

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**A Política de Saúde
no Brasil nos anos 90:
Avanços e Limites**

Barjas Negri

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF
2002

© 2002. Ministério da Saúde.

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

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 100 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Ministro

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 5.º andar

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2392 / 315 2393

Fax: (61) 224 8747 / 225 9632

E-mail: ministro.saude@saude.gov.br

Projeto gráfico: Andréa Torriceli Campos

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites /
Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília:
Ministério da Saúde, 2002.

52 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-0659-2

1. Política de Saúde. 2. SUS (BR). I. Brasil. Ministério da Saúde.
II. Negri, Barjas. III. Título. IV. Série.

NLM WA 30

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

SUMÁRIO

Apresentação	5
1. O Marco Institucional	7
1.1. O Início da Década – A Construção do SUS	7
1.2. O Final da Década – A Execução da Descentralização	9
2. O Financiamento	16
2.1. O Início da Década – Indefinição e Crise	16
2.2. O Final da Década – A Procura de Solidez	17
3. A Gerência do SUS	20
3.1. O Início da Década – Baixo Controle e Pouca Capacidade de Intervenção	20
3.2. O Final da Década – Melhorias na Gerência e na Capacidade de Regulação	22
4. A Redução das Desigualdades	26
4.1. O Início da Década – Pouca Capacidade de Ação	26
4.2. O Final da Década – Alocação de Recursos Diferida	26
5. Alguns Resultados	29
5.1. Ampliação do Acesso	29
5.2. Saúde da Criança	30
5.3. Ampliação do Programa Nacional de Imunizações	35
5.4. O Programa de DST e Aids	36
5.5. Cirurgias Eletivas e Procedimentos em Ambulatório	36
5.6. Assistência Farmacêutica	40
5.7. Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis	41
5.8. Redução das Desigualdades	43
6. Conclusão – Desafios e Perspectivas para os Próximos Anos	46

7. Bibliografia	49
8. Relação de Tabelas e Gráficos	52

APRESENTAÇÃO

Os anos 90 foram um período de grande transformação do setor Saúde no País. Assistiu-se, nesse período, à criação do sistema público de saúde universal e gratuito e à luta por sua implantação e por seus princípios. Quando se compara o que era o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 e o que é atualmente, pode-se dizer que o SUS nunca esteve tão preparado para assumir seu papel como agora. Isso não significa que não haja desafios e problemas. São fatos que existem, e não são poucos ou pequenos. Apesar disso o avanço foi expressivo.

Esse avanço pode ser observado em vários aspectos. Os índices de mortalidade declinam continuamente, o acesso ao sistema público foi ampliado, a cobertura vacínica aumentou, novas vacinas foram introduzidas na rotina, as filas para cirurgias eletivas diminuíram e o número de transplantes aumentou, para citar somente alguns. Neste trabalho, optou-se por tratar das modificações ocorridas na década passada em quatro dimensões, por vezes pouco valorizadas, ou desenvolvimento pouco reconhecido: descentralização, financiamento, gerência e redução de desigualdades sociais.

A descentralização é um dos princípios básicos do SUS. Vencidas as resistências iniciais, ao final da década passada, observou-se que praticamente todos os municípios dispunham de uma autonomia jamais concedida. As crises financeiras continuadas marcaram os primeiros anos do SUS e comprometeram a qualidade, a valia e o desenvolvimento. A partir da segunda metade dos anos 90, o orçamento da saúde cresce e se fixa. As soluções de emergência são substituídas por formulação que assegura correções no orçamento federal e no compromisso dos demais instâncias de governo.

Os ganhos na gerência do sistema público talvez sejam um dos avanços menos reconhecidos. Incluem-se, por exemplo, a construção de maior regulação e intervenção no mercado, o melhor controle dos gastos e os programas de qualidade. A redução das desigualdades regionais, tão desejada, passa necessariamente pela recuperação da

capacidade de investimento e financiamento do Ministério da Saúde. Sem esse requerimento, qualquer movimento redistributivo importante implicaria grandes perdas e desorganização no sistema existente.

Para cada uma dessas dimensões escolhidas, descreve-se aqui resumidamente a situação no início da década e no seu final. Espera-se, assim, que seja possível perceber claramente as diferenças ocorridas e suas relevâncias para o funcionamento do sistema. Por fim, são descritos alguns dos resultados obtidos no período, relacionados em maior ou menor grau com os tópicos mencionados. Apesar de o olhar estar direcionado para as ações desenvolvidas pelo governo federal, deve ser lembrada a contribuição dos administradores estaduais e municipais na concretização dos avanços.

Barjas Negri
Ministro da Saúde

1. O MARCO INSTITUCIONAL

1.1. O Início da Década – A Construção do SUS

A atual conformação do sistema público de saúde, universal, íntegro e gratuito, começou a ser construído com o processo de redemocratização do país e antes de sua criação pela Constituição de 1988. O evento mais marcante dessa construção foi a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986. Essa promoção, precedida por uma série de conferências prévias estaduais e municipais, contou com expressiva participação da sociedade, e a conclusão tornou-se referência para os integrantes, balizando as mudanças que se seguiram. A criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ainda comandada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no período imediatamente anterior à promulgação da Constituição, intensificou as iniciativas de descentralização e universalização e preparou a introdução do Sistema Único de Saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária, contrário ao modelo de saúde considerado desestatizante, curante e centralizador, surge nos anos 80, congregando acadêmicos ligados à Saúde Pública, profissionais da saúde e setores da sociedade. A Constituição incorpora sua visão de saúde como direito social e dever do Estado. São definidas pelo texto constitucional as principais características do SUS: universalidade; gratuidade; integridade; organização descentralizada com direção única em cada esfera de governo; prioridade das atividades preventivas e sem prejuízo das atividades de assistência; participação da comunidade; financiamento público das três esferas de governo e participação da iniciativa lucrativa e filantrópica de modo auxiliar (Lucchese, 1996; Andrade, Pontes e Martins Júnior, 2000 e Andrade, 2001).

A regulação infraconstitucional do SUS, objeto de intensa discussão, se completa, em 1990, com a edição de duas leis. A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro, tratando do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do

Sistema e a Lei n.º 8.142, de 28 dezembro, versando sobre a participação da comunidade e os mecanismos de transferência de recursos financeiros às demais instâncias de gerência, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal.

A partir daí, a operação do sistema e a relação entre os administradores foi tratada por meio de portarias do Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS). Foram expedidas NOB em 1991, 1992, 1993 e 1996. Mais recentemente foram elaboradas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas 01/2001 e 01/2002), cuidando especificamente do regionalismo da assistência.

As duas primeiras NOB foram editadas num contexto em que a cultura centralizadora e as práticas do Inamps ainda atuavam, embora caminhassem para a descentralização. A NOB 01/91¹ levava aos prestadores públicos de serviço o pagamento por faturamento apresentado pelos prestadores particulares e a segunda, a NOB 01/92², redefinia alguns critérios de recursos, propondo mecanismos de estímulo para a gerência municipal e a estadual. Apenas com a NOB 01/93³, baseada no documento do Ministério da Saúde, de 1993, "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei", é dado impulso mais vigoroso no sentido da descentralização.

Essa Norma criou as Comissões Intergestores Bipartite, no campo estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite no campo federal, centros deliberativos e de ajuste para gerência da descentralização e estabeleceu o fluxo decisivo entre eles e os conselhos de saúde. Quanto ao processo de descentralização para Estados e municípios, previram-se modelos de

¹ Norma Operacional Básica 01/91. Nova Política de Financiamento do SUS. Resolução n.º 259 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), de 7 de janeiro de 1991. Diário Oficial de 10 de janeiro de 1991, Seção I, págs. 641-4; Resolução n.º 273 do Inamps, de 17 de julho de 1991. Diário Oficial de 18 de julho de 199, págs. 14.216-9 (reedição).

² Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde n.º 234, de 7 de fevereiro de 1992. Diário Oficial de 10 de fevereiro de 1992, págs. 1.584-8.

³ Norma Operacional Básica 01/93. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde n.º 545, de 20 de maio de 1993. Diário Oficial n.º 96, de 24 de maio de 1993, págs. 6.961-5.

autonomia e adesão voluntária. Para os municípios eram três as condições de gerência: incipiente, parcial e semiplena. Dessas, apenas a condição semiplena implicava considerável autonomia pelo recebimento da totalidade dos recursos para custeio da rede de ambulatório e hospitalar. Em 1997, tinham habilidade na gerência incipiente 47,6% dos municípios (2.463 de um total de 4.966); na gerência parcial, 12,4% (616 municípios); e na gerência semiplena, 144 municípios ou 2,9%.

1.2. O Final da Década – A Execução da Descentralização

A NOB 01/93 significou grande avanço na descentralização e na organização desse processo. Essa experiência dá condições para novo avanço e, no final de 1996, é editada a NOB 01/96⁴. Das diversas alterações introduzidas, cabe ressaltar o tratamento especial para as ações básicas de saúde e o estabelecimento apenas de dois sistemas de descentralização para os municípios: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Na primeira, o município recebe recursos para a administração autônoma das ações básicas, e na segunda essa responsabilidade é ampliada para toda a assistência em ambulatório e hospitalar.

Apenas em 1998, é que os primeiros municípios começam a receber recursos segundo as disposições da NOB 01/96. Quando em 1997 se inicia a discussão para fixar o modelo de descentralização, surgem alguns problemas de ordem prática que irão tornar o entendimento longo e politicamente difícil.

Introduzindo, efetivamente, em fevereiro de 1998, o Piso da Atenção Básica (PAB), muda o paradigma das transferências dos recursos via faturamento (produção), para automáticas pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. Transferindo recursos para procedimentos com atenção básica (ações individuais ou coletivas na primeira linha dos serviços de saúde, como: atendimentos básicos, vacinação, assistência pré-

⁴ Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/96). Brasília: Ministério da Saúde, 1997. – Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde n.º 2.023 (Diário Oficial de 6 de novembro de 1996, págs. 22.932-40); com alterações da Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde n.º 1.882, de 18 de dezembro de 1997 (Diário Oficial n.º 247 - E, de 22 de dezembro de 1997, págs. 10-1), que estabelece o Piso de Atenção Básica (PAB) e sua composição.

natal, pequenas cirurgias) diretamente aos municípios, é assegurado valor *per capita* de no mínimo R\$ 10,00. Assim o Ministério da Saúde garantiu as transferências mensais, regulares e automáticas dos recursos aos municípios, diminuindo as desigualdades e permitindo que desempenhassem seu papel: o de administrador do sistema de saúde local, uma vez que é ele quem melhor conhece as necessidades da área.

O PAB (então Piso Assistencial Básico), definido na NOB como "montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal", não cobria a radical transformação que estava por vir. Primeiramente, porque a definição do *per capita* nacional tinha como consequência uma divergência: muitos municípios receberiam mais recursos, e alguns receberiam menos. Depois, porque, como o PAB originalmente cobria somente a assistência, não suportava a mudança de modelo proposta pela esfera federal.

