



DIREÇÕES EM DESENVOLVIMENTO
Desenvolvimento Humano

20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil

Uma análise do Sistema Único de Saúde

Michele Gragnolati, Magnus Lindelow e Bernard Couttolenc



THE WORLD BANK

20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil:
Uma avaliação do Sistema Único de Saúde

DIREÇÕES EM DESENVOLVIMENTO
Desenvolvimento Humano

20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil:

Uma avaliação do Sistema Único de Saúde

Michele Gagnolati, Magnus Lindelow e Bernard Couttolenc



THE WORLD BANK
Washington, D.C.

© 2013 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000; Internet: www.worldbank.org

Some rights reserved

1 2 3 4 16 15 14 13

This work is a product of the staff of The World Bank with external contributions. Note that The World Bank does not necessarily own each component of the content included in the work. The World Bank therefore does not warrant that the use of the content contained in the work will not infringe on the rights of third parties. The risk of claims resulting from such infringement rests solely with you.

The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of The World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent. The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgment on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

Nothing herein shall constitute or be considered to be a limitation upon or waiver of the privileges and immunities of The World Bank, all of which are specifically reserved.

Rights and Permissions



This work is available under the Creative Commons Attribution 3.0 Unported license (CC BY 3.0) <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>. Under the Creative Commons Attribution license, you are free to copy, distribute, transmit, and adapt this work, including for commercial purposes, under the following conditions:

Attribution—Please cite the work as follows: Michele Gragnolati, Magnus Lindelow, and Bernard Couttolenc 2013. *Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde*. Directions in Development. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-0-8213-9843-2. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0

Translations—If you create a translation of this work, please add the following disclaimer along with the attribution:
This translation was not created by The World Bank and should not be considered an official World Bank translation.
The World Bank shall not be liable for any content or error in this translation.

All queries on rights and licenses should be addressed to the Office of the Publisher, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Cover photo: © Mariana Kaipper Ceratti. Used with the permission of Mariana Kaipper Ceratti. Further permission required for reuse.

Cover design: Naylor Design

This publication has been produced thanks to the contribution of The Government of Spain, through the Spanish Fund for Latin America and the Caribbean.

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data has been requested.

© 2013 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

1818 H Street NW

Washington DC 20433

Telephone: 202-473-1000

Internet: www.worldbank.org

This work was originally published by The World Bank in English as *Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Unico de Saude* in 2013. In case of any discrepancies, the original language will govern.

This work is a product of the staff of The World Bank with external contributions. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of The World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent.

The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgment on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

Rights and Permissions

The material in this work is subject to copyright. Because The World Bank encourages dissemination of its knowledge, this work may be reproduced, in whole or in part, for noncommercial purposes as long as full attribution to this work is given.

Any queries on rights and licenses, including subsidiary rights, should be addressed to World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Attribution – Please cite the work as follows: This work was originally published by The World Bank in English as Gragnolati, Michele, Bernard Couttolenc, and Magnus Lindelow. 2013. *Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Unico de Saude*. Directions in Development. Washington, DC: World Bank. doi: 10.1596/978-0-8213-9843-2. In case of any discrepancies, the original language will govern.

Cover photo: © Mariana Kaipper Ceratti. Used with the permission of Mariana Kaipper Ceratti. Further permission required for reuse.

Cover design: Naylor Design

Sumário

Sobre os autores

xi

Abreviações

xiii

Síntese

1

A construção do SUS transformou o sistema brasileiro de saúde?	2
A construção do SUS tem produzido resultados melhores?	6
Conclusões	11
Referências	14

Capítulo 1

Introdução	15
SUS: origens e 20 anos de implementação	16
Um marco conceitual para avaliar o desempenho do SUS	18
Qual é a contribuição deste relatório?	21
Notas	22
Referências	23

Capítulo 2

A construção do SUS transformou o sistema de saúde brasileiro?	25
Expansão e reorganização da provisão de serviços	26
Rumo a um maior e mais equitativo financiamento da saúde	36
Melhorar a governança do sistema de saúde	47
Notas	54
Referências	55

Capítulo 3

A construção do SUS levou a melhores resultados?	57
Rumo à cobertura universal: tendências no uso de serviços de saúde	57
Rumo à cobertura universal: as necessidades de cuidados de saúde estão sendo atendidas?	66
A dimensão da qualidade: a peça que falta no quebra-cabeça?	72
Eficiência do sistema de saúde	76
Melhorar os resultados na saúde: qual tem sido a contribuição do sistema de saúde?	80
Pagamentos privados diretos e proteção financeira	89
Percepção e satisfação do público com o sistema de saúde	95
Notas	97
Referências	101

Capítulo 4

Conclusões	105
Sustentar as melhorias no acesso à atenção à saúde	107
Melhorar a eficiência e qualidade dos serviços de cuidados de saúde	108
Clarear papéis e relações entre os níveis de governo	109
Nível e eficiência dos gastos governamentais	110
Necessidade de mais e melhor monitoramento do sistema de saúde e pesquisa	111
Notas	112
Referências	112

Caixas

1.1	Avaliação do desempenho do sistema de saúde no Brasil – abordagens e desenvolvimentos recentes	19
2.1	Atenção primária e prevenção no Brasil: a Estratégia de Saúde da Família e outras iniciativas	27
2.2	Cuidados primários e prevenção para além da ESF	29
2.3	Avaliação da capacidade local para gerenciar responsabilidades descentralizadas	50
2.4	O modelo de organização social no Estado de São Paulo	52
3.1	Programa brasileiro de HIV/AIDS	68
3.2	Cesáreas no Brasil	74

Figures

1.1	Um marco conceitual simples para avaliação do desempenho do sistema de saúde	20
2.1	Evolução da rede de serviços, 1981-2009	26
2.2	Evolução da rede de serviços, 1981-2009 (densidade)	27
2.3	Expansão do Programa de Saúde da Família, 1994-2010	28
2.4	Cobertura do ESF por quintil de renda, 1985-2007	30
2.5	Cobertura do ESF por quintil de renda, 2008	30
2.6	Cobertura do ESF em 2008, em %	31
2.7	Descentralização de serviços ambulatoriais e leitos hospitalares do sistema público, 1981-2009	32
2.8	Estados e municípios gerenciam a maior parte dos leitos hospitalares	33
2.9	Uma porcentagem crescente de leitos hospitalares é gerenciada por municípios	33
2.10	Composição público-privada de hospitais e leitos hospitalares	34
2.11	Composição público-privada de serviços ambulatoriais	35
2.12	Redução das disparidades na rede de serviços de saúde entre os estados	35
2.13	Abrandamento do elo entre renda e densidade de serviços nos estados	36
2.14	Tendências de longo prazo dos gastos em saúde do SUS/SS, 1980-2009	39
2.15	Tendência de longo prazo da despesa per capita no SUS/SS, em R\$ ao valor constante de 2010	39
2.16	Tendência de longo prazo das despesas do SUS como uma porcentagem do PIB, 1980-2009	40
2.17	Crescimento lento nas despesas governamentais per capita com a saúde, 1995-2010	40
2.18	Despesa Pública em Saúde como uma porcentagem do PIB, 2010	41
2.19	Alocação orçamentária do MS por nível de cuidado, 1995-2010	42
2.20	Tendências na alocação de gastos por nível de governo, 1978-2010	42
2.21	Tendências da proporção de gastos em cada nível de governo, 1980-2009	43
2.22	Evolução de gastos em saúde do SUS nos vários estados, 1995-2009.	44
2.23	Evolução dos gastos em saúde nos vários estados, 1995-2009.	45
2.24	Gastos privados com saúde representam mais de metade da totalidade dos gastos	45

2.25	Financiamento público dos gastos na saúde em países seletos, por PIB per capita, 2010	46
3.1	A maioria da população afirma que utiliza apenas ou principalmente o SUS	58
3.2	Principal fonte de financiamento da saúde por tipo de serviço, 2008	58
3.3	Oferta per capita de consultas médicas, procedimentos de atenção básica e internações hospitalares, 1980-2009	60
3.4	Internações hospitalares por tipo de prestador, 1981-2009	61
3.5	Evolução da composição dos serviços de saúde usados pelas famílias	62
3.6	Fonte de cuidado por tipo de serviço, 1981-2008	62
3.7	Evolução da utilização (de serviços de saúde) entre os estados brasileiros, 1995-2008	63
3.8	Taxas de utilização ainda são mais altas em estados com renda mais elevada, 1995-2009	64
3.9	Os ricos usam os serviços de saúde mais do que os pobres	65
3.10	Cobertura de vacinação no Brasil e outros países em desenvolvimento	67
3.11	Recursos financeiros e acesso como razões para não buscar cuidados de saúde, 1986-2008	69
3.12	Problemas crescentes para receber atenção à saúde	70
3.13	Padrões complexos de cuidado e possíveis pontos de problemas de acesso	72
B3.2.1	Taxas de cesáreas do Brasil e do INAMPS/SUS, 1970-2009	74
3.14	Qualidade da atenção no ESF e nos serviços de APS tradicionais, Petrópolis, Brasil, 2003	75
3.15	Internações hospitalares por doenças crônicas, potencialmente evitáveis, e cobertura do ESF, 1997-2007 (razões de prevalência ajustados)	75
3.16	Distribuição da despesa com saúde por função, nos países da OCDE, 2007	76
3.17a	Densidade comparativa de scanners TC	78
3.17b	Densidade comparativa de MRI (por milhão)	78
3.18	Taxa de ocupação de leitos em hospitais SUS, 1992-2010	79
3.19	Tendências de longo prazo na expectativa de vida e na mortalidade infantil	81
3.20	Tendências na mortalidade na infância (≤ 5 anos) e na mortalidade por diarreia aguda (≤ 5 anos), 1990-2008	81
3.21	Razão de Mortalidade Materna, Brasil e LAC, 1990-2009	82
3.22a	Evolução da expectativa de vida nos estados, 1995-2009	84
3.22b	Redução da Taxa de Mortalidade Infantil nos estados, em %, 1994-2007	84
3.23	A ligação entre resultados de saúde e renda média, em nível estadual	85
3.24	Tendências regionais na mortalidade infantil, 1997-2007	86
3.25	Tendências na mortalidade infantil por grupo de renda, 1990-2006	86
3.26	Alterações na proporção do orçamento familiar gasto com saúde	89
3.27	A composição das despesas familiares tem mudado ao longo do tempo	90
3.2a	A composição de gastos (privados) com saúde varia entre os diferentes níveis de distribuição de renda	91
3.29	A incidência de gastos catastróficos é comparativamente baixa no Brasil	92
3.30	Evolução do acesso SUS a cuidados dentários e medicamentos, 1981-2008	94
3.31	Que medicamentos são pagos diretamente pelos usuários?	94

3.32	Baixos níveis de satisfação com o sistema de saúde no Brasil	86
------	--------------------------------------------------------------	----

Tabelas

2.1	Expansão da cobertura de ESF e PACS por tamanho de município, 1998-2010	31
B2.3.1	As funções essenciais da saúde pública e as classificações do desempenho de 5 secretarias estaduais	50
3.1	Desempenho relativo dos resultados de saúde no Brasil e em países comparáveis, 1985-2009	82

Sobre os autores

Michele Gragnolati é Líder do Setor de Desenvolvimento Humano para Argentina, Paraguai e Uruguai no Banco Mundial, em Buenos Aires. Anteriormente, atuou como Líder do Setor de Desenvolvimento Humano para o Brasil, em Brasília; coordenadora do setor nacional de desenvolvimento humano para os Balcãs Ocidentais, em Sarajevo; e economista de desenvolvimento humano, em Washington. Michele tem bacharelado em economia pela Universidade Bocconi, em Milão, mestrado em demografia pela London School of Economics e doutorado em demografia estatística pela Princeton University.

Magnus Lindelow é Líder do Setor de Desenvolvimento Humano (Saúde, Educação e Proteção Social) do Banco Mundial no Brasil. Magnus é doutor em economia pela Oxford University. No Banco Mundial, já trabalhou em reforma de sistemas de saúde, prestação de serviços, gestão de gastos públicos e questões de pobreza e proteção social. Nos últimos anos, tem participado de projetos e pesquisas no Camboja, na China, na República Popular Democrática do Laos, na Malásia, na Mongólia, na República da União de Myanmar, na Tailândia, no Timor-Leste e, mais recentemente, no Brasil. É autor de livros e relatórios de pesquisa sobre avaliação de impacto de programas setoriais de saúde, questões de distribuição no setor de saúde, finanças públicas, prestação de serviços, pobreza e outros temas. Antes de ingressar no Banco Mundial, trabalhou como economista no Ministério do Planejamento e das Finanças de Moçambique e, posteriormente, como consultor em questões de finanças públicas e saúde.

Bernard Couttolenc é Diretor Geral do Performa Institute, um novo centro de pesquisas em políticas em São Paulo, Brasil. Bernard tem mestrado em administração de empresas e doutorado em economia da saúde pela Johns Hopkins University. Atuou durante muitos anos em posições executivas em hospitais públicos e privados no Brasil, assim como em planejamento e financiamento do sistema público de saúde. Conta com quase 20 anos de experiência de consultoria para organizações internacionais como o Banco Asiático de Desenvolvimento, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde, entre outras. Participou de projetos em 15 países em desenvolvimento na África, na Ásia e na América Latina, nas áreas de reforma do setor da saúde; mecanismos de financiamento e pagamento da saúde; gestão, eficiência e reforma hospitalar; financiamento da saúde; planejamento e avaliação de sistemas de saúde; e parcerias público-privadas. Foi docente durante mais de 10 anos na Universidade de São Paulo, onde fez pesquisas sobre economia, financiamento e avaliação econômica da saúde.

Abreviações

AIH	Autorização de Internação Hospitalar, informações e sistema de faturamento de cuidados hospitalares do SUS
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar, a agência nacional encarregada de regular os planos de seguros privados de saúde
BRICS	Cinco Países Emergentes de Rendimento Médio Alto: Brasil, Rússia, Índia, China e (recentemente) África do Sul
CBA/JCAHO	Consórcio Brasileiro de Acreditação, uma iniciativa de acreditação brasileira com apoio de US Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
CDC	Centers for Disease Control nos EUA
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, uma contribuição sobre o volume de negócios das empresas para complementar o financiamento da Segurança Social e que há muito é uma importante fonte de financiamento do SUS
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras, uma contribuição de transações financeiras aprovada para financiar o sistema público de saúde
CQH	Controle da Qualidade Hospitalar, uma iniciativa de garantia de qualidade hospitalar patrocinada pela Associação Médica de São Paulo
DATASUS	Organismo que tem a seu cargo o processamento dos dados do MS
EC29	Emenda Constitucional 29
FFS	Fee-for-service, taxa por serviço, um dos mecanismos de pagamento do provedor
PIB	Produto Interno Bruto
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, antecessor do SUS
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LAC	América Latina e Caraíbas
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde

MS/SVS	Sistema de vigilância de doenças coordenado pelo MS
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde, um conjunto de diretrizes e regulamentos operacionais para gerenciamento de cuidados, dentro do SUS
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OOP	Despesa paga em dinheiro pelo usuário
OS/OSS	Organizações sociais, uma modalidade organizacional e financeira inovadora para hospitais e outras atividades sociais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde, antecessor do PSF
APS	Atenção Primária em Saúde
PHI	Plano de Saúde Privado
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, levantamento anual dos domicílios do IBGE.
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade (National Quality Award), uma iniciativa multissetorial de garantia de qualidade da Fundação Nacional da Qualidade
PPM	Mecanismos de Pagamento a Provedores
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Sistema de Assistência Médica de Urgência
SES, SMS	Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SS	Seguridade Social, sistema que abrange o INSS e, anteriormente ao SUS, o INAMPS
STN	Secretaria do Tesouro Nacional no Ministério da Fazenda
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

Síntese

Já se passaram mais de 20 anos desde que a Constituição de 1988 formalmente criou o Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do novo sistema público de saúde deveu-se em parte aos crescentes custos dos serviços de saúde e à crise no sistema de Previdência Social, que precedeu o conjunto das reformas aprovadas, mas também a um amplo movimento político-social que clamava pela democratização e pelo avanço dos direitos sociais no País. Dando seguimento às primeiras reformas iniciadas na década de 1980, o SUS fundamentou-se em três princípios gerais: (a) acesso universal aos serviços de saúde, definindo-se a saúde como um direito do cidadão e uma obrigação do Estado; (b) igualdade no acesso à assistência à saúde, reconhecidas as desigualdades entre as pessoas e os grupos sociais; e (c) integralidade (abrangência) e continuidade do atendimento em saúde, contemplando o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Entre outras diretrizes estratégicas destacavam-se a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços, a integração entre as ações promocionais, preventivas e curativas, o aumento da participação social e a priorização das intervenções em saúde baseadas em evidências.

A construção do SUS estabeleceu a saúde como direito fundamental do cidadão e dever do Estado e, para alcançar esse objetivo, iniciou um processo de transformação fundamental do sistema brasileiro de saúde, com enorme repercussão no conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do próprio sistema. O livro procura, dessa forma, descrever o processo de implementação da construção e concentra-se em duas questões: o que foi implementado desde a criação do SUS; e quais são os desafios para alcançar os objetivos definidos na Constituição Federal de 1988. O relatório procura analisar se a construção do SUS transformou o sistema de saúde da forma prevista há mais de 20 anos e se resultou em melhores resultados no acesso aos serviços de saúde, na proteção financeira dos usuários e na situação da saúde como um todo.

Nessa perspectiva, o livro reconhece as limitações na abordagem de variáveis tão amplas e complexas, partindo do princípio de que qualquer iniciativa de análise de desempenho do sistema envolve uma variedade de desafios referentes à definição dos limites do “sistema de saúde”, aos resultados em que a análise deve se concentrar, às fontes e qualidade dos dados e ao papel das políticas e das reformas, na tentativa de explicar como o desempenho do sistema de saúde evoluiu no decorrer do tempo. Tendo como referência a extensa literatura sobre avaliação de sistemas de saúde, este relatório baseia-se em uma estrutura simples que especifica um conjunto de “componentes” que afetam os resultados intermediários, como acesso, qualidade e eficiência, que, por sua vez, contribuem para os resultados finais, relativamente à situação geral da saúde, à proteção financeira e à satisfação dos usuários. Com base nessa estrutura, o

livro examina inicialmente como os componentes principais do sistema brasileiro de saúde evoluíram no decorrer do tempo e, em seguida, analisa o desempenho no tocante aos resultados intermediários e finais esperados. Contudo, para efeito de focalização, optou-se por uma análise seletiva, e alguns componentes importantes, como recursos humanos e fármacos, não estão abordados de forma sistemática.

A construção do SUS transformou o sistema brasileiro de saúde?

A construção do SUS previa mudanças profundas na organização e no financiamento dos serviços de saúde, além da introdução de novos mecanismos de governança e responsabilização para os níveis de gestão do sistema. Especificamente, confrontou várias fragilidades observadas no sistema pré-SUS, tais como: a disponibilidade limitada de serviços em algumas regiões do País, o inadequado sistema de atenção primária em saúde e o excesso de centralização. O futuro papel do setor privado foi intensamente debatido às vésperas da nova Constituição; no final, a Constituição e a legislação de criação do SUS definiram o papel do setor privado como “complementar”.

Expansão e reorganização da prestação de serviços

Desde a criação do SUS, houve várias mudanças na organização da prestação de serviços. *A mais notável foi a expansão significativa da capacidade do sistema*, com a quantidade de estabelecimentos de saúde passando de quase 22.000, em 1981, para algo em torno de 75.000, em 2009. O crescimento deu-se mais intensivamente na rede ambulatorial, com o número de hospitais mantendo-se estável (variação de 6.342 para 6.875) e uma queda observada no número de leitos. A expansão das unidades ambulatoriais decorre da ênfase dada às intervenções na atenção primária, a partir da implantação do Programa de Saúde da Família, atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família, iniciado com projetos piloto de atendimento primário integrado no Ceará e em outros estados, na década de 1980, desempenhando, dessa forma, um papel fundamental nessa mudança. Entre 1988 e 2010, a quantidade de equipes de saúde da família aumentou de 4.000 para mais de 31.600, com a cobertura abrangendo pouco mais de 50% da população brasileira.

Os esforços do governo no sentido de expandir o sistema também foram direcionados para diminuir as disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde. Essa iniciativa é evidenciada com mais clareza no caso dos leitos hospitalares, em que a reestruturação do sistema resultou em uma redução considerável na densidade dos leitos hospitalares (públicos) entre os estados, praticamente eliminando o vínculo entre a densidade de leitos hospitalares públicos e a renda média em nível estadual. A tendência na distribuição de instalações ambulatoriais é menos clara. Contudo, a expansão dos estabelecimentos ambulatoriais públicos tem beneficiado mais os estados do Nordeste, relativamente às demais regiões do País. Como resultado, a densidade das instalações públicas é consideravelmente superior nos estados com baixa renda per capita.

A expansão e reestruturação da rede de atendimento foi acompanhada de uma drástica descentralização da responsabilidade pela prestação de serviços. O crescimento das unidades ambulatoriais ocorreu quase que inteiramente no nível municipal, e a parcela de leitos hospitalares sob controle dos municípios aumentou de 11% para quase 50% entre 1985 e 2009. Não obstante, os níveis estadual e federal continuam a administrar uma parcela expressiva dos leitos hospitalares públicos.

Nos últimos 20 anos, também se alterou a proporção de hospitais públicos e particulares. Embora o SUS não tenha definido metas específicas para a expansão da rede de unidades públicas de

saúde, a política claramente favorecia a expansão do setor público em substituição à contratação de instituições privadas, reduzindo tanto a quantidade de hospitais com fins lucrativos contratados quanto os pagamentos a instituições privadas por procedimentos ofertados. Reflexo desses movimentos, a parcela de leitos hospitalares do setor público aumentou de 22% para 35%, embora o setor privado continue a responder por mais de 50% dos leitos hospitalares.

Para um financiamento maior e mais justo da saúde

Um dos principais sucessos do SUS foi *a unificação e integração de vários sistemas independentes de prestação de serviços de saúde sob diferentes modalidades de financiamento, em um único sistema para toda a população com financiamento público.*

As reformas também desencadearam várias iniciativas voltadas a ampliar e estabilizar o financiamento público para a saúde, e, neste período, pôde-se observar que os *gastos públicos na saúde aumentaram consideravelmente desde o início da década de 1980*, atingindo um acréscimo de 224%, em termos reais, no período, repercutindo no gasto por habitante que, entre a primeira metade da década de 1980 e 2010, aumentou 111% em termos per capita. Tal crescimento nos gastos públicos na saúde deveu-se, também, às taxas de crescimento econômico do País. Embora os gastos públicos na saúde, como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) tenham flutuado durante as décadas de 1980 e 1990, observou-se uma tendência significativa de aumento desde 2003. Os gastos do governo brasileiro na saúde atualmente representam pouco menos de 4% do PIB, considerado um nível baixo de despesa pública relativamente à maioria dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e alguns países de renda média.

Considerando o período de 1995–2010, para o qual há dados comparáveis de outros países, a taxa média de crescimento anual em gastos públicos (reais) na saúde foi menor no Brasil do que em vários outros países de renda média (3% por ano no Brasil, em comparação com 8% a 12% na China, República da Coreia, África do Sul e Turquia). Ressalta-se que o crescimento em gastos reais acelerou no início da década de 2000 (cerca de 6% ao ano), mas continua inferior ao de muitos países comparáveis ao Brasil.

Alteração na composição dos gastos públicos em saúde

A partir da expansão da Estratégia de Saúde da Família, houve uma mudança importante na alocação de dotações orçamentárias do Governo Federal, que resultaram no incremento de *11% para 20% das transferências federais para o “atenção básica” em relação ao total das transferências, entre 1995 e 2002*. A redistribuição de recursos favorecendo o nível de atenção primária em saúde ajudou a reduzir o enfoque do sistema de saúde em hospitais (dito sistema hospitalocêntrico), embora os serviços hospitalares continuem a representar quase metade dos gastos públicos em saúde.

Alteração da participação no financiamento da saúde entre os níveis de governo (federal, estadual e municipal)

Em resposta à drástica descentralização das responsabilidades pela prestação de serviços de saúde, a distribuição da participação do financiamento entre os vários níveis de governo também passou por mudanças notáveis nas últimas duas décadas. No final da década de 1980, imediatamente após a criação do SUS, o financiamento federal representava 85% do total de gastos públicos na saúde. Desde então, *a parcela federal no financiamento da saúde tem recuado constantemente, chegando a 45% do total no fim da década de 2000*. Em direção oposta, os municípios e estados intensificaram seus gastos constantemente, atingindo os percentuais de 28% e 27%, respectivamente, de participação no financiamento total em 2009.

Redução das desigualdades regionais nos gastos públicos

Embora a construção do SUS não tenha resultado no aumento dos gastos públicos na saúde tanto quanto previsto, as desigualdades nos gastos públicos entre os estados e municípios foram significativamente reduzidas. Esse feito deveu-se a investimentos específicos na expansão do sistema de saúde em regiões com atendimento precário no País, mas também à alteração dos critérios na alocação de recursos federais e estaduais para a saúde.

O papel do financiamento privado da saúde

Quando da criação do SUS, previa-se que, a partir da implantação do sistema, haveria uma queda gradual e natural de importância do sistema de saúde privado (“suplementar”) em relação ao sistema público. Entretanto, passadas mais de duas décadas desde a sua aprovação, observa-se que esta expectativa não se confirmou. Com efeito, *não obstante as perspectivas em contrário, os gastos privados permaneceram estáveis nos últimos 15 anos*, passando de aproximadamente 57% do total de gastos médicos em 1995 para 54% em 2009. *A parcela de gastos diretos caiu no decorrer do tempo, mas ainda representa cerca de 30% do total de gastos médicos*, enquanto a proporção de gastos em planos privados subiu, chegando um pouco acima do patamar atual de 20%. A quantidade de indivíduos com cobertura de planos de saúde privados também cresceu constantemente, no período, *mas a parcela de financiamento público do total de gastos médicos permanece, comparativamente, menor no Brasil do que nos países da OCDE e em muitos países de renda média.*

Aperfeiçoamento da governança do sistema de saúde

No contexto deste livro, a governança é vista como sendo um conjunto de sistemáticas que induz e reproduz melhores práticas, para garantir aos gestores a tomada de decisão mais adequada à gestão e aos princípios constitucionais do SUS. Compreende, dessa forma, a gestão dos relacionamentos entre os vários atores que figuram no sistema de saúde, inclusive indivíduos, famílias, comunidades, empresas, os vários níveis de governo, organizações não governamentais, empresas privadas e outras entidades responsáveis por financiar, monitorar, prestar e usar serviços de saúde. Várias das mudanças previstas na construção do SUS para o sistema de saúde tinham importantes implicações para a governança e para a responsabilização.

Uma questão importante relacionada com a governança do sistema de saúde refere-se ao *estabelecimento do direito à saúde e suas consequências*. O direito à saúde foi consagrado na Constituição de 1988 e confirmado na legislação básica do SUS. Para operacionalizar esse direito, o governo expandiu a rede de estabelecimentos de saúde e manteve a disposição jurídica de que toda a população tem acesso gratuito a serviços de saúde no SUS com base em um pacote ilimitado de benefícios. Inevitavelmente, o SUS ainda não tem conseguido prestar todos os serviços à população, e muitos usuários têm recorrido aos tribunais para obter acesso a medicamentos ou tratamentos de alto custo, resultando em mandados judiciais que impõem uma pressão cada vez maior nas finanças do Sistema. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem intensificando o diálogo com o judiciário para esclarecimento sobre as limitações do sistema e, paralelamente, introduzindo novas práticas aos sistemas de acesso e regulação, para incorporação de procedimentos relacionados à adoção de novas tecnologias em saúde.

Outro grande desafio no âmbito da governança do Sistema refere-se às *instâncias de coordenação e financiamento em todos os níveis de governo*. A intensa transferência de responsabilidades no que diz respeito ao financiamento e a prestação de serviços de saúde para os níveis subnacionais de governo exigiu a organização de novos arranjos de coordenação e de mecanismos de negociação entre os três níveis autônomos de governo. Inicialmente, a iniciativa concentrou-se na formação de comissões bilaterais e trilaterais, as chamadas Comissões Intergestores

Bipartite – CIB (envolvendo Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) e a Comissão Intergestores Tripartite (envolvendo o Ministério da Saúde, e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde). Mais recentemente, foi criada uma terceira instância de governança, a Comissão Intergestores Regional (envolvendo Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de uma determinada região de saúde). Tais arranjos certamente contribuíram para a melhoria da coordenação do sistema, mas também impuseram, com o passar dos anos, algumas estruturas burocráticas e pesadas que por vezes gera lentidão na implementação de algumas políticas. Paralelamente, foi necessário criar novos mecanismos de transferências e pagamentos intergovernamentais aos prestadores de serviços, traduzidas em várias pequenas reformas, objetivando o equilíbrio entre o papel da direção federal, frente à autonomia local, e entre a necessidade de transferências vinculadas a políticas específicas e o risco de fragmentação excessiva. O processo de descentralização também levantou questões quanto à capacidade de boa parte dos cerca de 5.600 municípios brasileiros que passaram a ser responsáveis pela prestação dos serviços de saúde. Questões como o tamanho do município, capacidade técnica e operacional, estrutura física e de recursos humanos, passaram a pautar análises sobre as economias de escala e o escopo factível para a gestão local do sistema de saúde. Em resposta a essa preocupação, passaram a ser empreendidos, mais recentemente, esforços para definir uma nova estratégia de organização do sistema – com base na conformação de redes regionais de atenção à saúde – envolvendo intervenções entre os níveis estadual e municipal.

Uma terceira área relacionada com a governança do sistema de saúde refere-se à *participação e à capacidade de influência da sociedade*. A democratização do sistema de saúde foi um dos objetivos principais da construção do SUS, traduzindo-se na formação de conselhos de saúde em cada nível de governo (Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde). Esses conselhos oferecem mecanismos formais para a participação da sociedade, mas sua eficácia varia muito, de acordo com a participação efetiva de seus membros e os arranjos políticos locais. Esses conselhos contam com a participação de representantes de vários setores afins. Deles, participam representantes de usuários do SUS, de profissionais de saúde (incluindo a comunidade científica da área de saúde), de prestadores de serviços de saúde, de entidades empresariais com atividade na área de saúde, além de representantes do governo e de gestores.

Finalmente, também foram significativas as mudanças no *relacionamento entre compradores e provedores de serviços de saúde*. No início da década de 1980, a maioria dos pagamentos a hospitais privados era feita pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS por meio de contra prestação de serviços, e as instituições públicas eram financiadas mediante orçamentos tradicionais baseados em rubricas orçamentárias. Os contratos/convênios e orçamentos de unidades próprias federais eram financiados com recursos arrecadados das taxas de contribuição de trabalhadores formais com participação complementar do Governo. Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias: (i) os que podiam pagar pelos serviços diretamente; (ii) os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS; e (iii) os que não tinham nenhum direito. No decorrer do tempo, o pagamento contra prestação de serviços foi substituído por um mecanismo de pagamentos prospectivos baseados em procedimentos médicos (conhecido como Autorização de Internação Hospitalar - AIH). A provisão de serviços de saúde passou a ser um direito universal e gratuito para toda a população. Paralelamente às fases iniciais das mudanças dos mecanismos de pagamentos do SUS, várias iniciativas surgiram na tentativa de introduzir novos modelos organizacionais para a prestação de serviços de saúde. Destaca-se o pioneirismo de São Paulo ao contratar organizações privadas sem fins lucrativos (organizações sociais) para a gestão de unidades de saúde. Outros estados e municípios seguiram esse exemplo. Embora o modelo de São Paulo seja considerado bem-sucedido, há menos evidências de bom desempenho em outras

regiões do País. Ademais, a capacidade de elaboração e monitoramento de contratos com as OS tem sido uma frequente limitação, o que, por vezes, levanta algumas dúvidas sobre essa estratégia. Em termos gerais, as inovações nos modelos organizacionais, tanto no pagamento dos serviços a provedores quanto nas modalidades de contratação, são ainda limitadas, mesmo ganhando impulso e qualidade nos anos recentes, com inúmeros estados aderindo ao modelo.

A construção do SUS tem produzido resultados melhores?

Embora a construção do SUS se tenha concentrado na transformação da forma de financiamento e organização do sistema de saúde, o objetivo final foi o de universalizar o acesso aos serviços de saúde. O livro procura dar um panorama das intervenções implementadas e analisa até que ponto foram atingidos esse e outros objetivos intermediários para o sistema de saúde, buscando identificar as dificuldades que persistem, sobretudo nos aspectos relacionados à qualidade e à eficiência. São abordados: o alcance do atendimento no SUS; o atendimento no Sistema quanto à sua efetivação e facilidades; a oferta de medicações e exames; as fragilidades no processo de atendimento na concretização do princípio de universalidade; e a própria universalização da assistência, objetivo principal. Ao final, o estudo analisa os efeitos da construção sobre os objetivos finais do sistema de saúde, quais sejam: melhorar os resultados do setor de saúde pública, reduzir o peso financeiro dos gastos médicos e aumentar a confiança e a satisfação com o sistema de saúde.

Tendências no uso dos serviços de saúde

O princípio de universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado. Nesse sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população brasileira. A universalidade foi um princípio chave da criação do SUS. Em geral, compreende-se que acesso ou cobertura universal signifique que todas as pessoas têm acesso a todo o espectro de serviços, sem passar por privações financeiras. Formalmente, a construção do SUS alcançou esse objetivo pela norma legal, mas até que ponto esse direito formal traduziu-se, na prática, em maior acesso e melhor proteção financeira?

A “cobertura” do SUS e a persistente fragmentação do sistema de saúde

Em 1981, 49% da população relataram que a Previdência Social ou o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) era sua “fonte regular de atendimento”, enquanto outros 19% informaram que dependiam do sistema público ou de serviços filantrópicos gratuitos. Em 2008, apenas 58% dos indivíduos se apresentavam como usuários regulares do SUS. Portanto, quando medido com base na autoidentificação de “fontes regulares de atendimento”, o objetivo de incluir uma parcela maior da população no sistema público de saúde não foi totalmente cumprido. Contudo, outras evidências sugerem que quase todos os brasileiros usam os serviços do SUS em alguma altura da vida. Um estudo recente indicou que quase 90% da população usa o SUS exclusivamente ou em combinação com o setor privado. Vale ressaltar que o SUS significou avanços importantes e que houve, de fato, considerável melhoria em relação ao acesso às ações e aos serviços de saúde. Entretanto, há também fortes indicações de que muito ainda precisa ser feito.

Expansão no volume de serviços prestados pelo SUS

Outra forma de avaliar a cobertura é examinar o volume de serviços prestados pelas instalações do SUS como medida de acesso concretizado. A quantidade de consultas médicas per capita

aumentou 70% entre 1990 e 2009, sendo que o volume de procedimentos básicos aumentou em ritmo ainda maior. Em contraste, a quantidade de internações hospitalares proporcionadas pelo SUS, ou mesmo na época do INAMPS, continuou estagnada no patamar aproximado de 11,5 milhões, não significando necessariamente uma melhoria no atendimento preventivo, apesar do aumento das consultas dessa natureza. Ainda são também observadas dificuldades, como o excesso de pessoas para serem atendidas e o sucateamento das unidades de saúde, objetivadas na imagem de “filas” e na “necessidade de chegar de madrugada para obter o serviço”. Os dados administrativos sobre o volume e a composição dos serviços são confirmados pelas pesquisas, que mostram um aumento, entre 1986 e 2008, de quase 30% (de 11,3% para 14,4%) na parcela de indivíduos que procuraram algum tipo de atendimento médico nas duas semanas anteriores. Os tipos de serviços usados pelas famílias também mudaram no decorrer do tempo, com um aumento nas consultas preventivas e odontológicas em proporção a todas as consultas.

Convergência nas taxas de uso entre todos os estados e grupos socioeconômicos

Em 2009, todos os estados haviam alcançado taxas de pelo menos 2,35 consultas per capita por ano, com aumentos mais expressivos na utilização do Sistema em estados de baixa renda. A maioria dos estados registrou reduções nas taxas de internação hospitalar no SUS. Embora as disparidades geográficas no uso tenham sido algo reduzidas, continua a haver uma variação de concentração significativa de renda nas taxas médias de uso do sistema entre os estados. Ademais, persistem disparidades dignas de nota entre as faixas de renda, com níveis mais elevados de uso entre os grupos de alta renda. Por exemplo, dados de pesquisas entre famílias indicam que as taxas de uso são em torno de 50% mais altas nos dois decis superiores em comparação com os dois decis inferiores.

As necessidades de cuidados médicos estão sendo atendidas?

As tendências e os padrões de uso de serviços de saúde oferecem uma boa indicação do acesso viabilizado. Contudo, as simples taxas de uso não oferecem uma indicação muito clara da capacidade de acesso tempestivo dos indivíduos a serviços preventivos, diagnósticos e curativos, embora seja um elemento crítico da avaliação do avanço no acesso e na consecução da cobertura universal.

Uma forma de abordar essa questão diz respeito ao exame da cobertura das intervenções médicas com um grupo alvo claramente definido, tais como imunizações, acompanhamento pré-natal ou partos hospitalares. No tocante a essa medida, o Brasil tem um desempenho impressionante, com cobertura quase universal e disparidades geográficas limitadas.

Outra abordagem associada para avaliar o grau de atendimento às necessidades é também examinar a autoidentificação de necessidades não atendidas. As pesquisas entre famílias constataram uma redução nas necessidades não atendidas e na parcela de famílias que mencionam a falta de dinheiro como motivo para não usar os serviços, sobretudo aquelas na faixa inferior da distribuição de renda. No entanto, os motivos relacionados com as unidades de saúde (falta de pessoal, atendimento agressivo e não humanizado, programação inadequada e tempo de espera) aumentaram, tornando-se o motivo principal para não procurar atendimento.

Muitas experiências de busca de atendimento envolvem múltiplos provedores e serviços (prática clínica geral, cuidado especializado de maior complexidade, serviços diagnósticos e terapêuticos), onde a análise da eficácia do acesso não depende apenas da disponibilidade de serviços, mas também da organização e da coordenação do atendimento, dos mecanismos de encaminhamento e de outros fatores. O acesso, portanto, é mais difícil de avaliar em relação esses tipos de serviços, mas os tempos de espera oferecem uma medida importante das

necessidades não atendidas pelo sistema. Nesse ponto, um estudo relacionado ao tratamento de câncer, realizado recentemente pelo Tribunal de Contas da União, concluiu que, como resultado da fragilidade do atendimento primário e do acesso a procedimentos diagnósticos e cuidado especializado, 60% dos pacientes de câncer foram diagnosticados em um estágio muito avançado (estágio três ou quatro), reduzindo as perspectivas de tratamento efetivo e sobrevida. O problema do diagnóstico atrasado é agravado pelas demoras no acesso a tratamentos, com tempos medianos de espera na faixa de 76,3 a 113,4 dias em 2010, dependendo do tipo de tratamento. Esses dados, referentes a atrasos de diagnóstico e tratamento, mostram um desempenho muito inadequado em comparação com os países da OCDE.

Da mesma forma, um estudo da demanda por procedimentos especializados, diagnósticos e cirúrgicos no Rio Grande do Sul constatou que, no estado como um todo, que possui uma população de 10,6 milhões de pessoas e é considerado um dos mais bem estruturados do País, havia uma necessidade não atendida de quase 500 mil consultas ou procedimentos, a maioria na área de diagnósticos.

A dimensão da qualidade: a peça perdida do quebra-cabeça?

As discussões sobre a cobertura tendem a concentrar-se no acesso aos serviços e seus custos para diferentes grupos. Contudo, o conceito de “cobertura” não captura adequadamente a qualidade efetiva na prestação dos serviços de saúde nem indica até que ponto as melhorias observadas na cobertura dos serviços se traduzem em resultados melhores na saúde. Em outras palavras, os indivíduos não necessitam apenas de acesso aos serviços, mas eles devem ser de qualidade adequada e bem prestados para que os ganhos de saúde sejam obtidos efetivamente.

Há dados limitados sobre a qualidade da assistência à saúde no Brasil, mas vários estudos apontam preocupações significativas em relação ao treinamento do pessoal, à relevância do tratamento, à utilização de sistemas ou procedimentos de garantia da qualidade, assim como ao cumprimento das exigências de licenciamento. Contudo, também há sinais de melhoria, com avaliações de boa qualidade da Estratégia de Saúde da Família em comparação com a abordagem tradicional de atendimento primário e com quedas nas internações por causas evitáveis.

Eficiência do sistema de saúde

O conceito de eficiência refere-se ao relacionamento entre entradas e resultados ou saídas. Nos termos mais amplos, um sistema de saúde eficiente é aquele que produz a maior melhora nos resultados clínicos e epidemiológicos para um determinado nível de gasto. Contudo, as avaliações da eficiência com frequência se concentram em elos específicos na cadeia que liga gastos a resultados, não abordando com profundidade questões como até que ponto os recursos são distribuídos adequadamente a programas ou intervenções (eficiência de alocação ou eficiência de alocação) e até que ponto maior volume e qualidade de serviços de saúde são produzidos com as entradas disponíveis no sistema (eficiência técnica).

Poucos estudos examinaram a eficiência de alocação no sistema brasileiro de saúde, mas os gastos públicos foram claramente redistribuídos para o atendimento primário, o que deverá contribuir para aumentar a eficiência geral no sistema de saúde.

Em relação ao uso de tecnologia médica no nível do estabelecimento de saúde, uma parcela substancial de equipamentos de alta complexidade é incorporada sem a devida avaliação de impacto no custo, na qualidade resultante e na eficácia do atendimento. Ademais, uma parcela substancial de equipamentos de alto custo e complexidade é instalada em municípios pequenos, que não possuem profissionais capacitados para operação, volume de demanda que

justifique a sua instalação nem condições mínimas de sustentabilidade dos custos associados, gerando obsolescência e desperdícios. Não obstante, as iniciativas limitadas empreendidas nos últimos anos, o Ministério da Saúde possui poucos sistemas para regular e organizar a incorporação e o fornecimento de tecnologia médica desenvolvida ou estabelecida.

Finalmente, o livro discute a questão da eficiência hospitalar, apontando evidências de que a maioria dos hospitais brasileiros atua em um nível muito baixo de eficiência. Uma análise por envoltória de dados (Data Envelopment Analysis – DEA), com uma amostra de 428 hospitais, em 2002, constatou uma pontuação média de eficiência técnica de 0,34 na escala de 0 a 1. Os principais fatores contribuintes para a ineficiência foram a pequena escala das operações, o uso intensivo de recursos humanos e o baixo uso da capacidade instalada e dos recursos técnicos. Com efeito, os hospitais brasileiros são, em sua maioria, pequenos demais (também chamados de pequeno porte) para atuar com níveis de eficiência adequados, sendo que 65% têm menos de 50 leitos. Além disso, a taxa média de ocupação dos leitos é considerada muito baixa em relação aos padrões internacionais e do setor privado: 37% nos hospitais especializados ou de cuidados críticos e 45% nos hospitais gerais.

Melhora dos resultados da saúde: qual tem sido a contribuição do sistema de saúde?

Assegurar o acesso amplo a serviços eficazes de saúde foi, sem dúvida, uma das principais preocupações da construção do SUS. Nessa perspectiva, alguns objetivos específicos foram destacados: melhorar o nível e a distribuição dos resultados da saúde, assegurar a acessibilidade e a equidade do financiamento de cuidados médicos e alcançar altos níveis de receptividade e satisfação.

Mesmo não atingindo satisfatoriamente todos esses objetivos, o Brasil alcançou melhorias significativas na expectativa de vida, com forte redução nos indicadores de mortalidade infantil e, até certo ponto, também na razão de mortalidade materna nos últimos 20 anos. As desigualdades geográficas dos resultados da saúde foram significativamente reduzidas, com os estados da Região Nordeste recebendo a maior parte dos benefícios, bem como as disparidades entre grupos socioeconômicos que também apresentaram uma significativa redução desde a criação do SUS. Contudo, ainda há desigualdades consideráveis na condição geral da saúde que vão requerer esforços adicionais do governo brasileiro no âmbito do SUS.

Outro aspecto importante diz respeito à constatação de que as melhorias e a redução das desigualdades nos resultados da saúde que evoluíram positivamente no período são atribuíveis, pelo menos em parte, a fatores externos ao sistema de saúde, tais como acesso a água segura e saneamento, programas de alimentação e de educação de qualidade, assim como o aumento de renda das famílias. Todavia, há evidências consistentes de que o SUS teve um papel importante no avanço dos resultados da saúde. Uma forma de avaliar a contribuição do sistema de saúde para melhorar os resultados é a análise das tendências na mortalidade por causas evitáveis (ou controláveis) – ou seja, as mortes que poderiam ter sido evitadas se houvesse assistência à saúde tempestiva e eficaz. Vários estudos sobre a mortalidade por causas evitáveis no Brasil sugerem que o SUS teve um papel importante na melhoria dos resultados, demonstrando que esse indicador caiu significativamente, enquanto a taxa de mortalidade por outras causas permaneceu estável ou aumentou. Esse bom resultado provavelmente deveu-se, pelo menos em parte, a melhorias na cobertura e na qualidade do sistema de saúde.

Ao examinar o impacto do sistema de saúde nos resultados de saúde, as avaliações da Estratégia de Saúde da Família desvendam outra peça do quebra-cabeça. Estudos recentes constataram que a implementação da Estratégia de Saúde da Família estava associada a reduções significativas na mortalidade infantil, na incidência de diarreia entre crianças, na internação por doenças cardiovasculares e em infecções respiratórias agudas, no período entre 1990 e

2002. Outro estudo informa que o impacto é notavelmente heterogêneo, com reduções amplas e consideráveis na mortalidade infantil no Norte e no Nordeste e impacto pouco significativo em outras regiões do País.

Pagamentos diretos e proteção financeira

O princípio da universalidade está relacionado não apenas com o uso dos serviços, mas também com a capacidade de acesso dos indivíduos aos serviços sem causar dificuldades financeiras. As melhorias na proteção financeira em geral são avaliadas com base em dados de gastos familiares na saúde durante um determinado período. Os dados disponíveis, que se referem ao período de 1987 a 2008, sugerem que houve pouca mudança no decorrer do tempo na parcela do total de gastos das famílias dedicada à saúde, com estimativas variando de 5% a 7%. Em 2002/03, particularmente, houve uma redução considerável na parcela dos gastos das famílias na faixa inferior da pirâmide de distribuição de renda direcionados à saúde em comparação aos anos anteriores.

Embora a parcela geral dos gastos familiares com saúde tenha permanecido estável nos últimos 20 anos, as pagamentos por serviços (consultas, internações, tratamento odontológico) tornaram-se relativamente menos importantes (variando de 50% dos gastos diretos em 1987/88 para 20% em 2008/09); no mesmo período, houve um aumento nos gastos com planos privados e medicamentos.

A parcela média de gastos médicos em relação ao consumo total oferece uma perspectiva importante relativamente ao peso desses gastos para as famílias (a incidência de “gastos catastróficos”), caracterizados predominantemente como gastos diretos. Há uma ampla gama de estimativas para a incidência de gastos catastróficos no Brasil. Alguns estudos mais sistemáticos constataram que a incidência ainda é baixa, com o Brasil em posição favorável em comparação com os outros países da região. Como verificado em vários outros países da região, os gastos catastróficos no Brasil são consideravelmente maiores entre as famílias mais pobres e as famílias com membros na terceira idade.

