêm lançando mão de **estratégias de gestão de pessoal diferenciadas**, que incluem:

- contratação temporária;
- terceirização por meio de empresas ou cooperativas;
- contratos por órgãos internacionais;
- contratos através de serviços prestados;
- bolsas de trabalho; estágios;

⁵CONASS, 2002.

- triangulações por meio de empresas privadas;
- contratos com entidades privadas não lucrativas;
- contratos de gestão com organizações sociais;
- convênios com Organizações Sociais de Interesse Público – OSCIPs.

A utilização desses mecanismos tem auxiliado a gestão do SUS a dar respostas mais rápidas às demandas por novos serviços, ou pela ampliação dos existentes, mas também **tem levado a problemas de ordem legal e gerencial**, gerando conflitos e impasses na implementação do SUS.

A gestão do trabalho no SUS é parte da gestão do trabalho na administração pública em geral e está relacionada ao contexto político e econômico e sua repercussão no campo do trabalho. Pode ser compreendida por três grandes eixos:

- a mudança no modelo de Estado, que passa de um modelo provedor para um modelo regulador;
- a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho; e
- a incorporação tecnológica que introduz novas práticas e novos processos de trabalho.

A Constituição de 1988 instituiu o Regime Jurídico Único (RJU), estabelecendo as novas regras que deveriam orientar, no âmbito da administração pública, as contratações de serviços e de pessoal para o Estado que foram regulamentadas através da Lei n. 8.666/1993.

Para fazer frente às novas demandas que se colocavam nesse campo e na busca da consolidação de um modelo de Estado gerencial, **tem início, nos anos 1990, um processo de reforma administrativa**, institucionalizado por meio da Emenda n. 19, de julho de 1998. O processo de aprovação da emenda pelo Congresso Nacional suprimiu algumas propostas de flexibilização, frustrando a possibilidade de adoção do emprego público como forma alternativa de contratação no setor público. Nesse aspecto da reforma estabeleceu-se um impasse pelas dificuldades de acordo político com relação ao processo de demissão nesse tipo de vínculo. Dessa forma, o modelo de reforma foi parcialmente implantado, mantendo-se o Regime Jurídico Único como forma exclusiva de incorporação de servidores na administração pública, nos diferentes níveis de governo, adotando-se de forma complementar a contratação de serviços pela via da terceirização.

A administração pública federal, estadual e municipal vem se estruturando com uma vasta utilização dos contratos de serviços pela

via da terceirização, alternando com a abertura de concursos para incorporação de funcionários pelo RJU. Entretanto, são evidentes as dificuldades no campo da gestão do trabalho pela ausência de alguns marcos legais nessa área que favoreçam a estruturação de modelos gerenciais mais compatíveis com a lógica que orienta a organização do trabalho, influenciando formas de absorção e manutenção dos trabalhadores. Há ainda o debate sobre a legitimidade e a legalidade da terceirização. No campo da Saúde, o ponto de vista adotado por alguns segmentos de trabalhadores do SUS é que qualquer terceirização de serviços implica precariedade de vínculos, na medida em que não houve concurso público para a contratação do trabalhador. Nessa lógica, quem não estiver incorporado ao regime jurídico único tem vínculo precário. Os gestores estaduais e municipais, diferentemente, defendem que todo vínculo de trabalho, seja direto ou indireto, deve assegurar os direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores e, desse modo, não há que se falar em precariedade se essas condições estão dadas nos vínculos indiretos ou terceirizados.

Do ponto de vista legal, a multiplicidade de vínculos utilizados nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador e os gestores têm assumido compromissos e adotado medidas para enfrentar o problema. Além disso, essa situação tem ocasionado inúmeras ações judiciais para cumprimento desses dispositivos legais. O Ministério Público brasileiro tem sido vigilante e exigente em relação a essa questão.

Do ponto de vista gerencial, os gestores se deparam com múltiplas formas de gestão de contratos, mobilizando mudanças na lógica de gestão interna dos órgãos públicos e enfrentando conflitos diversos, pelo tratamento desigual conferido por cada ente contratado, na relação com os trabalhadores envolvidos nas tarefas contratadas pelo Estado.

Uma outra área cinzenta, tomada de conflitos e incertezas, é **a relação do Estado com a regulação das profissões em Saúde**. A regulação das profissões tem obedecido muito mais às regras estabelecidas pelo mercado do que propriamente às ações efetivas do governo. Estimula-se o processo da auto-regulação das corporações por meio de regras emitidas pelos próprios conselhos de fiscalização do exercício profissional. Vê-se que as iniciativas legislativas reproduzem, na maioria das vezes, resoluções internas desses órgãos que fiscalizam o exercício profissional, sem que haja, na maioria das vezes, um debate aprofundado sobre as implicações para a sociedade e o interesse público.

A análise dessa situação permite identificar uma característica básica do atual regime regulatório brasileiro: a existência de uma legislação que preserva “monopólios” de regulação do trabalho, os quais, muitas vezes, extrapolam os seus próprios limites de atuação, disseminando conflitos que alimentam a competição entre corporações regulamentadas, ou suas especialidades, ou, ainda, entre estas e as em vias de regulamentação.

Embora a Constituição Federal estabeleça competência privativa à União para legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício das profissões, essa atribuição que lhe é conferida não está sendo exercida plenamente. Ao mesmo tempo, **os conflitos entre os diversos conselhos profissionais – ou mesmo entre as especialidades** subordinadas a um mesmo conselho –, em torno dos limites e das competências de cada especialidade, são cotidianos, acarretando graves prejuízos para o interesse público.⁶

É visão corrente que **os profissionais de saúde não têm sido formados com os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores suficientes para o adequado desempenho nos serviços públicos**. Inúmeros estudos e trabalhos assinalam a crise na formação e no desenvolvimento dos recursos humanos em Saúde, decorrente tanto de determinantes externos quanto internos. Relacionam-se entre os primeiros as mudanças do processo produtivo e aspectos relativos ao mercado de trabalho e à organização dos serviços. Quanto aos internos ao processo educacional, são enfatizados a especialização exagerada, a desarticulação ensino-serviço, e a desintegração de aspectos biológico-social, básico-profissional, individual-coletivo.

Também é patente a **desigualdade da oferta do mercado educacional** para a formação dos profissionais de saúde no Brasil, tanto geográfica (regional) quanto qualitativa, revelada a partir do processo de avaliação em curso no país desde a década passada.

No cenário acima descrito, dentre os problemas mais comuns que vêm impactando e dificultando a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde **destacam-se velhos e novos problemas:**

- a pouca flexibilidade do Regime Jurídico Único para a gestão do trabalho;
- a indefinição quanto à regulamentação do Regime Celetista para o setor público;

⁶ Ministério da Saúde, 2005.

