

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 401

Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas

Maria Elizabeth Barros
Sérgio Francisco Piola
Solon Magalhães Vianna

FEVEREIRO 1996

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 401

Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas*

Maria Elizabeth Barros**
Sérgio Francisco Piola**
Solon Magalhães Vianna**

Consultores:
Maurício Lima Barreto***
Eduardo Hage Carmo***

Brasília, fevereiro de 1996

* Este relatório foi concluído em março de 1995. No entanto, por razões de diversas ordens, só foi encaminhado para publicação no segundo semestre do ano. Os autores consideraram que seria oportuno realizar a atualização dos dados relativos a financiamento, disponíveis na coordenação. Dessa forma, a seção 7.1 foi modificada para incorporar informações mais recentes. Os demais capítulos mantêm a forma original. Para o trabalho de atualização, colaborou o técnico Vinicius Pinheiro, da Coordenadoria de Seguridade Social/ DPS/IPEA.

** Técnicos da Diretoria de Política Social do IPEA.

*** Da Universidade Federal da Bahia.



Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

*O IPEA é uma
fundação pública
vinculada ao
Ministério do
Planejamento e
Orçamento, cujas
finalidades são:
auxiliar o ministro
na elaboração e no
acompanhamento
da política
econômica e prover
atividades de
pesquisa
econômica aplicada
nas áreas fiscal,
financeira, externa
e de
desenvolvimento
setorial.*

Presidente

Andrea Sandro Calabi

DIRETORIA

Fernando Rezende

Diretor Executivo

Beatriz Azeredo

Claudio Monteiro Considera

SUMÁRIO

SINOPSE

1. INTRODUÇÃO 7
 2. A SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA 8
 3. A PRESENÇA DO ESTADO NA SAÚDE 22
 4. IMPLANTANDO A REFORMA SANITÁRIA 26
 5. O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO 34
 6. DESAFIOS NA GESTÃO 43
 7. A QUESTÃO DO FINANCIAMENTO 55
 8. CONCLUSÕES 88
 9. RECOMENDAÇÕES 91
- BIBLIOGRAFIA 95
- ANEXO 101
-

SINOPSE

O texto faz uma apreciação sobre a política de saúde no Brasil. Com relação às condições de saúde da população brasileira, são analisadas as modificações, desigualdades e fatores determinantes do quadro epidemiológico e as implicações daí decorrentes para as políticas de saúde. Discute o papel do Estado na área de saúde, principalmente no tocante à sua participação na regulação e no financiamento das ações setoriais. Na análise do Sistema Único de Saúde — SUS, discorre sobre seus antecedentes, sobre o processo de descentralização e sobre os principais problemas de gestão e de financiamento. Em relação à gestão do sistema são analisadas, entre outras, as questões do controle e avaliação, e alternativas que possam contribuir para a superação dos crônicos problemas gerenciais do setor público. Analisa as principais dificuldades do financiamento setorial e elenca sugestões de medidas para o enfrentamento dos problemas identificados nos diversos temas abordados.

1. INTRODUÇÃO

A política de saúde nos últimos dois anos tem sido alvo de atenção e objeto de profundas discussões no âmbito governamental. A “crise” da saúde repercutiu pelos meios de comunicação e ganhou foro de questão prioritária para a sociedade brasileira. Neste debate, muitas versões foram construídas a partir da mesma base de informações, correspondendo à ótica de cada um dos atores envolvidos.

Ao longo do ano de 1994, diversos trabalhos foram realizados pela equipe do IPEA, sob a forma de notas técnicas, textos para subsidiar decisões, etc., que tiveram como foco aspectos parciais da crise.

Este relatório procura consolidar esses documentos, integrando-os e articulando a análise dos vários ângulos da questão. Vale-se especialmente da base de informações obtida por ocasião dos trabalhos destinados a subsidiar o Grupo de Trabalho Interministerial para Racionalização dos Gastos com Saúde e Melhoria do Atendimento à População, constituído pelo presidente Itamar Franco em 4/5/1994. Incorpora quase integralmente o *paper* sobre a situação da saúde da população brasileira, produzido, sob encomenda do IPEA, pelo professor Maurício Lima Barreto e pelo doutorando em saúde coletiva Eduardo Hage Carmo, ambos da Universidade Federal da Bahia - UFBA.

Embora não esgote todas as questões que o debate envolve, procura se posicionar em relação a vários pontos de conflito.

Identifica, por exemplo, em relação ao financiamento, que a crise da seguridade social não está associada à ampliação do gasto com saúde, mas ao crescimento dos dispêndios com benefícios previdenciários.

Chama atenção para a ampliação das disparidades regionais em relação aos níveis de saúde, a despeito de uma melhoria geral nos indicadores para o país, e para o aumento da distância entre as condições brasileiras e a de outros países da América Latina.

Descreve e comenta aspectos do processo de descentralização poucas vezes destacados, desde o foco sobre experiências bem-sucedidas e formas alternativas de gestão até a necessidade de reorganização da esfera federal para o exercício de suas novas fun-

ções no Sistema Único de Saúde — SUS, em especial as relativas à regulação do setor.

Ao final, as principais conclusões são sumarizadas e se fazem acompanhar de sugestões de medidas para o enfrentamento dos problemas identificados.

2. A SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA¹

Uma das características do perfil de saúde das sociedades é a forma dinâmica e intensa com que este se transforma em períodos de tempo relativamente curtos. Assim, as últimas décadas, da mesma forma que foram caracterizadas por importantes mudanças na vida econômica e social do nosso país, apresentaram também importantes mudanças nas condições de vida e de saúde da sua população.

No período, em uma primeira análise das tendências de indicadores dos níveis globais de saúde da população brasileira, dois fatos chamam atenção: o aumento significativo da expectativa de vida e reduções acentuadas em indicadores como mortalidade infantil e mortalidade proporcional por doenças infecciosas. Este processo, que vem se verificando desde o início do presente século e se intensificou a partir da década de 50, induz à idéia de que ocorreram melhorias significativas nos padrões de saúde da população.

Por outro lado, algumas características da situação sanitária brasileira revelam os limites das primeiras evidências, e passam a exigir esforços e análises diferenciados no sentido de entender esta complexa e paradoxal situação, bem como as suas implicações para as políticas de saúde. Dentre essas características destacam-se: os níveis de saúde mais baixos do Brasil, quando comparados com os de outros países de economias similares; as grandes disparidades macro e microrregionais; o crescimento de problemas como a violência e as doenças, e agravos à saúde de origem ambiental e ocupacional; o reaparecimento de velhos problemas como o dengue e a cólera; a persistência de grandes endemias (doença de Chagas, esquistossomose, malária, etc.); e o envelhecimento po-

¹ Este capítulo reproduz, quase integralmente, o estudo preparado, por solicitação do IPEA, pelo professor-adjunto Maurício Lima Barreto, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade da Bahia, e pelo discente do doutorado em saúde coletiva no mesmo instituto, Eduardo Hage Carmo.

pulacional, ao lado de uma crise generalizada do sistema de assistência à saúde, com demanda crescente e insatisfeita.

2.1 Modificações nos Padrões de Morbi-

nal e no padrão de morbi-mortalidade. A partir da segunda metade do século, a constante queda da taxa de natalidade, mais acentuada que a verificada nas taxas de mortalidade, tem provocado uma diminuição nas taxas de crescimento populacional [Bayer *et al.* (1982)]. Paralelamente, tem-se verificado um aumento da expectativa de vida ao nascer, que passa de 45,9 anos em 1950 para 66 anos em 1991, indicando o processo de envelhecimento da população, com aumentos contínuos e significativos na proporção de indivíduos com idade superior a 60 anos [FIBGE (1992); World Bank (1993)] (ver figuras 1 e 2 no anexo).

Para melhor entender as modificações na estrutura demográfica, faz-se necessário uma apresentação das recentes tendências no padrão de morbi-mortalidade. Uma das mais importantes tendências diz respeito à redução nas taxas de mortalidade infantil (/1 000 nascidos vivos), intensificada a partir da década de 60, quando apresentava uma média nacional de 117, passando para 50,2 na década de 80 (ver figura 3 no anexo) [FIBGE (1992)].

Na análise das informações para a última década, verifica-se que houve uma redução nesta taxa de 60,2 em 1981 para 39,2 em 1989, ocorrendo em diferentes intensidades para cada uma das regiões (ver figura 4 no anexo) [FIBGE (1984,1987,1990,1992)]. As tendências para os dois componentes da taxa de mortalidade infantil (neonatal — menos de 28 dias — e pós-neonatal — 28 dias a 1 ano) evidenciam que esta redução foi mais acentuada para a mortalidade infantil pós-neonatal (ver figura 5 no anexo). Neste componente, a associação com fatores relacionados ao ambiente é mais intensa, o que gera a maior proporção de óbitos por doenças infecciosas, particularmente as infecções intestinais. Desta forma, a redução observada nas taxas de mortalidade por estas causas, em menores de um ano, passando de 10,0 em 1981 para 5,0 em 1989, tem um impacto significativo na tendência da mortalidade infantil (ver figura 6 no anexo).

Outra importante tendência nos padrões epidemiológicos com evidentes reflexos na estrutura demográfica se refere às modifica-

ções na composição da mortalidade por grupo de causas. A característica mais marcante diz respeito à constante queda na mortalidade pelas doenças infecciosas e parasitárias (DIP) e à ascensão das doenças cardiovasculares (DCV), sendo que, a partir da década de 60, este grupo de causas passa a ser responsável pela maior proporção dos óbitos registrados no país (ver figura 6 no anexo).

Analisando a evolução recente das taxas de mortalidade para os principais grupos de causas definidas (/100 mil habitantes) (ver figura 7 no anexo), observa-se que as DCV apresentavam uma taxa de 162,6 óbitos em 1989, seguidas das causas externas (72,7), que passa a representar o segundo grupo de causas de óbitos. Enquanto o primeiro grupo apresenta uma tendência de estabilização nas taxas de mortalidade para todas as regiões, na década de 80 (ver figura 8 no anexo), as causas externas intensificam a tendência crescente (ver figura 9 no anexo).

As neoplasias também vêm aumentando sua participação na composição da mortalidade (57,3 em 1989), representando a terceira causa de óbito (ver figura 10 no anexo), sendo que o maior incremento deve-se ao câncer de pulmão e câncer de mama, enquanto que outras neoplasias, como o câncer de cérvix uterino, têm diminuído sua participação [World Bank (1990)]. As doenças respiratórias, que não tinham uma participação expressiva na composição da mortalidade, em décadas anteriores, representavam a quarta causa de óbito em 1989 (46,9), e vêm apresentando uma tendência de estabilização na última década (ver figura 11 no anexo). Por fim, as doenças infecciosas e parasitárias persistem em tendência descendente verificada nas décadas anteriores, apresentando uma taxa de 32,0 óbitos/100 mil habitantes em 1989 (ver figura 12 no anexo).

A análise das informações sobre mortalidade requer a consideração de algumas questões relativas à sua qualidade. A primeira delas diz respeito ao fato de que, na década de 80, uma média de 20% dos óbitos foram registrados na categoria dos sinais e sintomas de afecções mal-definidas (SSMD), situação que indica que não existe um diagnóstico preciso da causa de óbito, e que está associada à insuficiente assistência à saúde. No entanto, tem-se verificado uma diminuição nesta proporção ao longo da década, às custas de sua redução na região Nordeste, onde neste grupo de causa ainda se situam mais de 40% dos óbitos registrados (ver figura 13 no anexo).

Outra questão diz respeito à proporção da população coberta com informações regulares sobre mortalidade, o que para algumas regiões configura-se como uma situação bastante crítica (ver figura 14 no anexo), devendo-se ao fato de que em áreas do interior dos estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste uma grande proporção de óbitos não são registrados. Em relação à mortalidade infantil, acrescentam-se a este conjunto de fatores as imprecisões na estimativa do denominador (nascidos vivos), o que pode gerar distorções na comparação das taxas obtidas para diferentes regiões.

As modificações nos padrões de morbidade apresentam importantes diferenças em relação ao que tem sido observado para as taxas de mortalidade. A principal delas diz respeito à persistência de altas taxas de prevalência para as doenças infecciosas, ao lado da reintrodução ou recrudescimento de algumas doenças deste grupo que não se constituíam em importantes agravos à saúde da população.

As recentes décadas vêm experimentando uma elevação do número de casos de tuberculose, hanseníase, malária, leishmanioses. Outro processo importante diz respeito à expansão da área de ocorrência das doenças endêmicas. Intrinsecamente associadas aos processos de urbanização e migração, a esquistossomose e a doença de Chagas são prevalentes em grandes centros urbanos, além das áreas rurais onde tradicionalmente ocorrem.

Neste contexto, doenças como dengue e cólera foram reintroduzidas recentemente no país, expandindo-se para grandes áreas do nosso território. A cólera, após sua introdução no Brasil em 1991, contabilizou um total de 48 598 casos confirmados até novembro de 1994, sendo 97% na região Nordeste [Brasil (1994b)]. Por fim, o surgimento da AIDS na década de 80 não só amplia o leque de agravos à saúde da população, com o registro no país de 55 894 casos e uma letalidade de 38,4% [Brasil (1994a)], como também promove modificações no padrão de ocorrência de outras doenças, como a tuberculose e a hanseníase, entre outras.

Este conjunto de modificações na ocorrência das doenças transmissíveis caracteriza-se, portanto, por uma tendência inversa ao verificado para os indicadores de mortalidade. Apesar disto, outra série de doenças transmissíveis vêm apresentando tendência consistente de redução, como o que tem sido verificado para as doenças imunopreveníveis, particularmente a difteria, a coquelu-

che e o tétano. Exemplo mais expressivo é representado pela poliomielite, para a qual não se tem registro de casos há cinco anos, tendo sido considerada erradicada no território brasileiro em 1994. Por fim, vale ressaltar a intensa redução na incidência de sarampo a partir de 1991, colocando-se inclusive a perspectiva de sua eliminação em futuro próximo.

No que diz respeito aos indicadores de morbidade para as doenças crônico-degenerativas, existem poucas informações disponíveis para sua mensuração, na medida em que não foram desenvolvidos sistemas para o registro destes agravos. A sua apreensão só é possível mediante resultados de inquéritos realizados para algumas doenças.

Pode-se destacar a diabetes, para a qual foi concluído um inquérito em nove capitais em 1988, tendo sido observada uma prevalência média de 7,6% na população de 30 a 69 anos [Comissão (1992)]. Em relação à hipertensão arterial, importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, não existem informações válidas para o país como um todo, ainda que o Ministério da Saúde adote uma estimativa de 10% de prevalência para a população maior de 20 anos [Brasil (1988)]. No entanto, tal estimativa baseia-se nos resultados de um estudo realizado no Rio Grande do Sul, não representando as diversidades regionais [Lessa (1993)].

Uma importante fonte de informações sobre morbidade é o Sistema de Informações Hospitalares (Ministério da Saúde/DATASUS), que registra informações sobre as internações realizadas na rede pública e privada do país desde 1984. Analisando-se as tendências das internações para os grupos de causas selecionados para o estudo da mortalidade apresentado observamos que as doenças respiratórias são responsáveis pela maior proporção de internações (17%), seguido das doenças cardiovasculares (ver figura 15 no anexo).

Para o primeiro grupo, em mais da metade das internações, a causa mais importante é a pneumonia (doença infecciosa, porém fora do grupo das DIP na Classificação Internacional de Doenças — CID). Enquanto as doenças respiratórias apresentam uma tendência constante (ver figura 16 no anexo), é interessante notar que o grupo das doenças infecciosas-parasitárias apresenta uma tendência de aumento da proporção de internações, atingindo a mesma proporção do que foi verificado para as doenças cardiovasculares no primeiro semestre de 1994 (10,1%), as quais, por sua vez,

vêm apresentando uma tendência lenta, porém constante, de reduzir proporcionalmente a sua participação no total de internações. O aumento na proporção de internações para as DIP nas regiões Norte e Nordeste, ao lado de uma redução para as DCV de forma generalizada, à exceção da região Sul, são responsáveis pelo quadro relatado para o país como um todo (ver figuras 17 e 18 no anexo).

A análise da composição das internações por DIP permite verificar que as infecções intestinais mal-definidas respondem por uma proporção acima de 60% deste grupo, em todo o período de 1984 a 1994, apresentando também uma tendência ascendente a partir de 1991, principalmente na região Nordeste, onde chega a ser responsável por 10,7% do total de internações em 1994. Tal tendência pode ser, pelo menos em parte, atribuída à introdução da cólera naquele período, na medida em que uma importante proporção de internações por esta causa ocorre sem a confirmação laboratorial, sendo classificada como "afecções intestinais mal-definidas".

As informações sobre a morbidade hospitalar evidenciam também o aumento na proporção de internações por causas externas, de forma consistente para todas as regiões do país, atingindo 5,7% do total de internações no primeiro semestre de 1994 (ver figura 19 no anexo). As neoplasias vêm mantendo uma tendência constante no período de 1984 a 1994, com uma média de 3% das internações (ver figura 20 no anexo).

Vale ressaltar que, ao considerar todos os grupos de causa de internações, incluindo-se aqueles que não foram analisados na discussão sobre mortalidade, verifica-se que os motivos relacionados a gravidez, parto e puerpério (CID — cap. 11) respondem pela maior proporção das internações (21,8%). Na seqüência, os grupos de doenças em análise no presente estudo se situam na seguinte ordem de freqüência: doenças do aparelho respiratório (2^ª), doenças cardiovasculares (3^ª), doenças infecciosas e parasitárias (4^ª), causas externas (8^ª) e neoplasias (9^ª).

Também no que se refere às informações sobre morbidade, algumas questões relativas à qualidade merecem consideração. A primeira delas, já pontuada, diz respeito ao fato de que, para as informações de base não-hospitalar, existe um sistema para as doenças transmissíveis, enquanto que para as demais doenças as fontes de dados se limitam aos inquéritos que são realizados de forma assistemática. Para as informações de base hospitalar, deve-

se ressaltar que o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) cobre informações para todas as unidades financiadas pelo SUS, o que corresponde a 75% do total das internações realizados no país [Buss (1993)]. Ademais, a distribuição da rede hospitalar não é homogênea para todos os espaços do território nacional e, no ano de 1989, um terço dos municípios não dispunham de unidades hospitalares.

Alguns contrastes emergem na compatibilização das informações entre morbidade e mortalidade, o que pode ser visualizado pelas diferentes ordens de frequência na distribuição dos grupos de causa. Tal situação se justifica pelo fato de que a ocorrência do óbito é uma expressão bem definida da gravidade da doença, enquanto que a hospitalização não segue necessariamente esta ordem de determinação. Como exemplo, tem-se a grande proporção de internações pelo grupo de causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, que não configuram no seu conjunto uma situação de gravidade. Por outro lado, alguns agravos podem evoluir para quadros graves, porém com baixa letalidade ou potencialmente reversíveis mediante a prestação de assistência médica, o que pode explicar as diferenças na ordem de frequência para as doenças respiratórias nos indicadores de morbidade e mortalidade.

Uma outra ordem de contraste diz respeito às diferenças nas tendências para estes indicadores. A mais importante delas se refere às tendências para as DIP, para as quais observam-se tendências inversas nos indicadores de morbidade e mortalidade. A sua significativa expressão nos indicadores de morbidade, tanto para as informações do SIH quanto para as demais fontes de dados, bem como a tendência ascendente para muitas doenças infecciosas (de uma maneira geral, uma tendência descendente só tem sido verificada para as imunopreveníveis) revelam que persistem as condições de produção destas doenças, o que será discutido mais adiante.

2.2 Desigualdades na Situação de Saúde

O indicadores de morbimortalidade da população brasileira apresentados acima permitem uma comparação com outros países da América Latina. Tem sido fartamente documentada a situação paradoxal do Brasil de apresentar indicadores econômicos em níveis incompatíveis com os dos indicadores sociais, incluindo-se os de saúde (por exemplo, taxa de mortalidade infantil e expectativa de vida ao nascer).

Ainda que se observe uma tendência de melhoria para alguns indicadores de saúde no Brasil, a velocidade desta proporciona a persistência, ou mesmo a ampliação, das desigualdades entre os países. Assim, a Argentina apresentou em 1991 uma expectativa de vida ao nascer cinco anos maior que a do Brasil, o Uruguai, sete anos, e o México, apesar de suas conhecidas desigualdades regionais, quatro anos a mais que a do Brasil, cabendo ressaltar que os quatro países têm níveis de renda *per capita* similares. No período de 1970 a 1991, as taxas de mortalidade infantil caíram na Argentina, no Uruguai e no México, tendo o mesmo acontecido no Brasil e na grande maioria dos outros países. Em todos os casos citados houve, naquele período, um aumento da razão entre as taxas de mortalidade infantil do Brasil com relação à dos outros três países.

Assim, para 1970, a taxa média de mortalidade infantil no Brasil era 1,32 vezes maior que a do México, 1,83 vezes maior que a da Argentina e 2,07 vezes maior que a do Uruguai. Em 1991, estas razões passam a ser de, respectivamente, 1,61, 2,32 e 2,76, representando um incremento médio de aproximadamente 30% no período analisado. Em outras palavras, apesar da queda observada nos valores absolutos da taxa de mortalidade infantil no Brasil, nas duas últimas décadas, nos distanciamos em termos relativos de outros países latino-americanos [World Bank (1993)].

Outra ordem, não menos importante, de desigualdades diz respeito às diferenças observadas nos indicadores de saúde entre as regiões do Brasil. Apesar da intensa queda verificada no coeficiente de mortalidade infantil para o país como um todo, verifica-se que isto ocorreu com diferentes intensidades em suas várias regiões (ver figura 3 no anexo).

Assim, na década de 30, a região Sudeste apresentava taxas de 153, a região Sul de 127 e a região Nordeste de 168. Portanto, a região Nordeste apresentava taxas 10% superiores às da região Sudeste e 32% superiores às da região Sul. Na última década, as taxas são da ordem de 74, 43 e 33 para as regiões Nordeste, Sudeste e Sul, respectivamente. Isto implica que, apesar da queda verificada em todas as regiões, o Nordeste em época recente apresentava taxas de mortalidade infantil 72% maiores do que as da região Sudeste e 124% maiores do que as da região Sul. Ainda em relação a este indicador, observa-se que, para o ano de 1989, as regiões Norte e Nordeste diferenciavam-se das demais regiões, de

vido principalmente às altas taxas do componente pós-neonatal, evidenciando o papel dos fatores ambientais, prevalentes naquelas regiões, na determinação da mortalidade infantil (ver figura 21 no anexo).

As desigualdades entre as regiões podem ser também visualizadas nos indicadores relacionados à composição da mortalidade (ver figuras 8 a 12 no anexo) e da morbidade (ver figuras 16 a 20 no anexo). Enquanto que, para as regiões Sul e Sudeste, as DIP já representavam a quinta causa de óbito em 1981, na região Nordeste este grupo representava a segunda causa de óbito neste ano e a terceira causa em 1989 (excluindo-se os sinais e sintomas mal-definidos).

As doenças cardiovasculares, por sua vez, representavam a primeira causa de óbito para todas as regiões, já em 1981. Entretanto, em 1989 este grupo era responsável por 33,2% e 32,5% dos óbitos nas regiões Sudeste e Sul, respectivamente, enquanto que na região Nordeste representava 17% dos óbitos.

As diferenças inter-regionais persistem para os indicadores de morbidade. Assim, considerando-se a participação destes grupos de causa na composição da morbidade hospitalar (excluindo, portanto, motivos relacionados à assistência ao parto), verifica-se que as doenças cardiovasculares representam a segunda causa de internações nas regiões Sul e Sudeste em todo o período de 1984 a 1994, seguindo as doenças respiratórias.

Nas regiões Sul e Sudeste, nos anos de 1993 e 1994, as DIP representam a terceira e a quarta causa de internações, respectivamente. Na região Nordeste, as DIP representam a segunda causa de internação, enquanto que as doenças cardiovasculares representam a terceira causa, em todo o período de 1984 a 1994.

Outros indicadores de morbidade, de base não-hospitalar, também revelam as desigualdades inter-regionais, como as maiores taxas de incidência e/ou prevalência para cólera, dengue, esquistossomose, doença de Chagas e leishmanioses para as regiões Norte e Nordeste.

Diferenças importantes são ainda observadas no estado nutricional das populações. Resultados de dois grandes inquéritos realizados no país em 1975 e 1989 permitem verificar que, para o país como um todo neste período, houve uma redução de 61% da desnutrição infantil.

No entanto, a análise dos dados para as regiões permite constatar que a maior redução ocorreu nas regiões Sul e Sudeste, as quais já apresentavam um menor índice de desnutrição no início do período considerado. Em 1975, a prevalência de desnutrição infantil no Nordeste era 2,3 vezes maior que no Sudeste, enquanto que em 1989 já era 5,1 vezes maior. As diferenças entre classes sociais também aumentaram, pois os 25% mais pobres, em 1979, tinham uma prevalência 5,0 vezes maior de desnutrição, comparados aos 25% mais ricos; já em 1989 esta diferença era de 9,7 vezes, ainda que a desnutrição tenha decrescido para todas as classes sociais [Monteiro *et alii* (1994)].

Também em relação à qualidade das informações é possível visualizar diferenças inter-regionais. Observa-se que a região Nordeste vem apresentando proporções de óbitos por sinais e sintomas mal-definidos acima de 40% em toda a série de 1981 a 1989, enquanto que para o Sul e Sudeste tem se situado abaixo de 20% dos óbitos (ver figura 13 no anexo). Outro indicador de qualidade revela que a região Norte apresentava em 1989 apenas 33% da população coberta com informação regular para mortalidade, a região Nordeste, 69% e a região Centro-Oeste, 81%. Por sua vez, as regiões Sul e Sudeste vêm apresentando proporções próximas de 100% desde 1979 (ver figura 14 no anexo).