Percepções e satisfação do público com o sistema de saúde

Os objetivos principais do sistema de saúde são os de melhorar os resultados da saúde e oferecer uma proteção financeira eficaz. Contudo, a maioria das pessoas (e autoridades) também considera que a satisfação e a receptividade sejam objetivos intrínsecos importantes.

Pesquisas recentes de opinião sobre o sistema de saúde no Brasil oferecem um quadro muito inconclusivo, reflexo das diferenças na amostra (enfoque geográfico, perfil socioeconômico dos participantes) e da forma como foram realizadas as perguntas. Várias pesquisas mostram altos níveis de insatisfação com os serviços públicos de saúde, sendo que algumas sugerem uma agravamento dos problemas nos últimos anos. Os problemas mencionados com mais frequência são acesso aos serviços de saúde, atrasos no tratamento e falta de médicos. Todavia, outras pesquisas apresentam avaliações mais positivas, com destaque para as atividades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Ressalta-se, entretanto, que, em função da demanda quase ilimitada por cuidados médicos, todos os países enfrentam dificuldades em atender às expectativas da população. Ainda assim, a insatisfação com o sistema de saúde parece ser particularmente elevada no Brasil. Em uma divulgação recente de resultados do Levantamento Mundial do Instituto Gallup, que pesquisa famílias aleatoriamente em uma grande variedade de países sobre sua satisfação com os serviços públicos e outras questões, apenas 40% dos brasileiros indicaram satisfação com o sistema de saúde – um nível bem menor do que o observado em vários outros países de renda média (como Malásia, Tailândia, Turquia ou Uruguai).

Conclusões

Nos últimos 20 anos, o Brasil observou melhorias impressionantes nos resultados da saúde, com reduções drásticas nos indicadores mortalidade infantil e aumentos na expectativa de vida. De igual importância é o fato de que as disparidades geográficas e socioeconômicas passaram a ser bem menos pronunciadas. Há bons motivos para se acreditar que as mudanças no SUS tiveram um papel importante nesse processo. A rápida expansão do atendimento no nível da atenção primária, com a implementação da Estratégia de Saúde da Família, contribuiu para a mudança dos padrões de uso do SUS, com uma parcela cada vez maior de primeiras consultas ocorrendo nos postos de saúde e em outras unidades de atenção primária. Também houve um crescimento geral na utilização dos serviços de saúde e uma redução na parcela de famílias que relatam problemas no acesso ao atendimento médico especializado por motivos financeiros. Em suma, a construção do SUS alcançou, pelo menos parcialmente, os objetivos de acesso universal e equitativo à assistência à saúde.

Este livro, a partir das constatações observadas, destaca alguns desafios principais que o sistema de saúde do Brasil ainda enfrentará no futuro.

Melhorias sustentáveis no acesso à assistência à saúde

O avanço nesse nível de atenção dependerá da continuidade da expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família, reconhecendo-se a diversidade e as iniciativas relacionadas aos modelos de atenção primária que estão sendo implementados atualmente e a necessidade de consenso quanto aos resultados obtidos e aos custos relativos. Outra importante fragilidade que deve ser enfrentada diz respeito à efetiva articulação da atenção primária com os demais níveis de atenção do sistema (secundário e terciário), que apresentam ainda muita desconectividade. Há, atualmente, várias iniciativas em curso para tentar resolver essas questões fundamentais: incremento e modernização da capacidade física para provisão de serviços, revisão dos mecanismos e de pagamentos e da remuneração de serviços, implementação de diretrizes clínicas e de acesso, investimento em sistemas de regulação e prontuários médicos eletrônicos, entre outras. Na maioria dos casos, o avanço nessas áreas exigirá uma coordenação efetiva entre os municípios por meio de redes regionais de atenção à saúde. Como parte desse processo, também será importante criarem-se soluções para a atual falta de integração entre os níveis de gestão e atenção e definirem-se claramente os papéis a serem desempenhados pelos setores público e privado. A atual falta de coordenação entre os dois setores favorece as duplicações de esforços e recursos, conflitos relativos a quem pagará e pelo que pagará, além de dificuldades na resolução de problemas que afetam todo o sistema.

Aumento da eficiência e qualidade dos serviços de assistência médica

Face às persistentes preocupações acerca da eficiência e da qualidade, muitos estados e municípios estão experimentando novos modelos de prestação de serviços, incluindo a contratação de organizações sem fins lucrativos, por exemplo, as organizações sociais, muito frequentes nos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo e cada vez mais comuns em outros estados. Adicionalmente, muitas regiões do Brasil estão experimentando parcerias público-privadas tanto na construção como na administração de instalações públicas, caso recente do Estado da Bahia, na Região Nordeste. Embora esses mecanismos de contratação sejam promissores, criam novas e significativas demandas para as secretarias estaduais e municipais de saúde, não apenas para determinar o que se vai contratar, mas também como elaborar, acompanhar e implementar os contratos.

Os novos modelos de contratação têm representado, para os gestores do sistema, uma oportunidade de mudar a forma de financiamento dos provedores e melhorar a coordenação entre os níveis de governo. Contudo, excluindo-se essas experiências, a fragilidade dos mecanismos de pagamento continua contribuindo, em grande parte, para a ineficiência e a má qualidade dos serviços, visto que ainda reproduzem um sistema de transferências de recursos com base em procedimentos e histórico de execução, em contraposição a modelos de gestão por resultados com incorporação de técnicas e ferramentas gerenciais de monitoramento e avaliação. Corrigir as distorções atuais e adotar em grande escala métodos de pagamento que ofereçam incentivos para que os provedores melhorem o desempenho ajudaria a aumentar a eficácia no uso dos recursos disponíveis e melhorar ainda mais o desempenho do SUS no contexto de um sistema de financiamento factível e sustentável. No caso de provedores públicos, a reforma do sistema de pagamentos poderia vir acompanhada de medidas de reforço da autonomia financeira e administrativa dos hospitais associado a sistemas robustos de monitoramento e avaliação, para que os incentivos relacionados com os pagamentos resultem em impacto no desempenho.

No futuro, será importante assegurar a avaliação sistemática dos esforços envidados para melhorar a qualidade e a eficiência na prestação de serviços e o intercâmbio amplo das lições aprendidas e boas práticas identificadas, difundindo-as entre os gestores e executores de ações de saúde no Brasil.

Esclarecimento dos papéis e relacionamentos entre os níveis de governo

A descentralização pode criar muitos benefícios em termos de maior responsabilização, adaptação do sistema às necessidades locais, coordenação com outros serviços públicos e assim por diante. Entretanto, falta, à maioria dos municípios, escala e capacidade técnica para administrar um sistema de saúde com todos os níveis de assistência e serviços complexos de apoio diagnóstico. O bom funcionamento do sistema dependerá da eficácia da coordenação e colaboração entre os municípios, sobretudo no que diz respeito a serviços especializados e de alta complexidade, sistemas de referência e contrarreferência e logística médica. Outro fator relevante refere-se à necessidade de garantia de solidez das instituições de saúde e à introdução de mecanismos seguros e formais de contratação e financiamento entre todos os níveis de governo. O Brasil deu passos largos em ambas as áreas nos últimos anos, com novas leis que apoiam um marco de contratação entre o governo federal e as regiões da saúde, assim como os mecanismos institucionais de coordenação entre os governos municipais, estaduais e federal.

Contudo, a implementação dessa legislação inevitavelmente criará vários novos desafios políticos e operacionais para o SUS, com repercussão direta no processo de planejamento e programação regionais, na gestão e coordenação de serviços “compartilhados”, no financiamento de investimentos em sistemas logísticos e na capacidade física das redes de serviços regionais de apoio, na divisão de responsabilidades pelo financiamento dos serviços de saúde entre os níveis de governo e assim por diante. Os estados avançaram nesse processo em ritmos distintos, e será importante estudar e aprender com as primeiras experiências implementadas no País.

Aumento do nível e da eficiência dos gastos públicos

Há, no Brasil, uma pressão contínua para aumentar o financiamento público da saúde, um tema ainda bastante controverso em termos de consenso. O livro apresenta dados que mostram um aumento significativo dos gastos nos últimos 20 anos em termos absolutos e, um pouco menos, como proporção do PIB. O aumento dos gastos, apesar de crescente, foi mais lento do que se observou em muitos outros países de renda média e alta, particularmente onde

a cobertura foi ampliada com rapidez (por exemplo, Coreia, África do Sul, Tailândia e Turquia). O aumento nos gastos não acompanhou a rápida expansão do sistema e do volume de serviços prestados, em particular quando se levam em consideração os aumentos dos custos associados à incorporação de novos medicamentos e procedimentos. Maiores gastos públicos na saúde indubitavelmente ajudariam a financiar mais recursos para o sistema de saúde, tais como instalações, equipamentos, recursos humanos, suprimentos médicos e serviços. Mas há, também, a necessidade de introdução de técnicas gerenciais e mecanismos de monitoramento sistemático das atividades, para que um esforço dessa natureza não resulte em agravamento dos indicativos de ineficiência do sistema.

Nessa direção, o livro faz um tentativa de mostrar que a falta de recursos e suprimentos, em muitos casos, não é o obstáculo principal ao aumento do acesso e à melhoria da qualidade dos serviços prestados. O sistema de saúde claramente poderia produzir mais serviços de saúde e melhores resultados com o mesmo nível de recursos se enfrentasse alguns fatores de ineficiência identificados. Como exemplo, ganhos significativos poderiam ser obtidos com um melhor alinhamento entre a capacidade hospitalar e a provisão de serviços médicos especializados, investindo-se na melhoria da eficiência técnica dos hospitais, na redução do desperdício e do uso inadequado de recursos, entre outras iniciativas. Em outra direção, também haveria ganhos na priorização da distribuição dos gastos públicos, com base em processos mais robustos de incorporação e gestão de tecnologias existentes e novas. Não há soluções simples para lidar com essas questões tão complexas, mas há um grande número de experiências internacionais sobre esses temas que certamente poderiam beneficiar o Brasil. Ao mesmo tempo, vale ressaltar que, mesmo com os aumentos de eficiência, as pressões sobre os gastos provavelmente não diminuirão nas próximas décadas. À medida que o Brasil continua a crescer e se desenvolver, a combinação das necessidades não atendidas, tanto na atenção primária quanto na especializada, a incorporação de novas tecnologias e as demandas crescentes por cuidados médicos associados a doenças não transmissíveis, assim como o aumento da demanda por utilização de serviços de saúde associados a uma população mais idosa, deverão exercer pressão significativa sobre os gastos públicos na saúde. Como pode ser verificado em outros sistemas avançados de saúde do mundo, será essencial aumentar a eficiência e utilizar dispositivos de priorização das intervenções, mas também será importante preparar-se para aumentos significativos e contínuos nos gastos públicos na saúde, que vão requerer a implantação de mecanismos de gestão para suportar as pressões sobre os custos, que já são evidentes no SUS.

Realização frequente de pesquisas e processos sistemáticos de monitoramento e avaliação do sistema de saúde

O Brasil tem uma sólida tradição de formulação de políticas baseadas em evidências no setor de saúde e uma comunidade vibrante de pesquisas em saúde. O livro, neste tema, destaca a necessidade de reforçarem-se essas capacidades e melhorarem-se as informações e evidências para se apoiar uma reforma contínua do sistema de saúde. Constatase que, não obstante a disponibilidade de uma grande quantidade de dados sobre os resultados da saúde, a prestação de serviços e as condições de financiamento, muitos deles têm problemas relacionados com a confiabilidade e a qualidade, definições incompatíveis ou inconsistente e falhas na associação temporal e espacial das informações. Tais fatores dificultam a comparação do desempenho do sistema de saúde em alguns setores, no decorrer do tempo, em regiões de diferentes perfis e em nível internacional.

Em relação às informações disponibilizados, ressen-te-se, também, da abordagem de várias dimensões importantes reativas ao desempenho do sistema, como, por exemplo, tempos de espera para procedimentos opcionais, qualidade de atendimento de doenças crônicas e taxas

de sobrevida para condições específicas, como câncer ou doenças cardíacas. Dados associados a esses tipos de indicadores têm desempenhado um papel muito importante na compreensão e na resolução dos desafios no sistema de saúde em países da OCDE e aumentarão em importância no Brasil à medida que o País confrontar as questões relativas a acesso, qualidade e coordenação do atendimento.

Além dos aspectos relacionados ao monitoramento do desempenho do sistema de saúde, o livro destaca algumas áreas que requerem pesquisas aprofundadas, como as que dizem respeito aos resultados positivos ou negativos dos vários modelos de prestação de serviços, os impactos das várias abordagens destinadas a melhorar a qualidade e a eficiência, assim como estratégias para reduzir os gastos diretos com medicamentos. Esses são apenas alguns exemplos de questões que pesquisas e avaliações rigorosas, baseadas em parcerias sólidas entre as autoridades e a comunidade acadêmica, poderiam ajudar a responder e, dessa forma, contribuir para aumentar a eficiência, a eficácia e a equidade do sistema brasileiro de saúde.

Referências

- CNI (Confederação Nacional da Indústria). 2012. *Retratos da sociedade brasileira: Saúde pública*. Pesquisa CNI-HBOPE. Brasília: CNI.
- Couttolenc, B. F. 2011a. "Health System Performance and Accountability Assessment in Brazil." Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- . 2011b. "Taking Stock of Performance Reforms at the Sub-National Level in Brazil: Recent Performance Gains Achieved in the Health Sector, Hypotheses on Possible Drivers of Good and Bad Performance." Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- Diniz, B., L. Servo, S. Piola, and M. Eirado. 2007. "Gasto das famílias com saúde no Brasil: Evolução e debate sobre gasto catastrófico." In *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*, edited by F. Faiger, L. Servo, T. Menezes, and S. Piola, 143–60. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Folha de São Paulo. 2012. "Insatisfação com a saúde sobe 11 pontos em um ano, 2012." *Folha de São Paulo*, January 25.
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). 2011. *Sistema de indicadores de percepção social: Saúde*. Brasília: IPEA.
- Knaul, F., R. Wong, H. Arreola-Ornelas, and O. Mendez. 2011. "Household Catastrophic Health Expenditures: A Comparative Analysis of Twelve Latin American and Caribbean Countries." *Salud Pública Mexicana* 53 (Suppl. 2): S85–95.
- La Forgia, G. M., and B. F. Couttolenc. 2008. *Hospital Performance in Brazil: In Search of Excellence*. Washington, DC: World Bank.
- Xu, K., D. B. Evans, K. Kawabata, R. Zeramardini, J. Klavus, and C. J. Murray. 2003. "Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis." *Lancet* 362 (9378): 111–17.

INTRODUÇÃO

Há mais de 20 anos, o Sistema Único de Saúde do Brasil foi formalmente criado pela Constituição de 1988. O SUS representou uma ruptura significativa com o passado, muito embora tenha aproveitado e explorado as reformas iniciadas nos anos 80. A construção do SUS tornou a saúde um direito fundamental dos cidadãos e uma obrigação do Estado e iniciou um processo de, fundamentalmente, transformar o sistema de saúde do Brasil para atingir esse objetivo.

Como em todos os sistemas de saúde, reforma gera mais reformas, a ponto de o processo praticamente nunca terminar. No entanto, após 20 anos de implementação do SUS, é apropriado perguntar o que se conseguiu até a data e quais os desafios que permanecem para se atingirem os objetivos definidos em 1988. Isso é particularmente verdade quando as exigências e expectativas relativas ao sistema de saúde estão em rápida mutação. Nos últimos 20 anos, o Brasil assistiu a mudanças econômicas, políticas e demográficas profundas. Depois de algumas turbulências nas décadas de 1960, 70 e 80, a estabilidade política e econômica foi conquistada em meados da década de 1990 e o crescimento decolou no início dos anos 2000¹. Crescimento econômico, expansão progressiva do emprego, aumentos regulares do salário mínimo e programas de transferência social, todos contribuíram para um aumento da renda familiar e reduções da pobreza e da desigualdade². Nas décadas recentes, também se assistiu a uma profunda transição demográfica, com uma quase duplicação de idosos (60 anos e mais) entre 1960 e 2010 (de 5,3% para 10,2% da população) (Banco Mundial, 2011). Essa transição econômica, social e demográfica tem implicações profundas no sistema de saúde, com necessidades de saúde em fase de expansão e mutação, bem como expectativas mais elevadas sobre o que o sistema de saúde pode e deve proporcionar.

Nesse contexto, este relatório visa a responder a duas questões principais³. Primeiro, a construção do SUS conseguiu transformar o sistema de saúde conforme previsto 20 anos atrás? Segundo, as mudanças efetuadas até a data conduziram a resultados melhores em termos de acesso a serviços, proteção financeira e resultados na saúde?

Ao abordar essas questões, este relatório examina áreas que já haviam sido analisadas em avaliações anteriores, mas busca expandir essa análise com dados adicionais ou mais recentes e colocando o sistema de saúde do Brasil em um contexto internacional. O relatório revela

que as reformas do sistema de saúde, iniciadas nos anos 80 e que forneceram a base para o sistema de saúde que o Brasil tem atualmente, foram responsáveis por conquistas significativas. Em especial nos últimos 20 anos, assistiu-se a uma expansão notável no acesso e na utilização de cuidados primários, a uma profunda reestruturação do sistema de saúde, em particular a uma descentralização contínua das responsabilidades para os municípios, e a um crescimento dos gastos públicos com a saúde. Existem evidências de que essas reformas contribuíram para melhorias nos resultados da saúde. Mas, talvez inevitavelmente, ainda permanecem muitos desafios. O acesso a serviços de diagnóstico e cuidados especializados continua problemático para grandes segmentos da população; os serviços continuam fragmentados e a coordenação do cuidado é muitas vezes deficiente; e existem questões significativas de eficiência e qualidade na provisão de serviços, em muitos contextos, que precisam ser discutidas. Assim, os resultados de saúde não são tão bons quanto poderiam ser, os gastos privados continuam representando uma parte importante das despesas com saúde e os níveis de satisfação com o sistema de saúde são baixos. Não existe uma “poção mágica” para responder a esses desafios, mas o relatório aponta algumas direções promissoras para a reforma do sistema de saúde que irão permitir ao Brasil continuar avançando nas conquistas verificadas até a data.

Ainda que seja possível tirar algumas conclusões sobre os êxitos do SUS até o presente, existem lacunas e ressalvas que precisam ser discutidas. Considerando-se os desafios inerentes a uma avaliação do desempenho de um sistema de saúde, esse fato não é nem surpreendente nem incomum. Contudo, um objetivo secundário deste relatório é analisar o modo como algumas dessas lacunas podem ser preenchidas por meio de melhorias no monitoramento da performance do sistema de saúde e novos estudos/pesquisas sobre sistemas de saúde.

O restante desta seção introdutória apresenta uma breve análise do histórico do SUS, dos princípios fundamentais que inspiraram a construção e uma breve descrição da estrutura de avaliação utilizada neste relatório. A Seção 2 apresenta conclusões sobre em que medida a construção do SUS conseguiu transformar o sistema de saúde, com enfoque no sistema de prestação de serviços, financiamento e governança. A Seção 3 questiona se as mudanças resultaram ou não em melhoria de resultados em termos de acesso a serviços, proteção financeira, qualidade, resultados de saúde e eficiência. A última seção apresenta as principais conclusões do estudo, discute potenciais políticas e estratégias para abordar as atuais deficiências do SUS e identifica futuras áreas para pesquisa.

SUS: origens e 20 anos de implementação

O Sistema Único de Saúde brasileiro, SUS, foi formalmente criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990⁴. Antes da criação do SUS, as instituições de seguridade social, em particular o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), formavam a pedra angular do sistema de saúde, e a atuação do Ministério da Saúde enfocava sobretudo a saúde pública e programas para doenças específicas. Inicialmente, o sistema de seguridade social prestava cobertura médica exclusivamente a trabalhadores do setor formal, majoritariamente por meio de contratos com provedores do setor privado, enquanto estados e organizações filantrópicas

prestavam serviços ao resto da população. Ao final dos anos 1970, os trabalhadores rurais, os trabalhadores autônomos e os trabalhadores domésticos já haviam sido incluídos e o INAMPS oferecia cobertura de emergência a toda a população.

O grande impulso para o SUS veio, em parte, do aumento dos custos e de uma crise no sistema de seguridade social, mas também de um movimento político de base ampla exigindo a democratização e mais direitos sociais. No setor da saúde, o Movimento Sanitário defendia reformas de grande alcance no sistema de saúde (Cornwall and Shankland, 2008). Os protagonistas do movimento apontavam o subfinanciamento crônico do sistema público, os problemas de duplicação e ineficiência decorrentes da fragmentação, a ausência de uma coordenação de todo o sistema e o acesso desigual aos cuidados como os maiores problemas do sistema existente. Ainda, defendiam o distanciamento do “modelo curativo privatizante” que, argumentava-se, prevalecia na década de 1970 e início dos anos 80. Esse modelo tinha por premissa a expansão da cobertura social aos trabalhadores excluídos da população-alvo original, a priorização dos cuidados médicos individuais curativos sobre programas de saúde pública coletiva, a instituição de um “complexo médico-industrial” e a migração da prestação de serviços para o setor privado (Silva, 1983⁵).

Nos anos 80, foram introduzidas reformas importantes no sistema de saúde, inicialmente por meio da implementação de “Atividades Integradas de Saúde” (AIS) que visavam a melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de governo e reduzir as duplicações no sistema de saúde. Mais tarde, em meados da década de 1980, uma segunda fase de reformas dirigiu a atenção para a reorganização dos papéis institucionais dentro do sistema e começou um processo de descentralização de responsabilidades para estados e municípios, por meio da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Essas reformas e a 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, lançaram as bases do SUS.

Os princípios fundadores do SUS, definidos na Constituição e em suas leis básicas, incluem três grandes preceitos

- Acesso universal a serviços de saúde, sendo a saúde definida como um direito do cidadão e uma obrigação do Estado;
- Igualdade de acesso a atenção à saúde; e
- Integralidade e continuidade dos cuidados.

Esses princípios foram complementados por outros, que incluem (i) descentralização da maior parte das responsabilidades para os municípios, com responsabilidades financeiras conjuntas; (ii) maior participação comunitária; (iii) reorganização do sistema para aumentar a integração e a coordenação e reduzir a duplicação; (iv) autonomia do paciente e direito à informação; e (v) aumento da eficácia mediante utilização da epidemiologia para definir prioridades e alocar recursos.

A transformação desses princípios em realidade tem sido um processo em curso desde a fundação do SUS. A *primeira onda* de implementação de reformas, de 1988 a 1990, incidiu na adoção de legislação e regulações básicas, incluindo transferência do INAMPS da Seguridade Social para o Ministério da Saúde⁶, descentralização para o nível estadual e criação de mecanismos para participação social. A *segunda onda*, de 1991 a 1995, deu atenção especial à explicitação detalhada de normas e regras de organização,

financiamento e operação do sistema, incluindo a “municipalização” da provisão de serviços e a implementação de mecanismos financeiros para alocação de fundos federais. Uma *terceira onda*, com início em meados dos anos 90, endereçou questões referentes à organização e à prestação de serviços de saúde, mediante uma ênfase renovada em atenção primária. A *quarta e mais recente onda* de implementação, com início em meados de 2000, tem focado na resolução de questões de eficiência e qualidade mediante a reforma do sistema de governança, mecanismos de contratação e pagamento, e estabelecimento de redes regionalizadas de atenção à saúde.

Um marco conceitual para avaliar o desempenho do SUS⁷

A construção do SUS foi de escopo muito ambicioso. Então, quais foram os resultados após 20 anos? Em que medida melhorou o desempenho do sistema de saúde? E como o Brasil se compara com outros países? Os esforços destinados a responder a essas perguntas enfrentam uma série de desafios que são inerentes à avaliação de qualquer sistema de saúde. Quais são os limites do “sistema de saúde”? Quais são os resultados com os quais devemos nos preocupar? Como devem ser medidos os resultados? Que importância deve ser dada às diferentes dimensões de desempenho quando se avalia o sistema como um todo? Em que medida diferenças no tempo e no espaço (por exemplo, países ou Estados) podem ser atribuídas às mudanças ou às características do sistema de saúde?

Há diversos marcos conceituais reconhecidos para a avaliação do desempenho de um sistema de saúde (Hurst and Jee-Hughes, 2009; OCDE, 2002; OMS, 2000; OMS, 2007; Roberts et al, 2008; Smith et al, 2008). Há diferenças importantes entre esses marcos, mas também existem muitos elementos comuns, não apenas entre eles mas também entre estruturas de avaliação de sistemas de saúde que foram desenvolvidos e utilizados previamente no Brasil (ver box a seguir).

Com respeito aos “limites” do sistema de saúde, alguns marcos conceituais (por exemplo OMS 2000; 2007) têm uma visão ampla, enfatizando todas as atividades cujo objetivo primário seja melhorar ou manter a saúde. Nessa abordagem, funções de saúde pública tais como controle de doenças, prevenção de lesões, proteção contra riscos ambientais, segurança alimentar e de medicamentos deverão ser tidas em consideração quando se avalia o desempenho do sistema de saúde. Outros marcos (e.g. OCDE, 2002; Hurst and Jee-Hughes, 2009) enfocam explicitamente no sistema de atenção à saúde e excluem a maioria das atividades de saúde pública e outras questões mais amplas. Este relatório segue essa última abordagem: toca em algumas questões relacionadas com a saúde pública, mas está, sobretudo, preocupado com o financiamento e a prestação de serviços de saúde.

Em termos de objetivos dos sistemas de saúde, existem algumas diferenças notáveis de terminologia nos marcos conceituais, mas há um consenso sobre os objetivos finais dos sistemas de saúde: melhorias no nível e na distribuição dos resultados de saúde, capacidade de resposta e proteção financeira. Para além dessas metas intrínsecas, alguns marcos realçam também resultados intermédios importantes, incluindo acesso e cobertura, eficiência, qualidade e às vezes outros⁸. Por último, os marcos conceituais de avaliação do desempenho de sistemas de saúde identificam funções ou elementos fundamentais dos sistemas de saúde (às vezes referidos como “blocos essenciais” ou “botões de comando”) que estão sujeitos a políticas e determinantes importantes do desempenho do setor da saúde. A lista

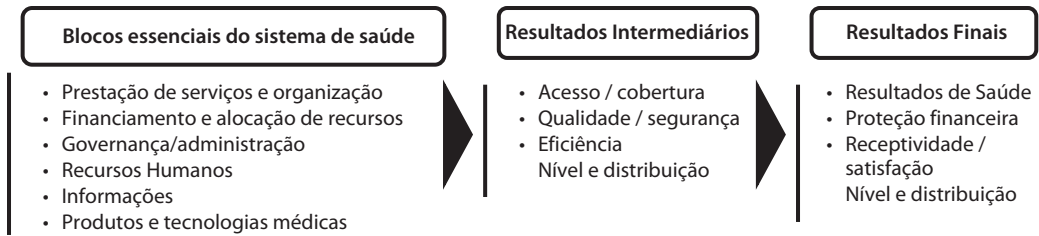
Caixa 1.1 Avaliação do desempenho do sistema de saúde no Brasil – abordagens e desenvolvimentos recentes

A abordagem adotada neste estudo é consistente com modelos e marcos conceituais já desenvolvidos ou adaptados no Brasil, incluindo a política do MS de Avaliação do Desempenho do Setor Saúde de 2006, o marco da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a Ferramenta de Avaliação de APS, o Programa de Melhoria de Qualidade da ANS para planos de saúde (privados) e o PRO-ADESS da FIOCRUZ⁹.

Recentemente, o MS lançou uma iniciativa para monitorar o desempenho dos sistemas estadual e municipal de saúde (SUS). Foi desenvolvido um indicador composto de desempenho em nível municipal – o Indicador de Desenvolvimento SUS (IDSUS) – com base em 24 indicadores de cinco áreas:

- Acesso e cobertura de atenção básica (cobertura das equipes de ESF, equipes ESF de saúde bucal e % de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal)
- Acesso a procedimentos ambulatoriais e internações de Média Complexidade (MC) (cobertura de testes de laboratório para rastreamento de câncer cervical, testes de mamografia, procedimentos ambulatoriais selecionados e internações clínico-cirúrgicas de média complexidade)
- Acesso a procedimentos ambulatoriais e internações de Alta Complexidade (AC), (cobertura de procedimentos selecionados de alta complexidade, internações clínico-cirúrgicas de AC, serviços de MC e AC a não residentes no município)
- Efetividade da atenção básica proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica, taxa de incidência de sífilis congênita, proporção de cura de novos casos de tuberculose e de hanseníase, cobertura de vacina tetravalente, cobertura de escovação de dentes supervisionada em grupo, proporção de extrações de dentes no total dos procedimentos dentários
- Efetividade de MC e AC/cuidados de emergência (% de partos normais, mortalidade na UTI de crianças com idade igual ou inferior a 15 anos e óbitos nas internações por infarto agudo de miocárdio)

O lançamento do indicador e a primeira classificação de estados e municípios suscitou um grande debate. Existem preocupações legítimas sobre a escolha dos indicadores, a consistência e a defasagem de dados (em algumas áreas, os dados dizem respeito a 2008 ou 2009), a abordagem utilizada no agrupamento de municípios pequenos e as ponderações atribuídas a cada indicador na construção do índice global. No entanto, o IDSUS representa um grande passo à frente na medição de desempenho, com o seu claro objetivo de medir resultados e não processos e o compromisso da transparência (dados disponíveis no site do MS). À medida que se resolvem questões metodológicas e de dados e são disponibilizados dados sobre tendências, o IDSUS tem potencial para se tornar uma ferramenta importante para monitorar e analisar comparativamente o desempenho entre as entidades subnacionais.

Figura 1.1 Um marco conceitual simples para avaliação do desempenho do sistema de saúde

Fontes: Baseado em vários enquadramentos de desempenho do sistema da saúde (Hurst and Jee-Hughes, 2009; OCDE, 2002; OMS, 2000; OMS, 2007; Roberts et al, 2008; Smith et al, 2008).

é variável nos diferentes marcos, mas o financiamento, a prestação de serviços, a governança e os recursos humanos estão presentes em muitos deles.

Com base nas abordagens destacadas, a nossa avaliação do SUS e a estrutura deste relatório têm por alicerce a estrutura simples esboçada na Figura 1. Com o intuito de se avaliar o processo de mudança (em oposição ao desempenho do sistema de saúde em um determinado momento), o relatório começa por analisar a evolução dos elementos ou blocos essenciais do sistema de saúde ao longo do tempo. Assim, os objetivos e os princípios, definidos pela legislação que criou o SUS, representam o ponto de partida. Em particular, face à ênfase da construção do SUS na expansão do acesso, melhoria dos cuidados primários e integração do sistema de saúde, aumento dos gastos públicos com a saúde e descentralização, uma grande parte do Capítulo 2 é dedicada a analisar alterações na estrutura e na organização da prestação de serviços, bem como no financiamento dos serviços de saúde. O relatório também estuda elementos selecionados na responsabilização do sistema de saúde. Outras funções ou blocos essenciais do sistema, designadamente recursos humanos, informações, produção e gestão de produtos e tecnologias médicas, recebem menos atenção no relatório, já que essas áreas tiveram menos relevo na visão original de construção do SUS e porque elas têm um impacto menor nos resultados finais de interesse para a avaliação.

No Capítulo 3, faz-se a análise do desempenho em termos de resultados intermediários e finais, enfocando primeiramente acesso e cobertura, qualidade e eficiência, antes de se avaliar em que grau o sistema de saúde tem contribuído para melhores resultados de saúde, menor ônus financeiro sobre as famílias e níveis de satisfação mais elevados.

O desempenho do sistema é avaliado com referência a um vasto leque de indicadores relacionados com insumos, produtos e resultados. Para a maior parte dos indicadores utiliza-se 1985 (ou o ano mais próximo) como ponto de referência para comparações ao longo do tempo. Como em qualquer avaliação de desempenho de sistemas de saúde, este relatório encontrou várias limitações relativamente a dados. Falta de consistência dos dados ao longo do tempo (devido a questões de definição, medição ou de qualidade) e disponibilidade de dados anteriores à reforma foram, sem dúvida, os desafios mais significativos. Em áreas onde existam dados em nível subnacional ou de agregados familiares, eles são utilizados para clarear disparidades nos resultados.

Na sua maioria, o desempenho é avaliado em relação aos níveis ou resultados pré-reforma e a quaisquer metas ou alvos que tenham sido estabelecidos no início da reforma. Tanto quanto possível, o relatório busca determinar em que medida as melhorias nos resultados (por exemplo, acesso, estado da saúde ou proteção financeira) podem ser atribuídas a alterações nas funções ou nos blocos de construção do sistema de saúde (por exemplo, prestação de serviços ou financiamento). Em certas áreas, isso é possível olhando o desempenho relativo de Estados ou municípios com diferentes coberturas ou calendário de reformas ou então centrando a atenção em resultados que podem estar mais diretamente associados a alterações no sistema de saúde. No entanto, nenhuma abordagem proporcionará uma imagem completa. A avaliação tenta também colocar num contexto internacional as tendências e níveis de indicadores chave, permitindo assim uma perspectiva comparativa do desempenho e desafios remanescentes.

Qual é a contribuição deste relatório?

Nos anos recentes houve vários esforços destinados a avaliar a construção do SUS e o desempenho do sistema de saúde brasileiro em termos mais amplos (por exemplo, CEBES 2010; CONASS 2006; Medici 2011; Paim et al, 2011; The Economist Intelligence Unit 2011; Victora et al, 2011; Wagner 2008). A maioria dessas avaliações aponta para uma mistura de avanços importantes e de deficiências significativas do SUS. Há uma forte unanimidade quanto aos pontos fortes do SUS, sendo os mais citados a melhoria no acesso e nos resultados e programas e iniciativas bem-sucedidos em atenção primária e saúde pública.

Existe, porém, menor concordância quanto às deficiências do sistema. Alguns autores destacam as lacunas que permanecem relativamente à cobertura e acesso, qualidade dos cuidados e persistente fragmentação do sistema de saúde. Outros autores referem o aumento da ineficiência, a incapacidade das reformas de confrontar vícios antigos do setor público (por exemplo, patrimonialismo, dominação por categorias profissionais e interesses privados e fraca gestão) e a falta de inovação no setor. Existe, contudo, um amplo consenso sobre a necessidade de se melhorar o desempenho do sistema para responder às expectativas e necessidades de uma população que está envelhecendo rapidamente, mediante a expansão da atenção primária, o estabelecimento de redes regionais de atenção à saúde, novos modelos de prestação de serviços (maior autonomia ou modalidades de contratação) para os hospitais e a atenção primária e programas de garantia de qualidades.

Partindo dessas avaliações anteriores, este relatório visa a fornecer uma avaliação objetiva e neutra do desempenho do sistema e dos desafios futuros¹⁰. Relativamente ao escopo da avaliação, o relatório estende esforços anteriores em diversas áreas, com dados atualizados e uma discussão mais aprofundada dos gastos governamentais com a saúde, do financiamento intergovernamental e dos gastos privados diretos. Ademais, ao comparar as conquistas do SUS contra três padrões de referência, como os objetivos originais do SUS conforme estabelecidos pelos seus princípios fundadores, as características do sistema de saúde que antecedeu o SUS e as conquistas dos sistemas de saúde em países comparáveis,

o relatório apresenta uma discussão abrangente da evolução do sistema de saúde pública, dos seus sucessos até a data e dos desafios que ainda existem.

O relatório busca também equiparar as evidências sobre expansão do acesso e da utilização com os níveis elevados de descontentamento público com o sistema de saúde, apontando áreas importantes onde as necessidades não são atendidas e os problemas generalizados de acesso à atenção especializada e a muitos serviços de diagnóstico. Por fim, o relatório tenta analisar e sintetizar as evidências sobre o modo como as reformas do sistema de saúde, nas duas últimas décadas, contribuíram para resultados melhores. Isso exige um olhar para além de tendências elevadas de mortalidade e morbidade para pesquisas mais recentes sobre internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, mortalidade evitável e o impacto da expansão da Estratégia de Saúde da Família.

Com base nessa análise, o relatório tenta apresentar recomendações que, não só se baseiam no diagnóstico apresentado e em experiências de outros países com reformas similares, mas também refletem as complexidades operacionais e políticas da formulação de políticas. Identifica também lacunas importantes de conhecimento e de que modo dados e pesquisas adicionais podem ajudar a encontrar respostas para os desafios das políticas públicas no setor da saúde.

Notas

- 1 - A taxa média de crescimento do PIB entre 2004 e 2010 foi de aproximadamente 4,4% (Ferreira de Souza, 2012).
- 2 - A incidência de pobreza extrema (USD PPP1.25) caiu de 16,4% para 4,7% entre 1995 e 2009; a desigualdade, medida segundo o coeficiente de Gini, baixou de 0.599 para 0.539 durante o mesmo período (Ferreira de Souza, 2012).
- 3 - O relatório baseia-se em três documentos de referência: uma análise do Desempenho e Responsabilização no Sistema de Saúde do Brasil (Couttolenc, 2011a), uma avaliação do Programa de Saúde da Família (Macinko, 2011) e um relatório sobre Equidade no Sistema de Saúde Brasileiro (Rocha, 2011). Também se inspira numa análise recente do desempenho em nível estatal no âmbito do SUS (Couttolenc, 2011b) e num livro recente do Banco Mundial sobre implicações do envelhecimento no Brasil (Gragnotati et al, 2011).
- 4 - Para uma informação detalhada do processo conduzindo à criação do SUS, vide Lima et al. 2005.
- 5 - Provedores privados, sob contrato com o INAMPS, constituíam a maior parte do sistema (passando de 26,5% dos gastos totais do INAMPS em 1984, para 55% em 1987 (Couttolenc, 1991).
- 6 - O INAMPS só foi formalmente revogado em 1993.
- 7 - Esta seção baseia-se em uma análise detalhada de abordagens para avaliação do desempenho do sistema de saúde, que foi realizada como um documento de referência para o estudo. O enquadramento usado nesta avaliação foi revisto pelos homologos do MS durante a fase de consulta e considerado consistente com esforços do MS, passados e em curso, destinados a avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro.
- 8 - Um relatório de referência (Couttolenc, 2011), disponível mediante solicitação, analisa estes modelos e enquadramentos.
- 9 - São metas “intermédias” na medida que têm o seu valor próprio, mas também porque contribuem para os resultados finais.
- 10 - Conquanto o objetivo principal do relatório seja estimular o debate, obter melhores dados e investigar o desempenho do sistema de saúde, o relatório também proporciona uma plataforma

importante que permite ao Banco Mundial avaliar o seu atual programa analítico e operacional no setor da saúde no Brasil e melhor definir atividades futuras com o MS federal, Estados e municípios.

Referências

- CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). 2006. *SUS: Avanços e desafios*. Brasília: CONASS.
- Cornwall, A., and A. Shankland. 2008. “Engaging Citizens: Lessons from Building Brazil’s National Health System.” *Social Science Medicine* 66 (10): 2173–84.
- Couttolenc, B. F. 2011a. “Health System Performance and Accountability Assessment in Brazil.” Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- . 2011b. “Taking Stock of Performance Reforms at the Sub-National Level in Brazil: Recent Performance Gains Achieved in the Health Sector, Hypotheses on Possible Drivers of Good and Bad Performance.” Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- Economist Intelligence Unit. 2010. *Broadening Healthcare Access in Brazil through Innovation*. London.
- Ferreira de Souza, P. 2012. “Poverty, Inequality, and Social Policies in Brazil, 1995 to 2009.” IPC-IG Working Paper 97, International Policy Centre for Inclusive Growth, Brasília.
- Gragnotati, M., O. Jorgensen, R. Rocha, and A. Fruttero. 2011. *Getting Old in an Older Brazil: Implications of Population Aging on Economic Growth, Poverty Reduction, Public Finance, and Service Delivery*. Directions in Development Series. Washington, DC: World Bank.
- Hurst, J., and M. Jee-Hughes. 2001. “Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems.” Labour Market and Social Policy Occasional Paper 47, OECD Publishing, Paris.
- Lima, N., S. Gerschman, F. Edler, and J. Suárez, eds. 2005. *Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Macinko, J. 2011. *A Preliminary Assessment of the Family Health Strategy (FHS) in Brazil*. Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- Medici, A. C. 2011. “Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde.” In *Brasil: A nova agenda social*, edited by E. L. Bacha and S. Schwartzman, 23–93. Rio de Janeiro: LTC.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2002. *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris: OECD.
- Paim, J., C. Travassos, C. Almeida, and J. Macinko. 2011. “O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios.” *Série Saúde no Brasil 1, thelancet.com* (May 9): 11–31.
- Passos, R. P., ed. 2010. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES.
- Roberts, M., W. Hsiao, P. Berman, and M. Reich. 2003. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York: Oxford University Press.
- Rocha, R. 2011. “Equidade no sistema de saúde brasileiro.” Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- Silva, P. 1983. “O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: A análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70.” *Cadernos FUNDAÇÃO 3* (6): 27–50.
- Smith, P., E. Mossialos, and I. Papanicolas. 2008. “Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges, and Prospects.” Background document, World Health

- Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Victora, C., E. Aquino, M. do Carmo Leal, C. Monteiro, F. Barros, and C. Szwarzwald. 2011. "Saúde de mães e crianças no Brasil: Progressos e desafios." *Série Saúde no Brasil 1, thelancet.com* (May 9): 32–46.
- Wagner, G. 2008. "SUS: 20 anos depois." Interview by Cátia Guimarães. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, September. http://www.epsv.fiocruz.br/upload/d/gastao_wagner.pdf.
- WHO (World Health Organization). 2000. *World Health Report 2000: Health Systems; Improving Performance*. Geneva: WHO.
- . 2007. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes; WHO's Framework for Action*. Geneva: WHO.
- World Bank. 2011. *World Development Indicators*. Washington, DC: World Bank.

A CONSTRUÇÃO DO SUS TRANSFORMOU O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO?

A construção do SUS visava a uma transformação fundamental do sistema de saúde, tendo como princípios essenciais a universalidade, a equidade, a integração, a descentralização e a participação. Desnecessário será dizer que a transformação desses princípios em realidade requer mudanças profundas sobre o modo como o sistema de saúde é financiado e organizado. Esta seção analisa as evidências que comprovam se essa transformação ocorreu ou não, enfocando na expansão e reorganização da provisão de serviços, financiamento dos serviços de saúde e disposições sobre governança e responsabilização do sistema. Mostra que houve um progresso significativo rumo aos objetivos originais da construção do SUS. A capacidade de provisão de serviços foi expandida, as disparidades regionais em termos de disponibilidade de serviços foram reduzidas, os cuidados primários de saúde foram reforçados, a maior parte das responsabilidades pela prestação de serviços foi descentralizada para os municípios, aumentaram as despesas governamentais com a saúde e foram introduzidos mecanismos e inovações institucionais diversos para melhorar a coordenação, participação e eficiência. Mas esta seção também deixa claro que a construção do SUS é um tema inacabado, em que a coordenação e o financiamento intergovernamentais e a avaliação e consolidação dos modelos de contratação, integração e provisão de serviços de saúde se destacam como desafios importantes para o futuro.

Expansão e reorganização da provisão de serviços

Tanto a universalização do acesso a serviços de saúde como as melhorias na equidade dependem fortemente da disponibilidade de serviços. Nesse domínio, a construção do SUS tinha por alvo uma série de deficiências aparentes do sistema pré-SUS, incluindo a limitada disponibilidade de serviços em algumas partes do País, o fraco sistema de cuidados primários e a centralização excessiva. Enquanto a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) debatia a “estatização” gradual como um princípio orientador da construção do sistema de saúde, a Constituição e legislação subsequente (Leis 8.080 e 8.142) não definiam quaisquer princípios ou objetivos específicos sobre a expansão do papel do setor público.¹¹

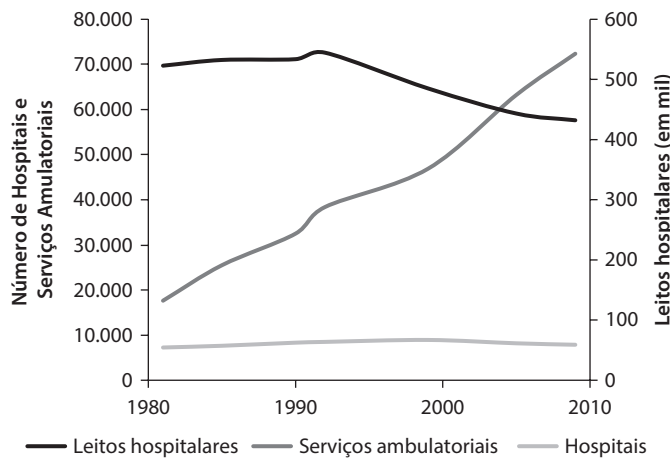
Expansão da rede de provisão de serviços e uma maior orientação para cuidados primários

A partir dos primeiros anos da década de 80, a rede de serviços de saúde registrou uma expansão significativa, tendo o número de unidades aumentado de cerca de 22.000 em 1981 para quase 75.000 em 2009. Esse acréscimo de estabelecimentos de saúde começou nos anos 70 e 80, quando o governo militar promoveu uma rápida expansão do sistema mediante contratação de prestadores privados. No entanto, a construção do SUS assinalou uma mudança importante no rumo da política e alocação de recursos, sendo as unidades ambulatoriais responsáveis pela maior parte desse aumento de serviços. Na verdade, como indica a Figura 2, abaixo, o crescimento do número de serviços é inteiramente explicado por uma expansão da rede ambulatorial, enquanto o número de hospitais se manteve estável (de 6.342 para 6.875) e houve uma redução do número de leitos hospitalares.

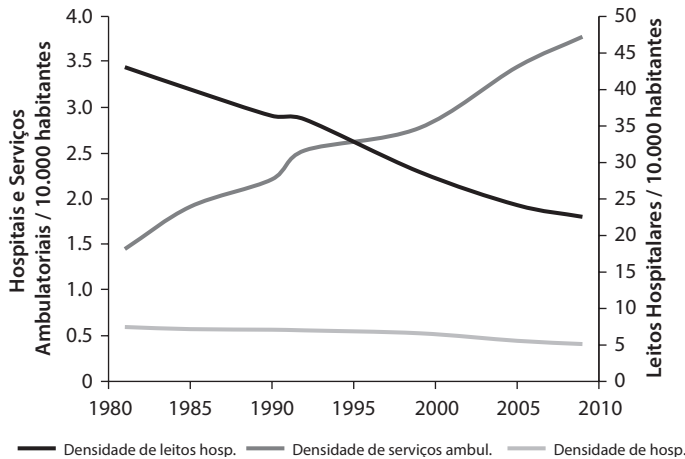
Em termos de densidade de serviços e leitos relativamente à população, tanto o número de hospitais quanto o número de leitos hospitalares por 10.000 habitantes baixou nos últimos 20 anos, enquanto a densidade de instalações ambulatoriais aumentou quase três vezes, de 1,3 em 1981 para 3,6 em 2009 (figure 2.2).

