

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos

Diretrizes para Investimentos em Saúde

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF
2005

© 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 4.000 exemplares

Produção, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Diretoria de Investimentos e

Projetos Estratégicos

Coordenação-Geral de Investimentos
em Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Sede, 3.º andar, sala 315

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel: (61) 315 2359

E-mail: dipe@saude.gov.br

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Coordenação Geral:

Edmundo Gallo

Coordenação Técnica:

Wagner de Jesus Martins

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Elaboração e adaptação:

Laís Costa

Colaboração:

Ana Luiza Leite

Claudia Brandão

Cláudio Ribeiro

Israel Santos

Lizete Castanho Ribeiro

Maurício Faria

Técnicos do MS, de diversas áreas, contribuíram para a construção deste documento.

Revisão técnica:

Ana Luiza de Paula Leite

Capa:

Laís Silveira

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos.

Diretrizes para investimentos em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ISBN 85-334-0815-3

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

1. Financiamento da saúde. 2. Investimentos. 3. Saúde pública. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. II. Título. III. Série.

NLM W 275

Catálogo na fonte – Editora MS / OS 2005/0030

Títulos para indexação:

Em inglês: Directives for Health Investments

Em espanhol: Directivas para Inversiones en Salud

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020

Fax: (61) 233 9558

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

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe editorial:

Normalização: Lena Silvério

Revisão: Marjorie Tunis Leitão

Estagiárias: Cláudia Profeta, Eliane Borges,

Viviane Medeiros

Projeto Gráfico: Fabiano Bastos

Diagramação: Sérgio Ferreira

Sumário

Lista de siglas	5
Lista de tabelas	7
Lista de gráficos	8
Prefácio	9
Apresentação	11
1 Introdução	13
2 Objetivos Macropolíticos do Governo Lula	16
3 Saúde Pública: um Setor Estratégico	22
4 Breve Histórico da Saúde Pública: Desigualdades Regionais, Importância e Legitimidade da Descentralização do SUS e seus Principais Problemas.....	26
5 Novo modelo de Investimentos no Setor Saúde – Rumo à Integração	31
5.1 O Complexo Produtivo da Saúde.....	32
6 Prioridades de Investimento em Políticas de Saúde no Brasil	40

7	Parâmetros de Alocação – Dimensões: Acesso, Resolutividade, Integridade, Qualidade e Sustentabilidade	44
7.1	Critérios de Alocação de Recursos de Investimentos, por Região/Unidade da Federação	45
7.2	Critérios e Parâmetros para Análise e Aprovação de Projetos Pontuais	47
7.2.1	Critérios e Parâmetros para Avaliação de Resultado e Impacto dos Investimentos	49
8	Distorções do Modelo Existente do Método de Formulação e Análise de Emendas Parlamentares	52
8.1	Sugestões de Mudanças.....	54
9	Propostas de Mudanças nas Regras de Acordos Internacionais	56
9.1	Contrapartida.....	56
9.2	Orçamento	57
9.3	Licitações	58
10	Considerações Finais.....	59
11	Referências Bibliográficas	62
12	Anexo 1 – Descentralização do Sistema	65
13	Anexo 2 – Descentralização do Sistema.....	70

Lista de siglas

- AIH | Autorização de Internação Hospitalar
- AMS | Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
- ANS | Agência Nacional de Saúde
- ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- BIRD | Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
- BNDES | Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social
- CF | Constituição Federal
- CLS | Conselho Local de Saúde
- CMS | Conselho Municipal de Saúde
- CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CONASEMS | Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
- CONASS | Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- DATASUS | Departamento de Informação e Informática do SUS
- DICON | Divisão de Convênios e Gestão
- DIPE | Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos
- EC 29 | Emenda Constitucional n.º 29
- FINEP | Financiadora de Estudos e Projetos
- FMI | Fundo Monetário Internacional