- trabalho desregulado e desprotegido;
- regulação corporativa das profissões de saúde;
- formação inadequada dos profissionais de saúde para desempenho nos serviços públicos;
- inexistência de um processo institucionalizado de educação permanente para os trabalhadores do SUS;
- a gestão do trabalho não ocupa lugar destacado na agenda política de pactuação entre os gestores;
- baixa institucionalização do processo de planejamento de recursos humanos;
- baixa capacidade gerencial para o monitoramento e a avaliação do sistema de recursos humanos e sobre os gastos com pessoal;
- baixa eficácia, qualidade e efetividade dos serviços;
- a atuação das auditorias por Órgãos de Controle Internos e Externos, com questionamentos às múltiplas interpretações da lei que se expressam em contratos efetuados com problemas de múltiplas naturezas;
- Termos de Ajuste de Conduta (TACs) realizados com o foco na questão trabalhista, como determinante, mas nem sempre exequível pelos gestores, sem constrangimentos de outras despesas também necessárias ao bom funcionamento do SUS;
- insatisfação dos trabalhadores com mobilização de suas representações.

5.3 A situação nos Estados e municípios

Essas questões se reproduzem e se multiplicam em todas as esferas de governo, nos diferentes setores da administração pública, comprometendo a capacidade gestora do Estado na garantia dos direitos de cidadania assegurados na Constituição.

A Pesquisa realizada pelo CONASS em 2003, e publicada em 2004, acerca da estruturação da área de Recursos Humanos (RH) nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal⁷ buscou analisar os principais problemas desse campo. O estudo teve por **objetivo elaborar diagnóstico da situação de contratação de pessoal e da organização, da estrutura e das ações das áreas de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Pode-se ter uma visão geral dos servidores estaduais: quantos eram, sua formação, sua distribuição nos Estados e regiões do país,

⁷Conass, 2004a

os gastos com pessoal ativo e inativo, por fonte de recursos, e as características dos vínculos segundo o tipo de administração – direta e indireta – bem como identificar como eram a estrutura, e o processo de organização e quais as ações desenvolvidas pela área de Gestão de Pessoas.

Os **resultados do estudo** indicaram um gasto mensal com recursos do tesouro estadual, no pagamento de folha de trabalhadores de saúde, ativos e inativos, de R\$ 445 milhões/mês (R\$ 5,3 bilhões/ano) para um quantitativo geral de 457.123 trabalhadores de saúde, o que representava, à época, 52,5% do total das despesas com saúde.

Uma informação importante e que contribuiu para revelar a situação das relações de trabalho **foi a referente ao vínculo dos trabalhadores nas SES**, que apontou na administração direta a predominância do Regime Jurídico Único (RJU), com 262.669 trabalhadores de saúde ativos (76,2% do total), seguido da contratação por tempo determinado (8,6%), CLT (5,3%) e cargos em comissão (4,2%). A contratação por meio de cooperativas demonstrou ser uma modalidade de vinculação com pouca importância na administração direta estadual, 1,20% do total dos contratos informados. Na administração indireta, onde foram informados 53.308 contratados, as fundações concentravam 47,4% do total desses contratos (sendo mais de 60% deles admitidos através de concurso público) e as autarquias 37,8%.

As modalidades de vínculos passíveis de serem classificadas como precárias (aquelas onde os direitos sociais e trabalhistas não são atendidos integralmente) não são as formas hegemônicas de vínculos, mas o contrário. Entretanto, não se deve desprezar o fato que quase 10% dos trabalhadores de saúde, vinculados às secretarias de saúde em 2003, estavam nessa situação, a grande maioria como “contratos temporários”.

Os trabalhadores de saúde vinculados à administração direta também foram analisados **quanto ao nível de formação**, sendo 32,1% dos profissionais de nível superior, 39,8% de nível médio, e 26,5% de elementar. Foram identificadas, ainda, particularidades características de algumas regiões tais como a forte predominância de contratos de nível médio nos Estados da Região Norte.

No campo da **identificação dos problemas**, enquanto **para os Secretários de Estado** a maioria dos problemas situava-se no campo de gestão do trabalho – os dois principais problemas apontados pelos Gestores foram a necessidade de contratação de pessoal/quantidade

defasada e as diversas modalidades de contratos temporários, respectivamente –, **para os dirigentes de RH** o maior problema foi apontado nas áreas de RH das SES, sua estrutura e hierarquia, com maior ou menor proximidade do eixo decisório, uma vez que em 14 SES essas áreas eram subordinadas à gestão administrativa, financeira e patrimonial, ou seja, não participavam da equipe dirigente, o que pode apontar para dificuldades na priorização das ações da área.

Na gestão do trabalho, muito embora todos os Estados tivessem **planos de cargos**, apenas 10 Estados relataram a existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) específico da área de Saúde e, desses, somente 5 eram posteriores ao ano 2000, o que evidencia a fragilidade da gestão das carreiras nas SES. Foram identificadas também a baixa capacidade de planejamento, um espaço restrito de articulação política, limitada autonomia gerencial e um sistema de informação insuficiente (falta de acesso à informação e à tecnologia da informação em 10 das 27 estruturas de RH nos Estados e um sistema precário na maioria das que possuíam).

Finalmente, ficou evidenciado que as SES estão desempenhando um papel importante no desenvolvimento de **atividades de formação**, associando iniciativas de qualificação técnica com aquelas voltadas para a integração ensino/serviço, apesar de que as iniciativas nessa área carecem de uma proposta estratégica que visualize as necessidades estruturais do SUS.

Uma outra conclusão importante foi que as SES que apresentam **os maiores gastos com saúde** foram justamente aquelas que têm contingente expressivo de trabalhadores de saúde, com remuneração média significativa.

A situação nos municípios é ainda mais difícil. Publicação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS, 2006)⁸ analisa a evolução da situação do emprego no Brasil, com base nos dados da pesquisa Assistência Médico Sanitária (AMS/IBGE), de 2003, e revela a profunda transformação ocorrida no país nas duas últimas décadas: de 1980 até 2003; o número de empregos na área da Saúde nos municípios saltou de 43.086 (16,2% do total de empregos públicos) para 791.397 (66,3%) enquanto o número de empregos na área Federal diminuiu de 113.297 (42,6%) para 96.064 (8,1%), aqui incluídos os servidores do ex-Inamps e da Funasa transferidos para

⁸Conasems, 2006.

os Estados e municípios. Apesar de os empregos nos Estados terem aumentado 200% nesse período, o seu peso relativo no conjunto do emprego público diminuiu, de 41,2% para 25,6%, em decorrência do explosivo aumento na esfera municipal (1.740%). Cada novo programa implantado no sistema público de saúde ou cada nova expansão do programa de saúde da família, por exemplo, impacta fortemente esses números.

Uma das conseqüências desse fenômeno é o aumento de vínculos precários de trabalho, como mostra o estudo “Monitoramento da Implementação e do Funcionamento das Equipes de Saúde da Família”, realizado em 2001-2002, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde:⁹ 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos nessa estratégia apresentaram vínculos precários de trabalho, contribuindo para a alta rotatividade e a insatisfação profissional.

O caso dos agentes comunitários de saúde (ACS) é ainda mais complexo, pois a maioria dos 190 mil trabalhadores em atividade no país apresenta inserção precária no sistema e está desprotegida em relação a legislação trabalhista. Mesmo com todas as ações judiciais por iniciativa do Ministério Público do Trabalho e todas as alterações da legislação em 2005-2006, o problema continua quase inalterado.