O aumento de serviços ambulatoriais dá uma indicação clara da ênfase crescente em cuidados primários durante as duas últimas décadas. Um fator fundamental por trás dessa alteração tem sido a rápida implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Desde os anos 80, foi realizado um piloto da ESF no Ceará e em outros estados, e o modelo foi adotado como estratégia nacional para a reorganização do sistema de provisão de serviços saúde no sistema público em 1994 (ver Box 1 para um resumo das características da ESF).¹² A ESF, que constitui uma parte integrante do SUS, tinha por objetivo melhorar os serviços de atenção primária à saúde (prestados nos postos e centros de saúde) existentes no País. Os problemas com o modelo anterior (conhecido por Unidade Básica de Saúde – UBS) incluíam disponibilidade inadequada, má distribuição geográfica, falta de provedores de saúde

Figura 2.1 Evolução da rede de serviços, 1981-2009



Fonte: IBGE (Pesquisas AMS).

Figura 2.2 Evolução da rede de serviços, 1981-2009 (densidade)

Fonte: IBGE (Pesquisas AMS).

Caixa 2.1 Atenção primária e prevenção no Brasil: a Estratégia de Saúde da Família e outras iniciativas

A Estratégia de Saúde da Família inspirou-se no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, uma iniciativa de saúde comunitária testada em áreas rurais do Ceará durante a década de 1980. Inicialmente, foi desenvolvida em paralelo com o PACS, até que gradualmente o substituiu. Foi desenhada para proporcionar um primeiro contato e garantir o cuidado individual integral coordenado com outros serviços de saúde. A ênfase é em cuidados que se processem no contexto da família e comunidades, indo além das paredes dos serviços clínicos e entrando nas casas das pessoas. Na ESF, equipes de saúde multidisciplinares (compostas de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4-6 trabalhadores comunitários de saúde) são organizadas por regiões geográficas para prestarem cuidados de saúde primários a aproximadamente 1.000 famílias (ou cerca de 3.500 pessoas). Em 2004, equipes de saúde bucal foram adicionadas ao programa para suprir uma lacuna de longa data em cuidados dentários no sistema público.

As equipes de ESF estão baseadas em centros ou postos de saúde e são apoiadas por profissionais da unidade que não façam parte da equipe. A sua atuação, porém, está fortemente enfocada em ações sociais externas, com visitas mensais a famílias cadastradas e envolvendo atividades de prevenção e promoção da saúde. Visava, portanto, a corrigir as limitações do modelo anterior, centrado nas unidades de saúde e numa abordagem passiva e curativa aos cuidados. Inclui não apenas atividades típicas de APS, direcionadas sobretudo para crianças e mulheres, mas também atividades centradas no controle de doenças transmissíveis e crônicas, abrangendo tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes. Dados disponíveis indicam que o acompanhamento pelo ESF de hipertensos e diabéticos duplicou entre 2001 e 2006. The program is monitored through an intergovernmental "Agreement on Basic Care" (*Pacto de Atenção Básica*) and more recently through a broader "Agreement for Life" (*Pacto pela Vida*), which covers 12 indicators related to the ESF strategy. However, the quality and reliability of the indicators reported are questionable and vary by state.

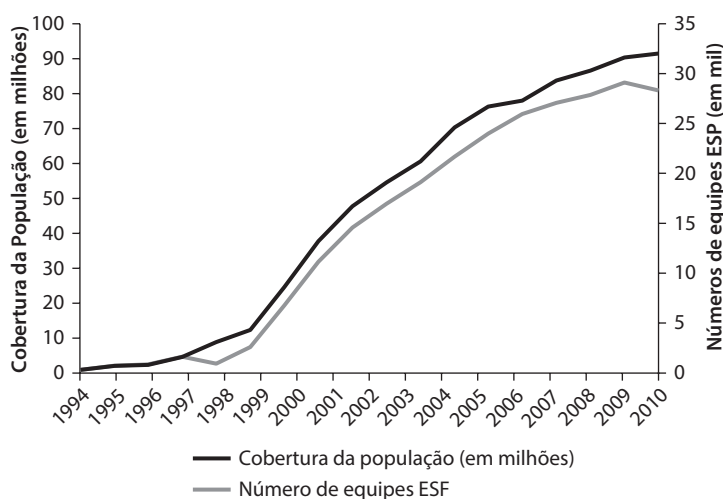
Fonte: Macinko, 2011, Schmidt et al, 2011 e website do Ministério da Saúde.

treinados (especialmente médicos), pouco ou nenhum engajamento comunitário e um descontentamento generalizado com a qualidade dos serviços e os longos períodos de espera. Em contrapartida, a ESF foi desenhada para ser o primeiro contato, e garantir o cuidado individual integral coordenado com outros serviços de saúde. O enfoque era em cuidados que se processam no contexto da família e das comunidades, para além das paredes dos serviços clínicos e entrando nas casas das pessoas. Na ESF, equipes de saúde multidisciplinares (compostas de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4-6 trabalhadores comunitários de saúde) são organizadas por regiões geográficas para prestar cuidados primários a cerca de 1.000 famílias (ou aproximadamente 3.500 pessoas).¹³

A ESF cresceu rapidamente: entre 1998 e 2010, as equipes ESF passaram de 4.000 para mais de 31.600 e o número de pessoas cadastradas subiu de 10,6 para mais de 100 milhões, ou precisamente mais de 50% da população brasileira (Figura 2.3). A expansão da ESF avançou de forma desigual no País, mas atualmente está presente em mais de 90% dos 5.565 municípios do Brasil. A expansão do ESF foi complementada por outros importantes programas e iniciativas de saúde enfocados na prevenção e promoção da saúde (Caixa 2.2).

A expansão da Estratégia de Saúde da Família começou em áreas pobres e por áreas pobres e com pouca disponibilidade de serviços dos estados nordestinos, aproveitando o programa de agentes comunitários de saúde, (PACS).¹⁴ A Figura 2.4 revela claramente esse fato, mostrando como a evolução da cobertura do programa tem variado, dependendo do nível de desenvolvimento econômico do município. Seguindo a mesma linha, Rocha e Soares (2009) indicam que, após o controle de diversas variáveis, a adoção tendia a ser maior em áreas com condições iniciais de recursos e saúde mais pobres (por exemplo, água e saneamento) e com acesso limitado ou sem acesso a serviços de saúde. Esse padrão encontra-se refletido também nos dados dos inquéritos domiciliares. A Figura 2.5 utiliza

Figura 2.3 Expansão do Programa de Saúde da Família, 1994-2010



Fonte: Ministério da Saúde/DAB (2011). A cobertura é estimada com base em metodologia do MS, que consiste em multiplicar o número de equipes por 3.450.

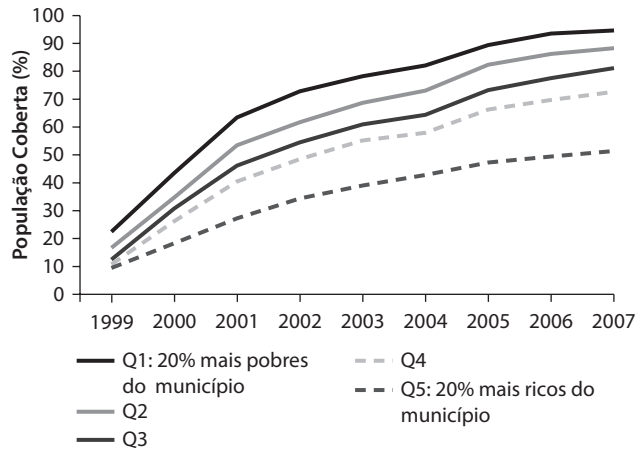
Caixa 2.2 Cuidados primários e prevenção para além da ESF

Para além dos conhecidos ESF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, foram adotados novos programas de saúde pública nos últimos anos que testemunham a ênfase renovada em atenção primária, prevenção e promoção da saúde. O Programa Brasil Sorridente tem aumentado o acesso a cuidados odontológicos e a Farmácia Popular do Brasil facilitou o acesso a medicamentos essenciais gratuitos ou subsidiados, respondendo assim a duas das maiores deficiências na cobertura do SUS. Outras iniciativas se direcionaram para a prevenção e controle de doenças crônicas. O tão bem-sucedido Programa Nacional para Controle do Tabaco alterou, em certa medida, os hábitos tabagistas e acabou por impor a proibição de fumar em lugares públicos; teve também por base um componente de informação e educação sobre saúde e contribuiu para um declínio significativo de doenças não transmissíveis (DNT). O programa conseguiu reduzir significativamente o número de fumantes (de 35% em 1989 para 16% em 2006) e a intensidade do uso entre fumantes brasileiros (Iglesias e tal, 2007). Outros programas enfatizam a prevenção e o controle de doenças crônicas. Um programa para o controle de hipertensão e diabetes tem por enfoque a medição de rotina da pressão arterial (falta acrescentar o controle glicêmico), seu controle farmacêutico por meio da distribuição (gratuita) de medicamentos e a promoção de exercício físico. Os Programas Nacionais de Controle de Câncer de Mama e de Útero centram-se na prevenção, detecção precoce e tratamento da doença. Centros de Cuidados Psicossociais foram implementados em muitos municípios para expandir a cobertura de serviços ambulatoriais de cuidados mentais e facilitar o regresso à casa de pessoas com distúrbios mentais e o Programa de Combate ao Abuso de Álcool e Drogas visa a reduzir as internações devidas a esses distúrbios. Esses programas são indicativos de uma maior atenção dada ao gerenciamento de doenças crônicas e ao controle de seus fatores de risco. Mais recentemente, essas iniciativas foram consolidadas num Plano Nacional de Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que inclui ações de (i) vigilância, geração de informações e pesquisa e avaliação e monitoramento; (ii) promoção da saúde mediante abordagem multissetorial de resposta a fatores de risco, promoção e facilitação de exercício físico, alimentação saudável e promoção de envelhecimento ativo e campanhas para reduzir o consumo de tabaco e álcool; e (iii) cuidados integrais desde o rastreamento e a detecção precoce até diretrizes clínicas, medicamentos gratuitos e cuidados de urgência e domiciliares.

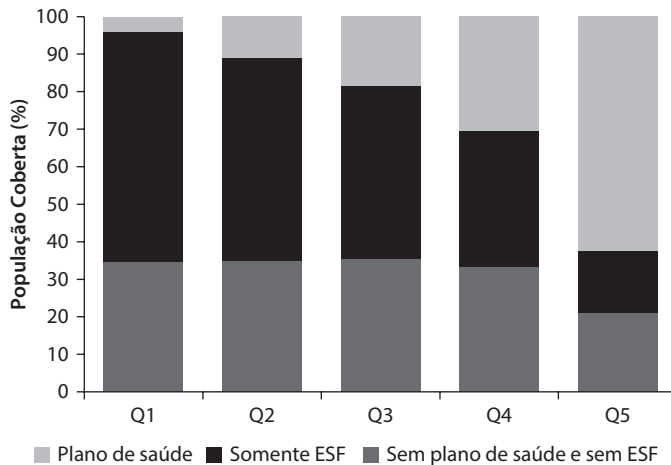
Fonte: Macinko, 2011, Schmidt et al, 2011 e website do Ministério da Saúde.

dados individuais da PNAD 2008 e revela que as pessoas listadas como cadastradas na ESF apresentavam maiores chances de estar situadas entre os quintis de renda mais baixos e que a proporção de famílias inscritas na ESF baixava à medida que o rendimento aumentava. Porém, até mesmo no segundo quintil mais rico (4º quintil), havia mais famílias cobertas pela ESF do que inscritas em planos privados de saúde.

No entanto, após a implementação inicial e uma rápida expansão do programa até cerca de 2002, ele cresceu lentamente e de forma irregular (Macinko, 2011) (Tabela 2.1). O abrandamento da expansão do programa foi observado não apenas entre os primeiros usuários, mas em todos os grupos de municípios. Como resultado, municípios maiores (capitais estaduais e áreas metropolitanas), que foram os últimos a adotar a estratégia, continuam defasados, com taxas de cobertura na faixa de 35% a 45%.¹⁵ Uma razão

Figure 2.4 Cobertura do ESF por quintil de renda, 1985-2007

Fonte: Macinko (2011), de MS/DATASUS.

Figura 2.5 Cobertura do ESF por quintil de renda (2008)

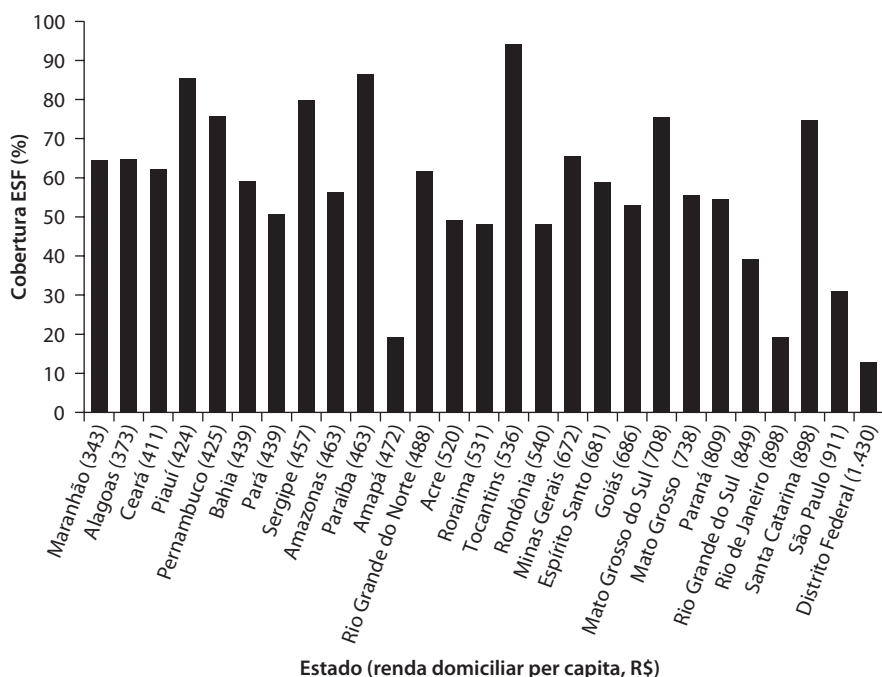
Fonte: PNAD, 2008. Análise inclui ponderações pós-estratificação e controle para desenho complexo de pesquisa (Macinko, 2011).

possível para a estagnação da cobertura é a subordinação a contratos de curto prazo na maioria dos municípios.¹⁶ Essas medidas desestabilizadoras têm sido cada vez mais criticadas e questionadas por motivos de ordem regulatória, as quais podem ter impedido os municípios de continuar expandindo o programa. Contudo, restrições impostas à contratação de funcionários públicos (associadas com a Lei de Responsabilidade Fiscal, limitando a proporção de orçamento que pode ser gasta com pessoal) deixaram pouca alternativa à estratégia de terceirização. Ademais, Rocha e Soares (2009) revelam que a probabilidade e o momento em que um determinado município adotava a ESF eram

Tabela 2.1 Expansão da cobertura de ESF e PACS por tamanho de município, 1998-2010

Municípios	Cobertura (%)				Mudança na cobertura (%)		
	1998	2002	2006	2010	1998-02	2002-06	2006-10
Pop > 1,000,000	2.0	21.0	32.9	36.8	19.0	11.9	3.9
Pop 350,000-999,999	4.4	30.5	42.5	45.4	26.1	12.0	2.8
Pop 100,000-349,999	9.2	38.4	49.6	56.7	29.2	11.3	7.1
Pop 50,000-99,999	17.3	54.5	66.6	71.7	37.1	12.1	5.2
Pop 20,000-49,999	20.6	62.7	75.3	87.2	42.0	12.7	11.9
Pop < 20,000	23.3	73.8	85.4	98.5	50.5	11.6	13.1

Fonte: Base de dados online MS/SIAB.

Figura 2.6 Cobertura do ESF em 2008, em %

Fonte: MS/DATASUS. Os estados estão ordenados por renda familiar per capita (entre parênteses); dados do IPEA.

influenciados por fatores políticos, com maior probabilidade de adesão por parte de municípios governados por partidos de esquerda e pelo PSDB (este último no poder, em nível federal, de 1994 até 2002).

Como resultado desse padrão de expansão, subsiste uma variação significativa na cobertura de ESF, havendo tendência para as taxas de cobertura serem mais altas nos Estados com renda familiar per capita mais baixa (figure 2.6).

Para além da rápida expansão dos serviços ambulatoriais de saúde e do ESF em áreas anteriormente com baixo acesso, foram também implementadas outras iniciativas para

melhorar o acesso a serviços específicos, em particular cuidados dentários e medicamentos grátis. Essas iniciativas eram também direcionadas para estados do Norte e do Nordeste, em conjunto com outros estados com indicadores precários (Paraná e Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Rondônia).

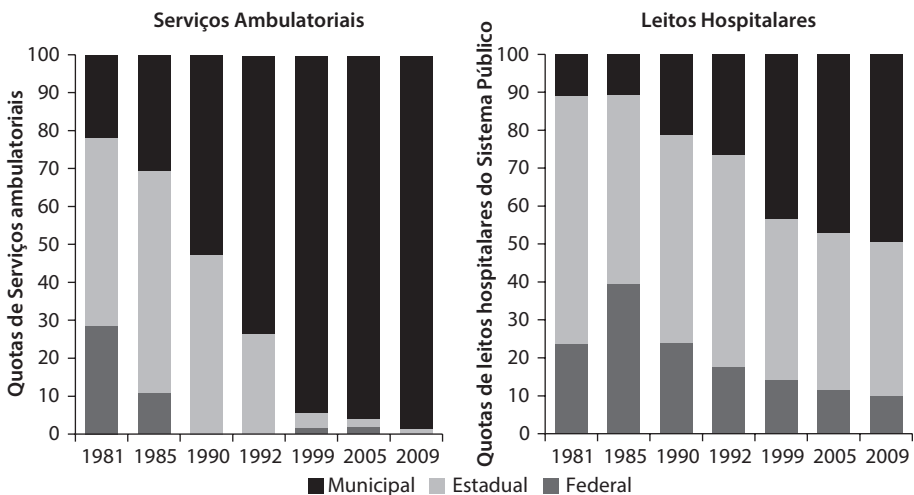
Em muitas partes do País, o tradicional modelo de prestação de cuidados de saúde primários por meio de centros e postos de saúde continua a ser implementado, o que torna difícil precisar a cobertura da atenção primária à saúde (por oposição à cobertura específica da ESF). Por exemplo, no caso do município do Rio de Janeiro, em fevereiro de 2012 existiam 599 equipes de saúde da família, operando a partir de clínicas da família e centros de saúde. Isso se traduz em uma cobertura de ESF de aproximadamente 33%. Porém, o município estima que um adicional de 17% da população tenha acesso a centros de saúde municipais, que oferecem um pacote de serviços mais limitado e que outros 30% a 40% da população estejam cobertos por planos privados de saúde com cobertura de cuidados primários de saúde.

Descentralização e alteração da composição público-privada

A expansão e a reestruturação da rede de prestação de cuidados foi acompanhada de uma profunda descentralização da responsabilidade pela provisão de serviços. O aumento do número de serviços ambulatoriais foi quase inteiramente em nível municipal e, em 2009, praticamente não existiam unidades ambulatoriais sob administração estadual ou federal (Figura 2.7). A descentralização não foi tão intensa em termos de cuidados hospitalares: a porcentagem de leitos hospitalares sob controle municipal aumentou de 11% para quase 50% em 2009, mas uma quota significativa de leitos públicos ainda está sob administração estadual e federal.

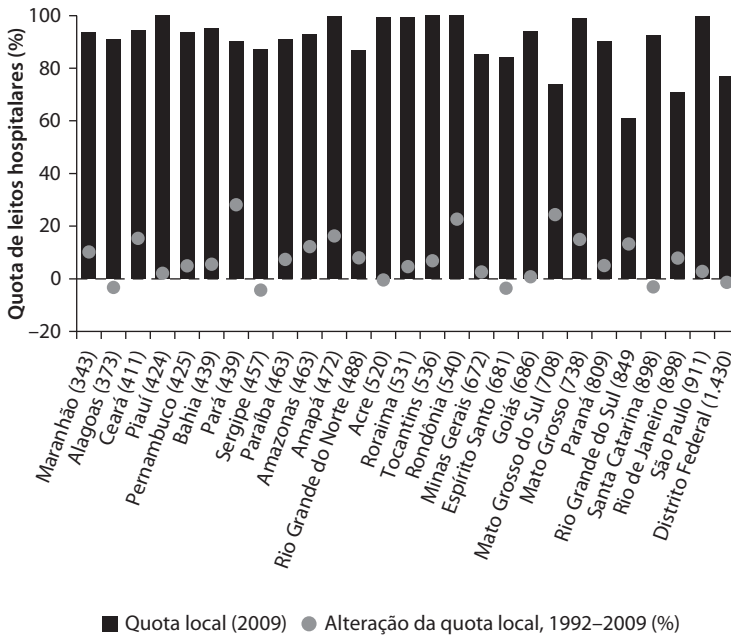
É grande a variação entre estados quanto ao grau de descentralização de leitos hospitalares, com a porcentagem de leitos geridos por estados e municípios oscilando entre 60%

Figura 2.7 Descentralização de serviços ambulatoriais e leitos hospitalares do sistema público, 1981-2009



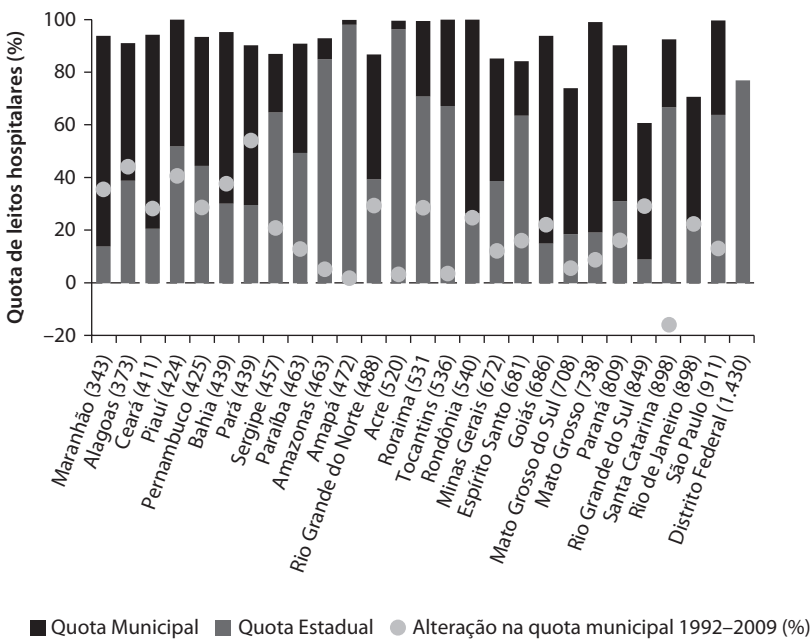
Fonte: IBGE, 2010 (e outras pesquisas AMS).

Figura 2.8 Estados e municípios gerenciam a maior parte dos leitos hospitalares

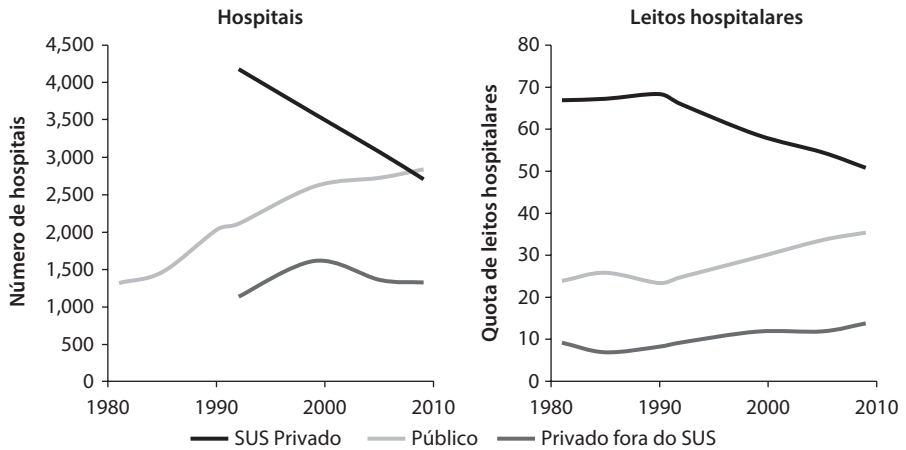


Fonte: Elaboração do autor a partir de dados MS/DATASUS.

Figura 2.9 Uma porcentagem crescente de leitos hospitalares é gerenciada por municípios



Fonte: Elaboração do autor a partir de dados MS/DATASUS.

Figura 2.10 Composição público-privada de hospitais e leitos hospitalares

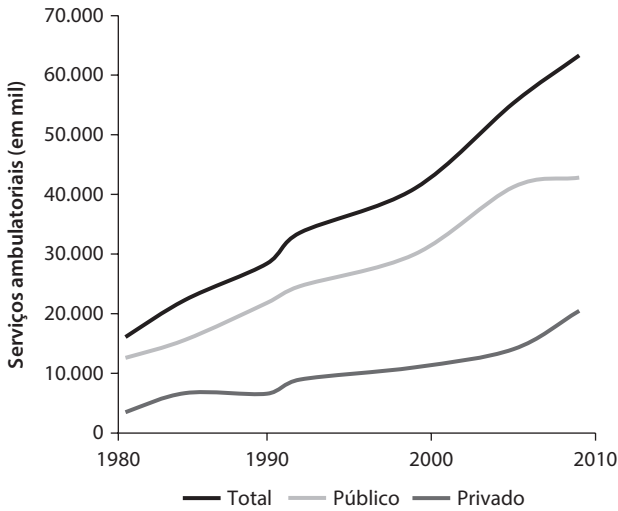
Fonte: IBGE (Pesquisa AMS).

e 100% (Figura 2.8). Na maioria dos estados, a quota de leitos hospitalares gerenciadas por estados e municípios tem aumentado ao longo dos últimos 20 anos. Há também uma variação considerável entre estados em relação ao número de hospitais gerenciados por estados e municípios (Figura 2.9). No entanto, na maior parte dos estados, a quota de camas sob gerenciamento municipal tem aumentado.

Os últimos 20 anos também assistiram a uma alteração da combinação pública/privada no setor hospitalar. Anteriormente à criação do SUS, o INAMPS contratava ao setor privado a maior parte dos cuidados hospitalares. Como referido, o SUS não tinha metas específicas para a expansão da rede de serviços públicos, mas havia uma nítida política de favorecimento da expansão do setor público, em detrimento da contratação de provedores privados. Isso está refletido nos dados que mostram que a ligeira redução no número de hospitais é, sobretudo, devida ao encerramento de hospitais privados sob contrato com o SUS (e com o INAMPS, antes do SUS), em especial no setor com fins lucrativos. O número de serviços sob gerenciamento público aumentou realmente, bem como o número de hospitais privados fora do SUS (Figura 2.10). Essa mudança foi alcançada, em parte, por meio da redução do número de hospitais com fins lucrativos sob contrato, mas também com a redução ao longo dos anos, em termos reais, das taxas de pagamento do SUS aos provedores privados, o que tornou impossível, para muitos hospitais, a sua sobrevivência com base em contratos com o SUS. Como resultado dessas alterações, a porcentagem de leitos hospitalares no setor público aumentou de 22% para 35%, mas o setor privado ainda representa mais de 50% dos leitos hospitalares.

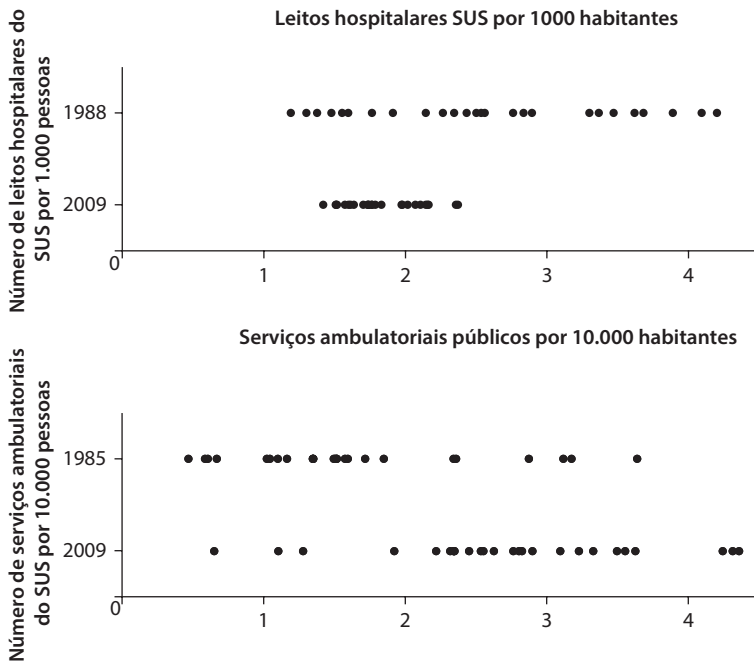
No caso do setor ambulatorial, uma grande parte do crescimento foi no setor público, mas houve também um rápido aumento no setor privado, que, em 2009, era responsável por 30% de todos os serviços ambulatoriais (Figura 2.11).

Figura 2.11 Composição público-privada de serviços ambulatoriais

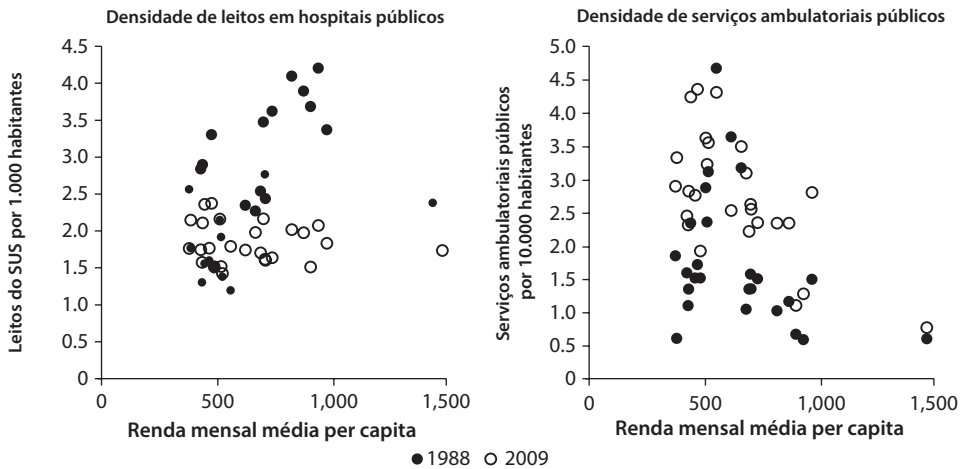


Fonte: IBGE (Pesquisa AMS).

Figura 2.12 Redução das disparidades na rede de serviços de saúde entre os estados



Fonte: Elaboração do autor a partir de dados MS/DATASUS.

Figura 2.13 Abrandamento do elo entre renda e densidade de serviços nos estados

Fonte: Elaboração do autor a partir de dados MS/DATASUS. Dados do IPEA sobre renda mensal média.

Menos disparidades regionais na disponibilidade de serviços

A expansão da rede SUS ajudou a reduzir desigualdades regionais na distribuição de recursos do sistema de saúde. Essa tendência é mais visível no caso de leitos hospitalares, onde a reestruturação do sistema reduziu significativamente a variação na densidade de leitos hospitalares (públicos) entre estados (ver Figura 2.12). Já em relação à distribuição de serviços ambulatoriais, essa tendência é menos clara. No entanto, há uma tendência de benefício dos estados nordestinos na expansão dos serviços ambulatoriais públicos. Como resultado, a densidade de serviços públicos é, hoje, consideravelmente superior em estados com uma renda per capita menor (Figura 2.13). Antes, era exatamente o oposto no caso de leitos hospitalares públicos, mas duas décadas de reestruturação do sistema público eliminaram praticamente qualquer elo entre densidade de leitos hospitalares públicos e a renda média em nível estadual.

Rumo a um maior e mais equitativo financiamento da saúde

Embora a construção do SUS não tenha estabelecido objetivos ou alvos explícitos em termos de fontes ou combinação de fontes de financiamento, ela se baseou na percepção de que o financiamento da saúde pública era inadequado e de que a elevada dependência dos gastos privados estava contribuindo para a fragmentação do sistema e para as desigualdades. Assim, havia expectativa de que a implementação da construção do SUS seria acompanhada de um aumento substancial de gastos públicos e de uma menor dependência dos gastos privados. Além disso, que a reorientação no sentido da atenção primária e da descentralização do sistema de saúde iria, inevitavelmente, ter grandes impactos tanto no financiamento como nos padrões de despesas. Mas, na prática, o que aconteceu?

Expansão do financiamento público

No início dos anos 80, o setor da saúde era financiado por meio de quatro principais esquemas ou fontes de financiamento: (i) Segurança Social (SS), pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que abrangia a população ativa no setor formal e seus dependentes; (ii) sistemas públicos fora da SS, consistindo de serviços federais e estaduais operados de forma independente, que prestavam serviços básicos particularmente à população pobre e outros grupos não cobertos pela SS; (iii) sistema de seguro de saúde privado; e (iv) pagamentos do próprio bolso por medicamentos e serviços (prestados sobretudo pelo setor privado). Em outras palavras, o sistema de saúde se compunha de vários sistemas verticais e não coordenados; cada um tinha a própria fonte de financiamento, a própria rede de serviços e abrangia uma população definida (até mesmo quando se tratava de “grupos de população não abrangidos por outros esquemas”). Um dos grandes impactos do SUS foi a unificação e a integração dos diversos sistemas independentes de financiamento e de prestação de serviços em um sistema com financiamento público e abrangendo a totalidade da população.¹⁷ Perante a arquitetura do SUS e as responsabilidades compartilhadas entre níveis de governo, os mecanismos financeiros sempre foram o alvo central da legislação, das regulamentações e das políticas do SUS e têm sido uma força determinante na formatação do sistema. Como foi dito acima, os primeiros anos de implementação do SUS enfocaram sobretudo o desenho de mecanismos destinados a transferir fundos federais para os estados e municípios e a definição de pré-requisitos para eles receberem as transferências. Essa abordagem burocrática teve os seus lados negativos (por exemplo, o complexo e pesado conjunto de regulamentações e requisitos administrativos e fluxos financeiros), mas ajudou a criar a arquitetura e os princípios básicos que constituem atualmente o SUS – mecanismos de financiamento, sistemas de M&E e espaços de negociação (conselhos e comitês de saúde) onde se decide a alocação de recursos e as prioridades.

Os elementos críticos do SUS são, provavelmente, os fundos de saúde estabelecidos em cada um dos níveis do sistema subordinados a um controle único. Impostos federais e contribuições sociais financiam o fundo federal que, por seu turno, financia quase todas as unidades e programas do MS e contribui significativamente para o financiamento de hospitais universitários (no Ministério da Educação). O fundo federal para a saúde é uma das principais fontes de contribuição para os fundos estaduais e municipais, que também são financiados por receita estadual e receita municipal. Essas transferências federais são um elemento essencial do sistema, uma vez que são o principal incentivo para adesão dos governos subnacionais às políticas e prioridades nacionais de saúde e à sua implementação dentro de um sistema político federalista.

Em princípio, os governos municipais, por meio dos seus fundos municipais de saúde, devem ser o principal prestador e comprador de serviços de saúde. Contudo, já que a maioria dos municípios são pequenos e têm limitada capacidade técnica e financeira, o financiamento de muitos dos serviços e de uma grande parte do SUS permanece nas mãos das autoridades estaduais e centrais.

A construção do SUS também desencadeou várias iniciativas destinadas a aumentar e estabilizar o financiamento público da saúde. A primeira, nos finais dos anos 80, visava a reservar para a saúde uma porcentagem fixa (30%) de receitas da segurança social. Mas

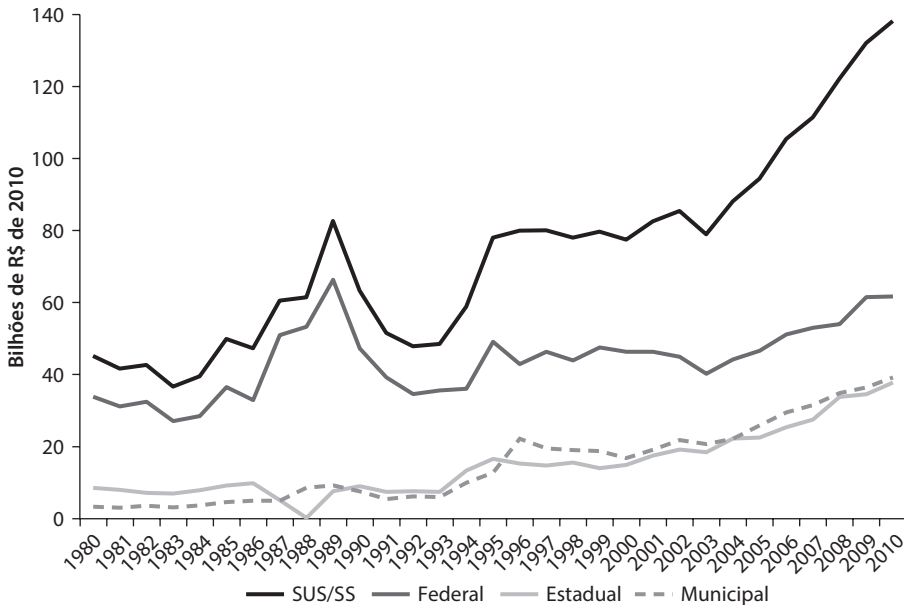
essa lei nunca foi aprovada; na realidade, no final da década, os gastos da saúde foram retirados da SS para serem financiados por receitas gerais e pelas novas “contribuições sociais”. Nos anos 90, uma segunda iniciativa criou um novo imposto reservado à saúde (CPMF, uma contribuição sobre transações financeiras). Contudo, a receita da CPMF nunca foi integralmente alocada à saúde, e outras fontes de financiamento foram substancialmente reduzidas, a tal ponto que os fundos da CPMF tiveram pouco impacto. Por último, uma emenda constitucional aprovada em 2000 (EC 29) tentou estabelecer níveis mínimos de despesas do governo com a saúde (como uma porcentagem do total das despesas governamentais). Essa medida foi bem-sucedida no sentido de aumentar os gastos estaduais e municipais, ao impor que uma porcentagem mínima do orçamento fosse aplicada à saúde (12% e 15%, respectivamente), embora nunca tenha sido aprovada uma decisão correspondente para o orçamento federal.

As evidências disponíveis indicam que os gastos públicos em saúde aumentaram significativamente a partir do início da década de 1980 (ver Figura 2.14 e Figura 2.15), com um crescimento de 224% em termos reais do total de gastos do governo com SUS/Segurança Social entre a primeira metade da década de 1980 e 2010, ou de R\$ 339 para R\$ 714 em valor per capita (crescimento de 111%).¹⁸ Conquanto tenha havido um aumento definitivo de gastos ao longo do tempo, as despesas flutuaram significativamente, com algumas fases distintas: (i) a primeira metade dos anos 80, quando os gastos oscilaram entre a crise econômica e a fase de recuperação (é por essa razão que utilizamos o valor médio do período 1980-85 como base de comparação); (ii) a segunda metade da década de 1980, quando os gastos quase duplicaram, tendo atingido o valor máximo em 1989; (iii) uma profunda redução entre 1990-1994; (iv) estagnação no nível mais alto, de 1995 a 2003; e (v) um período de crescimento contínuo com início em 2003, durante o qual os gastos quase duplicaram, ajudado por forte crescimento econômico.

Se bem que os gastos, em termos absolutos e per capita, tenham aumentado substancialmente, a porcentagem das despesas públicas de saúde no PIB (Produto Interno Bruto) subiu mais lentamente (Figura 2.16). De um nível de aproximadamente 2,5% no início da década de 1980, ela subiu rapidamente para 4% em 1989. Nas décadas que se seguiram, sofreu oscilações e níveis mais baixos, só recuperando em 2009 o seu nível de 1989. Em outras palavras, o esforço inicial de expansão dos gastos públicos, no final dos anos 80, não foi sustentado e só a partir de 2003 se verificou um aumento considerável nos gastos. A Figura 2.16 ilustra ainda a forte ligação entre os gastos públicos com a saúde e o ciclo econômico: aumentos durante a expansão econômica e reduções acentuadas durante períodos de declínio econômico. Essa tinha sido uma característica típica do financiamento público antes da instituição do SUS e assim permaneceu após a sua criação, não obstante ser uma das principais preocupações da reforma da saúde.

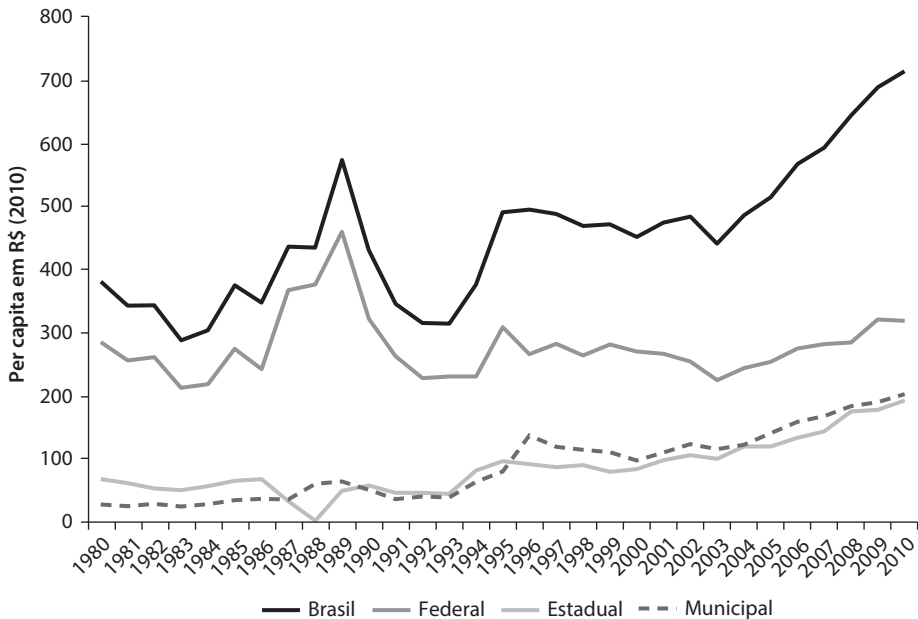
Com enfoque no período 1995-2010, para o qual existem dados comparáveis de outros países, a taxa média anual per capita de crescimento das despesas públicas de saúde (em termos reais) foi mais baixa no Brasil do que em muitos outros países de renda média (Figura 2.17). Enquanto, por exemplo, China, Turquia, Coreia do Sul e África do Sul registraram taxas de crescimento anuais entre 8% e 12%, os gastos públicos per capita com a saúde no Brasil aumentaram cerca de 3%. Os gastos per capita do

Figura 2.14 Tendências de longo prazo dos gastos em saúde do SUS/SS, 1980-2009



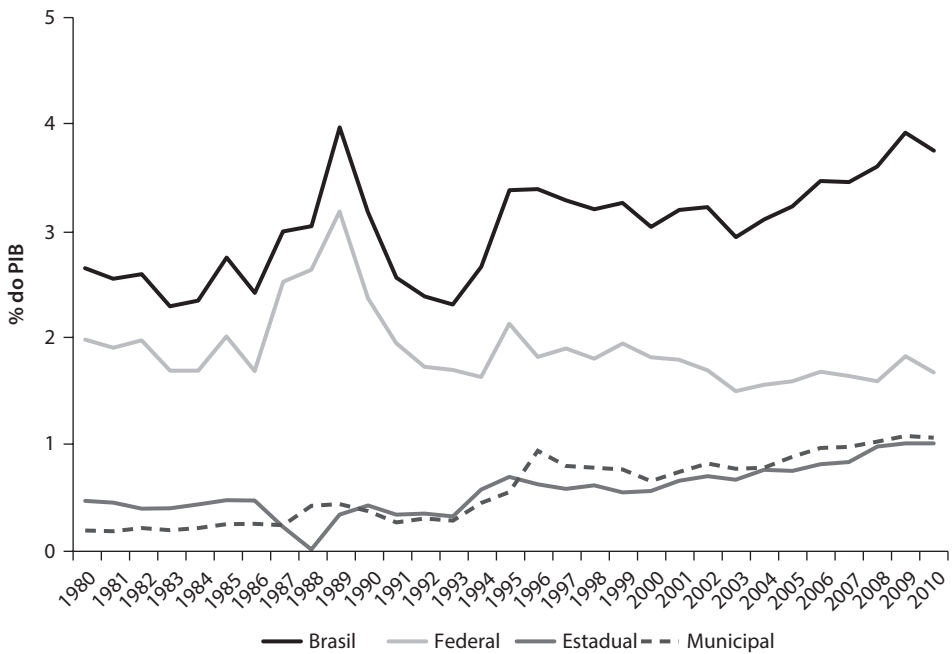
Fonte: estimativas do autor com base em MS/SIOPS, Ministério da Fazenda/STN (2010). Medici (1991). Despesa SUS inclui financiamento dos governos federal, estaduais e municipais; Segurança Social (SS) até 1990 incluía apenas financiamento federal (uma combinação de contribuições das folhas de pagamentos e outras “contribuições sociais” e impostos).

Figura 2.15 Tendência de longo prazo da despesa per capita no SUS/SS, em R\$ ao valor constante de 2010



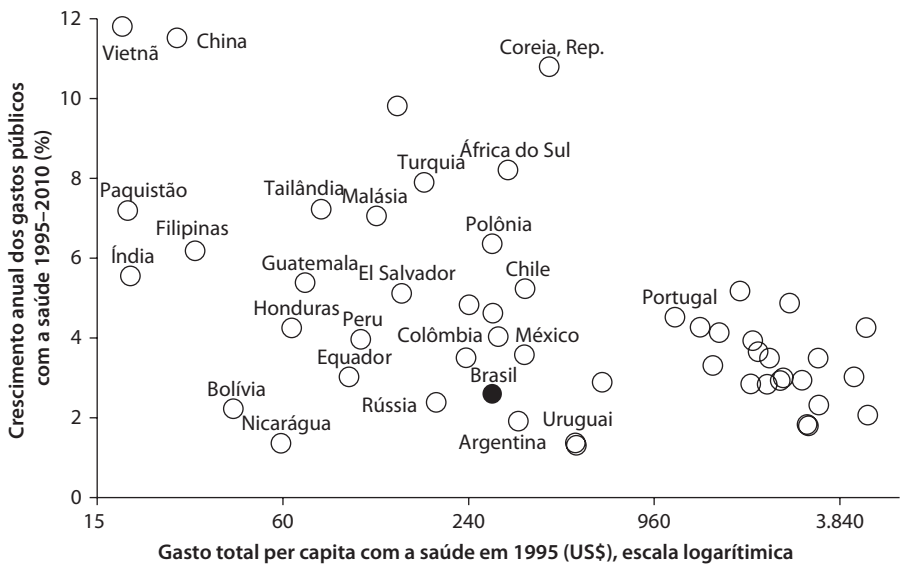
Fonte: Estimativas do autor com base em Ministério da Saúde/SIOPS, Ministério da Fazenda/STN (2010) e Médici (1991).