2.3 Determinantes do Quadro Epidemiológico

No atual estágio do desenvolvimento científico, dispõe-se de um largo arsenal de recursos que nos capacitam a identificar e entender aspectos relevantes da dinâmica das condições da saúde nas populações humanas. Evidentemente, a capacidade de perceber e explicar as transformações nos níveis de saúde está limitada pelo nosso desenvolvimento teórico-conceitual, como o modelo de causalidade adotado, e pela capacidade de registro, mensuração, análise e interpretação disponíveis em nossos sistemas de informações e pesquisas. As estratégias de intervenção em saúde têm que obrigatoriamente estar vinculadas a modelos e concepções causais razoavelmente definidos, os quais são resultantes do desenvolvimento científico, porém também se situam no âmbito de referências ideológicas estabelecidas.

A análise dos determinantes das condições de saúde tem, em geral, privilegiado os determinantes microepidemiológicos (individuais) e dado pouca ênfase aos determinantes macroepidemiológicos (coletivos). Tal forma de abordar a questão é relevante, pois

relativiza, sem retirar a devida importância dos fatores individuais, o papel das intervenções médico-sanitárias na transformação dos perfis de saúde da população.

a) Determinantes macroepidemiológicos

As mudanças seculares nos perfis epidemiológicos, bem como as diferenças de perfis entre diferentes sociedades, têm-se apresentado como um problema de não simples explicação. Consta-se, na quase absoluta maioria das sociedades, uma tendência secular decrescente das diversas medidas da mortalidade, tais como mortalidade infantil e mortalidade geral, relacionadas, principalmente, à redução na mortalidade por doenças infecciosas.

Esta tendência tem sido observada mesmo em sociedades em que os indicadores econômicos declinam. Inversões desta tendência têm sido observadas em alguns momentos de grande crise social ou econômica, porém estes períodos são, em geral, curtos e sucedidos por novos períodos de queda. Apesar desta tendência decrescente, diferenças internacionais, comparando-se o Brasil com países de economias similares, ou diferenças observadas entre as regiões do nosso país, ou ainda as diferenças entre grupos sociais têm apresentado tendência a se ampliarem. Tais situações não encontram explicações uniformes, nem existe uma teoria unificadora para explicar tais tendências ou mesmo a sua intensidade. Entretanto, alguns pontos merecem destaque.

Existe um certo consenso de que modificar as macrodiferenças existentes nos padrões de saúde ou mesmo intensificar o processo secular de mudança está fora da capacidade dos serviços de saúde. Isto ocorre em consequência de mudanças dos padrões econômicos ou da intensificação de políticas sociais, como aquelas voltadas para as questões do saneamento e para o incremento do estado nutricional da população.

Mudanças de alguns comportamentos também podem ter efeitos positivos nos padrões de saúde. Assim, a intensificação do aleitamento materno pode ter impacto em indicadores da mortalidade infantil. Um outro fator que tem impacto na redução da mortalidade infantil é o declínio da fertilidade.

Uma proposta apresentada recentemente, como tentativa de criar uma teoria unificadora, busca entender tais mudanças nas condições de saúde como o efeito de recursos físicos (infra-estrutura do sistema de saúde, infra-estrutura de saneamento,

habitação, etc.) e sociais (educação, percepções e comportamentos ligados à saúde, etc.), acumulados em períodos históricos [Murray e Chen (1993)]. A grande contribuição desta abordagem é exatamente a de minimizar os fatores conjunturais, transitórios, e valorizar o processo secular de acúmulo de "recursos" com efeito positivo sobre a saúde.

Além de explicar o que acontece internamente a cada região, pode também atribuir a ampliação das diferenças observadas ao acúmulo diferencial de investimentos nas regiões. Se nos centrarmos nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, veremos que a redução de uma série de indicadores econômicos e sociais no período de 1970 ao final da década de 80 foi mais acentuada na primeira (ver quadro 1), apesar de inicialmente esta região já apresentar melhores níveis socioeconômicos.

QUADRO 1
Percentual de Redução (1970 — 1989)

Variável	Região	
	Sudeste	Nordeste
Renda <i>per capita</i> <1/4 SM	38,3	17,3
Domicílios sem água	68,8	41,0
Domicílios sem esgoto	37,8	9,9
Vacinação tríplice incompleta	49,2	35,1
Mulheres jovens não alfabetizadas	77,8	56,3

Fonte: Monteiro *et alii* (1994).

Os dados deste quadro indicam, portanto, um agravamento das diferenças sociais e econômicas existentes entre as regiões Sudeste e Nordeste, e serve de explicação para o aumento das diferenças nos indicadores de saúde.

b) Determinantes microepidemiológicos

Existe consenso sobre a idéia da determinação multicausal das doenças, embora exista dissenso sobre os fatores que têm maior poder de determinação no complexo multicausal. Por qualquer que seja o conceito ou indicador social/econômico pelo qual se estratificam os indivíduos (classe social, renda, educação, ocupação, etc.), observam-se grandes diferenciais na ocorrência de agravos e doenças. Tanto as ditas doenças da "riqueza" como as ditas doenças da "pobreza" ocorrem, em geral, nas populações mais pobres.

Assim, em recente documento do Banco Mundial sobre saúde no Brasil, conclui-se que: "Em resumo, são os pobres do Brasil que enfrentam maiores riscos dos problemas de saúde da pós-transição, que tem as mais altas taxas de doenças, e que apresentam as mais altas taxas de mortalidade por estas doenças" e portanto "estratégias de prevenção devem ser baseadas nestes fatos" [World Bank (1990, p. 61)].

Apesar de vários consensos (multicausalidade, determinação social), e por mais paradoxal que pareça, na prática as ações de prevenção em saúde, em seus vários níveis, se utilizam de apenas alguns poucos modelos unicausais: a) a teoria do germe; b) a teoria do estilo de vida; c) a teoria ambiental; e d) a teoria genética [Tesh (1988); Barreto *et alii* (1993)].

O enquadramento de cada doença ou agravo em uma destas teorias está na dependência de vários fatores, incluindo-se a disponibilidade de tecnologias de prevenção. Assim, para as doenças infecciosas, para as quais se dispõe de vacinas eficazes, a teoria do germe é suficiente para satisfazer à rotina de ações, enquanto que para outras para as quais não se dispõe destes recursos, tem-se enfatizado as causas ambientais (por exemplo, cólera, dengue, etc.) ou do estilo de vida (por exemplo, AIDS, doenças sexualmente transmissíveis).

Além de várias doenças infecciosas, uma nova onda de problemas ambientais, gerados pela intensificação de processos industriais, tem sido tratada no rótulo dos problemas ambientais e, neste sentido, tem gerado não só ações como legislações reguladoras das condições do ambiente. Diferentes aspectos do estilo de vida têm sido responsabilizados por doenças de diferentes origens e, assim, tentativas de mudar tais estilos por meio de medidas, predominantemente educativas, têm sido apresentadas como solução (por exemplo, tabagismo e doenças isquêmicas do coração).

Tal abordagem unicausal tem obtido sucesso com relação a alguns problemas de saúde, como, por exemplo, algumas doenças imunopreveníveis (poliomielite, sarampo), porém tem se mostrado pouco eficiente em modificar, significativamente, os padrões globais de morbidade e mortalidade. Por fim, as causas genéticas, que, após um retrocesso por falta de fundamentação científica, ganharam novos adeptos na nova onda de estudos da estrutura genética e sua relação com os eventos de saúde.

O conjunto de ações centradas nos serviços curativos de saúde, por sua capacidade de prevenção dos danos, tem provocado uma diminuição da letalidade de algumas doenças ou agravos, sem, evidentemente, interferir no padrão de ocorrência destas doenças, já que não atua nos seus determinantes. Isto é bastante visível para problemas como a cólera. A epidemia do século passado caracterizou-se pela sua alta letalidade, enquanto que a epidemia atual tem apresentado uma letalidade marginal.

Para vários outros agravos e doenças, este efeito sobre a letalidade é observado, ainda que em graus diferentes, porém provocando uma crescente dissociação entre o padrão de morbidade e o de mortalidade. Assim, enquanto as mudanças dos padrões de mortalidade, que ocorreram na virada do século XIX para o século XX nos países hoje desenvolvidos, deveu-se quase que exclusivamente à diminuição da ocorrência das doenças [Mckeown (1979)], na atualidade, a diminuição do padrão de letalidade tem contribuído para tais mudanças.

O papel das ações de saúde na modificação dos padrões de saúde tem sido tema de controvérsias, na medida em que aqueles que o defendem apresentam poucas evidências consistentes [Omran (1971); Frederiksen (1969)]. Os estudos feitos em países desenvolvidos, buscando explicar as grandes mudanças nos padrões de mortalidade, ocorridos no passado, são uníssonos em relativizar o papel das tecnologias médicas [Mckinlay e McKinlay (1977); Wing (1984)]. Em épocas mais recentes, os avanços das tecnologias curativas têm permitido o aumento da sobrevivência de pessoas acometidas por algumas enfermidades crônicas (por exemplo, cânceres, doença isquêmica do coração, diabetes, etc.), e o papel de algumas tecnologias preventivas deve ser valorizado (por exemplo, vacinas, triagem para câncer cérvico-uterino e hipertensão, etc.).

2.4 Implicações para as Políticas de Saúde

Do diagnóstico aqui apresentado, pode-se sumarizar algumas questões maiores:

- Ocorreu, nas últimas décadas, uma melhoria significativa dos indicadores de saúde do país, porém esta melhoria tem sido observada na maioria das sociedades, inclusive nas mais pobres, e no caso do Brasil tem sido aquém da verificada em muitos países de economias similares (por exemplo, México, Argentina), distanciando-nos destes países no que diz respeito aos níveis de saúde.
-

- Internamente, as acentuadas disparidades regionais e sociais têm ocasionado ganhos diferenciados e maiores para regiões e grupos sociais mais ricos, gerando uma situação paradoxal, em que a queda geral dos indicadores de saúde é acompanhada da ampliação dos diferenciais inter-regionais e interclasses sociais.
- A tendência do envelhecimento da população, se é uma conquista a ser celebrada, vem acompanhada de mudanças importantes nos padrões de morbi-mortalidade e na necessidade de serviços de saúde.
- A complexidade das tensões sociais em meio urbano e rural tem gerado um aumento acentuado da violência, que se expressa no aumento das taxas de morbidade e mortalidade no grupo das causas externas.
- A queda acentuada da mortalidade pelas doenças infecciosas e parasitárias não é acompanhada de uma redução, na mesma magnitude, na morbidade por este grupo de patologias, que ocupa o terceiro lugar em termos do total de internações hospitalares.
- A prestação de serviços de saúde tem se caracterizado pela ênfase às ações curativas, com um modelo centrado na atenção hospitalar de custos crescentes, e com baixa prioridade para os serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Tendo em conta o diagnóstico acima apresentado e a necessidade de fazer cumprir os preceitos constitucionais de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Constituição Federal, art. 196), conclui-se que as ações voltadas para a resolução das distorções e desigualdades existentes nos padrões de saúde ultrapassam os limites das ações deste setor, e passam a exigir ações coordenadas em várias esferas de governo.

Fica evidente, face aos resultados apresentados acima, que a idéia de nível de saúde não é absoluta, mas um ideal a ser alcançado em um determinado momento histórico, tendo por referência as regiões ou grupos sociais que atingiram os níveis mais altos. Há algumas décadas, a expectativa de vida ao nascer era em torno dos

60 anos, o que já era uma grande conquista. Porém hoje, como em algumas sociedades, este indicador já atingiu valores em torno dos 80 anos, e esta passa a ser uma meta possível de ser almejada por outras sociedades. Ou seja, viver menos do que isto passa a ser função da não-realização plena dos potenciais biológicos, geneticamente definidos.

Não é por menos que os padrões nutricionais de crianças são definidos por comparação com as curvas de crescimento dos parâmetros antropométricos de uma população de crianças de um país desenvolvido. Quando estas diferenças ocorrem no espaço interno de uma sociedade, a situação se torna ainda mais injusta, demandando imediatas reparações. Por exemplo, em 1940, o excesso de expectativa média de vida de um brasileiro nascido no Sudeste era de seis anos em relação aos brasileiros nascidos no Nordeste (44,0/38,2), e em 1980 esta diferença já era da ordem de 12 anos (63,7/51,5). Apesar de uma melhoria absoluta ter sido observada nas duas regiões, o agravamento das diferenças relativas mostra que as soluções em busca do cumprimento das potencialidades biológicas está ocorrendo com diferentes intensidades, o que significa uma ampliação das desigualdades.

Estas e outras diferenças apresentadas em seu nível macro não serão, sem dúvida, resolvidas por ações setoriais de saúde. Diferenças macroepidemiológicas assentam-se no processo complexo em que se deu o desenvolvimento macror-regional brasileiro, com o empobrecimento relativo de algumas regiões. Se observarmos os indícios de que as diferenças interclasses sociais também se agravaram, com conseqüente distanciamento dos níveis de saúde entre as classes, construímos um complexo de determinações que se expressam em níveis macro e microepidemiológico, para as quais somente políticas que afetem os grandes determinantes econômicos e sociais poderão trazer equacionamento satisfatório.

Centrando-se nas políticas sociais, nas quais as políticas de saúde estão inseridas, existem fortes indícios de que os seus efeitos cumulativos têm um importante papel na forma em que se modificam o padrões de morbi-mortalidade. É notório o papel do saneamento básico nas incidências das doenças diarreicas e em outras afecções infecciosas transmitidas por via hídrica, devido ao grau de modificação dos seus padrões de ocorrência com a melhoria das condições sanitárias. Existem evidências de que a epidemia de cólera não atingiu dimensões ainda maiores na região Nordeste devi-

do à situação sanitária nesta região, que, apesar de deficiente, apresentou melhorias significativas nas últimas décadas. Da mesma maneira, não se propagou nas regiões Sul e Sudeste, em função da infra-estrutura existente.

Por outro lado, o processo de envelhecimento da população brasileira e as mudanças observadas nos padrões epidemiológicos não vêm se dando da forma desejada, ou seja, que o surgimento de novos problemas seja acompanhado pelo desaparecimento de outros. Neste contexto se inserem as doenças infecciosas que, apesar da intensa queda nas taxas de mortalidade, ainda representam uma grande carga de morbidade, onerando os serviços curativos de saúde em volumes ainda expressivos. Soluções mais definitivas para esta questão envolvem a resolução dos determinantes destas doenças.

No caso das diarreias, significa a adoção de medidas preventivas bem conhecidas (saneamento, aleitamento, educação materna) e de atenção primária ao indivíduo, seja no domicílio, seja nos serviços de saúde. No caso das infecções respiratórias, as medidas preventivas ainda não estão bem estabelecidas, porém existe acordo sobre a alta efetividade da atenção primária a este agravo.

Como parte das soluções deste complexo de problemas, as questões nutricionais demandam ações diretas que aumentem o aporte de macronutrientes (proteínas, carboidratos) e micronutrientes (ferro, vitamina A, iodo) adequados. A melhoria da situação nutricional traria resultados benéficos à diminuição das infecções, na medida em que diminuiria a expoliação que elas ocasionam. Neste sentido, deve-se enfatizar os esforços de erradicação do sarampo que, além de significar a redução da mortalidade associada a esta doença, resulta em benefícios ao estado nutricional da população.

Na área das doenças crônicas, é obrigatória uma intervenção mais intensa sobre a hipertensão arterial, que está na base de um complexo de problemas que gera custos importantes nos serviços curativos e de reabilitação. A intervenção deve dar-se tanto no nível da sua prevenção (consumo de sal, ingestão de bebidas alcoólicas, etc.) como de ações curativas, por meio da atenção primária. No campo das doenças respiratórias crônicas e de vários tipos de cânceres, existe consenso sobre o papel do cigarro como um fator de alto risco. A diminuição do seu consumo tem demonstrado

apresentar grande impacto sobre a ocorrência destes eventos morbidos.

Faz-se necessária também a definição de políticas mais contundentes sobre a violência, entendendo que este grupo de problemas, além de afeto às áreas policiais e jurídicas, se constituem em um grupo de agravos que geram grande impacto sobre as condições de saúde, e utilizam uma grande quantidade de serviços curativos e de reabilitação.

Em resumo, deve-se adotar medidas que visem reduzir de forma significativa a morbidade por afecções crônicas e infecciosas, cuja prevenção pode ser feita por ações simplificadas e de baixo custo. Este processo, denominado de *compressão da morbidade* [Fries (1983)], além do significado sobre a saúde da população, representa redução da pressão sobre os serviços de saúde, já que as mudanças nos padrões epidemiológicos brasileiros têm-se caracterizado, como visto, pela superposição, e não pela substituição de morbidade.

O cumprimento destas ações implica: reorientar a política de saúde privilegiando as atividades coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças, em contraposição às atividades individuais e curativas; colocar como papel central das políticas e ações de saúde, as mudanças nos padrões de saúde e doença da população; buscar diminuir as iniquidades sociais e regionais que se refletem nos padrões sanitários; e reorganizar o sistema de saúde adequando-o às suas responsabilidades constitucionais.

3. A PRESENÇA DO ESTADO NA SAÚDE

3.1 Por Quê ? A crescente responsabilidade estatal no campo da saúde é uma característica comum à maioria dos sistemas de saúde contemporâneos. Se a participação do Estado como provedor direto de serviços pode variar de intensidade de país para país, praticamente em todos o poder público se destaca, quer como agente regulador, quer como fonte de financiamento.

Custos em ascensão, externalidades e a impossibilidade de os sistemas de saúde funcionarem com equidade, quando ao sabor

das forças de mercado, explicam, em grande medida, essa participação.²

O primeiro fator a justificar a presença do Estado na saúde — os custos crescentes — não decorre apenas da incorporação acelerada de novas tecnologias e, no Brasil, da relativa cartelização do setor. Tem explicação também no imperativo ético de estender a cobertura a segmentos ainda desassistidos, e reduzir as desigualdades de acesso. Mesmo quando não é reconhecida como direito social universal, a presença do Estado no campo da saúde se impõe como ação necessária para a preservação e reposição da força de trabalho.

O segundo — a presença de externalidades — tem a ver com o fato dos serviços de saúde não beneficiarem apenas os seus usuários diretos, mas toda a comunidade. Isto, embora melhor evidenciado em determinadas ações, como as de vacinação e aquelas que, por sua natureza, não podem ser prestadas individualmente, como o controle de vetores e a vigilância sanitária e epidemiológica, não descaracteriza como *bens públicos* outras ações, inclusive as de assistência médico-hospitalar.

O terceiro fator está na imperfeição e, não raro, na perversidade do mercado. Imperfeição porque no mercado da saúde não prevalece a soberania do consumidor — o paciente não escolhe o momento de demandar o sistema, dada a imprevisibilidade da doença. Além disto, desconhecendo as medidas (tratamento) que deve tomar, confia a um especialista — o profissional de saúde — a prerrogativa de decidir em seu lugar sobre o que *consumir*. Perversidade porque o mercado tende a excluir justo aqueles que mais necessitam dos serviços de saúde — os mais pobres e os mais velhos. Mesmo as modalidades de pré-pagamento são inacessíveis à grande maioria da população, salvo quando subsidiada total ou parcialmente pelo empregador.³ A penalização dos idosos é particularmente acentuada; mesmo que não explicitamente excluídos dos *planos de saúde*, a barreira econômica os marginaliza de forma implícita — quanto mais elevada a idade, maior o valor do prêmio do seguro-saúde ou da mensalidade do *plano*.

² Nos países com economia de mercado consolidada, os gastos públicos correspondem, em média, a 62% do gasto total com saúde [BIRD (1993)].

³ A despeito da notória insatisfação coletiva com os serviços públicos de saúde, particularmente os de assistência médico-odontológica, apenas 20% da população brasileira está protegida por alguma das múltiplas formas organizacionais supletivas sob as quais a medicina liberal procura se adaptar aos novos tempos.

Ademais, a maioria dos planos médicos não proporcionam assistência integral. Serviços de custo muito elevado como hospitalizações de longa duração, transplantes, tratamentos ambulatoriais psiquiátricos e odontológicos, doenças crônicas ou presumidamente contraídas antes da adesão ao plano não são cobertos. Essa demanda reprimida acaba, na grande maioria das vezes, por desaguçar na rede pública de saúde.

A presença do Estado parece, ainda, assegurar custos globais menores. Nos EUA, onde o mercado é hegemônico, a indústria da saúde absorve 12% do PIB. Nada obstante, 37 milhões de pessoas permanecem desassistidas.⁴ Como a atenção oferecida pelo governo ou pelo mercado não é integral, famílias, ainda que dispoem de algum tipo de cobertura, podem, literalmente, tornar-se insolventes depois de enfrentar algum problema de saúde não previsto no plano de saúde ao qual se associaram.

Não surpreende, portanto, o fato de apenas 10% da população americana estar satisfeita com o sistema. Em contraposição, na Inglaterra e no Canadá, países onde a quase totalidade do financiamento da saúde vem do orçamento público, e a atenção integral à saúde está universalizada, os dispêndios setoriais giram em torno de 6% (Inglaterra) e 9% (Canadá) do PIB.

3.2 Estado e Regulação Por todas as razões mencionadas no início deste capítulo 3, o Estado moderno tem expandido suas responsabilidades no campo da saúde em três áreas: na provisão direta de ações e serviços, no financiamento da assistência à saúde quando prestada por terceiros, e na regulação dos setores público e privado.

A presença estatal tem sido crescente nas duas primeiras áreas, sobretudo nesta segunda metade do século. A função reguladora, no entanto, mesmo quando presente na agenda básica das políticas públicas setoriais, recebe prioridade inversamente proporcional à sua verdadeira importância.

O exercício da regulação não é trivial. Primeiro, pela complexidade intrínseca da função diante dos inúmeros fatores tecnológicos, jurídicos e, até mesmo, éticos envolvidos. Para não mencionar a dimensão econômica e, conseqüentemente, dos interesses pre-

⁴ Além dos pobres (*MEDICAID*) e dos idosos (*MEDICARE*), apenas outros grupos menos numerosos como ex-combatentes e índios contam com assistência médica provida pelo governo federal.

sententes, dado o peso crescente que têm na composição do PIB os serviços privados de saúde, vinculados ou não ao SUS, e as indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos.

Em segundo lugar, porque a regulação é competência concorrente das três esferas de governo, e nem sempre é fácil definir com clareza o que cabe a cada uma. Ainda que nessas circunstâncias a União deva limitar-se a diretrizes gerais (Constituição Federal, art. 24), em algumas questões é conveniente que a regulação seja predominantemente, quando não exclusivamente, federal. É o caso das diferentes modalidades de pré-pagamento (os assim chamados *planos de saúde*), da incorporação de tecnologia e do licenciamento de insumos e equipamentos, e outras matérias que, como estas, transcendam as peculiaridades locais ou regionais.

Finalmente, em terceiro lugar, porque não são nítidos os limites da regulação. Parece mais do que razoável supor que a liberdade, sem limites explícitos, assegurada à assistência à saúde (Constituição Federal, art. 199, *caput*),⁵ esteja, entretanto, condicionada pelo caráter de *relevância pública* atribuído aos serviços de saúde, uma inovação no direito constitucional brasileiro instituída pela Carta de 1988 (Constituição Federal, art. 197).

Mas, o fato é que a instalação e o funcionamento de hospitais, clínicas e outros serviços de saúde são ainda praticamente livres, sujeitos, apenas, a mero *alvará* da autoridade sanitária local. Para obtê-lo, pouco importa a prioridade do empreendimento, a adequação social de sua localização ou os padrões técnicos dos serviços e a qualificação dos profissionais que os prestam. Nada disto é considerado, nem passa a ser objeto de qualquer *follow up*. Não deixa de ser, no mínimo, insólito que o poder público possa, em nome do interesse coletivo, determinar a localização de agências bancárias, canais de rádio e televisão, linhas de transporte e estabelecimentos de ensino superior, e não faça o mesmo em relação a clínicas e hospitais.

Ampliar os atuais limites da regulação não é, no entanto, algo que possa ser considerado consensual entre os diferentes atores sociais presentes no sistema da saúde. Em parte, porque uma nova postura do Estado nesse campo iria no sentido contrário ao da maré neoliberal. De outra parte, porque a subordinação da me-

⁵ O ensino também é livre à iniciativa privada, estando sujeito, porém, ao cumprimento das normas gerais da educação nacional e à autorização e avaliação de qualidade pelo poder público (Constituição Federal, art. 209, I e II).

dicina privada ao interesse público estabelece, necessariamente, limites aos interesses particulares.

A primeira condição, de clara origem ideológica, tem como matriz a máxima *menos governo e mais mercado* na vida do cidadão. A segunda desconsidera que, no campo da saúde, a oferta condiciona a demanda e que os empreendimentos privados são motivados por interesses nem sempre coincidentes com as necessidades prioritárias da população.

A função regulatória busca, em última análise, proteger o usuário, assegurando padrões mínimos de qualidade na prestação de serviços de saúde ou na produção de insumos, e equalizar o acesso aos serviços de saúde. Garantir a qualidade dos medicamentos produzidos e/ou comercializados no país e a eficácia dos procedimentos para proteção e recuperação da saúde, estabelecer padrões para o ensino médico e demais profissões de saúde, normatizar e fiscalizar os chamados *planos de saúde* nas suas diferentes formas são atribuições típicas do Estado nas quais sua presença tem sido de notória insatisfação.

O licenciamento de medicamentos é um processo meramente cartorial, burocrático e vulnerável à corrupção.