Em **estudo a respeito de Recursos Humanos em Municípios com população superior a 100 mil habitantes**, realizado sob coordenação do Instituto de Medicina Social/UERJ,¹⁰ por iniciativa da Rede Observatório de Recursos Humanos, detectou-se que:

- apenas 19 (dezenove) gestores de recursos humanos, entre os 206 municípios que responderam à pesquisa, detêm qualificação formal por especializações relacionadas ao exercício de suas funções;
- esses gestores possuem baixa ou nenhuma autonomia com relação a questões como aquelas que envolvem a utilização de recursos orçamentários ou contratação de pessoal;
- o planejamento das ações não está plenamente incorporado à prática dos dirigentes da área;
- a folha de pagamentos constitui-se como principal fonte de dados, não sendo utilizados outros sistemas de informações de recursos

⁹Ministério da Saúde, 2005.

¹⁰PIERANTONI, 2004.

humanos como ferramenta de planejamento e gestão.

O referido estudo também destaca que a maior parte dos dirigentes de recursos humanos pertence aos quadros próprios das Secretarias Municipais de Saúde e apresentam **tendência de baixa renovação no cargo**, com tempo médio de permanência de 48 meses.

5.4 Gestão do trabalho no SUS como função estratégica e integrada

Se hoje há um consenso no âmbito do SUS é o de que a questão do trabalho e da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde é um desafio do tamanho do SUS.

Partindo do diagnóstico e da análise de situação no setor Saúde, e situando-o no cenário e no contexto descritos, é imprescindível destacar algumas dimensões e aspectos que poderão contribuir para o desenvolvimento de uma política consistente e sustentável na área.

É importante insistir que o processo de **descentralização da Saúde** ocorrido na década de 1990 é **determinante para a transformação da gestão do trabalho em uma função estratégica e complexa**. Para apresentar resultados, ela precisa da explícita e permanente definição de prioridade política dos governantes e dos gestores do sistema, das 3 esferas de governo, e do envolvimento e compromisso com os valores do sistema único de saúde, por parte do conjunto dos trabalhadores e não apenas de suas lideranças.

A governabilidade dos gestores do setor Saúde na questão da gestão do trabalho é pequena, tal qual na definição dos recursos financeiros para o setor: conjunturalmente, estão na dependência do governante (prefeito, governador, presidente), e estruturalmente, na dependência da própria configuração da gestão do trabalho na administração pública em geral, com todo seu arcabouço legal e normativo. Daí a necessidade de compromisso do detentor do mandato, do governante.

Uma outra dificuldade é que o SUS, mesmo sendo constituído por três esferas autônomas de governo, com governo e legislação própria, **exige soluções integradas**; não se pode pensar soluções isoladas, de um município ou Estado, ou mesmo do conjunto dos servidores federais, por exemplo. A gestão do trabalho no SUS além de função estratégica é uma função integrada: só há alternativas reais de mudanças se se tratar de **projetos solidários**, entre gestores e entre gestores e trabalhadores.

O **Pacto pela Saúde**, celebrado de modo tripartite pelos três gestores do SUS em 2006, **configura um ganho importante ao incorpo-**

rar a questão da gestão do trabalho na agenda de pactuação, mas não se deve ter ilusões quanto ao alcance da iniciativa, insuficiente para enfrentar os grandes desafios hoje encontrados na gestão do trabalho no SUS.

A seguir, **para exposição mais clara do tema, agrupou-se as principais ações da gestão do trabalho no SUS em três grandes conjuntos de atividades**: a gestão das relações de trabalho, o planejamento e o gerenciamento e a gestão da educação do trabalhador em Saúde.

5.4.1 Gestão das relações de trabalho

Trata-se de superar os velhos modelos de “administração de recursos humanos”, normativos, burocráticos e estáticos, pela gestão participativa, colegiada e pactuada com os trabalhadores e seus representantes, tanto nos aspectos das relações individuais – contrato, salário –, quanto naqueles das relações coletivas – representação, greve, negociação. As mesas de negociação permanente do SUS são bons exemplos de instrumentos institucionalizados com essa finalidade.

A negociação é necessária para o enfrentamento adequado dos conflitos que o trabalho em Saúde inevitavelmente produz nas relações entre gestores e trabalhadores, principalmente face a tantas transformações estruturais e a tantos novos ordenamentos de trabalho requeridos. Dentro das próprias instituições de saúde, onde ainda persistem processos segmentados mas interdependentes, estabelecer acordos e parcerias internas é fundamental para o adequado desempenho do trabalho.

Como essa negociação passa a ser um requisito indispensável na gestão da relação do trabalho - tanto para gestores como para trabalhadores, já que não deve obedecer apenas a uma disputa política, mas ser orientada pela busca da equidade, da resolutividade e da qualidade da atenção - a competência para discutir e tomar decisões com base em informações e avaliar resultados de ações e de políticas.

Os vínculos precários também são alguns dos problemas mais relevantes a serem debatidos e enfrentados na gestão integrada das relações de trabalho. Apesar das diversas iniciativas no âmbito das três esferas de gestão, ainda não se observam grandes alterações no quadro descrito. O Ministério da Saúde criou o Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho, com participação de vários atores, gestores e trabalhadores. O comitê definiu a condução do processo por

etapas e, como prioridade inicial procurar soluções para a situação dos agentes comunitários.

O CONASS¹¹ realizou uma oficina de trabalho em 2004 quando os gestores estaduais definiram vários consensos para a gestão do trabalho, entre eles propor a **regulamentação do Programa Saúde da Família (PSF) por meio de um projeto de lei** ao Congresso Nacional que garanta o repasse dos incentivos aos municípios de modo permanente a fim de diminuir a insegurança dos gestores municipais no que se refere à garantia de continuidade no pagamento dos incentivos e com isso estimular soluções duradouras para a incorporação dos trabalhadores do programa.

Nessa oportunidade também **foi consenso a adoção de medidas integradas e solidárias** para o enfrentamento das relações precárias do trabalho na gestão descentralizada do SUS, como:

- apoiar a regularização da situação de precariedade dos vínculos nos Estados e municípios e em relação à situação das equipes de saúde da família;
- apoiar as secretarias municipais de saúde na realização de seus concursos, seja pela realização de concursos de bases locais de acordo com as diferentes realidades dos Estados ou, ainda, aplicando as provas para os municípios menores que assim quiserem.

A luta pela regulamentação do dispositivo da excepcionalidade, proposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal para a Saúde e a Educação, no âmbito dos limites estipulados pela Lei, pode ser um outro item da agenda da política da gestão do trabalho no SUS.

O Conasems adotou medidas na mesma direção¹² ao definir critérios rígidos para seleção, contratação, monitoramento, prestação de contas e avaliação dos resultados contemplados no contrato de gestão quando do estabelecimento de parcerias para o provimento da força de trabalho para o PSF. Apesar da boa vontade demonstrada pelas propostas e iniciativas dos gestores das 3 esferas de gestão do SUS, o problema dos vínculos precários permanece como um desafio a ser vencido.

5.4.2 Planejamento e gerenciamento

O planejamento implica a estimativa quantitativa das necessida-

¹¹CONASS, 2004b.