Figura 2.16 Tendência de longo prazo das despesas do SUS como uma porcentagem do PIB, 1980-2009

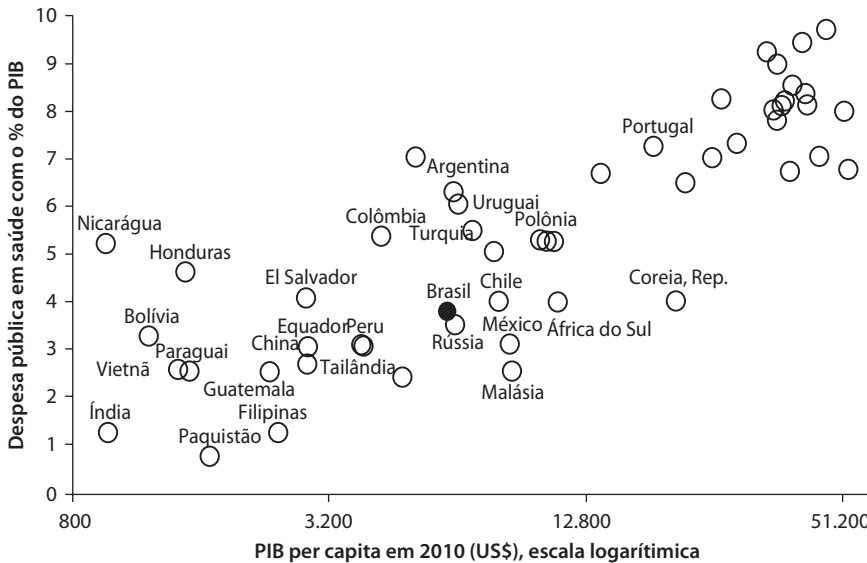


Fonte: Estimativas do autor com base em Ministério da Saúde/SIOPS, Ministério da Fazenda/STN (2010) e Médiçi (1991), IBGE (para dados PIB).

Figura 2.17 Crescimento lento nas despesas governamentais per capita com a saúde (1995-2010)



Fonte: Com base em dados das Contas Nacionais de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (<http://www.who.int/nha>).

Figura 2.18 Despesa Pública em Saúde como uma porcentagem do PIB (2010)

Fonte: Com base em dados das Contas Nacionais de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (<http://www.who.int/nha>).
Obs.: PIB = Produto Interno Bruto.

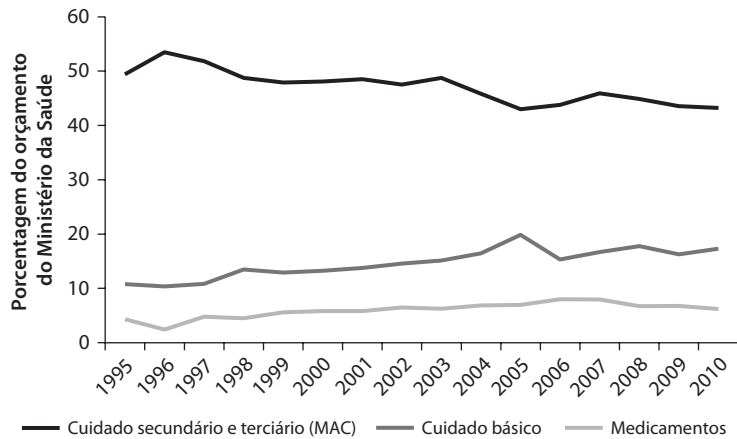
governo com a saúde aumentaram mais rapidamente a partir do início dos anos 2000 (em torno de 6% ao ano), mas ainda é inferior a muitos dos pares do Brasil.

Embora o crescimento dos gastos tenha sido relativamente lento, o Brasil partiu de uma base mais elevada que muitos dos seus pares. Consequentemente, o gasto público na saúde como uma porcentagem do PIB, atualmente um pouco abaixo de 4%, é consideravelmente mais baixo que o nível de gastos na maioria dos países da OCDE e em alguns parceiros de renda média, mas o Brasil não é, de forma alguma, um caso isolado (Figura 2.18). Porém, o lento crescimento das despesas públicas contrasta fortemente com a rápida expansão da capacidade de prestação de serviços e o volume de serviços ofertados por meio do SUS.

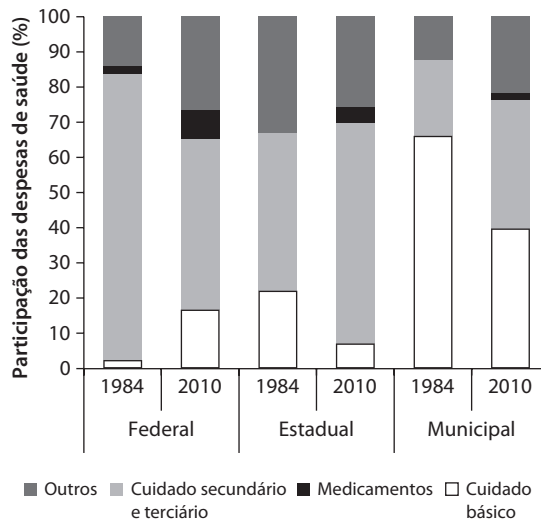
Alteração da composição da despesa pública com a saúde

A expansão da rede ambulatorial e do Programa de Saúde da Família, destacada na seção anterior, foi acompanhada de uma alteração nas prioridades para alocação de recursos, tendo os cuidados primários recebido uma porcentagem crescente de fundos federais (Figura 2.19). As transferências federais para cuidados básicos cresceram proporcionalmente entre 1995 e 2002 (de 11% para cerca de 20% das transferências totais) tendo posteriormente estabilizado em torno de 17%¹⁹. Em valores per capita constantes (2010), a despesa do MS com APS passou de R\$ 27,03 em 1995 para R\$ 50,06 em 2010.

Ocorreram também mudanças na composição de gastos em nível estadual e municipal (Figura 2.20). É bem claro que os governos municipais gastam a maior parte dos seus orçamentos de saúde com atenção primária, enquanto os governos estaduais gastam uma proporção baixa e decrescente (pois muita desta atividade foi transferida para os municípios); a proporção de orçamento federal está associada com transferências para

Figura 2.19 Alocação orçamentária do MS por nível de cuidado, 1995-2010

Fonte: MS (até 2001) e Sala de Situação (a partir de 2002).

Figura 2.20 Tendências na alocação de gastos por nível de governo, 1978-2010

Fonte: Estimativas do autor baseadas em dados orçamentários do MS e Ministério da Fazenda/STN.

Nota: as estimativas podem ser tendenciosas por causa de inconsistências e alterações na classificação de gastos, assim como de programas ou atividades incluídos em "administ. & outras".

os municípios, uma vez que o MS não tem praticamente qualquer responsabilidade na prestação de APS. Por outro lado, o declínio na proporção que a APS ocupa nos orçamentos municipais é devido à transferência das unidades hospitalares e ambulatoriais de referência para governos locais, associada com o processo de municipalização.

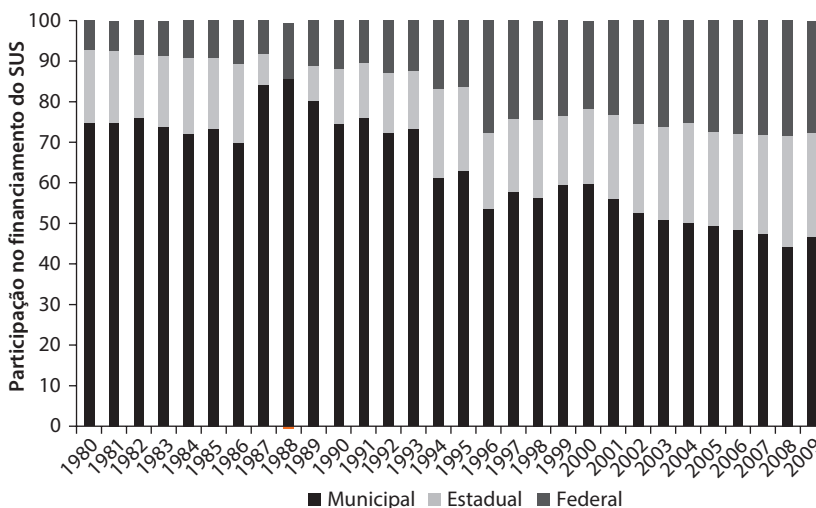
É difícil estimar o total da despesa SUS por essas categorias de serviços durante um período de tempo tão longo em virtude de lacunas ou inconsistências nos dados. Contudo, os dados disponíveis sugerem que a proporção do orçamento governamental para a saúde (função orçamento de saúde) alocada à subfunção Cuidados Básicos tem aumentado continuamente entre os primeiros anos da década de 1970 e 2010, tendo passado de 10% para aproximadamente 20%. O aumento é superior quando se adicionam aos cuidados primários a saúde pública e a vigilância sanitária. Mas a importância dos gastos em APS varia por nível de governo.

A realocação de recursos em favor da atenção primária ajudou a reduzir a natureza hospitalocêntrica do sistema existente nos anos 70 e 80. Não obstante, os serviços hospitalares continuam representando quase metade da despesa governamental e o gasto com o setor hospitalar subiu continuamente, apesar de uma redução nas admissões per capita do SUS. Parte desse aumento foi o resultado de investimento em serviços de elevada complexidade. Entretanto, os cuidados de média complexidade, que constituem o elo entre cuidados primários melhorados e expandidos e programas de alta complexidade de sucesso, há vários anos foram identificados como uma das grandes deficiências do SUS (vide, por exemplo, Ministério da Saúde, 2011). Na verdade, internações e cuidados ambulatoriais especializados receberam pouca atenção durante a implementação do SUS e esse segmento do sistema não consegue, frequentemente, responder ao aumento da demanda gerada pela expansão da APS e ao impact-to crescente de doenças crônicas (Ministério da Saúde, 2011).²⁰

Alteração da participação no financiamento pelos diferentes níveis de governo

Refletindo a drástica descentralização das responsabilidades com a provisão de serviços, a participação no financiamento pelos diferentes níveis de governo também mudou

Figura 2.21 Tendências da proporção de gastos em cada nível de governo, 1980-2009



Fonte: estimativas do autor com base em Ministério da Saúde /SIOPS, Medici (1991), Ministério da Fazenda/STN (2010).

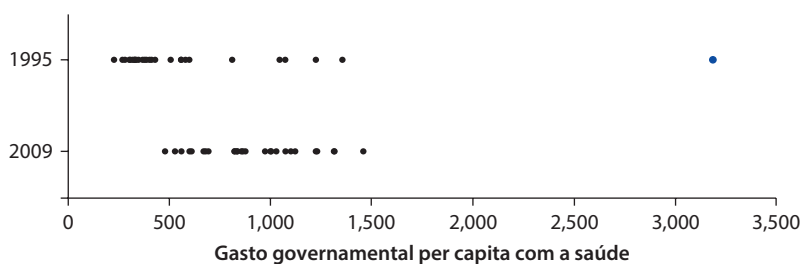
consideravelmente nas duas últimas décadas (Figura 2.21). Durante a maior parte dos anos 80, a despesa federal representava a parte maior dos gastos públicos (74% em média), tendo aumentado para 85% nos anos imediatamente precedentes à instituição formal do SUS. Desde então, a quota federal tem decrescido continuamente, tendo alcançado 45% no final da década de 2000. Em contraste, tanto a despesa municipal como a estadual sofreram um aumento contínuo a partir de 1988, representando 28% e 27%, respectivamente, em 2009. Esse aumento antecedeu a emenda constitucional em 2000, mas se tornou mais acentuado a partir dessa data.

Essa evolução no padrão de financiamento foi um resultado claro da transferência de responsabilidades para os governos municipais. Contudo, a estagnação dos níveis de gastos federais tem sido muito criticada pelos analistas e apoiadores do SUS como sendo inconsistente com os objetivos do sistema. Ademais, muitos estados e especialmente municípios atingiram um nível de contribuição financeira que é difícil de aumentar ainda mais e até talvez de manter (vide, por exemplo, Pereira et al, 2006, de Souza e Hamann, 2009 e Macinko, 2011).

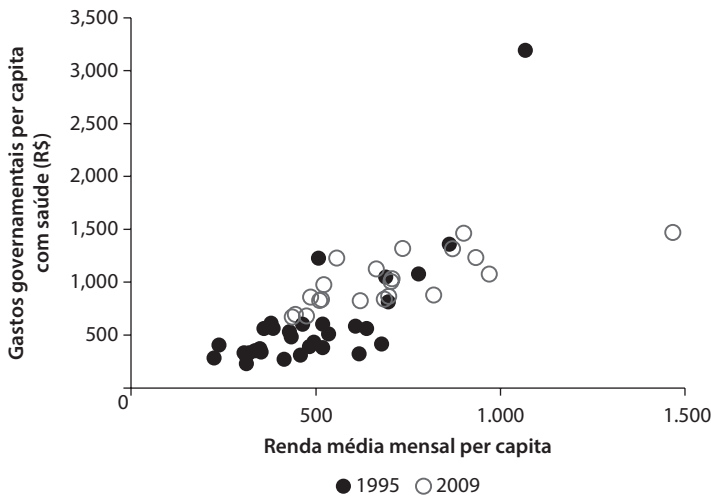
Reduzir disparidades regionais nos gastos governamentais

Se bem que a construção do SUS não tenha aumentado tanto o gasto governamental na saúde como alguns previam, ela conseguiu reduzir significativamente as disparidades com gastos governamentais entre estados e municípios. Isso foi alcançado por meio de investimentos direcionados para a expansão do sistema de saúde em áreas do País mais com menos acesso, mas também com a alteração dos critérios para atribuição de fundos federais e estaduais à saúde. Com efeito, as transferências federais estavam cada vez mais direcionadas para os estados mais pobres do Nordeste e do Norte, com cinco dos dez estados que registraram os maiores aumentos do gasto federal localizados no Nordeste e três no Norte. Nos estados mais ricos do Sudeste, Sul e Centro-Oeste, apenas três estados obtiveram um aumento do gasto federal (Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina). Conseqüentemente, a variação do gasto per capita não apenas baixou (Figura 2.22), como também a relação entre renda média do estado e gasto em saúde foi enfraquecendo ao longo do tempo (Figura 2.23). Mesmo assim, permanecem ainda lacunas significativas na despesa, com o gasto per capita oscilando entre aproximadamente R\$ 500 no Pará, Ceará e Maranhão e acima de R\$ 1.300 no Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul e São Paulo.

Figura 2.22 Evolução de gastos em saúde do SUS nos vários estados, 1995-2009.

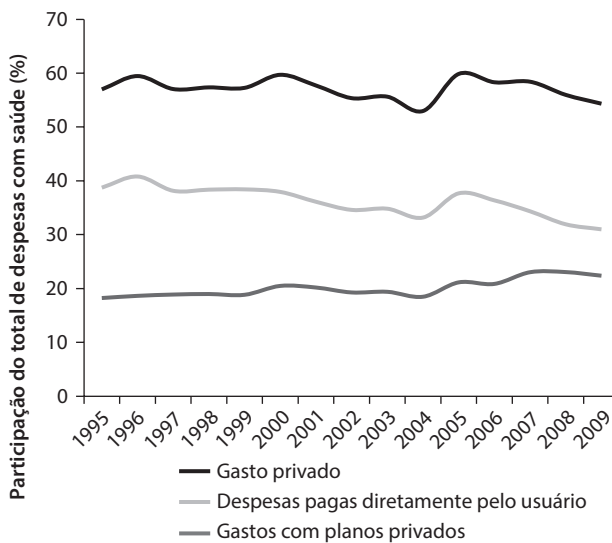


Fonte: Couttolenc, 2011b.

Figura 2.23 Evolução dos gastos em saúde nos vários estados, 1995-2009.

Fontes: Couttolenc 2011; IPEADData (do IBGE) para níveis estaduais de renda.

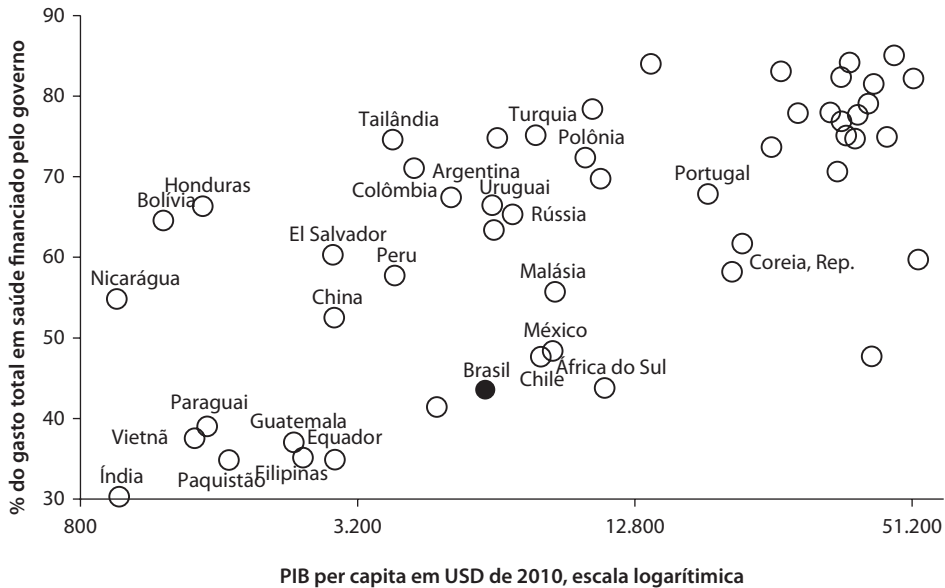
Obs.: SUS = Sistema Único de Saúde.

Figura 2.24 Gastos privados com saúde representam mais de metade da totalidade dos gastos

Nota: Dados das Contas Nacionais de Saúde da OMS (www.who.int/nha)

O papel do financiamento privado da saúde: pagamentos diretos pelos usuários e seguro de saúde privado

Embora a construção do SUS não tenha estabelecido quaisquer metas explícitas para gastos privados, previa-se que o sistema de saúde “suplementar” fosse perdendo

Figura 2.25 Financiamento público dos gastos na saúde em países seletos, por PIB per capita, 2010

Fonte: Com base em dados das Contas Nacionais de Saúde da OMS (<http://www.who.int/nha>).

Obs.: PIB = Produto Interno Bruto.

importância à medida que o sistema nacional de saúde se expandia e desenvolvia. Isso não aconteceu. Na verdade, apesar de intenções em sentido contrário, os gastos privados mantiveram-se estáveis nos últimos 15 anos (de cerca de 57% em 1995 para 54% em 2009) (Figura 2.24). 21 O percentual de despesas diretamente do bolso dos usuários declinou ao longo do tempo, mas ainda representa aproximadamente 30% do total dos gastos em saúde, enquanto a porcentagem de gastos com planos privados tem aumentado e se situa presentemente um pouco acima de 20%. Ocorreu também um crescimento contínuo no número de indivíduos com planos de saúde privados durante os últimos 20 anos: em 2009, mais de 50 milhões de brasileiros estavam assegurados por algum tipo de plano de saúde.

Em consequência do crescimento contínuo dos gastos privados, a porcentagem do gasto total em saúde financiada pelo governo no Brasil é significativamente inferior à observada nos países da OCDE e em muitos pares de renda média. Por exemplo, na Tailândia, Turquia e Colômbia, que adotaram a cobertura universal de saúde nas duas últimas décadas, o gasto do governo representa entre 70% e 75% das despesas totais em saúde, comparativamente a 45% no Brasil. Embora parte dessa despesa privada no Brasil seja com planos privados de saúde que, pelo menos em princípio, fornecem um meio de proteção contra pagamentos diretos elevados, a alta porcentagem de gasto privado tem implicações importantes para a equidade e a justiça tanto do acesso aos serviços de saúde quanto ao ônus do seu financiamento.²²

Melhorar a governança do sistema de saúde

Embora a construção do SUS não tenha articulado metas ou princípios explícitos em termos de governança e responsabilização, esses conceitos estavam implícitos em muitas das alterações introduzidas ao sistema de saúde pelas mudanças. Para fins deste relatório, governança diz respeito ao gerenciamento do relacionamento entre as várias partes envolvidas na saúde, incluindo indivíduos, famílias, comunidades, firmas, níveis de governo, organizações não governamentais, empresas privadas e outras entidades que tenham a responsabilidade de financiar, monitorar, prestar e usar serviços de saúde (Banco Mundial 2004). Os sistemas e instituições que gerem esses relacionamentos podem ter um impacto profundo no desempenho do sistema de saúde.

Enquanto este relatório não visa a avaliar de forma exaustiva o governo do sistema de saúde no Brasil, ele destaca um número de questões onde a construção do SUS tem implicações significativas na governança. Em primeiro lugar, em que medida o direito universal à saúde estabelecido pela Constituição de 1998 foi operacionalizado (e pode ser operacionalizado) e quais as principais consequências legais que estão surgindo associadas a esse fato? Em segundo lugar, em que medida foram desenvolvidas instituições e sistemas adequados para financiamento e coordenação intergovernamental destinadas a responder às necessidades de uma drástica descentralização de responsabilidades pelos serviços? Em terceiro lugar, foram os princípios de participação e voz efetivamente transformados em realidade? Por fim, houve suficiente inovação na forma como os serviços são prestados e pagos pelo governo, com vista a garantir a realização de melhorias em eficiência, eficácia e integração?²³

Instituição e consequências do direito à saúde

A instituição do direito universal à saúde foi o elemento chave do SUS e o motor que conduziu a ele. Surgiu de movimentos democráticos que levaram à democratização do País no início dos anos 80 e, nesse sentido, foi uma conquista política e social e não uma decisão técnica. O direito à saúde progredia em duas frentes durante os anos 70 e 80: politicamente, como uma aspiração primordial do movimento de democratização criado a partir dos últimos anos da década de 1970 e que levou à primeira eleição presidencial em 1985 e por fim à Constituição de 1988; e tecnicamente, com a inclusão gradual na seguridade social de diferentes grupos sociais (trabalhadores rurais e trabalhadores informais) durante os anos 70 para fornecer uma base mais sólida para o “milagre econômico brasileiro” da década de 1970. Em meados dos anos 80, várias Conferências Nacionais de Saúde (em especial a de 1986) reforçaram o movimento, tendo sido dispensada a obrigação de prova de contribuinte do sistema de seguridade social para receber cuidados do sistema INAMPS. Por último, tudo isso convergia para a instituição do direito constitucional à saúde. Porém, por razões de ordem política, a decisão de garantir cobertura nacional e gratuita de saúde não foi acompanhada de uma discussão sobre os recursos necessários para apoiá-la.

O direito à saúde foi confirmado na legislação básica do SUS, publicada em 1990 (Lei Orgânica da Saúde/Lei 8080 e Lei 8142), que meramente repetiu as declarações da Constituição de que “o Estado proporcionaria as condições necessárias para o seu pleno exercício”, por meio de medidas econômicas e sociais destinadas a reduzir riscos de saúde

e garantir “condições” para um acesso universal e igualitário. A extensa legislação publicada nos anos que se seguiram não ofereceu estratégia nem orientação quanto à forma de operacionalizar esse direito. Em 2006, o MS publicou a Carta de Direitos da Saúde, que finalmente propôs princípios e normas operacionais explícitos sobre direitos dos usuários à saúde.

Indiretamente, ainda que não formalmente, o direito à saúde foi operacionalizado por meio de dois princípios gerais: primeiro, com a garantia legal de que qualquer pessoa tem direito a ser tratada gratuitamente no SUS; e segundo, com a expansão da rede pública de unidades e serviços de saúde, tornando esses serviços acessíveis. Na realidade, nenhum desses dois princípios é uma condição necessária para garantir o direito à saúde, uma vez que os serviços de saúde não precisam ser gratuitos nem ser prestados por um sistema público para serem acessíveis. Em vários países, onde o direito à saúde é tido como garantido e universal, os serviços de saúde não são gratuitos (são subsidiados) e não necessariamente prestados por um sistema público (a cobertura pode ser obrigatória e não proporcionada, como acontece na Holanda). Acresce que, como não oferece uma lista explícita de serviços abrangidos (e, conseqüentemente, fazendo crer que estão cobertos todos os serviços de que um doente precisa), o SUS é, pelo menos no papel, mais generoso do que a maior parte dos países desenvolvidos e ricos que regulamentaram e definiram uma lista de serviços cobertos e de condições ou circunstâncias ao abrigo dos quais estão cobertos. Por exemplo, países como o Reino Unido e Canadá limitam ou priorizam a cobertura de certos procedimentos caros a casos em que o paciente irá, muito provavelmente, se beneficiar deles (segundo um princípio de custo-efetividade).

Uma contradição importante, entre o direito universal à saúde e o implícito acesso a serviços de saúde, reside no fato de que, apesar de o pacote de serviços não estar delimitado, o SUS paga ou reembolsa os prestadores de acordo com uma lista restrita de serviços. Também é improvável que um pacote de benefícios ilimitados possa ser aplicado de forma sustentada, uma contradição que gerou dois conflitos legais importantes. Primeiro, muitos pacientes tentam obter medicamentos ou tratamentos caros que ainda não estão incluídos na lista do SUS por meio de ordem judicial. Esses mandatos representam um peso crescente e significativo nas finanças do SUS sem, no entanto, trazerem necessariamente benefícios claros para os pacientes. Eles também tendem a criar desigualdades, uma vez que os pacientes ricos provavelmente conhecem melhor as novas tecnologias disponíveis em nível internacional e recorrem ao tribunal para obtê-las. Segundo, as seguradoras privadas contestam em tribunal a exigência de reembolsar ao SUS os custos de serviços prestados pelo SUS aos seus beneficiários com base no princípio da cobertura universal. Acresce que a ausência de uma lista clara de serviços e bens cobertos permite, aos provedores, expandir a oferta e o uso de novas tecnologias caras, o que, por seu turno, tem sido uma fonte importante de aumentos de custos. Isso tem sido uma fonte importante de ineficiências e de custos desnecessários, já que o Brasil tem sido rápido a adotar novas tecnologias e as emprega de uma forma ineficiente.

Nos últimos anos, o SUS tem empreendido esforços consideráveis para responder a esses desafios, em particular no que respeita à incorporação de novas tecnologias e ao estabelecimento de um diálogo com os tribunais. No primeiro caso, o MS criou uma unidade interna para desenvolver orientações destinadas a avaliar novas tecnologias e sua

inclusão nas listas do SUS. No último caso, as autoridades de saúde estão desenvolvendo um diálogo com os tribunais para garantir que as implicações técnicas e de custo de novas tecnologias serão tidas em consideração quando os juízes forem chamados a decidir sobre a pretensão de um requerente.

Instituições de coordenação e financiamento nos vários níveis de governo

Em consequência da construção do SUS, a prestação da maior parte dos serviços de atenção primária em saúde e de quase metade dos serviços hospitalares foi transferida para os governos municipais. A descentralização foi, assim, em grande parte realizada, muito embora o grau de descentralização de serviços e recursos varie substancialmente entre estados. A alteração drástica no financiamento e nas responsabilidades pela prestação de serviços para níveis de governos mais baixos exigiu o desenvolvimento de novos mecanismos de coordenação e negociação entre níveis de governo autônomos, tendo em conta, sobretudo, que essa tinha sido uma das grandes deficiências do sistema que precedeu o SUS.

Nos primeiros anos do SUS, muito esforço foi investido no desenho e na implementação de legislação básica e mecanismos de gerenciamento interno, levando à constituição de comissões bipartidas e tripartidas em 1993.²⁴ Com essas inovações institucionais, a coordenação melhorou e muitos dos problemas de duplicação e fragmentação, da era pré-SUS, foram resolvidos. Esses mecanismos revelaram-se burocráticos e complexos, em que a atribuição pouco clara do poder para tomada de decisões conduziu a processos orçamentários e de planejamento ineficientes e a elevados custos administrativos.

Em termos de financiamento, os mecanismos de pagamento evoluíram com o tempo, tanto nas transferências intergovernamentais como nos pagamentos a prestadores. No primeiro caso, inicialmente foram feitas transferências diretamente para os provedores com base no volume de serviço (cuidado ambulatorial e internações); a partir dos primeiros anos da década de 1990, ficaram condicionados a um conjunto de requisitos formais administrativos e financeiros, globalmente designado por acreditação de estados e municípios no SUS. Com vista a fornecer incentivos a estados e municípios para implementação ou expansão de políticas e programas nacionais, foram criadas transferências específicas associadas a programas também específicos. Na segunda metade da década, assistiu-se a uma profunda alteração nos mecanismos de transferência, quando se planejaram doações em bloco para financiar a expansão de cuidados primários. Foram implementados dois mecanismos paralelos: (i) Piso da Atenção Básica, baseado num montante mensal per capita para financiar a maior parte dos agora descentralizados programas e atividades de saúde pública; e (ii) pagamento para financiar programas estratégicos de APS, especialmente ESF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).²⁵ No entanto, para fornecer incentivos à implementação ou expansão de programas específicos, o MS multiplicou o número de mecanismos de pagamento para uma quantidade incontável: em 2002, estavam em vigor mais de 100 mecanismos de transferência diferentes. Mais recentemente, eles foram agrupados em cinco grandes blocos: Atenção Básica, Cuidados de Média e Alta Complexidade, Vigilância Sanitária, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Porém, subjacente a esses cinco blocos, são mantidos muitos dos mecanismos de pagamento originais como fórmulas para composição dos blocos.

Caixa 2.3 Avaliação da capacidade local para gerenciar responsabilidades descentralizadas

Em 2005-05 foi realizado um levantamento piloto da capacidade dos estados para gerenciar o SUS, sob a coordenação do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), utilizando o marco conceitual da OPAS para se avaliar as funções essenciais de saúde pública (CONASS e OPAS, 2007). O relatório, abrangendo cinco estados (Ceará, Goiás, Rondônia, Mato Grosso e Sergipe), avaliou infraestrutura, capacidade institucional, processos e resultados no desempenho de funções essenciais. Utilizando uma abordagem participativa, mediu o desempenho global em uma escala de 0-1. A escala média dos cinco estados foi apenas 0,55, variando entre 0,43 e 0,63. Mas a classificação atingida em funções específicas variou muito mais, mostrando uma ampla diferença no desempenho dos estados. As funções essenciais mais fortes nos cinco estados eram a coordenação (F11) e políticas, planejamento e gestão (F5) enquanto as mais fracas eram a promoção e qualidade da saúde (F9), promoção do acesso universal (F7) e recursos humanos (F8) (vide tabela a seguir). A maior parte das funções associadas com resultados (F7, F9) tiveram classificações baixas, enquanto as referentes a processos administrativos do SUS tiveram melhores notas. Isso não é surpresa diante da ênfase inicial em processos administrativos e exigências formais durante a implementação do SUS. Vale destacar que o instrumento foi aplicado a estados menores com capacidade institucional relativamente inferior, embora pelo menos dois deles tenham-se destacado por terem adotado iniciativas interessantes relacionadas com a organização e a prestação de cuidados de saúde nos últimos anos (Ceará e Sergipe); em geral, os resultados do levantamento não são necessariamente representativos da situação e da capacidade da maioria dos estados.

Seguindo uma abordagem idêntica, este relatório analisou alguns indicadores de processo que descrevem em que grau os governos estaduais conseguem cumprir as exigências regulamentares do SUS: (i) estados e municípios que assinam Termos de Compromisso de

Tabela B2.3.1 As funções essenciais da saúde pública e as classificações do desempenho de 5 secretarias estaduais

<i>Função</i>	<i>Média</i>	<i>Faixa</i>
F1. Monitoração, análise e avaliação da situação da saúde no estado	0.54	0.46–0.59
F2. Vigilância, investigação, controle de riscos e danos para a saúde	0.64	0.50–0.76
F3. Promoção da saúde	0.52	0.43–0.67
F4. Participação social na saúde	0.54	0.37–0.70
F5. Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional para planejamento e gerenciamento público da saúde	0.71	0.57–0.86
F6. Capacidade para regular, supervisionar, controlar e auditar a saúde	0.56	0.22–0.70
F7. Promoção e garantia de acesso universal e equitativo a serviços de saúde	0.47	0.33–0.58
F8. Gerenciamento, desenvolvimento e formação de recursos humanos	0.38	0.08–0.55
F9. Promoção e garantia de qualidade em serviços de saúde	0.31	0.09–0.51
F10. Pesquisa e incorporação de tecnologia em saúde	0.55	0.39–0.80
F11. Coordenação do processo de regionalização e descentralização em saúde	0.79	0.72–0.91
Classificação final	0.55	0.43–0.63

Fonte: CONASS e OPAS, 2007.

box continues next page

Caixa 2.3 Avaliação da capacidade local para gerenciar responsabilidades descentralizadas*(continuação)*

Gestão; (ii) documentos de planejamento atualizados (o Plano de Saúde Estadual e o documento de Programação Pactuada e Integrada - PPI); (iii) estabelecimento e cobertura de Colegiados de Gestão Regional – CGR), uma estratégia recente para reforçar a regionalização; (iv) aprovação de relatórios de gestão anuais (Relatório de Avaliação de Gestão – RAG) pelos conselhos estaduais e municipais de saúde; e (v) implementação de um instrumento de contratação com prestadores privados, além da proporção de prestadores abrangidos.

À semelhança do sucedido no exercício do CONASS, foi encontrada uma ampla variação entre estados. Os que melhor se posicionaram nessa área foram Tocantins, São Paulo, Bahia, Mato Grosso do Sul e Paraná, e os piores resultados ocorreram em Piauí, Maranhão, Roraima e – surpreendentemente – Rio Grande do Sul. Embora algumas dessas responsabilidades caibam também ao nível municipal, não há dúvida de que uma Secretaria Estadual de Saúde, sólida e ativa, pode apoiar e ajudar os municípios sob sua jurisdição a alcançarem melhor desempenho nas suas funções, especialmente na implementação de regulamentações do SUS.

Durante a maior parte da década de 1990 e nos primeiros anos de 2000, instalou-se um conflito entre transferências federais incondicionais (fundo a fundo) e transferências associadas com volumes de serviços ou alvos de programas. As transferências condicionais foram consideradas pelos governos subnacionais como uma interferência indevida do MS na alocação regional e local de recursos e no gerenciamento do sistema de saúde, em um país onde esses níveis de governo são totalmente autônomos dada a natureza federativa do Estado. Por outro lado, as transferências condicionais eram vistas como uma estratégia para estimular e orientar a implementação do SUS e de políticas nacionais de saúde. Nos primeiros anos da década de 1990, à medida que o SUS era implementado e regulamentado, a ênfase era em transferências condicionais sujeitas ao cumprimento de critérios administrativos e financeiros pelos estados e municípios para serem “acreditados” para fins de implementação do SUS. Em meados dos anos 90, começaram as transferências para atenção primária, incluindo um incentivo variável associado com metas negociadas de programas e serviços e cobertura de programas PACS e ESF. Mais tarde, aumentou gradualmente a proporção de transferências incondicionais fundo a fundo.

Mais genericamente, o processo de descentralização levantou questões sobre a capacidade dos estados e municípios para desempenharem funções designadas (ver Box 2) e sobre se alguns dos mais de 5.600 municípios, que hoje têm responsabilidade pela prestação de serviços de saúde, serão ou não demasiado pequenos para obterem economias de escala e escopo no gerenciamento do sistema de saúde. Nesse contexto, estão em curso esforços para definir um novo nível de organização do sistema – redes regionais de saúde – que se situa entre o nível estadual e municipal. Essa ideia tem antecedentes que remontam à década de 1980 e passou a política oficial no início dos anos 2000, quando a Diretriz Operacional de Atenção à Saúde do SUS (regulações 01/201 e 01/2002) identificou a implementação de um “sistema de saúde hierarquizado e regionalizado” como um objetivo chave.

No início dos anos 2000, foram definidas redes de doenças específicas (cardiologia, transplantes, queimaduras, cuidados de emergência), tendo algumas delas sido implementadas com sucesso (por exemplo, SAMU, a rede de cuidados de emergência). Mais recentemente, o MS vem desenvolvendo e implementando redes com base em diretrizes

de tratamento para linhas de cuidados específicos, incluindo hipertensão, diabetes, câncer e mortalidade perinatal, existindo também iniciativas em curso para constituição de redes regionais organizadas em torno de novas organizações intermunicipais.²⁶ Contudo, foram poucas as redes operacionais implementadas até a data, sendo as redes de cuidados integrados um dos maiores desafios para a maior efetividade do SUS e do seu desempenho global.

Participação social e voz

A democratização do sistema de saúde tem sido um dos principais objetivos das reformas de saúde, e mecanismos para assegurar a democratização nos processos decisórios, de planejamento e de avaliação dentro do SUS tem sido uma característica fundamental do novo sistema. No início dos anos 80, o sistema público de saúde era não somente centralizado, com pouca participação e poder de decisão em nível estadual e municipal, mas também um reflexo do modelo autoritário do regime militar, que terminou em 1985. Os conselhos de saúde estabelecidos em cada um dos níveis – federal, estadual e municipal – constituem mecanismos formais para participação e voz da sociedade e incluem representantes das autoridades de saúde, de profissionais de saúde, de prestadores e de usuários. Porém, a sua efetividade varia enormemente; em muitos casos acabam por ser entidades que se limitam a carimbar documentos ou que ficam cativas de interesses políticos (vide, por exemplo, Paim et al, 2011).

Relacionamento comprador-prestador

Do lado do prestador, nos últimos 20 anos o modelo de contratação de serviços com hospitais privados passou, de forma lenta, mas constante, para a prestação de serviços por hospitais públicos. Essa mudança foi acompanhada por alterações limitadas na forma como o SUS financia ou adquire serviços. No princípio da década de 1980, a maioria dos pagamentos a hospitais privados era realizada com base na modalidade *fee-for-service* (pagamento por cada item de serviço prestado), o que originava profundas ineficiências e distorções (Medici, 1991). Os provedores públicos, em contrapartida, eram financiados com base no tradicional orçamento. O sistema foi aperfeiçoado nos primeiros anos da década de 1980, com a informatização do sistema e a adoção de verificações e controles automáticos para identificar erros e fraudes (ver La Forgia e Couttolenc, 2008). Nos casos de internação, a modalidade *fee-for-service* foi substituída por um eventual mecanismo de pagamento baseado nos procedimentos médicos (Autorização para Internação Hospitalar, AIH). Como indicado em La Forgia and Couttolenc (2008), isso representou uma grande melhoria comparativamente ao sistema anterior FFS, que foi sendo gradual e progressivamente distorcida pela ausência de revisões sistemáticas e de informações confiáveis sobre preços.

Em paralelo com as rodadas iniciais de reforma de pagamentos, ocorreram várias iniciativas para desenvolver novos modelos organizacionais para prestação de serviços. Os esforços iniciais enfocavam na transformação dos hospitais em fundações públicas e empresas públicas. Algumas dessas iniciativas foram implementadas com sucesso, mas revelaram-se difíceis de se reproduzir. Mais recentemente, o Estado de São Paulo começou a contratar organizações privadas sem fins lucrativos – organizações sociais – para prestação de

Caixa 2.4 O modelo de organização social no Estado de São Paulo

Com base no marco conceitual da reforma do Estado proposto em 1995 pelo governo federal e legalmente instituído pela Lei Federal 9637 de 1998, a organização social é uma entidade autônoma gerida por uma organização sem fins lucrativos para prestar serviços sociais em nome do estado. A assembleia legislativa do Estado de São Paulo aprovou de imediato uma lei adaptando a lei federal, e o governo estadual iniciou a implementação do novo modelo. Esse foi inicialmente aplicado a 11 hospitais recém-construídos, onde novos gestores (privados) contrataram novos funcionários com base na lei de trabalho privado (CLT). Seis aspectos principais caracterizavam o novo modelo implementado em São Paulo: i) edifícios e equipamento eram propriedade do Estado; ii) gestão privada com uma organização social certificada, com experiência em gestão de hospitais; iii) financiamento público, mas total autonomia financeira e de gestão; iv) contrato de gestão assinado pelo governo e a OS, com objetivos, diretrizes e metas mensuráveis bem determinados; v) funcionários contratados de acordo com a lei privada; vi) intensa fiscalização e gestão de contratos por parte da Secretaria Estadual de Saúde.

La Forgia & Couttolenc (2008) e Mendes & Costa (2005) demonstraram que as OS de São Paulo tiveram um desempenho consideravelmente melhor que hospitais idênticos sob gerenciamento público tradicional. A classificação da eficiência técnica, computada por meio de Análise por Envoltória de Dados (DEA), era 50% superior, atingindo um nível de eficiência comparável a unidades privadas com gestão empresarial (para fins lucrativos). Os indicadores de produtividade e qualidade eram igualmente superiores ao do grupo de controle de hospitais públicos. Após o controle de vários fatores, Matzuda et al, 2008 identificaram alguns fatores chave que contribuíram para a diferença de desempenho: um era o forte mecanismo de responsabilização entre provedor (as organizações sociais) e comprador (a Secretaria Estadual de Saúde) que incluía um sistema de contratação baseado em desempenho; outro era a capacidade dos gestores de contratar e demitir pessoal e assim definir a composição adequada da equipe para o modelo, o que, por sua vez, tinha efeito na motivação dos funcionários.

Mais recentemente (2011), o Município de São Paulo utilizou uma estratégia ampla para melhorar a autonomia e a governança nas unidades de saúde. Ela inclui o estabelecimento e a contratação de Organizações Sociais para gerenciar 5 hospitais, 15 centros de emergência e 5 serviços de diagnóstico num modelo idêntico ao do Estado de São Paulo, a assinatura de contratos de gestão com 327 unidades de APS, a contratação de OS para gerenciar redes regionais e desenvolvimento de Parcerias Público-Privadas para a construção, a expansão e o gerenciamento de 4 novos hospitais. O Estado da Bahia também criou a primeira PPP na área da saúde com vista à conclusão das obras e ao gerenciamento do Hospital do Subúrbio.

Fontes. Elaboração de autores e de La Forgia and Couttolenc, 2008.

serviços de saúde, tendo outros estados e municípios seguido seu exemplo. Nesse modelo, os gestores do serviço têm autonomia considerável, embora com obrigações contratuais explícitas (ver Caixa 2.4). Mas as preocupações com governança, remuneração e desempenho das unidades também vêm aumentando de maneira geral, o que tem se traduzido em novas formas de contratação entre o SUS e hospitais universitários e hospitais sem fins lucrativos e em nova legislação sobre fundações públicas.

Ainda que em escala limitada, novos modelos de prestação resultaram em medidas inovadoras de pagamento e contratação. O Estado de São Paulo utiliza, por exemplo,

contratos com base no desempenho para adquirir serviços hospitalares de Organizações Sociais. O Município do Rio de Janeiro está utilizando um modelo idêntico para contratar serviços hospitalares e cuidados primários (Clínicas da Família). Enquanto o modelo de São Paulo tem sido considerado bem-sucedido, existem menos evidências quanto ao desempenho em outras partes do País. Vale ressaltar que a capacidade de elaboração e monitoramento dos contratos é uma limitação frequente.

Em geral, inovações em modelos organizacionais, pagamento de prestadores e contratação são limitadas, mas esses temas estão ganhando espaço. Muitas dessas inovações são promissoras, mas será importante avaliar cuidadosamente as reformas, analisando o grau em que estão alcançando os resultados previstos e as condições necessárias para uma implementação efetiva. Só na posse desses dados é que será possível tomar decisões informadas sobre os modelos que poderão ser adequados para as tão diversas condições dos estados e municípios do Brasil.

Notas

- 11 - A Lei 8.080 declara que o setor privado é livre de participar na provisão de serviços de saúde, desde que sejam observadas as normas éticas e regulamentações governamentais. A lei inclui disposições que permitem ao SUS recorrer a serviços privados quando não possa ser assegurada uma cobertura adequada, sendo dada preferência a organizações filantrópicas ou outras sem fins lucrativos. A lei proíbe subsídios ou apoio financeiro de outro tipo concedidos pelo SUS a provedores privados com fins lucrativos.
- 12 - A ESF foi inicialmente conhecida por Programa de Saúde da Família (PSF).
- 13 - O “cadastramento” na ESF não depende de escolha individual; é determinado pelo fato de a área de residência de uma pessoa ficar, ou não, dentro da área de influência da equipe ESF. Em áreas densamente povoadas pode haver mais de uma equipe ESF por instalação de saúde, mas, a cada equipe, é atribuído um território específico com uma lista das famílias que lhe cabem. Assim, neste relatório, “Cadastrados na ESF” significa aquelas pessoas cuja residência se situa dentro da área de influência de um posto ou centro de saúde ESF e, por conseguinte, estão na lista de famílias pelas quais essa unidade ESF é responsável. Como acontece com outros serviços prestados pelo SUS, não existem taxas de usuário e a maior parte dos medicamentos é distribuída gratuitamente.
- 14 - O programa PACS já abrangia cerca de 16 milhões de pessoas em 1994, antes do lançamento do PSF, sobretudo nos Estados do Ceará, da Bahia e do Maranhão. Essas áreas atingiram um nível de cobertura elevado (acima de 70%) muito rapidamente (nos primeiros anos de 2000).
- 15 - Durante 2002-2006, a expansão da ESF ocorreu nos municípios de maior dimensão a um ritmo igual ao de pequenos municípios. O Projeto de Estratégia de Saúde da Família do Banco Mundial, que tinha por objetivo expandir a cobertura e o reforço da ESF em 187 municípios de grande dimensão (com mais de 100.000 habitantes), pode ter contribuído para esta tendência (Ministério de Saúde, 2008; Faccini et al. 2006).
- 16 - Segundo um estudo do MS de 2002, quase 2/3 das equipes profissionais ESF em 2002 tinham sido contratadas por meio de contratos temporários ou de curto prazo (Ministério da Saúde/CGPRH e UFMG/NESCON, “Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil”, Relatório de Pesquisa, Belo Horizonte, Fev. 2002)
- 17 - Os sistemas nacionais (MS, ME e INAMPS) foram incorporados em um sistema que, por seu turno, foi integrado com os sistemas estadual e municipal.

- 18 - A série de dados sobre gastos do governo em saúde não é inteiramente consistente ao longo do tempo. Em particular, houve algumas alterações no tratamento dos gastos governamentais para funcionários públicos, militares, hospitais universitários sob a tutela do Ministério da Educação. Os dados sobre gastos também não refletem os subsídios concedidos ao setor privado. Contudo, estas lacunas e inconsistências de dados não alterariam significativamente a tendência global.
- 19 - Em 2002 ocorreu uma interrupção na série, devida ao reagrupamento dos muitos mecanismos de transferência e de pagamento nestes cinco blocos de transferência.
- 20 - Alguns estudos revelaram que algumas experiências de sucesso do PSF em municípios de maior dimensão enfatizaram a reestruturação, organização e acesso a cuidados especializados, baseados na Estratégia de Saúde da Família (Macinko, 2011 e Giovanella et al, 2009).
- 21 - Estes dados provêm das Contas Nacionais de Saúde, conforme reportado pela Organização Mundial de Saúde (www.who.int/nha).
- 22 - Esta questão é discutida mais detalhadamente no Capítulo 3.
- 23 - É claro que esses não são os únicos aspectos de governança e responsabilização relevantes para o setor da saúde. Nos últimos 20 anos, também se verificaram medidas importantes destinadas a reforçar a proteção do consumidor (e.g. o estabelecimento de PROCON, uma agência de proteção do consumidor patrocinada pelo governo), melhorar o sistema de monitoria e relato e reforçar o Tribunal de Contas, para só mencionar alguns. O relatório não abrange essas reformas institucionais mais vastas.
- 24 - Comitês bilaterais operam em cada estado e incluem representantes das autoridades sanitárias estaduais e municipais (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde); o comitê trilateral inclui também representantes do Ministério da Saúde.
- 25 - O financiamento estava associado ao número de equipes PSF em funcionamento e à cobertura do PACS. Este incentivo foi essencial para a rápida adoção dos dois programas.
- 26 - Os municípios de Curitiba, Aracaju e Belo Horizonte, por exemplo, têm sido frequentemente citados como modelos interessantes e de sucesso, mas pouco trabalho analítico sistêmico tem sido feito sobre o assunto (com exceção de Matzuda et al, 2008, que analisa a experiência de Curitiba). A implementação de redes locais ou regionais de cuidados de saúde centradas nestas diretrizes de cuidados é o enfoque do projeto em curso QUALISUS-Redes, financiado pelo Banco Mundial (vide Ministério da Saúde 2006 e Banco Mundial 2007).