O modo de financiamento originalmente previsto para o Programa Saúde da Família (PSF), um incentivo crescente segundo a cobertura populacional alcançada no município, calculado como porcentagem do PAB Fixo, tanto para os agentes comunitários como para as equipes de saúde da família, não permitia a expansão rápida proposta pelo quadro federal e não facultava a sustentação do programa nos municípios pequenos, então prioritários para execução. A metodologia da NOB 01/96 não atendia ao financiamento de outros programas prioritários do Ministério da Saúde, deixando ainda uma parcela considerável das transferências na modalidade conveniária, burocrática e ineficiente.

Depois de muitos meses de atendimento sobre o valor do piso e sobre o conjunto de procedimentos a ser incluído no PAB, chega-se a uma fórmula consensual que implica alterações relevantes na NOB. O PAB passa a se chamar Piso da Atenção Básica, incluindo ações tanto de assistência quanto de promoção e prevenção. E passa também a ter dois componentes: a parte fixa (PAB Fixo) definida como um valor *per capita* nacional e uma parte variável (PAB Variável) que se transforma no instrumento de transferência de recursos de programas prioritários do

campo federal. Os financiamentos do Programa Saúde da Família, de parte de Assistência Farmacêutica e do Programa de Controle das Carências Nutritivas tornam-se elementos do PAB Variável, obedecendo a regras próprias.

O PAB pode ser considerado como agente intermediário no processo de descentralização do Ministério da Saúde, contribuindo sobremaneira com os princípios do SUS, que são a universalidade dos serviços, a equidade na prestação de serviços e a integridade da assistência. A introdução rápida e radical do PAB e das formas de gerência previstas na NOB 01/96 alterou significativamente o setor de saúde, abrindo caminho para a melhoria da qualidade da atenção. Entre os efeitos pode-se ressaltar:

Na gerência – Uma enorme quantidade de municípios passam a receber recursos diretamente do governo federal e é responsável pela administração, trazendo uma inevitável formação profissional ao setor saúde. Em 1996 somente 144 municípios eram diretamente responsáveis pela gerência, e atualmente 5.539 municípios recebem transferências diretas do governo federal.

No controle social – Somente uma pequena parcela dos municípios tinha um Conselho Municipal de Saúde. Agora, provavelmente todos têm. Embora saibamos que uma parcela deles existe apenas formalmente, isso ampliou consideravelmente o controle social.

Na fixação e na regulação do financiamento à saúde – Como as remessas de recursos são automáticas e programadas, antecipadamente, o campo federal deixou de retardar os pagamentos, e o orçamento tem menos margem para contingência. A esse tempo, como o pagamento ao município é feito com antecipação, antes de o serviço ser produzido, o programa da esfera local é mais realista.

Na redução das disparidades regionais e na interferência política – O mecanismo de remessa Fundo de Saúde a Fundo de Saúde e o estabelecimento de critérios claros e objetivos para os incentivos rompeu

com o princípio perverso das séries históricas e dos reajustes lineares. Na sistemática anterior, recebia mais quem tinha mais capacidade instalada, e isso se reproduzia nos reajustes lineares de tabelas. E os tetos para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) eram negociados individualmente por Estados e municípios com o governo federal, dando margem ao favorecimento político. No modelo atual, o amplo entendimento paritário na Comissão Intergestores Tripartite reduziu drasticamente a influência política na alocação de recursos.

Na participação de Estados e municípios no financiamento – A descentralização e a transparência do investimento federal facultou o entendimento de acordo suprapartidário que levou à aprovação da Emenda Constitucional n.º 29, de 2000, que define a co-responsabilidade de Estados e municípios no financiamento.

A adesão à NOB 01/96 foi extraordinária. Em fevereiro de 1998 havia 1.343 municípios com habilidade no PAB, beneficiando 31,2 milhões de pessoas com recursos da ordem de R\$ 333 milhões anuais. Em dezembro de 2001, o número de municípios aumentou para 5.534 (crescimento de 410%), beneficiando 172,1 milhões de pessoas, ou 99,9% da população. É importante lembrar que anteriormente havia 582 municípios que não recebiam recursos para atenção básica (não tinham faturamento), representando uma população de 3,7 milhões. E 1.842 municípios cobravam do Ministério da Saúde entre R\$ 0,01 e R\$ 5,00 *per capita*, representando uma população de 40,4 milhões de pessoas, ou 25% da população. O faturamento total dos procedimentos de atenção básica foi de R\$ 1,257 bilhão em 1997. Com o PAB fica reservado para a esses procedimentos um total de R\$ 1,722 bilhão, aumento expressivo que torna verdadeiro o discurso sobre a prioridade à atenção básica.

Atualmente, cerca de 60% dos cerca de R\$ 19 bilhões – destinados à atenção básica, assistência de média e alta complexidade em hospital e ambulatório, e para aquisição de produtos farmacêuticos, estão sendo remetidos diretamente para Estados e municípios. A política de descentralização não é um mero programa de transferência de recursos do

governo federal para as outras instâncias. É antes um processo que envolve também a transferência de decisões e responsabilidades quanto às políticas de saúde pública no país.

Segundo Costa (2001), os primeiros balanços sobre a relevância da descentralização demonstraram que: instituiu a Secretaria Municipal de Saúde; ampliou a capacidade de gerência em razão das novas responsabilidades; aumentou a força de trabalho na saúde; gerou o aumento da oferta de serviços em ambulatorios e ações de saúde coletiva; induziu a um maior comprometimento de recursos do orçamento municipal com o setor saúde.

Fica claramente demonstrado na Tabela 1, o crescimento dos gastos com atenção básica. Os recursos passam de R\$ 2,681 bilhões para R\$ 5,063 bilhões, um acréscimo de R\$ 2,382 milhões, ou um aumento de 88,8%, entre 1995 e 2002. Esse valor inclui, a partir de 1998, recursos para assistência farmacêutica básica. Outro fator importante são os gastos com atenção básica sobre o total de gastos com assistência. Em 2002, essa aplicação, que era de 18,4% em 1995, passou para 26,6%.

Tabela 1 – Evolvimento do orçamento do Ministério da Saúde, de 1995 a 2002

Ano	OCC – Outras Despesas de Custeio e de Capital						Demais Itens			Orçamento Global	
	Assistência à Saúde				Saneamento Básico	Outros (Custeio/ Invest.)	Total	Pessoal e Encargos Sociais	Dívida Externa / Interna		Total
	Atenção Básica	Média e Alta Complex.	Medicamentos	Total							
1995	2.681,7	11.417,0	724,8	14.823,5	110,5	1.730,2	16.664,2	6.421,4	2.337,9	8.759,3	25.423,5
1996	2.321,8	11.304,9	354,7	13.981,4	51,9	1.401,4	15.434,7	5.892,8	768,4	6.661,2	22.095,9
1997	3.217,2	12.673,4	811,8	16.702,4	129,2	1.719,4	18.551,0	5.695,3	2.552,1	8.247,4	26.798,4
1998	3.591,8	11.390,4	722,5	15.704,7	196,4	1.993,6	17.894,7	5.500,2	3.213,8	8.714,0	26.608,7
1999	3.932,5	12.005,4	1.034,1	16.972,0	248,3	2.381,2	19.601,5	5.355,7	191,9	5.547,6	25.149,2
2000	3.854,6	11.772,6	899,4	16.526,6	172,3	2.566,9	19.265,8	5.246,1	166,5	5.412,6	24.678,4
2001	4.207,7	12.064,8	858,3	17.130,8	1.199,2	2.672,3	21.002,3	4.898,1	235,5	5.133,6	26.135,9
2002*	5.063,0	12.953,3	998,7	19.015,0	1.003,2	3.188,4	23.206,6	4.878,9	465,9	5.344,8	28.551,4

Fonte: SPO/MS – Quadro Gerencial – valores médios de 2001

* Lei n.º 10.407 de 10/01/2002, R\$ milhões nominais

Um característico do processo de descentralização, iniciado antes da criação do SUS, é estar direcionado, sobretudo, para os municípios, tendência que a NOB 01/96 manteve. Como pode ser observado na Tabela 2, a distribuição dos recursos transferidos pelo governo federal concentra-se nos fundos de saúde municipais, que receberam 78% do total em maio de 2002.

Tabela 2 – Transferências Previstas e Realizadas do Fundo Nacional de Saúde a Fundos de Saúde Estaduais e Municipais. Brasil, maio de 2002, valores anuais

PROGRAMAS	Em R\$ milhões				
	Fundos Municipais		Fundos Estaduais		Valor Anualizado Total
	N.º	Valor Anualizado	N.º	Valor Anualizado	
PISO DE ATENÇÃO BÁSICA - PAB fixo	5.539	1.818,7	5	1,7	1.820,4
GESTÃO PLENA	564	4.898,2	7	1.657,6	6.555,8
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	2.509	91,7	-	584,9	676,6
Medicamentos Básicos	2.509	91,7	27	80,2	171,9
Medicamentos Saúde Mental	-	-	24	21,6	21,6
Medicamentos Excepcionais	-	-	27	483,1	483,1
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	4.946	1.151,6	-	-	1.151,6
Agentes Comunitários de Saúde Implantados	4.946	366,3	-	-	366,3
Equipes de Saúde da Família Implantadas	4.011	738,2	-	-	738,2
Equipes de Saúde Bucal Implantadas	1.917	47,1	-	-	47,1
COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS	3.664	96,0	-	-	96,0
BOLSA-ALIMENTAÇÃO IMPLANTADA	1.504	71,0	-	-	71,0
PROGRAMA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	5.539	43,0	27	27,7	70,7
CONTROLE DE ENDEMIAS	4.440	374,5	27	140,4	514,9
CAMPANHA DE VACINAÇÃO HUMANA	-	-	27	21,1	21,1
CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTI-RÁBICA	-	-	27	9,1	9,1
CO-FINANCIAMENTO CARGA VIRAL	-	-	27	32,6	32,6
TOTAL	-	8.544,7	-	2.442,5	11.019,8

Fonte: FNS/MS

O processo de descentralização orientado pela NOB 01/96 pode ser considerado como bem-sucedido em vários aspectos, mas revela também algumas fragilidades. Foram percebidas dificuldades no estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, na integração e hierarquia de serviços, na fixação de padrões semelhantes de oferta e qualidade, enfim, no tratamento das questões de intermunicipais.

Buscando enfrentar esses obstáculos, foi elaborada a Noas 01/01⁵, para a ampliação das responsabilidades dos municípios quanto à atenção básica e à definição do processo de regionalismo da assistência. As discussões que se seguiram levaram à elaboração da Noas 01/02⁶, que mantém as diretrizes da anterior, aumentando o número de procedimentos do PAB e criando o PAB Ampliado; define os característicos das regiões de saúde estaduais; e estabelece mecanismos de financiamento para os procedimentos de maior complexidade e custo.

Da construção do arcabouço institucional no início dos anos 1990, evoluiu-se para a concretização da proposta de descentralização. Superados os obstáculos iniciais e criados os instrumentos necessários para o adequado funcionamento, é possível prosseguir à procura de soluções para questões ainda não resolvidas satisfatoriamente, sem perda da autonomia conquistada pelos administradores.