Os cursos de maior demanda como os de medicina e odontologia, enquanto estiveram sob a exclusiva normatização do Conselho Federal de Educação (CFE),⁶ proliferaram de forma indiscriminada, sobretudo nos anos 70 e 80. Menos pela expansão em si mesma do que pela quase total ausência de controle oficial sobre as condições de funcionamento dos cursos, a qualidade do ensino dessas profissões caiu de forma significativa. Sem esquecer que depois de diplomados os profissionais de saúde em geral não são submetidos a reavaliações periódicas de sua aptidão.

Os planos de saúde, por sua vez, são um dos principais itens de reclamações na agenda dos órgãos de defesa do consumidor. Objeto de olímpica indiferença do Ministério da Saúde, estão sob fiscalização e controle da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). A omissão do Ministério da Saúde abriu espaço para o Conselho Federal de Medicina (CFM) atribuir-se, recentemente, competência para normatizar a matéria. A iniciativa, independente

⁶ A Constituição de 1988 quebrou a hegemonia do CFE, atribuindo ao Sistema Único de Saúde competência para "ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde" (Constituição Federal, art. 200, III).

dos motivos nobres que a possam ter determinado, representa um sério precedente, na medida em que poderá estimular outras decisões corporativas unilaterais, não obrigatoriamente identificadas com as aspirações e necessidades dos usuários.

4. IMPLANTANDO A REFORMA SANITÁRIA

4.1 Antecedentes Desde a origem do Estado brasileiro, ações de saúde têm estado presentes na agenda governamental, embora de forma pontual e com a predominância de ações de saúde pública e de campanhas de prevenção. Ao longo do processo de desenvolvimento do país, a necessidade de manutenção e reprodução da força de trabalho nas áreas de interesse da expansão do capital ou da produção de materiais estratégicos determinou a crescente incorporação de ações e programas governamentais organizados na forma de campanhas sanitárias verticais, sob comando federal, por vezes combinadas — como ocorreu durante a Segunda Guerra Mundial — com a ampliação de serviços básicos de saúde.

A assistência médica se incorporou efetivamente ao rol de ações asseguradas à população brasileira, por meio de mecanismos com participação estatal, em 1923, com a Lei Eloy Chaves, que criou as primeiras Caixas de Assistência e Previdência. Essa forma de incorporação definiu também os limites ao acesso: a assistência médica era benefício ao qual passaram a fazer jus apenas os segurados previdenciários e seus dependentes, e era oferecida por instituições e mecanismos vinculados às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS).

Esta foi a raiz da diferenciação e da desigualdade no acesso que marcaram, até a década de 80, o sistema de saúde brasileiro. A exclusão de amplos setores da população dos benefícios previdenciários — reservados à reduzida parcela incorporada ao mercado de trabalho urbano-industrial — determinou, por consequência, o caráter restrito da assistência médica oficial.

Esse quadro começou a ser atenuado somente a partir da década de 70, com algumas iniciativas governamentais, que incluíam a implantação do FUNRURAL, que incorporou parcialmente a população rural; o Plano de Pronta Ação (PPA), que estendeu a toda a população, independentemente de vínculo previdenciário, o atendimento de urgência e emergência; a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que ex-

pandiu a cobertura com atenção básica à saúde; e, posteriormente, com as Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais, mediante parceria com estados e municípios, ampliaram a cobertura dos serviços de assistência médico-hospitalar à população não-previdenciária.

Além de seu caráter excludente, três outros traços desse sistema, presentes a partir da década de 60, exigem referência: a fragmentação institucional, a centralização e a predominância da opção de compra de serviços da esfera privada para a provisão da assistência médico-hospitalar.

A vinculação da assistência médico-hospitalar *individual* ao sistema previdenciário, e a atribuição das funções de saúde pública *coletivas* (particularmente as ações de controle de doenças transmissíveis, vigilância sanitária e epidemiológica) ao Ministério da Saúde (diretamente e por intermédio das secretarias estaduais de Saúde) fragmentaram a responsabilidade institucional pela provisão dos serviços de saúde.

As conseqüências das distorções produzidas estão até hoje presentes no sistema de saúde brasileiro. A mais grave delas, a forte predominância das ações curativas, que acabou por caracterizar o sistema de saúde vigente como "hospitalocêntrico", decorre do fato de que o sistema previdenciário, responsável pela assistência médico-hospitalar, dispôs, até a década de 80, de recursos vinculados e em volume crescente. O contrário ocorreu com as ações de alcance coletivo sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Ademais, a articulação da assistência médica com os interesses privados do complexo médico-industrial, que se constituía no país, a partir da década de 60, conferiu-lhe peso político para absorver crescentes parcelas do fundo público.

A segunda característica surgiu a partir de 1964, quando o regime autoritário promoveu um profundo processo de centralização, na esfera federal, das receitas públicas e das funções de Estado. No bojo desse movimento, a unificação do sistema previdenciário, em 1966, transformou a saúde em responsabilidade primordialmente atribuída à União. Com isto, estados e municípios tornaram-se esferas dependentes da União, perdendo progressivamente sua importância enquanto gestores. A atual precariedade da capacidade de gestão de grande parte das unidades federadas é uma das conseqüências dessa política.

A prioridade à compra de serviços médicos ao setor privado — o terceiro traço — se faz presente, com igual destaque, também a partir da década de 60. O forte direcionamento dos recursos públicos destinados (em especial por meio do FAS) ao financiamento da esfera privada e a garantia de um mercado institucional (por meio dos *credenciamentos* previdenciários para compra de serviços e dos convênios com empresas) viabilizaram a constituição de uma expressiva rede privada na área da assistência médico-hospitalar, ao mesmo tempo em que provocou um processo de fragilização e redução da presença relativa da rede pública preexistente. Em 1962, o país dispunha, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 236 930 leitos hospitalares, dos quais 40% eram públicos (aqui incluídos os do sistema previdenciário) e 60%, privados. Em 1976, dos 432,9 mil leitos existentes 27% eram públicos e 73%, privados. Em 1986, a participação dos leitos públicos cai para 22%, enquanto os privados passam a responder por 78 % da capacidade instalada.

Como esse movimento não foi submetido a controles ou regras, a expansão da rede privada convergiu para os núcleos mais dinâmicos da economia, resultando em forte concentração espacial dos equipamentos de atenção médico-hospitalar. Esse é o fator que explica porque hoje cerca de 64% dos leitos existentes estão localizados nas regiões Sul e Sudeste, que abrigam 57% da população, enquanto o Nordeste, que tem cerca de 29% da população, detém 24,7% dos leitos, e o Norte, com 7,33% da população, apenas 4,14 %.

O quadro da desigualdade se torna mais claro quando se analisa a distribuição de leitos hospitalares por estados da Federação. Alguns dispõem de um número de leitos por habitante bastante superior aos parâmetros técnicos usualmente aceitos (2 leitos/1 000 hab.). É o caso do Rio de Janeiro (4,8), Goiás (4,9), Rio Grande do Sul e Santa Catarina (3,9) e São Paulo (3,5), enquanto em outros as disponibilidades são visivelmente insuficientes: 0,5 em Rondônia, 1,04 no Pará, 1,37 na Bahia, 1,49 no Amazonas.

No início da década de 80, dois fatores repercutiram sobre o setor saúde: os primeiros movimentos da transição democrática e a profunda crise econômica do país, em especial a de financiamento do Estado. Com a liberalização política, emergem novos atores e movimentos sociais, e reivindicações por serviços e ações de saúde passam a integrar a pauta de demandas.

A crise econômica teve duplo efeito. Por um lado, piorou a distribuição da renda e a qualidade de vida da população, o que aumentou as necessidades de atenção à saúde; de outro, diminuiu as receitas fiscais e de contribuições sociais, com impacto sobre o volume de recursos destinados à saúde. A compressão dos gastos com saúde para viabilizar a cobertura dos *deficits* relativos a benefícios previdenciários foi então — como é hoje — a solução encontrada para viabilizar o equilíbrio orçamentário.

O Plano CONASP, produzido em 1982 num contexto muito similar ao que se verifica hoje (crise financeira do setor associada a denúncias de fraudes), propôs, então, como forma de controlar os gastos com saúde e, simultaneamente, viabilizar a expansão da cobertura:

- a reversão do modelo centrado na assistência hospitalar;
- a eliminação da capacidade ociosa do setor público;
- a melhoria da operação da rede, por meio do aumento da produtividade, da racionalização e da qualidade dos serviços.

Mesmo sem ter sido implementado integralmente, o plano criou as bases para algumas transformações posteriores, em especial as AIS e, em seguida, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que viabilizaram expandir a cobertura e (re)integrar, mediante delegação de competência, os sistemas públicos estaduais e municipais à prestação de serviços de saúde.

Nesse período consolidou-se no país o Movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras eram:

- a melhoria das condições de saúde da população;
- o reconhecimento da saúde como direito social universal;
- a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito;
- a reorientação do modelo de atenção sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade;
- a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

A construção de sólida aliança política em torno dessas teses, legitimadas em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde, fez com que se impusessem durante a Assembléia Nacional Constituinte e fossem incorporadas ao texto da Constituição de 1988.

4.2 O que é o Sistema Único de Saúde

4.2.1 Base Constitucional

destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Constituição Federal, art. 194) — constitui uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988.

Ao incorporar esse conceito, a Constituição de 1988 impôs uma transformação radical ao sistema de saúde brasileiro. Não só reconheceu a saúde como direito social, mas também constituiu um novo paradigma para a organização da ação estatal na área. Esse novo marco referencial está expresso em dois dispositivos:

- Primeiro (art. 196), assegurando que o direito à saúde deverá ser garantido "*mediante políticas econômicas e sociais* que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento; e
- Segundo (art. 198), determinando como diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde:
 - o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - a descentralização e a participação comunitária.

Assim, ao reconhecimento do direito social universal à saúde, a Constituição fez corresponder o dever do Estado de assegurar as condições para o exercício desse mesmo direito.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (Lei nº 8 080/90, art. 4º, *caput*). A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar (Constituição Federal, art. 199, § 1º; Lei nº 8 080/90, art. 4º, § 2º), mediante contrato de direito público.

Organizado em rede regionalizada (em espaço geopopulacional definido) e hierarquizada (segundo complexidade tecnológica), o

SUS é um sistema descentralizado, com direção única em cada esfera de governo.

A Constituição procurou deslocar o poder do centro para a periferia. Este objetivo está presente, implícita ou explicitamente, em vários de seus dispositivos:

- na atribuição ao município do *status* de ente federado dotado de autonomia (arts. 1º e 18);
- na determinação de que, nos casos de competências concorrentes, a União limitar-se-á a estabelecer normas gerais (art. 24); e
- no estabelecimento de uma nova partilha tributária que aumenta a participação de estados e municípios nos tributos federais e amplia o poder de tributar dessas instâncias.

Para a área da saúde, esse objetivo também está claramente colocado:

- a descentralização (Constituição Federal, art. 198, I) e a participação da comunidade (Constituição Federal, art. 198, III) passaram a ser diretrizes para organização do SUS;
- a competência concorrente das três esferas de governo — cuidar da saúde e da assistência pública (Constituição Federal, art. 23, II) — é genérica; apenas o município — o ente federativo com o qual o cidadão tem relações mais próximas, frequentes e imediatas — recebeu a missão específica de prestar serviços de atendimento à saúde da população. À União e ao estado cabe prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo (Constituição Federal, art. 30, VII).

O Sistema Único de Saúde é, portanto, uma imagem-objeto cujo alcance exige radical transformação do sistema até então vigente, tanto da perspectiva dos princípios que o regem quanto do modelo de atenção e, por consequência, das práticas sanitárias e da organização institucional.

4.2.2 — A Regulamentação do SUS O SUS só foi regulamentado dois anos depois da promulgação do texto constitucional. Ao detalhar os princípios e diretrizes sobre os quais se organizará o sistema e as competências e atribuições das três esferas de governo, a regulamentação (Leis nº 8 080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8 142, de 28 de dezembro de 1990) deline-

ou com maior clareza os traços do modelo de atenção, bem como demarcou as linhas gerais para orientar a redistribuição das funções entre os entes federados.

Os contornos do novo modelo de atenção estão configurados nos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Tais elementos de natureza doutrinária apontam a construção de um sistema de saúde que:

- articule ações de promoção, prevenção e recuperação, utilizando a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- assegure a todos o acesso gratuito aos diferentes níveis de complexidade do sistema, mediante a operação de mecanismos de referência e contra-referência municipal, regional, estadual e nacional;
- promova as ações de vigilância e controle sobre ambientes, produtos, processos e serviços que envolvam risco à saúde; e
- garanta o acesso a informações e o exercício do controle social.

Em outros termos, que reverta a lógica de provisão de ações e serviços de saúde, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde.

Não houve, todavia, um entendimento comum quanto ao significado e alcance da descentralização. O dissenso se revelou, de pronto, na legislação infra-constitucional no qual essa diretriz constitucional sofreu inúmeras restrições, destacando-se:

- manutenção dos hospitais universitários, da Fundação das Pioneiras Sociais (rede de hospitais de doenças do aparelho locomotor) e do Instituto Nacional do Câncer (INCA) fora do comando da autoridade sanitária da área na qual se encontram localizados (Lei nº 8 080/90, art. 45). A decisão do legislador comprometeu um dos pilares doutrinários do sistema único — direção única em cada esfera de governo (Constituição Federal, art. 198, I) — ainda que, no caso dos hospitais universitários, a excepcionalidade possa estar justificada pela autonomia universitária (Constituição Federal, art. 207).
 - Exigência de programação aprovada (art. 33, § 4º) e da análise técnica de programas e projetos (art. 35, *caput*) para o repasse de recursos federais para estados e municípios, um anacro-
-

nismo abandonado, ainda na década de 70, em relação aos recursos do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

- Normatização pelo Ministério da Saúde das relações entre o SUS e os provedores privados. Como já referido, sempre que a competência de legislar for concorrente, como é o caso, a União deve limitar-se a fixar normas gerais. A despeito da natural dificuldade de precisar o que sejam normas gerais, não é difícil identificar o que não são. Assim, não se enquadra como tal o estabelecimento de critérios e valores de pagamento para a remuneração de serviços e parâmetros de cobertura assistencial, atribuição concedida ao Ministério da Saúde (art. 26, *caput*). A autonomia de estados e municípios, obviamente, não exclui a livre pactuação de preços com fornecedores de bens e serviços. Além disso, tarifas nacionais, pelo menos no caso de serviços de saúde, desatendem às peculiaridades (e possibilidades) locais, favorecem a cartelização do setor e subtraem do gestor municipal (ou estadual) um precioso instrumento de incentivo ou desincentivo (conforme for sua política) à participação da iniciativa privada no sistema único.

Mas a inclinação (re)centralizadora da lei não se limitou ao que, implícita ou explicitamente, ela diz. Está presente também no que deixou de dizer, em razão do veto pelo Poder Executivo de dois dispositivos fundamentais para a descentralização.

Com a inusitada justificativa de tratar-se de "minúcias impróprias à Lei", o primeiro veto (art. 33, § 2º) eliminou a referência ao automatismo das transferências financeiras para estados e municípios. O segundo (art. 35, § 5º), com o mesmo argumento, permitiu a preservação do convênio como instrumento para efetivação dos repasses. Os dois vetos abriram o caminho para manter a participação federal no financiamento do SUS, vinculada a dois mecanismos de tutela e dependência incompatíveis com a descentralização: a transferência negociada e a relação de compra de serviço. A primeira propicia, freqüentemente, práticas clientelísticas. A segunda, entre outros inconvenientes, dificulta a reorientação do modelo de atenção, obscurece a visão dos dirigentes municipais e estaduais quanto às limitações financeiras do sistema de saúde, e altera a essência da parceria entre iguais na busca de objetivos comuns.

A Lei nº 8 142/90 procurou restaurar o repasse regular e automático dos recursos federais para os dois outros entes federados. Os elementos mais decisivos da lei, no que se refere à aplicação do princípio da descentralização ao financiamento do SUS, ou não vingaram ou foram engenhosamente contornados.

No primeiro caso — a lei que "não pegou" — está a afetação aos municípios de 70% dos recursos federais transferidos (art.3, § 2º). Em se tratando de percentual fixado sem maior fundamento técnico que demonstre sua adequação e a viabilidade de sua aplicação imediata, haveria boas e fundadas razões para ser vetado, mas não poderia ser ignorado após aprovado.

No segundo, situa-se a adoção transitória — até que seja regulamentado o artigo 35 da Lei nº 8 080/90 — do critério populacional para efeito de cálculo dos quantitativos de internações e dos recursos ambulatoriais a serem transferidos para estados e municípios. O critério pode ser pouco refinado e favorecer a igualdade em detrimento da equidade, mas tem as raras virtudes da simplicidade e da transparência.

Assim, baseando-se no critério demográfico, mas anulando a possibilidade de repasses automáticos e regulares determinados pela Lei nº 8 142/90, o Ministério da Saúde, em 1992, estendeu aos gestores públicos a relação de compra de serviços por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Com isto, ficaram preservadas as transferências negociadas, aumentou-se a tutela federal sobre estados e municípios, e criou-se espaço para inflacionar os quadros burocráticos federais que a lógica do sistema requer para, supostamente, controlar 27 unidades federadas e mais de 5 mil municipalidades.

A mesma lei estabeleceu pré-requisitos para que as esferas recipientes pudessem habilitar-se aos repasses regulares e automáticos. As exigências federais, por um lado, afrontam a autonomia subnacional. É o caso da obrigatoriedade da criação de comissão para elaborar planos de carreira, cargos e salários a serem implantados em dois anos (art. 4, IV). Por outro, criam instrumentos meramente formais de controle de eficácia duvidosa, para dizer o mínimo.

Exigir das unidades federadas planos de saúde em nada assegura a institucionalização do processo de planejamento. Como, por igual, a obrigatoriedade de relatórios de gestão para instrumentalizar a auditoria federal prevista na Lei nº 8 080 (art. 3º, § 4) está

longe de assegurar controles eficientes, enquanto a lógica do sistema de financiamento for a da compra de serviços, que descompromete o gestor local ou estadual com o fortalecimento de seus próprios sistemas de planejamento, controle e avaliação, e não o estimula a maximizar os resultados da aplicação dos recursos que recebe.

5. O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

5.1 Normas Regulamentadoras Foram necessários três anos, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, para que a esfera federal desenhasse uma estratégia clara e normatizasse o processo de descentralização. A Norma Operacional Básica — NOB/SUS 01/93, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 545, de 20 de maio de 1993, estabelecendo "normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde", formaliza essa estratégia.

A NOB/SUS 1/93 teve como base o documento "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei". Nesse documento, a descentralização é compreendida como um processo de revisão da partilha de poder, que envolve a redefinição dos papéis das três esferas do governo e o estabelecimento de novas relações entre elas.

A estratégia de descentralização da área se assentou em alguns princípios básicos, também expressos no mesmo documento:

- gradualidade e flexibilidade das regras, de modo a considerar a diversidade de situações político-institucionais e econômico-financeiras determinadas por diferenças regionais, culturais e de distribuição da atividade econômica no país;
 - liberdade de adesão por parte das unidades federadas, que podem escolher em que condição de gestão desejam se enquadrar;
 - negociação permanente entre os três níveis de gestão, com a instituição de fóruns — a Comissão Intergestores Tripartite (composta no nível nacional por representantes dos gestores do SUS dos três níveis de governo) e as comissões bipartites (compostas, em cada estado, por representantes das secretarias estaduais e das secretarias municipais de Saúde) — para o acompanhamento do processo de implementação, a solução de conflitos e divergências, e o estabelecimento de regras complementares à NOB/SUS 1/93. A criação desses mecanismos é referida a uma compreensão de que a descentralização envolve dimensões políticas, econômicas, sociais e culturais. Por isso, sua efetivação transcende, em muito, as medidas administrativas, exigindo diálogo, negociação e pactuação entre os atores, que têm que se converter em sujeitos políticos na condução do processo; e
-

- transformação profunda na organização e na lógica de operação do sistema. A implantação do SUS, descentralizado, exige a reorganização institucional e a reformulação das práticas de atenção à saúde. A construção de um novo modelo de atenção à saúde implica redirecionar as prioridades, implementar medidas de racionalização, melhorar a qualidade da atenção e democratizar os processos decisórios, constituindo mecanismos que permitam às forças sociais organizadas exercer controle sobre a ação estatal.

O documento de diretrizes para a descentralização explicita as responsabilidades dos três níveis de governo, cabendo ao município a prestação da maioria dos serviços de atenção à saúde, seja como atribuição exclusiva, seja como tarefa a ser compartilhada com as esferas estadual e federal.

As responsabilidades estão assim definidas:

- À esfera federal cabem as funções típicas de Estado Nacional: formulação de políticas nacionais; planejamento, normatização, avaliação e controle do sistema em seu âmbito; apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e de recursos humanos; coordenação das ações de educação para a saúde; regulação do Sistema Único de Saúde de abrangência nacional; cooperação técnica e financeira com estados e municípios; regulação das relações público-privado; regulação da atividade privada; acompanhamento e análise de tendências do quadro sanitário nacional; regulação dos padrões éticos de pesquisa; regulação e registro de processos e produtos; coordenação do sistema nacional de informações em saúde; articulação inter-setorial na esfera federal.
 - À esfera estadual cabem a formulação da política estadual de saúde, a coordenação e o planejamento, incluindo a regionalização e hierarquização da rede de serviços, formulação e coordenação da política de investimentos setoriais em seu âmbito; a coordenação da rede de referência estadual e gestão do sistema de alta complexidade; a coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública; o estabelecimento de padrões de atenção à saúde no seu âmbito, bem como a supervisão e cooperação técnica e financeira a municípios e, supletivamente, execução, controle e ava-
-

liação de alguns serviços; a formulação e coordenação das políticas relativas ao tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais e órteses e próteses ambulatoriais.

- À esfera municipal cabem a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive educação para a saúde e processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde.

As unidades federadas — com base na proposta de adesão e na comprovação do atendimento de alguns pré-requisitos — podem integrar-se ao processo de descentralização em uma das três condições de gestão previstas: incipiente, parcial ou semiplena.

No caso da gestão *incipiente*, as secretarias municipais de Saúde assumem, imediata ou progressivamente, todas ou parte das seguintes responsabilidades:

- autorização do credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados/filantrópicos contratados no município;
- gestão de uma cota de AIHS negociada na Comissão Bipartite ou o correspondente a 8% de sua população;
- gerenciamento da rede ambulatorial pública existente no município;
- execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- organização e fortalecimento de seus serviços de programação, acompanhamento, controle e avaliação.

Para tanto, devem cumprir os seguintes requisitos:

- contar, em seu corpo funcional, com médico responsável pela emissão das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHS), que não tenha vínculo com prestador contratado ou conveniado;
 - dispor de condições técnicas e materiais para planejar, controlar e avaliar os serviços;
 - ter Conselho Municipal de Saúde em funcionamento;
 - dispor de fundo municipal ou, até sua instalação, de conta especial para a saúde; e
-

- manter registro e alimentar regularmente os bancos de dados epidemiológicos, de mortalidade e nascidos vivos, e cadastrais referentes a estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde.

Na condição de gestão *parcial*, as secretarias municipais de Saúde assumem a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; a programação e autorização da utilização de AIHS e procedimentos ambulatoriais; controlam e avaliam serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assumem o gerenciamento de unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorporam à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação de acidentados e portadores de doença ocasionada pelo trabalho.

Para enquadrar-se nesta condição devem, além dos requisitos da condição anterior, apresentar anualmente à Comissão Bipartite seu Plano Municipal de Saúde atualizado e Relatório de Gestão; comprovar contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal; ter constituído comissão para elaborar, ou dispor de Plano de Carreira, Cargos e Salários para a saúde.

Nesta condição, o município receberá mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido com base em série histórica corrigida e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais existentes no município.

As secretarias estaduais de Saúde, na gestão parcial, assumem a responsabilidade pela coordenação das ações e serviços do SUS no âmbito de sua jurisdição; programam os investimentos com recursos próprios e federais, em articulação com municípios; assumem cadastramento, programação, distribuição de cota de AIHS e ambulatoriais, controle e avaliação em municípios não enquadrados em nenhuma das condições de gestão previstas na NOB-SUS 1/93; coordenam a rede de referência estadual; geram sistemas de alta complexidade; formulam e coordenam políticas relativas a tratamento fora do domicílio, órteses e próteses, e medicamentos especiais; coordenam em âmbito estadual as políticas de vigilância sanitária e epidemiológica, hemocentros e rede de laboratórios de saúde pública.

Para obter o enquadramento na gestão parcial as secretarias estaduais devem, além de dispor de condições técnicas e materiais para o desempenho das atribuições, ter conselho e fundo de saúde em funcionamento; dispor de Comissão Bipartite em atividade; apresentar anualmente à Comissão Tripartite Plano de Saúde e Relatório de Gestão atualizados; comprovar contrapartida de recursos do Tesouro Estadual; manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais e alimentar os bancos de dados epidemiológicos, de nascidos vivos, de mortalidade e cadastrais.

Os estados enquadrados nesta condição receberão mensalmente recursos financeiros para custeio, correspondentes aos tetos estabelecidos para a rede própria e contratada suplementarmente, e o referente aos municípios não enquadrados nas situações de gestão incipiente, parcial ou semiplena.

A condição de gestão *semiplena* atribui às secretarias municipais de Saúde a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e avaliação e pagamento de prestadores de serviços; o gerenciamento de toda a rede pública, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária e de saúde do trabalhador de sua competência.

A Comissão Bipartite avalia as condições técnico-operacionais do município para enquadramento nesta situação de gestão e controla o alcance de metas expressas em termo de compromisso a ela submetido após aprovação pelo Conselho Municipal. O descumprimento do termo de compromisso acarretará perda da condição. A atribuição do enquadramento caberá à Comissão Tripartite.