Referências

- CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) and OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). 2007. *A gestão da saúde nos estados: Avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília.
- Couttolenc, B. 2011. "Taking Stock of Performance Reforms at the Sub-National Level in Brazil: Recent Performance Gains Achieved in the Health Sector, Hypotheses on Possible Drivers of Good and Bad Performance." Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- de Sousa, M., and E. Hamann. 2009. "Programa Saúde da Família no Brasil: Uma agenda incompleta?" *Cien Saúde Coletiva* 14 (Suppl 1): 1325–35.
- Facchini, L., R. Piccini, E. Tomasi, E. Thumé, D. Silveira, F. Siqueira, and M. Rodrigues. 2006. "Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: Avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde." *Universidade de Pelotas, Ciência & Saúde Coletiva* 11 (3): 669–81.
- Giovanella, L., M. Mendonça, P. de Almeida, S. Escorel, C. Senna Mde, M. Fausto, M. Delgado, C. de Andrade, M. da Cunha, M. Martins, and C. Teixeira. 2009. "Family Health: Limits and

- Possibilities for an Integral Primary Care Approach to Health Care in Brazil." *Cien Saúde Coletiva* 14 (3): 783–94.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 2008. *Pesquisa nacional por amostragem de domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE.
- . 2010. *Estatísticas da saúde: Assistência médico-sanitária (AMS) 2009*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Iglesias, R., P. Jha, M. Pinto, V. L. C. Silva, and J. Godinho. 2007. "Controle do tabagismo no Brasil." HNP Discussion Paper, World Bank, Washington, DC.
- La Forgia, G. M., and B. F. Couttolenc. 2008. *Hospital Performance in Brazil: In Search of Excellence*. Washington, DC: World Bank.
- Macinko, J. 2011. "A Preliminary Assessment of the Family Health Strategy (FHS) in Brazil." Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- Matzuda, Y., J. Rinne, G. Shepherd, and G. Wenceslau. 2008. "Brazil: Enhancing Performance in Brazil's Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba." Brief Note 116, World Bank, Washington, DC, February.
- Medici, A. C. 1991. *Perspectivas do financiamento à saúde no governo Collor de Mello*. Série Economia e Financiamento 2. Brasília: OPAS.
- Ministry of Finance, STN (National Treasury Secretariat). 2010. "Orçamentos fiscal e da seguridade social." Série Histórica da Consolidação das Contas Públicas, Brasília.
- Ministry of Health. 2006. "QUALISUS: Projeto de investimentos para a qualificação do Sistema Único de Saúde." Documento do Projeto Revisado, Brasília.
- . 2008. *Saúde da família no Brasil: Uma análise de indicadores selecionados, 1998–2005/06*. Brasília.
- . 2011. "Programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde." Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Brasília.
- Ministry of Health, CGPRH (Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos) and Universidade Federal de Minas Gerais, NESCON (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva). 2002. "Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil." Relatório de Pesquisa, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Ministry of Health, DAB (Departamento do Atenção Básica). 2011. "Performance Data on the Family Health Program." Ministério da Saúde, Brasília. <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>.
- Paim, J., C. Travassos, C. Almeida, and J. Macinko. 2011. "O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios." Série Saúde no Brasil 1, *thelancet.com* (May 9): 11–31.
- Pereira, A., A. de Sá Campelo, F. Cunha, J. Noronha, H. Cordeiro, S. Dain, and T. Pereira. 2006. "The Economic-Financial Sustainability of the PROESF in the States of Amapá, Maranhão, Pará, and Tocantins." *Cien Saúde Coletiva* 11 (3): 607–20.
- Rocha, R., and R. Soares. 2009. "Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program." Discussion Paper 4119, IZA, Bonn, Germany.
- Schmidt, M., B. Duncan, G. Azevedo e Silva, A. Menezes, C. Monteiro, S. Barreto, D. Chor, and P. Menezes. 2011. "Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil: Burden and Current Challenges." *thelancet.com* 377 (May 9): 1949–61.
- World Bank. 2007. "Health Network Formation and Quality Improvement Project (Qualisus-Rede)." Project Appraisal Document, World Bank, Washington, DC.

A construção do SUS levou a melhores resultados?

Se bem que a construção do SUS visasse a transformar o modo de financiamento e a organização do sistema de saúde, o objetivo último era o acesso universal aos serviços de saúde. Esta seção analisa até que ponto esse objetivo foi alcançado. Examina, também, o progresso relativo a outros objetivos intermediários do sistema de saúde, em particular a qualidade e a eficiência. Analisa, depois, as conquistas em termos de objetivos finais do sistema de saúde: melhoria dos resultados de saúde, redução do ônus financeiro com gastos em saúde e maior confiança e satisfação com o sistema de saúde. Ao fazê-lo, esta parte do documento examina as interações do SUS com o financiamento privado, as tendências e os padrões no volume de serviços prestados pelo SUS, a utilização de serviços pelas famílias e os gastos privados diretos. Para além dos indicadores relacionados com “cobertura”, esta seção também estuda as tendências em resultados de saúde e em que grau as melhorias na saúde podem ser atribuídas ao SUS, à qualidade e à eficiência.

Rumo à cobertura universal: tendências no uso de serviços de saúde

A universalidade é um dos princípios básicos do SUS. Acesso ou cobertura universal significa, normalmente, que todas as pessoas têm acesso a uma gama completa de serviços, sem que tenham de passar por dificuldades financeiras indevidas (para alcançá-la). Formalmente, a construção do SUS alcançou esse objetivo por decreto: a Constituição e a legislação relevantes definem a saúde como um direito e todo cidadão brasileiro tem direito a ter suas necessidades de saúde supridas pelo SUS. Mas em que medida esse direito formal se traduziu, na prática, em maior acesso e proteção financeira?

Dada a imprecisão inerente à definição de “cobertura universal”, essa questão não tem uma resposta fácil. O que deveria ser incluído numa “gama completa de serviços”? Em que momento a contribuição financeira para pagamento dos serviços se torna uma “dificuldade financeira”? Não existe resposta precisa a essas questões – cobertura é, inevitavelmente, uma questão de grau. Em todo o caso, podemos pelo menos obter uma imagem parcial de como a cobertura evoluiu, se juntarmos os dados de diferentes fontes sobre utilização e despesas com saúde.

“Cobertura” SUS e a persistente fragmentação do sistema de saúde

Para se avaliar a cobertura do SUS, a primeira pergunta que tem de ser respondida é a quem se destina o sistema? Em 1981, 49% da população indicava que a Seguridade Social/ INAMPS era a sua “fonte regular de cuidados”, enquanto outros 19% contavam com o sistema público ou serviços filantrópicos gratuitos (5% e 14%, respectivamente).²⁷ Em outras palavras, cerca de 68% da população dependia dos elementos do sistema que, em 1988, se fundiram no SUS. O resto da população contava com planos privados de saúde (10%) ou pagava do seu bolso os serviços prestados principalmente por entidades privadas (20%).

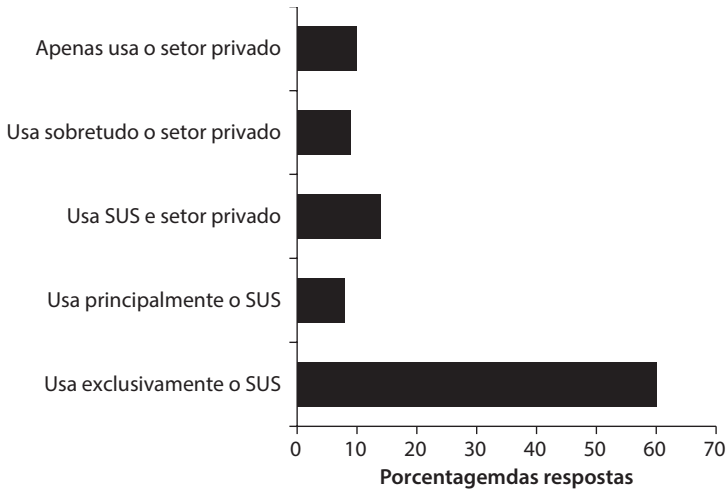
Implícita no princípio da universalidade, que era a pedra fundamental da construção do SUS, estava a noção de que a maior parte da população que utilizava planos de seguro privado e despesas do próprio bolso (OOPs) iria ser integrada ao sistema público. Se for medido com base em “fontes regulares de cuidados” declaradas pelos próprios, esse objetivo está longe de ter sido cumprido. Na verdade, em 2008, apenas 58% dos indivíduos declaram ser usuários regulares do SUS – menos do que em 1981 – enquanto 26% e 19% dependem primariamente de PPS e de OOPs, respectivamente.²⁸

Ainda que seja significativo esse declínio na proporção de população que utiliza os sistemas público ou filantrópico como fonte regular de cuidados, o quadro fica menos claro quando se atenta aos padrões de utilização. Da mesma forma que quaisquer usuários habituais do SUS às vezes pagam por alguns serviços no setor privado, muitos dos que tipicamente pagam por meio de PPS ou de desembolsos diretos irão ocasionalmente dirigir-se ao SUS. Na realidade, alguns pesquisadores argumentam que quase todos os brasileiros utilizam os serviços do SUS em algum momento. Um inquérito de 2003 confere alguma credibilidade a esta opinião: indica que 28,6% dos brasileiros utilizavam exclusivamente o SUS, 61,5% recorriam ao SUS e a outros sistemas, e 8,7% nunca utilizavam os serviços SUS (CONASS, 2003). Evidências mais recentes sugerem que a dependência do SUS aumentou na última década, com 60% indicando que utilizam exclusivamente o sistema público (Pesquisa CNI e IBOPE, 2012) (Figura 3.1), mas essas diferenças podem, ao menos parcialmente, resultar da forma como as perguntas foram realizadas.

As preferências declaradas pelas famílias condizem com outras evidências que sugerem que as pessoas recorrem a uma “seleção livre” (pick-and-choose), dependendo do tipo de serviço necessário e das circunstâncias. Por exemplo, dados sobre a fonte de financiamento dos serviços utilizados na última vez indicam que o SUS é a principal fonte, tanto de serviços de atenção primária (atividades de trabalhadores comunitários de saúde, imunizações e alguns procedimentos ambulatoriais) como de serviços mais caros (hospitalização e terapias de custo elevado como quimioterapia, radioterapia e diálise), enquanto o financiamento privado é importante para consultas médicas, cuidados odontológicos e procedimentos diagnósticos (Figura 3.2).

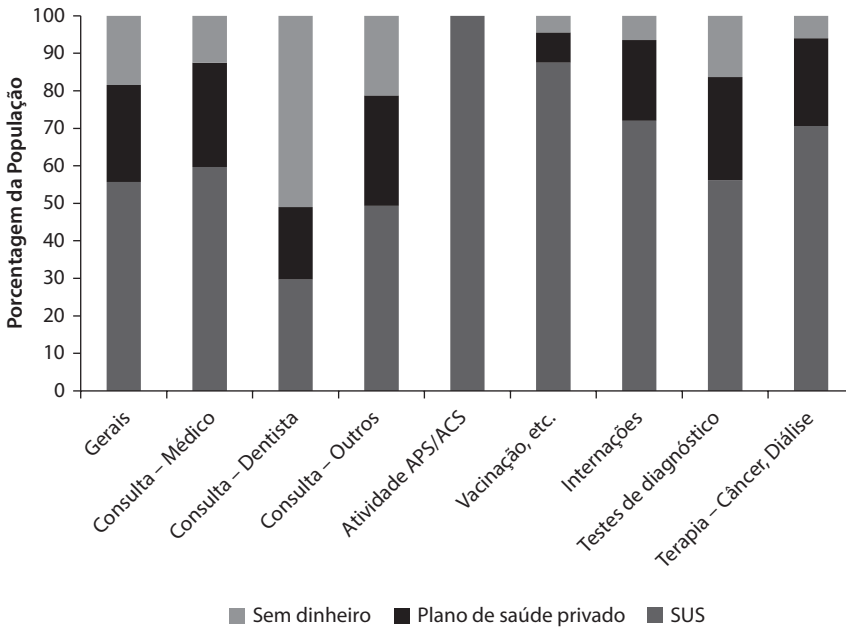
Ainda que o SUS seja usado pela maior parte dos brasileiros em algum momento, o aparente declínio no percentual de quem utiliza o sistema como sua fonte habitual de cuidados é significativo. O fato de PPS e OOP continuarem representando uma grande porcentagem dos gastos totais em saúde indica que existem lacunas na cobertura do SUS, ou que preocupações com a qualidade ou conveniência levam aqueles que têm capacidade

Figura 3.1 A maioria da população afirma que utiliza apenas ou principalmente o SUS



Fonte: Pesquisa CNI e IBOPE (2012)

Figura 3.2 Principal fonte de financiamento da saúde por tipo de serviço, 2008



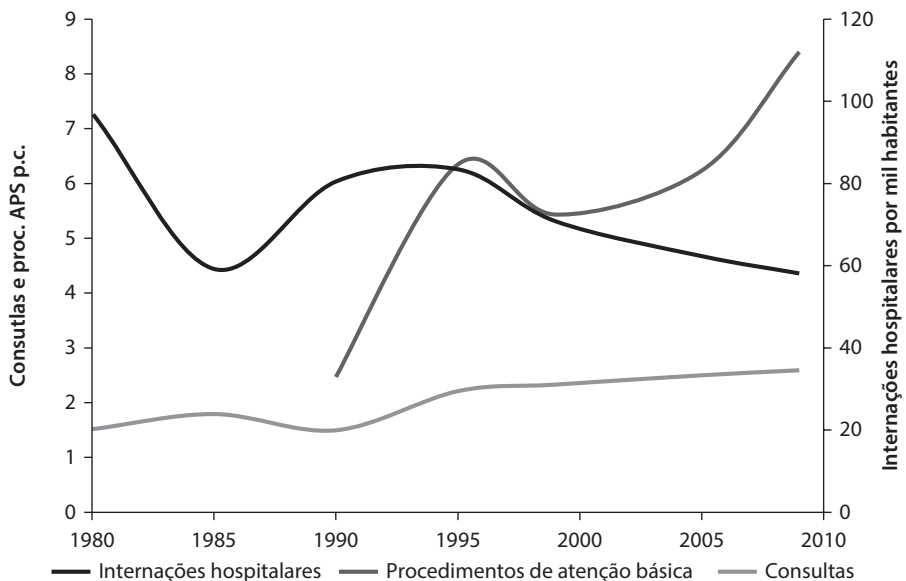
Fonte: IBGE (PNAD 2008).

para pagar a procurarem soluções privadas. Mas qual a natureza dessas lacunas na cobertura ou nas questões de qualidade? Trata-se de uma pergunta da maior relevância que precisa ser respondida quando se avalia em que grau se atingiu a cobertura universal. Se a incapacidade para pagar pessoalmente os serviços (por meio de PPS ou OOP) conduzir a desigualdades significativas no acesso a cuidados necessários e eventuais resultados de saúde, as lacunas na cobertura são uma matéria de considerável preocupação. Se, por outro lado, as lacunas forem primariamente em áreas com implicações limitadas na saúde e no bem-estar (por exemplo, medicamentos de marca vs. medicamentos genéricos ou procedimentos diagnósticos e de tratamento de eficácia limitada), elas podem ter implicações na eficiência mas são menos preocupantes do ponto de vista de cobertura e equidade. Voltaremos a esse assunto, embora não seja uma questão que possa ficar completamente resolvida com os dados e evidências disponíveis.

Expansão no volume de serviços prestados pelo SUS

Considerando-se que a maioria da população é, em algum momento, usuária do SUS, o volume de serviços prestados pelas unidades SUS dá uma boa indicação do acesso realizado. A expansão da rede de unidades nas últimas duas décadas, documentada no capítulo anterior, foi acompanhada de um aumento considerável na oferta de serviços pelo sistema público – INAMPS e posteriormente SUS. O número de consultas médicas por pessoa aumentou em 70% (Figura 3.3) entre 1990 e 2009 e o volume de procedimentos de atenção básica aumentou ainda mais – de cerca de 2,5 per capita em 1990 para mais

Figura 3.3 Oferta per capita de consultas médicas, procedimentos de atenção básica e internações hospitalares, 1980-2009



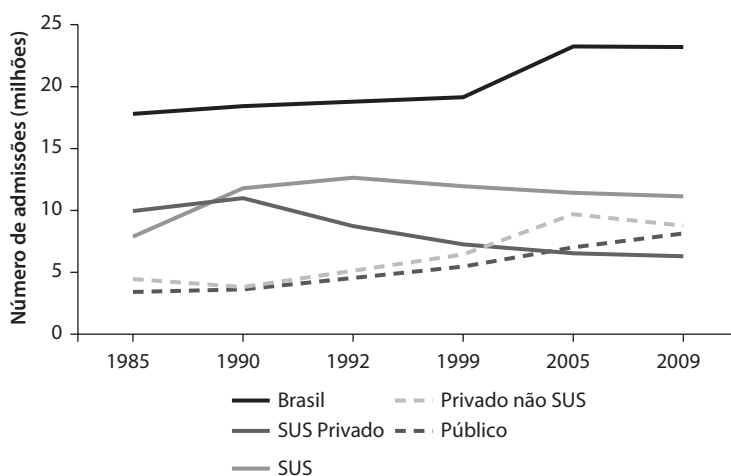
Fontes: IBGE (Pesquisas AMS) e MS/DATASUS. Nota: alterações na lista de procedimentos registradas nos sistemas de informações do SUS e respectivas definições tornam as comparações imprecisas ao longo do tempo; o número de APS de 1990 vem de uma fonte diferente (IBGE/AMS) e pode não ser estritamente comparável aos anos posteriores, mas é pouco provável que altere drasticamente a tendência geral.

de 8 em 2009.²⁹ Nos últimos anos desse período, a maior parte desse aumento é resultante de uma rápida implementação da ESF. Em contrapartida, a quantidade de hospitalizações proporcionadas pelo SUS/INAMPS estagnaram em torno de 11,5 milhões, após terem aumentado e atingido um valor máximo de 14,8 milhões em 1993. Isso significa um ligeiro declínio nas taxas de internações hospitalares.

A composição da prestação de serviços do SUS por tipo de provedor também mudou substancialmente, refletindo uma evolução na alocação de recursos em favor de prestadores públicos e distanciando-se de prestadores privados contratados. Essa situação é particularmente visível no caso de cuidados hospitalares, conforme indicado na Figura 3.4. Vale a pena notar nessa figura que, enquanto as internações SUS tem ficado relativamente estáveis, chegando mesmo a cair entre 1992 e 2009, o setor privado fora do SUS (servindo sobretudo pessoas cobertas por planos privados ou que pagam esses serviços diretamente - OOP) duplicou o seu nível de produção e, em 2005, provia quase o mesmo número de internações que o SUS. Essa situação levanta questões importantes sobre se restrições na capacidade dos hospitais do SUS resultaram em racionamento, com os excedentes encaminhados para o setor privado, ou se estão em jogo outros fatores.

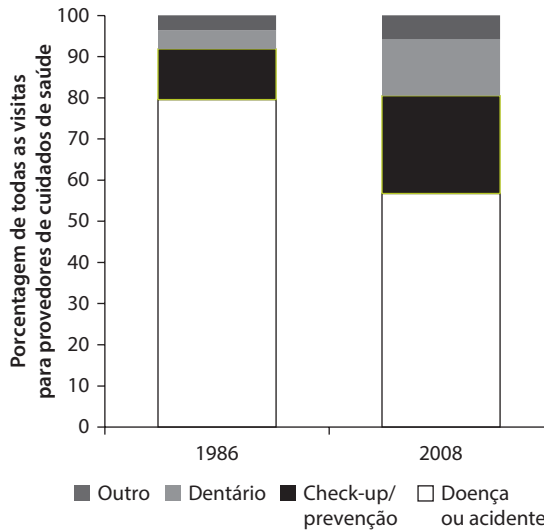
Os dados administrativos sobre o volume e a composição dos serviços são corroborados por dados de pesquisa. Por exemplo, a porcentagem de indivíduos que declararam ter procurado alguma forma de cuidado de saúde nas duas semanas anteriores (à pesquisa) aumentou em quase 30% entre 1986 e 2008, tendo passado de 11,3% para 14,4%. O tipo de serviço usado pelas famílias também mudou consideravelmente ao longo do tempo, com visitas preventivas e cuidados dentários representando uma porcentagem crescente de todas as visitas a prestadores de serviços de saúde (Figura 3.5). A reestruturação da prestação de serviços e o fortalecimento da APS alterou a forma como os brasileiros buscam e usam os serviços de atenção à saúde. Até os anos 80, os hospitais eram a fonte de

Figura 3.4 Internações hospitalares por tipo de prestador, 1981-2009

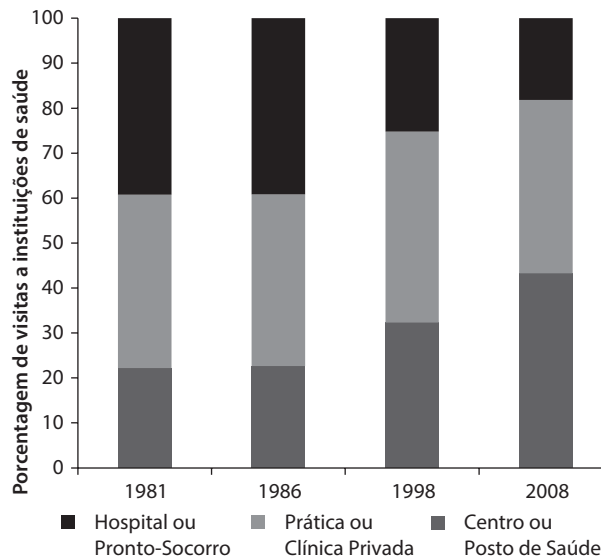


Fontes: IBGE (Inquéritos AMS) e MS/DATASUS.

Nota: a linha Brasil inclui provedores públicos e privados, prestadores SUS e não SUS; a linha SUS (em azul escuro) inclui a maior parte das internações em unidades públicas (a vermelha) e as que são feitas em serviços privados sob contrato com o SUS (SUS Privado, a verde claro).³⁰

Figura 3.5 Evolução da composição dos serviços de saúde usados pelas famílias

Nota: Dados de PNAD; análise dos autores

Figura 3.6 Fonte de cuidado por tipo de serviço, 1981-2008

Fonte: IBGE, 2009 (PNAD 2008)

cuidados preferida da maioria dos brasileiros; vinte anos mais tarde, mais brasileiros buscam cuidados em centros e postos de saúde (e em menor grau, em práticas e clínicas privadas) como sua principal fonte de cuidados (Figura 3.6).

Alguma convergência nas taxas de utilização entre os estados e grupos socioeconômicos

A gradual equiparação da disponibilidade de serviços entre os estados, atingida por meio da reestruturação do sistema hospitalar e da implementação da ESF com um foco nos estados mais pobres, contribuiu para uma redução das disparidades geográficas na utilização (de serviços de saúde), embora essa imagem não esteja inteiramente clara. Em 2009, todos os estados tinham alcançado taxas de consulta de pelo menos 2,35 per capita ao ano (Figura 3.7). Os aumentos de utilização foram superiores nos estados de renda baixa, a ponto de a relação entre renda média e utilização ter ficado reduzida (Figura 3.8). No caso das hospitalizações, grande parte dos estados assistiu a uma diminuição da taxa de internações (Figura 3.7). Não obstante, 90% dos estados atingiram uma taxa de internação dentro do parâmetro do MS de 7-9% ao ano (excetuam-se Amazonas, Alagoas e Sergipe) (a média nacional em 2008 foi de 9,0%). Essas taxas são bastante inferiores à dos países da OCDE (6,8 e 15,8 respectivamente), mas equivalentes ou superiores às da maior parte dos países de renda média (2,5 e 5,5 no México, por exemplo, e taxas significativamente mais baixas em Tailândia, China e Peru).³¹ Tendo havido algumas reduções nas disparidades geográficas em termos de utilização, a faixa de rendimentos continua sendo um fator significativo na taxas médias de utilização entre os estados do Brasil (Figura 3.8).

Continuam existindo disparidades acentuadas entre grupos de renda, com níveis mais elevados de utilização entre os grupos de renda alta. Dados da pesquisa de domicílios indicam, por exemplo, que as taxas de utilização são em torno de 50% mais elevadas entre os dois decis mais altos do que entre os dois mais baixos (Figura 3.9). Conforme

Figura 3.7 Evolução da utilização (de serviços de saúde) entre os estados brasileiros, 1995-2008

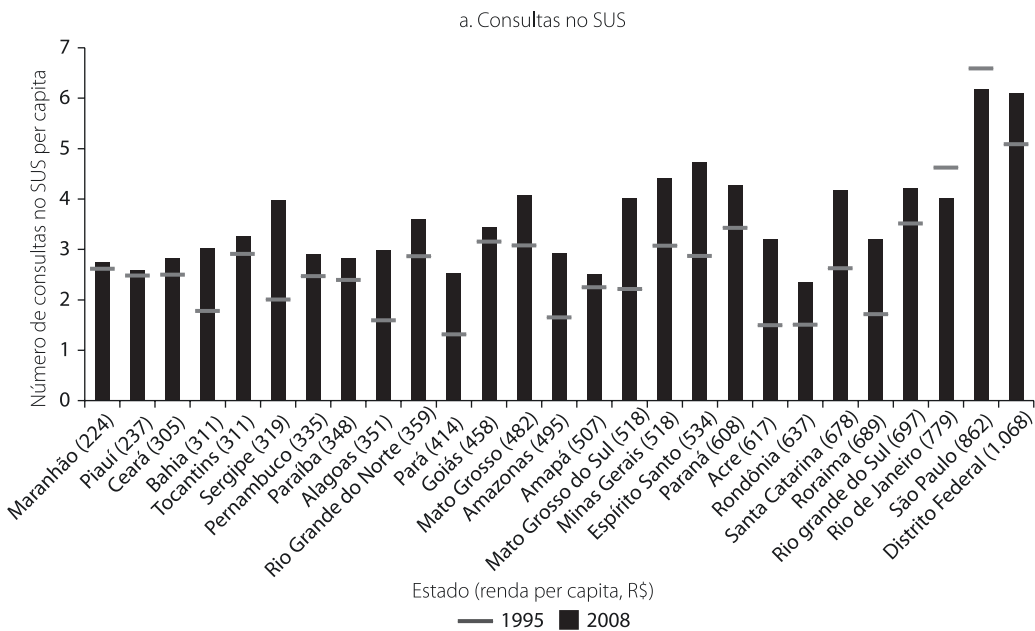
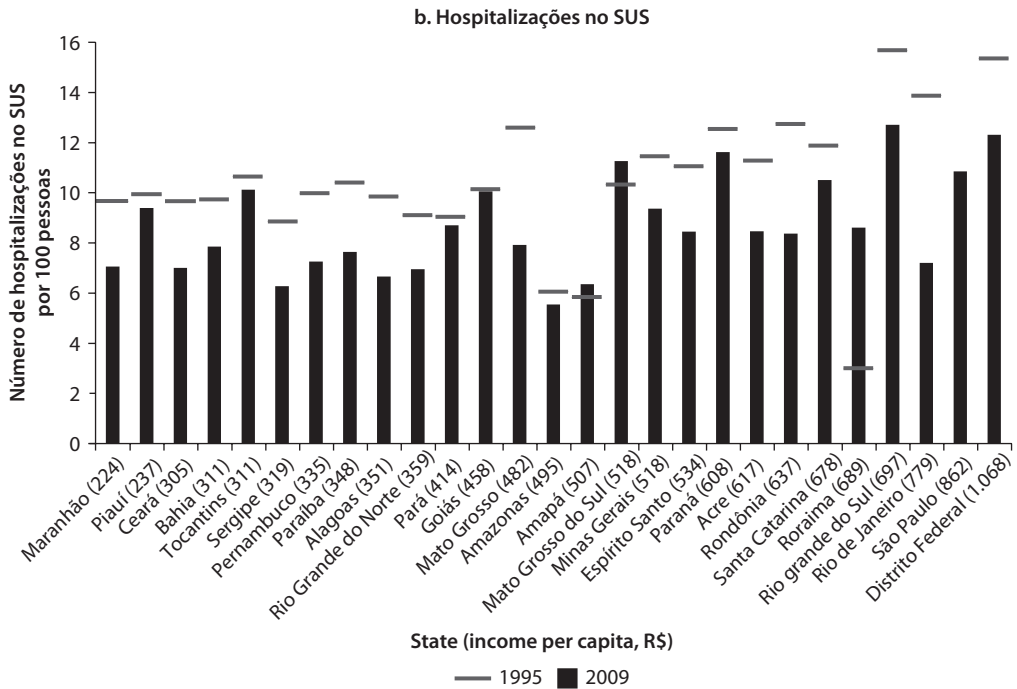


figura continua na proxima página

Figura 3.7 Evolução da utilização (de serviços de saúde) entre os estados brasileiros, 1995-2008 (continuação)



Fonte: Elaboração do autor a partir de dados MS/DATASUS data. Estados ordenados por renda média per capita (dados IPEA data).

Figura 3.8 Taxas de utilização ainda são mais altas em estados com renda mais elevada (1995-2009)

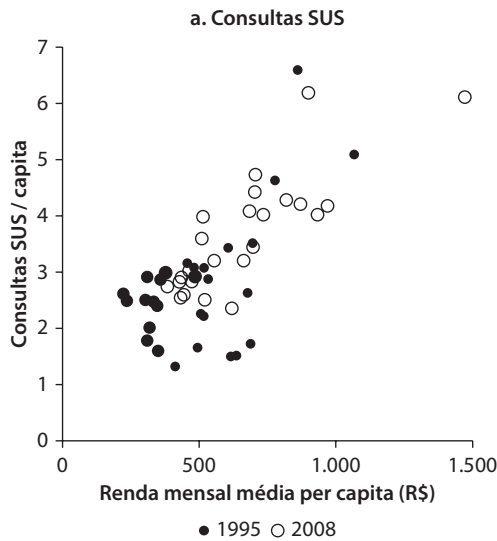
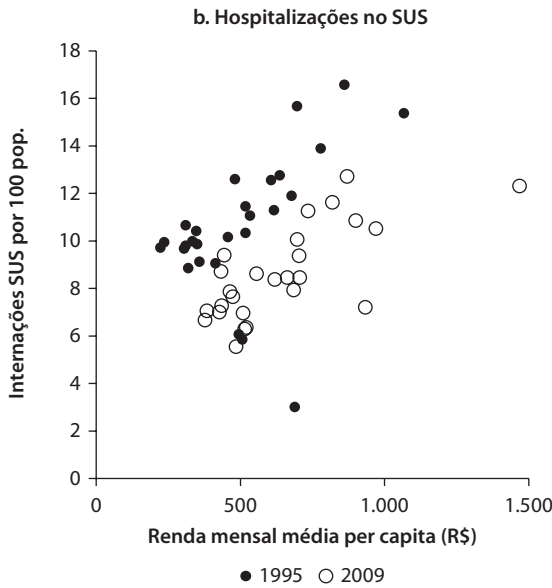


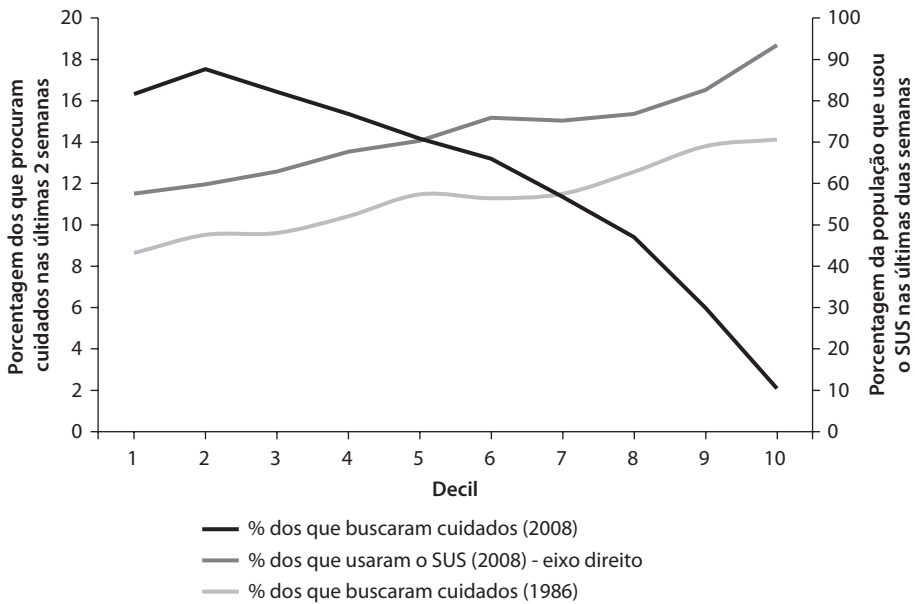
figura continua na próxima página

Figura 3.8 Taxas de utilização ainda são mais altas em estados com renda mais elevada (1995-2009) (continuação)



Fonte: Elaboração do autor a partir de dados MS/DATASUS.

Figura 3.9 Os ricos usam os serviços de saúde mais do que os pobres



Fonte: IBGE, PNAD 2008-2009.

Nota: Decil de renda definido relativamente à renda média per capita do agregado familiar.

mencionado acima, a população de renda mais alta está também usando o SUS, mas a uma taxa bastante mais baixa do que os que se situam na camada inferior de distribuição da renda..

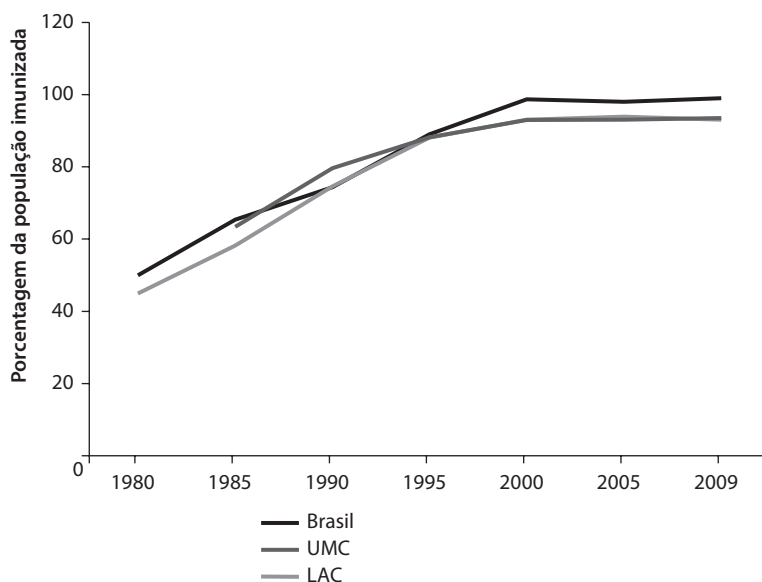
Rumo à cobertura universal: as necessidades de cuidados de saúde estão sendo atendidas?

As tendências e padrões na utilização de serviços de saúde fornecem uma boa indicação do acesso realizado. Conforme mencionado acima, os últimos 20 anos assistiram a um aumento constante no uso de muitos tipos de serviços de saúde, bem como a uma redução das disparidades geográficas e socioeconômicas. Porém, as taxas de utilização em si mesmas não esclarecem devidamente se os indivíduos têm acesso oportuno aos serviços preventivos, de diagnóstico e curativos de que precisam, muito embora esse seja um elemento crítico para avaliar o progresso com vista a melhorar o acesso e alcançar cobertura universal. Uma forma de se olhar essa questão é analisando a cobertura de intervenções de saúde em uma população-alvo claramente definida. Pode aplicar-se, por exemplo, as intervenções de saúde materna e infantil, tais como imunizações, cuidados pré-natais e partos em hospitais. Nos casos em que existem dados e a população alvo foi claramente definida, também é possível analisar as taxas de cobertura de rastreamentos de rotina ou de programas de gestão de doenças. Como se demonstra a seguir, houve um aumento e a convergência da cobertura de intervenções fundamentais de saúde materna e infantil no Brasil nas últimas duas décadas e atualmente a cobertura é praticamente universal; há menos dados sobre a cobertura de rastreamento de doenças e outras intervenções.

Uma outra abordagem envolve a análise das necessidades não atendidas reportadas pelos pacientes. Os dados dos inquéritos aos domicílios podem trazer alguma luz a essa questão no Brasil. Indicam uma redução das necessidades não atendidas reportadas pelos pacientes, bem como uma mudança nas razões declaradas para não utilizarem os serviços de saúde quando necessário. Uma das limitações dessa metodologia – problemas de acesso reportados pelos pacientes – é que as perguntas costumam focar apenas no uso e no não uso dos serviços. Porém, muitas experiências de busca de cuidados de saúde envolvem uma multiplicidade de prestadores e serviços (medicina geral, cuidados de especialistas, serviços de diagnóstico etc.), com o acesso efetivo dependendo não apenas da disponibilidade de serviços, mas também da organização e da coordenação do cuidado, modalidades de encaminhamento etc. O acesso é mais difícil de avaliar em relação a esses tipos de serviços, mas cada vez mais importante à medida que as necessidades de saúde básica são atendidas e o peso das doenças crônicas vai aumentando. Embora limitadas, as evidências disponíveis do Brasil apontam para importantes debilidades no sistema e realçam também a necessidade de dados mais sistemáticos sobre esses aspectos do desempenho.

Cobertura de serviços de saúde e intervenções específicas importantes

Mesmo antes da expansão da APS pela ESF, a cobertura da imunização tinha aumentado significativamente (de 76% em 1985 para quase 100% nos primeiros anos de 2000). Essa

Figura 3.10 Cobertura de vacinação no Brasil e outros países em desenvolvimento

Fontes: MS e Banco Mundial. LAC: América Latina e Caribe; UMC: Países de Renda Média Alta.

tendência era idêntica em muitos países em desenvolvimento e algo inferior à registrada em alguns países de renda média e baixa; por exemplo, Índia, México, Tailândia, Peru e Malásia expandiram a cobertura num ritmo mais rápido.

A cobertura de cuidados pré-natais também melhorou. Entre 1996 e 2006, a proporção de mulheres grávidas sem qualquer consulta pré-natal baixou de 26% para 1,3% (MS, 2010), o número médio de consultas subiu de 1,2 para 6,2 e o percentual de mulheres com pelo menos quatro visitas durante a gravidez subiu de 76% para 89%, tendo alcançado uma cobertura superior à de países com dados disponíveis.

No outro extremo, também foi reconhecido o sucesso do programa HIV/AIDS, que é uma referência internacional e um dos poucos programas que oferece acesso quase universal a medicamentos e tratamento de AIDS (ver Box 2); mas o sucesso do programa também se baseou em uma iniciativa de educação em saúde por meio da mídia, que suscitou uma alteração considerável na saúde e no comportamento sexual.

Tendências e padrões no uso e não uso de serviços

Outro indicador de acesso é a proporção de pessoas que declaram não procurar serviços de saúde quando vislumbram a necessidade de cuidados.³² Conquanto não tenha havido uma tendência nítida na não utilização de serviços pelas pessoas que reportam um episódio de doença ao longo da última década, ocorreu uma alteração importante na importância relativa das razões para não procurar cuidados. Em particular, o percentual de domicílios que declaram falta de dinheiro (para serviços ou transporte) como uma razão para não usarem serviços quando precisam baixou ao longo das duas últimas décadas,

Caixa 3.1 Programa brasileiro de HIV/AIDS

O programa brasileiro de combate a HIV/AIDS foi lançado em 1986, em resposta à rápida expansão da epidemia no País. Nessa época, o Brasil tinha 1.537 casos reportados, um número que mais que duplicava a cada ano. A política HIV/AIDS combinava várias estratégias fundamentais: (i) campanhas informativas na mídia, (ii) amplo acesso ao diagnóstico, (iii) distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais a todos os pacientes, (iv) estreita colaboração com ONGs e organizações de direitos dos pacientes, (v) enfoque e apoio a grupos de alto risco, (vi) negociações com empresas farmacêuticas para redução de preços com ameaça de quebra de patentes. Os marcos fundamentais do programa são:

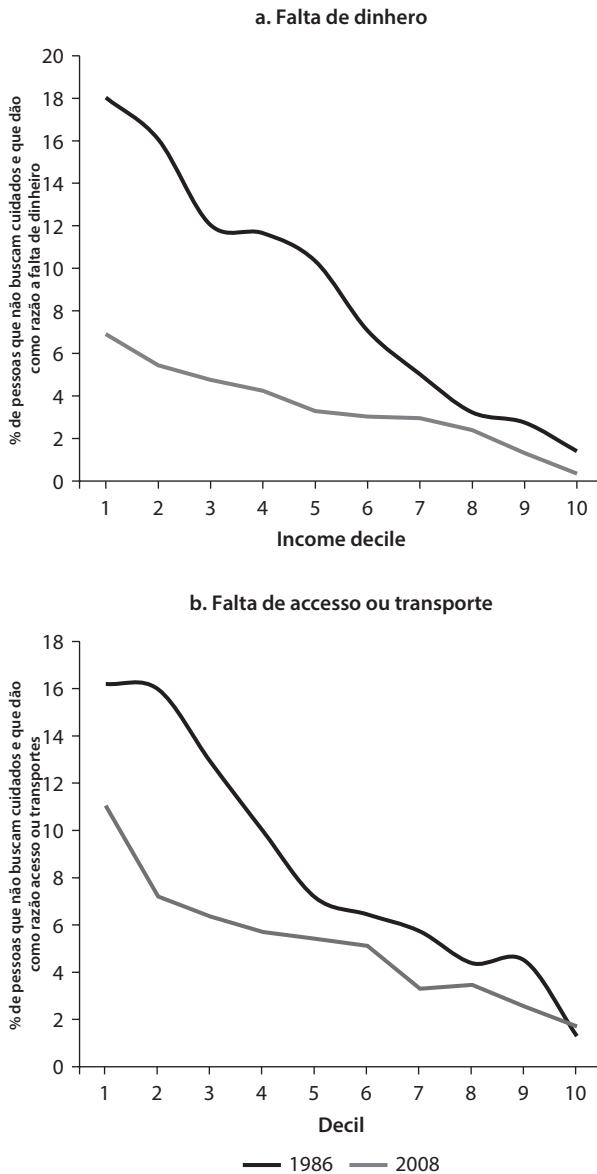
- 1984: *Secretaria da Saúde de São Paulo adota o primeiro programa de controle de AIDS; Montagnier isola o retrovírus que causa a infecção; 220 casos reportados (prevalência).*
- 1985: *Primeira ONG na América Latina fundada no Brasil (GAPA); 678 casos.*
- 1986: *Criado Programa Nacional contra HIV/AIDS; 1.537 casos.*
- 1988: *Governo federal inicia distribuição de medicamentos contra infecções oportunistas; 6.029 casos.*
- 1991: *MS inicia distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais (ARV); 18.487 casos.*
- 1992: *MS lança campanha de mídia de grande alcance; reembolso de tratamentos incluído no SUS; 25.186 casos.*
- 1994: *Iniciado projeto de apoio do Banco Mundial; 38.015 casos.*
- 1996: *Programa lança primeiro consenso nacional para tratamento da AIDS; distribuição gratuita de ARV determinada por lei; 56.605 casos.*
- 1998: *Torna-se obrigatória a cobertura do tratamento por seguradoras privadas; MS distribui 11 medicamentos; 91.916.*
- 2001: *Brasil ameaça quebrar patentes e negocia redução substancial nos preços de ARV; 139.573 casos.*
- 2007: *Taxa de sobrevivência aumenta significativamente no Brasil; MS cria base de dados sobre violações de direitos de pacientes de HIV/AIDS; 474.273 casos desde 1980.*
- 2008: *Brasil investe US\$ 10 milhões em fábrica de ARV em Moçambique.*

O programa conseguiu alterar o comportamento sexual por meio de campanhas informativas, alcançou tratamento grátis quase universal, foi líder na negociação para redução significativa do preço e, por último, controlou a expansão da epidemia e reduziu a respectiva mortalidade (que em 1995 atingiu seu valor máximo de 12,2/100.000 e depois baixou para metade em 1998). Foi reconhecido como um enorme sucesso e uma referência internacional.

Fonte: Ministério da Saúde (site do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais).

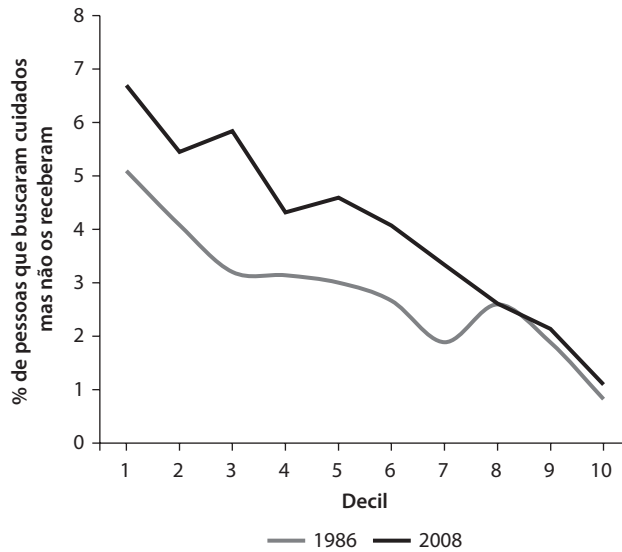
especialmente entre os que se encontram na faixa mais baixa de distribuição de renda (Figura 3.11). Existem, igualmente, evidências de que a expansão de infraestrutura e recursos humanos se traduziu em maior disponibilidade de serviços, com menos famílias indicando acesso ou transportes como razões para não buscarem cuidados.

Figura 3.11 Recursos financeiros e acesso como razões para não buscar cuidados de saúde, 1986-2008

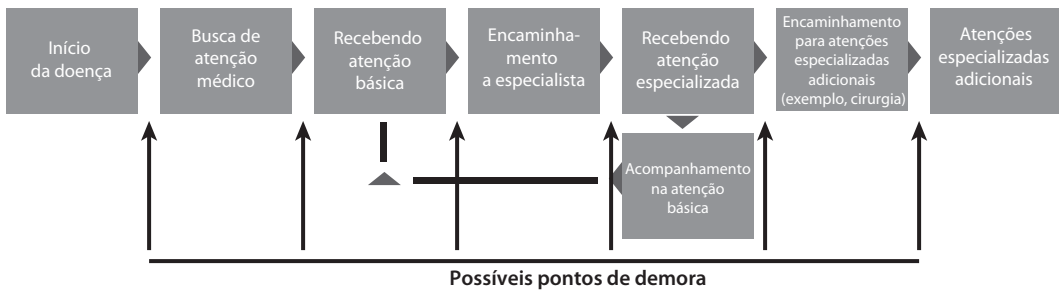


Fonte: IBGE (PNAD 1986 e 2008).