⁵ Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas-SUS 01/01). Portaria do Ministério da Saúde n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Diário Oficial n.º 20-E, de 29 de janeiro de 2001.

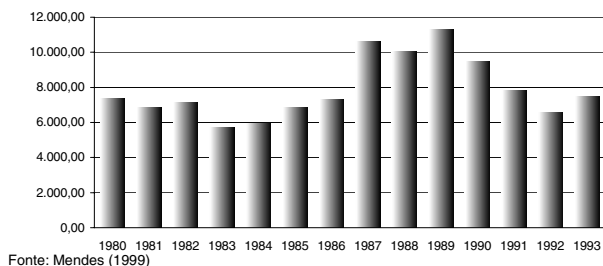
⁶ Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas-SUS 01/02). Portaria do Ministério da Saúde n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial n.º 40-E, de 28 de fevereiro de 2002.

2. O FINANCIAMENTO

2.1. O Início da Década – Indefinição e Crise

O período anterior à Constituição de 1988, A Nova República, teve crescimento dos gastos sociais. Essa elevação prossegue até o início da década de 1990, quando eles são novamente reduzidos (Oliveira, 1999). O setor saúde não foi exceção. O gasto federal cresce entre 1983 e 1989, decrescendo a seguir (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Gasto Federal em Saúde.
Brasil, 1980 a 1993, em US\$ milhão



A Constituição estabeleceu que as ações de saúde, previdência e assistência social seriam financiadas por um conjunto de tributos e contribuições que integrariam o Orçamento da Seguridade Social (OSS). A participação da saúde foi fixada em 30% desse total, para 1989, e a partir daí seria definida anualmente. Sendo as despesas da previdência definidas e provavelmente irredutivas, as eventuais insuficiências de recursos teriam que ser absorvidas pelos demais participantes do OSS (Médici, 1994).

As dificuldades financeiras do Ministério da Previdência levaram a que, em 1993, a contribuição sobre a folha de pagamentos, arrecadada diretamente pela instituição, deixasse de ser transferida ao Ministério da Saúde. Os compromissos da saúde tiveram que ser pagos por empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), como solução evidentemente de emergência.

O governo federal tem sido o principal financiador do sistema público de saúde, e responsável, em média, por cerca de 75% do gasto total entre 1980 e 1993, segundo Mendes (1996). Os governos estaduais tiveram sua participação no financiamento gradualmente reduzida na primeira metade da década, por motivo de problemas fiscais. Essa baixa nos Estados leva a progressivo aumento da participação municipal que não estava vinculada a compromissos ou a valores definidos, e limitava suas colaborações financeiras, gerando grande heterogeneidade.

As relevantes oscilações, intensificadas pela inflação, tiveram as conseqüências previsíveis no funcionamento do sistema público. Tal inconstância e insuficiência de recursos levaram a deficiências na manutenção da rede e na diminuição do ritmo de expansão e melhoria dos equipamentos. Parte expressiva do conceito existente de má qualidade dos serviços públicos de saúde teve origem nessas deficiências de financiamento.

2.2. O Final da Década – A Procura de Solidez

Para enfrentamento dos transtornos financeiros da saúde foi criada, em 1997, a Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF), nos moldes do Imposto Provisório Sobre a Movimentação Financeira (IPMF) de 1994. Instituída como alternância de emergência, teve a arrecadação vinculada à área da saúde, e vigência estabelecida inicialmente até 1998. Posteriormente foi prorrogada até 2002, com utilização de recursos também para a previdência.

Apesar de os recursos obtidos pela CPMF estarem vinculados à saúde não significaram ampliação do orçamento no mesmo montante. A substituição de fontes tornou-a mais um elemento de fixação do orçamento do Ministério da Saúde do que de expansão (Piola, Ribeiro e Ocké Reis, 2000). O envolvimento do orçamento mostrado na tabela 1 atesta menor variedade no volume de recursos, se comparada ao início da década. Essa constância foi acompanhada de uma maior disposição de recursos para ações finalísticas.

No período de 1995 a 2002, o Orçamento de Custeio e Capital (OCC) teve aumento real de 34,13%. Passou de R\$ 16,553 bilhões para R\$ 22,203 bilhões – sem considerar os recursos para saneamento. Esse crescimento é superior ao do orçamento global, que teve variação positiva de 12,3% no mesmo período. Isso significa que a participação das atividades finalísticas no total executado aumentou sensivelmente. Tal elevação foi possível pela redução nos gastos com pessoal e também pelo pagamento das dívidas contraídas, em sua quase totalidade, com o FAT.

Dentro dos componentes do OCC, é importante ressaltar o crescimento dos recursos aplicados nas ações de atenção básica, que obtiveram acréscimo de 88,9%. A participação do gasto com assistência à saúde na execução do orçamento passa de 58% para 67% entre 1995 e 2002.

A pretendida constância dos recursos para saúde não pode ser encargo unicamente do governo federal. Apesar de sua participação ser superior à das demais instâncias governistas, os gastos de Estados e municípios são relevantes para que se consiga compor um montante adequado de recursos. Nesse sentido, no final de 2002 e após de longo trâmite, é introduzida uma importante alteração na forma de financiamento global do sistema de saúde com a aprovação da Emenda Constitucional n.º 29, de 2000.

Essa emenda firmou regras para a participação das três esferas de governo no financiamento. O gasto federal com Ações e Serviços de Saúde deverá ser reajustado, no mínimo, pela variação nominal do PIB, e parte do orçamento de Estados e municípios passou a ser vinculado à saúde. Para Estados e municípios esse vínculo deveria ser de 7% dos recursos e chegar a 12% e 15%, respectivamente, até 2004, e a diferença reduzida de um quinto por ano. Estudo do Ministério da Saúde estimou que os recursos estaduais poderiam aumentar cerca de 60% e os dos municípios de 28%, em relação aos valores de 1998 (Ministério da Saúde, 2001a).

Apesar das divergências de interpretação quanto ao que deve ser considerado como Ações e Serviços de Saúde, é inegável que com a

Emenda Constitucional n.º 29, de 2000, fica estabelecido, para os próximos anos, um limite mínimo de gastos com saúde. Sempre existirá quem discuta a insuficiência desses recursos, mesmo considerando os valores adicionais estaduais e municipais. Mas a experiência anterior mostra que a solidez já é um grande avanço. O comprometimento em bases mais constantes das demais esferas de governo com o financiamento do setor permite avanços mais consistentes na gerência. Responsabilidades podem ser transferidas, liberando recursos para ações redistributivas para maior equidade.

3. A GERÊNCIA DO SUS

3.1. O Início da Década – Baixo Controle e Pouca Capacidade de Intervenção

As dificuldades de financiamento do início da década, mencionadas anteriormente, restringiam a capacidade de ação do setor público. Esse limite, agravado pela universalidade da assistência, levou a um quadro generalizado de redução na qualidade da assistência e o sucateamento da infra-estrutura. E então pode-se verificar que o início dos anos 1990 tinha como uma de suas marcas a degradação dos serviços públicos de saúde, incluindo os acreditados no SUS e a expansão das demandas à assistência médica de planos de saúde (Bahia, 2001).

A prioridade com a atenção básica e com a prevenção está já há algum tempo no discurso da área da saúde. A esse discurso não correspondia uma ação de gerência mais firme. O resultado era o limite da política a locais diferentes e da concorrência por recursos entre as atividades curantes e preventivas. As atividades em ambulatórios e hospitais de média e alta complexidades concorriam com as atividades de atenção básica pelo financiamento, e preponderavam sobre estas. A estratégia de Saúde da Família, relevante para a mudança do modelo de assistência para o campo preventivo, a promoção da saúde e a reversão da centralização excessiva no hospital, estava confinada, até a metade dos anos 1990, a umas poucas experiências de iniciativa das outras áreas de administração da saúde.

Os mecanismos de controle existentes não auxiliavam a ordem do gasto. Uma tentativa de limite do número reconhecidamente excessivo das AIH, visando a controlar o desperdício, resultou no aumento de seu valor médio, isto é, o valor faturado permaneceu e dessa forma os procedimentos tornaram-se mais complexos. A fragilidade dos instrumentos de controle herdados do antigo Inamps era conhecida. Isso gerava fatos histriônicos, como o caso de apresentação de faturas referentes a partos realizados em homens.

No jugamento do prestador de serviços, os obstáculos de gerência e de financiamento resultavam na utilização do imposto inflacionário como instrumento de equilíbrio. As faturas eram pagas com 60 dias ou mais após a prestação dos serviços, gerando perdas financeiras para os prestadores que teriam de ser compensadas de alguma forma. E no período de controle promovido pelo Plano Real, as perdas não terminaram. O aumento no valor da tabela de procedimentos, concedido em 1995 na forma de abono, não conseguiu ser pago em tempo, e sua situação atualizada apenas em 1998.

Esse abono é exemplo da sistemática de correção da tabela de procedimentos comumente adotada. Os reajustes eram concedidos linearmente para todos os serviços, sem análise de custo real. Fato que consagrava várias distorções que levavam à maior oferta ou ao faturamento de procedimentos melhor remunerados em prejuízo de outros, por vezes mais necessários.

O setor saúde caracteriza-se pela existência de falhas de mercado que requerem a intervenção do administrador público. Essa capacidade de intervenção ou de regulação era extremamente frágil. Basta assinalar que o setor de saúde relativo aos planos e seguros, apesar de estabelecido há décadas, atingiu considerável número de pessoas e foi responsável por grande quantidade de reclamações de consumidores, e era mal regulado. Uma atuação ativa requer estrutura administrativa, recursos e pessoal com capacidade, o que provavelmente inexistia até quase o final da década.

Os fármacos, indispensáveis para o estado de saúde, e cujo peso no orçamento familiar é expressivo, exemplificam a necessidade de intervenção no mercado. O controle de preços no setor foi utilizado algumas vezes na década, seguido de importantes aumentos quando suspenso. Durante a década de 1990, o faturamento das indústrias farmacêuticas passou de US\$ 3,4 bilhões em 1990 para US\$ 7,48 bilhões em 2000, e as unidades vendidas permaneceram relativamente inalteráveis. Esses números devem ser vistos com cautela, por razões metodológicas, mas

caracterizam um quadro preocupante (Anvisa, 2001a). Tal comportamento levou o governo a procurar disposições legais para defesa da concorrência, estratégia que se revelou improdutiva, uma vez que muitos processos foram abertos sem que houvesse condenação por abuso de preços. Outro caminho procurado foi a introdução de fármacos genéricos, visando a gerar concorrência.

Em 1993 passou a ser obrigatória a indicação, na embalagem do produto, do princípio ativo utilizado⁷. Essa providência não acarretou resultados significantes. Os produtos genéricos foram efetivamente regulados pela Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que exige, entre outros aspectos, os testes de biodisponibilidade e equivalência terapêutica, que diferem os genéricos dos produtos de marca que não estão sob regime de patente. Para que se avalie a potência dos genéricos com fator de regulação do mercado, basta lembrar que eles detinham participação no mercado de 50% no Reino Unido e de 35% na Alemanha, em 1993 (Romano e Bernardo, 2001; Anvisa, 2001a).