Ao se enquadrar nesta situação, o município deixa de se relacionar com a União por meio da venda de serviços, e passa a receber mensalmente o total dos recursos para custeio correspondente aos tetos financeiros estabelecidos com base na série histórica dos gastos com atenção ambulatorial e hospitalar, submetidos a eventual correção negociada no âmbito da Comissão Bipartite do estado.

As secretarias estaduais, além das atribuições da situação de gestão parcial, passam a gerir inteiramente e assumem completa responsabilidade sobre a gestão dos serviços de sua competência,

inclusive contratação/pagamento de serviços de assistência médico-hospitalar.

Para tanto, além dos requisitos da condição parcial, devem apresentar termo de compromisso à Comissão Tripartite que contemple metas anuais a serem cumpridas e os indicadores de resultado com que se comprometem a serem avaliadas. A Comissão Tripartite analisará as condições técnico-operacionais e avaliará permanentemente se o seu desempenho permite a manutenção da condição de gestão, com base em acompanhamento e análise de resultados realizados pelo Ministério da Saúde.

O processo decisório acerca do enquadramento nas condições de gestão incipiente e parcial se desenvolve no âmbito estadual, pelos conselhos de saúde e pelas comissões intergestores bipartites. No caso da gestão *semiplena*, a decisão final é da Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito federal.

5.2 Problemas e Alternativas Ainda que existam perto de cinco mil municípios no país, 40% da população brasileira está concentrada em 4% deles, ou seja, em 194 municipalidades com população superior a 200 mil habitantes. Em contrapartida, os 3 515 municípios com população inferior a 20 mil habitantes (cerca de 70% do total) abrigam apenas 19,4% da população total.

Além das desigualdades de porte, há expressivas diferenças de ordem político-cultural e econômica entre eles. Não seria sensato, portanto, imaginar que essas unidades federadas respondessem de modo sincrônico ao processo de descentralização. Esse fato não invalida os esforços em direção a um sistema descentralizado, apenas exige soluções flexíveis e diferenciadas e o reconhecimento do caráter processual das mudanças.

Dos 4 975 municípios existentes, 2 305 haviam solicitado, até 8 de dezembro de 1994, seu enquadramento em alguma das condições de gestão referidas na seção anterior. A tabela 1 apresenta a distribuição por regiões desses municípios, segundo a condição de gestão na qual foram enquadrados.

TABELA 1
Municípios que Obtiveram Enquadramento na NOB— SUS 1/93 até
Dezembro/94 (segundo a condição de gestão)

Região	Total municípios enquadrados	Incipiente	Parcial	Semiplena
Norte	29	19	9	1
Nordeste	609	573	27	9
Centro-Oeste	186	126	59	1
Sudeste	984	720	238	26
Sul	497	314	174	9
Total	2 305	1 752	507	46

Como se pode observar, 46,3% dos municípios brasileiros, nos primeiros 18 meses de vigência da norma reguladora da descentralização, pleitearam seu enquadramento em alguma das condições de gestão. A maior parte preferiu o enquadramento nas situações de gestão incipiente (76%) ou parcial (22%), nas quais a responsabilidade pelo pagamento de serviços contratados se mantém da União, como mostra a tabela 2.

A maioria dos que têm pleiteado a gestão parcial ou semiplena são municípios de maior porte; entre os que requerem gestão incipiente predominam os municípios menores. Apenas 46 (2%) dos pleitos totais, oriundos de nove estados, foram enquadrados na condição de gestão semiplena, como mostra a tabela 3. Mesmo representando menos de 1% dos municípios brasileiros, essas localidades contam com 8,3% da população total. Em estados onde o processo de municipalização está mais avançado, a população coberta pela gestão semiplena representa mais de um quarto do total. É o caso do Ceará (29,7%), Pernambuco (25,3%) e Rio Grande Norte (25,5%).

TABELA 2
Municípios Enquadrados nas Condições de Gestão no SUS 1/93
Posição em 4.1.1995

Região/Estado	Número de Municípios								
	Total	Sistemas Municipalizados					População		
		Incipiente	Parcial	Semiplena	Total da UF	%	Total	Sistemas Municipalizados	%
Norte	313	19	9	1	29	9,3			
AM	...	0	0	0	0		...	0	
AC	22	2	2	0	4	18,2	445 426	273 349	61,4
RO	40	1	1	0	2	5,0	1 263 146	93 913	7,4
RR	...	0	0	0	0		...	0	
PA	128	15	3	1	19	14,8	4 805 432	2 004 549	41,7
AP	...	0	0	0	0		...	0	
TO	123	1	3	0	4	3,3	987 248	47 787	4,8
Nordeste	1 559	573	27	9	609	39,1			
AL	100	54	4	0	58	58,0	2 649 929	1 954 907	73,8
BA	416	124	0	0	124	29,8	12 492 757	3 940 095	31,5
CE	184	131	0	5	136	73,9	6 664 536	5 562 408	83,5
MA	136	18	4	0	22	16,2	5 177 941	1 040 795	20,1
PB	171	59	0	0	59	34,5	3 331 728	1 885 063	56,6
PE	177	57	8	3	68	38,4	7 423 000	4 071 637	54,9
PI	148	57	1	0	58	39,2	2 703 942	1 577 458	58,3
RN	152	63	10	1	74	48,7	2 547 230	1 824 811	71,6
SE	75	10	0	0	10	13,3	1 578 739	266 335	16,9
Sudeste	1 533	720	238	26	984	64,2			
ES	71	38	1	0	39	54,9	2 745 854	2 198 669	80,1
MG	756	479	184	8	671	88,8	16 427 747	14 791 807	90,0
RJ	81	3	14	7	24	29,6	13 294 472	8 859 047	66,6
SP	625	200	39	11	250	40,0	33 273 183	10 513 821	31,6
Sul	1 058	314	174	9	497	47,0			
PR	371	263	44	2	309	83,3	8 738 669	8 233 389	94,2
SC	260	18	119	5	142	54,6	4 779 434	3 408 761	71,3
RS	427	33	11	2	46	10,8	9 534 727	2 653 702	27,8
Centro-Oeste	426	126	59	1	186	43,7			
DF	...	0	0	0	0		...	0	
MS	77	13	18	0	31	40,3	1 882 488	1 197 186	63,6
MT	117	24	33	1	58	49,6	2 215 969	1 542 925	69,6
GO	232	89	8	0	97	41,8	4 244 392	2 700 655	63,6
Brasil	4 975	1 752	507	46	2 305	46,3	153 725 673	80 643 069	52,5

Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde — SAS/Ministério da Saúde.

TABELA 3
Municípios Enquadrados na Condição de Gestão
Semiplena por Estado e População
Posição em 4.1.95

Estado	Município	População	% Sistemas Municipalização s/o Total da População do Estado
Ceará	Fortim	10 216	
	Iracema	14 067	
	Itapiúna	12 901	29,7
	Quixadá	62 852	
	Fortaleza	1 879 191	
Mato Grosso	Cuiabá	443 187	20,0
Minas Gerais	Alfenas	55 755	
	Belo Horizonte	2 096 955	
	Betim	188 885	
	Sete Lagoas	154 023	16,9
	Barbacena	103 629	
	Brumadinho	20 018	
	Divinópolis	160 008	
	Pernambuco	Olinda	359 603
Pernambuco	Petrolina	176 639	25,3
	Recife	1 337 954	
	Rio de Janeiro	Resende	95 958
Rio de Janeiro	Volta Redonda	230 501	
	Angra dos Reis	91 703	
	Duque de Caxias	695 132	12,7
	Itaguaí	118 997	
	Niterói	450 562	
	Rio Grande do Norte	Natal	650 300
Rio Grande do Sul	Panambi	31 247	1,0
	Santa Rosa	60 098	
Santa Catarina	Blumenau	225 192	
	Joinville	378 685	12,8
	Jaraguá do Sul	2 356	
	Ascurra	6 418	
São Paulo	Assis	79 796	
	Diadema	323 862	
	Itu	116 474	
	Jundiaí	303 698	
	Mauá	315 567	
	Santos	426 860	
	São Caetano do Sul	149 818	8,0
	São Vicente	286 373	
	Sertãozinho	85 145	
	Votorantim	87 255	
	São José dos Campos	476 833	

Fonte: SAS/Ministério da Saúde.

Esses números, contudo, não espelham a real quantidade de municípios que apresentam os requisitos para assumir integralmente a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde em sua área, ou que desejariam fazê-lo. Refletem, mais que tudo, a conjuntura de incerteza em relação às condições de financiamento. Com o elevado grau de imprevisibilidade quanto à liberação dos recursos arrecadados pela União, grande número de municipalidades que desejam alcançar a gestão semiplena de seus sistemas de saúde tem demonstrado receio de assumir essa responsabilidade sem a garantia de que os recursos estarão disponíveis nos prazos previstos. Mas também é verdade que, para muitos, a condição atual, que os exime de responsabilidade com a gestão do sistema, seja politicamente mais confortável.

Têm sido grandes as dificuldades na operacionalização do processo. Todos os estados já constituíram as respectivas comissões intergestores bipartites, incumbidas, como já explicado, de deliberar e acompanhar a operacionalização do processo de descentralização no âmbito estadual. Sua operação, contudo, ainda é bastante desigual entre as unidades da Federação. Observa-se falta de regularidade de reuniões em alguns estados mais refratários ao processo, além de dificuldades para a delimitação de papéis entre as comissões intergestores e os conselhos de saúde.

Também na operação dos conselhos há profundas diferenças entre as unidades federadas, sejam estaduais ou municipais. Nem sempre os gestores têm a compreensão/compromisso com a constituição de conselhos representativos e legítimos, procurando preservar antigas práticas clientelistas. De outro lado, em muitos locais, a população não se encontra organizada e não tem tradição participativa ou, muito menos, experiência de controle sobre a ação estatal. Tais circunstâncias implicam dificuldades em compreender efetivamente seu papel e as tornam, com frequência, presa do clientelismo e/ou de pressões corporativas ou partidárias.

Ademais, o longo período em que estiveram excluídos dos processos de gestão fragilizou técnica e gerencialmente muitos municípios ou impediu que se capacitassem. A criação de novos municípios, que ainda se encontram em processo de organização de seus aparatos administrativos, é outro fator que introduz dificuldades à agilização do processo de descentralização.

Às dificuldades de gestão e à insuficiente capacitação técnica de muitas municipalidades podem ser, contudo, contrapostas muitas soluções engenhosas e criativas de experiências em curso que apontam para inúmeras possibilidades que o processo pode fazer emergir. Assim, o "julgamento" do processo de descentralização depende fundamentalmente da ótica, da lógica que preside a análise, enfim, do "ponto de observação". Ou seja, há os que preferem ver só as dificuldades, desconhecendo as inúmeras experiências promissoras.

Levantamento realizado pela Secretaria de Saúde do Ceará identificou significativo aumento na produção de serviços em municípios que assumiram a gestão de seus sistemas, com reflexos sobre a melhoria de cobertura de suas populações, particularmente no que se refere a atendimentos básicos e a consultas médicas e odontológicas. Nos sistemas municipalizados, a cobertura por atendimento básico foi, em 1993, de 3,8 atendimentos *per capita*, contra 2,8 nos não-municipalizados. Os sistemas municipalizados ofereceram, no mesmo ano, 2,11 consultas médicas e 0,86 consultas odontológicas por habitante; nos não-municipalizados esses valores foram, respectivamente, de 1,35 e 0,56.

Os resultados mais visíveis, no curto prazo, são os relativos à área de controle e avaliação. Guarapuava, Curitiba, Niterói, Ipatinga, Quixadá, Blumenau são alguns dos municípios que obtiveram, em poucos meses de operação de seus sistemas de controle e avaliação, reduções significativas — de até 30% — no total de AIHS emitidas, sem prejuízo à qualidade da atenção à população.

A reorientação do modelo de atenção, com a implantação de sistemas orientados pela lógica da vigilância à saúde, é outra dimensão que merece destaque. A implementação dos *distritos sanitários*, a melhoria das condições de operação da rede com sua gradativa qualificação em termos de recursos humanos e tecnológicos, o ajustamento de sua operação às necessidades de atenção à saúde da população, a implantação de sistemas de informações, esforços de articulação multisetorial são aspectos dessa mudança identificados — em grau e amplitude diversos — nos municípios de Niterói, Salvador, Maceió, Santos, Ipatinga, Terezina, Fortaleza, Curitiba e Porto Alegre, dentre outros que vêm desenvolvendo esforços de transformação.

6. DESAFIOS NA GESTÃO

6.1 Considerações Gerais Apesar desses avanços, a gestão do sistema é, ao lado da questão do financiamento, uma das questões críticas, a ser prioritariamente enfrentada na implantação do SUS.

A renovação da gestão abrange desde a remodelagem institucional necessária à viabilização da operação do sistema sob nova lógica, na qual predomine a perspectiva da integralidade da atenção e a promoção da saúde, até a instauração de novas práticas sanitárias e de ações multisetoriais necessárias à superação de algumas das determinações dos problemas da saúde. Os diagnósticos relativos à essa dimensão permitem arrolar as principais questões a serem enfrentadas e indicar estratégias para intervenção.

6.2 Institucionalização do Planejamento O primeiro desafio diz respeito à restauração, nos três níveis de governo, do processo de planejamento, compreendido como o conjunto integrado de ações de formulação de políticas, programação, orçamento, acompanhamento, controle e avaliação. Dentre as distorções produzidas pela fragmentação institucional e pela predominância da lógica da compra de serviços dentro do setor público, talvez a mais grave diga respeito ao progressivo abandono das práticas de planejamento das ações. Ainda que o esvaziamento dessas funções não tenha ocorrido apenas na área da saúde, a existência, dentro do setor, de um mecanismo de "financiamento" baseado na compra de serviços agravou as conseqüências e potencializou os efeitos das distorções.

A inexistência de um processo de planejamento que considere o ambiente descentralizado, utilize critérios epidemiológicos para orientar a eleição de prioridades e respeite a existência de responsabilidades específicas de cada uma das três esferas de governo, tem preservado práticas e situações anteriormente cristalizadas, mantendo no sistema uma realidade desarticulada e ineficiente, na qual, por exemplo, ações próprias do âmbito municipal têm sido concomitantemente executadas e gerenciadas pelos três níveis de governo, e a provisão de serviços orientada pelo interesse de maximizar a captação de recursos.

6.3 A Questão do Controle e Avaliação Não é apenas a fragmentação das ações intra e interinstitucionalmente que determina a existência de problemas gerenciais na esfera do planejamento e do controle e avaliação. As dificuldades para a implementação de um sistema

descentralizado estão marcadas também pelas resistências ao processo de mudança e pelas dificuldades de redesenhar um sistema em que a tônica institucional seja a atuação integrada e complementar.

As sucessivas crises associadas à questão do controle e da avaliação são exemplares. A natureza processual da descentralização, que impõe a gradual transferência a estados e municípios das responsabilidades e funções até então exercidas pela esfera federal, tem determinado a coexistência de dois modelos de gestão e a emergência de conflitos entre as esferas de governo no que se refere às atribuições de controle, avaliação e auditoria.

Como se dá com os demais ministérios, o controle no Ministério da Saúde é exercido pela Secretaria de Controle Interno, que integra o Sistema de Controle Interno, recentemente reestruturado pela MP nº 480, de 27 de abril de 1994. Sua atuação se dá nos termos e limites das regulamentações gerais do sistema. Nesse contexto, o órgão se incumbiu de remeter tomadas e prestações de contas ao Tribunal de Contas da União, indicando situações que configurem a conveniência de tomadas de contas especiais, como procedimentos específicos para a apuração de prejuízos decretados à Fazenda Nacional.

Pelo menos no caso da saúde, o controle formal não é suficiente para responder aos requisitos de um sistema que deve avaliar os serviços prestados à população sob a ótica da gestão da qualidade das ações. Essa é a razão pela qual a legislação reguladora do SUS previu a existência de um sistema próprio para controle e avaliação técnica e financeira das ações e serviços de saúde, nas três esferas de governo.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que, no modelo de atenção à saúde anterior à legislação atual, centralizava a prestação de assistência médico-hospitalar à população, já dispunha de um órgão próprio de auditoria médica e contábil, cuja atribuição era acompanhar, fiscalizar e auditar os prestadores de serviços, públicos e privados, contratados ou conveniados com o governo federal.

A Lei nº 8 689/93, que extinguiu o INAMPS, reconceituou o sistema no marco do cumprimento dos preceitos legais da descentralização, prevendo a incorporação de instâncias municipais e estaduais. Determinou, ainda, a absorção pelo Sistema Nacional de

Auditoria (SNA), nos seus diversos níveis de gestão, dos cargos e funções anteriormente existentes no órgão extinto.

O Decreto nº 1 105, de 6 de abril de 1994, regulamentou a implantação do SNA, definindo como suas atribuições o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde. O decreto referido, contudo, não se preocupou com a delimitação clara dos papéis e dos limites de atuação das três esferas de governo que compõem o sistema, limitando-se a regular atribuições do governo federal. Para sua formulação não foram, aparentemente, levadas na devida conta as negociações desenvolvidas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, que resultaram em uma minuta de decreto acordada entre gestores dos níveis federal, estadual e municipal, cujo pressuposto era a delimitação de atribuições das três esferas, no contexto de um sistema descentralizado.

Assim, ao estabelecer que "Ao SNA, no exercício de suas atribuições, incumbe acompanhar, fiscalizar, controlar e avaliar a aplicação dos recursos da União repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Estados, ao Distrito Federal, aos municípios e às entidades prestadoras de serviços, para a implementação e desenvolvimento do sistema único de saúde" (Decreto nº 1 105, art. 1º), o decreto restringe as ações desse sistema ao acompanhamento dos recursos federais e à definição do papel do governo federal, descaracteriza-o como "nacional" e o reduz a um sistema federal.

O acompanhamento é exercido por meio de ações de fiscalização, de controle e avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial. Constatada a malversação, desvio ou não-aplicação dos recursos, a auditoria recomenda aos setores competentes do Ministério da Saúde a aplicação de medidas corretivas previstas nas normas.

Atualmente, as atividades vêm sendo desenvolvidas por servidores do extinto INAMPS, um contingente de 1 269 pessoas, em exercício na direção geral e em todos os escritórios de representação do ex-INAMPS nos estados. Estes servidores que atuam nas áreas de auditoria técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial serão, por força do Decreto nº 1 105/94, lotados nas unidades do SNA. Desde dezembro de 1993, com a publicação da Portaria nº 1 718, as atividades desenvolvidas pelo INAMPS na área de auditoria

médico-contábil ficaram vinculadas à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Estados e municípios, bem como alguns segmentos da direção do Ministério da Saúde, entendem que o Decreto nº 1 105/94 colide com os dispositivos constitucionais e legais que estabelecem autonomia de cada ente federativo, ao permitir à esfera federal a auditoria direta em serviços sob responsabilidade das outras esferas de governo. Por esse entendimento, à esfera federal competiria fiscalizar os recursos transferidos aos estados mediante avaliação de desempenho dos sistemas e análise dos relatórios de gestão, cabendo a fiscalização e a análise da prestação de contas aos tribunais de contas dos estados ou dos municípios, e a avaliação e o controle direto dos serviços às instâncias estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria. A prestação de contas à União ficaria restrita aos recursos transferidos mediante convênio, acordo, ajuste ou instrumento congêneres, não se aplicando aos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde diretamente aos fundos estaduais e municipais, ou àqueles referentes à compra de serviços.

Outros segmentos do Ministério da Saúde, bem como o Tribunal de Contas da União, tem tido compreensão diversa. Entendem que, em se tratando de recursos repassados pela União, a fiscalização federal, inclusive a auditoria médica em serviços, torna-se indispensável.

Na raiz desse conflito está a ausência de regulamentação dos dispositivos legais relativos ao financiamento do SUS e repasses de recursos e a subsistência da forma "compra de serviços" como mecanismo para a partilha dos recursos no âmbito do sistema. Além disso, não houve compatibilização entre o disposto nas Leis nºs 8 080/90 e 8 142/90 e na legislação orçamentário-financeira da União. Por essa razão, procedimentos administrativos adotados para autorização de despesa, processamento e liquidação ficaram sem amparo legal adequado, fragilizando a administração do sistema e, em especial, o controle e a fiscalização dos gastos com saúde.

O Decreto nº 1 232, de 30 de agosto de 1994, dispendo "sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal", procurou criar as condições para viabilizar

avanços no processo de descentralização, no que se refere ao repasse de recursos.

O decreto estabelece (art. 1º) que os recursos destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos estados, Distrito Federal e municípios serão a estes transferidos independentemente de convênio ou instrumento congênere. A partilha dos recursos, enquanto não forem estabelecidas regras para a implementação do artigo 35 da Lei nº 8 080/90, será feita proporcionalmente à população das unidades federadas, condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde aprovado pelos respectivos conselhos de Saúde. Do plano de saúde deve constar a especificação das dotações originárias dos orçamentos estaduais e municipais para as ações de saúde.

Segundo o mesmo decreto, o Ministério da Saúde definirá critérios e condições mínimas exigidos para aprovação dos planos de saúde do município. Não foi considerado necessário, porém, o estabelecimento de requisitos para os planos estaduais. Esse dispositivo é revelador. A esfera federal continua a ver a descentralização e a transferência de responsabilidades aos municípios como um risco que exige que o processo seja conformado por normas originárias da burocracia federal.

O acompanhamento da conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde será feita pelo Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria, com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos estados, Distrito Federal e municípios (art. 5º). Esse dispositivo pretende explicitar os limites da atuação do segmento federal do Sistema Nacional de Auditoria.

O artigo 9º, contudo, restabelece a ambigüidade acerca do tipo de controle que cabe à União, ao enunciar que "a União, por intermédio da direção nacional do SUS, *sem prejuízo da atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal*, exercerá o controle finalístico global do Sistema Único de Saúde, utilizando-se, nesse sentido, dos instrumentos de coordenação de atividades e de avaliação de resultados, em âmbito nacional, previstos na Lei Orgânica da Saúde e explicitados neste Decreto".

Para a regulamentação das condições de implementação do Decreto nº 1 232/94 foram emitidas, pelo ministro da Saúde, as portarias nº 1 827 e 1 834, ambas de 31 de outubro de 1994. A primeira deter-

mina à Secretaria de Assistência à Saúde a definição dos tetos financeiros dos estados, relativos ao custeio das atividades de Assistência Ambulatorial e Hospitalar (Sistema de Informações Ambulatoriais — SIA e SIH/SUS), estabelecendo ainda a competência das comissões intergestores bipartites para proceder à definição dos tetos das secretarias estaduais e das parcelas a serem destinadas a cada município, com base nas programações respectivas e nas funções desempenhadas no sistema para responder às necessidades de referência.

A portaria nº 1 834/94, por sua vez, determina a rescisão dos contratos de municipalização celebrados com base na NOB/SUS/91 e na NOB/SUS/92, e estabelece prazo de 30 dias para que os municípios nessa situação procedam ao seu enquadramento nos termos da NOB/SUS/93.

6.4 Reorganização da Esfera Federal

Os problemas de gestão no âmbito do SUS não se reduzem aos das instâncias municipais e estaduais ou às relações intergovernamentais. Estão presentes também na esfera federal, como se constata a seguir.

Muitas foram as mudanças e os ajustamentos realizados pelo Ministério da Saúde às novas condições do sistema a partir da NOB SUS 1/93, além da transferência da gestão da assistência médico-hospitalar. A Fundação Nacional de Saúde (FNS) transferiu 300 (47%) de suas unidades de saúde para os municípios, bem como de oficinas de saneamento e centros de operações, que atuam ligados aos serviços de saúde com o objetivo de implementar melhorias sanitárias domiciliares ou coletivas de pequeno porte. Falta, contudo, maior articulação entre a FNS e a SAS na implementação da descentralização das unidades.

Na área de informações, além do ajustamento dos sistemas de informações sobre mortalidade e nascidos vivos preexistentes, foi iniciada a implantação do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis, já concebido em bases municipais para viabilizar as ações e serviços de vigilância epidemiológica. Além disso, o DATASUS reestruturou seus sistemas de informações sobre assistência médica ambulatorial e hospitalar, deslocando o processamento dos computadores de grande porte e sistemas proprietários para sistemas abertos e distribuídos.

Outra medida de relevância, com impacto na democratização da gestão, foi a abertura do acesso às informações do Sistema Inte-

grado de Tratamento Estatístico de Séries Estratégicas (SINTESE), bem como das informações do SIA e SIH/SUS, a qualquer pessoa, mediante prévio cadastramento na BBS/Ministério da Saúde.

Dessa perspectiva, merece ainda destaque a revalorização do Conselho Nacional de Saúde, que vem ajustando sua operação às determinações da Lei nº 8 080/90, iniciando nos últimos anos um acompanhamento mais efetivo das ações do Ministério da Saúde.

Foram também aperfeiçoados os sistemas de controle e avaliação, com a introdução de mecanismos de crítica das informações, que têm permitido a detecção imediata de irregularidades na emissão ou no preenchimento de guias de internação.

O Ministério da Saúde vem também promovendo a implementação do Sistema de Manutenção de Equipamentos (SISMEQ), por intermédio das cooperativas ou consórcios intermunicipais, com vistas a assegurar a adequada operação e manutenção de equipamentos médico-hospitalares. O Programa de Ensaio de Conformidade em Equipamentos para a Saúde (PECES), por sua vez, se destina a normatização e metrologia para garantia de qualidade de produtos médico-hospitalares.

Também foi realizada a formulação e iniciada a implementação do modelo político institucional do Sistema Nacional de Avaliação Tecnológica em Saúde.