Entretanto, as razões relacionadas com as unidades de saúde (falta de funcionários ou funcionários pouco amistosos, horários inconvenientes, tempo de espera) aumentaram, constituindo o principal motivo para não buscar cuidados. Esses dados são indicativos da melhoria no acesso a serviços e dos problemas crescentes com a qualidade dos serviços e a receptividade (ou expectativas crescentes). Isso também está aparente no aumento da quota de

Figura 3.12 Problemas crescentes para receber atenção à saúde

Fonte: IBGE (PNAD 1986 e 2008).

Figura 3.13 Padrões complexos de cuidado e possíveis pontos de problemas de acesso

Source: Authors

domicílios que reportam buscar serviços mas não conseguem ter acesso a eles (Figura 3.12).

O que sabemos sobre acesso à atenção especializada e tempo de espera?

Dados sobre o não uso de serviços, resultantes de inquéritos aos domicílios ou pacientes, do tipo apresentado acima, podem fornecer informações importantes quanto aos problemas que dificultam o acesso. Em muitos casos, esses dados são referentes a primeiros contatos em caso de doença ou necessidade (conforme vislumbrado pelos entrevistados). Contudo, conforme ilustrado na Figura 3.13, muitas das necessidades em saúde requerem serviços e decisões clínicas de múltiplos prestadores, podendo conseqüentemente ocorrer

problemas de acesso e demora no recebimento de cuidados nas várias fases desse processo.

Diante da significativa diversidade de necessidades em saúde e do complexo padrão de atenção à saúde ofertadas aos pacientes, problemas de acesso ao longo dessa cadeia são difíceis de captar em simples indicadores. Uma abordagem comum é avaliar o desempenho dos sistemas de saúde nessa área, por meio de dados sobre tempo de espera, normalmente para procedimentos eletivos. Efetivamente, o tempo de espera é visto como um dos mais importantes problemas do sistema de saúde em muitos países da OCDE (OCDE 2003). Embora não exista nenhum consenso estabelecido sobre o que representa um tempo de espera “excessivo”, muitos países adotaram metas para tempos de espera máximos, tendo em conta que uma longa espera é altamente impopular e pode trazer consequências adversas (deterioração da condição, ansiedade, aumento do custo do procedimento, perda de renda do trabalho, etc.).

Há muitas evidências de que um tempo de espera longo é fonte de considerável frustração nos usuários do SUS (vide abaixo). Contudo, há poucos dados sistematizados sobre o tempo que os pacientes têm de esperar por uma consulta/ cuidados especializados. Um estudo recente sobre cuidados oncológicos, pelo Tribunal de Contas da União 2011, representa, conseqüentemente, um esforço importante para compilar dados sobre demora no diagnóstico e tratamento, que ilustram desafios mais vastos no sistema de saúde. O câncer é, atualmente, a segunda principal causa de mortalidade no Brasil e a demanda por serviços de diagnóstico e de tratamento está aumentando rapidamente. Utilizando dados administrativos sobre pagamentos por procedimentos de alta complexidade (Apacs) de 2010, o relatório revela que, em resultado de problemas com acesso a procedimentos de diagnóstico e de cuidados especializados, 60% dos doentes de câncer foram diagnosticados numa fase muito avançada (estágio 3 ou 4), reduzindo as perspectivas de tratamento eficaz e de sobrevida.³⁴ Não há dados diretamente comparáveis de estudos abrangendo países múltiplos mas, nos EUA, apenas 7% dos pacientes de câncer foram diagnosticados no estágio 3 ou 4, de acordo com um estudo recente (Legoretta et al, 2004).

O problema de diagnóstico tardio é agravado por atrasos no acesso a tratamento. O relatório utiliza dados administrativos sobre pagamentos autorizados para radiação e quimioterapia e também o registro hospitalar de câncer para avaliar o tempo de espera desde o diagnóstico até o tratamento. Os dados referentes a pagamento indicam que o tempo médio de espera para quimioterapia, em 2010, era de 76,3 dias, com apenas 35,6% de pacientes recebendo tratamento no prazo de 30 dias a contar do diagnóstico. No caso de radioterapia, os números correspondentes foram de 113,4 dias e 15,9%.³⁵ Não existem diretrizes nem metas nacionais traçadas que possam servir de termo de comparação para esses números. Contudo, como ponto de comparação, o relatório menciona que no Reino Unido e no Canadá a maioria dos pacientes recebe tratamento dentro de 30 dias (99% no RU e 88% no Canadá (28 dias)), com um tempo médio de espera entre 5 e 25 dias, dependendo do tipo de tratamento.

O relatório indica que demoras no diagnóstico e no tratamento são inconsistentes com as metas estabelecidas na Lei 8.080 e na Política Nacional de Câncer (Portaria GM/MS 2.439/2005). Menciona uma série de fatores que contribuem para o problema, incluindo a falta de capacidade do sistema, número insuficiente de profissionais com qualificações

em especialidades relevantes (por exemplo, patologistas), deficiências nos sistemas de referência e contrarreferência e taxas de pagamento que, em alguns casos, podem não corresponder aos custos dos serviços.³⁶ Realça ainda a necessidade de mais e melhores dados sobre tempo de espera e resultados (taxas de sobrevivência, p.ex.).

Outro exemplo de mais um esforço para avaliar as necessidades não atendidas é um estudo recente enfocando a demanda por especialistas e procedimentos diagnóstico e cirúrgico no Rio Grande do Sul (CNM, 2011). O estudo compreendia a coleta de dados sobre todos os casos referenciados e em que o paciente ainda não tinha recebido os serviços prescritos. O relatório indica que para o estado em geral, com uma população de 10,6 milhões, havia necessidades por atender de quase 500 mil consultas ou procedimentos.³⁷ Mais de metade delas eram consultas de especialistas (ortopedia e oftalmologia eram as mais importantes), enquanto os procedimentos de diagnóstico correspondiam a 30%. No caso de internações, quase todas as necessidades médicas não atendidas eram em atenção psiquiátrica. Esses problemas são atribuídos à falta de capacidade física, financiamento do estado inferior ao necessário e deficiências nos sistemas de referência e contrarreferência.

Dados relativos a listas de espera e acesso a cuidados especializados necessários são limitados no Brasil. Porém, os dois estudos destacados acima dão uma indicação dos desafios que muitos pacientes enfrentam quando “navegam” pelo sistema de saúde e procuram satisfazer suas necessidades médicas e que em muito explicam os níveis comparativamente elevados de insatisfação com o SUS.

A dimensão da qualidade: a peça que falta no quebra-cabeça?

Discussões de cobertura tendem a focar no acesso e no custo dos serviços para os diferentes grupos. Mas uma limitação importante desse conceito de “cobertura” é que ele não capta adequadamente o grau em que as melhorias na cobertura dos serviços de saúde se traduzem em melhores resultados na saúde. Em outras palavras, não apenas nos preocupamos com o acesso das pessoas aos serviços, mas também queremos que esses serviços sejam adequados e bem executados para que se realizem os potenciais ganhos em saúde.³⁸

Conquanto o aumento de eficácia fosse um objetivo importante da construção do SUS, não havia um enfoque ou meta explícitos relativamente à qualidade. Isso pode, em parte, ser devido ao fato de a qualidade dos serviços de saúde ser, inerentemente, difícil de medir. Na verdade, a qualidade dos serviços no sistema brasileiro de saúde só recentemente foi reportada ou monitorada e, mesmo assim, apenas parcialmente.³⁹ Embora as comparações de longo prazo sejam difíceis, a qualidade tem sido uma preocupação há muito tempo. Por exemplo, um relatório de 1994 constatou que, no início da década de 1990, havia poucas informações sistêmicas ou avaliações rigorosas da qualidade dos serviços disponíveis e que existia um profundo contraste entre serviços de alta classe em áreas complexas (cirurgia cardíaca e transplantes, por exemplo) e qualidade geralmente inadequada nos serviços de saúde mais utilizados (incluindo atenção materna e infantil) (Banco Mundial, 1994). Entre outros aspectos, o relatório mencionou (i) quadros de pessoal e padrões de trabalho inadequados; (ii) padrões inadequados de prescrição e uso de medicamentos; (iii) elevadas taxas de cesarianas; (iv) ausência de protocolos padronizados

para tratamento; (v) elevadas taxas de infecção em procedimentos cirúrgicos e internações hospitalares em geral (6,5-15% segundo pesquisas existentes) e taxas de mortalidade (13,9% em hospitais privados com contrato com INAMPS e 6,7% em hospitais públicos no Rio de Janeiro); (vi) uso limitado de programas de controle de qualidade; e (vii) canais deficientes para denunciar negligência ou insatisfação do consumidor. Quase quinze anos depois, na sua análise do setor hospitalar, La Forgia and Couttolenc (2008) concluíram que tinha havido lento e limitado progresso, apesar da multiplicação de iniciativas em controle de qualidade.⁴⁰ O estudo identificou uma série de questões de qualidade que aparecem frequentemente e que podem ser agrupadas da seguinte maneira: erros ou atrasos no diagnóstico, inobservância de procedimentos recomendados, falhas em realizar operações e consultas utilizando procedimentos adequados, erros na seleção e na administração de tratamentos, erros na dosagem ou no método de utilização de medicamentos ou em sua administração, demora desnecessária no tratamento ou na divulgação dos resultados de testes, uso de tratamento incorreto ou inapropriado, não utilização de tratamentos profiláticos recomendados, falta de um sistema de monitoramento, análise e controle, problemas com disponibilidade e uso de equipamento, falta de um sistema de treinamento de pessoal (La Forgia and Couttolenc, 2008).

Outros estudos apontaram preocupações semelhantes. Por exemplo, um inquérito de 2003 em mais de 1.000 hospitais públicos e privados no Estado de São Paulo constatou que 52,5% – 47,6% públicos e 53,9% privados – não cumpriam os requisitos mínimos para licenciamento, de acordo com padrões estaduais e nacionais (CREMESP, 2004) e que 2/3 tinham registros médicos incompletos. O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) do MS, no seu relatório de 2005, concluiu que, dos 6.030 hospitais financiados pelo SUS questionados, 40% não responderam e 37% não cumpriam; dos que foram sujeitos à classificação, apenas 16% foram considerados provedores de serviços de qualidade boa ou superior, enquanto 37% tiveram classificação de inaceitável ou muito inaceitável (Ministério da Saúde, 2006b). É evidente que as preocupações com qualidade estão, em parte, relacionadas com desenho deficiente ou fraca implementação de sistemas reguladores e programas de acreditação de qualidade, mas as modalidades de pagamento aos prestadores e as expectativas dos pacientes também têm um papel importante. Isso é evidente, por exemplo, no caso das elevadas taxas de cesáreas no Brasil (vide Caixa 3.2).

Mas, há também algumas indicações de melhorias. Por exemplo, um estudo recente utilizou a Ferramenta de Avaliação de Cuidados Primários para apreciar a qualidade da Estratégia de Saúde da Família comparativamente à abordagem tradicional de prestar serviços APS, baseada em unidades de saúde, e concluiu que, em todas as funções relativas à qualidade consideradas, o PSF era significativamente superior à abordagem tradicional (Figura 3.14) (Macinko, 2011; Macinko, Almeida e Sa, 2007).

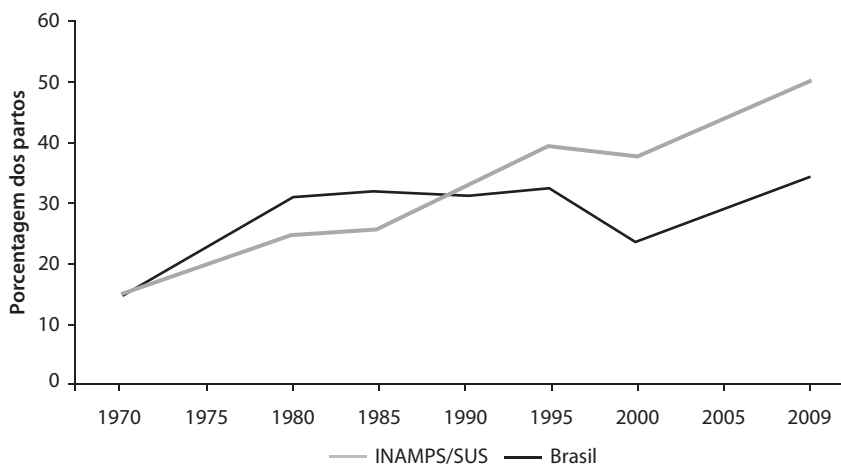
Outros estudos analisaram a hospitalização por condições que podem ser eficazmente geridas em unidades de atenção primária (elevadas taxas de internação hospitalar para estas condições indicam baixa qualidade na atenção primária). Nos primeiros anos de 2000, a proporção de admissões por condições sensíveis à APS foi estimada em 27% em Minas Gerais (SES-MG, 2005) e em 30% no Brasil, na sua totalidade (La Forgia and Couttolenc, 2008). Porém, durante o período 1999-2007, as internações por doenças

Caixa 3.2 Cesáreas no Brasil

Há muitos anos que a proporção de cesáreas no Brasil tem estado entre as mais altas do mundo e, atualmente, a média nacional é da ordem de 43%. O número de cesáreas vem crescendo em todas as regiões desde os anos 70: de 15% no princípio da década de 1970 para 30-35% nos anos 80, 40% no fim da década de 1990 e 49% em 2008 (Victoria et al, 2011). As taxas de cesáreas no SUS permanecem, contudo, muito superiores nos estados ricos das Regiões Sudeste e Sul (33-35% contra 28% nas Regiões Norte e Nordeste em 2007). A taxa média do Brasil é mais alta do que em qualquer outro país e duas vezes a média de 22% dos países de renda alta (OMS, Estatísticas de Saúde 2008); é muito superior à proporção recomendada pela OMS como limite máximo (15%). As cesáreas podem ser mais convenientes para médicos e muitas mães, mas também implicam riscos para mulheres e recém-nascidos.

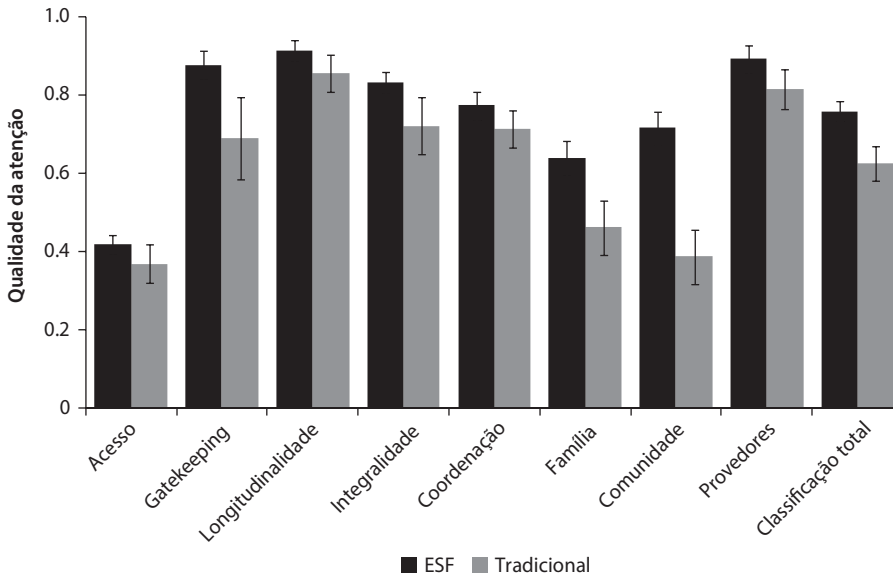
O SUS, que é responsável por aproximadamente 80% dos partos, tem tido êxito moderado na redução da tendência dentro do seu sistema, por meio de alterações nos níveis de pagamentos (no início da década de 1980) e outras políticas adotadas nos anos 90; a taxa seria provavelmente muito superior se o SUS não tivesse implementado políticas para sua redução ⁴¹. Já no setor privado, a taxa é muito mais alta (coberta por planos de saúde privados) do que no SUS, sendo superior a 80% ⁴². Mas os efeitos das políticas do SUS foram efêmeros, como demonstra a Figura B3.2.1. Particularmente preocupante é o aumento de 44% na taxa de cesáreas no SUS a partir de 2000 (aumento no setor privado foi de 32%).

Figura B3.2.1 Taxas de cesáreas do Brasil e do INAMPS/SUS, 1970-2009



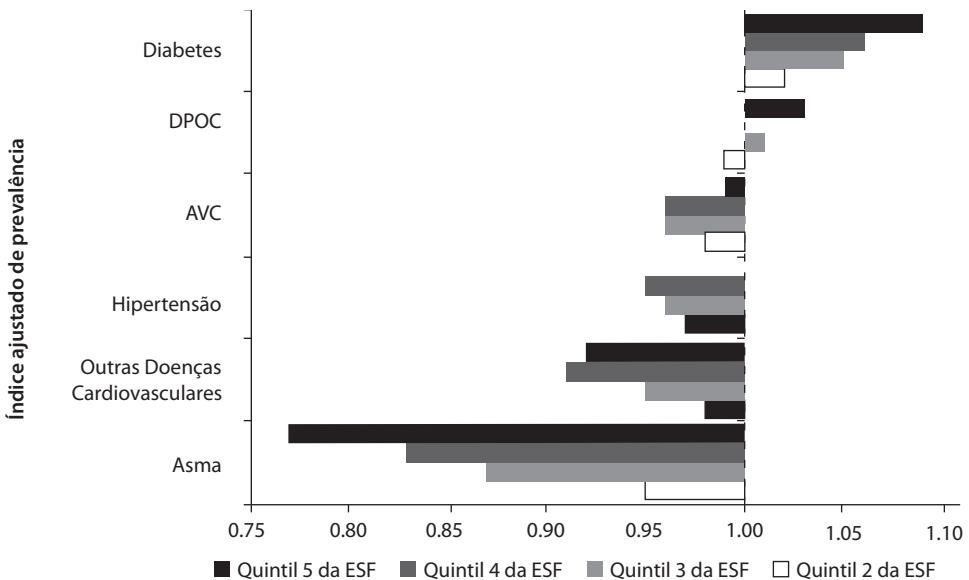
Fonte: Ministério da Saúde/SVS (2011 e banco de dados DATASUS, ANS (2011)

Figura 3.14 Qualidade da atenção no ESF e nos serviços de APS tradicionais, Petrópolis, Brasil, 2003



Fonte: Macinko, Almeida e Sa, 2007.

Figura 3.15 Internações hospitalares por doenças crônicas, potencialmente evitáveis, e cobertura do ESF, 1997-2007 (razões de prevalência ajustados)



Cobertura PSF em quintis. Fonte: Macinko, 2011.

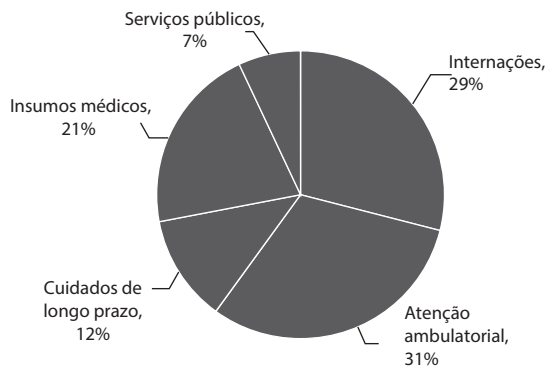
crônicas sensíveis a cuidados ambulatoriais (doença cardiovascular, acidente vascular e asma) caíram a uma taxa superior à de outras causas de hospitalização. Além disso, já foi mostrado que a estratégia ESF está associada com a redução da proporção de internações (potencialmente) evitáveis (Macinko, 2011), como ilustra a Figura 3.15. Também um estudo de Dourado et al, (2011), analisando dados nacionais, regionais e estaduais, constatou que uma maior cobertura do PSF em nível estadual estava associada com menos internações hospitalares por condições sensíveis à APS (CSAPS), depois de controle por outros variáveis.

Eficiência do sistema de saúde

O conceito de eficiência diz respeito à relação entre insumos e resultados ou produtos. Ao nível mais amplo, um sistema de saúde eficiente é aquele que produz os maiores progressos para um determinado nível de gastos. Diante das diversas influências sobre resultados da saúde, é difícil determinar a eficiência nesse nível elevado (macro). Consequentemente, as avaliações da eficiência tendem a focar em elos específicos da cadeia, desde gastos a resultados, incluindo em que medida os recursos são adequadamente alocados a programas ou intervenções (eficiência alocativa) e em que grau se obtém o maior volume e qualidade de serviços de saúde face aos insumos disponíveis (eficiência técnica).

Não havendo, contudo, metas explícitas relativamente à eficiência, esperava-se que a construção do SUS melhorasse a eficiência do sistema de saúde por meio de uma série de medidas, incluindo maior integração e coordenação, enfoque redobrado em atenção primária, reforma do sistema de pagamento dos prestadores de serviços e fortalecimento da governança e da responsabilização. Como mencionado, muitas destas reformas específicas, em particular nas áreas de pagamento a prestadores e governança, só foram parcialmente implementadas. Dessa forma, embora se possam esperar ganhos em eficiência devido ao fortalecimento da atenção primária, esses ganhos serão, provavelmente, relativamente pequenos.

Figura 3.16 Distribuição da despesa com saúde por função, nos países da OCDE, 2007



Fonte: OECD, Health at a Glance 2011.

Há poucos indicadores de eficiência disponíveis durante um período de tempo longo no sistema de saúde do Brasil. Os poucos estudos sobre esse assunto são transversais e enfocam em aspectos particulares da eficiência. Alguns indicadores disponíveis e uma análise da literatura existente podem, porém, fornecer evidências diretas e indiretas de que o SUS e o setor da saúde do Brasil, de uma forma geral, operam com níveis baixos de eficiência. É, contudo, difícil tirar conclusões sobre tendências ao longo do tempo

Eficiência na alocação

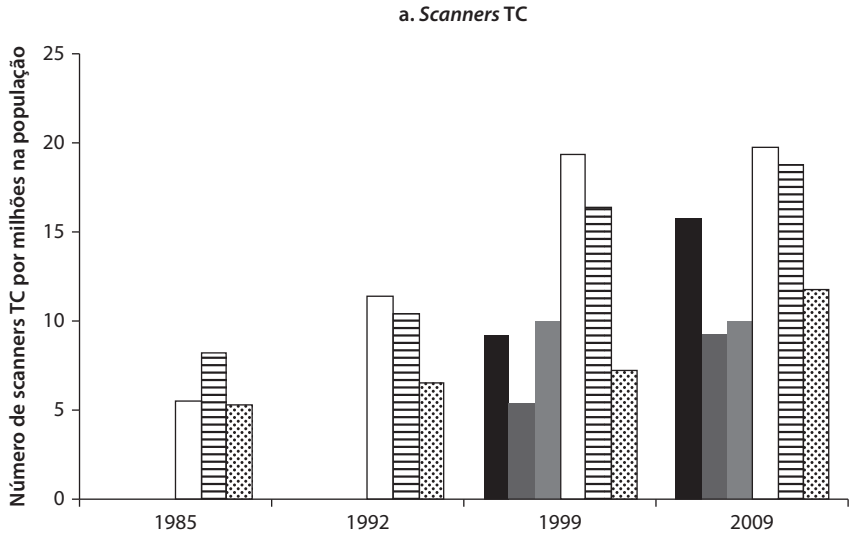
Foram realizados poucos estudos sobre eficiência na alocação de recursos no sistema de saúde brasileiro. Seções anteriores demonstraram que houve uma realocação dos gastos do governo em favor dos cuidados primários, tendo a porcentagem dos recursos atribuída à APS aumentado de 10% nos anos 70 para cerca de 20% em 2010, enquanto a atenção de média e alta complexidade continua representando o percentual mais elevado de gastos. As alterações na alocação de recursos tem colocado o Brasil mais em sintonia com os países da OCDE, onde as internações (incluindo de longo prazo) representam 42% dos gastos em saúde (variando entre 52% e 34%) e os cuidados ambulatoriais (incluindo cuidados primários e secundários) 31% (indo de 23% até 46%) (figura 3.16).⁴³

Tecnologia médica e eficiência na alocação em nível de instalação

O Brasil abraça com entusiasmo as tecnologias médicas. Porém, uma proporção substancial de equipamento de complexidade elevada é adotada sem a devida consideração de suas implicações para os custos, a qualidade e a eficácia do cuidado. Em 2002, o Brasil, em sua totalidade, tinha uma densidade de scanners de tomografia computadorizada (TC) e de ressonância magnética (MRI) mais alta do que a do quartil mais baixo dos países da OCDE⁴⁴ e próxima da de um grupo de cinco países ricos, que têm uma utilização relativamente baixa de tecnologia médica e um sistema estabelecido para regular a adoção de nova tecnologia (França, Reino Unido, Canadá, Austrália e Holanda) (Figura 3.17a e Figura 3.17b). Na última década, o aumento de densidade desses dois equipamentos foi mais rápido no Brasil.

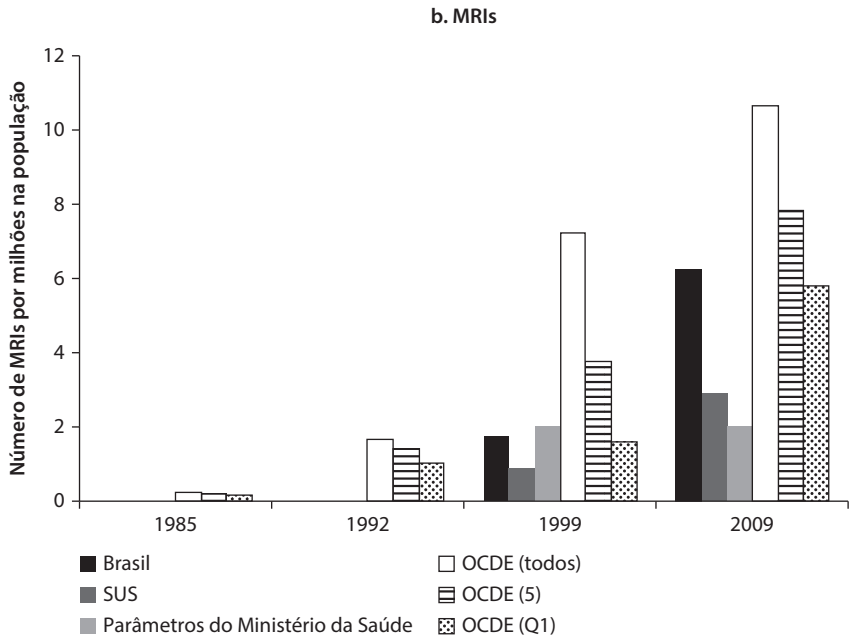
A disponibilidade desses equipamentos no SUS é muito inferior à sua disponibilidade no Brasil como um todo, porque a maior parte dessa tecnologia é oferecida pelo setor privado (não para o SUS), em que a oferta é muito maior do que na maioria dos países da OCDE. Além disso, a alocação de equipamento médico de alto custo no Brasil é muito pouco racional e eficiente: uma análise da sua densidade, por município, em 2002, revelou que dos 100 municípios com densidade mais alta de equipamento, 70% tinham menos de 30 mil habitantes e possuíam densidades mais de dez vezes superiores à dos países da OCDE (Couttolenc et al, 2004). Isso significa que uma porcentagem substancial de equipamento de alto custo está instalada em municípios que não possuem nem dimensão, nem atribuição (dentro do sistema de saúde) para os acolherem. Mas como demonstram as evidências da literatura, a oferta de equipamentos de diagnóstico tende a gerar demanda por ela, a um custo mais alto para o sistema de saúde. A oferta do SUS está em conformidade com os parâmetros do MS, sendo relativamente mais alta do que na maior parte dos países de renda média alta (tipicamente o quartil inferior da OCDE, como indicado nas figuras). Ainda não está em vigor um sistema estabelecido para regular

Figura 3.17a Densidade comparativa de scanners TC



Fontes: IBGE (pesquisas AMS), Dados sobre Saúde da OCDE, IBGE 2009b.

Figura 3.17b Densidade comparativa de MRI (por milhão)



Fontes: IBGE (pesquisas AMS), Dados sobre Saúde da OCDE (2010), IBGE 2009b.

e organizar a adoção e a oferta de tecnologia médica, embora o MS tenha implementado iniciativas parciais, tais como a criação de um departamento específico e o financiamento de alguns estudos sobre a questão.

Outro indicador da oferta e do uso de insumos técnicos é o número médio de testes de diagnóstico por consulta médica. Aumentou 80% entre 1995 e 2008, de 0,1 para 0,18 (Fonte: MS/DATASUS). Alguns estudos indicam, contudo, que cerca de 60% dos testes de diagnósticos eram desnecessários e inúteis: o que revelam podia ser obtido por meio de um simples exame dos pacientes. Além disso, eles oferecem pouco valor agregado ao diagnóstico e ao tratamento (Santos Júnior, 2006). Isso reflete, também, o já mencionado uso reduzido de protocolos de tratamento no Brasil.

Eficiência hospitalar

A eficiência nos cuidados hospitalares pode ser medida de várias formas: taxa de ocupação de leitos, produtividade dos funcionários, uso de infraestrutura hospitalar etc. Uma série de estudos a partir de 2008 indica que a maior parte dos hospitais brasileiros funciona com um baixo nível de eficiência (La Forgia and Couttolenc, 2008). Utilizando uma Análise por Envoltória de Dados (DEA) em uma amostragem de 428 hospitais, os autores concluíram que a classificação média de eficiência técnica em 2002 era de somente 0,34 numa escala de 0 a 1, o que significa que o hospital médio podia aumentar em três vezes a sua produção, caso fosse tão eficiente como o mais eficiente da amostragem. Os hospitais públicos eram menos eficientes do que os privados (com uma nota média de 0,29 comparativamente a 0,39), mas ambos eram, em média, bastante ineficientes. Os principais fatores que contribuem para a ineficiência são: pequena escala das operações, uso elevado de recursos humanos e baixa utilização da capacidade instalada e dos recursos técnicos. O modelo de governo e os mecanismos de pagamentos também tiveram impacto na eficiência.

Figura 3.18 Taxa de ocupação de leitos em hospitais SUS, 1992-2010



Fonte: MS/DATASUS. O número diz respeito a todos os hospitais SUS; a taxa para hospitais de cuidados agudos é cerca de 10 pontos percentuais mais baixa.

A maior parte dos hospitais brasileiros são demasiado pequenos para operarem eficientemente: 65% têm menos de 50 camas e apenas 13% têm 100 camas ou mais, sendo que tanto a literatura internacional, como o estudo brasileiro, indicam que, para ser eficiente, um hospital deve ter mais de 200 camas. O grande número de pequenos hospitais no Brasil é, em certa medida, o resultado de uma política deliberada do SUS de oferecer acesso à atenção hospitalar em cidades menores, com a construção de um grande número de pequenos hospitais municipais: entre 1985 e 1999, foram construídos em torno de 1.200 novos hospitais públicos – sobretudo municipais – tendo a dimensão média baixado de 94 leitos para 55 (IBGE, pesquisas AMS).

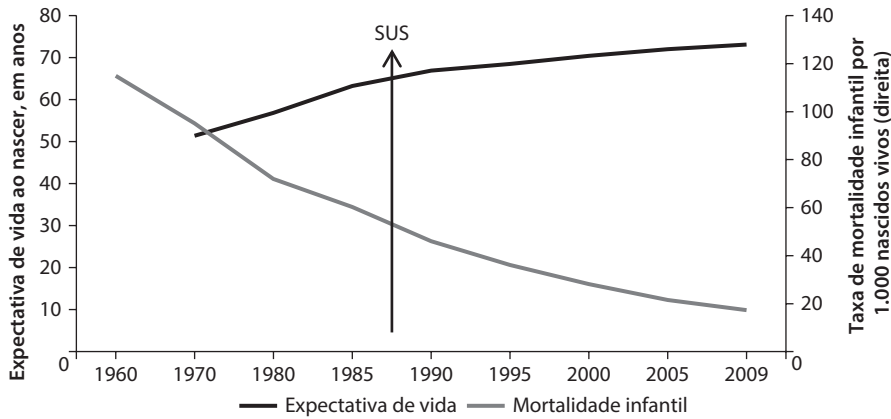
Conforme demonstrado por La Forgia and Couttolenc (2008), a taxa média de ocupação de leitos (TOL) no Brasil é muito baixa e uma fonte importante de ineficiência e desperdício. Nesse estudo, a TOL nos hospitais SUS era de 37% para hospitais de tratamento intensivo e 45% para todos os hospitais (comparativamente ao nível recomendado pelo MS de 75-85% e a médias internacionais em torno de 70-75%). Muitos hospitais tinham uma taxa de ocupação abaixo de 25%. Como indicado na Figura 3.18, a baixa TOL é um problema em hospitais do SUS há muito tempo, embora tenha melhorado gradualmente nos anos 2000. Os recursos técnicos hospitalares também estão subutilizados. Por exemplo, o número médio de cirurgias executadas por sala de operações no Brasil era de 0,66 por dia útil (La Forgia and Couttolenc 2008); isso significa que as salas de operações no típico hospital brasileiro estão desocupadas 85% do tempo. Esse baixo uso da infraestrutura e dos recursos existentes encobre duas realidades muito diferentes: um pequeno número de grandes hospitais de referência é intensamente utilizado, frequentemente com longas filas e salas e corredores lotados, enquanto os pequenos hospitais – a grande maioria –, mal são utilizados. Como a maior parte dos brasileiros tende a evitar pequenos hospitais e buscar cuidados em grandes unidades regionais, a política de alargar o acesso, por meio de uma imensa rede de pequenos hospitais, tem-se revelado ineficaz e dispendiosa.

Não é claro se a TOL também foi afetada pela expansão e reforço da APS em meados da década de 1990 e pelo teto definido para internações, uma vez que foram construídos, ao mesmo tempo, cerca de 500 novos hospitais, quase todos de pequena dimensão. Além disso, parte da ineficiência dos hospitais é resultado de uma atenção primária ineficaz e de mecanismos de encaminhamento deficientes. Dois estudos, por exemplo, estimaram a proporção de admissões hospitalares para condições sensíveis a cuidados ambulatoriais, dentro do SUS, em aproximadamente 30%; em contrapartida, estudos na Espanha e nos EUA obtiveram porcentagens bastante inferiores (8-18% e 13-16%, respectivamente) ⁴⁵. O uso de infraestruturas hospitalares para internações desnecessárias está nitidamente relacionado com a ausência de redes de cuidados de saúde eficazes e em bom funcionamento, descritas na Seção 3.5 acima.

Melhorar os resultados na saúde: qual tem sido a contribuição do sistema de saúde?

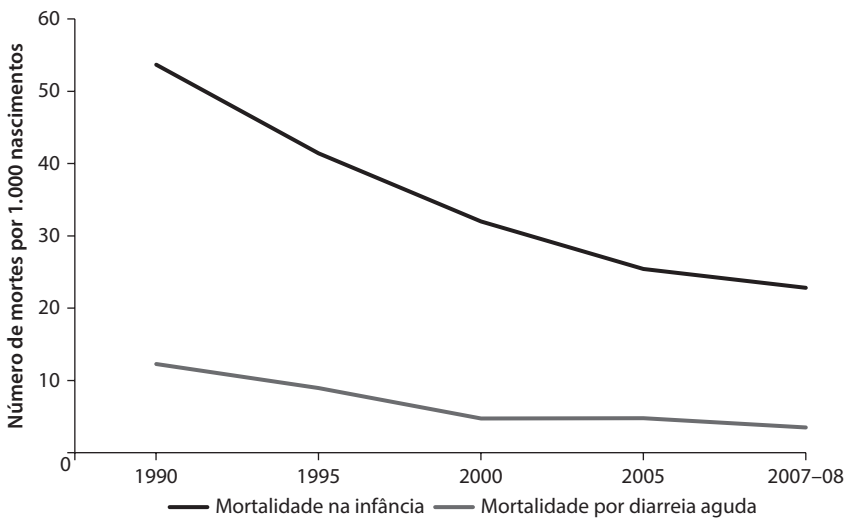
Uma das grandes preocupações da construção do SUS era garantir um amplo acesso a serviços de saúde efetivos. Como foi dito na seção introdutória deste relatório, o objetivo final dos sistemas de saúde é melhorar o nível e a distribuição dos resultados de saúde,

Figura 3.19 Tendências de longo prazo na expectativa de vida e na mortalidade infantil



Fonte: IBGE e MS/SVS.

Figura 3.20 Tendências na mortalidade na infância (≤ 5 anos) e na mortalidade por diarreia aguda (≤ 5 anos), 1990-2008



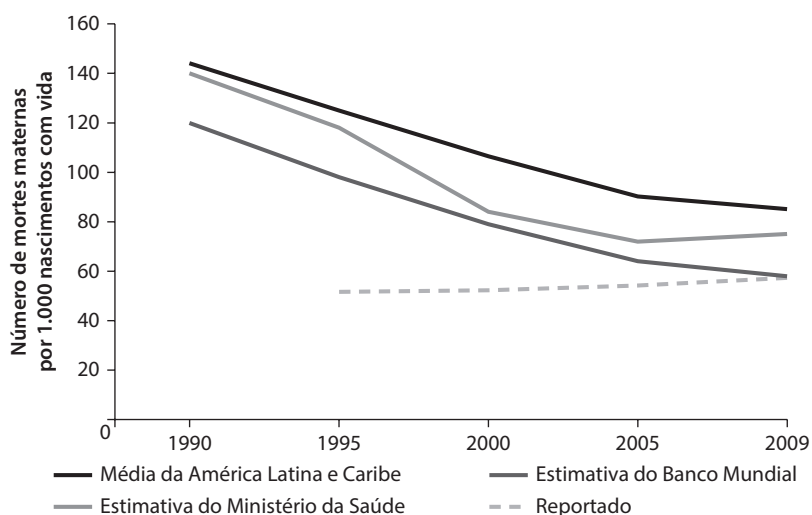
Fonte: MOH/SVS/SIM para Mortalidade por Diarreia e Estatísticas de Saúde da OMS (WHO, 2010b) para mortalidade infantil.

garantir um financiamento da saúde equitativo e acessível e alcançar altos níveis de receptividade e satisfação. Embora a legislação que instituiu o SUS não tenha definido nenhum alvo específico para resultados de saúde, previa-se que a reforma contribuísse para melhorias nos resultados de saúde e na redução das desigualdades. Os dados disponíveis sugerem que muitos dos resultados de saúde melhoraram realmente ao longo dos anos e que ocorreu igualmente uma convergência de resultados entre as várias áreas geográficas e grupos socioeconômicos.

Tabela 3.1 Desempenho relativo dos resultados de saúde no Brasil e em países comparáveis, 1985-2009

<i>País/Grupo</i>	<i>Expectativa de Vida (EV)</i>	<i>Mortalidade Infantil (MI)</i>
Brasil	15.5	-71.3
América Latina e Caribe	7.1	-33.2
Países de Renda Média	6.1	-28.5
China e Índia	11.1	-60.5
Melhor desempenho no grupo	16.5	-76.3

Fontes: IBGE (2004b) e Ministério da Saúde S/SVS, Banco Mundial (WBI)

Figura 3.21 Razão de Mortalidade Materna, Brasil e LAC, 1990-2009

Fontes: Ministério da Saúde/SVS (2011 e anos anteriores), Banco Mundial 2011 (Indicadores WDI).

Os resultados da saúde melhoraram, com algumas reservas

Primeiro, a expectativa de vida ao nascer aumentou em 9,8 anos ou 15,5%⁴⁶, passando de 63,3 anos em 1985 para 73,1 em 2009 (Figura 3.19). Segundo, a Taxa de Mortalidade Infantil teve um declínio de 71,3%, baixando de 60,3 para 17,3 por 1.000 nascidos vivos. A mortalidade infantil (mortes de crianças com menos de 5 anos por 1.000 nascidos vivos) baixou em 57,6% entre 1990 e 2008, e a mortalidade por diarreia aguda entre crianças abaixo de 5 anos também caiu 71,5% entre 1990 e 2007 (de 12,3 para 3,5, ver Figura 3.20). De acordo com as projeções do MS, o Brasil deve alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milênio relacionadas à mortalidade infantil e na infância três anos antes da data limite de 2015 (MS, 2010).

Comparando o progresso nos indicadores de resultados com outros países, obtêm-se informações adicionais sobre o assunto. A partir de 1985, o Brasil registrou progresso a uma taxa mais acelerada do que muitos outros países: com respeito à expectativa de vida e à mortalidade infantil, o progresso processou-se a um ritmo duas vezes superior à da média dos

países da América Latina e do Caribe (LAC) (Tabela 3). Entre países selecionados com nível de renda semelhante⁴⁷, apenas a Turquia e o Peru elevaram a expectativa de vida e reduziram a mortalidade infantil mais rapidamente (cerca de 16,5% para EV e 76% para MI).

Já outros indicadores dão uma imagem menos positiva. Para a mortalidade materna, os números oficiais indicam uma razão elevada e estagnada nos últimos 20 anos, cerca de 50 por 100 mil nascidos vivos, em um país onde mais de 90% dos nascimentos ocorrem em ambiente hospitalar. Em comparação com outros países, a razão corrigida do Brasil está abaixo da média da LAC, mas é duas vezes, ou mais, superior à de Chile e Turquia (26), Malásia (31), China ou Rússia (38-39)⁴⁸. É pouco provável que o Brasil cumpra a MDG referente à mortalidade materna (35/100.000). Contudo, estudos específicos sugerem que a estagnação aparente da RMM é, de fato, o resultado de melhor identificação e cadastro das mortes maternas.⁴⁹ Estimativas corrigidas baseadas em técnicas de regressão, quer do MS, quer do Banco Mundial, mostram reduções significativas ao longo dos últimos vinte anos, de 140 para 75 por 100.000 nascidos vivos (MS/DASIS/SVS – ver Figura 3.21).⁵⁰ Porém, a RMM permanece relativamente alta.

Algumas causas evitáveis de mortalidade e morbidade estão em ascensão. Dengue e malária, por exemplo, flutuam bastante de ano para ano, sem mostrar sinais de um controle efetivo. A mortalidade por acidentes de trânsito baixou entre 1996 e 2000, mas permaneceu estável ou aumentou a partir de então, em torno de 18,5 por 100.000 (MS, 2010). A mortalidade por homicídio, na verdade, duplicou, de 14 em 1980 para 28 por 100.000 em 2006, tendo baixado ligeiramente a partir de então.

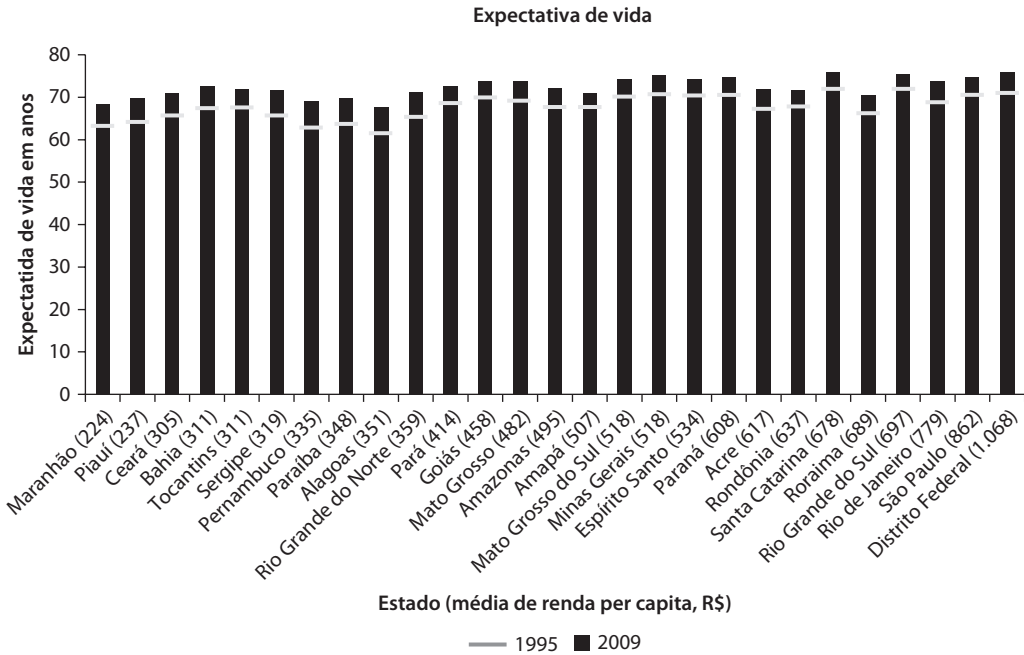
Redução de desigualdades nos resultados de saúde

Expectativa de vida, mortalidade infantil e outros resultados melhoraram substancialmente em todos os estados, mas em ritmos bastante diferentes. As desigualdades geográficas nos resultados de saúde foram reduzidas consideravelmente, sendo os estados do Nordeste (Ceará, Rio Grande do Norte, Bahia, Pernambuco e Piauí) os mais beneficiados. Esses eram os estados com os valores iniciais mais baixos. Os ganhos em expectativa de vida foram variáveis, de 6,2 anos em Pernambuco a 3,3 no Amapá, com uma média de 4,6 (Figura 3.22a). O desvio médio na expectativa de vida baixou de 2,35 anos para 1,90. Permanecem, contudo, desigualdades significativas na situação de saúde. O mesmo se aplica à mortalidade infantil, embora os estados com melhor desempenho não sejam exatamente os mesmos (Figura 3.22b). A redução do desvio médio foi ainda superior: de 14,49 para 6,05 por 1.000 nascidos vivos. As regiões mais pobres do Nordeste e do Norte apresentaram as maiores reduções, embora continuem tendo taxas mais elevadas. A cobertura de vacinação praticamente total de crianças em todas as regiões, melhorias na nutrição infantil (mais pronunciadas no Nordeste), a implementação e a cobertura do ESF (superior nas áreas mais pobres) e outros programas que deram prioridade a regiões e grupos de população pobres contribuíram para essa tendência, como apontado neste relatório.

A Figura 3.24 também ilustra essa tendência de convergência entre as diversas regiões. A diferença entre as regiões com as TMI mais altas e mais baixas – Nordeste e Sul – baixou de 3:1 para 2:1 durante o período.