Com relação aos programas de assistência farmacêutica desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, a execução era centralizada e a cargo da Central de Medicamentos (Ceme). Esse órgão, instituído em 1971 e extinto em 1997, teve sua atuação progressivamente contestada e ligada a problemas como a incineração de grandes quantidades de fármacos pela perda do prazo de validade, aquisições de volumes descabidos de determinados produtos e falta de ações planejadas de abastecimento.

3.2. O Final da Década – Melhorias na Gerência e na Capacidade de Regulação

A NOB 01/96 torna real a ânsia prioridade à atenção básica. Com a definição do conjunto de procedimentos do PAB, fica eliminada a concorrência entre estes e os de maior complexidade. A forma de remessa de recursos, mensal e diretamente aos fundos de saúde, permite que o gestor tenha maior segurança no desenvolvimento das ações. Isso au-

⁷ Decreto n.º 793, de 5 de abril de 1993 (Diário Oficial n.º 65, de 6 de abril de 1993, pág. 4.398); revogado pelo Decreto n.º 3.181, de 23 de setembro de 1999 (Diário Oficial n.º 184, de 24 de setembro de 1999, pág. 2).

xilia tanto o processo de planejamento como o de relações com prestadores de serviço.

Em 1999, foi criado o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec)⁸, que estabelece o pagamento por parte do governo federal de procedimentos de alta complexidade e ações consideradas como estratégicas. Dessa forma os procedimentos de custo mais alto deixam de concorrer com os demais, o que faculta organizar a oferta de ambos.

Contornados os problemas emergentes de financiamento, foi possível a recuperação dos investimentos. Isso se deu por meio de recursos próprios do Ministério da Saúde e de empréstimos externos do Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Eximbank. A preços médios de 2001, o valor investido pelo Ministério da Saúde, isto é, o referente a despesas de capital, chegou a 8,1 bilhões em reais médios de 2001, entre 1995 e 2001. Desse total, 65% foi para a recuperação da rede pública, para as construções e para os equipamentos. O complemento foi empregado em saneamento básico, notadamente em pequenos municípios, pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Após do declínio em 1996, o índice de investimento cresce, particularmente, a partir de 1998. No caso do saneamento, a concentração dos investimentos é grande em 2001, correspondendo a 48% do total, em razão da contribuição de recursos do Fundo de Combate à Pobreza.

A criação de órgãos para executar ações de vigilância sanitária e de saúde quanto aos planos e seguros permitiu a melhoria da atuação governista nessas áreas e aumento da intervenção do Estado. As novas unidades – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)⁹ e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹⁰ – foram concebidas

⁸ Portaria do Ministério da Saúde n.º 531, de 30 de abril de 1999 (Diário Oficial n.º 82-E, de 3 de maio de 1999, págs. 8-9).

⁹ Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999 (Diário Oficial n.º 18, de 11 fevereiro de 1999, pág. 1); com sucessivas alterações por Medida Provisória, a última delas pela Medida Provisória n.º 2.190-34, de 23 de agosto de 2001 (Diário Oficial n.º 163-E, de 24 de agosto de 2001, pág. 15).

¹⁰ Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (Diário Oficial n.º 20-A, de 29 de janeiro de 2000, pág. 5); com sucessivas alterações por Medida Provisória, a última delas, pela Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001 (Diário Oficial n.º 164-E, de 27 de agosto de 2001, pág. 38, com retificação em 24 de setembro de 2001).

segundo o modelo de agências executivas, divulgado na reforma do aparelho de estado. As unidades contam com maior capacidade de arrecadação, autonomia financeira, política de recursos humanos diferidas e diretoria com mandato.

O mercado de assistência operada por planos e seguros, apesar de amplo, era insuficientemente regulado e objeto de constantes queixas dos usuários e dos médicos. A criação da ANS deu condições de acompanhamento, análise e fiscalização das disposições do novo ordenamento legal¹¹, que impõe limites aos valores cobrados, uma relação mínima de serviços cobertos e execução de mecanismo de ressarcimento quando atender clientes pelo SUS.

A Anvisa é responsável por grande elenco de atividades na área de vigilância sanitária ligadas à produção e ao comércio de produtos e serviços. Os recursos para a vigilância em 2001, em virtude da possibilidade de arrecadação própria, são possivelmente o dobro da execução do orçamento em 1998, quando estava vinculada à estrutura administrativa do Ministério da Saúde. Entre suas atribuições estão as relativas ao registro dos produtos genéricos. Segundo dados da Anvisa, em julho de 2002 haviam sido registrados 618 remédios genéricos, dos quais dois terços de produção nacional. Desses registros 475 já estão sendo comercializados em 826 apresentações.

Ainda procurando gerar condições para a ampliação do acesso aos fármacos, foram feitas modificações na forma de execução dos programas de assistência farmacêutica a cargo do Ministério da Saúde. A extinção da Ceme, em 1997, e a transferência de suas atribuições para a estrutura do Ministério da Saúde, foi um marco no processo de reformulação que se deu no sentido de introduzir acentuada descentralização e pela revisão de práticas de programa e aquisição, levando clareza e mais eficiência a todos os procedimentos. A utilização de organismos internacionais nos processos de compra e o registro nacional de preços são exemplos da

¹¹ Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e sucessivas Medidas Provisórias; a mais recente é a Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001 (Diário Oficial n.º 163-E, de 24 de agosto de 2001, pág. 15).

procura de práticas administrativas. A aprovação, em 2001, de resolução¹² submetida pelo Brasil à Comissão de Direitos Humanos do Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas, reconhecendo a primazia do interesse público e do direito à saúde sobre o interesse econômico, é outra iniciativa de fortificação da capacidade de ajuste estatal que merece ser mencionada.

Ainda quanto à intervenção e à regulação do mercado, deve ser lembrado o limite à propaganda de tabaco, álcool e produtos farmacêuticos¹³, ampliando as disposições existentes¹⁴ e proibindo o tabagismo nas aeronaves e no transporte coletivo, restringindo a propaganda e o patrocínio de atividades culturais e esportivas.

Algumas outras ações podem ser identificadas como um processo de melhoria da gerência do sistema. Procurando identificar e coibir cobranças indevidas, o Ministério da Saúde passou a remeter cartas a pessoas atendidas pelo SUS, informando o procedimento realizado e o valor pago, solicitando que fosse informada qualquer cobrança indevida. As denúncias são enviadas ao administrador responsável para apuração. Essa iniciativa, posteriormente, passa a solicitar também informações sobre a qualidade do serviço recebido e gera uma classificação de prestadores de serviço. Tal procedimento visa à melhoria da qualidade do atendimento. Ainda nessa linha de atuação foram instituídos o Prêmio Nacional de Qualidade, a Acreditação Hospitalar e os Centros Colaboradores para Qualidade de Gestão e Assistência Hospitalar. Estes centros dão apoio técnico em áreas específicas em que sua excelência foi comprovada para hospitais que desejem melhorar o desempenho.

¹² Aprovação da Comissão de Direitos Humanos da Nações Unidas de Resolução proposta pelo Brasil sobre “Acesso a medicamentos no Contexto de Pandemias como o HIV/Aids”. Informação à Imprensa n.º 155, de 23 de abril de 2001, da Assessoria de Comunicação Social do Ministério das relações Exteriores. Disponível em <http://www.mre.gov.br/infocred/info155-01.htm>. A íntegra da Resolução n.º 33/2001 está em <http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/DocumentsSp?OpenFrameset>

¹³ Lei n.º 10.167, de 27 de dezembro de 2000 (Diário Oficial n.º 249-E, de 28 de dezembro de 2000, pág. 3).

¹⁴ Lei n.º 9.294, de 15 de julho de 1996 (Lei Murad) (Diário Oficial n.º 249-E, de 28 de dezembro de 2000).

4. A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES

4.1. O Início da Década – Pouca Capacidade de Ação

A partição dos recursos do Inamps, em 1986, mostra que as desigualdades que ainda caracterizam a sociedade têm origem antiga. Nesse ano, a região sudeste recebia 59% dos recursos, tendo 44% da população (Ministério da Saúde, 2002a). As regiões norte e nordeste recebiam 20% dos recursos, para uma população equivalente a 34%. Essas distorções, a alocação de recursos dependente da capacidade de oferta, levando a que os locais com mais instalações ganhassem grande parte do orçamento disponível, são de difícil reversão, pois que não se pode alterar rapidamente a oferta de serviços.

Além disso, a mesma sistemática de reajuste linear da tabela, citada anteriormente, aplicava-se aos tetos financeiros dos Estados. Os tetos são limites definidos para cada Estado, relativamente ao faturamento. As dificuldades de financiamento impediam correções no sentido de maior equidade entre os Estados e as regiões. Os limites financeiros adotados em 1994 mostram a persistência da desigualdade. Os Estados do Norte e do Nordeste recebiam menores valores *per capita*: Sergipe, Roraima, Amazonas, Acre e Amapá recebiam menos da metade do valor *per capita* de São Paulo.

A redução das desigualdades passa necessariamente pela política de investimentos. Sem investimentos não é possível reduzir a diferença de infra-estrutura e tecnológica entre as regiões mais carentes e as mais desenvolvidas. E novamente a solidez dos recursos revela-se indispensável. Sem esse fato, não poderia haver uma redução de desigualdades.

4.2. O Final da Década – Alocação de Recursos Diferida

A criação do PAB representou um passo importante no sentido de maior equidade. O estabelecimento do piso de R\$ 10,00 *per capita* foi conseguido com a contribuição de recursos por parte do Ministério da Saúde

e pela redistribuição internamente aos municípios. Com a introdução do PAB, mais de 70% dos municípios passaram a receber o piso, isto é, seu faturamento estava abaixo do mínimo estabelecido.

Não foi apenas o PAB que significou maior redistribuição de recursos para regiões mais carentes. Os programas da parte variável do PAB são responsáveis por grande efeito redistributivo, notadamente o Programa Saúde da Família e o Programa de Controle das Carências Nutritivas.

A Tabela 3 mostra aumento dos tetos financeiros para assistência, segundo as regiões: norte e nordeste tiveram participação ampliada, e a Centro-Oeste mantém-se provavelmente inalterável. O crescimento dessas duas regiões deu-se sobre a participação das regiões Sul e Sudeste, mais ricas e melhor equipadas. Com esse envolvimento o Norte e o Nordeste tendem a corresponder à sua porção na população, respectivamente de 7,7% e 28%.