Em que pese a relevância das iniciativas acima referidas, a esfera federal ainda não se ajustou suficientemente a seus novos papéis, que exigem uma maior presença na regulação e normatização de âmbito nacional em relação a outras questões críticas, tais como:

- critérios e padrões para incorporação tecnológica e “estandardização” de uso de recursos tecnológicos, especialmente em relação a procedimentos de maior densidade tecnológica e custo mais elevado;
 - desenvolvimento de mecanismos e instrumentos de coordenação intra-setorial, particularmente os relativos à implementação de uma política de produção e disseminação de informações técnico-gerenciais que permitam o acompanhamento e a avaliação das ações setoriais e viabilizem formas de controle
-

tanto no âmbito institucional quanto por parte das organizações da sociedade;

- regulação das atividades do sistema privado, em particular as modalidades de prestação de serviços que têm emergido mais recentemente, como o seguro-saúde e a medicina de grupo, que têm operado com pouco ou nenhum controle por parte das autoridades sanitárias;
- implantação de processos e mecanismos de apuração e controle de custos das ações e serviços; e
- desenho e disseminação de metodologias para implementação de processos de planejamento, desenho do perfil de necessidades, e parâmetros e critérios para o estabelecimento de prioridades, que orientem processos de cooperação técnica às instâncias subnacionais.

Em outros campos, remanesce uma estrutura ainda centralizada da execução das ações. Há necessidade de maior clareza na divisão de atribuições em relação ao controle de endemias. As atividades de vigilância epidemiológica estão ainda concentradas no nível estadual, comprometendo a notificação, a investigação e a adoção de medidas de controle.

A área de vigilância sanitária, ao longo do tempo esvaziada em sua capacidade técnico-operacional, apresenta sérias insuficiências, dentre as quais merecem destaque:

- precariedade estrutural da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária face à amplitude das empresas e à complexidade dos produtos e serviços que devem ser regulados e controlados;
 - carência de procedimentos técnicos na concessão de registros de medicamentos e produtos, que é feita de forma cartorial;
 - excessiva permeabilidade a interesses político-partidários com ações orientadas em função de interesses específicos, em lugar de diretrizes técnico-jurídicas, ensejando fraudes, clientelismos e corrupção;
 - deficiente aplicação do enfoque de risco nas atividades de inspeção e fiscalização; e
 - desaparecimento dos laboratórios oficiais de controle de qualidade.
-

Na área de informações, falta integração e padronização de variáveis entre os diversos subsistemas. Inexistem, por exemplo, informações regulares sobre financiamento e estrutura do gasto das três esferas de governo.

Os sistemas SIA e SIH não estão suficientemente municipalizados e assimilados pelos gestores como base de um sistema de informação para gerenciamento das ações de saúde, e seus bancos de dados não estão ainda adequadamente organizados como sistema de informações gerenciais. Além disso, é notável a dificuldade de acesso às informações por parte de conselhos de saúde e usuários do sistema, que lhes permita exercer controle sobre sua operação.

Finalmente, a cooperação técnica, uma das mais importantes atribuições do Ministério da Saúde, carece de articulação e unidade de orientação entre os diversos setores, persistindo paralelismos e duplicação de esforços.

6.5 Flexibilização da Gestão a) *O esforço inicial*

Não é recente a constatação de que as deficiências gerenciais constituem um problema crônico do sistema público de saúde, o qual, a despeito de identificado, não tem sido enfrentado com a vontade política necessária. A origem do mal é, freqüentemente, atribuída aos baixos salários, à rigidez e ao centralismo do setor público.

A questão salarial não explica, por si só, inúmeras situações. No Rio de Janeiro, por exemplo, a rede pública do ex-INAMPS opera em condições quase tão precárias quanto as vigentes nos hospitais estaduais e municipais, apesar de pagar salários significativamente superiores. Remuneração baixa não explica também o caso de Brasília. Na capital do país, os salários do SUS também estão bem acima de seus congêneres estaduais e municipais. Contudo, a qualidade e a produtividade da rede do Distrito Federal é, de um modo geral, considerada como desproporcional ao volume relativo de recursos dispendidos.

O esforço mais importante para remover o centralismo e a rigidez do setor público começou há pouco mais de 30 anos com a ênfase na *desconcentração* da administração pública direta. Até então, essa desconcentração limitava-se à autarquização de algumas agências.

Inicialmente no âmbito da União e, a seguir, nas demais instâncias de governo, foram sendo criadas duas novas modalidades or-

ganizacionais dotadas de ampla autonomia: a *empresa pública* e a *fundação*.

A primeira atende à tendência da época de ampliação da presença do Estado nos setores produtivos. O Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), empresa pública vinculada ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), criada nos anos 70, e o Grupo Hospitalar Conceição, na mesma cidade, empresa privada absorvida pelo Ministério da Saúde da qual a União detém o controle acionário, são as exceções que confirmam a regra da presença empresarial do Estado nos setores produtivos.

Apesar de algumas experiências bem-sucedidas nos setores de telecomunicações, correios e de energia, que cresceram e se modernizaram durante o regime autoritário como empresas públicas, esse modelo parece esgotado. Parte da atual crítica revisionista decorre da tendência universal contrária à presença do Estado na economia, que chegou ao Brasil na crista da onda neoliberal que varre o mundo. Outra parte, porém, justo a que mais repercute na opinião pública, é fruto da transformação de muitas empresas públicas, sobretudo as monopolistas, em núcleos de poder político e corporativo imunes aos controles do ente da administração direta a que foram formalmente vinculadas.

A administração fundacional, por sua vez, não demorou muito a revelar suas fraquezas e limitações. Não pelo modelo em si, mas como efeito da incompatibilidade entre as razões de sua criação e o anacronismo dos métodos de gestão transplantados da administração direta.

Sob dependência, quase que exclusiva, de recursos orçamentários, as fundações foram sendo, cada vez mais, submetidas às mesmas regras e controles formais vigentes no âmbito da administração direta. A Constituição de 1988, ao criar o Regime Jurídico Único e, conseqüentemente, aplicar às fundações as regras do funcionalismo público da administração direta, liquidou, no campo da gestão de recursos humanos, com o pouco que restava de autonomia a essas organizações.

b) Novos mecanismos

Um estratagema de flexibilização, destinado a superar a rigidez da administração pública, são as chamadas fundações de apoio, sociedades civis de direito privado. O INCOR e o Instituto Dante

Pazanezi, centros de ponta na área de cardiologia mantidos pelo governo do estado de São Paulo, têm como suporte a suas atividades assistenciais, docentes e de pesquisa essas sociedades civis de direito privado.

Uma nova onda reformista, que combina o pragmatismo dos movimentos pela qualidade e competitividade com algum tempero ideológico, leva ao experimento de alternativas. A *terceirização*, estratégia em que a empresa concentra-se no seu próprio negócio e entrega a terceiros — daí o nome — a execução de atividades acessórias ou de suporte, é uma das propostas na ordem do dia para aumentar a eficiência.

Na rede hospitalar, isto não é novidade. Serviços de limpeza, segurança e, menos freqüentemente, de alimentação estão terceirizados — e não é de hoje — em grande número de hospitais públicos, como na rede do SUS do Distrito Federal. Falta, entretanto, uma avaliação dos resultados alcançados, em termos de custo e qualidade, *vis à vis* a alternativa de execução direta. Como falta também uma discussão serena e objetiva sobre a terceirização de outros serviços de apoio, como os de complementação diagnóstica e terapêutica (radiologia, patologia clínica e anestesiologia).

A transferência da exploração de um serviço público para pessoas ou, mais comumente, para organizações privadas, por meio do instituto da *concessão*, é outro item do receituário reformista. Concessão de serviço público, no direito administrativo brasileiro, é definida como o "... ajuste pelo qual a Administração delega a execução de um serviço do Poder Público ao particular, para que o explore por sua conta e risco, pelo prazo e nas condições ajustadas, mediante remuneração por tarifa cobrada dos usuários" [Meireles *apud* IPEA/IBAM/ENAP (1994a)].

No SUS, a concessão, no conceito acima, não teria aplicabilidade. Por um lado, porque os serviços de assistência à saúde não são pagos pelo usuário. Por outro, porque aqueles serviços cuja prestação está sujeita à tarifa paga pelo interessado, como, por exemplo, o licenciamento de produtos farmacêuticos, constituem responsabilidades típicas e indelegáveis do poder público.

Mas, os serviços de água e esgoto, na maior parte do país, funcionam segundo esse regime, com uma diferença conceitual: a instância concedente é o município (Constituição Federal, art. 30, V), enquanto a concessionária não é o particular, mas uma empresa pública estadual. Uma possibilidade previsível, diante da tônica

que parece assumir o projeto atual de reforma do Estado, é incluir a iniciativa privada no esquema, seja para estimular a competitividade do ente público, seja para que possa concentrar sua atuação na operação de sistemas menos atraentes para o setor privado.

Mais promissora, no ambiente setorial, seria a figura do *contrato de gestão*, modalidade na qual se adotam critérios empresariais, mantidos, porém, a regulação, sobretudo o controle e avaliação, o patrimônio e o financiamento públicos. No campo social, a única iniciativa conhecida nesse sentido começou em 1991 na rede de hospitais de doenças do aparelho locomotor, até então operada pela Fundação das Pioneiras Sociais (FPS), vinculada ao Ministério da Saúde.

A implantação desse contrato de gestão teve como objetivo "fugir às amarras impostas às fundações pela Constituição Federal de 1988 (particularmente no que concerne ao regime jurídico único...)" [IPEA (1994)]. Sua concretização, com o respaldo de lei específica, levou à extinção da FPS, substituída pelo Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais (APS), com a conseqüente liberdade para contratar (e demitir) e definir níveis de remuneração.

O contrato deve ser aprovado anualmente pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Administração Federal (SAF); cabe ao TCU supervisioná-lo e fiscalizar o uso dos recursos públicos transferidos à APS. Embora a associação possa ter patrimônio próprio e receber recursos de outras fontes, o Orçamento Geral da União (OGU) é, seguramente, a fonte hegemônica para custeio e investimento da entidade — se não for a única. Os serviços prestados são gratuitos: o modelo não prevê a receita de venda de serviços o que, inclusive, retira a rede da APS do sistema UCA/AIH.

Ainda não é de conhecimento público nenhuma avaliação dos resultados alcançados quanto a alterações positivas decorrentes da mudança na eficácia, eficiência, efetividade e qualidade dos serviços. Não se sabe, também, se a extensão a outras unidades é economicamente viável. Tentativa recente do Ministério da Saúde de avaliação do desempenho do Hospital de Doenças do Aparelho Locomotor de Brasília (HDAL), conhecido como Sarah, não prosperou por força do conflito que se estabeleceu entre a comissão de especialistas especificamente designada para a avaliação e a direção do hospital.

Mesmo críticos pouco lenientes do estilo de gestão adotado na APS admitem que práticas como o *day off*, descumprimento de horário, consultas sumárias em que o pedido de exames deixa de ser um recurso complementar de diagnóstico para se tornar um expediente destinado a cumprir mais depressa a cota de atendimentos, cobrança *por fora* e superfaturamento, enfim todo o conhecido elenco de deformidades gerado na assistência médica previdenciária e incorporados à herança genética do SUS não estão presentes no Sarah.

Sem dados objetivos, resta uma visão impressionista sob a qual a instituição, especialmente a unidade de Brasília, desponta com imagem favorável junto à opinião pública. A limpeza do ambulatório, a marcação de consultas pelo telefone, o conforto da sala de espera, a resolubilidade do atendimento são aspectos visíveis no Sarah que o distinguem da regra geral da rede pública. Há indícios de que a diferença seja resultante de forças ausentes do cotidiano do SUS: autonomia gerencial e — tão importante quanto um orçamento relativamente generoso — fluxo de repasses sem solução de continuidade. Ademais, o Sarah, ao não se integrar à rede do SUS como hospital de referência, está livre da pressão da demanda que caracteriza as demais unidades do sistema.

As experiências de flexibilização de gestão, no entanto, restringem-se a unidades de maior porte, geralmente especializadas, e parecem apresentar um risco: a tendência de que a autonomia estimule o isolamento do resto do sistema. Sob esse aspecto, a questão é como manter a autonomia dessas unidades e, simultaneamente, assegurar sua vinculação ao resto do sistema, para efeito de planejamento, prioridades e estabelecimento de esquemas ágeis de referência e contra-referência.

c) Explicando a diferença

Mas o que há de comum nas experiências reconhecidas como exitosas ?

Regularidade de recursos e salários decentes ajudam a explicar, em parte, uma ou outra situação. É o caso da rede gerida pela Associação das Pioneiras Sociais (APS).

Regime de dedicação exclusiva, como o adotado na APS, apesar de suas vantagens, não explica o sucesso do INCOR, que optou por incentivos econômicos à produtividade.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), de Porto Alegre, sujeito à modalidade de financiamento similar ao das demais unidades públicas do SUS (folha de salários paga pela União e recursos do sistema AIH/UCA para outros custeios e capital), consegue situar-se em patamar operacional, aparentemente, acima da média do sistema único.

O traço comum entre essas instituições, às quais poder-se-ia acrescentar o Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), é a *autonomia de gestão* e uma *administração*, quando não integralmente *profissionalizada*, pelo menos mais próxima desse estágio do que o restante da rede pública.

A dificuldade maior, dependendo do grau de autonomia institucional, talvez seja profissionalizar a gestão. O SUS, de um modo geral, não tem revelado competitividade para recrutar os melhores talentos em profissões que não sejam as de saúde. Isto leva ao imprevisto e à administração amadorística, ao mesmo tempo em que favorece o loteamento político dos cargos de direção.

Em um contexto de deficiência gerencial, a deterioração salarial passou a justificar, a princípio entre os médicos, mas generalizando-se em seguida entre as demais categorias, o absenteísmo, o descompromisso com a função pública e a proliferação de situações de conflito de interesses.

A manutenção (Constituição Federal, art. 37, XVI, c) do direito de acumular dois cargos públicos de médico — privilégio introduzido na Constituição em 1966 — e a regularização da situação dos médicos militares e outros profissionais de saúde que vinham acumulando cargos públicos ilegalmente (Constituição Federal, ADCT, art. 17, §§ 1º e 2º) foram vitórias corporativas que agravaram o problema e têm comprometido o processo de *reforma sanitária*.

"O emprego múltiplo é um anacronismo", já que a "...pulverização do trabalho desarticula o atendimento, distancia o médico do paciente, dificulta a sua atualização técnica, perturba o seu desempenho profissional, impede a construção de uma carreira, avilta a remuneração, aumenta os custos do atendimento" [Costa *apud* Piola e Vianna (1993)].

Pesquisa da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), realizada entre médicos residentes no estado de São Paulo, em novembro de 1985, revelou que apenas 15% trabalhavam em um só local. Mais da metade dos pesquisados tinham três

ou mais situações, enquanto cerca de 6% desses profissionais dividiam-se entre cinco ou mais situações diferentes de trabalho, inclusive o consultório particular. Como é possível deduzir desses dados, a compatibilidade de horário entre os empregos — uma exigência constitucional para que a acumulação seja permitida — não é controlada com um mínimo de eficácia e seriedade.

7. A QUESTÃO DO FINANCIAMENTO

7.1 Como o SUS é Financiado Ao incorporar saúde, assistência e previdência sob o conceito de seguridade social, a Constituição de 1988 criou um orçamento próprio, o Orçamento da Seguridade Social (OSS), com fontes específicas e diversificadas (Constituição, art. 195).

A diversificação de fontes de financiamento teve como objetivo conferir maior estabilidade aos fluxos de receita face aos ciclos econômicos, além de conferir ao conjunto da sociedade a responsabilidade pela manutenção da seguridade, superando o conceito de seguro social antes prevalecente.

Já no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (art. 35), os constituintes demonstraram sua preocupação com o financiamento da área da saúde ao determinar que até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) "trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde". Ao atribuir transitoriedade a essa vinculação, o legislador constituinte estaria se posicionando contra uma vinculação específica e permanente, confiando que, a cada ano, a LDO normatizaria a partilha mais adequada.

Das três áreas que compõem a seguridade social, a da saúde foi a primeira a aprovar sua lei orgânica (Lei nº 8 080, de 19/9/90). Nessa lei, estão definidas as condições que devem ser atendidas na elaboração da proposta orçamentária e na gestão financeira do sistema.

Segundo a lei, a proposta orçamentária do SUS, no âmbito da seguridade social, deve ser elaborada por sua direção nacional, com a participação dos órgãos da previdência e da assistência, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na LDO (Lei nº 8 080/90, art. 31).

No tocante à gestão financeira, a mesma lei estabelece (art. 34) que "as autoridades responsáveis pela distribuição da receita efeti-

vamente arrecadada (leia-se MPAS e MINIFAZ) transferirão ao Fundo Nacional de Saúde(...) os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social (...)"

Posteriormente, a Lei nº 8 212/91, que dispõe sobre a organização da seguridade social, ao instituir o Conselho Nacional de Seguridade Social (art.6º), atribuiu a esse Conselho, entre outras, as seguintes competências:

- estabelecer as diretrizes gerais e as políticas de integração entre áreas;
- aprovar e submeter ao órgão central do sistema de planejamento federal e de orçamento a proposta orçamentária anual da seguridade social.

Embora sejam previstos na legislação mecanismos de integração das três áreas que compõem a seguridade, eles raramente são acionados. A lei (art. 8º) determina, por exemplo, que a proposta orçamentária da seguridade social seja elaborada por três representantes, sendo um da área da saúde, um da previdência e um da assistência social. Mesmo assim, as propostas orçamentárias são feitas em separado, delegando, em última instância, ao órgão central do sistema de planejamento e orçamento federal, a tarefa de fazer as compatibilizações necessárias.

A Lei nº 8 212 (art. 16) também trata da contribuição da União para a seguridade prevista na Constituição (Constituição Federal, art. 195). Nesse caso, a regulamentação é pouco explícita, limitando-se a pouco mais do que repetir o texto constitucional, salvo quando prevê (art. 16) a responsabilidade da União — vale dizer do orçamento fiscal (receita de impostos) — na cobertura de eventuais insuficiências financeiras da seguridade social, decorrentes do pagamento de benefícios de prestação continuada da previdência social.

Esse dispositivo não atribuiu, portanto, nenhum outro compromisso específico para ser atendido rotineiramente pela receita de impostos, propiciando que a participação do orçamento fiscal seja — na prática — meramente residual. Por outro lado, o dispositivo coloca em xeque a decisão do ex-ministro da Previdência Antonio Brito de suspender, em maio de 1993, os repasses para a saúde, com a intenção de evitar insuficiências financeiras no pagamento

de benefícios. Essas insuficiências, segundo a lei, deveriam ser corrigidas com recursos do orçamento fiscal.

A estrutura de custeio montada para a seguridade manteve, sob a responsabilidade da União, a arrecadação das contribuições sociais a ela destinadas. A favor dessa centralização de receitas, pode-se argumentar com o caráter eminentemente redistributivo da seguridade social, ainda que, com exceção da previdência social, as ações de saúde e de assistência social se organizem de forma descentralizada, com autonomia de gestão em cada nível de governo.

Apesar de a responsabilidade maior pelo financiamento da seguridade ser um atributo da União, isso não exclui outras instâncias de governo de compartilharem seu custeio: a Constituição (art.195) especifica que "A Seguridade Social será financiada (...) mediante recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados e do Distrito Federal e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais(...)".

A Constituição (art. 198, parágrafo único) define ainda que "o sistema único de saúde será financiado (...) com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes". Os recursos da União têm sido, em sua quase totalidade, provenientes das contribuições sociais integrantes do OSS, como será explicado mais adiante.

a) Repasses ao Ministério da Saúde e comportamento das fontes ⁷

Entre 1990 e 1995, os repasses para o Ministério da Saúde, originários de receitas fiscais, de receitas de contribuições sociais administradas pelo Tesouro Nacional (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social — COFINS e Contribuição Sobre o

⁷ Para avaliar a situação atual do financiamento do Ministério da Saúde, utilizamos o conceito de recursos repassados, que difere do de gasto federal e do de despesa realizada, adotados em outras partes deste estudo. Os recursos repassados são os valores financeiros mensais provenientes do Ministério da Fazenda e do Ministério da Previdência e Assistência Social destinados apenas ao Ministério da Saúde (MS) no período em questão, enquanto o gasto federal trata dos valores da execução orçamentária anual, registrados nos balanços gerais da União, alocados para a área de saúde como um todo. As diferenças entre os dados são explicadas, portanto, pela distinção entre o conceito de financeiro e de orçamentário, e pela presença de atividades não características da área de saúde no MS, e de atividades próprias da área de saúde em outros ministérios. Além disso, a disponibilidade mensal dos dados de repasses permitiu a conversão dos valores para preços de abril/95 pelo IGP-DI de modo a que fossem comparáveis com o orçamento de 1995.

Lucro Líquido da Pessoa Jurídica — CLL) e pelo Ministério da Previdência Social/Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) apresentaram um comportamento cíclico, com uma grande irregularidade nos fluxos mensais, além de instabilidade na composição das fontes de financiamento.

A tabela 4 mostra que os repasses ao Ministério da Saúde oscilaram entre 8,7% e 13,7% das receitas totais da União. Entre 1990 e 1991, apresentaram um acréscimo de 29,2%, com um montante de R\$ 11,5 bilhões em 1991. Este dado, informado pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN), relativo a transferências financeiras, não corresponde a valores expressos em outras séries de gasto em saúde, baseadas em informações dos balanços gerais da União, que registram queda no montante de gastos de 1991 em relação ao ano anterior.

Posteriormente, os repasses declinaram sucessivamente em 1992 e 1993, atingindo um ponto mínimo de R\$ 8,1 bilhões nesse último ano. A redução dos repasses em 1992 é decorrência do questionamento judicial da COFINS (Fonte 153), enquanto em 1993 o baixo valor pode ser explicado pelo cancelamento dos repasses da fonte *Contribuição sobre Folha de Salários* (Fonte 154).

Em 1992, o Ministério da Previdência Social repassou, conforme previsto na lei orçamentária, cerca de US\$ 3 525 milhões da receita dessa contribuição. No ano seguinte transferiu apenas US\$ 1 210 milhões, equivalentes a 34% do transferido no ano anterior.

A justificativa para tal procedimento foi de que a Previdência enfrentava problemas de *caixa* e que passaria a apresentar *déficits* caso transferisse para o Ministério da Saúde os recursos devidos. Dessa forma, caso as transferências tivessem sido mantidas, ficaria evidenciado que era a previdência, e não a saúde, que estava apresentando problemas de financiamento. Com o corte, o MPS acumulou no final de 1993 um saldo da ordem de US\$1 146,9 milhões [Medici *et alii* (1995)].

O conjunto gráfico 1 permite visualizar a participação de diferentes órgãos nas transferências de recursos de contribuições sociais vinculadas ao financiamento da seguridade social no período 1991-1992. Nota-se que a participação do Ministério da Saúde decresce 6,2 pontos percentuais entre 1991 e 1992 (25,7% em 1991 para 19,51% em 1992), enquanto a participação do MPS cresce 3,8 pontos percentuais no mesmo período (61,5% em 1991 para 65,3% em 1992), o que confirma a constatação de que, ao invés da saúde,

é a área de previdência que vem pressionando o Orçamento da Seguridade Social.

Evidentemente, a decisão do MPS, acordada com o Ministério da Fazenda, de suspender o repasse deve ter causado contratempos ao financiamento de outras áreas governamentais, uma vez que o Ministério da Saúde passou a exigir um maior aporte de recursos fiscais. A causa primária de esgotamento das fontes do OSS, contudo, está na previdência social: entre 1990 e 1993, as despesas com benefícios apresentaram um crescimento real de 47%, enquanto, no mesmo período, as transferências totais (Tesouro e INSS) para o Ministério da Saúde tiveram um crescimento inferior a 3%.

No que se refere aos problemas com a COFINS, a arrecadação dessa contribuição em 1992 atingiu seu valor mínimo no período 1990-1995, equivalendo a apenas 37% da previsão de arrecadação desta contribuição para 95 (ver tabela 4), passando a apresentar crescimento significativo desde então.