¹²CONASEMS, 2006.

des, como se faz tradicional e infrutiferamente e, sobretudo, na determinação das competências e perfis da força de trabalho, sendo muito importante sua articulação com o processo de formação e desenvolvimento educacional, baseado nas competências profissionais.

Abrange, portanto, aspectos quantitativos e qualitativos. **A institucionalização de um sistema de planejamento de recursos humanos**, orientado pelas metas e objetivos institucionais, constitui um instrumento importante de gestão e regulação da força de trabalho. Planejar recursos humanos significa incluir essa temática no planejamento dos órgãos federais, estaduais e municipais e trazer para os fóruns de decisão política do SUS, os conselhos e os órgãos colegiados, tripartite e bipartites, questões estratégicas como o financiamento dirigido à contratação da força de trabalho, qualificação dos trabalhadores e programas de proteção à saúde do trabalhador.

O planejamento e a gerência de informações estão entre as áreas menos desenvolvidas na gestão do trabalho do SUS, como evidenciado pelos estudos supracitados e corroborado pela avaliação das funções essenciais da Saúde Pública realizada em seis Secretarias Estaduais de Saúde, em 2005-2006¹³.

Uma das causas da baixa capacidade gerencial na área de Recursos Humanos é a **ausência de informações básicas referentes ao conjunto de sua força de trabalho e a outros dados necessários** à gestão do trabalho pelos seus órgãos de gestão. Observa-se que, na sua ausência, a folha de pagamento ainda predomina, em muitos casos, como única fonte de informações em relação aos servidores (efetivos e cargos comissionados) e trabalhadores ligados a contratos de terceirização, deixando um vazio em relação a um necessário sistema de controle sobre a lotação real dos trabalhadores, sua qualificação e seu desempenho. Os sistemas de informações gerenciais são instrumentos essenciais à gestão do trabalho contribuindo para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho.

Contudo, a baixa capacidade gerencial e de planejamento, nas Secretarias Estaduais de Saúde, não se limita à área de Gestão de Informação, como os estudos citados mostraram: **a área de Gestão de Recursos Humanos está situada no terceiro escalão da estrutura organizacional**, subordinando-se à área administrativa e financeira e,

¹³Muller Neto JS et al., 2006.

na maioria dos casos, não passa de um pequeno e acanhado DP (departamento de pessoal).

Nas secretarias municipais, mesmo esse setor acanhado existe apenas nos municípios maiores e nas capitais, enquanto na imensa maioria dos demais municípios a gestão do trabalho é indiferenciada, comum ao conjunto dos servidores municipais.

Não há registro da existência de um lócus institucional para a **formulação das políticas de recursos humanos** na imensa maioria das secretarias estaduais e municipais, assim como se observa a ausência de um processo sistemático de planejamento e programação da área.

A área de Gestão do Trabalho é separada da área de Educação assim como as duas são pouco articuladas com as áreas programáticas e finalísticas.

Enfim, **há um descompasso imenso entre a importância do tema – as despesas com pessoal são a maior parte dos gastos em Saúde – e a sua pouca prioridade na agenda da política de saúde.** São ínfimos os investimentos na área da Gestão do Trabalho e na qualificação do pessoal encarregado dessas atividades nas três esferas de gestão do SUS.

Do ponto de vista técnico, **a institucionalização do planejamento de recursos humanos** no cenário atual, por parte dos órgãos gestores do SUS, no que tange à sua força de trabalho, pressupõe a capacitação de pessoal nessa área, de forma a garantir o aporte de conhecimentos específicos de planejamento e gestão da força de trabalho inerentes ao desenvolvimento dessa proposta. A institucionalização do planejamento pressupõe sistema gerencial de informação que permita conhecer a composição, a estrutura, o perfil, o gasto e as necessidades futuras com a força de trabalho, por unidade e por esfera de governo. Além disso, é necessário dotar o setor de gestão do trabalho nos órgãos gestores do SUS da necessária infra-estrutura e de capacidade institucional.

Algumas diretrizes com essa finalidade foram formuladas em 2004 pelos secretários estaduais:

- reforma administrativa para colocar os responsáveis pelo setor compondo a equipe de condução estratégica da instituição;
- a formulação de plano de recursos humanos articulado com o Plano Plurianual de Saúde, incluindo o diagnóstico de necessidades;
- o aumento do orçamento próprio para a área de Gestão e Educação de RH; o aumento do quadro de servidores e especialistas do setor e sua qualificação por meio de um processo de educação

- permanente;
- a integração da área de gestão de pessoas com área de desenvolvimento e formação;
- a modernização administrativa da gerência de RH, incluindo a sua completa informatização; e
- um programa de cooperação permanente para a gestão do trabalho entre as instâncias gestoras.¹⁴

Um sistema estratégico e integrado de planejamento e gerenciamento do trabalho em um sistema público universal implica ademais **pensar o conjunto dos trabalhadores**, públicos – de todas as esferas de governo naquele âmbito de gestão – e privados, dos serviços contratados.

A **definição das funções típicas de Estado** – quais atividades terceirizar, quais as modalidades de incorporação de pessoal a serem adotadas – devem orientar a relação do Estado com o mercado de trabalho.

É evidente que operação de tamanha envergadura somente terá possibilidade de ser viabilizada e construída mediante a prioridade política absoluta do tema, a negociação permanente com os trabalhadores da Saúde e o trabalho integrado e intensivo de cooperação entre União, Estados e municípios.

O lançamento, pelo Ministério da Saúde, no segundo semestre de 2006, do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS, o Progesus, que estabelece a cooperação entre os gestores do SUS – em um primeiro momento, apenas com os Estados e os municípios maiores – nas áreas de infra-estrutura (equipamentos de informática), implantação de sistemas de informação e qualificação de pessoal para a gestão do trabalho, é um primeiro passo importante, mesmo sendo ínfimo o montante de recursos destinados inicialmente para a iniciativa.

Finalmente, outro desafio para a gestão do trabalho em Saúde e o desenvolvimento gerencial dos serviços é **a definição das carreiras próprias de Estado** e dos critérios de:

- mobilidade;
- ascensão e desenvolvimento na carreira;
- remunerações e incentivos;
- gestão do desempenho, e

¹⁴CONASS, 2004b.

- gerenciamento do impacto orçamentário-financeiro do plano de cargos, carreira e salários no orçamento da Saúde.

Um **modelo de gestão integrada** prevê um processo de gestão e desenvolvimento institucional voltado para resultados institucionais, organizacionais e individuais e, portanto, abrigando a possibilidade de institucionalizar mecanismos de remuneração variável, gratificações por desempenho, localização e qualificação.

As diretrizes nacionais para elaboração de planos de carreira, cargos e salários no Sistema Único de Saúde, aprovadas também no segundo semestre de 2006, é uma iniciativa para estabelecer uma política de recursos humanos articulada e integrada entre as esferas gestoras do sistema. A proposta, que não tem poder impositivo devido à autonomia dos entes federados, contempla alguns princípios como o da equivalência dos cargos ou empregos, compreendendo a correspondência deles em todas as esferas de governo, e o da mobilidade, entendida como garantia de trânsito do trabalhador do SUS pelas diversas esferas de governo sem perda de direitos ou da possibilidade de desenvolvimento na carreira.