Tabela 3 – Distribuição Porcentual dos Tetos Financeiros da Assistência à Saúde.
Brasil e regiões, dezembro de 1997 e dezembro de 2001

Regiões	Valores em %					
	ATENÇÃO BÁSICA		MÉDIA E ALTA *		TOTAL	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001
NORTE	5,5	9,0	4,2	5,3	4,4	6,1
NORDESTE	29,5	35,6	22,4	23,9	23,7	26,4
C.-OESTE	6,6	7,7	6,3	6,4	6,3	6,7
SUDESTE	43,7	34,7	50,1	47,9	48,9	45,0
SUL	14,7	13,2	17,0	16,5	16,6	15,7
BRASIL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: S. Executiva/MS
* Inclui o FAEC

Quando se observa a distribuição regional dos tetos financeiros, conforme seus componentes, é possível perceber que a correção das desigualdades deu-se tanto nos procedimentos de atenção básica quanto nos procedimentos de média e alta complexidade. A maior redis-

tribuição ocorreu na atenção básica. Aí as regiões Norte e Nordeste recebem em 2001 um porcentual maior do que a proporção populacional. No Centro-oeste houve pequena variedade na participação, e são as regiões Sul e Sudeste, particularmente esta última, que tiveram recursos corrigidos em menor grau.

Para padrões mais altos de complexidade, o processo de correção das desigualdades é mais intrincado, pois que depende da infra-estrutura instalada para o atendimento em hospital. A ampliação de recursos precisa ser acompanhada de investimentos, públicos ou particulares, que focalizem sua utilização. Investimentos tanto na oferta de mais leitos como de maior densidade tecnológica. Na atenção básica, o processo de aumento da oferta é mais simples e possível, mesmo para prefeituras municipais de pequeno porte.

5. ALGUNS RESULTADOS

Pela natureza e pelas particularidades do setor saúde é extremamente difícil atribuir-se a uma determinada ação a melhoria de alguns indicadores. A mortalidade infantil é exemplo disso. Mas a contribuição das ações públicas para o progresso da condição de saúde da população é incontestável. A convergência da maior autonomia promovida aos administradores, fixação financeira, desenvolvimento de gerência e compromisso com a redução das desigualdades criam condições para a estruturação de políticas que elevam a saúde.

5.1. Ampliação do Acesso

Como resultado do processo de descentralização e de aperfeiçoamento de gerência, o SUS conseguiu aumentar sua consistência, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. A estratégia básica foi levar a saúde às populações e deixar de esperar que os doentes procurem os hospitais. A palavra que pode resumir os resultados da década é "inclusão".

Em 1996 cerca de 500 cidades não recebiam recurso do Ministério da Saúde, isto é, não executavam procedimentos em ambulatórios ou hospitais a ser pagos pelo SUS. Hoje em dia 5.534, quase todos os municípios, recebem no mínimo R\$10,00 por habitante. O Programa Saúde da Família ampliou a cobertura em dez vezes, aproximadamente, entre 1997 e 2001, passando de 5,6 milhões de pessoas para mais de 50 milhões. Em 1997 foram aplicadas 95,5 milhões de doses de imunobiológicos, número que chegou a 179 milhões em 2000. Ao incluir novos procedimentos e tratamentos o SUS atende clientes antes sem assistência. Assim foi com o bem-sucedido Programa de Vacinação de Idosos, que se iniciou em 1999 atendendo a 7,5 milhões de pessoas em 1999, e em 2001 a 10,7 milhões.

Também demonstram a ampliação do acesso os dados relativos à saúde da mulher, que serão apresentando adiante, e o número de con-

sultas da rede pública. A Tabela 4 mostra aumento expressivo de consultas no pré-natal, 89,2%, entre 1997 e 2001, o que dobrou o número de 2,0 consultas, em 1997, para 4,2 em 2001. O total de consultas na rede pública também se amplia nesses quatro anos em 40,5 milhões, ou 13,1%. O número de consultas por habitante passa de 1,9 para 2,0 entre 1997 e 2001.

Tabela 4 – Evolvimento do Total de Consultas em Geral, Atendimento Pré-Natal e Exames de Papanicolaou pelo SUS. Brasil, 1997 a 2001

Item	Frequência		Variação	
	1997	2001	Absoluta	%
Consultas de Pré-natal	5.392.267	10.200.000	4.807.733	89,2
Exames de Papanicolaou	6.329.259	7.714.159	1.384.900	21,9
Total de Consultas na Rede SUS	308.216.712	348.728.879	40.512.167	13,1

Fonte: DATASUS/MS

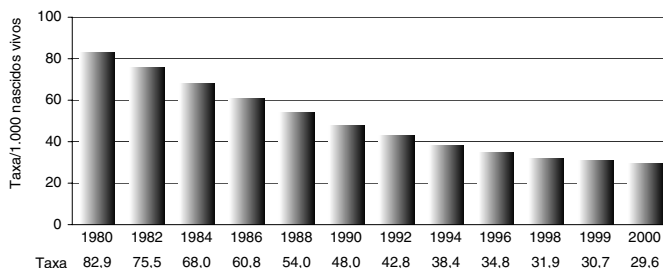
5.2. Saúde da Criança

Como resultado dos esforços empreendidos nos últimos anos, a mortalidade infantil diminuiu em todas as regiões: de 48,0 para 29,6 por mil nascidos vivos, no período de 1990-2000 (gráfico 2). Foram evitados mais de 400 mil óbitos em menores de 1 ano de idade, representando decréscimo de 38,6%, o que ultrapassa a meta proposta na Cúpula Mundial em Favor da Infância em 1990, para reduzir de 30%.

A análise dos dados de internação e óbitos em hospitais no Sistema Único de Saúde, ao se comparar os anos de 1995 e 2001, atestam esse quadro positivo, revelando um decréscimo de 30% dos óbitos em crianças menores de 1 ano nesse período. É de ressaltar a importante redução de óbitos por diarreias, pneumonias e desnutrição (71%, 48% e 61%, respectivamente), mostrando a influência das ações que o Ministério da Saúde dá prioridade. Em 1996 já se havia alcançado a metade Cúpula Mundial em Favor da Infância de redução da mortalidade por diarreia em 50% e de um terço das mortes infantis decorrentes de infecções respiratórias agudas.

Gráfico 2 – Coeficiente de Mortalidade Infantil (óbitos por 1.000 nascidos vivos). Brasil, 1980 a 2000

Brasil, 1980 a 2000



Fonte: IBGE

Contribuem para o alcance desses dados positivos um conjunto articulado de intervenções governistas, como a prioridade da atenção básica, as campanhas de imunização, a promoção do aleitamento, a ampliação do saneamento básico, o controle da desnutrição, a melhoria da qualidade da atenção pré-natal, do parto e do nascimento. Cabe também relevar o trabalho dos mais de 130 mil agentes da Pastoral da Criança, que atendem nas áreas mais carentes de todo o país, em benefício de milhares de pessoas.

No Programa Nacional de Imunizações (PNI), que tem mais do que o dobro da existência do SUS, destaca-se a estratégia dos dias nacionais de vacinação contra a poliomielite, que foi recomendada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e adotada por diversos países. Essa estratégia permitiu também que o Brasil recebesse da Organização Mundial da Saúde (OMS) o Certificado de Erradicação da Poliomielite, em 1994, e há mais de dez anos o país não registra nenhum novo caso de paralisia infantil. O PNI, atualmente, não está restrito às conquistas contra essa infecção. Doenças que atingiam milhares de crianças estão sendo controladas: as formas graves de tuberculose, o tétano, a coqueluche, a difteria, o sarampo, a caxumba, entre outras.

As crianças menores de 2 anos passaram a receber em rotina a vacina contra *Haemophilus influenza* tipo b, uma das principais causadoras da meningite infantil. A vacina contra a hepatite B está sendo introduzida para menores de 1 ano em todo o país. Além disso as mulheres em idade fértil de 12 a 49 anos estão recebendo vacinas contra o tétano e a difteria.

Em relação às ações de promoção da amamentação sobressai o aumento da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano para 156 unidades em hospitais, beneficiando milhares de crianças prematuras e de baixo peso. É a maior rede do mundo, e tem sido reconhecida internacionalmente pela sua qualidade. A ampliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para 213 unidades, as ações para a orientação das Normas de Comercialização de Alimentos para os Lactentes, o Projeto Carteiro Amigo com a preparação de mais de dezenove mil carteiros que distribuíram material educativo e informações para mais de um milhão de famílias, sobretudo nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. Essas ações contribuíram para o aumento do aleitamento. Levando-se em conta a duração média da amamentação, estima-se que houve elevação de 5,5 semanas em 1989 para 9,9 semanas em 1999.

Com o propósito de melhorar a qualidade da atenção perinatal, o Ministério da Saúde vem aplicando na melhoria da qualidade e do aumento da cobertura do pré-natal, e ao relevar o parto e o nascimento, reduz-se os índices de cesarianas e se cria os Centros de Parto Normal. A mortalidade por causas perinatais, atualmente, é responsável por mais de 50% dos óbitos no primeiro ano de vida. Programas para o controle da desnutrição e da carência de ferro e vitamina A, colaboram para a diminuição da desnutrição protéico-calórica nas crianças. Hoje em dia, 5,7% das crianças apresentam baixo-peso, considerável decréscimo, se comparado aos índices de 18,4% de 1975.

É preciso reconhecer, apesar dos avanços, que ainda existem grandes contrastes nas chances de sobrevivência infantil. Entre as diferentes regiões os coeficientes variam de 44,2 por mil nascidos vivos, no Nordeste, até 19,7 por mil no Sul. As áreas rurais apresentam o

dobro de mortalidade observado nas áreas urbanas, e mesmo dentro das grandes cidades, há bolsões de pobreza onde a mortalidade infantil chega a limites semelhantes aos dos pequenos municípios pobres. Esses contrastes traduzem desigualdades sociais e econômicas, que restringem o acesso de certa parte da população aos serviços de saneamento básico, educação e estrutura médica.

Registraram-se ainda marcantes avanços na área do controle da desnutrição a partir de 1998, com a formulação e a introdução da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Além da desnutrição infantil, os progressos foram também extensivos às deficiências de nutrição mais prevalentes (bócio endêmico, anemia por carência de ferro, hipovitaminose A) e a promoção de um alimento sadio para valorizar a saúde.

A Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.882/97 que estabeleceu o Piso de Atenção Básica, criou como parte do PAB variável, o incentivo ao Programa de Controle das Carências Nutritivas (PCCN), com a distribuição de recursos para os administradores municipais adquirirem leite íntegro ou outro produto alimentício. Esse programa foi fixado em 5.127 municípios, beneficiando mais de 850 mil crianças, grávidas e nutrizes, o que representa cerca de 95% da meta para todo o país. A grande concentração do atendimento foi no Nordeste, mais alcançado pelo problema. Os municípios que não aderiram a tal iniciativa foram, na maioria, os de pequeno porte das regiões sul, onde o problema é menos prevalente e o poder municipal dispõe de mais opções para esse tipo de ação.

Dados de avaliação por amostra desse programa apontam que 71% das crianças assistidas apresentaram ganho de peso acima do esperado para a idade, e 40% tiveram recuperação de peso. Essa avaliação mostrou, ainda, a necessidade de modernidade e ampliação do programa para, além da recuperação nutricional, prevenir a desnutrição de crianças em risco. Procurou-se mais cidadania e mais autonomia das famílias com a mudança na forma de remessa de recursos: no lugar da distribuição de alimentos, a transferência direta de recursos para que as próprias famílias adquiram os alimentos necessários para o reforço do mantimento infantil, das grávidas e das lactantes.