TABELA 4
Evolução Mensal da Arrecadação Federal e dos Repasses de Recursos ao
Ministério da Saúde (1990-1995)

(Em R\$ milhões de abril/95)*

	Imposto de Renda	IPI	IOF	COFINS/ FINSOCIAL	CSLL	PIS/PASEP	Outros	Contribuição sobre Folha de Salários	Total (A)	Repasses ao MS (B)
1990	29 818	13 947	8 855	9 214	3 466	6 626	2 579	28 695	103 199	8 983
Jan.	3 016	1 172	61	720	116	321	196	2 401	8 003	493
Fev.	3 167	712	57	682	122	450	174	1 494	6 857	543
Mar.	2 462	950	449	723	197	447	151	1 612	6 990	549
Abr.	4 659	1 000	4 111	722	907	574	174	2 558	14 706	624
Mai.	4 251	1 085	1 912	859	702	708	221	2 436	12 173	1 189
Jun.	1 762	1 273	181	799	246	645	195	3 081	8 182	725
Jul.	1 703	1 226	135	839	211	601	216	2 411	7 342	1 071
Ago.	1 744	1 502	386	797	216	579	254	2 545	8 023	983
Set.	1 619	1 037	398	831	198	616	215	2 445	7 359	652
Out.	1 701	1 578	363	788	182	593	225	2 507	7 938	723
Nov.	1 689	1 335	386	754	177	579	300	2 270	7 489	796
Dez.	2 047	1 076	417	699	193	512	258	2 935	8 137	635
1991	21 499	12 932	3 316	8 479	2 062	6 492	2 790	26 142	83 712	11 533
Jan.	1 745	1 102	358	692	112	561	243	2 895	7 708	368
Fev.	1 354	941	226	630	113	443	174	1 925	5 807	895
Mar.	1 584	1 029	273	544	111	566	208	2 228	6 543	1 297
Abr.	2 826	1 135	216	853	324	667	213	1 911	8 144	1 005
Mai.	2 509	1 028	242	948	401	583	199	1 950	7 859	1 198
Jun.	2 113	1 032	197	884	360	483	189	2 410	7 669	905
Jul.	2 227	1 243	299	817	198	725	226	2 190	7 923	1 675
Ago.	1 515	1 124	256	802	146	436	227	2 132	6 638	1 093
Set.	1 229	1 208	225	712	104	511	254	2 013	6 257	830
Out.	1 498	996	300	621	85	618	329	2 231	6 679	949
Nov.	1 159	989	301	596	56	419	225	1 985	5 731	491
Dez.	1 740	1 104	422	380	53	481	303	2 272	6 754	825
1992	20 796	12 807	3 589	5 434	3 458	6 201	3 206	27 820	83 312	8 389
Jan.	991	875	263	348	25	513	254	2 943	6 212	1 006
Fev.	1 076	1 053	324	347	54	511	275	2 614	6 254	904
Mar.	1 225	1 029	301	356	100	509	293	2 280	6 093	737
Abr.	2 033	923	337	338	280	493	295	2 209	6 908	711
Mai.	2 570	1 053	304	491	362	558	303	2 823	8 464	789
Jun.	1 890	969	301	501	275	521	259	2 417	7 132	741
Jul.	1 931	1 065	292	508	416	481	347	2 337	7 377	614
Ago.	1 853	1 172	287	547	434	488	317	2 196	7 294	532
Set.	1 697	1 105	289	524	347	499	194	1 996	6 650	605
Out.	1 783	1 159	298	490	395	558	216	2 288	7 187	466
Nov.	1 762	1 187	284	500	393	570	199	2 206	7 101	675
Dez.	1 986	1 217	310	485	377	500	253	1 512	6 640	609
1993	22	13	4 191	7 170	4 924	6 417	3 441	26 451	89 082	8 156

	892	595								
Jan.	1 902	1 222	331	486	333	464	207	2 891	7 835	781
Fev.	1 982	1 168	312	509	352	499	177	2 043	7 042	830
Mar.	1 792	955	291	494	320	516	278	1 895	6 542	779
Abr.	1 903	1 142	297	611	535	557	248	1 905	7 198	791

(Continua)

(Continuação)

	Imposto de Renda	IPI	IOF	COFINS/ FINSOCIAL	CSLL	PIS/PASEP	Outros	Contribuição sobre Folha de Salários	Total (A)	Repasses ao MS (B)
Mai.	2 974	1 053	334	573	895	522	224	1 768	8 342	265
Jun.	2 002	1 041	335	583	315	529	256	2 081	7 142	844
Jul.	1 646	1 097	355	605	411	544	308	2 057	7 023	932
Ago.	1 456	1 085	333	631	322	543	279	2 068	6 717	847
Set.	1 598	1 087	373	638	373	520	603	1 859	7 050	683
Out.	1 598	1 094	365	614	351	528	265	2 028	6 843	823
Nov.	1 772	1 502	431	641	341	635	284	1 988	7 594	581
Dez.	2 267	1 147	434	785	377	561	312	3 870	9 753	819
1994	22 689	12 143	4 350	12 398	5 229	6 301	12 009	28 952	104 071	11 465
Jan.	2 143	945	481	832	443	545	981	2 087	8 457	1 219
Fev.	1 697	903	392	800	337	522	1 056	2 151	7 859	856
Mar.	1 518	988	433	760	342	529	949	2 073	7 593	591
Abr.	2 324	920	442	850	519	550	981	2 125	8 711	911
Mai.	1 849	961	452	815	337	547	1 133	2 168	8 261	849
Jun.	1 787	950	462	862	299	541	1 057	2 185	8 143	874
Jul.	1 608	869	344	919	313	462	1 030	2 299	7 843	653
Ago.	1 691	1 071	245	1 251	461	465	1 118	2 430	8 733	1 073
Set.	1 725	1 048	282	1 330	622	620	916	2 385	8 928	1 343
Out.	1 584	1 051	289	1 260	509	479	1 096	2 390	8 658	676
Nov.	1 626	1 171	225	1 319	452	498	1 039	2 371	8 701	1 062
Dez.	3 136	1 267	304	1 397	595	542	654	4 288	12 183	1 360
1995	5 757	12 365	1 000	6 263	2 731	2 495	4 398	15 467	47 733	6 090
Jan.	1 109	2 496	225	1 360	561	513	780	2 401	9 445	656
Fev.	1 117	1 921	177	1 187	487	467	686	2 614	8 655	1 677
Mar.	1 168	2 682	183	1 289	603	502	854	2 574	9 854	713
Abr.	1 200	1 922	162	1 258	468	516	896	2 519	8 941	752
Mai.	1 163	3 345	254	1 170	612	497	1 183	2 615	10 838	992
Jun.	-	-	-	-	-	-	-	2 743	-	1 300
Jul.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ago.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Set.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Out.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nov.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dez.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Previsão 95	26 298	13 500	2 239	14 533	6 281	5 963	8 997	35 803	113 612	13 940

Fonte: STN/MF; Secretaria de Previdência Social — SPS/MPAS; e Coordenação Geral de Orçamento e Finanças — COF/MS.

Nota: * Valores deflacionados pelo IGP-DI.

Como pode ser observado na tabela 5 e no conjunto gráfico 2, a COFINS tem tido, nos últimos anos, participação importante no financiamento da saúde. Em 1993, por exemplo, essa fonte foi responsável por 38,1% do total do financiamento do Ministério da Saúde, em resposta à diminuição na participação relativa da Fonte 154, que caiu de 55,9% em 92 para 17,4% em 1993.

CONJUNTO GRÁFICO 2

Composição das Fontes de Financiamento do Ministério da Saúde

Nota: CSLL = Contribuição sobre o Lucro Líquido da Pessoa Jurídica.

TABELA 5
Evolução da Participação das Fontes de Financiamento da Saúde

Fontes	(Em porcentagem)			
	92	93	94	95*
Recursos Ordinários do Tesouro (100)	12,1	18,0	0,6	0,0
Títulos do Tesouro e Operações de Crédito(144-149)	0,3	10,7	3,3	10,0
Receitas Próprias (150)	0,0	0,0	1,9	0,7
Contribuição sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas (151)	1,4	15,8	17,0	27,4
FINSOCIAL/COFINS (153)	30,2	38,1	27,5	44,4
Contribuição sobre Folha de Salários (154)	55,9	17,4	0,0	0,0
Recuperação de Depósito Judiciais do COFINS (198)	0,0	0,0	13,4	0,0
Fundo Social de Emergência (199)	0,0	0,0	33,2	14,9
Outros	0,1	0,0	3,0	2,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: COF/MS.

Nota.: *janeiro a junho.

A crise de financiamento de 1993 foi atenuada com o empréstimo contraído junto ao FAT, no valor de US\$ 581 milhões, e pelo aumento do aporte dos Recursos Ordinários do Tesouro (Fonte 100), da Contribuição sobre Lucro de Pessoas Jurídicas (Fonte 151) e ainda pela emissão de títulos do Tesouro (Fonte 144). O empréstimo do Fundo de Amparo ao Trabalhador, contudo, passa a se constituir em dívida a pagar, onerando o orçamento do Ministério da Saúde nos exercícios seguintes.

Em 1994, os repasses ao Ministério da Saúde cresceram 40,7% em relação a 1993, atingindo o montante de R\$ 11,4 bilhões, equivalentes a 11% da arrecadação federal, nela compreendidas todas as contribuições exclusivas da Seguridade Social. Se tomada apenas a receita proveniente das três principais contribuições do OSS, que corresponde a 44,7% da arrecadação global, esse percentual representa 24,6%, inferior portanto aos 30% preconizados originalmente pelo Ato das Disposições Transitórias como destinação para a saúde.

Nesse ano, a arrecadação federal também cresceu significativamente em relação ao anterior, principalmente a *COFINS* (responsável por 27,5% dos recursos do Ministério da Saúde) e a *Contribuição sobre Folha*. Além disso, houve a recuperação dos depósitos judiciais da *COFINS*, que *financiou* 13,4% dos gastos do ministério. O Fundo Social de Emergência, criado em 1994, com parte expressiva de seus recursos originários de desvinculação de receitas de

contribuições da Seguridade Social, contribuiu para financiar 33,2% das despesas do Ministério da Saúde.

De janeiro a junho de 1995, os recursos repassados ao Ministério da Saúde superam em 27,8% os do mesmo período do ano anterior. Esse incremento é sustentado pelo bom desempenho das receitas no primeiro semestre. Para o fim do ano, a estimativa de receitas das contribuições sociais, excluindo-se o PIS/PASEP, prevê valores maiores do que todos os outros anos.

Em relação à arrecadação total do Tesouro Nacional e do INSS, os repasses ao Ministério da Saúde (MS) têm correspondido aos seguintes percentuais: 1990, 8,7%; 1991, 13,8%; 1992, 10,1%; 1993, 9,1%; 1994, 11,0%; 1995 (previsão), 12,3%.

Se considerada apenas a receita disponível da União, ou seja, se do total arrecadado são retiradas as transferências constitucionais para estados (FPE) e municípios (FPM), esses percentuais sobem significativamente: 1990, 10,8%; 1991, 17,2%; 1992, 12,5%; 1993, 12,7%; 1994, 13,1%; 1995 (previsão), 14,7%.

Os sucessivos incrementos da participação do Ministério da Saúde na receita total e disponível foram possíveis graças ao aumento substancial da arrecadação das contribuições sociais formadoras do Orçamento da Seguridade Social. O peso relativo das três principais contribuições — FINSOCIAL/COFINS, CSLL e Contribuição de Empregadores e Trabalhadores à Seguridade Social — no total da arrecadação federal comportou-se conforme a seqüência: aumentando de 40% em 1990 para uma previsão de 56,6%, em 1995 — 1990, 40,0%; 1991, 43,6%; 1992, 43,9%; 1993, 43,2%; 1994, 44,7%; 1995 (previsão), 56,6%.

Todavia, a participação relativa dos repasses ao Ministério da Saúde na arrecadação das contribuições sociais do Orçamento da Seguridade Social declinou entre 1992 e 1995, conforme podemos observar na tabela 5.

Em 1992, foi repassado 20% do total das contribuições, sendo que o Ministério da Saúde recebeu 46,6% da arrecadação da COFINS e 16,9% da arrecadação da Contribuição de Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social. Nos anos seguintes, a participação das transferências ao MS de recursos originários das contribuições no total da arrecadação caiu para 15,1% em 1993, 11% em 1994 e, até maio de 1995, esta parcela foi de 15,8%. A

diminuição em 1992 é explicada, em primeiro lugar, pela queda no aporte de recursos, e, em segundo lugar, pelo aumento das transferências provenientes da Fonte Títulos do Tesouro (144).

Desde 1993 até junho de 1995, verifica-se a predominância das fontes COFINS e Contribuição sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas no financiamento do Ministério da Saúde. Em 1995, as duas fontes responderam, até junho, por cerca de 72% do financiamento do MS.

Em 1994 e 1995, o Fundo Social de Emergência, formado com recursos dessas contribuições, dentre outros, substituiu parcela das transferências ao Ministério da Saúde anteriormente cobertas com recursos das contribuições, sendo que, em 1994, ainda houve a transferência de recursos da Fonte Recuperação de Depósitos Judiciais da COFINS (Fonte 198), responsável por 13,4% do financiamento do MS.

Entre 1992 e 1995, observa-se também um progressivo aumento do peso relativo das transferências ao Ministério da Saúde no total arrecadado da Contribuição sobre Lucro das Pessoas Jurídicas, que sobe de 3,4%, em 1992, para 48,1%, em 1995. Em relação à COFINS, a participação caiu sucessivamente até 1994, atingindo o patamar de 25,4%. E, até maio de 1995, houve aumento, transferindo-se o equivalente a 34% da arrecadação da COFINS (ver tabela 6 e conjunto gráfico 2).

TABELA 6
Parcela da Arrecadação das Contribuições Sociais da Seguridade Social Repassados ao Ministério da Saúde
(Em porcentagem)

Ano	Folha de Salários	Lucro Líquido	FINSOCIAL/COFINS	Total
92	16,9	3,4	46,6	20,0
93	5,4	26,2	43,3	15,1
94	0,0	37,3	25,4	11,0
95*	0,0	48,1	34,0	15,8

Fonte: MF-STN, e MS-SAG-CGOF.

Nota:* Até maio.

Apesar dos sucessivos aumentos no montante de recursos desde 1992, os repasses têm sido feitos de forma extremamente irregular, observando-se grandes flutuações nos valores aportados princi-

palmente a partir de maio de 1993, quando foi cancelado o repasse da Fonte 154.

Os gráficos 3 e 4 demonstram que os repasses de recursos ao MS apresentam um comportamento bastante irregular. Embora a arrecadação federal e, mais especificamente, a arrecadação das contribuições sociais tenha apresentado um crescimento regular.

A irregularidade dos repasses pode estar aliada à instabilidade da composição das fontes de financiamento. Como vimos na tabela 5, ocorrem sucessivas alterações na composição das fontes do ministério, sendo recorrente o apelo a títulos do Tesouro (Fonte 144) para substituir outras fontes.

Tal irregularidade, associada à prioridade atribuída ao pagamento das despesas com pessoal e dos serviços hospitalares e ambulatoriais do SUS, repercute principalmente sobre os valores destinados para custeio das demais ações e serviços de saúde, porque tem determinado um aporte de recursos aos demais programas do Ministério da Saúde muito inferior às dotações orçamentárias.

A evolução dos desembolsos para pagamento de internações hospitalares (AIH) e serviços ambulatoriais (RCA/UCA) demonstra que há, sistematicamente, uma defasagem média de 60 dias entre a prestação dos serviços e o seu pagamento pelo Ministério da Saúde. Em contexto de inflação elevada, como ocorreu até meados de 1994, esse atraso significou perdas consideráveis para os prestadores públicos e privados de serviços, uma vez que as faturas são pagas pelos seus valores nominais, sem nenhum tipo de correção (ver tabela 7).

TABELA 7
Alternativas de Despesas Federais com Assistência
Hospitalar (AIHs) e Ambulatorial (UCAs)
Janeiro-Dezembro de 1993

Mês	Despesa (US\$1 000)		Diferença (%)
	Alternativa I*	Alternativa II**	
Jan.	515 453	348 419	-32,41
Fev.	517 332	353 431	-31,68
Mar.	552 951	382 950	-30,74
Abr.	547 527	369 664	-32,48
Mai.	560 305	368 374	-34,25
Jun.	555 893	366 541	-34,06
Jul.	543 576	366 072	-32,65
Ago.	582 621	364 297	-37,47
Set.	646 588	371 017	-42,62
Out.	626 670	385 451	-38,49
Nov.	653 924	402 676	-38,42
Dez.	695 882	370 913	-46,70
Total	6 998 722	4 449 805	-36,42

Notas: * Valores em cruzeiros reais convertidos ao câmbio do dia 15 do mês

em que o serviço foi prestado.

** Valores em cruzeiros reais convertidos ao câmbio do dia em que foi feito o pagamento devido.

A regularidade no fluxo de recursos, permitindo a superação da enorme defasagem entre a prestação de serviços e seu efetivo pagamento, teria dois efeitos positivos:

- neutralizaria, pelo menos em parte, a pressão dos provedores no sentido do aumento nominal das tarifas; e

- agilizaria o processo de descentralização. A principal razão da resistência de estados e municípios em assumir suas competências constitucionais e legais no SUS é a ausência de garantia quanto à regularidade do aporte da União ao financiamento do sistema.

b) Evolução do gasto público ⁸

Estima-se que as despesas nacionais com saúde tenham alcançado em 1989 cerca de 4,5% do PIB, das quais 70,7% foram atendidas com recursos públicos aportados pelas três esferas de governo. O restante (29,3%) corresponde ao gasto privado, isto é, às despesas pessoais e das empresas (inclusive estatais) que proporcionam assistência médico-hospitalar a seus empregados.

Em termos globais, o gasto público evoluiu de US\$ 10,9 bilhões em 1980 para US\$ 16,3 bilhões em 1989 (crescimento médio de 5,4% ao ano), caindo para US\$ 14,5 bilhões (-11% em relação a 1989) no primeiro ano desta década. A evolução dos gastos com saúde nas três esferas de governo pode ser observada na tabela 8.

TABELA 8
Evolução dos Gastos com Saúde nas Três Esferas de Governo
Brasil, 1980-1990

(Em US\$ milhões de dez./93)

Anos	Total		União		Estados		Municípios	
	Valor	(%)	Valor	(%)	Valor	(%)	Valor	(%)
1980	10 964,1	100,0	8 221,3	75,0	1 953,8	17,8	789,0	7,2
1981	10 355,7	100,0	7 650,1	73,9	1 916,2	18,5	789,4	7,6
1982	10 735,8	100,0	7 985,5	74,4	1 848,5	17,2	901,7	8,4
1983	8 824,3	100,0	6 384,2	72,3	1 688,6	19,1	751,5	8,5
1984	8 919,6	100,0	6 654,8	74,6	1 601,7	18,0	663,2	7,4
1985	10 691,9	100,0	7 661,0	71,7	2 016,4	18,9	1 014,5	9,5
1986	11 927,3	100,0	8 201,8	68,8	2 479,7	20,8	1 245,9	10,4
1987	14 286,6	100,0	11 867,2	83,1	1 266,8	8,9	1 152,6	8,1
1988	12 242,3	100,0	11 182,5	91,3	(749,1)	(6,1)	1 809,0	14,8
1989	16 297,3	100,0	12 623,1	77,5	1 891,7	11,6	1 782,5	10,9
1990	14 490,1	100,0	10 539,0	72,7	2 236,6	15,4	1 714,5	11,8

⁸ A fonte dos dados sobre gastos estaduais e municipais é Medici (1993). Os dados referem-se à despesa realizada. O dimensionamento da despesa federal foi feito de acordo com os critérios da Conta Social Consolidada — CSC, elaborada no IPEA. Segundo essa metodologia, a despesa da União com saúde corresponde ao somatório dos dispêndios de todos os órgãos federais com subprogramas típicos do programa saúde, menos o subprograma Alimentação e Nutrição. Ao valor encontrado, são acrescentadas as demais despesas do Ministério da Saúde, excetuadas as referentes a subprogramas típicos de outras funções sociais, realizadas naquele ministério.

1991	-	-	8 750,4	-	-	-	-	-
1992	-	-	7 327,7	-	-	-	-	-

Fontes: IPEA (1992); Medici (1993).

Nota: * O valor negativo do gasto estadual em 1993 deve-se, possivelmente, aos critérios utilizados pelo Ministério da Saúde na contabilização das transferências nesse ano.

De um modo geral, o comportamento dos gastos com saúde é bastante similar ao de outros setores sociais: redução na crise de 1983/84, e recuperação entre 1985 e 1989, voltando a decrescer a partir de 1990.

Entre 1980 e 1990, a participação média do governo federal no gasto total com saúde, sob a ótica da origem dos recursos,⁹ foi de 75,9%, com flutuações ao longo do período (68,8% em 1986 e 83,1% em 1987).

As variações entre estados e municípios também foram acentuadas: a participação estadual baixou de 18% para 15,4%, entre 1980 e 1990, enquanto, no mesmo período, os municípios elevaram sua participação de 7% para 11,8% (ver tabela 8).

Como parcela do PIB, as despesas públicas com saúde alcançaram sua maior marca em 1989 (3,26%), e a menor em 1983, quando foi equivalente a 2,14% (ver tabela 9).

TABELA 9
Evolução dos Gastos com Saúde em Relação ao PIB
Brasil, 1980-1990

Anos	Total (%)	União (%)	Estados (%)	Municípios (%)
1980	2,34	1,75	0,42	0,17
1981	2,36	1,74	0,44	0,18
1982	2,37	1,75	0,41	0,20
1983	2,14	1,55	0,41	0,18
1984	2,15	1,60	0,39	0,16
1985	2,23	1,60	0,42	0,21
1986	2,27	1,56	0,47	0,24
1987	2,81	2,33	0,25	0,23

⁹ Sob essa ótica, as transferências intergovernamentais são consideradas como gasto da instância transferidora. No enfoque oposto — ótica da responsabilidade do gasto —, as transferências são computadas como gasto da instância recipiente.

1988	2,69	2,31	0,00	0,38
1989	3,26	2,52	0,38	0,36
1990	3,19	2,32	0,49	0,38

Fontes: IPEA (1992); Medici (1993).

Não obstante as freqüentes alusões ao *sucateamento* do setor público em decorrência da redução dos aportes governamentais depois do *boom* dos anos 70, na verdade, durante a chamada *década perdida*, os dispêndios *per capita* com saúde cresceram 9,55% entre 1980 e 1990. Neste último ano, o dispêndio foi de aproximadamente US\$ 101 por habitante/ano, inferior aos US\$ 105 e US\$ 115,5 registrados em 1987 e 1989, respectivamente (ver tabela 10).

TABELA 10
Evolução dos Gastos Públicos com Saúde — *Per Capita*
Brasil, 1980-1990

Anos	Gasto Total (Em US\$ milhões- dez./93)	População (IBGE)	<i>Per Capita</i> (Em US\$ 1,00)
1980	10 964,1	119 002 702	92,1
1981	10 355,7	121 433 150	85,3
1982	10 735,8	123 890 813	86,7
1983	8 824,3	126 356 858	69,8
1984	8 919,6	128 827 305	69,2
1985	10 691,9	131 278 660	81,4
1986	11 926,5	133 691 356	89,2
1987	14 286,6	136 109 093	105,0
1988	12 242,3	138 571 632	88,3
1989	16 297,3	141 076 292	115,5
1990	14 489,4	143 609 552	100,9

Fontes: IPEA (1992); Medici (1993).

Para depois de 1990, os dados referentes aos gastos estaduais e municipais ainda não estão disponíveis. As despesas federais no setor, contudo, apresentaram uma queda acumulada de 30% entre 1990 e 1992. Em 1993, no entanto, há uma recuperação na despesa realizada pela União que cresce 26% em relação a 1992.

Como não estão disponíveis os dados sobre o período 90/95 sobre gastos das demais esferas de governo, não é possível saber se os dispêndios à conta de estados e municípios teriam conseguido compensar, de forma significativa, a forte retração da contribuição da União provocada pelas políticas de ajuste no início desta década.

c) Estrutura da despesa do Ministério da Saúde

Os gastos do Ministério da Saúde correspondem, em média, a cerca de 80% do dispêndio total da União com o Programa Saúde. O restante (20%) é executado por diferentes órgãos do governo federal.

Desses 20%, só uma parte é destinada ao custeio de serviços de saúde de acesso universal: hospitais universitários vinculados ao MEC e a folha de salário da Secretaria de Saúde do GDF, por exemplo. A outra parte financia programas sem objetivos sanitários pre-cípuos ou que atendam ao princípio da universalidade. No primeiro caso, enquadra-se a merenda escolar, cuja finalidade básica é contribuir para a melhoria do rendimento do aluno; no segundo, situa-se o custeio de serviços de saúde para clientela fechada, uma forma explícita de privatização do recurso público de constitucionalidade no mínimo duvidosa.

Em 1993, os dispêndios globais do Ministério da Saúde (despesa realizada) apresentaram um crescimento de 21,2% em relação a 1992, subindo de US\$ 6 136 milhões para US\$ 7 435 milhões, segundo dados da Secretaria de Administração Geral (SAG) do MS.

Observa-se na distribuição dos gastos nos anos de 1992 e 1993, que o principal item de dispêndio corresponde ao grupo de *outras despesas correntes* (72% e 73%, respectivamente, nos anos referidos). *Pessoal e encargos sociais* absorveram 22,88% e 23,47%, enquanto as *despesas de capital* consumiram apenas 4,37% e 2,96% do gasto em 1992 e 1993.

Em 1993, os gastos com *outras despesas correntes e pessoal e encargos* apresentaram um incremento de 22,69% e 24,29%, respectivamente. As *despesas de capital*, por sua vez, sofreram redução de 17,81%, como mostra a tabela 11.

TABELA 11

Evolução Anual dos Gastos do Ministério da Saúde por Grupos de Despesa 1992 e 1993

(Em milhares)

Ano Grupos de Despesa	1992			1993			D %
	CR\$	US\$	%	CR\$	US\$	%	93/92
Pessoal e Encargos Sociais	6 345 860	1 403 951	22,88	154 381 853	1 745 019	23,47	24,29
Dívida e Enc. Dívida Interna	173 228	38 325	0,62	3 468 269	39 203	0,53	2,29
Outras Despesas Correntes	20 007 320	4 426 398	72,13	480 444 647	5 430 594	73,04	22,69
Despesas de Capital	1 211 719	268 079	4,37	19 491 926	220 322	2,96	-17,81
Total	27 738 127	6 136 754	100,0	657 786 695	7 435 138	100,0	21,16

Fonte: MS/COF.

Nota: US\$ médio exercício 1992 = CR\$ 4,52; US\$ médio exercício 1993 = CR\$ 88,47.

As despesas por subprogramas (ver tabela 12) mostram que a *Assistência Médica e Sanitária* (basicamente, internações hospitalares e atendimento ambulatorial) foi responsável por 74,06% do gasto do Ministério da Saúde em 1992, e por 71,75% em 1993, apresentando, no entanto, um crescimento de 17,38% nos dispêndios em 1993. O crescimento real desse subprograma favoreceu, fundamentalmente, a rede pública e o atendimento ambulatorial.