FPM | Fundo de Participação dos Municípios
FUNASA | Fundação Nacional de Saúde
GPSM | Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH | Índice de Desenvolvimento Humano
INEP | Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC | Ministério da Educação
MCN | Mensagem ao Congresso Nacional
MP | Medida Provisória

MS | Ministério da Saúde
NOAS | Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB | Norma Operacional Básica
PAB | Piso da Atenção Básica
P&D | Programa de Pesquisa e Desenvolvimento
PDR | Plano Diretor de Regionalização
PIB | Produto Interno Bruto
PMAT | Programa de Modernização da Administração Tributária Municipal
PROESF | Programa de Extensão do PSF
PSF | Programa Saúde da Família
QUALISUS | Projeto de Qualificação do SUS
RDC | Resolução de Diretoria Colegiada
REFORSUS | Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SADT | Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAS | Secretaria de Atenção à Saúde
SE | Secretaria-Executiva
SIA | Sistema de Informações Ambulatoriais
SUS | Sistema Único de Saúde
UAT | Unidade de Análise Técnica
UF | Unidade da Federação

Lista de tabelas

Tabela 1 Consultas Médicas, <i>per capita</i> , por Região. Brasil, 2002	70
Tabela 2 Valor do SADT por Região e Complexidade do Procedimento. Brasil, 2002	70
Tabela 3 Produção Ambulatorial do SUS – 2003	71
Tabela 4 Produção Ambulatorial do SUS – Acumulado de julho/1994 a março/2004	71
Tabela 5 Internações Hospitalares do SUS – 2003	71
Tabela 6 Estabelecimentos Ambulatoriais, segundo a Região, 1992 e 1999	72
Tabela 7 Evolução do Número de Estabelecimentos com Internação nos Setores Público e Privado por Região, AMS 1992 e AMS 1999	72
Tabela 8 Evolução da Descentralização do SUS	72

Lista de gráficos

Gráfico 1	Taxa de Mortalidade Infantil por mil Nascidos Vivos, 2000	73
Gráfico 2	Participação da População Dependente do SUS, 2002	73
Gráfico 3	Doenças Infectoparasitárias e Condições de Saneamento e Abastecimento de Água, 2002	74
Gráfico 4	Outros Equipamentos de MC Disponibilizados para o SUS por milhão de Dependentes do SUS, 2002	74
Gráfico 5	Médicos por mil de Dependentes do SUS, 2002	75
Gráfico 6	Esperança de Vida ao Nascer – Brasil e Região, 1940-2000	75
Gráfico 7	Mortalidade Infantil – Brasil e Grandes Regiões	76
Gráfico 8	Evolução do Número de Leitos por mil Habitantes segundo a Região	76
Gráfico 9	Leitos Hospitalares do SUS – Valores por mil Habitantes e Criação de Índice Brasil = 100 (2004)	77
Gráfico 10	Distribuição Regional dos Leitos SUS em 2004	77
Gráfico 11	Internações Hospitalares do SUS – Valores <i>per capita</i> e Criação de Índice Brasil = 100 (2003)	78
Gráfico 12	Composição Regional do Valor Total das Internações Hospitalares do SUS em 2003	78
Gráfico 13	Distribuição Regional da Quantidade e Valor Aprovados para Produção Ambulatorial do SUS – 2003	79
Gráfico 14	Composição Regional da Produção Ambulatorial (Quantidade) Aprovada – 2003	79

Prefácio

O reconhecimento da baixa efetividade na implantação das políticas sociais, do inter-relacionamento entre o ambiente econômico e social e do novo modelo de desenvolvimento centrado em três eixos – envolvendo responsabilidade fiscal, estabilidade macroeconômica e valorização do investimento nas áreas sociais – são razões que motivaram um novo olhar sobre o Sistema de Saúde. Essa nova abordagem para o desenvolvimento do setor busca a construção de uma rede solidária de responsabilidade social que propicie, em especial às populações em histórica situação de vulnerabilidade e inacessibilidade às políticas públicas, a inclusão social por meio da qualidade, humanização e integralidade do atendimento.