E então foi lançado, em setembro 2001, o Programa Bolsa-Alimentação. Além das transferências financeiras, o programa estabeleceu a necessidade de contrapartida da família na forma de participação nas atividades básicas de saúde com prevenção: imunização, assistência pré-natal, educação em saúde e nutrição e acompanhamento do crescimento.

A bolsa representou ganho de recursos para o controle das carências nutritivas. Quando totalmente executada, os R\$ 166 milhões alocados pelo incentivo ao PCCN, serão ampliados para R\$ 572 milhões. Em agosto de 2002, 3.032 municípios disseram pagamentos a um milhão de pessoas, entre crianças, grávidas e mães que amamentam.

A carência de iodo foi virtualmente controlada no país. A prevalência do bócio na área central, onde há o maior risco dessa desnutrição, foi estimada em 1,4%, valor baixo do índice que a Organização Mundial da Saúde considera aceitável (5%). Houve acentuada melhora quando comparada à situação de 1995. Nesse ano, apesar de a situação estar controlada, em termos médio, ainda se olhava com cautela a certas áreas. Em alguns municípios a prevalência do bócio em escolares superava 10%, como nos casos de Jequitinhonha (MG) com 10% e São Raimundo das Mangabeiras (MA) com 19%. No final do ano 2000, essas prevalências foram estimadas até 1,2%. São avanços resultantes da introdução do Programa de Iodação Universal do Sal e do recrudescimento das ações de fiscalização e inspeção sanitária.

Para o controle da anemia por carência de ferro, que afeta quase 50% das crianças, foram distribuídos, a partir do ano 2000, 1 milhão e 200 mil frascos de sulfato ferroso para os municípios mais carentes do Nordeste. Os agentes comunitários de saúde foram especiais na distribuição do suplemento às famílias. Como ação mais sustentada e duradoura, foi estabelecida a obrigação de enriquecimento com ferro de toda a farinha de trigo e milho produzida no país.

Também na região nordeste e no Vale do Jequitinhonha foram intensificadas as ações de distribuição de doses de vitamina A nas campanhas de vacinação ou pelos agentes comunitários. Desde 1998, mais de 10 milhões de doses do fármaco foram distribuídas.

5.3. Ampliação do Programa Nacional de Imunizações

Para manter ou ampliar os resultados positivos no controle, na eliminação ou na erradicação de doenças imunopreventivas, o Ministério da Saúde reforçou as ações. Nos últimos anos, introduziu vacinas no Programa Nacional de Imunizações, como a contra hepatite B, a vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b, a vacinação do idoso contra gripe, tétano e pneumonia pneumocócica e a vacina dupla viral (contra sarampo e rubéola).

Nas três edições da Campanha Nacional de Vacinação do Idoso a meta foi superada, ou seja, mais de 70% da população, acima de 60 anos, foi imunizada contra a gripe. Outros países que realizam esse tipo de mobilização levaram mais tempo para atingir tal índice. Os Estados Unidos, por exemplo, registraram 64% de cobertura apenas em 1994, ou seja, 21 anos após da primeira campanha, realizada em 1973.

Além da introdução de novas vacinas, foi possível manter os bons padrões de cobertura vacínica, e em alguns casos ampliá-los, como é possível verificar pelos dados da Tabela 5.

Tabela 5 – Cobertura Vacínica em Menores de 1 Ano.
Brasil, 1994, 1997 e 2001

Tipo de Vacina	Cobertura Percentual		
	1994	1997	2001
Tríplice - DPT	74	79	95
Sarampo	78	100	100
BCG	94	100	100
Poliomielite	71	89	100

Fonte: CGPL/MS

5.4. O Programa de DST e Aids

O programa de DST e aids é reconhecido internacionalmente como exemplo a ser seguido. A mortalidade provocada pela Aids caiu 50% de 1995 a 1999. Ou seja, houve redução média de 12,5% por ano, no número de óbitos. Esse dado coincide com a adoção da política de distribuição universal e gratuita das combinações de fármacos contra Aids a partir de 1996. Estão sendo beneficiados 95 mil pacientes.

Não somente a mortalidade diminuiu, mas também a incidência. Em 1996 eram 14 casos para cada grupo de 100 mil habitantes; em 2000 esse número se reduziu para 11,2 casos para cada grupo de 100 mil habitantes, uma redução de 25% nas notificações de casos.

Outra grande vitória (já asinalada no aspecto geral) foi a aprovação pela Comissão de Direitos Humanos da ONU da resolução formulada pelo Brasil, classificando o acesso aos remédios contra a Aids como um "direito humano". De acordo com a resolução, o Estado deve garantir – sem discriminação – o acesso a fármacos e a tecnologia médica para o tratamento da enfermidade.

O Ministério da Saúde em 2000 iniciou a produção nacional de fármacos semelhantes aos inovadores e também de genéricos para o controle da Aids, o que assegura a redução de custos e a sustentação da política de universalidade do acesso aos anti-retrovirais. Como resultado foi possível passar de 73 mil pessoas atendidas para 105 mil entre 1999 e 2001.

5.5. Cirurgias Eletivas e Procedimentos em Ambulatório

O Ministério da Saúde nos últimos anos está realizando mutirões de cirurgias em todos os Estados, depois de análise dos locais de maior necessidade e assim obtém resultados significativos. Conseguiu reduzir a fila de espera por cirurgias eletivas, melhorando a qualidade de vida de muitas pessoas.

A Tabela 6 demonstra vários exemplos do aumento do número de cirurgias realizadas pelo SUS no período de 1997 a 2001.

Tabela 6 – Evolvimento do Número de Cirurgias Eletivas Realizadas pelo SUS. Brasil, 1997 a 2001

Procedimento / Cirurgia	Número de Cirurgias		
	1997	2001	Variação
Hérmias	192.811	236.878	22,9%
Hemorróidas	20.570	24.305	18,2%
Vesícula	77.385	101.589	31,3%
Otorrino	15.445	28.650	85,5%
Varizes	22.979	67.131	192,1%
Próstata	28.169	36.043	27,9%
Catarata	130.943	266.681	103,7%

Fonte: SAS/MS

O aumento do número de cirurgias é verificado em todos os procedimentos da tabela. Algumas delas sobressaem pelo elevado incremento, como: cirurgia de varizes dos membros inferiores, que quase triplicou no período; cirurgia de catarata, que mais que dobrou num período de cinco anos.

Fica clarificado também o aumento da oferta de serviços prestados pelo SUS no período analisado. Essas cirurgias devolveram com rapidez a qualidade de vida quando havia somente espera prolongada para o atendimento. Exemplo marcante dessas campanhas é o mutirão de alívio da catarata. Entre 1997 e 2001 foi realizada mais de um milhão de cirurgias, o que promoveu para milhares o retorno da visão.

Por meio do PAB, os procedimentos mais simples tiveram oferta ampliada. E pelo aumento de recursos foi possível aumentar a oferta e ampliar os locais em que podiam ser encontrados. No caso do diagnóstico por imagem pela ressonância nuclear magnética, apenas dois Estados do Nordeste faturaram esse procedimento em 1998, número que chega a oito em 2001. O número de municípios que ofereciam tomografia computadorizada era de 231 em 1997, passando para 275 em 2001.

Tabela 7 – Evolvimento da Oferta de Procedimentos em Ambulatórios no SUS.
Procedimentos Seleccionados, 1997 e 2001

Procedimento	Número Absoluto		Período 1997 a 2001	
	1997	2001	Aumento Absoluto	Aumento %
Tomografia Computadorizada	615.795	817.656	201.861	32,8
Quimioterapia	567.654	945.299	377.645	66,5
Radioterapia	4.917.670	5.368.805	451.135	9,2
Ressonância magnética	-	87.004	87.004	-
Mamografia	809.745	1.475.224	665.479	82,2
Hemodiálise	4.180.745	6.585.913	2.405.168	57,5
Patologia clínica	170.112.999	240.749.070	70.636.071	41,5

Fonte: SAS/MS

A Tabela 7 apresenta vários exemplos do aumento dos procedimentos em ambulatórios realizados pelo SUS em 1997 a 2001. Pode ser observado o relevante crescimento, como mamografia e quimioterapia antineoplásica. Os exames de ressonância nuclear magnética, não ofertados em 1997, foram em número de 22.421 em 1998, e chegaram a mais de 87 mil em 2001.

Também houve avanços relevantes nos transplantes, tanto na organização do sistema, como no número de beneficiários. A Lei dos Transplantes¹⁵, de 1997, e a regulação posterior definiram critérios para a destino de órgãos e para a organização do Sistema Nacional de Transplantes, das Listas Únicas de Receptores e das Centrais Estaduais de Transplantes. A construção desse sistema demandou esforço por parte do Ministério da Saúde, mas seus resultados já podem ser observados. O Brasil atualmente é o segundo país do mundo em número absoluto de transplantes realizados por ano e o primeiro na relação transplantes e PIB (Ministério da Saúde, 2002a).

¹⁵ Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 (Diário Oficial n.º 25, de 5 de fevereiro de 1997, pág. 1), regulamentada pelo Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997 (Diário Oficial n.º 58-AE, de 24 de março de 2001, pág. 6, Edição Extra).

Paralelamente à organização do sistema, o financiamento dos transplantes foi revisto: a) desde 1998 foram incluídos procedimentos relativos à transplantes na Tabela SUS; b) a partir de 1999 o financiamento da atividade deixa de onerar os tetos financeiros estaduais, e é assumido pelo Fundo das Ações Estratégicas e de Compensação (Faec) e, portanto, sendo pago diretamente pelo Ministério da Saúde; c) no início de 2001 foi reajustada a tabela para transplantes, representando aumento de 75% para diversos hospitais que não tinham o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa (Fideps); d) em agosto de 2001 foram triplicados os valores pagos aos procedimentos de captação e retirada de órgãos, de modo a ampliar a oferta e conseqüentemente reduzir o tempo de espera.

Com essas iniciativas o número de transplantes realizados passou de 3.932, em 1997, para 7.229 em 2001 (aumento de 84%). O gasto total com transplantes (incluindo procedimentos associados e fármacos) passou de R\$ 71,182 milhões, em 1997, para R\$ 220,466 milhões, em 2001 (aumento de 210%).

A Tabela 8 atesta a variedade no número de transplantes realizados, entre 1997 e 2001, para a maior parte dos tipos. Pode-se observar a expansão da oferta em todos os casos, como de córnea, com aumento de 81%, medula óssea, com aumento de 99%, e fígado, com aumento de 168%.