TABELA 12
**Evolução Anual dos Gastos do Ministério da Saúde por Subprograma
1992 e 1993**

(Em milhares)

Ano Subprogramas	1992			1993			D %
	CR\$	US\$	%	CR\$	US\$	%	93/92
076 — Programa Saneamento	109 009	24 117	0,39	2 964 763	33 512	0,45	38,95
0033 — Dívida Interna	20 265	4 483	0,07	398 729	4 507	0,06	0,52
0034 — Dívida Externa	152 963	33 841	0,55	3 069 540	34 696	0,47	2,52
0054 — Pesquisa Fundamental	79 115	17 503	0,29	1 280 884	14 478	0,19	-17,28
0055 — Pesquisa Aplicada	101 347	22 422	0,37	1 790 224	20 235	0,27	-9,75
0427 — Alimentação e Nutrição	-	-	-	1 274 971	14 411	0,19	-
0428 — Assistência Médica e Sanitária	20 541 497	4 544 579	74,06	471 943 275	5 334 501	71,75	17,38

0429 — Controle de Doenças Transmissíveis	1 334 196	295 176	4,81	26 944 954	304 566	4,10	3,18
0430 — Vigilância Sanitária	11 440	2 531	0,04	556 938	6 295	0,08	148,73
0431 — Produtos Profiláticos Terapêuticos	574 827	127 174	2,07	23 279 031	263 129	3,54	106,90
Outros	4 813 468	1 064 927	17,35	124 283 386	1 404 808	18,89	31,92
Total	27 738 127	6 136 754	100,00	657 786 695	7 435 138 0	100,0	21,16

Fonte: MS/COF.

Nota: US\$ médio exercício 1992 = CR\$ 4,52; US\$ médio exercício 1993 = CR\$ 88,47.

Já o subprograma *Controle de Doenças Transmissíveis*, que abrange o controle de doenças endêmicas como malária, esquistossomose, febre amarela e epidêmicas como cólera e dengue, apresentou um crescimento bem mais modesto (3,18%). Sua participação relativa nos gastos totais do Ministério da Saúde diminuiu de 4,81% em 1992 para 4,10% em 1993.

Aparentemente, os gastos com o controle da AIDS — significativos graças ao financiamento externo (Banco Mundial) — não estão contabilizados nesse subprograma. De qualquer forma, a evolução das despesas com o controle de doenças transmissíveis reforça o entendimento de que a baixa prioridade atribuída a problemas de saúde coletiva que atingem as áreas mais pobres do país é, em boa parte, devido à pouca capacidade de pressão das populações beneficiárias e dos agentes, em geral públicos, envolvidos na prestação desses serviços.

Os subprogramas *Produtos Profiláticos e Terapêuticos* (que inclui a aquisição e distribuição de medicamentos e imunizantes), *Vigilância Sanitária* e o programa *Saneamento* apresentaram crescimentos significativos de 106,95%, 148,73% e 38,95%, respectivamente, denotando alteração nos seus níveis de prioridade. Esses programas participaram, em 1993, com 3,54 %, 0,08% e 0,45%, respectivamente, do gasto total do Ministério da Saúde. Em 1992, esses percentuais foram de 2,07%, 0,04% e 0,39%.

Embora expressivo, o aumento do gasto com medicamentos deve ter tido pouco impacto na ampliação da cobertura. Possivelmente deve ter decorrido dos sucessivos aumentos de preços acima da inflação determinados pela indústria farmacêutica. Os recursos destinados ao saneamento básico, por sua vez, foram comprometidos em proporção expressiva com obras previstas em

emendas parlamentares, não podendo ser remanejados para o cumprimento da programação regular do Ministério da Saúde.

Um aumento da participação relativa desses subprogramas, bem como do subprograma *Alimentação e Nutrição*, também pode ser constatado no orçamento de 1994. Na área de alimentação e nutrição, o crescimento decorre da prioridade governamental concedida aos programas de combate à fome e à miséria.

As internações hospitalares e os serviços ambulatoriais — subprograma *Assistência Médica e Sanitária* — constituem o principal item de despesa do Ministério da Saúde. Em 1993, 72,75% da despesa com internações hospitalares foi feita com serviços privados (inclusive 3,14% em hospitais de ensino privados) e 27,25% na rede pública (incluindo 12,57% em hospitais universitários públicos) (ver tabela 13). No mesmo ano, os hospitais públicos responderam por 28% das internações e os privados (inclusive hospitais de ensino privados), por 72%.

TABELA 13
Distribuição Percentual da Despesa com Internações
Segundo o Tipo de Instituição
1993

Hospital	Distribuição da Despesa com AIHS	Percentual Leitos do SUS
Total	100,00	100,00
1. Público	14,68	21,85
1.1 Federal	1,25	2,46
1.2 Estadual	8,46	12,90
1.3 Municipal	4,97	6,49
2. Privado	69,61	71,38
2.1 Lucrativo	39,64	45,44
2.2 Filantrópico	29,97	25,94
2.3 Sindicato
3. Universitário	15,71	6,77
3.1 Público	12,57	...
3.2 Privado	3,14	...

Fonte: MS/Secretaria de Assistência à Saúde.

A distribuição percentual média dos itens de gastos hospitalares (dezembro de 1991 a dezembro de 1993) demonstra que os serviços hospitalares (diárias, materiais e medicamentos) respondem por 70% dos dispêndios, os honorários profissionais por 21%, os serviços de diagnóstico e terapia por 4,7%, as órteses e próteses por 3,0% e a hemoterapia por 1,3%, conforme mostra a tabela 14.

TABELA 14
Distribuição Percentual dos Itens de Gasto
com Internação (AIH) no SUS

Item de Despesa	Porcentagem do Gasto
Total	100
Serviços Hospitalares	70,0
Honorários Profissionais	21,0
SADT	4,7
Hemoterapia	1,3
Orteses e Próteses	3,0

Fonte:MS/Secretaria de Assistência à Saúde.

Nota: Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (Laboratório, Raio X, etc).

Obs.: Média observada entre dezembro de 1991 e dezembro de 1993.

As causas mais freqüentes de hospitalização (ver tabela 15) pouco se alteraram nos últimos três anos. Essas causas representam 40% da internações custeadas pelo SUS.

TABELA 15
SUS: Dez Causas mais Freqüentes de Internação Custeadas pelo
Ministério da Saúde, por Grupos de Causas segundo o CID (9ª Re-
visão)
1991-1993

Grupos de Causas	1991			1992			1993		
	Freqüência	Ordem	%	Freqüência	Ordem	%	Freqüência	Ordem	%
Parto Normal	1 686 378	1	11,7	1 809 153	1	11,8	1 917 323	1	12,3
Pneumonia	1 216 079	2	8,4	1 282 001	2	8,3	1 346 340	2	8,6
Infecções Intestinais Mal-Definidas	778 848	3	5,4	862 090	3	5,6	935 774	3	6,0
Psicoses Esquizofrênicas	438 657	4	3,0	440 750	5	2,9	441 206	5	2,8
Insuficiência Cardíaca	435 657	5	3,0	479 690	4	3,1	518 026	4	3,3
Bronquite Crônica/Enfisema/Asma	386 112	6	2,7	419 423	6	2,7	417 779	6	2,7
Outras Complicações Trabalho de Parto	259 439	7	1,8	323 507	7	2,1	408 732	7	2,6
Hipertensão Essencial	255 718	8	1,8	249 857	9	1,6	233 892	9	1,5
Psicose Alcoólica	253 770	9	1,8	231 923	11	1,5	217 890	11	1,4
Infecção do Rim	226 358	10	1,6	220 390	12	1,4	218 524	10	1,4
Subtotal	5 937 016	-	41,2	6 318 784	-	41,1	6 655 486	-	42,6
Todos os Demais Procedimentos	8 474 794	-	58,8	9 062 454	-	58,9	8 956 609	-	57,4
Total	14 411 810	-	100,0	15 381 238	-	100,0	15 612 095	-	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde — SAS/ Boletim Informativo ano 1, n.2, maio 1994.

Nota: Prolapso útero-vaginal (253 936) e hérnia abdominal (239 765) foram respectivamente a 8ª e 10ª causa em 1992. Em 1993, a 8ª causa foi hérnia abdominal (239 062).

O parto normal mantém o primeiro lugar, aumentando sua participação (12,3% do total de internações em 1993), tanto em termos absolutos como relativos. Destaque-se, ainda, o aumento das internações por insuficiência cardíaca (crescimento de 19% entre 1991 e 1993), por outras complicações do trabalho de parto (7ª causa, aumento de 58%) e das infecções intestinais mal-definidas (3ª causa, aumento de 20%).

Em um país de população jovem, com crescimento demográfico expressivo, embora em queda, não surpreende a posição de destaque das causas obstétricas. Difícil é explicar o crescimento entre 1991 e 1993 de 20% nas internações por infecções intestinais mal-definidas, a terceira causa mais importante de internação. Hospitalizações por suspeita de cólera poderiam explicar uma parte do aumento, mas não todo o porcentual ocorrido. Igualmente problemático é explicar o crescimento de 58%, entre 1991 e 1993, nas internações por insuficiência cardíaca, que ocupa o 5º posto no *ranking* (ver tabela 15).

A tabela 16 mostra os dez procedimentos hospitalares de maior impacto na despesa. Esses procedimentos correspondem a quase 37% do total, acarretando, porém, mais de 45% da despesa de internações. O tratamento psiquiátrico é o item de maior despesa global (10,38% do total), sendo responsável por pouco mais de 8% das internações.

TABELA 16
Dez Procedimentos Hospitalares de Maior despesa Global
na Rede do SUS
1991

Procedimentos		Frequência		Despesas com AIHs
Código	Descrição	Número (a)	%	%
63-001-00-4	Tratamento em Psiquiatria	1 127 091	8,31	10,38
35-001-01-1	Parto Normal	1 719 204	12,67	8,13
35-009-01-2	Cesariana	799 042	5,89	6,51
77-500-11-3	Insuficiência Cardíaca	417 916	3,08	5,24
31-000-00-2	Cirurgia Múltipla	129 677	0,96	3,59
81-500-10-6	AVC Agudo ¹	245 487	1,81	2,81
85-500-70-4	Atendimento de Pacientes Fora de Possibilidade Terapêutica ²	131 109	0,97	2,60
76-500-22-5	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	177 125	1,31	2,08
32-011-01-6	Cirurgia de Coronária com Extra-Corpórea ³			2,04
76-300-08-0	Broncopneumonia	272 904	2,01	1,95
-	Subtotal	5 019	36,99	45,34

		555	
-	Todos os Demais	8 548	63,01 54,66
		930	
	Total	13 568	100,00 100,00
		485	

Fonte: MS/SAS (Relação dos 50 procedimentos hospitalares mais freqüentes).

Notas: ¹ AVC - Acidente Vascular Cerebral

² Pacientes terminais, crônicos, Alzheimer, etc.

³ Não está relacionada entre os 50 procedimentos mais freqüentes.

O primeiro lugar se altera, se duas causas obstétricas (parto normal e cesarianas) forem consideradas em conjunto. Nesse caso, a participação relativa desses dois procedimentos chega a 14,6% da despesa total. Por outro lado, apenas três procedimentos relacionados a problemas cardiovasculares absorvem 10% dos gastos, para uma freqüência relativa de aproximadamente 5%.

A tabela 17 traz a evolução de internações relacionadas a algumas causas evitáveis. Verifica-se que as internações motivadas por essas causas cresceram bastante entre 1985 e 1991: as infecções intestinais cresceram 59%, o aborto, 125% e as internações por deficiência nutricional, 72%. A tabela 18 mostra a evolução das internações por alguns grupos de causas selecionados. Chama também atenção o crescimento (76%) das internações devido a doenças infecciosas e parasitárias, por causas externas, representadas por acidentes e violências (121%) e por causas mal-definidas (112%).

TABELA 17
Freqüência e Posição no *Ranking* de Algumas Causas Evitáveis de Hospitalização na Rede do SUS 1984-1991

Ano	Causas de Internação												
	Infecções Intestinais			Aborto			Deficiência Nutricional			Demais Causas		Total	
	Número	%	Posição	Número	%	Posição	Número	%	Posição	Número	%	Número	%
1985	558 237	4,62	6	151 944	1,26	14	82 465	0,68	23	11 303	93,4	12 095	100
										094	5	740	
1986	592 062	5,20	6	147 776	1,30	14	79 152	0,69	24	10 572	92,8	11 391	100
										836	1	826	
1987	685 907	5,83	6	172 422	1,47	14	94 663	0,81	23	10 805	91,9	11 758	100
										253	0	245	
1988	764 852	5,79	6	215 702	1,63	14	109 612	0,83	23	12 117	91,7	13 207	100
										038	5	204	
1989	749 197	6,14	6	227 217	1,86	13	118 224	0,97	24	11 098	91,0	12 193	100
										999	2	637	
1990	766 834	6,50	6	264 590	2,24	13	124 415	1,05	24	10 640	90,2	11 796	100
										521	0	360	
1991	890 900	6,57	6	341 911	2,52	10	142 219	1,05	23	12 193	89,8	13 568	100
										455	7	485	

Fonte: NS/FNS/CENEPI Informe Epidemiológico do SUS, ano I, n.2, jul-92.

TABELA 18
Freqüência de Internações por Grupos de Causas Seleccionadas na Rede do SUS*

Ano	Grupos de Causas										Total Geral	%
	Doenças Infecciosas e Parasitárias		Causas Mal-Definidas		Causas Externas		Outros Motivos para Contactar Serviços de Saúde		Todas as Demais Causas			
	Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%		
1985	689 441	5,70	116 156	0,96	377 096	3,12	7 476	0,06	10 905 571	90,16	12 095 740	100
1986	735 926	6,46	135 236	1,19	401 676	3,53	8 030	0,07	10 113 958	88,76	11 394 826	100
1987	865 751	7,36	162 455	1,38	493 747	4,20	10 941	0,09	10 225 351	86,96	11 758 245	100
1988	974 966	7,38	184 562	1,40	595 507	4,51	18 728	0,14	11 443 441	86,65	13 207 204	100
1989	973 559	7,98	186 381	1,53	658 146	5,40	21 679	0,18	10 353 872	84,91	12 193 637	100
1990	1 018 441	8,63	214 459	1,82	684 523	5,80	25 584	0,22	9 853 353	83,53	11 796 360	100
1991	1 211 574	8,93	246 608	1,82	832 469	6,14	29 871	0,22	11 247 963	82,90	13 568 485	100

Fonte: MS/FNS/CENEPI, Informe Epidemiológico do SUS Ano I, n. 1, jun 1992, e Ano I vol 7, dez 92.

Obs.: Rede do SUS: 1984 — abril 88: Hospitais contratados e filantrópicos conveniados; maio 88 — setembro 89: os anteriores acrescidos de hospitais universitários públicos e privados; setembro 89 em diante: todos os anteriores e demais hospitais públicos (federais, estaduais e municipais).

Não pode ser descartada a possibilidade de esses dados não refletirem com precisão o verdadeiro quadro nosológico da população, na medida em que podem ser influenciados pela forma com que o atendimento é remunerado, ou ser decorrência de deficiências na informação primária. Com essas ressalvas, os dados não deixam de indicar o enorme esforço a ser feito no controle de problemas evitáveis, com medidas de baixo custo unitário, que incluem ações educativas, saneamento básico, reidratação oral, vacinação, controle de vetores e planejamento familiar.

A questão da violência é mais complexa e multisetorial. Mas atacar pelo menos a causa de maior peso relativo — os acidentes de trânsito — seria suficiente para não só reduzir a demanda, numa área de atendimento freqüentemente complexo e de alto custo, como — o que é ainda mais importante — reverter a tendência das taxas de mortalidade por causas externas. Fazer isto exige muito pouco do sistema de saúde, já que as ações preventivas necessárias, além das de cunho educativo, estão situadas no campo da engenharia de tráfego, do Legislativo, mudando as leis para eliminar a impunidade, e dando aos veículos nacionais produzidos para uso doméstico no mínimo as mesmas condições de segurança exigidas pelo mercado externo.

O crescimento das internações classificadas como devidas a *causas mal-definidas* é um indicador indireto de queda na qualidade da assistência hospitalar. Esse crescimento pode estar ocorrendo porque o sistema de informação é deficiente ou porque cresce o número de pessoas internadas e que recebem alta sem um diagnóstico claro, requerendo, portanto, um esforço de investigação e regulação da área de controle e avaliação do SUS.

Os dez procedimentos ambulatoriais mais freqüentes (dados de dezembro de 1993) respondem por 40,5% da despesa com esse tipo de atendimento. O procedimento mais comum é o *atendimento por pessoal de nível auxiliar*, que corresponde a 30,3% do total de procedimentos, mas responde por apenas 4,1% da despesa. A consulta médica, o segundo procedimento de maior freqüência, é o principal item de gasto ambulatorial (23,4% do total da despesa) (ver tabela 19).

Agregando-se os procedimentos em função do seu impacto na despesa ambulatorial (ver tabela 20), verifica-se que um dos principais itens de gasto corresponde ao tratamento de pacientes renais crônicos. A hemodiálise, embora represente apenas 0,2% do total de atendimentos ambulatoriais, compromete 8,7% dos recursos destinados ao custeio dessa assistência. Este fato indica a necessidade de maior atenção para as ações de prevenção, de modo a diminuir o número de pacientes que venham a depender da hemodiálise, bem como o uso de alternativas terapêuticas de menor custo unitário.¹⁰

TABELA 19
Brasil: Dez Procedimentos Ambulatoriais de Maior
Freqüência na Rede do SUS
Dezembro, 1993

Procedimentos Ambulatoriais	Freqüência		Despesa	
	Número	%	CR\$	%
Atendimento p/ profis. nível aux.	12 960 877	30,3	11 924 007	4,1
Consulta Médica	8 805 896	20,6	67 805 399	23,4
Atos exec. p/ prof. Saúde nível	1 684 130	3,9	3 418 784	1,2
Consulta Médica com terapia	1 496 344	3,5	14 290 085	4,9
Dentística I	1 046 851	2,4	6 877 811	2,4
Bioquímica I	928 432	2,2	2 367 502	0,8

¹⁰ A diálise peritoneal seria uma alternativa de custo unitário bem mais baixo.

Hematologia I	893 450	2,1	3 359 372	1,2
Visita domiciliar p/ prof. nível aux.	856 305	2,0	3 116 950	1,1
Exame de fezes I	839 084	2,0	1 913 112	0,7
Procedimentos coletivos I	739 678	1,7	2 418 747	0,8
Subtotal	30 251 047	70,6	117 491 769	40,5
Todos os demais	12 582 445	29,4	172 503 890	59,5
Total	42 833 492	100,0	289 995 659	100,0

Fonte: MS/SAS.

TABELA 20
Brasil: Dez Procedimentos Ambulatoriais de Maior Despesa no SUS
(Dezembro, 1993)

Procedimentos	Frequência		Despesa	
	Número	%	CRS	%
1. Consulta Médica	8 805 896	20,6	67 805 399	23,4
2. Hemodiálise (sessão)	103 582	0,2	25 246 041	8,7
3. Cons. Médica c/ Terapia	1 496 344	3,5	14 290 085	4,9
4. Atend. p/ Profis. Nível Auxiliar	12 960 877	30,3	11 924 007	4,1
5. Radioterapia II	138 341	0,3	6 630 684	2,3
6. Atend. Clínico c/ Observação	255 780	0,6	5 770 397	2,0
7. Dentística I	1 046 851	2,4	6 877 811	2,4
8. Peq. Cirurgia Pele, Sub cut. Mucosa	350 824	0,8	11 977 131	4,1
9. Cons. Ortopedia c/ Trat. Prov.	179 233	0,4	3 745 970	1,3
10. Hematologia I	893 450	2,1	3 359 372	1,2
Subtotal	26 231 178	61,2	157 626 897	54,4
Todos os Demais	16 602 314	38,8	132 368 762	45,6
Total	42 833 492	100	289 995 659	100

Fonte: MS/SAS.

A distribuição das internações hospitalares, por macrorregiões, guarda certa relação com a distribuição da população. Não era assim em passado relativamente recente. A mudança reflete a reorientação do Ministério da Saúde nos critérios de distribuição de AIHS, sendo um dos efeitos positivos da nova sistemática.

O número de internações e a cobertura populacional (internações por 100 habitantes/ano), custeadas pelo setor público, têm aumentado mais nas regiões Norte e Nordeste do que em outras. Entre 1990 e 1992, a cobertura subiu de 8,21% para 9,03% na região Norte, e de 6,7% para 9,2% na região Nordeste. No Sudeste,

subiu ligeiramente (8,7% para 8,8%), mantendo-se em torno de 10% no Sul e Centro-Oeste (ver tabela 21).¹¹

As regiões mais ricas (Sudeste, Sul e Centro-Oeste), contudo, mantêm uma participação no gasto ligeiramente superior à participação relativa de suas populações. Em valores médios, a despesa por internação nos estados dessas regiões é superior ao valor dispendido na maioria dos estados das regiões Norte e Nordeste (ver tabela 22). A desigualdade se explica pelo fato de as regiões mais prósperas, na ausência de políticas públicas de cunho redistributivo, concentrarem serviços de maior densidade tecnológica, que — por definição — têm valor unitário de remuneração mais elevados.

¹¹ A pressão da demanda por serviços públicos de saúde pode estar sendo atenuada, nas regiões Sul e Sudeste, pelos planos de saúde privados, sobretudo aqueles oferecidos pelas empresas aos seus empregados e dependentes. As diferentes modalidades assistenciais de pré-pagamento atendem, em todo o país, a cerca de 32 milhões de pessoas; a maior parte desse mercado está concentrada em três estados (SP, RJ e RS).

7.2 Dificuldades e Perspectivas

A inexistência tanto de regras claras de partilha dos recursos entre as áreas que compõem a seguridade social como de mecanismos automáticos para o repasse dos recursos de origem federal, destinados a estados e municípios, tem trazido dificuldades não só para a descentralização do SUS como para o próprio financiamento do sistema como um todo. No primeiro caso, em virtude da prioridade absoluta atribuída pela esfera federal à utilização dos recursos do orçamento da seguridade social ao pagamento de benefícios previdenciários. No segundo, pela natureza dos mecanismos de repasse utilizados, basicamente compra de serviços e transferências conveniadas.

A saúde, atualmente, como a assistência médica até 1988, é financiada, a rigor, com a "sobra de caixa" das contribuições sociais depois de atendidos os compromissos previdenciários. A participação dos recursos do Tesouro (receita de impostos),¹² apesar de ter crescido em 1993, tem sido historicamente baixa.

A criação do Orçamento da Seguridade Social (oss) e, em especial, a diversificação de suas fontes de receitas a partir da vigência da nova Constituição buscou conferir maior volume e estabilidade aos recursos destinados a custear as áreas de previdência, saúde e assistência social.

Entretanto, os mesmos constituintes que ampliaram a base de financiamento também criaram novas despesas no âmbito da seguridade social. A revisão dos valores dos benefícios e a reformulação da forma de cálculo dessas prestações, inclusive com a fixação do piso de um salário-mínimo, a universalização do direito à saúde e a ampliação dos benefícios na área de assistência social passaram a pressionar ainda mais as receitas. A esses fatores se agregaram, em um contexto recessivo e inflacionário, o retraimento das fontes fiscais e a frustração da receita da contribuição sobre o faturamento (FINSOCIAL/COFINS), principalmente em 1992, seja como decorrência da quedas da atividade econômica e das contestações judiciais, seja por puro e simples aumento da sonegação.¹³

¹² A rigor não se pode chamar de recursos do Tesouro (receita fiscal) as contribuições sociais vinculadas à previdência social, que por mera conveniência fazendária são administradas pelo Tesouro.

¹³ Essa fonte, a partir de 1993, passou a apresentar crescimento significativo. A média mensal de arrecadação passou de R\$395 milhões em 1992 para R\$733,6 (janeiro a julho de 1994) (IESP).

A situação, como já mencionado, ficou particularmente delicada no campo da saúde, depois de maio de 1993, em decorrência da insólita decisão do ministro da Previdência Social, apoiada pelo Ministério da Fazenda, de suspender os repasses para o Ministério da Saúde dos recursos oriundos da contribuição sobre a folha de salário, arrecadados pelo INSS.

Desta forma, ao ser integrada à previdência e à assistência social, a saúde entrou em uma competição que lhe é desfavorável. O custeio das prestações a cargo do INSS (pensões e aposentadorias, principalmente) demanda um volume crescente de recursos. Próximamente, a esses encargos acrescentar-se-á o pagamento mensal de novos benefícios sociais não previdenciários a idosos e deficientes carentes previstos na Constituição (art.203, V) e na Lei nº 8 742 de 7/12/93, que regulamentou a assistência social.

Tudo isso, aliado à aparente dificuldade de ampliar a participação das fontes fiscais no financiamento da seguridade social, torna cada vez mais problemático o financiamento federal do SUS. A fatia de 30% do OSS habitualmente pleiteada pela saúde, embora aquém do necessário para prover, com padrões qualitativos aceitáveis, assistência integral a mais de 150 milhões de pessoas, começa a configurar-se como uma aspiração cada vez mais difícil de se concretizar, nas condições atuais das demandas e financiamento da seguridade social.

Apesar da nova partilha tributária, instituída pela Constituição de 1988, ter incrementado, substancialmente, a participação relativa de estados e municípios¹⁴ em detrimento da União, parece pouco provável — no quadro político e fiscal vigente — reverter a participação relativa de cada ente da Federação no financiamento do SUS. Para que as instâncias subnacionais assumam 70% do financiamento do setor público de saúde, estima-se, com base em dados referentes a 1990, que teriam de comprometer mais de 18% do total de suas receitas disponíveis.

A participação dos municípios no financiamento da saúde tem aumentado. Afonso (1994) aponta crescimento do gasto municipal em saúde entre 1989 e 1991 de US\$ 1,7 bilhões para US\$ 2,9 bilhões, absorvendo nesse último ano 13% da receita disponível do conjunto dos municípios. Mesmo assim, as contrapartidas estadu-

¹⁴ Entre 1988 e 1992, a participação de estados e municípios na receita disponível total passou de 36,8% para 43,8% [Afonso (1994)].

ais e municipais continuam insuficientes para compensar integralmente a perda de parte do financiamento federal.