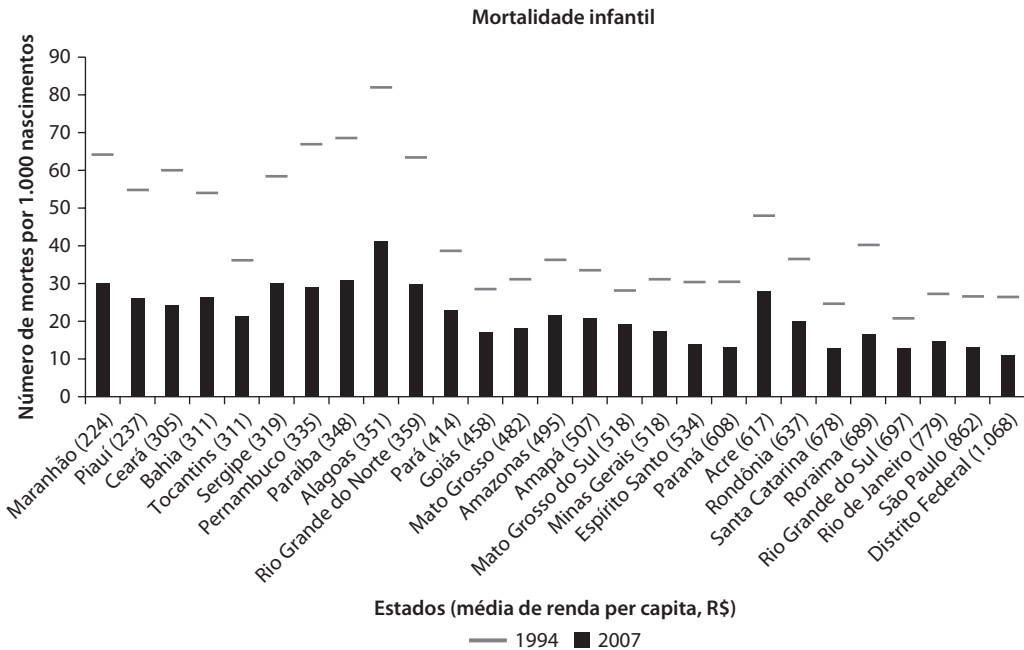
As disparidades nos resultados de saúde foram reduzidas não só por regiões geográficas, mas também por grupos socioeconômicos. Por exemplo, a Figura 3.25 mostra que a

Figure 3.22a Evolução da expectativa de vida nos estados, 1995-2009



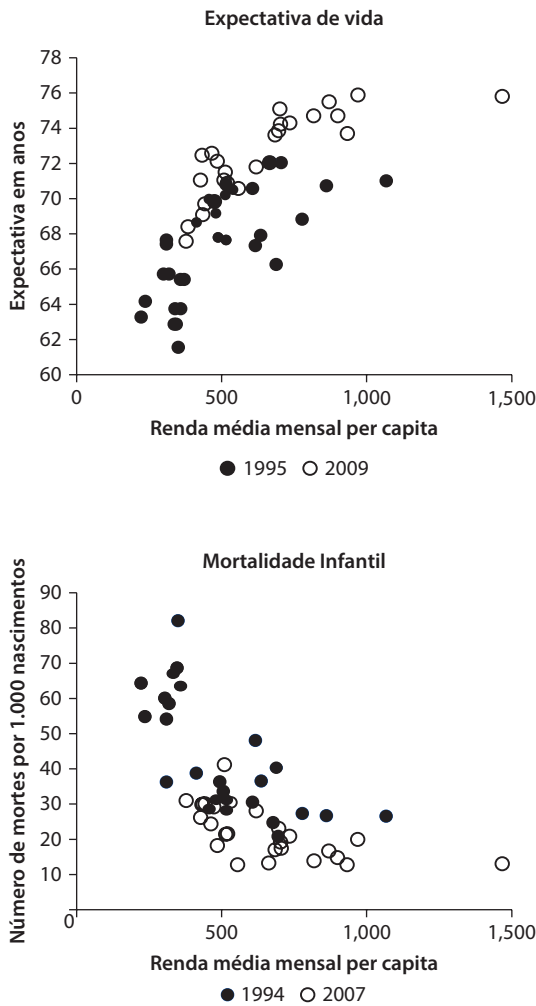
Fonte: Couttolenc, 2011b.

Figure 3.22b Redução da Taxa de Mortalidade Infantil nos estados, em %, 1994-2007



Fonte: Couttolenc, 2011b, extraído de dados de MS/DATASUS.

Figure 3.23 A ligação entre resultados de saúde e renda média, em nível estadual

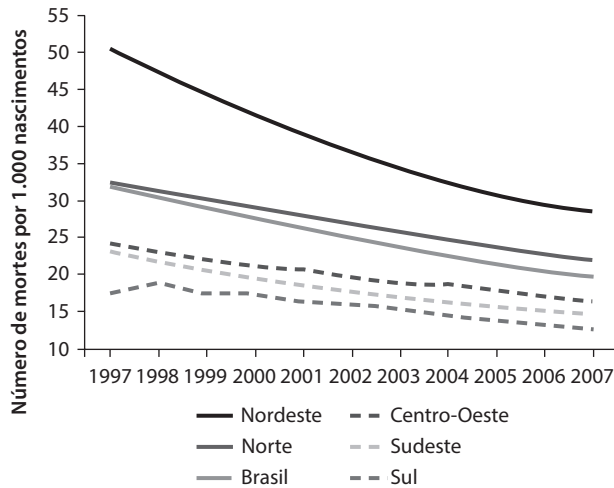


Fontes: Ministério da Saúde, dados do DATASUS referentes à expectativa de vida e à mortalidade infantil; IPEADData do IBGE para as rendas estaduais.

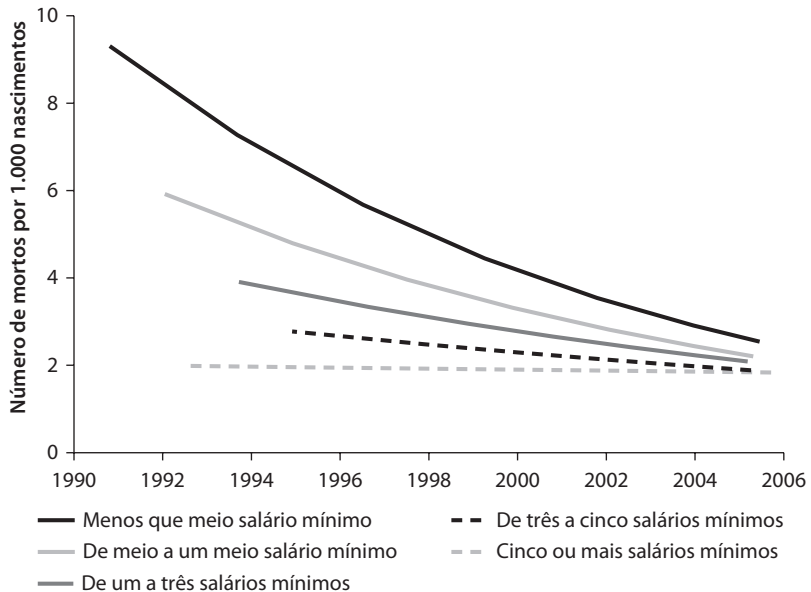
redução das disparidades na TMI foi muito superior entre grupos de renda baixa, contribuindo para um movimento de convergência dos diferentes grupos de renda para cerca de 20/1.000, em meados da primeira década de 2000..

O SUS contribuiu para melhores resultados na saúde?

Embora as melhorias e a redução das desigualdades nos resultados de saúde sejam boas notícias, é importante ressaltar que esses ganhos são, pelo menos em parte, atribuídos a desenvolvimentos fora do sistema de saúde: acesso a água potável e saneamento,

Figura 3.24 Tendências regionais na mortalidade infantil, 1997-2007

Fonte: Rocha, 2001, com base em dados MS/DATASUS.

Figura 3.25 Tendências na mortalidade infantil por grupo de renda, 1990-2006

Fonte: IBGE (pesquisas PNAD). MW significa salário mínimo brasileiro, atualmente de USD 300,00.

alimentação e educação de qualidade e a situação econômica das famílias.⁵¹ O fato de quase um quarto de a população estar coberto por plano privado e outros 15% não utilizarem o SUS como a sua fonte regular de cuidados complica ainda mais o quadro. Por último, um número de programas de saúde pública de base ampla, que só estão

parcialmente associados à construção do SUS, também contribuiu para as melhorias. Isso inclui, por exemplo, um programa do MS para promoção da amamentação, que teve início em 1981. Em consequência desse programa, a amamentação teve um grande impulso, com a duração média da amamentação passando de 2,5 meses em meados da década de 1970 para 14 meses em 2006-07 (Victora et al, 2011).

Qual foi, então, a contribuição da construção do SUS para a melhoria dos resultados de saúde? É difícil responder, com segurança, a essa pergunta, tendo em conta que as mudanças foram implementadas em todo o País e levando em consideração os problemas de qualidade e consistência dos dados administrativos. Existem, porém, algumas evidências convincentes, provenientes de estudos sobre mortalidade evitável e de avaliações da estratégia de saúde da família, de que o SUS teve um papel importante na melhoria dos resultados de saúde.

Reduções na mortalidade evitável

Uma forma de tentar identificar a contribuição do sistema de saúde para a melhoria dos resultados de saúde é analisar as tendências da mortalidade evitável (ou por causas específicas) – ou seja, mortes que podiam ter sido evitadas com cuidados de saúde oportunos e eficazes. Essa abordagem está baseada em dados de cadastros nacionais de óbitos que registram a causa da morte com base em critérios padronizados de classificação de doenças.⁵² A mortalidade decorrente de condições específicas é, então, definida como evitável e isso permite uma análise das tendências e padrões (por exemplo, variação entre países ou regiões) da mortalidade que podia ter sido evitada. O fundamento dessa análise é que as melhorias ou diferenças espaciais na cobertura efetiva do sistema de saúde, ao longo do tempo, estarão refletidas em dados sobre mortalidade evitável.⁵³

Existem vários estudos sobre a mortalidade evitável no Brasil que sugerem que o SUS desempenhou um papel importante na melhoria dos resultados. Por exemplo, Malta et al (2010) analisa as tendências na mortalidade infantil evitável (crianças com menos de 1 ano) durante o período de 1997-2006. Encontram um declínio significativo tanto nas mortes evitáveis (37%) como nas mortes por causas mal definidas (75%, indicando melhora no acesso aos serviços de saúde), enquanto a mortalidade por outras causas permaneceu estável (uma redução de 2,2%). É provável que esses valores sejam, pelo menos em parte, causados por melhorias na cobertura e na qualidade do sistema de saúde. Por exemplo, a morte por pneumonia baixou em 52,7%, sendo provável que a atenção primária eficaz tenha desempenhado um papel importante. Contudo, outros fatores, em particular melhorias nas condições de vida e intervenções de saúde pública que impactam na incidência de diferentes condições de saúde, provavelmente também tiveram o seu papel. Embora o estudo apresente um quadro positivo do sistema de saúde global, ele também aponta um aumento de 28% na mortalidade evitável mediante cuidados pré-natais adequados. Isso é difícil de reconciliar com melhorias na cobertura de cuidados pré-natais, mas os autores especulam que a responsabilidade pode estar na fraca qualidade da atenção pré-natal.⁵⁴

Na mesma linha, Abreu et al (2007) estuda as tendências da mortalidade evitável para crianças e adultos entre 1983 e 2002, usando dados de 117 municípios. Comparando os períodos de 1983-1992 e 1993-2002, encontram uma redução considerável em

mortalidade evitável, enquanto a mortalidade por outras causas permaneceu estável. Verificaram também uma diferença significativa entre mulheres e homens em mortalidade evitável, sendo a cardiopatia isquêmica responsável por grande parte dessa diferença (existe também uma grande diferença de mortalidade entre sexos por outras causas, mais provavelmente devido à violência e acidentes) (ver também Abreu et al, 2009).

Os estudos sobre mortalidade evitável no Brasil infelizmente não são comparáveis aos de países da OCDE, não sendo, portanto, possíveis, neste momento, comparações internacionais. Contudo, o declínio significativo em mortalidade evitável, ao longo das duas últimas décadas, fornece uma indicação importante de que a expansão geográfica do sistema de saúde e o enfoque acentuado em cuidados primários estão contribuindo para melhores resultados da saúde.

O impacto da Estratégia de Saúde da Família nos resultados de saúde

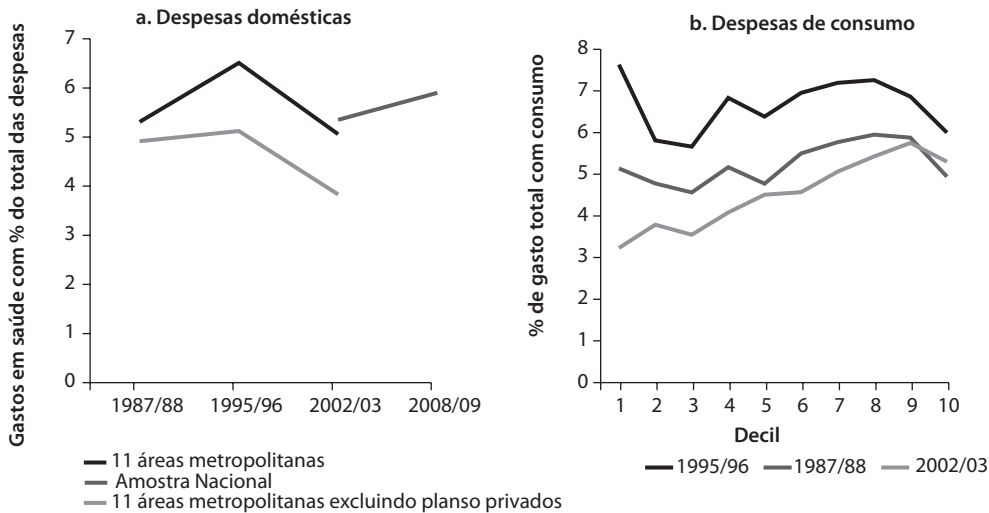
As avaliações da Estratégia de Saúde da Família fornecem mais uma peça útil para apreciar o impacto do sistema de saúde nos resultados de saúde.

Uma avaliação precoce da ESF (Ministério de Saúde, 2000), que fez um levantamento dos 1.219 municípios que implementaram o programa a partir de 1998, concluiu que a ESF estava associada a um aumento extraordinário das atividades de prevenção e promoção da saúde, incluindo cuidados parentais, planejamento familiar, rastreamento de câncer e gestão de doença crônica.⁵⁵ Comparações simples entre municípios com e sem ESF são problemáticas já que a implantação e a expansão do programa têm, pelo menos em certa medida, estado sistematicamente relacionadas com condições locais (necessidades de saúde, desenvolvimento econômico, circunstâncias políticas etc.). Ademais, o impacto do programa irá provavelmente depender de há quanto tempo ele foi implantado e do nível de cobertura alcançado.

O Banco Mundial tentou levar essas questões em consideração ao avaliar o impacto da ESF (2002). O estudo comparou alterações em resultados, entre 1995 e 1998, para municípios com e sem PSF, encontrando algumas evidências de que o ESF estava reduzindo taxas de mortalidade infantil e internações hospitalares.

Estudos mais recentes recorreram a amostragens mais amplas e períodos de tempo mais longos para analisar o programa. Por exemplo, Macinko et al (2006) constatou que a implementação do ESF estava associada com reduções significativas na mortalidade infantil, incidência de diarreia entre crianças, hospitalização por ACV e infecções respiratórias agudas (IRA) no período entre 1990 e 2002. Quanto à mortalidade, relatam que um aumento de 10% na cobertura do Programa de Saúde da Família estava associado com um decréscimo de 4,5% ($p < 0.01$) na taxa de mortalidade infantil. Também Aquino et al (2008), usando dados de 1996 a 2004, encontraram reduções na taxa de mortalidade infantil entre 13% e 22%, dependendo dos níveis de cobertura (cobertura de menos de 30%, de 30 a 69,9%, ou 70% ou mais).

Rocha e Soares (2009) utilizam simultaneamente dados administrativos e de inquérito para estudar o impacto da ESF nos resultados de saúde (mortalidade) e no comportamento das famílias (escolaridade, fertilidade e oferta de mão de obra). Constatam também um impacto considerável na saúde, associando os oito anos de implementação com uma redução de 20% na mortalidade infantil. Referem uma heterogeneidade notável em

Figura 3.26 Alterações na proporção do orçamento familiar gasto com saúde

Nota: As estimativas de 11 áreas metropolitanas e desagregação por decil são oriundas de Diniz et al (2007). As estimativas nacionais são dos relatórios das pesquisas POF (IBGE 2003; 2009). Todas as estimativas são uma porcentagem do total das despesas das famílias.

termos de impacto, com grandes e significativas reduções em mortalidade infantil no Norte e no Nordeste e ausência de impactos significativos em outras partes do País.⁵⁶

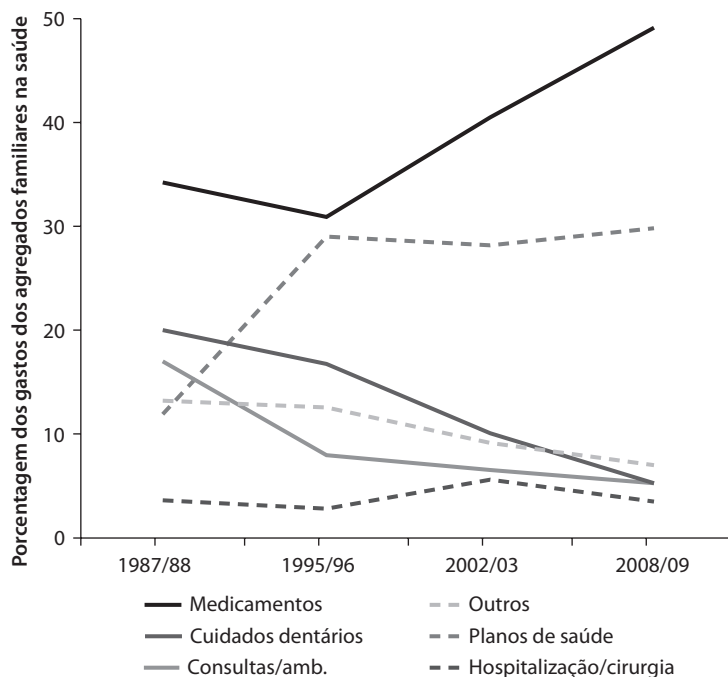
Tendo em consideração o modo como a ESF foi implementada, é impossível determinar com segurança o impacto do programa. Porém, globalmente, os estudos citados acima dão uma indicação sólida de que a implantação da ESF contribuiu para uma redução da mortalidade, em particular entre crianças e nas Regiões Norte e Nordeste.

Pagamentos privados diretos e proteção financeira

O princípio da universalidade está relacionado não apenas com a utilização de serviços, mas também com a capacidade das pessoas de acessarem os serviços de saúde sem incorrerem em dificuldades financeiras. Nessas circunstâncias, a proteção financeira efetiva é considerada um objetivo importante do sistema de saúde e constitui um dos critérios para se medir o desempenho de um sistema de saúde.

Avanços em termos de proteção financeira são tipicamente avaliados com base em dados sobre gastos das famílias com saúde durante um período definido (um mês, por exemplo) fundamentados em inquéritos familiares que registram despesas tanto com seguros privados de saúde como com pagamentos diretos do bolso dos usuários para medicamentos, serviços de saúde de prestadores privados ou copagamentos em unidades públicas (nos casos em que esses copagamentos sejam cobrados).

Conforme assinalado no Capítulo 2, o gasto privado ainda representa uma porcentagem significativa dos gastos globais em saúde. Se bem que a proporção de gastos privados com saúde seja uma variável importante, não é necessariamente a melhor referência para

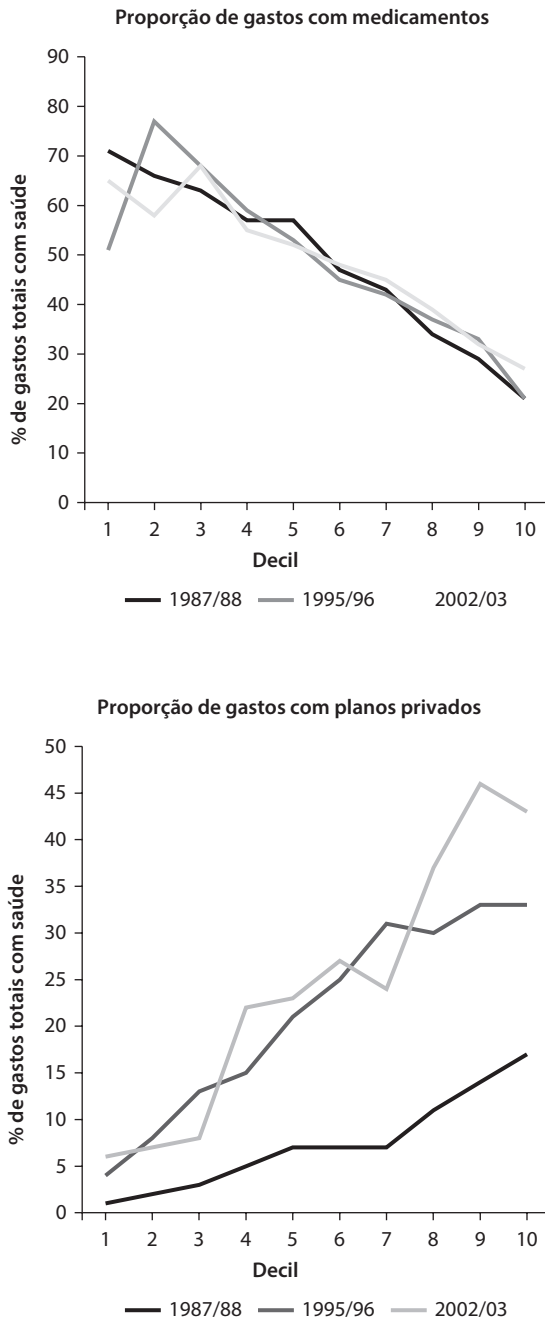
Figura 3.27 A composição das despesas familiares tem mudado ao longo do tempo

Nota: Todas as estimativas são provenientes da POF. Os dados de 1987/88 e 1995/96 são oriundos de Medici (2003); os dados para os anos subsequentes provêm de relatórios de pesquisas POF (IBGE 2003; 2009).

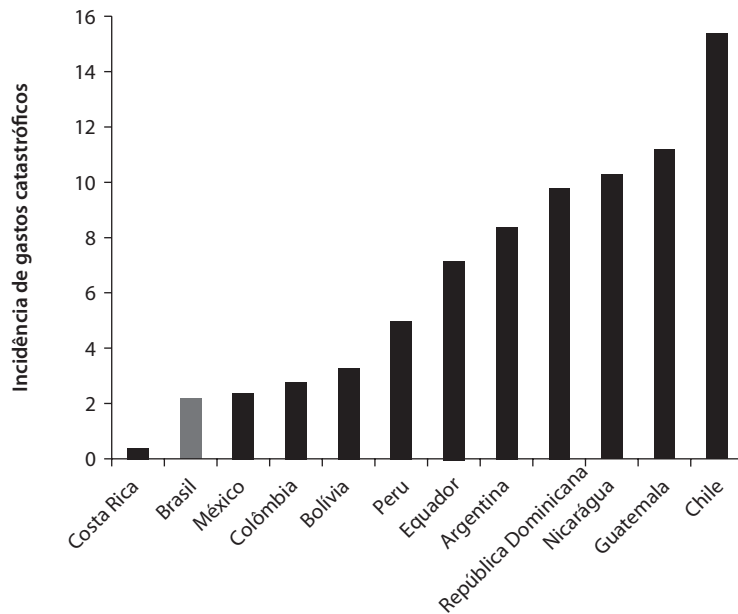
avaliar o peso para as famílias dos gastos com cuidados de saúde. Por esse motivo, os dados de pesquisas domiciliares oferecem uma perspectiva mais adequada. Dados disponíveis da Pesquisa dos Orçamentos Familiares (POF), que apresentam dados de 1987 a 2008, sugerem que houve pouca alteração na porcentagem dos gastos totais das famílias dedicados à saúde, orçando as estimativas entre 5% e 7% (Figura 3.26). Verificou-se um aumento notável do peso dos gastos entre 1987 e 2005, mas essa tendência parece ter sido revertida entre 1995 e 2002. Enquanto a proporção da totalidade de gastos das famílias dedicados à saúde era idêntica em todas as distribuições de renda em 1987/88 e 1995/96, ocorreu uma redução notável na porcentagem de gastos das famílias com saúde no nível mais baixo de distribuição de renda em 2002/03.

Embora os gastos familiares com saúde pareçam ter permanecido estáveis como uma porcentagem do orçamento familiar nos últimos 20 anos, a composição dos gastos mudou drasticamente (Figura 3.27). Os gastos com serviços (consultas, hospitalização, cuidados dentários, etc.) representaram mais da metade dos gastos em 1987/88, mas essa proporção baixou para 20% em 2008/9. Durante o mesmo período, ocorreu um aumento de gastos com planos privados (em particular entre 1987 e 1995) e com medicamentos. Na verdade, o acréscimo de gastos com planos privados representa a maior parte do aumento na porcentagem do orçamento familiar gasto com saúde nos primeiros anos da década de 1990.

Figure 3.2a A composição de gastos (privados) com saúde varia entre os diferentes níveis de distribuição de renda



Nota: Estimativas provenientes de Diniz et al (2007), com base na POF (usando subamostragem consistente de 11 áreas metropolitanas).

Figura 3.29 A incidência de gastos catastróficos é comparativamente baixa no Brasil

Nota: Dados extraídos de Knaul et al, 2011.

A composição dos gastos familiares com saúde e a forma como evoluiu ao longo do tempo varia significativamente entre os grupos socioeconômicos. Nos decis mais baixos de distribuição de renda, os gastos com medicamentos representam entre 60% e 70% dos gastos totais com saúde, enquanto os planos privados de saúde representam apenas 5% a 10%. Por outro lado, no nível mais alto de distribuição da renda, de 35% a 45% do total dos gastos com saúde é com planos privados, enquanto apenas 25% a 35% é gasto com medicamentos (Figura 3.28). Embora a proporção de gastos de saúde com planos privados tenha um forte componente relacionado à renda, ela aumentou consideravelmente entre toda a distribuição de renda entre 1987 e 1995.

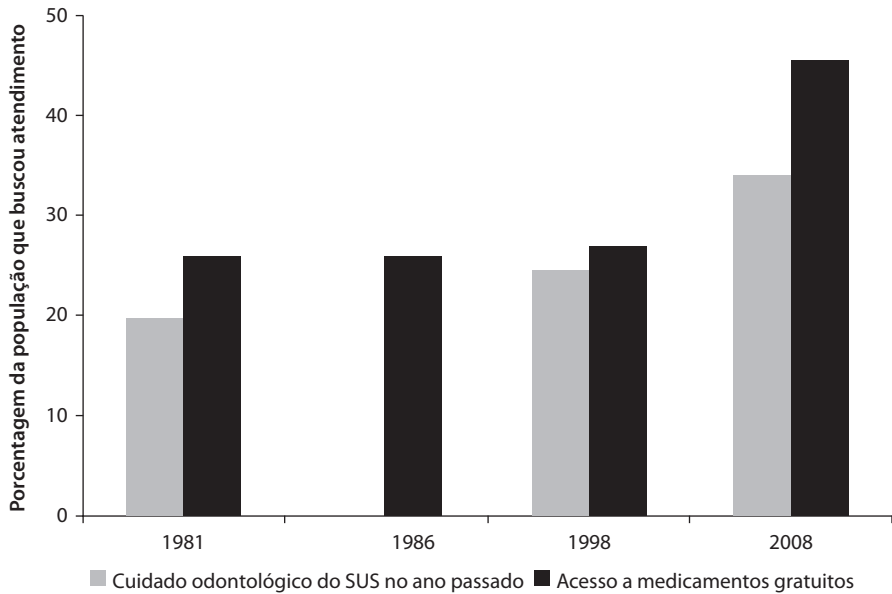
A proporção média de gastos com saúde do consumo total oferece uma perspectiva importante sobre o peso das despesas com saúde (no orçamento das) nas famílias. Contudo, a distribuição dos gastos entre as famílias também importa, sobretudo na medida em que algumas famílias gastam uma proporção expressiva da sua renda com saúde (designada como “despesas catastróficas com saúde”).⁵⁷ Tendo em consideração que as estimativas de gastos catastróficos dependem essencialmente de escolhas metodológicas (definição de renda ou de renda disponível e do ponto de corte aplicado para gastos catastróficos) e de dados disponíveis (em particular, o escopo das medidas de renda e gastos com saúde), existe uma vasta gama de estimativas para o Brasil. O esforço mais sistemático para avaliar a incidência de saúde catastrófica talvez seja um estudo de Diniz et al (2007), baseado em dados da POF.⁵⁸ Utilizando um ponto de corte de 40% e a renda total menos

gastos com alimentação como uma medida da renda disponível, constatou uma incidência de gastos catastróficos de 2,2% se forem considerados todos os gastos familiares com saúde e de 1,9% se forem excluídos os gastos com planos privados. Atualmente, não existem estudos que apresentem evidências sobre a forma como os gastos catastróficos evoluíram ao longo do tempo.

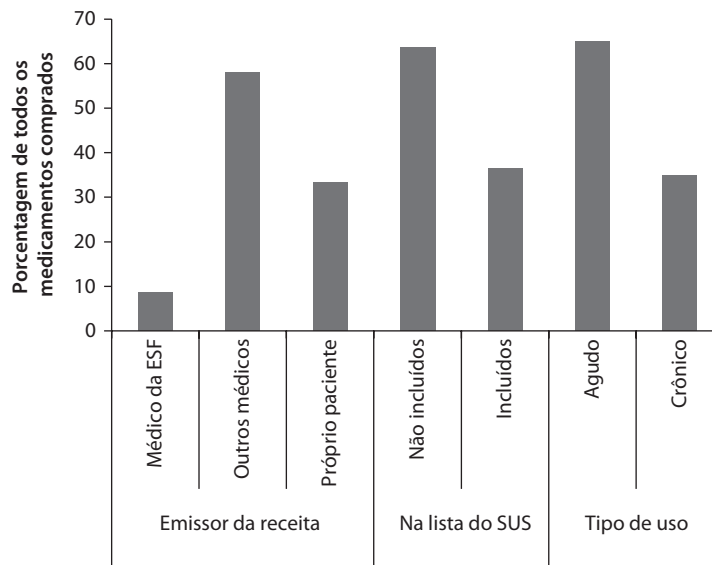
Utilizando os mesmos dados para o Brasil, mas seguindo uma metodologia um pouco diferente, Knaul et al (2011) compara a incidência de gastos catastróficos em doze países da Região da América Latina e Caribe. Conclui que o Brasil tem um dos níveis mais baixos de gastos catastróficos na região (Figura 3.29). Como acontece com muitos outros países, os gastos catastróficos são consideravelmente mais altos entre famílias mais pobres e famílias com membros idosos. A constatação de um nível de gastos catastróficos comparativamente baixo no Brasil contrasta profundamente com um estudo anterior de Xu et al (2003), que concluiu que a incidência de gastos catastróficos no Brasil – estimada em 10,3% – era a segunda mais elevada entre os 59 países do estudo. Esse nível elevado de gastos catastróficos resulta, provavelmente, dos dados utilizados por Xu et al, sem que estudos subsequentes tenham conseguido replicar as conclusões usando dados representativos em termos nacionais (ver Diniz et al, 2007).⁵⁹

Utilizando os mesmos dados para o Brasil, mas seguindo uma metodologia um pouco diferente, Knaul et al (2011) compara a incidência de gastos catastróficos em doze países da Região da América Latina e Caribe. Conclui que o Brasil tem um dos níveis mais baixos de gastos catastróficos na região (Figura 57). Como acontece com muitos outros países, os gastos catastróficos são consideravelmente mais altos entre famílias mais pobres e famílias com membros idosos. A constatação de um nível de gastos catastróficos comparativamente baixo no Brasil contrasta profundamente com um estudo anterior de Xu et al (2003), que concluiu que a incidência de gastos catastróficos no Brasil – estimada em 10,3% – era a segunda mais elevada entre os 59 países do estudo. Esse nível elevado de gastos catastróficos resulta, provavelmente, dos dados utilizados por Xu et al, sem que estudos subsequentes tenham conseguido replicar as conclusões usando dados representativos em termos nacionais (ver Diniz et al, 2007). Nessas circunstâncias, há boas razões para acreditar que os gastos catastróficos no Brasil são baixos tanto em termos absolutos, como em termos relativos com os de outros países na região.

Globalmente, não existe uma evidência clara de que os gastos com saúde como proporção do gasto total das famílias esteja diminuindo ao longo do tempo. A incidência de gastos catastróficos parece ser relativamente baixa no Brasil, mas os gastos com saúde continuam representando, sem dúvida, um peso significativo para a maioria das famílias brasileiras. É evidente, pelos dados disponíveis, que uma grande parte desse peso pode ser atribuída a gastos com planos de saúde privados e medicamentos. No caso dos planos privados de saúde, pode-se argumentar que estas despesas são voluntárias e que elas compreendem, efetivamente, um pagamento antecipado pelas despesas de saúde que ocorrerão mais tarde. Os estudos disponíveis não constataam, porém, que famílias com planos de saúde tenham menor incidência de gastos catastróficos; na verdade, talvez seja até o contrário (Knaul et al, 2011; Bos and Waters 2008; Barros et al, 2011). Sendo assim, a função primária dos planos privados parece ser assegurar o acesso oportuno a serviços de saúde e, talvez, sua maior qualidade. A elevada demanda por planos privados é uma indicação de que o SUS não está

Figura 3.30 Evolução do acesso SUS a cuidados dentários e medicamentos, 1981-2008

Nota: Acesso a cuidados dentários define-se como a proporção de indivíduos buscando cuidados odontológicos durante o último ano e que foram tratados numa unidade odontológica ou por um profissional do SUS; acesso a medicamentos gratuitos define-se como a proporção de usuários do SUS a quem foram prescritos medicamentos durante sua última consulta e que os receberam inteira ou parcialmente gratuitos. Fonte: IBGE (PNAD 1981-2008).

Figura 3.31 Que medicamentos são pagos diretamente pelos usuários?

Nota: % de todos os medicamentos comprados (que representam 41% de todos os medicamentos consumidos), com base em uma amostragem de 2.988 indivíduos em Porto Alegre (reconvocação de 30 dias). Dados de Bertoldi et al, (2008).

cumprindo algumas das suas promessas e suscita preocupações de equidade importantes. Os planos privados podem estar sujeitos também a moral hazard, tanto do lado da demanda quanto da oferta, de maneira que nem todos os serviços prestados são apropriados e necessários. Nesse caso, existem também preocupações de eficiência associadas com os altos níveis de gastos com planos de saúde.

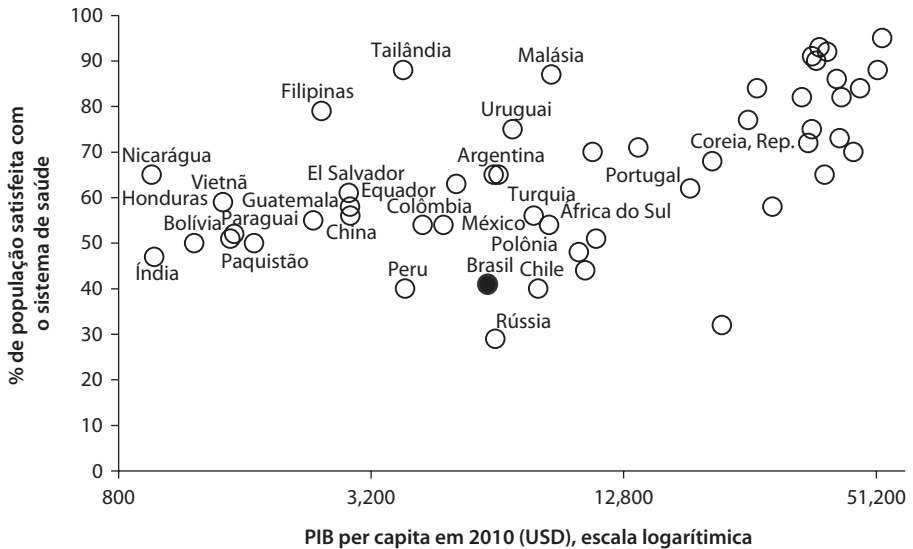
Em termos de medicamentos, o governo adotou diversas medidas destinadas a reduzir as despesas familiares com saúde, incluindo a introdução da Política Nacional de Medicamentos em 1998, a expansão gradual da Farmácia Popular a partir de 2004 e um aumento contínuo de gastos governamentais com insumos farmacêuticos (Vieira 2009). Há evidência de que essas estratégias estão obtendo resultados. Em termos reais, os gastos familiares com medicamentos baixaram entre 1995 e 2002, de R\$ 73 para R\$ 53 e, depois, aumentaram ligeiramente para R\$ 59 em 2008 (Garcia et al, 2011).⁶⁰ Além disso, pelo menos em áreas onde a população tem bom acesso ao SUS, a maior parte dos medicamentos consumidos são fornecidos pelo SUS. Por exemplo, em um estudo de domicílios cobertos pelo PSF em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, quase 70% do consumo total de medicamentos era fornecido gratuitamente pelo SUS (80% para o quintil inferior; 31% para os dois quintis superiores) (Bertoldi et al, 2011).

Persistem, porém, níveis elevados de gastos com medicamentos por uma série de razões. Em primeiro lugar, a disponibilidade de medicamentos em farmácias públicas continua sendo um problema (Bertoldi et al, 2012) e os estudos constatam que, por vezes, até 40% dos medicamentos prescritos na atenção primária pública não estavam disponíveis quando eram precisos (Naves 2005; Santos 2004). Evidências da PNAD sugerem também que, embora a oferta de medicamentos no SUS tenha aumentado ao longo dos anos, em 2008 mais de metade dos medicamentos prescritos pelos provedores do SUS não era recebida gratuitamente (Figura 3.30). Em segundo lugar, uma grande parte dos gastos com medicamentos parece ser com remédios que estão fora da lista de medicamentos essenciais do SUS, prescritos normalmente por provedores fora do SUS ou por automedicação (Bertoldi 2011, Bertoldi, 2009) (Figura 3.31). Isso levanta questões importantes sobre se o racionamento de medicamentos no SUS é racional e sobre os benefícios para a saúde das despesas privadas para se acessar os medicamentos fora da lista essencial (do SUS). Por último, os preços dos medicamentos essenciais no Brasil parecem ser comparavelmente mais caros (Bertoldi et al, 2012).

Percepção e satisfação do público com o sistema de saúde

Os objetivos principais de um sistema de saúde são, sem dúvida, melhorias dos resultados de saúde e proteção financeira efetiva. A maior parte das pessoas (e os formuladores de políticas), contudo, também consideram a satisfação e a receptividade como objetivos intrínsecos importantes. Embora importantes, no entanto, a satisfação e a receptividade são difíceis de medir de forma sistemática e consistente.

Esta seção não pretende oferecer uma análise completa da literatura sobre satisfação com o sistema de saúde no Brasil. Recentes pesquisas de opinião, porém, fornecem uma perspectiva importante sobre os atuais desafios no sistema de saúde. Um estudo de CNI e IBOPE (2012), por exemplo, constata que 61% da população considera os serviços de saúde

Figura 3.32 Baixos níveis de satisfação com o sistema de saúde no Brasil

Fonte: Dados sobre satisfação com o sistema de saúde oriundos de Gallup World Poll; dados sobre o PIB extraídos de Indicadores do Desenvolvimento Mundial

públicos maus ou péssimos, com 85% não vendo nenhuma alteração ou piora no sistema de saúde – nos últimos três anos.⁶¹ Os problemas que são apontados com mais frequência são a demora no acesso ou tratamento e falta de médicos. Relativamente aos hospitais públicos, que foram considerados piores do que os hospitais privados, as principais razões de queixa são a demora em se conseguir uma consulta e o tempo de espera para exames.

Uma pesquisa recente da Datafolha chegou a conclusões semelhantes (Folha de São Paulo, 2012). Segundo o estudo, uma porcentagem crescente da população considera a saúde o “principal problema do País”, com 39% indicando a saúde como o principal problema, comparativamente a 14% e 9% que mencionaram a segurança e o desemprego, respectivamente. Trata-se de um aumento em relação ao valor de 28% em 2010, e significativamente superior ao do início dos anos 2000.⁶²

Em compensação, um estudo do IPEA (2011) apresenta uma avaliação mais positiva, com apenas 28,5% dos usuários considerando que os serviços SUS eram maus ou muito maus (28,9% consideram bons ou muito bons). O estudo constata alguma variação entre áreas diferentes do SUS, com a avaliação mais positiva indo para a ESF e a mais negativa para centros/postos de saúde e cuidados de emergência. Em termos de problemas fundamentais, as respostas dos inquiridos confirmam outros estudos, destacando a falta de médicos e os longos períodos de espera em hospitais ou em serviços de encaminhamento como os grandes problemas. A pesquisa conclui também que muitos indivíduos consideram ser muito importante possuir um plano privado de saúde, sendo a razão mais importante o acesso mais rápido a serviços. Uma conclusão idêntica é reportada em um estudo de Datafolha e IESS (2011), que utilizou uma amostra de 1.626 indivíduos com planos de saúde e 1.627 indivíduos sem planos. Quase todos os indivíduos da amostra sem planos de saúde (88%) consideram “importante” ou “muito importante” ter um plano de saúde.

Quando questionados sobre a posição que atribuiriam aos planos de saúde entre outros doze ativos, bens ou serviços, os planos de saúde surgiram em segundo lugar, à frente de carros, seguro de vida, eletrodomésticos novos e computador, sendo a “casa própria” o único item considerado mais importante.

As pesquisas de opinião baseiam-se, frequentemente, em amostras relativamente pequenas e as respostas tendem a ser muito sensíveis à forma como as perguntas são formuladas. Os resultados devem, portanto, ser tratados com cautela, tendo em conta desafios metodológicos bem como inconsistências entre vários estudos. Contudo, o fato que vários estudos revelam um nível elevado de descontentamento com o SUS é preocupante e sublinham problemas de acesso e longos períodos de espera como questões da maior relevância, fatores que contribuem para uma demanda contínua (talvez crescente) por seguros de saúde privados.

Perante a quase ilimitada demanda por cuidados de saúde, todos os países fazem um esforço grande para responder às expectativas da população. Não obstante, o descontentamento com o sistema de saúde parece ser particularmente alto no Brasil. Numa rodada recente conduzida pelo Gallup World Poll, que pergunta de forma aleatória para famílias de diversos países sobre a sua satisfação com serviços públicos e outras questões, apenas 40% estavam satisfeitos com o sistema de saúde (no Brasil). Esse valor é significativamente inferior ao de muitos outros países de renda média que alcançaram ou deram passos importantes no sentido da cobertura universal durante os últimos anos (como Tailândia, Malásia, Uruguai ou Turquia) (Figure 3.32).

Notas

- 27 - Durante a década de 1970 e de 1980, o INAMPS alargou gradualmente a cobertura do seu grupo alvo inicial de trabalhadores do setor formal urbano, com a inclusão de trabalhadores rurais (1969/1971), trabalhadores domésticos e autônomos (1972-73) e, por fim, com a eliminação do requisito de apresentação do cartão da segurança social para poder receber tratamento na sua rede.
- 28 - Os dados sobre cobertura revelam grandes variações ao longo dos anos: relativamente a PPS, verificou-se uma importante flutuação quando a agência reguladora (ANS) foi instituída e iniciou a recolha de dados setoriais em 2000; isso é devido ao fato de que ela não recolhe dados relativos a planos autogerenciados, oferecidos diretamente por empregadores por meio de seu departamento de recursos humanos ou equivalente. A maior parte dos planos deste tipo cobre funcionários públicos e, globalmente, corresponde a aproximadamente 10 milhões de trabalhadores e dependentes. Uma outra incompatibilidade nos dados parece ser a proporção de OOP entre 1981 e 1986 (20% no primeiro e 34% no último).
- 29 - Os números de consultas médicas e atenção básica não são exatamente comparáveis ao longo do tempo, devido a alterações da classificação nos sistemas de informação SUS; mas essas alterações não afetam significativamente as tendências gerais observadas. O elevado e crescente número de procedimentos APS per capita reflete não só o aumento na cobertura e oferta, mas também a maior pormenorização no registro e contagem dos diferentes tipos de serviços providos; mais de 1000 procedimentos diferentes são registrados e contados, onde se incluem consultas médicas e outras consultas profissionais, visitas domiciliares e atividades externas, tratamentos e terapias, administração de medicamentos, imunizações, testes de diagnóstico e outros; a lista foi substancialmente alterada em 1999, o que torna imprecisas as comparações ao longo do tempo.

- 30 - Conforme mencionado, o SUS inclui tanto prestadores públicos como prestadores privados (maioria dos hospitais privados têm contrato com o SUS); e grande parte dos hospitais públicos presta serviços ao SUS, com exceção de unidades direcionadas para funcionários públicos, militares e algumas instalações que tratam pacientes privados.
- 31 - Fontes: Dados de Saúde da OCDE e WDI do Banco Mundial (dados referem-se a vários anos).
- 32 - Inquéritos do IBGE e PNAD são a principal fonte de dados sobre esse tema, mas sofrem de alguma inconsistência pela definição variável ao longo dos anos. Especificamente, o cômputo e comparação da proporção de pessoas que procuram (ou não procuram) cuidados quando doentes, não é possível uma vez que a PNAD de 1986 definia doença como “existência de um problema de saúde nas duas últimas semanas”, enquanto as edições de 1998 a definiam como “necessidade de interromper as atividades diárias em virtude de um problema de saúde”. Utilizamos uma abordagem indireta que consiste no cálculo da proporção de pessoas que não buscaram cuidados quando sentiram que precisavam deles, excluindo aqueles que não procuraram cuidados porque acharam que não precisavam deles; embora essa abordagem não seja rigorosa ou precisa, oferece a abordagem melhor para estimar as dificuldades de acesso generalizadas. Para uma discussão detalhada, consultar Ororio et al. (2011).
- 33 - De referir que a importância relativa dessas razões varia imenso entre os vários estados. Por exemplo, distância e transportes são importantes nos estados de baixa densidade da Região Nordeste, enquanto as razões econômicas são mais importantes nos estados mais pobres (mas foi aqui que mais baixaram em importância). As razões relacionadas com as características das unidades foram consistentemente mais importantes nos estados mais ricos do Sudeste, Sul e Centro-Oeste.
- 34 - Diagnóstico tardio (estágio 3 e 4) era ainda mais comum para certas formas de câncer (câncer do pulmão, por exemplo).
- 35 - Dados do registro hospitalar apresentam um quadro ligeiramente diferente, com um tempo médio de espera de 70,3 dias e 38,4% de pacientes com espera inferior a 30 dias. Os registros visam a ter um escopo nacional, mas, presentemente, só cobrem certos estados e hospitais selecionados. Mais de 80% dos dados são oriundos de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Existem também problemas sérios de qualidade dos dados.
- 36 - Baseado em normas estabelecidas na Portaria SAS/MS 741/2005, indicando o número esperado de pacientes de câncer requerendo cirurgia, quimioterapia e radioterapia, respectivamente, o relatório encontra um déficit na capacidade de tratamento, com diferenças geográficas significativas. O volume de serviços é também inferior ao necessário, conforme definido pelas normas, com o SUS produzindo apenas 66% dos procedimentos de radioterapia necessários e 34,5% das cirurgias oncológicas necessárias.
- 37 - Por um lado, é provável que seja uma estimativa exagerada, pois alguns pacientes podem ter esperado um curto prazo de tempo. Mas, ao mesmo tempo, os dados não incluem pacientes que não tenham conseguido encaminhamento ou que tenham desistido de tentar ter acesso a cuidados especializados.
- 38 - Refletindo essa preocupação, foi utilizado o conceito de “cobertura efetiva” para captar simultaneamente as dimensões de acesso e qualidade, referindo-se ao grau em que se realizaram potenciais ganhos de saúde.
- 39 - Um relatório de 1994 do Banco Mundial sobre os primeiros anos do SUS chamava à qualidade dos cuidados de saúde do SUS no Brasil a “componente esquecida” (Banco Mundial, 1994). O relatório constatou que no princípio da década de 1990 pouca informação sistemática ou avaliações rigorosas da qualidade dos cuidados estavam disponíveis e que existia forte contraste entre serviços de categoria mundial em áreas complexas (cirurgia cardíaca e transplantes) e qualidade geralmente inadequada nos serviços mais usados (incluindo cuidados maternos e infantis).