Para além de princípios e diretrizes idealizados, **a viabilização da proposta choca-se com:**

- a realidade do financiamento hoje existente;
- o profundo desequilíbrio federativo, em que a União tem a maior parte da receita e os municípios e Estados a maior parte dos encargos, sobretudo de pessoal.

Apenas metade dos Estados tem planos de carreira, cargos e salários exclusivos do SUS enquanto a outra metade tem PCCSs comuns ao conjunto da administração estadual.

A realidade municipal é ainda mais complexa, pois se observa que a quase totalidade dos pequenos municípios, além de não ter planos de carreira exclusivos do SUS, não tem um quantitativo de pessoal da Saúde com escala para propor um plano exclusivo do SUS. Além disso, muitos enfrentam dificuldades para a incorporação e a permanência de profissionais e especialistas.

Mantida a situação atual, é remota a possibilidade de implementar planos de carreira do SUS, no conjunto do país, sobretudo nos pequenos municípios, **a menos que** haja o co-financiamento por parte

da União, ou o financiamento indireto, por meio da criação de uma Carreira Nacional com Base Local para o SUS, com o objetivo de responder a uma fração importante de municípios que, hoje, enfrentam dificuldades severas na inserção e fixação de profissionais.

5.4.3 A gestão da educação do trabalhador da Saúde

O trabalho na Saúde faz-se através dos seus trabalhadores, portanto, por gente, com gente e para gente. Os trabalhadores de saúde, todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde ou em atividades de saúde, são trabalhadores do conhecimento, interpretam e aplicam saber e informação para criar e proporcionar soluções aos problemas. Para isso devem ter acesso a **condições de trabalho e organizacionais** que lhes permitam adquirir e aplicar conhecimento teórico e prático, desenvolver hábitos de aprendizagem permanente e seguir sendo competentes e produtivos. A reestruturação do processo produtivo, a permanente mudança dos sistemas de saúde, as novas exigências do mercado de trabalho, entre outros aspectos, são desafios para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos em Saúde e exigem novo enfoque e novas abordagens.

O enfoque de competências desenvolve projetos e planos educacionais a partir das necessidades, problemas e desafios do trabalho. Esse enfoque também permite enfrentar os desafios para a formação e desenvolvimento, decorrentes da natureza complexa e em permanente mudança dos sistemas de saúde. Ele é o substrato do conceito de educação permanente em Saúde, que se caracteriza por: aprendizagem no trabalho, onde se configuram as necessidades e demandas educativas; utiliza princípios da aprendizagem de adultos, vinculando o conhecimento com problemas reais por meio da pedagogia de problematização; adoção do construtivismo cognitivo que postula a centralidade do sujeito, quem estrutura ativamente o conhecimento, integrando e reinterpretando a informação.

A visão integral da política de formação e desenvolvimento dos recursos humanos na Saúde deve ter como norte um plano de desenvolvimento dos trabalhadores baseado em competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores); na regulação dos processos educativos e laborais do campo da Saúde; na reorientação e melhoria da qualidade da formação, na pré e na pós-graduação; na qualificação técnico-profissional e em um programa de educação permanente.

Nessa perspectiva, os princípios para formar e desenvolver os re-

cursos humanos na Saúde passam pela incorporação de valores de um sistema de saúde solidário, público, universal e equitativo, e devem ser capazes de propiciar mudanças de práticas de saúde e do processo de trabalho que ajudem a configuração dos novos perfis ocupacionais e profissionais dos trabalhadores e das equipes que estão sendo exigidos no novo cenário do mundo do trabalho e no contexto do SUS.

Como avaliar e promover o desenvolvimento dessas novas competências nos espaços de trabalho e como garantir uma uniformidade nesse processo de qualificação, de forma a permitir mobilidade e circulação dos trabalhadores no mercado de trabalho setorial, são questões que se colocam, para os formuladores e gestores de políticas, no campo da Saúde e da Educação.

Uma das condições estratégicas para esse desenvolvimento é, justamente, melhorar **a comunicação e a articulação entre o aparelho formador e os serviços** e todas as diversas instituições que, na sociedade e no Estado, tenham competências e responsabilidades com a saúde da população.

O art. 200 da Constituição de 1988 confere aos gestores do SUS atribuição para contribuir na formação e no desenvolvimento dos recursos humanos.

Por que o gestor da Saúde deve se preocupar com as questões relativas à formação e desenvolvimento de recursos humanos?

A lógica é que a orientação da formação e desenvolvimento de pessoal deve dar aquele que está enfrentando o problema e sentindo as dificuldades da operação do sistema público. Evidentemente, desde que se saiba de que tipo de qualificação o trabalhador precisa ou a que tipo de problema essa qualificação se propõe a resolver. Os gestores podem demandar e, com frequência, desenvolver estratégias educacionais que, junto a outras políticas associadas, contribuam para resolver a questão. Entretanto, os gestores não só não conhecem todos os problemas de saúde que afligem o sistema de saúde, como também não detêm todas as competências e capacidades específicas para o desenvolvimento adequado das propostas de intervenção. Portanto esse mandato constitucional de intervir no processo de formação dos trabalhadores da Saúde é um mandato compartilhado, tanto por outras esferas de governo dentro do próprio setor Saúde – gestores federais, estaduais e municipais – como fora do próprio setor Saúde, principalmente pelo Ministério da Educação, o principal agente regulador do processo de qualificação profissional no país.

A gestão da educação do trabalhador de saúde não é tarefa simples. As ações mais difundidas do processo de gestão da educação do trabalhador da Saúde têm-se dado na área da formação, da qualificação técnico-profissional e na educação permanente.

Na formação, no nível da graduação, foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, em 2001, as denominadas diretrizes curriculares que definem as competências e perfis das profissões da Saúde a serem perseguidas pelos respectivos cursos. Apesar disso, poucas mudanças foram observadas nesses cursos no período e, desde 2005, instituiu-se um programa nacional visando promover e financiar mudanças na graduação por meio da maior integração ensino-serviço, com foco nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia. Ainda na graduação, tem-se adotado medidas de regulação com dois eixos principais: um processo sistemático de avaliação dos cursos e a utilização de critérios para abertura de novos cursos, ambos os processos piores de conflitos e leituras diversas pelos diferentes atores, aguardando avaliações consistentes.

Na pós-graduação, duas iniciativas recentes merecem ser destacadas pela relevância dos seus objetivos mais que por seus resultados: a criação da residência multiprofissional em Saúde, que estende às demais profissões de saúde, além da medicina, a especialização em serviço, e a residência em medicina familiar e comunitária, voltada à formação de profissional médico mais adequado às necessidades da população e do sistema público de saúde.