O problema parece decorrer de três fatores:

- os efeitos dos ciclos econômicos atingem todas as instâncias de governo, e não só a federal. Ademais, grande maioria dos estados e municípios depende de impostos federais partilhados por intermédio dos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM);
- parte das receitas municipais está, por mandamento constitucional (Constituição Federal, art. 212) comprometida com educação;
- a sistemática pela qual o governo federal (Ministério da Saúde) financia o SUS, remunerando estados e municípios como prestadores de serviços como fazia, no passado, a Previdência Social com os provedores privados:
 - desincentiva a participação financeira dessas instâncias;
 - inibe o processo de descentralização;
 - alimenta a cultura da dependência ao governo central;
 - estimula procedimentos médicos mais dispendiosos, e não necessariamente mais eficientes, como forma de aumentar o faturamento;
 - alimenta pressões políticas permanentes sobre o caixa federal.

A presença desses fatores, certamente, não incide de maneira homogênea no país como um todo. Estudo recente com 25 municípios do interior paulista indica um aumento do aporte municipal ao SUS de 155% para contrabalançar o corte no financiamento federal [Folha de São Paulo (11/7/94)].

Assim, ainda que estados e municípios passem a contribuir de forma mais significativa no financiamento do SUS, a participação do governo federal dificilmente diminuiria em valores absolutos, diante das desigualdades no potencial de arrecadação das diferentes unidades da Federação.

7.3 Alternativas de Mudança

Preservando o conceito de seguridade social e o OSS, três alter-

nativas para dar maior regularidade à contrapartida federal no financiamento do SUS se oferecem, em última análise:

- orçamento integrado, tal como na concepção vigente do OSS, em que várias fontes formam um bolo a ser dividido entre previdência (pagamento de pensões e aposentadorias e outros benefícios em dinheiro), assistência social (pensão de um salário-mínimo para deficientes e idosos, creches, etc.) e saúde. Essa partição dar-se-ia, supostamente, segundo as necessidades de cada área e as prioridades da seguridade social;
- definição de uma parcela (alíquota) de cada fonte para cada área;
- especialização de fontes.

A primeira equivale a manter o *status quo*. A disputa entre os três componentes da seguridade é desigual diante da impossibilidade de comprimir as despesas com benefícios. Essa particularidade faz com que essas despesas tenham prioridade absoluta, como já foi mencionado. O desejável crescimento da arrecadação não resolve a questão da partilha, pois é necessário pensar no aumento do valor real dos benefícios; como é notório, o valor médio dos benefícios previdenciários ainda é muito baixo. E ainda que esse valor médio não aumente, a despesa global continuará crescendo por motivos demográficos (aumento da expectativa de vida, etc.).

A segunda alternativa — definição de alíquota específica — tem a seguinte justificativa:

- elimina a disputa entre os três subsetores do OSS que pode se agravar, também porque essas áreas não estão integradas sob um só comando. Além disto, o ministério arrecadador da fonte mais importante — Contribuição sobre Folha de Salário — é também o responsável pela execução do programa da seguridade social de maior peso nos dispêndios (previdência). A criação de um Ministério da Seguridade Social, freqüentemente aventada como solução, poderia resolver o problema do conflito ou de um eventual confronto político, mas não altera as prioridades. Ademais, promoveria uma excessiva concentração de poder na mão de uma só autoridade;
 - quando houver a necessidade de aumentar recursos para uma área, basta aumentar a alíquota específica;
-

- a separação de alíquotas não é novidade por testar. Ela é adotada em outros países como a Argentina, o Chile e o Uruguai.

A terceira alternativa (especialização de fontes) tem as vantagens da segunda, mas pelo menos uma desvantagem: não protege cada uma das áreas de um comportamento eventualmente instável da fonte que lhe couber. A folha de salário, por exemplo, pode vir, a médio prazo, a perder peso relativo em decorrência de mudanças no perfil da economia (novas tecnologias menos intensivas em mão-de-obra, terceirização, etc.).

De qualquer forma é virtualmente fora de cogitação afastar a União do financiamento do SUS. Em primeiro lugar, porque a União sempre terá funções tipicamente nacionais, além do seu papel redistributivo, dada as grandes desigualdades entre regiões e estados. Em segundo, porque a transferência para estados e municípios de serviços hoje executados pela União só parece viável se o governo federal continuar responsável pelas despesas referentes aos servidores transferidos.

8. CONCLUSÕES

8.1 Quanto à Descentralização e Gestão do SUS

- Há lacunas e conflitos de interpretação na legislação vigente sobre a organização do SUS, particularmente no que se refere às relações intergovernamentais, ao financiamento do sistema e à delimitação de papéis, no caso das competências concorrentes. Em pelo menos dois aspectos, a lei ordinária limitou o alcance da diretriz constitucional da descentralização: ao preservar funções de execução de serviços de natureza local ou estadual na esfera federal, e ao excluir, por veto presidencial, a determinação de automatismo das transferências da União para estados e municípios.
 - Ainda que tenha havido avanços na sua institucionalização e instrumentalização, a operacionalização do processo de descentralização esbarra, sobretudo, na incipiente autonomia técnico-administrativa de muitas unidades federadas e nas incertezas quanto ao financiamento.
 - Os esforços para reorientação do modelo de atenção à saúde não têm sido suficientes, devido à falta de efetiva prioridade às
-

- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que apresentam melhor relação custo-efetividade.
- A estrutura e as funções do Ministério da Saúde ainda não foram inteiramente adequadas aos novos papéis da esfera federal previstos na legislação do SUS.
 - Há resistências, freqüentemente implícitas, de grupos de interesses da esfera federal em transferir ou partilhar seus poderes cristalizados no modelo organizacional anterior ao SUS.
 - O controle social sobre a gestão do sistema ainda opera de forma insatisfatória; a presença de representantes da sociedade não assegura sua participação no processo decisório e no controle da ação estatal, em especial pela precariedade do acesso a informações.
 - A articulação intergovernamental é insuficiente ou inadequada, particularmente no que se refere ao planejamento e ao sistema de informações. A inexistência de um planejamento estratégico articulado prejudica a complementaridade das ações, permitindo, inclusive, que persista a execução de funções próprias do âmbito municipal pelos três níveis de governo.
 - A estrutura incumbida da execução de ações de controle de endemias permanece centralizada na esfera federal; a insuficiente municipalização das atividades de vigilância epidemiológica, ainda concentradas no nível estadual, comprometem a adoção de medidas de controle de doenças pelos gestores locais.
 - Persistem sérias insuficiências na área de vigilância sanitária, na qual o governo federal tem papel importante, ainda que não exclusivo. Essa área foi, ao longo do tempo, esvaziada em sua capacidade técnico-operacional, tornando-se permeável a injunções político-partidárias e interesses econômicos.
 - A atual forma de participação da União no financiamento do SUS (compra de serviços) e interpretações divergentes da legislação propiciam o aparecimento de conflitos quanto ao papel das três esferas de governo no controle, avaliação e auditoria dos recursos referentes à remuneração dos serviços prestados ao SUS.
 - Os sistemas SIA e SIH não estão suficientemente assimilados pelos gestores municipais como base de um sistema de infor-
-

mação para gerenciamento das ações de saúde; seus bancos de dados não constituem, ainda, um sistema efetivo e regular de informações gerenciais.

- O intercâmbio e a cooperação técnica entre as esferas do governo, destinados a viabilizar o funcionamento harmônico do sistema de controle e avaliação, ainda estão longe de atingir o nível de efetividade desejado.
- Dificuldades para a adoção dos procedimentos licitatórios, exigidos por lei, para a contratação de hospitais e ambulatórios privados e filantrópicos.
- Dificuldade de acesso a informações simples, objetivas, regulares e confiáveis por parte dos conselhos de saúde e usuários do SUS, que permitam o exercício do controle social sobre os serviços.

8.2 Quanto ao Financiamento, Gastos e Custos

- Ausência de regras claras e consensuais para a partilha dos recursos entre os três componentes da seguridade social, o que tem determinado compressão dos recursos para a área de saúde decorrente das necessidades crescentes de custeio de pensões e aposentadorias.
- Tendência de crescimento dos gastos com saúde. A fatores universais de pressão sobre as despesas — envelhecimento da população,¹⁵ inflação médica,¹⁶ incorporação de novas tecnologias e novas epidemias (AIDS) — somam-se, no caso brasileiro, a presença de antigas endemias como a malária, e o ressurgimento de outras como a cólera e o dengue.
- A forma com que o Ministério da Saúde vem financiando estados e municípios, pela compra de serviços, não estimula o controle e racionalização dos gastos setoriais, nem favorece a descentralização. Em primeiro lugar, porque a "fatura" dos serviços produzidos localmente é quitada por um terceiro (Ministério da Saúde) em Brasília, e não pelo gestor municipal ou

¹⁵ Estima-se que os gastos *per capita* com assistência médica de pessoas com mais de 60 anos seja, pelo menos, quatro vezes maior do que a despesa correspondente no grupo etário entre 15 e 59 anos.

¹⁶ A inflação de custos médicos medida no Rio Grande do Sul em 1992 foi 87 e 157 pontos percentuais acima da variação do IPC/FIPE e do dólar comercial, respectivamente.

- estadual. Em segundo, porque como os recursos são repassados em função do tipo de serviço prestado, diminuir internações, "economizando" AIHS, não gera recursos para o gestor local, por exemplo, aplicar em programas preventivos.
- Defasagem média de 60 dias entre a prestação dos serviços hospitalares e ambulatoriais por estados, municípios e entidades privadas e o seu pagamento pelo Ministério da Saúde. Em um contexto de estabilidade econômica, a irregularidade gera incertezas e desencoraja o planejamento. Em períodos de inflação elevada, como ocorreu até junho de 1994, o atraso significa também perdas consideráveis para os prestadores, públicos e privados, uma vez que as faturas são pagas pelos seus valores nominais sem nenhum tipo de correção.
 - A falta de melhor estruturação e resolubilidade da rede ambulatorial aumenta a demanda por assistência hospitalar que, associada à falta de maior controle e racionalização dos gastos com essa atividade, absorve a maior parcela dos recursos setoriais em detrimento do financiamento de ações de melhor custo-efetividade, como as direcionadas para o controle e prevenção de doenças.
 - Ausência de controle de custos, a despeito da disponibilidade de metodologia, acarretando:
 - remuneração de serviços freqüentemente abaixo dos custos reais ou, em alguns casos, acima dos valores de mercado;
 - aumentos diferenciados de determinados procedimentos da tabela, em virtude de incorporação tecnológica, não regulada de forma adequada pelo poder público, e por pressão de *lobbies*;
 - composição inadequada dos grupos de procedimentos ambulatoriais na tabela de remuneração, que incorporam procedimentos de diferentes densidades tecnológicas em uma mesma faixa de remuneração.
 - Inexistência de sistema de informações que permita acompanhar e avaliar a participação de recursos da União, dos estados e dos municípios no financiamento do SUS, a estrutura dos gastos e a efetividade das ações e serviços.
 - Multiplicidade de instrumentos convencionais entre o Ministério da Saúde e estados e municípios para a execução de programas na área de saúde.
-

9. RECOMENDAÇÕES

- 9.1 Quanto ao Processo de Descentralização e de**
- Identificar os pontos de conflitos na interpretação da legislação, particularmente no que se refere ao financiamento e à delimitação de competências. A eliminação dessas divergências possibilitará a aceleração do processo de descentralização.
 - Agilizar a descentralização da gestão das ações de saúde e dos recursos financeiros, implementando o que determina a Lei 8 080/90, a NOB 1/93 e o Decreto nº 1 232/94, para superar as relações intergovernamentais baseadas na compra de serviços.
 - Reestruturar e reorganizar o Ministério da Saúde adequando-o a seus novos papéis enquanto órgão regulador, de cooperação técnica e financeira, de acompanhamento e avaliação do sistema.
 - Implantar um sistema de informações que possibilite o diagnóstico das necessidades e prioridades de ações de saúde, o planejamento, o acompanhamento e a avaliação do desempenho do sistema.
 - Promover a descentralização do controle de endemias, mantendo na União as funções de normalização e assessoria técnica.
 - Acelerar a municipalização das ações de vigilância epidemiológica, ainda fortemente centralizadas nas secretarias estaduais de Saúde.
 - Reestruturar a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, capacitando-a para o exercício de suas funções de regulação, controle e fiscalização.
 - Implementar a descentralização tendo na devida conta as diferenças existentes entre as unidades federadas, o que impõe um processo gradual e flexível que impeça a solução de continuidade na oferta de serviços e ações de saúde à população.
 - Executar um programa nacional de desenvolvimento de estratégias e métodos de gestão, considerando diferenças e prioridades regionais, utilizando universidades e escolas de saúde pública, com o objetivo de criar e/ou aprimorar condições técnicas e operacionais nos estados e municípios.
-

- Fortalecer o exercício do controle social, mediante a implantação de um programa nacional de capacitação de conselheiros de saúde e da produção e disseminação regular de informações.
 - Rever a legislação que regulamentou o sistema nacional de auditoria, de modo a adequá-la às atribuições de cada nível de governo, face à perspectiva de uma nova modalidade de participação da União no financiamento do SUS, que deverá reduzir ao mínimo as transferências negociadas e eliminar totalmente as relações de compra de serviços entre União, estados e municípios.
 - Compatibilizar as normas de licitação e administração financeira e orçamentária (Leis nº 4 320/64 e nº 8 666/93, e outras aplicáveis) com as especificidades do sistema descentralizado de saúde, assegurando mecanismos e procedimentos adequados à sua operação.
 - Definir um programa de curto e médio prazos, voltado para o desenvolvimento de mecanismos de controle de custos e de qualidade, bem como para a avaliação do desempenho do sistema.
 - Promover a implantação de sistemas de informações gerenciais nos três níveis de gestão.
 - Realizar o recadastramento nacional da rede hospitalar e ambulatorial vinculada ao SUS.
 - Implantar programa de treinamento de auditores, apoiando estados e municípios na implantação de sistemas de auditoria, controle e avaliação.
 - Apoiar a implantação de ouvidorias de saúde em todos os municípios — iniciando em capitais e municípios de maior porte — com o objetivo de :
 - viabilizar mecanismo de denúncia;
 - facultar acesso a informações sobre direitos dos usuários do SUS;
 - informar sobre recursos transferidos aos municípios;
 - orientar usuários e conselheiros de saúde sobre legislação e responsabilidades dos gestores.
-

- Agilizar a implantação da conta hospitalar pública, com vistas a aumentar o controle social. Embora sem finalidade de cobrança, a "fatura" deve discriminar os procedimentos aos quais o paciente foi submetido e seus respectivos valores, ressaltando que será integralmente paga com recursos do SUS.

9.2 Quanto ao Financiamento, Gastos e Custos

- Explicitar em lei ordinária, as ações e programas que podem ser financiados pelas contribuições sociais vinculadas ao OSS.
 - Dar efetividade ao dispositivo legal que atribui ao Conselho Nacional de Saúde e ao Conselho de Seguridade Social a responsabilidade pela aprovação dos respectivos orçamentos.
 - Estabelecer critérios mais rigorosos para a inclusão de novos procedimentos nas tabelas de remuneração dos serviços ambulatoriais e hospitalares, contemplando a relevância técnica do procedimento, o impacto nos gastos e as possibilidades de cobertura orçamentária. A ampliação da lista de procedimentos remunerados pelo Ministério da Saúde tem sido considerada como um dos fatores de pressão sobre as despesas do SUS.
 - Regularizar os fluxos de repasses de recursos do Ministério da Fazenda para o Ministério da Saúde, e deste para estados e municípios. A regularidade dos repasses é, no curto prazo, mais importante do que o aumento no volume dos recursos para assegurar condições adequadas para a operação e programação dos serviços de saúde.
 - Vedar a expansão da rede federal de serviços de saúde e criar condições para acelerar o processo de transferência das unidades remanescentes para estados e municípios. A ação federal direta na prestação de serviços de natureza local ou regional, como é o caso da assistência médico-hospitalar e do controle de doenças transmissíveis, não só contraria a diretriz constitucional da descentralização, como implica custos mais altos.
 - Implantar centros regionais para apuração de custos de serviços ambulatoriais e hospitalares, de forma a orientar revisões nas tabelas de remuneração.
 - Implantar mecanismos estáveis de financiamento da saúde, seja pela vinculação de percentuais do OSS, da especialização de fontes ou da definição de alíquotas específicas sobre as
-

- contribuições sociais para cada uma das áreas da seguridade social. Qualquer dessas alternativas não só faria com que cada área soubesse o limite de sua participação no OSS, como tornaria mais fácil, no caso da saúde, automatizar a partilha entre as três esferas de governo, favorecendo a efetiva descentralização do sistema e a maior participação de estados e municípios no financiamento.
- Substituir o conceito de transferências em função da compra de serviços pelo de partilha automática de recursos. Para isto, deve-se, em primeiro lugar, estimar os recursos que deveriam ficar com o Ministério da Saúde para custear as funções típicas do nível central em um sistema efetivamente descentralizado. O restante seria repassado aos demais entes da Federação em moldes similares ao FPE e FPM.¹⁷
 - Manter as transferências voluntárias (via convênio) do Ministério da Saúde para estados e municípios apenas nas seguintes situações:
 - apoio financeiro diferenciado da União a projetos de investimentos para recuperação e/ou expansão da rede assistencial, previstos em planos diretores estaduais, de modo a promover maior equidade na distribuição espacial da oferta de serviços;
 - remuneração de ações e serviços de responsabilidade federal, eventualmente delegados a outra esfera de governo.
 - Rever o artigo 26 da Lei nº 8 080/90 e criar tabelas referenciais e regionalizadas de remuneração a serem adotadas pelo SUS, enquanto a gestão efetiva dos recursos não for transferida para estados e municípios. Um dos desvios recentralizadores da Lei nº 8 080/90 é atribuir ao Ministério da Saúde a competência para fixar critérios e valores de pagamentos para serviços que deverão ser contratados ou prestados por estados e municípios. Essa prática favorece a cartelização e limita a autonomia

¹⁷ Adotada a repartição automática, a questão central passa ser o(s) critério(s) de partilha. Se o objetivo for essencialmente redistributivo, a combinação de elementos, como o perfil demográfico (tamanho da população e distribuição etária), e de renda *per capita* seriam satisfatórios. Pode também ser interessante e eficaz, como instrumento adicional de viabilização de políticas nacionais, a incorporação de critérios que premiassem o alcance de objetivos prioritários pactuados entre os entes da Federação. Em qualquer caso, é indispensável modificação do artigo 35 da Lei nº 8 080/90.

das instâncias subnacionais na pactuação de preços com seus fornecedores.

BIBLIOGRAFIA

- AFONSO, J. R. *Arrecadação e disposição final da receita tributária bruta global por nível de governo, 1960/1992*. 1994. mimeo
- ALBUQUERQUE, C.M. *et alii*. *Análise da evolução das receitas*. — Brasília: jun. 1994, 15 p. mimeo (Relatório do Subgrupo I para o Grupo de Trabalho Interministerial para Racionalização dos Gastos com Saúde e Melhoria do Atendimento à População)
- ALVES DA CRUZ, I. *et alii*. *Relatório da Comissão sobre Custos da Assistência Médico-Hospitalar*. — Brasília: jun. 1994, 14 p. mimeo (Relatório do Subgrupo IV para o Grupo de Trabalho Interministerial para Racionalização dos Gastos com Saúde e Melhoria do Atendimento à População)
- BARRETO, M.L. *et alii*. Mudanças nos padrões de morbimortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. *Physis*, v.3, n.1, p. 126-46, 1994.
- BAYER, G.F. *et alii*. População brasileira no século XX: alguns dados. RADIS/FIOCRUZ: *Dados*, n.2, p.1-8, 1982.
- BIRD. *Informe sobre el desarrollo mundial*. 1993.
- BLUMM, M. H. N. *et alii*. *Eficiência e estrutura dos gastos com saúde*. — Brasília: jun. 1994, mimeo (Relatório do Subgrupo II para o Grupo de Trabalho Interministerial para Racionalização dos Gastos com saúde e Melhoria do Atendimento à População)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. *Programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial*. — Brasília: 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DST/AIDS. *AIDS. Boletim epidemiológico*, v.7, n.8, 1994a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. FNS. CENEPI. Coordenação Nacional Doenças Entéricas. *Cólera*. Informe do dia 7.12.94. 1994b. mimeo
-

BUSS, P.M. Assistência hospitalar no Brasil(1984-1991): uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. *Informe epidemiológico do SUS*, v.2, n.2, p.5-42. 1993.

COMISSÃO COORDENADORA CENTRAL DO ESTUDO SOBRE PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS NO BRASIL. Estudo multicêntrico sobre a prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil. *Informe epidemiológico do SUS*, v.1, n.3, p.45-74. 1992.

CORAZZA, E. *et alii*. *Mecanismos de controle e avaliação*. — Brasília: jun. 1994. mimeo (Relatório do Subgrupo III para o Grupo de Trabalho Interministerial para Racionalização dos Gastos com Saúde e Melhoria do Atendimento à População).

FIBGE. *Anuário estatístico do Brasil*. — Rio de Janeiro: FIBGE, 1984.

_____. *Anuário estatístico do Brasil*. — Rio de Janeiro: FIBGE, 1987.

_____. *Anuário estatístico do Brasil*. — Rio de Janeiro: FIBGE, 1990.

_____. *Anuário estatístico do Brasil*. — Rio de Janeiro: FIBGE, 1992.

FREDERIKSEN, H. Feedbacks in economic and demographic transition. *Science*, n. 166, p.837-47. 1969.

FRIES, J.F. The compression of morbidity. *Health and Society*, v.61, n.3, p.397-419. 1983.

GOULART, Flávio A. *et alii*. *Descentralização e relações intergovernamentais*. — Brasília: jun. 1994. mimeo (Relatório do Subgrupo V para o Grupo de Trabalho Interministerial para Racionalização dos Gastos com Saúde e Melhoria do Atendimento à População)

IPEA/IBAM/ENAP. *Subsídios para a reforma do Estado*, v.2. — Rio de Janeiro: IBAM, 1994a.

IPEA/IBAM/ENAP. *Subsídios para a reforma do Estado*, v.4. — Rio de Janeiro: IBAM, 1994b.

IPEA. *Brasil: gasto social federal por áreas, 1980 a 1991*. — Brasília: 1992. mimeo (Seleção de tabelas preparadas por CAMARGO, S.F. e PIOLA, S.F.)

- IPEA/DPP/CPS — *Subsídios para o relatório do grupo de trabalho interministerial para racionalização dos gastos com saúde e melhoria do atendimento à população.* — Brasília: Jun. 1994, mimeo.
- LESSA, I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Informe epidemiológico do SUS*, v.2, n.3, p. 59-75. 1993.
- LEVY, Silvain *et alii* — *Análise da rede de serviços do SUS.* — Brasília: jun. 1994. mimeo (Relatório do Subgrupo VI para o Grupo de Trabalho Interministerial para racionalização dos Gastos com Saúde e Melhoria do Atendimento à População)
- MCKEOWN, T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* — Oxford: Basil Blackwell, 1979.
- MCKINLAY, J.B e MCKINLAY, S.M. The questionable contribution of medical measures to decline of mortality in the United States in the twentieth century. *Milbank Mem. Fund. Q.*, n.55, p.405-28. 1977.
- MEDICI, A.C. *Gastos com a saúde nas três esferas de governo: 1980 - 1990.* IESP/FUNDAP, 1993.
- _____ *et alii.* *Saúde no contexto da seguridade: dilemas de financiamento.* FUNDAP/IESP. 1995. (Nota técnica n. 14, ago. 95)
- MONTEIRO, C.A. *et alii.* *O estado nutricional das crianças brasileiras: a trajetória de 1975 a 1989.* CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, II. — Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO, 1994. (Anais...)
- MURRAY, C.J.L e CHEN, L.C. In search of contemporary theory for understanding mortality change. *Soc.Sci.Med.*, v.6, n.2, p.143-55, 1993.
- OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem.Fund.Q.*, n.49, p.509-83, 1971.
- PIOLA, S.F. e VIANNA, S.M. Políticas e prioridades do Sistema Único de Saúde. — Brasília: IPEA, 1993
-

SAÚDE. Desafio é concluir a descentralização. *Folha de São Paulo*. Caderno Brasil 95, 11 jul., 1994. p. A-4

TESH, S.N. *Hidden arguments: political ideology and disease prevention policy*. — London: Rutgers University Press, 1988.

VIANNA, Solon M. e PIOLA, S. F. *Os desafios do Sistema Único de Saúde*. — Brasília: IPEA, 1993. mimeo (Documento elaborado para o fórum "Descentralização Eficiente", realizado em Brasília em 18/11/93)

VIANNA, SOLON M. e PIOLA, S.F. *Saúde na revisão constitucional*. — Brasília: IPEA, 1994. Versão Preliminar. mimeo

WING, S. The role of medicine in the decline of hypertension-related mortality. *Int.J.Health Serv.*, v.4, n.4, p.649-67, 1984.

WORLD BANK. *Brazil: the new challenge of adult health*. — Washington DC: World Bank, 1990.

_____. *World development report 1993: Investing in health*. — New York: Oxford University Press, 1993.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Constituição Federal

Lei nº 8 080/90

Lei nº 8 142/90

Lei nº 8 212/91

Decreto nº 1 105/94

Decreto nº 1 232/94

Ato das Disposições Constitucionais Transitórias— ADCT

NOB-SUS 1/93

ANEXO

A produção editorial deste volume contou com o apoio financeiro da Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia — ANPEC e do Instituto Victus.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)