- 40 - São numerosos os programas de garantia de qualidade no Brasil. Por exemplo, estão em vigor vários sistemas de acreditação de hospitais principais (ONA, CQH, CBA/JCAHO, PNQ) e o País é um dos que têm o maior número de hospitais participantes na Iniciativa Hospital Amigo da Criança da UNICEF. Os esforços de garantia de qualidade, porém, tendem a ser pouco sistemáticos e fragmentados e, até a data, foram feitas poucas avaliações da sua eficácia. Presentemente, menos de 5% dos hospitais existentes estão acreditados junto de algum desses sistemas. Esse número reduzido parece estar relacionado com a ausência de incentivos para adesão dos hospitais à melhoria da qualidade e acreditação sistemáticas e à falta de políticas nacionais ordenadas e coerentes neste domínio.
- 41 - Em 1980, o INAMPS reduziu o valor do reembolso de uma cesárea, que costumava ser superior ao de partos normais; em 1998, o SUS estabeleceu um teto de 40% na proporção de cesáreas, que foi reduzida para 30% em 2000 (Victoria et al, 2011).
- 42 - IBGE, 2009b.
- 43 - Existem também, evidentemente, questões de alocação de âmbito mais vasto, ou seja, respeitantes ao balanço entre prevenção (incluindo atividades fora do setor da saúde) e serviços curativos. É difícil lidar com esta questão em nível de sistema de saúde, mas pode ser útilmente endereçada relativamente a condições específicas ou a riscos de saúde. Este relatório não trata dessa questão, dadas as limitadas evidências disponíveis.
- 44 - Um grupo que inclui países da Europa de Leste.
- 45 - Fontes: Couttolenc et al, 2004, La Forgia and Couttolenc 2008 e SES-MG, 2005 para o Brasil; Caminal et al 2002 e 2004f para Espanha; Vali, 2001 e Axene & McQuillian 1999 para os EUA.
- 46 - Se forem utilizados os dados do Banco Mundial (WBI, 2010), há uma leve alteração nos números (aumento em 12,8%), mas não na tendência.
- 47 - Os países de referência incluem cinco da LAC (Argentina, Chile, Colômbia, México e Peru), os outros "BRICS" emergentes (Rússia, Índia, China e África do Sul) e dois países asiáticos que, nas últimas décadas, alcançaram crescimento e desenvolvimento humano rapidamente (Malásia e Tailândia).
- 48 - Fonte: OMS. Estimativas de Estatísticas de Saúde
- 49 - Nos anos recentes, foram constituídos em todos os estados comitês técnicos de análise de óbitos de mulheres em idade reprodutiva e essa análise abrangeu 40% de todas as mortes em 2009; é provável que isso contribua para reduzir o número de casos não declarados.
- 50 - Estimativas do Banco Mundial apresentam índices de 120 por 100.000 nascidos vivos em 1985 e 58 em 2009, uma redução de 51,7%.
- 51 - O acesso a água potável, por exemplo, aumentou regularmente de 57,8% da população em 1981 para 91,5% em 2007, tendo o acesso a saneamento passado de 37,6% para 71,6% durante o mesmo período. As condições econômicas também melhoraram substancialmente nesse período de 30 anos, apesar de várias crises econômicas, com a renda média per capita dos agregados familiares aumentando 50,9% em termos reais, de 1981 a 2009) (de R\$ 467,75 para R\$ 705,72). Talvez o mais importante tenha sido a proporção de pessoas vivendo em pobreza (i.e. com menos de 1 salário mínimo por mês), que passou para a metade.
- 52 - A lista de condições para as quais a mortalidade é considerada evitável tem variado significativamente ao longo do tempo e entre os vários estudos. Em parte, isso reflete a introdução de nova tecnologia, mas também o grau de enfoque, dos respectivos estudos, em serviços pessoais de cuidados de saúde ou também as intervenções alargadas de prevenção primária. Para mais detalhes, consultar Nolte and McKee (2003).
- 53 - É evidente que alterações na mortalidade evitável refletem quer em alterações em incidência, quer em eficácia dos cuidados de saúde (tanto tratamento como prevenção secundária e terciária).

- Logo, é preciso alguma cautela na interpretação de dados. Nolte and McKee (2003) referem que "...mortalidade evitável nunca foi considerada mais do que um indicador de potenciais deficiências nos cuidados de saúde que podem depois ser investigadas em maior profundidade".
- 54 - Um estudo mais recente focado em um corte de crianças em Pelotas (Gorgot et al. 2011; Santos et al. 2011) conclui que a maioria da mortalidade em crianças era evitável por meio de cuidados maternos adequados durante a gravidez (70% de mortes), ocorrendo a maior parte dos óbitos durante o primeiro ano de vida (92%). Indica o aumento de mortes prematuras e questões de qualidade em cuidados pré-natais como os principais fatores contribuindo para essa situação. Documenta igualmente um declive socioeconômico, com crianças nascidas de mulheres no quintil mais baixo apresentando uma probabilidade três vezes maior de morrer por causas evitáveis do que as nascidas de mulheres do quintil mais alto, em parte fruto do fato de os partos prematuros serem quase duas vezes mais elevados no quintil mais baixo. A cessação tabágica efetiva e a provisão de progesterona a mulheres de alto risco poderia contribuir para uma redução da mortalidade. O aumento da mortalidade, que podia ser evitado por meio de cuidados pré-natais eficazes, pode também ser fruto de um aumento em condições maternas que afetam o feto (por exemplo, diabetes) e de melhores diagnósticos e classificação mais rigorosa dos óbitos.
- 55 - Constatações idênticas foram relatadas em uma avaliação mais recente do MS (Ministério de Saúde, 2008).
- 56 - Os autores também constataram impacto significativo na mortalidade para outros grupos de idade no Nordeste (e em menor grau no Norte). O estudo conclui igualmente que o programa está associado com aumentos consideráveis em escolaridade e participação no mercado de trabalho.
- 57 - Há várias metodologias para medir a incidência de gastos catastróficos (O'Donnell et al. 2008). Xu (2005) considera gastos catastróficos de saúde caso esses representem mais de 40% da renda disponível, definindo renda disponível como o consumo total menos gastos com alimentação (ou um montante estimado para "subsistência" nos domicílios com baixos gastos com alimentação). Outros estudos usam a renda ou o consumo como um denominador, mas aplicam um ponto de corte diferente (tipicamente entre 5% e 20%). Enquanto a maior parte dos estudos consideram apenas gastos diretamente do bolso dos usuários em estimativas de gastos catastróficos, alguns incluem gastos com planos de saúde com a justificação de que essas despesas contribuem para o ônus global dos gastos de saúde (e.g. Bos and Waters, 2006).
- 58 - O estudo baseia-se em dados de 1987/88, 1995/96 e 2002/03, mas os autores estimam apenas a incidência de gastos catastróficos para 2002/3. Ocorreram alterações significativas no desenho das amostras entre rondas. As rondas de 1987/88 e 1995/96 fizeram uma amostragem da população em 11 áreas metropolitanas, que representam aproximadamente 30% da população brasileira; a amostragem de 2002/03 é representativa de todo o País. Existiram também diferenças no momento (e períodos de referência) das diferentes pesquisas. Por último, os questionários da pesquisa de 2002/03 incluíram uma agregação mais detalhada de gastos com saúde e também captaram gastos não monetários. Com vista a assegurar que os dados das rondas respectivas eram comparáveis, os autores utilizaram uma subamostragem da pesquisa de 2002/03, transformaram todos os montantes em valores reais e fizeram a correspondência entre as categorias de gastos na pesquisa de 2002/03 e as usadas em rondas anteriores.
- 59 - As estimativas de Xu et al (2003) baseiam-se na Pesquisa Sobre Padrões de Vida de 1996/97 que inquiriu cerca de 5 mil agregados familiares em dez áreas geográficas. A amostragem é, portanto, consideravelmente menor do que a da POF e a pesquisa não é representativa em termos nacionais. Acresce que as medições do consumo total (denominador) incluem apenas despesas e não captam renda imputada, trabalho doméstico e outros elementos do consumo em espécie. Utilizando a metodologia de Xu et al, mas com consumo total e ponto de corte de 40%, Campolin Diniz et al (2007) constatarem que apenas 0,6% dos agregados familiares têm gastos catastróficos. Utilizando a

renda monetária como proxy para despesas - o mais aproximado possível do denominador usado por Xu e al - os gastos catastróficos são estimados em 6%.

60 - Todos os montantes em preços constantes de 2009 (janeiro).

61 - De referir que entre os que realmente usaram o SUS no último ano, apenas 22% consideram o serviço mau ou péssimo.

62 - Como o estudo reporta o lugar relativo atribuído a diferentes questões, a subida da saúde como um problema chave pode refletir melhorias em outras áreas e não um agravamento do sistema de saúde.

Referências

- Abreu, D., C. Cesar, and E. Franca. 2007. "The Relationship between Deaths That Are Avoidable with Adequate Health Care and the Implementation of the Unified Health System in Brazil." *Revista Panamericana de Salud Pública* 21 (5): 282–91.
- . 2009. "Gender Differences in Avoidable Mortality in Brazil (1983–2005)." *Cadernos de Saúde Pública* 25 (12): 2672–82.
- ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). 2011. "Cadernos de informação da saúde suplementar." ANS, Brasília, March.
- Aquino, R., N. Oliveira, and M. Barreto. 2009. "Impact of Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities." *American Journal of Public Health* 99 (January): 87–93.
- Axene, D., and S. McQuillian. 1999. *Analysis of Potentially Avoidable Inpatient Services*. Research Paper. Radnor, PA: Milliman and Robertson.
- Barros, A., J. Bastos, and A. Damaso. 2011. "Catastrophic Spending on Health Care in Brazil: Private Health Insurance Does Not Seem to Be the Solution." *Cadernos de Saúde Pública* 27 (Suppl 2): S254–62.
- Bertoldi, A., A. Barros, A. Camargo, P. Hallal, S. Vandoros, A. Wagner, and D. Ross-Degnan. 2011. "Household Expenditures for Medicines and the Role of Free Medicines in the Brazilian Public Health System." *American Journal of Public Health* 101 (5): 916–21.
- Bertoldi, A., A. Barros, A. Wagner, D. Ross-Degnan, and P. Hallal. 2009. "Medicine Access and Utilization in a Population Covered by Primary Health Care in Brazil." *Health Policy* 89 (3): 295–302.
- Bertoldi, A. D., A. P. Helfer, A. L. Camargo, N. U. Tavares, and P. Kanavos. 2012. "Is the Brazilian Pharmaceutical Policy Ensuring Population Access to Essential Medicines?" *Global Health* 8 (1): 6.
- Bos, A. M., and H. Waters. 2008. "The Financial Protection Impact of the Public Health System and Private Insurance in Brazil." *CEPAL Review* 95 (August): 125–39.
- Caminal, J., B. Starfield, and E. Sanchez. 2004. "The Role of Primary Care in Preventing Ambulatory Care Sensitive Conditions." *European Journal of Public Health* 14 (3): 246–51.
- Campino, A. C. 2011. "Gastos catastróficos, iniquidade e proposta de reformulação do sistema de saúde." In *Brasil: A nova agenda social*, edited by E. Bacha and S. Schwartzman, 104–08. Rio de Janeiro: Long Term Care.
- CNI (Confederação Nacional da Indústria). 2012. *Retratos da sociedade brasileira: Saúde pública*. Pesquisa CNHBOPE. Brasília: CNI.
- CNM (Confederação Nacional de Município). 2011. *Pesquisa da CNM sobre a demanda reprimida em saúde no Estado do Rio Grande do Sul*. Brasília.
- CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). 2003. *A saúde na opinião dos brasileiros: Um estudo prospectivo*. Série Progestores. Brasília: CONASS.

- Couttolenc, B. 2011. "Taking Stock of Performance Reforms at the Sub-National Level in Brazil: Recent Performance Gains Achieved in the Health Sector, Hypotheses on Possible Drivers of Good and Bad Performance." Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- Couttolenc, B., L. Dias, and A. Nicolella. 2004. "Estudo de custos, eficiência e mecanismos de pagamento. Fase II: Eficiência e mecanismos de pagamento. Em busca da excelência: Fortalecendo o desempenho hospitalar no Brasil." Consultant report, World Bank, São Paulo.
- CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo). 2004. *Avaliação das condições de funcionamento dos hospitais e pronto-socorros, 2001–2003*. São Paulo: CREMESP.
- Diniz, B., L. Servo, S. Piola, and M. Eirado. 2007. "Gasto das famílias com saúde no Brasil: Evolução e debate sobre gasto catastrófico." In *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*, edited by F. Faiger, L. Servo, T. Menezes, and S. Piola, 143–60. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Dourado, I., V. Oliveira, R. Aquino, P. Bonolo, M. Lima-Costa, M. Medina, E. Mota, M. Turci, and J. Macinko. 2011. "Trends in Primary Health Care—Sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil)." *Medical Care* 49 (6): 577–84.
- Folha de São Paulo. 2012. "Insatisfação com a saúde sobe 11 pontos em um ano (2012)." *Folha de São Paulo*, January 25.
- Garcia, L., M. Stivali, L. Santana, A. Pacheco Aurea, and L. Magalhaes. 2011. "Gastos das famílias brasileiras com medicamentos: Análise das Pesquisas de Orcamentos Familiares de 1995–1996, 2002–2003 e 2008–2009." Presentation at the Tenth Encontro Nacional da Economia da Saúde, Porto Alegre, October 26–28.
- Gorgot, L., I. Santos, N. Valle, A. Matijasevich, A. Barros, and E. Albernaz. 2011. "Avoidable Deaths until 48 [Corrected] Months of Age among Children from the 2004 Pelotas Birth Cohort." *Revista de Saúde Pública* 45 (2): 334–42.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 2002. *Estatísticas da saúde: Assistência médico-sanitária (AMS) 2002*. Rio de Janeiro: IBGE. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/ams2002.pdf>.
- . 2004. "Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980–2050." Revised. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, Rio de Janeiro.
- . 2006. *Estatísticas da saúde: Assistência médico-sanitária (AMS) 2005*. Rio de Janeiro: IBGE. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/ams2005.pdf>.
- . 2009. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE.
- . 2010. *Estatísticas da saúde: Assistência médico-sanitária (AMS) 2009*. Rio de Janeiro: IBGE.
- . Various years (1982–2009). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Brasília: Ministério da Fazenda, Secretaria de Política Econômica.
- IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar). 2011. "Pesquisa IESS/Datafolha aponta que o plano de saúde é uma necessidade e desejo do brasileiro." *Saúde Suplementar em Foco, Informativo Eletrônico* 2 (13).
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). 2011. *Sistema de indicadores de percepção social: Saúde*. Brasília: IPEA.
- Knaul, F., R. Wong, H. Arreola-Ornelas, and O. Mendez. 2011. "Household Catastrophic Health Expenditures: A Comparative Analysis of Twelve Latin American and Caribbean Countries." *Salud Pública Mexicana* 53 (Suppl. 2): S85–95.
- La Forgia, G. M., and B. F. Couttolenc. 2008. *Hospital Performance in Brazil: In Search of Excellence*. Washington, DC: World Bank.

- Legorreta, A., H. Chernicoff, J. Trinh, and R. Parker. 2004. "Diagnosis, Clinical Staging, and Treatment of Breast Cancer: A Retrospective Multiyear Study of a Large Controlled Population." *American Journal of Clinical Oncology* 27 (2): 185–90.
- Macinko J. 2011. "A Preliminary Assessment of the Family Health Strategy (FHS) in Brazil." Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- Macinko, J., C. Almeida, and P. K. de Sá. 2007. "A Rapid Assessment Methodology for the Evaluation of Primary Care Organization and Performance in Brazil." *Health Policy and Planning* 22 (3): 167–77.
- Macinko, J., F. Guanais, M. de Fatima, and M. de Souza. 2006. "Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002." *Journal of Epidemiology and Community Health* 60 (1): 13–19.
- Malta, D., E. Duarte, J. Escalante, M. Almeida, L. Sardinha, and E. Macario. 2010. "Avoidable Causes of Infant Mortality in Brazil, 1997–2006: Contributions to Performance Evaluation of the Unified National Health System." *Cadernos de Saúde Pública* 26 (3): 481–91.
- Medici, A. 2003. *Family Spending on Health in Brazil: Some Indirect Evidence of the Regressive Nature of Public Spending in Health*. Technical Paper Series. Washington, DC: Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department.
- Ministry of Health. 2000. *Avaliação da implementação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência da Saúde, Coordenação de Atenção Básica, Brasília.
- . 2006. *Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS): Resultado do processo avaliativo 2004–2006*. Brasília: Ministério da Saúde.
- . 2008. *Saúde da família no Brasil: Uma análise de indicadores selecionados, 1998–2005/06*. Brasília.
- . 2010a. "PCA-Tool." Ministério da Saúde, Brasília.
- . 2010b. *Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília.
- Ministry of Health, SVS (Secretariat of Health Surveillance). 2011. "Sistema de informações sobre mortalidade." Ministério da Saúde, Brasília.
- Naves, O., and L. Silver. 2005. "Evaluation of Pharmaceutical Assistance in Public Primary Care in Brasília, Brazil." *Revista de Saúde Pública* 39 (2): 223–30.
- Nolte, E., and M. McKee. 2003. "Measuring the Health of Nations: Analysis of Mortality Amenable to Health Care." *British Medical Journal* 327 (7424): 1129.
- O'Donnell, O., E. Van Doorslaer, A. Wagstaff, and M. Lindelow. 2008. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington, DC: World Bank.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2003. *OECD Reviews of Health Care Systems: Korea*. Paris: OECD.
- . 2011. *Health at a Glance 2011*. Paris: OECD.
- Osorio, R., L. Servo, and S. Piola. 2011. "Unmet Health Care Needs in Brazil: An Investigation about the Reasons for Not Seeking Health Care." *Cien Saúde Colet* 16 (9): 3741–54.
- Rocha, R. 2011. "Equidade no sistema de saúde brasileiro." Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- Rocha, R., and R. Soares. 2009. "Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program." Discussion Paper 4119, IZA, Germany, Bonn.

- Santos, I., A. Matijasevich, A. Barros, E. Albernaz, M. Domingues, and N. Valle. 2011. "Avoidable Deaths in the First Four Years of Life among Children in the 2004 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study." *Cadernos de Saúde Pública* 27 (Suppl. 2): S185–97.
- Santos, J. Jr. 2006. "Avaliação médica: O consumo na medicina e a mercantilização da saúde." *Revista Brasileira de Coloproctologia* 26 (1): 70–85.
- Santos, V., and S. Nitrini. 2004. "Prescription and Patient-Care Indicators in Health Care Services." *Revista de Saúde Pública* 38 (6): 819–26.
- SES-MG (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais). 2005. "Caracterização da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: Estudos de políticas de saúde e de avaliação econômica do SUS-MG." *Serviços Hospitalares* 3, SES-MG, Belo Horizonte.
- TCU (Tribunal de Contas da União). 2011. *Política nacional de atenção oncológica*. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo.
- Vali, F. 2001. *Access to Primary Care in New Jersey: Geographic Variation of Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions in 1995 and 1997*. Princeton, NJ: Health Research and Educational Trust of New Jersey.
- Victora, C., E. Aquino, M. Leal, C. Monteiro, F. Barros, and C. Szwarzwald. 2011. "Saúde de mães e crianças no Brasil: Progressos e desafios." *Série Saúde no Brasil* 2. *thelancet.com* (May 9): 32–46.
- Vieira, F. S. 2009. "Ministry of Health's Spending on Drugs: Program Trends from 2002 to 2007." *Revista de Saúde Pública* 43 (4): 674–81.
- WHO (World Health Organization). 2008. *World Health Statistics 2008*. Geneva: WHO.
- . 2010. *World Health Statistics 2010*. Geneva: WHO.
- World Bank. 1994. "The Organization, Delivery, and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 1990s." Report 12655-BR, World Bank, Washington, DC.
- . 2002. "Brazil: Maternal and Child Health." Report 23811-BR, World Bank, Washington, DC.
- . 2010. *World Development Indicators*. Washington, DC: World Bank.
- . 2011. *World Development Indicators*. Washington, DC: World Bank.
- Xu, K., D. B. Evans, K. Kawabata, R. Zeramdini, J. Klavus, and C. J. Murray. 2003. "Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis." *Lancet* 362 (9378): 111–17.

Conclusões

Nos últimos 20 anos, o Brasil assistiu a melhorias notáveis nos resultados de saúde, com reduções drásticas nas taxas de mortalidade infantil e na infância e aumento da expectativa de vida. Igualmente importante, as disparidades geográficas e socioeconômicas dos resultados de saúde tornaram-se menos pronunciadas. Desnecessário dizer que estas conquistas não podem ser inteiramente atribuídas a melhorias no sistema de saúde. Na verdade, os últimos 20 anos presenciaram uma urbanização continuada, melhor acesso a água e saneamento e, pelo menos na última década, rápido crescimento econômico e uma redução na desigualdade de renda. Existem, contudo, boas razões para crer que as mudanças no SUS tiveram um papel importante. A rápida expansão da atenção primária contribuiu para uma alteração dos padrões de utilização, com uma porcentagem crescente de contatos ocorrendo em centros de saúde e outras unidades de serviços primários. Ocorreu, igualmente, um crescimento global na utilização de serviços de saúde e uma redução na proporção de domicílios que mencionaram problemas de acesso a serviços de saúde por razões financeiras. Este relatório também apresentou evidências de que as melhorias na saúde podem, pelo menos em parte, ser atribuídas ao sistema de saúde, com reduções expressivas da mortalidade por razões sensíveis à atenção à saúde e com evidências rigorosas de que a expansão da atenção primária em saúde, em particular a Estratégia de Saúde da Família, contribuiu para a redução da mortalidade infantil. Em resumo, a construção do SUS alcançou, pelo menos em parte, os objetivos de acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde.

O relatório destacou, porém, muitos desafios no SUS e no sistema de saúde em geral. Talvez o mais importante de todos diga respeito à qualidade e à coordenação do cuidado, lacunas de cobertura na atenção primária, barreiras ainda presentes no acesso a cuidados especializados e de alta complexidade e a permanência de uma elevada dependência dos gastos privados para financiar os cuidados de saúde no País. O relatório apresenta, por exemplo, evidências de que a expansão da cobertura da atenção primária em saúde estagnou nos últimos anos, e de demoras no diagnóstico e no tratamento de diferentes formas de câncer, como uma ilustração importante de problemas mais amplos que grandes segmentos da população encontram quando tentam acessar a atenção especializada. Existem ainda preocupações quanto à qualidade em todas as áreas do sistema de saúde, estando comprovado que os cuidados pré-natais nem sempre atingem o seu potencial em termos

de redução de mortes maternas e neonatais e que é muito reduzida a prática de cumprimento de protocolos clínicos e de metodologias para melhorias na qualidade. Em consequência, pelo menos em parte, das questões de acesso e qualidade subsistentes, o Brasil ainda tem um caminho longo a percorrer no que toca a resultados de saúde; apesar do progresso dos anos recentes, ainda está aproximadamente em 95º lugar de um total de 213 países, quer em termos de expectativa de vida, quer de mortalidade infantil. Simultaneamente, o fato de países semelhantes terem alcançado melhores resultados na saúde com níveis de gastos comparáveis ou inferiores, e a evidência de ineficiências significativas nos gastos em saúde apontam para a necessidade de melhorar a efetividade do sistema público de saúde.⁶³ Problemas de acesso e de qualidade estão também contribuindo para a demanda contínua por planos privados de saúde e para a dependência de gastos privados diretos para se ter acesso à atenção fora do SUS, o que, por seu turno, está minando as metas de universalidade e equidade. São também os grandes fatores que explicam os níveis elevados e aparentemente em ascensão do descontentamento público com o sistema de saúde.

É provável que esses desafios sejam ainda maiores no futuro, uma vez que o sistema de saúde tem de enfrentar as consequências de uma população que está envelhecendo rapidamente e expectativas cada vez mais altas. A proporção de idosos (mais de 65 anos) relativamente à população em idade produtiva no Brasil deverá aumentar de 11% em 2005 para 49% em 2050 e a expectativa de vida irá provavelmente subir para 81 anos durante o mesmo período (Gragnotati et al, 2011; IBGE, 2004b). O envelhecimento e as alterações no estilo de vida têm contribuído para aumentar o peso das doenças não transmissíveis (DNT).⁶⁴ Estas alterações implicam a necessidade de abandonar um padrão de cuidados de ordem passiva e curativa para um modelo baseado na gestão e no controle de fatores de risco e na mudança de hábitos de vida, com implicações na forma como o sistema de saúde é organizado e competências de que precisa, e nos custos de cumprimento dos compromissos do SUS.⁶⁵ Em resumo, o rápido processo de envelhecimento da população constitui um desafio duplo para o SUS e para o setor da saúde em geral. Em primeiro lugar, irá aumentar bastante a pressão financeira sobre o SUS, ao mesmo tempo em que o financiamento do sistema enfrenta uma resistência crescente à mobilização de recursos adicionais sob o atual modelo de financiamento. Em segundo lugar, irá aumentar a pressão no sentido de uma reorganização da prestação de serviços com vista a enfrentar, mais efetivamente, as doenças crônicas dos idosos.

Tanto as conquistas como os desafios podem, pelo menos em parte, ser atribuídos a alterações ao longo das duas últimas décadas quanto à forma como o sistema de saúde é financiado e organizado. A criação do SUS representou um corte importante com o passado. Porém, conforme indicado no relatório, a instituição formal do SUS, por meio da Constituição de 1988 e legislação subsequente, representa o culminar de uma série de passos e movimentações com vista à cobertura universal durante os anos 70 e 80. Ainda que as declarações políticas e a legislação sejam importantes, o processo de real transformação do sistema de saúde é, inevitavelmente, um percurso longo e demorado. Assim, embora 1988 tenha sido um momento de importância crítica para a saúde no Brasil, é difícil identificar o impacto da reforma dada a continuidade com o passado e um processo de implementação lento e gradual.

Mesmo assim, olhando para os últimos 20 anos, foram concretizadas muitas das reformas estruturais previstas quando da concepção do SUS. Em particular, ocorreu uma significativa descentralização de responsabilidades em termos tanto de financiamento, como de prestação de serviços de saúde; uma nova orientação deliberada do sistema de saúde no sentido da atenção primária; uma mudança gradual de serviços hospitalares para prestadores do setor público; um aumento dos gastos governamentais com saúde, principalmente nos últimos anos; e adoção de mecanismos robustos e inovadores para participação social e coordenação intergovernamental no setor da saúde. Mas é uma agenda inacabada. Relativamente ao futuro, este relatório sublinha cinco desafios maiores.

Sustentar as melhorias no acesso à atenção à saúde

O relatório descreveu a expansão rápida e impressionante do acesso à atenção primária no Brasil e o impacto que essa expansão teve na utilização de serviços de saúde e nos resultados de saúde. Mas os custos, falta de pessoal qualificado e outros fatores contribuíram para um ritmo mais lento da expansão nos últimos anos, com a Estratégia de Saúde da Família abrangendo, atualmente, 50% da população. Enquanto o Brasil continua os seus esforços para preencher estas lacunas, serão importantes os esforços paralelos para melhorar a qualidade da atenção primária (vide abaixo). Será também importante reconhecer a diversidade de modelos de atenção primária que estão presentemente em uso e alcançar algum consenso sobre seus méritos relativos (e custos).

Se bem que seja relativamente claro o caminho para a manutenção de melhorias na cobertura da atenção primária em saúde, já os esforços para se alcançar uma verdadeira “integralidade” de cuidados no SUS irão provavelmente enfrentar mais desafios. Os problemas com a coordenação do cuidado e o acesso a serviços especializados, diagnósticos e hospitalares têm causas múltiplas e complexas, incluindo falta de infraestrutura e de capacidade em recursos humanos, valores de pagamento inadequados (incentivos) para alguns procedimentos, acordos de contratação complexos com prestadores do setor privado e sistemas deficientes de referência e contra referência. Estão em curso muitas iniciativas para fazer frente a esses desafios: investimento e aumento de capacidade, revisão dos valores de pagamento, implementação de diretrizes clínicas, investimento em sistemas para referências e registros médicos eletrônicos, etc. Na maioria dos casos (com a possível exceção das grandes áreas metropolitanas), estas reformas requerem uma coordenação efetiva entre os municípios tendo, portanto, uma melhor implementação no contexto de redes regionais de cuidados de saúde. Mesmo assim, são reformas complexas e dispendiosas que precisam ser devidamente sequenciadas e coordenadas. Há muitas lições importantes que, nesse domínio, se podem aprender com os países da OCDE e outros de renda média. Será, também, importante criar mecanismos para monitorar e avaliar as reformas no Brasil e compartilhar experiências entre estados e municípios, que permitam extrair ensinamentos durante o percurso.

Como parte desse processo, será importante solucionar a falta de integração e de uma clara definição de papéis entre o SUS e o setor privado. A atual competição e a falta de coordenação entre os dois setores resulta na duplicação de esforços e recursos, conflitos sobre quem deveria pagar o quê, e maior dificuldade em resolver os problemas comuns a

todo o sistema. O marco regulador, proporcionado pelo SUS, foi um passo importante, ainda que com lacunas e questões por resolver. Mas a coordenação entre os dois setores permanece muito deficiente e as inconsistências entre a legislação básica do SUS – que confere um papel marginal ao setor privado – e a existência de um setor privado forte e dinâmico têm de ser harmonizadas.

Melhorar a eficiência e qualidade dos serviços de cuidados de saúde

O relatório enfatizou os desafios em termos de qualidade e eficiência na prestação de alguns serviços, bem como importantes lacunas de capacidade em algumas áreas de atenção especializada e de alta complexidade. A construção do SUS não incluiu objetivos ou metas específicos em relação ao modo como a prestação de serviços deveria ser organizada no setor da saúde, mas havia a expectativa de que o setor público assumisse um papel cada vez mais importante na prestação de serviços de saúde. Foi isso que também aconteceu no setor hospitalar. Porém, face às preocupações persistentes sobre eficiência e qualidade, muitos estados e municípios estão testando novos modelos para prestação de serviços. São Paulo, por exemplo, foi pioneiro na contratação de serviços hospitalares a organizações sociais. O Rio de Janeiro está agora utilizando uma abordagem semelhante para a atenção primária e muitos outros estados e municípios estão seguindo o mesmo caminho. Embora esses acordos contratuais sejam, tendencialmente, de natureza colaborativa, eles exigem uma especificação explícita de padrões e capacidade de desempenho do governo para monitorar e executar contratos, requisitos que impõem novas exigências importantes às secretarias estaduais e municipais de saúde. Em muitas partes do Brasil existe também um aumento de experiências com parcerias público-privadas, tanto na construção como no gerenciamento de unidades públicas. A Bahia, por exemplo, implementou recentemente uma PPP para o Hospital do Subúrbio em Salvador. As PPP no setor da saúde podem trazer benefícios importantes, mas apenas se o governo escolher os projetos certos e tiver capacidade para conceber, monitorar e executar os contratos.

Independentemente de novos modelos de contratação ou de parcerias com o setor privado, tanto o Ministério da Saúde como os governos locais estão trabalhando em estratégias para estimular melhorias de eficiência e qualidade por meio de normas e padrões de serviço mais explícitos e incentivos financeiros aos prestadores. O Ministério da Saúde, por exemplo, está prestes a lançar um programa nacional para melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica (PMAQ), que irá definir indicadores e metas de desempenho e fornecer incentivos aos municípios para atingirem estas metas.

As novas modalidades de contratos do governo federal com redes regionais de cuidados de saúde (por meio de acordos tripartites entre governo federal, estadual e municipal) contêm igualmente um enfoque reforçado em resultados.⁶⁶

A adoção de novos modelos de contratação proporciona uma oportunidade para mudar a forma como os prestadores são financiados e as relações entre os vários níveis de governo. Mas, fora estas experiências, um fator importante que contribui para a ineficiência e questões de qualidade é a fragilidade dos atuais mecanismos de pagamento aos prestadores. Mesmo quando foi adotado um desenho originalmente adequado (como a AIH no caso dos métodos de pagamento para internação hospitalar) distorções

foram se acumulando e os atuais métodos de pagamento não proporcionam incentivos apropriados para os provedores. A correção das distorções existentes e a adoção em larga escala de métodos de pagamento ao provedor, que concedam incentivos claros à melhoria do desempenho, podem ajudar a tornar mais efetivo o uso dos recursos disponíveis e a aperfeiçoar o desempenho, dentro de um modelo de financiamento praticável. No caso dos provedores públicos, porém, a reforma do pagamento teria de ser acompanhada de medidas para aumentar a autonomia financeira e de gestão dos hospitais, caso se pretenda que o pagamento relativo a incentivos tenha um impacto no desempenho (dos mesmos).

De uma forma geral, o Brasil assistiu a uma experimentação extensiva de metodologias para aumentar a eficiência e a qualidade da prestação de serviços. Algumas delas são promissoras mas é óbvio que não existem soluções milagrosas. Além do mais, em muitos casos, a implementação de reformas foi fragmentada e em escala limitada. No futuro será, por conseguinte, importante assegurar que estas experiências sejam avaliadas sistematicamente e que as lições destas avaliações sejam amplamente compartilhadas entre todas as partes interessadas do Brasil. Em algumas áreas, reformas significativas exigirão uma forte liderança federal. É o caso, por exemplo, da reforma do sistema de pagamentos dos prestadores que envolva prestadores públicos e que irá implicar alterações significativas das modalidades correntes de financiamento de serviços de média e alta complexidade. Da mesma forma, iniciativas federais como o PMAQ, com uma coordenação nacional e apoio à implementação, um monitoramento e uma prestação de contas robusto, e uma avaliação rigorosa podem ter um impacto profundo na qualidade da atenção básica. Os esforços em curso para criar redes regionais podem possibilitar oportunidades para adoção de iniciativas idênticas destinadas a melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços especializados e hospitalares.

Esclarecer papéis e relações entre os níveis de governo

O processo de descentralização no setor da saúde tem assistido a um papel reforçado dos municípios e estados no financiamento e prestação de serviços de saúde. Essa solução pode trazer muitos benefícios em termos de maior responsabilização, adaptação do sistema às necessidades locais, coordenação com outros serviços públicos, etc. É, porém, amplamente reconhecido que muitos municípios não possuem escala nem capacidade técnica para gerir um sistema de saúde que envolve todos os níveis de cuidado e serviços de apoio complexos e que os estados, na sua maioria, não têm desempenhado o necessário papel de coordenação e apoio. Ademais, mesmo com uma proporção crescente de gastos municipais alocados à saúde, há necessidade de financiamento complementar em nível estadual e federal, tanto por razões de equidade como para promoção de metas e objetivos de nível mais alto. Um sistema em bom funcionamento irá, portanto, depender de coordenação e colaboração efetivas entre municípios, em particular no que diz respeito a serviços especializados e de alta complexidade, sistemas de referência, logística médica (por exemplo, pacientes e insumos médicos), etc. Irá também depender de instituições robustas e de métodos de contratação e de financiamento entre os vários níveis de governo.

Em ambas as áreas, o Brasil fez progressos consideráveis nos últimos anos, dispondo de legislação nova destinada a apoiar a criação de redes regionais (compreendendo vários municípios), um marco conceitual para a contratualização entre o governo federal e regiões de saúde e mecanismos institucionais para coordenação entre municípios, estados

e governo federal. No entanto, a implementação dessa legislação irá, inevitavelmente, desencadear uma série de desafios políticos e de ordem prática, relacionados com o processo de planejamento regional, gerenciamento e coordenação dos serviços “compartilhados”, como financiar investimentos em sistemas e capacidade para sustentar as redes regionais, como compartilhar as responsabilidades de financiamento entre os vários níveis de governo, etc. Nesse domínio, os estados irão avançar a velocidades diferentes e será importante analisar e aprender com a experiência dos precursores.

Nível e eficiência dos gastos governamentais

Apesar da pressão constante da área da saúde para um aumento do financiamento público ao setor para que o SUS possa cumprir melhor o seu mandato, a questão chave é se será mesmo necessário um nível mais alto de financiamento público, ou seja, se o nível de gastos públicos em saúde no Brasil é adequado, tanto em relação às responsabilidades constitucionais do SUS como às expectativas da população. Este relatório apresentou dados revelando que o gasto tem aumentado significativamente nos últimos 20 anos em termos absolutos (e, em menor grau, como uma porcentagem do PIB). Mas o aumento dos gastos tem sido mais lento do que em muitos outros países de renda média e alta, particularmente aqueles que registraram uma rápida expansão da cobertura (Turquia, Tailândia, África do Sul e Coreia do Sul, por exemplo). Poderá também argumentar-se que o aumento dos gastos, nos últimos 20 anos, não acompanhou a rápida expansão do sistema nem o volume dos serviços prestados, sobretudo se forem levados em consideração os aumentos de custo associados com a introdução de novos medicamentos e procedimentos.

Um aumento dos gastos governamentais em saúde podia, sem dúvida, ajudar a financiar mais recursos para o sistema de saúde (infraestrutura, equipamentos, pessoal), insumos médicos e serviços. Contudo, o relatório afirmou de forma inequívoca que a falta de recursos e materiais, em muitos casos, não é o fator impeditivo de uma melhoria no acesso e na qualidade. La Forgia and Couttolenc (2008), por exemplo, demonstraram que os hospitais funcionam com um alto nível de ineficiência e que o hospital brasileiro médio poderia ter uma produção três vezes superior à atual, com o mesmo volume de insumos, caso fosse tão eficiente como os mais eficientes dos hospitais. Os leitos hospitalares e salas de operação estão grandemente subutilizados e existe um excesso de equipamento de diagnóstico muito caro, em muitas regiões. E, pelo menos em certo grau, os problemas de acesso a diagnóstico e cuidados especializados têm mais a ver com o modo como o sistema de saúde está organizado (gestão deficiente, falta de sistemas de referência em funcionamento, etc.) do que com a falta de recursos, propriamente dita.

Nestas circunstâncias, embora o debate sobre se o sistema público está “adequadamente” ou “suficientemente” financiado tenha começado até mesmo antes da sua criação, infelizmente não existe nenhuma forma clara e científica de determinar isso. No caso do Brasil, está claro que o sistema de saúde poderia produzir mais serviços de saúde e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos, caso fosse mais eficiente. Poderia, por exemplo, conseguir-se ganhos significativos por meio de um melhor alinhamento da capacidade hospitalar com as necessidades, aumentando a eficiência técnica dos hospitais pela melhor gestão e incentivos, redução de desperdícios e má utilização de fundos, etc.

Os ganhos também poderiam ser obtidos com uma melhor priorização na alocação de gastos governamentais (uma mudança no sentido de serviços e intervenções que sejam mais eficientes em termos de custo) que, por seu turno, iriam exigir um processo mais sólido para a tomada de decisões sobre introdução e gerenciamento do uso das tecnologias existentes e novas (medicamentos e procedimentos), inclusive por meio do processo de judicialização da saúde. Não há soluções simples para estas questões mas, sim, uma vasta experiência internacional a que o Brasil pode recorrer.

Está também claro que, mesmo com melhorias na eficiência, as pressões nos gastos provavelmente não irão baixar nas próximas décadas. Em termos de porcentagem do PIB, os gastos públicos com saúde no Brasil (cerca de 4,5% do PIB) são menos da metade da média da OCDE. O maior volume de despesas públicas, em muitos países da OCDE, é, em parte, explicado pelo fato de a saúde ser, inerentemente, um setor com uso intensivo de mão de obra e de o custo relativo dos serviços de saúde tender a subir, à medida que o PIB aumenta. Mas é também explicado por diferenças de ordem demográfica e pela cobertura e qualidade dos serviços prestados. Como o Brasil continua crescendo e se desenvolvendo, as atuais necessidades não atendidas, tanto em atenção primária como em cuidados especializados, a introdução de novas tecnologias (medicamentos e procedimentos), as necessidades crescentes de atenção à saúde associadas com DNT e uma maior utilização fruto do envelhecimento da população irão, no seu conjunto, provavelmente, exercer pressão nos gastos públicos com saúde durante as próximas décadas. Assim como acontece nos outros sistemas de saúde avançados de todo o mundo, será essencial encontrar formas de aumentar a eficiência e melhorar a priorização, mas será igualmente importante estar preparado para aumentos expressivos e sustentáveis dos gastos governamentais em saúde e adotar mecanismos para administrar as pressões sobre custos, que já são evidentes no sistema. Isso vai, provavelmente, incluir sistemas mais sólidos para avaliar e gerenciar a introdução e o uso de novas tecnologias sob a forma de hardware, procedimentos e produtos farmacêuticos.

Necessidade de mais e melhor monitoramento do sistema de saúde e pesquisa

O Brasil tem uma forte tradição de elaboração de políticas para o setor da saúde baseadas em evidências e uma comunidade muito dinâmica de pesquisa na saúde. O relatório sublinhou a necessidade de explorar esses pontos fortes com vista a aperfeiçoar as informações e evidências para apoiar a reforma continuada do sistema de saúde. Ainda que estejam publicamente disponíveis grandes quantidades de dados administrativos sobre resultados de saúde, prestação de serviços de saúde e financiamento da saúde, são frequentes os problemas com a qualidade e a consistência dos dados, relativamente às definições e à estrutura dos dados ao longo do tempo e do espaço. Isso torna a aferição do desempenho do sistema de saúde, ao longo do tempo e do espaço e em termos internacionais, difícil em algumas áreas. Existe ainda falta de dados sobre muitas dimensões importantes do desempenho, incluindo tempo de espera para procedimentos eletivos, qualidade dos cuidados de doenças crônicas, taxas de sobrevida para condições específicas tais como câncer ou ataques cardíacos, etc. Dados sobre esses tipos de indicadores tiveram um papel muito importante na compreensão e na resposta aos desafios dos sistemas de saúde em países da OCDE e ganharão importância no

Brasil à medida que o país tenta enfrentar as questões relacionadas com acesso, qualidade e coordenação do cuidado. Não obstante as preocupações metodológicas válidas que têm sido levantadas sobre a iniciativa do MS destinada a definir um novo conjunto de indicadores para monitoramento e aferição do desempenho (IDSUS), ela representa um passo importante com vista à resolução dessa lacuna.

Para além do monitoramento do desempenho do sistema de saúde, o relatório destacou um número de áreas onde é necessária uma investigação em profundidade. Quais os custos e méritos relativos dos diferentes modelos de atenção primária à saúde? Quais são os impactos das diferentes modalidades para melhorar a qualidade e a eficiência que estão sendo consideradas? Quais são as vantagens e riscos associados com a contratação de serviços de saúde de prestadores sem fins lucrativos? Como reduzir os altos níveis de gastos diretos dos usuários com medicamentos? De que forma a criação de redes regionais pode ter impacto na estrutura, organização e desempenho dos sistemas locais de saúde? De que modo os diferentes modelos de governança e financiamento do sistema de saúde, incluindo os vários níveis de governo, têm impacto no desempenho do sistema? Esses são apenas alguns exemplos de questões que uma pesquisa e avaliação rigorosas podem ajudar a responder e, dessa forma, contribuir para tornar o sistema de saúde brasileiro mais eficiente, efetivo e equitativo.

Notas

- 63 - Classificação baseada nos dados mais recentes constantes da base de dados de Indicadores do Desenvolvimento Mundial.
- 64 - As doenças não transmissíveis (DNT) já representam cerca de 2/3 da carga de doenças no Brasil, contra 24% para doenças transmissíveis e 10% para lesões.
- 65 - Um estudo recente do IPEA concluiu, por exemplo, que 71% dos municípios brasileiros não tinham qualquer instituição para cuidados de idosos e que as instituições existentes – 2/3 das quais eram organizações sem fins lucrativos – cuidavam somente de 0,5% da população idosa (IPEA, 2011).
- 66 - O modelo tem por base os Contratos Organizativos das Ações Públicas de Saúde (COAP).

Referências

- Gragnotati, M., O. H. Jorgensen, R. Rocha, and A. Fruttero. 2011. *Getting Old in an Older Brazil: Implications of Population Aging on Economic Growth, Poverty Reduction, Public Finance, and Service Delivery*. Directions in Development Series. Washington, DC: World Bank.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 2004. "Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980–2050." IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, Rio de Janeiro.
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). 2011. "Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil." Comunicados IPEA 93, Série Eixos do Desenvolvimento Brasileiro, IPEA, Brasília.
- La Forgia, G., and B. Couttolenc. 2008. *Hospital Performance in Brazil: In Search of Excellence*. Washington, DC: World Bank.

Declaração de Benefícios Ambientais

O Banco Mundial assumiu o compromisso de reduzir seu impacto ambiental. Em apoio a esse compromisso, o Gabinete da Editora explora opções de publicação eletrônica e a tecnologia de impressão sob demanda à disposição em centros regionais do mundo inteiro. Em conjunto, essas iniciativas permitem a redução das tiragens e distâncias de frete, resultando em menos consumo de papel, uso de produtos químicos, emissões de gases do efeito estufa e resíduos.

O Gabinete da Editora observa os padrões recomendados pela Green Press Initiative para o uso de papel. Sempre que possível, os livros são impressos em papel reciclado pós-consumo na proporção de 50% a 100%, e pelo menos 50% das fibras no papel que usamos nos livros não é branqueado a cloro ou é branqueado por meio de processos Totalmente Sem Cloro (TCF – Totally Chlorine Free), Processo Sem Cloro (PCF – Processed Chlorine Free) ou Sem Cloro Elementar Aperfeiçoado (EECF – Enhanced Elemental Chlorine Free).

Mais informações sobre a filosofia ambiental do Banco estão disponíveis em http://crinfo.worldbank.org/crinfo/environmental_responsibility/index.html.



Já se passaram mais de 20 anos desde que a Constituição de 1988 formalmente criou o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. A construção do SUS estabeleceu a saúde como direito fundamental do cidadão e dever do Estado e, para alcançar esse objetivo, iniciou um processo de transformação fundamental do sistema brasileiro de saúde.

Vinte anos de construção do sistema de saúde do Brasil examina quais foram as realizações e que desafios persistem no cumprimento dos objetivos definidos em 1988. Especificamente, avalia se as reformas do SUS transformaram o sistema de saúde como previsto e se melhoraram o acesso a serviços, proteção financeira e resultados na saúde.

O relatório conclui que as construções lançaram os alicerces de um sistema de saúde melhor para o Brasil. Entre essas melhorias, destacam-se a impressionante ampliação da utilização e do acesso ao cuidado primário, uma reestruturação profunda do sistema de saúde, o processo constante de descentralização das responsabilidades, passando-as aos municípios, assim como o aumento dos gastos públicos na saúde.