Tabela 8 – Evolvimento do Número de Transplantes Realizados no SUS.
Procedimentos Selecionados, 1997 e 2001

	1997	2001	Varição
Rim	1.502	2.551	70%
Córnea	1.819	3.288	81%
Medula óssea	354	705	99%
Fígado	144	386	168%
Pulmão	1	17	1600%
Coração	56	101	80%

Fonte: SAS/MS

5.6. Assistência Farmacêutica

O acesso a produtos farmacêuticos foi ampliado de várias formas, e a que mais aplaude é a dos genéricos. Essa é apenas uma das ações desenvolvidas nessa área. O fornecimento de fármacos pelo Ministério da Saúde se dá em quatro grandes grupos: a assistência farmacêutica básica, os remédios excepcionais, os fármacos estratégicos e os valores incluídos no valor dos procedimentos em hospitais.

A política de prioridade da atenção básica abrange também a assistência farmacêutica. O Programa de Assistência Farmacêutica Básica fornece cerca de 40 produtos, os mais utilizados pela rede pública. O financiamento é tripartite, isto é, conta com a participação do Ministério da Saúde, e a dos administradores municipais e estaduais que respondem por 50%. Os recursos federais são transferidos às demais instâncias de gerência. Além disso são fornecidas, a cada três meses, conjuntos com 32 fármacos de uso corrente para as equipes de saúde da família. Essa iniciativa contribui para ampliar o atendimento da farmácia básica, abrangendo 22,5 milhões de pessoas.

Os remédios de estratégicos são os destinados aos programas de DST/Aids, saúde mental, tuberculose, hanseníase, malária, esquistossomose, tracoma, leishmaniose, meningite, cólera, filariose, diabete e hemofilia. Cabe resaltar os programas de Aids, pelo seu peso no gasto com fármacos – R\$ 515 milhões em 2001, e os de diabete e hipertensão arterial que tiveram grande expansão.

Produtos farmacêuticos excepcionais são os de valor elevado e administrados por períodos longos, como os para doenças neurológicas, osteoporose, hepatites virais e transplantes. Em 2002 o número de remédios distribuídos foi ampliado, passando de 49 para 87. Isso significa aumento do número de beneficiários, que deve chegar a 384 mil pessoas (foram 110 mil as atendidas anteriormente).

Até o final de 1999 esses fármacos eram financiados com recursos integrados aos tetos financeiros estaduais, pela apresentação do recibo

de compra pelos Estados. A partir de 2000 passam a ser financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), administrado pelo Ministério da Saúde. E então deixaram de onerar os tetos financeiros estaduais e, portanto, de competir com os demais gastos em assistência, permitindo melhor atendimento. Ainda fazem parte os gastos farmacêuticos utilizados na assistência em hospital, que têm custo incluído no valor pago pelos diferentes procedimentos.

A Tabela 9 mostra o número estimado de pessoas que recebem produtos farmacêuticos gratuitamente pelo sistema público nos diferentes programas. Observa-se expansão generalizada da clientes atendidos. Ressalte-se a expansão do atendimento em saúde mental, hipertensão, diabete e assistência farmacêutica básica.

Tabela 9 – Estimação do Número de Beneficiários da Distribuição de Produtos Farmacêuticos. Programas Selecionados, 1997 a 2001

	1997	2001	Variação
DST/aids	35.900	105.200	193%
Farmácia Básica	26.000.000	107.500.000	313%
Saúde Mental	10.000	176.000	1660%
Hemoderivados	4.000	7.600	90%
Pneumologia Sanitária	48.200	110.000	128%
Hanseníase	58.100	90.000	55%
Diabetes	182.000	750.000	312%
Diabetes - Insulina	271.200	375.000	38%
Hipertensão	910.000	4.000.000	340%
Endemias Focais	2.000.000	4.000.000	100%
Saúde da Mulher	300.000	700.000	133%
Excepcionais	22.600	109.500	385%

5.7. Prevenção e Controle de Doenças Transmissivas

Na última década o Brasil obteve bons resultados no controle de várias doenças transmissivas. É verdade que surgiram transtornos, como a dengue, especialmente no Rio de Janeiro, o que não deslustra o êxito dessa caminhada.

A difteria e a coqueluche são enfrentadas com a intensificação da vigilância epidemiológica e a vacina tríplice, cuja cobertura vacínica tem se ampliado e homogeneizado. A difteria provocou 19 casos em 2001, uma redução importante em relação aos 4.644 casos em 1980, ou aos 640 ocorridos em 1990. Os óbitos caíram de 64, em 1990, para três em 2001. A coqueluche causou 15.329 casos, em 1990, e 445 em 2001. As mortes por essa enfermidade diminuíram de 105, em 1990, para 13 em 2001.

O tétano acidental também teve redução significativa. Passou de 1.547 casos e 461 mortes, em 1990, para 366 casos e 86 mortes em 2001. O tétano neonatal, cuja prevenção é feita por um adequado atendimento pré-natal, passou de 294 casos e 141 óbitos, em 1990, para 33 casos e 27 óbitos em 2001. Isso significa que já foi atingida a meta de incidência considerada pela Opas como indicação de eliminação (Ministério da Saúde, 2002 b).

A poliomielite está erradicada a partir de 1990 com as Campanhas Nacionais de Vacinação, mantendo-se assim até os dias de hoje.

O sarampo, objeto de política específica conspiciada no Plano de Eliminação do Sarampo, foi controlado em 2001, não tendo sido registrado nenhum caso nesse ano, e nenhum óbito desde o 2000.

Outras doenças também contam redução expressiva, como a raiva humana, a doença-de-chagas, a hanseníase, a febre tifóide, a oncocercose, filariose e a peste.

As ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças foram reformuladas a partir de 1999¹⁶, adequando-se à política de descentralização da NOB 01/96. Os recursos passaram a ser transferidos diretamente aos fundos de saúde de Estados e municípios, segundo a situação epidemiológica e o número populacional. Assim as ações, antes financiadas por convênios, tiveram o risco de não-confirmação reduzido. O valor para essas ações também foi ampliado, chegando a R\$ 566 milhões em 2002.

¹⁶ Portaria n.º 1.399, de 14 de dezembro de 1999 (Diário Oficial n.º 240-E, Seção I, de 16 de dezembro de 1999, págs. 21-22).

5.8. Redução das Desigualdades

A redução das desigualdades não é tarefa simples ou rápida, mas a política de alocação diferida de recursos adotada nos últimos anos já mostra alguns bons resultados. Quando se observa a participação de cada região na produção de diversos procedimentos de ambulatórios e de cirurgias é possível verificar avanços nos locais mais carentes.

Para as cirurgias de hemorróidas, vesícula biliar, varizes dos membros inferiores, próstata e catarata, por exemplo, a participação das regiões norte e nordeste no total realizado cresceu, entre 1997 e 2001, e a das regiões sudeste e sul apresentou declínio. Esse mesmo processo pode ser anotado nos procedimentos, em ambulatórios, de tomografia computadorizada, mamografia e hemodiálise, por exemplo. Isso foi possível pelo aumento da oferta total, dirigida prioritariamente aos locais mais carentes.

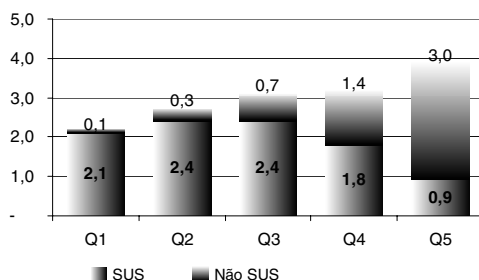
Nas internações em hospitais, verificar-se dinâmica semelhante. O número total de internações hospitalares do SUS permaneceu relativamente fixo entre 1997 e 2001, mas a participação das regiões norte, nordeste e centro-oeste cresceu, e a do sudeste, sobretudo, decresceu. O Norte passou de 6,7% para 7,4% das internações; o Nordeste de 29,0% para 29,6%; o Centro-Oeste de 6,8% para 7,8%; e o Sudeste apresentou variação de 40,9% para 38,7%.

Outra ação que pode ser citada, quanto às desigualdades, é o controle da desnutrição. Os resultados da nova estratégia de enfrentamento do problema, o incentivo ao Programa de Controle das Carências Nutritivas, podem ser avaliados por meio de dados provenientes do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Para a região nordeste, esses elementos demonstraram diminuição maior do que a prevista nos índices de declínio da desnutrição na região: entre abril de 1999 e maio de 2000 o risco relacionado à desnutrição foi reduzido de 15%, e a tendência, que vinha sendo verificada, era de declínio médio de 5% por ano.

O SUS é usado, sobretudo, pelos mais pobres, sendo assim importante fator de distribuição de renda e redução de desigualdades. O Gráfico 3 ilustra esse fato. Para os 20% mais pobres, o número de consultas realizadas fora do sistema público é muito pequeno, 0,1 consulta por habitante, relação que se altera conforme cresce a renda. Também é possível verificar que as consultas realizadas pelo SUS estão direcionadas para as camadas de menor renda, pois as consultas por habitante decrescem com o aumento da renda.

Essa relação é comum em todas as regiões. É possivelmente nulo o número de consultas fora do SUS para os 20% mais pobres no Norte e no Nordeste. Mas o número de consultas *per capita* para essa faixa de renda, os mais carentes, ainda varia segundo as regiões, tanto para as consultas realizadas pelo SUS como para o pequeno número realizado fora dele. A diminuição do número de consultas no SUS *per capita* com o aumento da renda ocorre em todas as regiões.

Gráfico 3 – Número de Consultas Médicas SUS e Não-SUS Anuais por Habitante, por Quintos da População Ordenada pela Renda Domiciliar *Per Capita*. Brasil, 1998

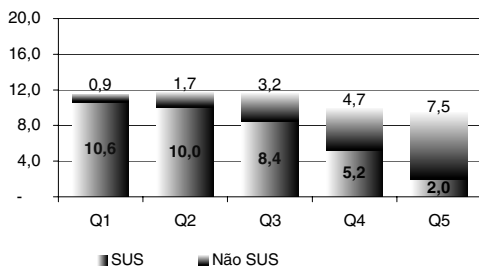


Fonte: Piola, Vianna e Osório (2002).

O mesmo trabalho de análise apresentado para as consultas médicas foi realizado para as internações em hospitalais. O Gráfico 4 registra o número de internações por 100 habitantes segundo a renda domiciliar. Assim como para as consultas médicas, quanto menor a renda, maior a utilização do serviço público. O número total de internações cai conforme a renda aumenta, mas o número de internações SUS diminui, o que significa que os recursos públicos estão dirigidos para as camadas mais carentes.

A utilização do SUS no caso de pessoas de menor renda repete-se em todas as regiões, notadamente no Norte e Nordeste. Aí o número de internações fora do SUS é muito pequeno para os 20% mais pobres, 0,8 e 0,2 internações anuais por 100 habitantes, para o Norte e para o Nordeste respectivamente.

Gráfico 4 – Número de Internações em Hospitais do SUS e do Não-SUS Anuais por 100 Habitantes, por Quintos da População Ordenada pela Renda Domiciliar *Per Capita*.
Brasil e Regiões, 1998



Fonte: Piola, Vianna e Osório (2002).