A qualificação técnico-profissional teve um significativo avanço com a execução do programa de profissionalização dos trabalhadores na área de enfermagem (Profae), que no período 2000-2005 formou 323.513 técnicos de enfermagem, envolvendo 319 escolas, públicas e privadas, em todo o país, além de ter formado como especialistas cerca de 13.000 professores. O Profae é hoje uma referência internacional na área da Educação Profissional e os seus resultados devem-se em boa medida ao papel desempenhado pelas Escolas Técnicas do SUS, ligadas às secretarias de saúde estaduais, cuja atuação descentralizada garantiu a capilaridade do programa, atingindo até mesmo os municípios mais remotos e de difícil acesso. O modelo operacional do Profae orienta o atual processo de qualificação técnica dos agentes comunitários de saúde em todo o país, que pretende atingir 170 mil trabalhadores, e inspira uma nova proposta, o projeto de formação na área profissional de saúde, o Profaps, que pretende formar 700 mil tra-

balhadores, com recursos do Banco Mundial, técnicos nas seguintes áreas: vigilância à saúde, higiene dental, biodiagnóstico, radiologia, manutenção de equipamentos, prótese dentária e agente comunitário de saúde. Não há dúvida de que um projeto desse porte, se implantado, terá profundo impacto na qualidade e integralidade das ações e serviços de públicos de saúde. Apesar dos números significativos apresentados pela área da Educação Profissional de nível técnico, ela apresenta algumas características preocupantes como o fato da formação do pessoal técnico da área assistencial estar ocorrendo predominantemente no setor privado (80% dos estabelecimentos), sem que haja nenhum tipo de regulação por parte do SUS, gerando indagações: a competência e o perfil desses trabalhadores atende ao sistema público de saúde? Outro aspecto é o desequilíbrio regional na oferta de vagas com carências conhecidas das regiões norte, nordeste e centro-oeste. Finalmente, as escolas técnicas precisam ser fortalecidas para poderem vir a ser verdadeiros centros de referência regional/estadual para a formação técnica em Saúde.

6. O DESAFIO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

“A sociedade civil é o local da solidariedade, da busca coletiva, do diálogo entre interesses, dos valores éticos. A reforma democrática do Estado deve reconhecer e garantir o poder da sociedade civil. As políticas públicas devem valorizar a legitimidade dos postos eletivos, a capacidade política dos governantes, a responsabilidade pública dos servidores e o trabalho comunitário. Os usuários dos serviços públicos não devem ser definidos e tratados como clientes, mas como cidadãos com direitos, inclusive o de participação. Desses posicionamentos deve decorrer o conceito de qualidade total do serviço público” (Boaventura Santos).

A expressão “**Participação Social**” surgiu e foi amplamente assumida no âmbito do SUS a partir da aprovação da Lei n. 8.142/1990, que dispõe sobre os conselhos e conferências de saúde.

O **controle do Estado pela sociedade**, além de concepção, é uma imagem-objeto que se confunde com a plena democratização do Estado; em outras palavras: com a apropriação do Estado pelo conjunto da sociedade, que passa a participar decisivamente da formulação de políticas públicas e da sua implementação. Essa apropriação é um processo complexo, ligado ao grau de consciência política, organização e mobilização da sociedade.

152

O ocorrido nos anos 1980 contribui para nossa reflexão: naquela década, sem ainda a conquista da criação dos conselhos de saúde, **o contexto da grande tomada de consciência e mobilização social, crescentes nos vários segmentos da sociedade, levou, ao final da ditadura militar, à instalação da Assembléia Nacional Constituinte, à formulação e aprovação da Seguridade Social e do SUS, e das Leis n. 8.080/90 e 8.142/90.**

As grandes bandeiras mobilizadoras foram a democratização do Estado, os direitos humanos e de cidadania, assim como as políticas públicas imprescindíveis para a sua realização.

No contexto das mobilizações e organização da sociedade, de superação do regime autoritário militar, e do desenho da democratização do Estado durante a realização da Assembléia Nacional Constituinte e aprovação da Constituição de 1988, passando pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, **a participação da sociedade estava**

claramente inserida no marco da construção da democracia participativa, numa perspectiva de complementaridade e sinergismo com o marco da democracia representativa.

A expressão “**participação da comunidade**”, que consta da Constituição Federal (art. 198) e da Lei n. 8.080/1990 (art. 7º), é parte desse contexto, no âmbito dos princípios e diretrizes do SUS.

A participação da comunidade aponta claramente para a formulação de estratégias de democratização do setor público de saúde, com repercussão direta no setor privado conveniado/contratado, e indireta no setor privado no mercado. No bojo das estratégias de democratização do setor público de saúde, e do próprio Estado, localiza-se, inevitavelmente, todas as iniciativas, criatividade e formas de participação e gestão participativa.

A capacidade da sociedade de criar, construir e implementar as várias formas de participação guarda relação direta **com o grau de consciência política**, de organização e de mobilização da própria sociedade.

A partir de 1990 a continuidade do processo de democratização do Estado passou por várias formas de restrições, obstáculos e constrangimentos, tanto no âmbito da organização e mobilização da sociedade como no de formulação e iniciativas criativas e da implementação compartilhada com os aparelhos do Estado.

A análise deste processo não é objetivo desse texto; apenas **serão relacionados a seguir vários exemplos e tentativas de participação da sociedade, a maior parte muito pouco desenvolvidos em relação às expectativas dos anos 1980:**

- Os Conselhos e Conferências de Saúde, com representações paritárias em relação aos usuários, incluindo também trabalhadores de saúde, prestadores de serviços (públicos e privados) e governo (gestores). Os Conselhos, órgãos deliberativos integrantes do poder Executivo, atuando **na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas**. As conferências, propositivas, avaliando a situação de saúde e propondo diretrizes para a formulação da política de saúde (Lei n. 8.142/1990).
- Processos de trabalho formulados e desenvolvidos com transparência e participação, e voltados para o acolhimento, o vínculo, a responsabilidade sanitária e a resolutividade.
- Publicização e participação da escolha e inovação de modalidades de repasses fundo a fundo e de remuneração dos serviços

(metas, custos, efetividade, prioridade).

- Plenárias regionais de representação de conselhos ou de segmentos dos usuários, trabalhadores de saúde e gestores, visando à implementação da Regionalização e Integralidade, com Eqüidade e Universalidade.
- Desenvolvimento de várias formas de cooperativismo intermunicipal e com o Estado, visando à implementação da Regionalização e Integralidade, com Eqüidade e Universalidade.
- Fóruns amplos, por região ou microregião, de entidades dos usuários, dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços e gestores.
- Várias formas de Ouvidoria no âmbito dos gestores do SUS ou de unidades prestadores de serviços: escuta, registro, processamento, informação/orientação à população, relatórios gerenciais etc.
- Eventos periódicos com representações do Ministério Público, Comissões de Saúde dos Legislativos, Conselhos de Saúde, especialistas na área de políticas públicas etc.
- Atividades interativas de informação e comunicação de saúde.

O desenvolvimento desses exemplos e iniciativas abaixo das expectativas geradas nos anos 1980, conforme já referido, verificou-se também em parte no desempenho dos conselhos de saúde.

De um lado, multiplicaram-se em número, cobrindo todos os Estados e a maioria dos municípios, e desenvolveram reconhecida eficácia no controle da execução das políticas.

Por outro lado, desenvolveram-se bem menos, no que tange à apropriação, pelos plenários dos conselhos, das questões referentes à sua primeira atribuição legal, que é a de atuar na formulação de estratégias, que não são outras senão as que viabilizam a implementação dos princípios e diretrizes do SUS – Universalidade, Integralidade, Igualdade, Descentralização, Regionalização e Participação –, ainda que por etapas discutidas amplamente e pactuadas entre os gestores e a sociedade.

Exemplos:

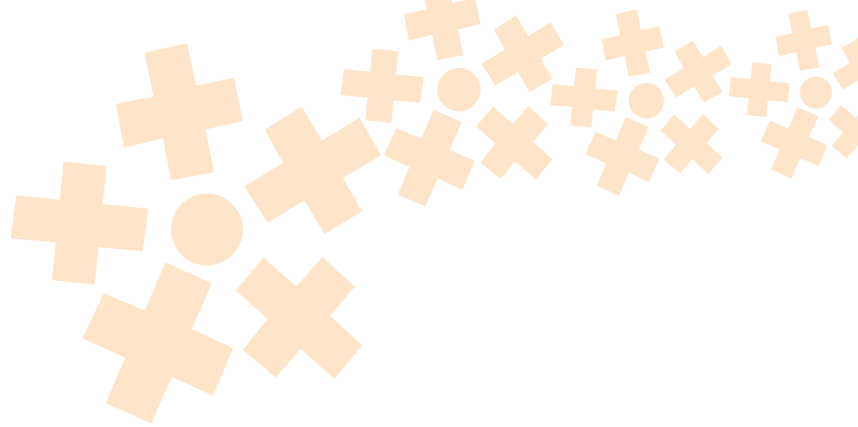
- a) a “desconstrução” do modelo de atenção com base nos interesses da oferta (fabricantes dos insumos, parte dos prestadores e profissionais), e construção do novo modelo de atenção com base nas necessidades e direitos da população, respeitando as realidades de cada região;

- b) em relação ao modelo de gestão, incluindo os critérios de alocação dos recursos, a estrutura dos gastos, as formas de remuneração dos serviços, a formulação de metas quali-quantitativas, e a gestão participativa;
- c) a recuperação das políticas de financiamento e do desenvolvimento dos recursos humanos de saúde, congruentes com os princípios e diretrizes do SUS;
- d) a construção de uma relação público-privado (SUS/Saúde Suplementar) também congruente com os princípios e diretrizes do SUS, inclusive revertendo todas as desonerações do mercado da Saúde sobre os recursos do SUS e a precedência dos valores individuais e de mercado sobre os valores coletivos da solidariedade e de políticas públicas de cidadania;
- e) a permanente e dinâmica construção da relação entre as duas faces da gestão do SUS nas três esferas de governo – os conselhos de saúde e os gestores executivos (ministro, Secretários e demais dirigentes) –, em busca do sinergismo e complementaridade das suas atribuições e responsabilidades para a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais, observando as suas respectivas competências.

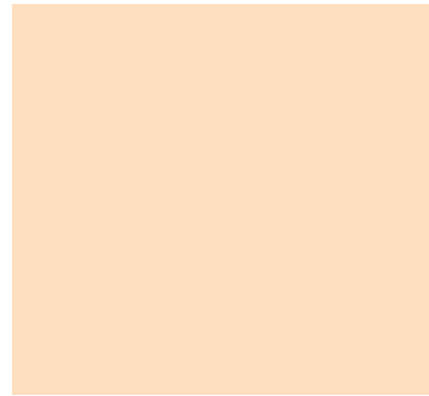
Uma questão central para a efetiva participação da sociedade no Sistema Único de Saúde passa pelo fortalecimento, o aprimoramento e a qualificação dos mecanismos de participação social para o pleno exercício de sua competência prevista na legislação.

Os gestores do SUS à luz do Pacto de Gestão devem buscar:

1. apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
2. prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
3. organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências de Saúde;
4. estimular o processo de discussão e controle social;
5. apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
6. promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
7. apoiar os processos de educação popular em Saúde, visando ao fortalecimento da participação social do SUS;
8. implementar Ouvidoria visando ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS conforme diretrizes nacionais.



Referências Bibliográficas



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Silva PLB. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70. Cad FUNDAP. 1983;3: 27-50.

Santos WG. Cidadania e justiça. Rio de Janeiro: Campus; 1979.

Ham C. Health care reform: learning from international experience. Buckingham: Open University Press; 1997.

Ministério da Saúde: DAB. Número de equipes do PSF (SUS): período 1994-2006.

Ministério da Saúde: SAS: DAE. Atenção especializada em saúde no Brasil: indicadores e tabelas selecionados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

Ministério da Saúde: SAS: TABNET. Procedimentos de hemodiálise por mil habitantes (SUS): período 1995-2004.

IBGE. Pesquisa de orçamento familiar. Rio de Janeiro; 1996.

IBGE. Pesquisa de orçamento familiar. Rio de Janeiro; 2003b.

Travassos C. Acesso e utilização de serviços de saúde: primeiros resultados do suplemento saúde da PNAD 2003. Rio de Janeiro: DIS, CICT, FIOCRUZ; 2005.

Okie S. Fighting HIV: lessons from Brazil. N Engl J Med. Perspectives. 2006 maio 11.

Ministério da Saúde: Rede Interagencial de Informações para a Saúde. 2006

CONASS. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília: CONASS: Progestores; 2003.

Colombo F, Tapay N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. Paris: OECD Head of Publications Services; 2004.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informações da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2006.

Agência Nacional de Saúde Suplementar: Sistema de Informações de Beneficiários. 2006.

Ferguson B, Sheldon T, Posnett J, editores. Concentration and choice in health care. London: Financial Times Healthcare; 1997.

Kronick R et al. The marketplace in healthcare reform. *N Engl J Med.* 1993;328:148-52.

Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America. World Bank: Technical Department for the Latin America and Caribbean Region.

Hsiao W. Marketisation: the illusory magic pill. *Health Economics*, 3: 351-357, 1994.

Emanuel E. Political problems. *Boston Review*. 2000:2514-5.

Iturriaga MV. Chile. In: Ramos S, Vinocur P. Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado. Buenos Aires: CEDES, FLACSO; 2000.

Institute of Medicine. Insuring american's health: principles and recommendations. Washington; 2004.

Coleman JS. Foundations of social theory. Cambridge: Harvard University Press; 1990.

Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Rumos a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais da Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2005.

Médici A. Financiamento público e privado em Saúde na América Latina e no Caribe: uma breve análise dos anos 90. Washington: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2005. Nota Técnica n. 3.

Vianna SM et al. Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília: Ministério da Saúde/IPEA; 2005.

Assessoria Técnica do Conass. Gastos do Ministério da Saúde em alta e média complexidade. Brasília: Astec; 2006a.

Assessoria Técnica do Conass. Gastos com medicamentos excepcionais. Brasília: Astec; 2006b.

Cézari M. Classe média gasta 113 dias de trabalho por serviço estatal. Folha de São Paulo; 2006 maio 21;B9.

Giordano O, Colina J. Economia política de las reformas. In: Sanchez H, Zuleta G, editores. La hora de los usuarios: reflexiones sobre la economía política de las reformas de salud. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 2000.

World Health Organization. World Health Statistics. Geneva: WHO; 2006.

World Health Organization. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO; 2000.

Starr P. The logic of health care reform: why and how the President's plan will work. New York: Penguin Books; 1994.