6. CONCLUSÃO – DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA OS PRÓXIMOS ANOS

Um problema crônico do SUS é o da desigualdade regional na oferta de serviços. No campo do custeio todo o processo da descentralização e do regionalismo tem feito muito para que se estabeleçam mecanismos mais justos de alocação de recursos. E a Emenda Constitucional n.º 29, de 2000, ampliando a base de financiamento do sistema, obrigará alguns Estados e municípios, que gastavam pouco em saúde, a aumentar sua participação, ajudando a equalizar a contribuição financeira de setor.

Fica o desafio de aumentar a capacidade instalada do sistema. Sem investimentos para homogeneizar a oferta, no que for possível fazê-lo, as desigualdades persistirão. Alguns programas recentes do Ministério da Saúde têm lidado com esse problema, e certamente trarão resultados num futuro próximo. Nessa linha incluem-se o Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência; o Programa de Gestante de Alto Risco; o Programa de Reequipamento Hospitalar; e o Projeto Expande – Centro de Alta Complexidade em Oncologia. Tais programas, tendo como diretriz básica a redução das desigualdades regionais, tratam da melhoria da capacidade de atendimento e têm recursos para reforma e construção de instalações e compra de equipamentos.

No mesmo passo a política de custeio tem caminhado coerentemente com os investimentos. E assim o reajuste das tabelas de pagamento do SUS acompanha as prioridades de investimento. Isso para que não se repitam erros de épocas em que se aumentava o valor de certos procedimentos, mas o setor público não era preparado para realizá-los ou se investia (compra de equipamentos), e não se liberava recursos para permitir aumento da cobertura.

A melhoria dos mecanismos de financiamento e de aplicação de recursos, portanto, continuará sendo uma preocupação dos administradores da saúde nos próximos anos.

Quando se aponta obstáculos no SUS, a desigualdade na distribuição e na qualificação dos recursos humanos não pode ser relegada. O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits)¹⁷ visa a alocar profissionais de medicina e enfermagem nos municípios, por meio do fornecimento de bolsa de dois anos. O próprio Programa Saúde da Família, com a política de remuneração diferente por cobertura, tornou-se um instrumento para facilitar a permanência de profissionais em municípios de menor porte. A melhoria da qualificação foi enfrentada pelo Pojeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae)¹⁸, que preparou cerca de 80 mil atendentes de enfermagem, devendo atingir 250 mil nos próximos anos. Num prazo mais longo, o Ministério da Saúde, junto com o Ministério da Educação, está atuando na reformulação de currículos de medicina, de modo a considerar a necessidade de uma formação em atenção básica e a recuperação da ética profissional.

A manutenção de gastos permanentes com treinamento e atualização dos profissionais de saúde, voltados para o atendimento mais dedicado será um desafio constante para os próximos administradores.

O extraordinário avanço da descentralização abre perspectivas de grande desenvolvimento na gerência do SUS, pela inserção de atores e pela maior possibilidade de participação social. E a desarticulação excessiva da assistência, a necessidade de garantia de qualidade e a fortificação dos mecanismos de referência e contra-referência, são dificuldades num quadro fragmentado, que não podem ser subestimadas. A Noas 01/02 enfrenta essas questões, mas sua criação é recente e resultados ainda estão em avaliação. No regionalismo está, sem dúvida, outro transtorno para os administradores da saúde. A montagem de uma estrutura de acompanhamento e avaliação das ações descentralizadas, de modo a assegurar sua execução dentro dos padrões de qualidade pretendidos, é outro problema não plenamente resolvido. O aumento de casos de dengue ilustra o fato, apesar da ampliação dos recursos e da regularidade nas remessas financeiras.

¹⁷ Veja <http://portalweb01.saude.gov.br/pits/>

¹⁸ Ministério da Saúde: promovendo educação profissional. Brasília:Profae (Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem), fevereiro de 2002; também <http://www.saude.gov.br/profae>

Tornar cada vez mais eficiente e integrada a rede pública, exige investimentos e atenção para os instrumentos de gerência. Melhorar o atendimento de emergência e ampliar o atendimento em Unidades de Terapia Intensiva são desafios que demandarão investimentos importantes. Quanto à gerência, a iniciativa de introdução do Cartão SUS¹⁹ é uma experiência que deve ser continuada, ampliada e consolidada pela extraordinária capacidade de planejamento e organização do sistema.

Ainda sobre a gerência, outro obstáculo a ser superado está na ampliação e na reestruturação dos centros de regulação de vagas em hospitalais, de marcação de consultas e de realização de exames em ambulatorios. Isso facultará o acesso da sociedade, notadamente a menos informada, à rede pública, com economia de tempo e recursos. As regiões metropolitanas, aglomerados urbanos e cidades de porte médio são os locais prioritários para esse tipo de melhoria na gerência. O prosseguimento da ampliação da assistência farmacêutica, tanto quanto ao número de beneficiários, como pela introdução de novos itens e melhoria da obtenção de fármacos, é mais um desafio exposto aos próximos administradores da saúde. Não é possível ampliar o número de unidades farmacêuticas e a produção do sistema público sem promover igual desenvolvimento do acesso aos remédios.

Finalmente, entre os diversos problemas que se apresentam aos envolvidos com o setor saúde, deve-se dar ênfase ao prosseguimento da luta pela redução dos coeficientes de mortalidade infantil. Uma luta ádua, permanente, que exige recursos consideráveis para saneamento e assistência à saúde e grande determinação, logo não pode ser postergada.

Obstáculos e problemas há e sempre haverão. O balanço da situação do SUS indica progresso. O que pode ser dito, com certeza, é que nessa década o sistema público de saúde está em melhores condições de executar suas políticas e gerar bons resultados que nos anos 1990.

¹⁹ Ministério da Saúde. Cartão Nacional de Saúde. Cadastramento de usuários do SUS. Portarias: MS/GM n.º 17, MS/SE/SIS n.º 39 e n.º 57, de 2001. Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde; 2001 (Série E, n.º 7).

7. BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *A Regulamentação do setor de saúde suplementar*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/palavra_ans/index.htm>. Acesso em: 18 dez. 2001.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Tendências globais na área da saúde*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/palavra_ans/index.htm>. Acesso em: 14 dez. 2001.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Estatísticas*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/estatistica/index.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2002.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Monitoramento de mercado*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/mercado/monitora/index.htm>>. Acesso em: 19 dez. 2001.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Regulação econômica do mercado farmacêutico*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/mercado/regula/index.htm>>. Acesso em: 15 dez. 2001a.

ALMEIDA, C. M. Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 263-86, 1999.

ANDRADE, L. O. M. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec, 2001. (Saúde em Debate, 139).

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; JUNIOR, T. A Descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública; Pan American Journal of Public Health*, v. 8, n. 1/2, p. 86-91, 2000.

BAHIA, L. O Mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: Instituto de Economia; UNICAMP, 2001. p. 325-61.

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

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição Federal*. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência hospitalar no SUS - 1995/1999*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: emenda constitucional n.º 29/2000*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Cadernos de Economia da Saúde, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família - PSF*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>>. Acesso em: 30 out. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde. *Relatório de gestão 1998/2001*. 2. ed. rev. e modificada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *Relatório de atividades 2000*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde - SUS: descentralização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. *Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, maio 2002. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/guia_epi/>.

COSTA, N. R. A Descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: Instituto de Economia; UNICAMP, 2001. p. 307-21.

GOMES, M. G.; Mac DOWELL, M. C. *Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social*. Brasília: IPEA, fev. 2000. (Texto para Discussão, n. 706).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa nacional de amostra de domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 1998*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. CD-ROM.

KASZNAR, I. K. Realidade da saúde no Brasil: o cálculo do Produto Interno Bruto (PIB) do setor entre 1994 e 1999. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Economia (Ibre); Fundação Getúlio Vargas (FGV), 2001. (não editado).

LIMA, A. P. G. Os Consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-96, out./dez. 2000.

LUCCHESE, P. T. R. *Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde: retrospectiva 1990/1995*. Brasília: IPEA, dez. 1996. p. 75-152. (Planejamento e Políticas Públicas, n. 14).

MEDICI, A. C. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanço e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; USP, 1994.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. (Coleção Saúde em Debate, 88).

OLIVEIRA, F. A. *Evolução, determinantes e dinâmica do gasto social no Brasil: 1980/1996*. Brasília: IPEA, 1999. (Texto para Discussão, n. 649).

PIOLA, S. F.; BIASOTO JÚNIOR, G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: Instituto de Economia; UNICAMP, 2001. p. 219-32.

PIOLA, S. F.; RIBEIRO, J. A. C.; OCKÉ, C. O. Reis. Financiamento das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, v. 51, n. 3, p. 75-98, 2000.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; OSÓRIO, R. G. Saúde no Brasil na década de 1990. Brasília: Diretoria de Estudos Sociais; IPEA, 2002. (Não editado).

ROMANO, R.; BERNARDO, P. J. B. Padrões de regulação de preços do mercado de medicamentos. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: Instituto de Economia; UNICAMP, 2001. p. 445-64.

8. RELAÇÃO DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 –	Evolvimento do Orçamento do Ministério da Saúde, de 1995 a 2002	13
Tabela 2 –	Transferências Previstas e Realizadas do Fundo Nacional de Saúde a Fundos de Saúde Estaduais e Municipais. Brasil, maio de 2002, valores anuais	14
Gráfico 1 –	Gasto Federal em Saúde. Brasil, 1980 a 1993, em US\$ milhão	16
Tabela 3 –	Distribuição Porcentual dos Tetos Financeiros da Assistência à Saúde. Brasil e regiões, dezembro de 1997 e dezembro de 2001	27
Tabela 4 –	Evolvimento do Total de Consultas em Geral, Atendimento Pré-Natal e Exames de Papanicolaou pelo SUS. Brasil, 1997 a 2001	30
Gráfico 2 –	Coefficiente de Mortalidade Infantil (óbitos por 1.000 nascidos vivos). Brasil, 1980 a 2000	31
Tabela 5 –	Cobertura Vacínica em Menores de 1 Ano. Brasil, 1994, 1997 e 2001	35
Tabela 6 –	Evolvimento do Número de Cirurgias Eletivas Realizadas pelo SUS. Brasil, 1997 a 2001	37
Tabela 7 –	Evolvimento da Oferta de Procedimentos em Ambulatórios no SUS. Procedimentos Selecionados, 1997 e 2001	38
Tabela 8 –	Evolvimento do Número de Transplantes Realizados no SUS. Procedimentos Selecionados, 1997 e 2001	39
Tabela 9 –	Estimação do Número de Beneficiários da Distribuição de Produtos Farmacêuticos. Programas Selecionados, 1997 a 2001	41
Gráfico 3 –	Número de Consultas Médicas SUS e Não-SUS Anuais por Habitante, por Quintos da População Ordenada pela Renda Domiciliar <i>Per Capita</i> . Brasil, 1998	44
Gráfico 4 –	Número de Internações em Hospitais do SUS e do Não-SUS Anuais por 100 Habitantes, por Quintos da População Ordenada pela Renda Domiciliar <i>Per Capita</i> . Brasil e Regiões, 1998	45



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, editoração, impressão e acabamento)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 – Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília – DF, dezembro de 2002
OS 0019/2003