Pricewaterhousecoopers Health Research Institute. Health cast 2020. 2006.

CONASS. Cresce a participação dos Estados no financiamento da Saúde. Boletim eletrônico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2006 ago 1.

Afonso JR. SUS pra valer: com saúde fiscal e federativa. Seminário Renovar Idéias. Belo Horizonte; 2006a.

Afonso JR, Meirelles BB, Castro KP. A verdadeira carga pesada: a tributação no Brasil. Rio Estudos. 2006;207.

Musgrove P. Public and private roles in health. Washington: World Bank; 1996. World Bank Discussion Paper n. 339.

Zockun MH et al. Simplificando o Brasil: propostas de reforma nas relações econômicas do governo com o setor privado. São Paulo: Federação do Comércio do Estado de São Paulo; 2005.

Mattos RA de. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA de (organizadores). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO; 2003.

Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1997.

Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Washington: Oxford University Press; 1993.

Carvalho G. Promoção da cidadania com responsabilidade fiscal, social e sanitária. XXII Congresso do CONASEMS; Recife; 2006.

Dunning A. Choices in health care: a report by the government committee on choices in health care, executive summary. Rijswijk, Ministry of Welfare, Health and Culture; 1992.

Swedish Parliamentary Priorities Commission. Priorities in health care. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs; 1995.

Deber R et al. The public-private mix in health care. In: National forum on health: striking a balance: health care systems in Canada and elsewhere. Quebec: Éditions Multimondes; 1998.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Decreto real por el que se crea la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Madrid: MSC Dossier Especial; 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño. Washington: OPS, OMS; 2003.

McSherry R, Pearce P, editores. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford: Blackwell Science; 2002.

Aletras V, Jones A, Sheldon TA. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon T, Posnett J, editores. Concentration and choice in health care. London: Financial Times Healthcare; 1997.

Banta HD, Bos M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. Health Policy. 1991;18:1-10.

Noronha JC de. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso de cirurgia coronariana no SUS. Cad saúde pública. 2003;19:1781-9.

Posnett J. Are bigger hospitals better? In: McKee M, Healy J, editores. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: Open University Press; 2002.

BNDES. Hospitais filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro: BNDES; 2002.

Ministerio da Saúde. A rede hospitalar brasileira no SUS: situação atual e seus componentes. Brasília: SAS: DAC, CGAH; 2003.

Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Relatório n. 32576-BR, 2005.

Alfradique ME, Mendes EV. As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no SUS: nota prévia. Belo Horizonte: mimeo; 2002.

A fusão de laboratórios. Valor Econômico. 2001 jul 15.

Assessoria Técnica do Conass. Exames de patologia clínica no SUS. Brasília: Astec; 2006c.

- Ministério da Saúde. Apuração de custos de procedimentos hospitalares de alta e média complexidade. Brasília: REFORSUS, Planisa; 2002.
- Janett RS. Medium and high complexity medical care in Bahia, Brazil: consultant's report for World Bank Mission. Salvador: World Bank; 2002.
- Ministério da Saúde. Relatório sobre as revisões da tabela SUS. Brasília: MS, SAS: mimeo; 2001.
- Biancarelli A. Pacientes mais organizados têm mais benefícios. Folha de São Paulo. 2003 abr 13.
- Kanamura A. Justiça faz política de medicamentos em São Paulo. Folha de São Paulo, 2002 ago 18.
- Starfield B. State of art on research in equity. J Health Polit Policy Law. 2006;31:11-32.
- Ministério da Saúde. As reformas dos sistemas nacionais de saúde e o desafio da universalidade, integralidade e equidade: panorama brasileiro. I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Nacionais de Saúde. Brasília; 2005b.
- Secretaria Especial de Proteção Social do Pará. Valor per capita repassado pelo Ministério da Saúde aos estados. Belém: mimeo; 2006.
- PNUD. Índice de desenvolvimento humano municipal 2000. Brasília: PNUD; 2002.
- Porto SM. Metodologia de alocação equitativa de recursos. Rio de Janeiro: mimeo; 2005.
- Elazar D. Exploring federalism. Alabama: The University of Alabama; 1987.
- Abrúcio FL. Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental: o caso brasileiro em perspectiva comparada. Relatório final de pesquisa para o NPP. São Paulo; 2002.
- Arretche M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? Rev bras ciênc soc. 1996;11:44-6.
- Gomes GM, Mac Dowell MC. Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Brasília: IPEA; 2000. Texto para discussão n, 706.
- IPEA. Brasil: o estado de uma nação. Brasília: IPEA; 2006.
- Afonso JR. Gestão de choque. 3º Fórum de Economia da FGV. São Paulo; 2006b.
- Bossert T, Larrañaga O, Meir FR. Decentralization of health systems

- in Latin America. *Rev. Panamericana de Salud Pública*. 2000;8:84-92.
- Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Mimeo; 2003.
- North D. *Institutions, institutional changes and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
- Marques E, Arretche M. Condicionantes locais da descentralização da política de saúde. XXVII Encontro Nacional da ANPOCS: mimeo; 2002.
- Mills A et al. *Health system decentralization: concepts, issues and countries experiences*. Geneva: World Health Organization; 1990.
- Organização Mundial da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
- Hunter DJ, Vienonen M, Wlodarczyk WC. Optimal balance of centralized and decentralized management. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, editores. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press; 1998.
- Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *Br Med J*. 2000;320:526-7.
- IBGE. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão de 2004*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
- Hsiao W. What should macroeconomists know about health care: a primer. Washington: International Monetary Fund; 2000. IMF Working Paper WP/00/136.
- Barbosa J et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In; Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro; 2003.
- Schramm JM et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2004;9:897-908.
- Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, DCNT no contexto do Sistema único de Saúde*. Brasília: DASS, SVS, Ministério da Saúde; 2005c.
- Ezzati M et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*. 2002;360:1347-60.
- Machado EM, Maia AC. *A situação de saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2006.

World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO, Public Health Agency of Canada; 2005.

Garay ABS. Reestruturação produtiva e desafios de qualificação: algumas considerações críticas. Disponível em: <<http://read.adm.ufrgs.br/read05/artigo/garay.htm>>

Cardoso Jr JC. Crise e desregulação do trabalho no Brasil. Brasília: IPEA; ago 2001. Texto Para Discussão n. 814.

Nogueira RPB, Almeida SRV de. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. 2004. Disponível em: <www.observar.org.br>.

CONASS. Estudo sobre a reposição dos servidores federais descentralizados no SUS. Brasília: CONASS; 2002.

Ministério da Saúde. Agenda positiva do Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho em Saúde. SGTES. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

CONASS. Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e Distrito Federal. CONASS Documenta. 2004a;1.

CONASEMS. Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília: CONASEMS; 2006.

Pierantoni C, coordenador. Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes: relatório final. Rio de Janeiro: UERJ: IMS; 2004.

CONASS. Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS. CONASS Documenta. 2004b:4.

Müller Neto JS et al. Avaliação e fortalecimento da gestão estadual do SUS com base nas funções essenciais da saúde pública. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 8, Congresso Mundial de Saúde Pública 11. Rio de Janeiro; 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>.



CONASS | **progestores**

A força dos Estados na garantia do direito à Saúde