O desenvolvimento de Diretrizes de Investimento apresenta-se com o objetivo maior de tornar transparente e orientar as ações para o setor saúde de modo a potencializar a transversalidade dos programas e projetos setoriais, além de possibilitar melhoria na definição dos focos das ações de investimentos, buscando evitar a pulverização histórica dos recursos e a duplicidade de esforços para o alcance dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS).

O conjunto de instruções, originárias em um extenso processo de reflexão no âmbito político da Saúde, visa à implementação de ações

reguladas e pensadas em conjunto. Pretende, ainda, que o pragmatismo histórico, fruto de reações às inúmeras situações adversas, dê lugar a uma ação sustentada pelo conhecimento e pela necessidade de tornar equânime o investimento no setor.

Por fim, este estudo figura como uma reflexão ao planejamento necessário do desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde, buscando que o sistema responda às reais necessidades da população e não à lógica da estrutura instalada.

O presente trabalho pretende suprir uma lacuna na definição de Diretrizes Políticas para Investimentos em Saúde, considerando o uso integrado dos recursos do setor para o alcance da necessidade maior de promover o bem-estar da população.

Gastão Wagner de Souza Campos

Secretário-Executivo

Ministério da Saúde

Apresentação

Este trabalho oferece uma análise sobre as dificuldades e os desafios a serem enfrentados relacionados aos investimentos no Sistema Único de Saúde. A partir disso, propõe uma mudança do padrão seguido até o momento, visando a um melhor custo-efetividade dos recursos públicos.

Dentro desse contexto, ressalta-se a importância da integração entre o econômico e o social, representada pela assimilação do conceito de Complexo Produtivo de Saúde, pela atenção dada à alocação de investimentos regionalizados e microrregionalizados, bem como pela preocupação com a criação de empregos e geração de renda por meio da articulação da política de saúde a outras políticas setoriais relevantes para o desenvolvimento regional sustentável.

Essa visão contribui para aumentar, ainda mais, a percepção da importância da necessidade de critérios que indiquem consistentemente as prioridades de alocação de recursos, valorizando resultados focalizados na inclusão social no campo não só do atendimento universalizado dos serviços de saúde como também da geração de desenvolvimento social e econômico.

Considerando tratar-se do estabelecimento de regras claras para o alcance da implementação da Política de Investimentos em Saúde, mas

determinadas em função do contexto sociossanitário, espera-se que, com sua publicação, fique ainda aberta a possibilidade de correção de rumos, sustentada por critérios técnicos, científicos e políticos, na perspectiva de qualificação do Sistema Único de Saúde.

Edmundo Gallo

Diretor de Investimentos e Projetos Estratégicos

Secretaria-Executiva

Ministério da Saúde

1 Introdução

A importância do investimento na área social e de se minorar o quadro de injustiça social é prioridade do atual governo. No tocante ao gasto público, o Brasil apresenta realidade marcada por restrições orçamentárias diversas, demanda reprimida por serviços públicos, mau funcionamento das instituições, deficiências nas regulamentações, falha nos critérios de avaliação das políticas públicas, práticas recorrentes de barganhas políticas, dentre tantos outros. Dessa forma, nos últimos anos, o que se observou foi o subaproveitamento e desperdício de recursos, duplicação de esforços e dificuldade de se definir o alvo para a ação social.

No caso específico da saúde, setor estratégico para o desenvolvimento brasileiro, esse quadro é agravado e caracterizado pela má escolha de critérios para a alocação de recursos oriundos de emendas e recursos externos, pelo excessivo peso político na decisão de alocação desses recursos, pela insulação das ações em saúde, além de repetidos contingenciamentos a contrapartidas de empréstimos externos. Sustentabilidade e resultados efetivos são preteridos em prol de resultados físicos, sem a devida avaliação do impacto da determinada ação sobre a saúde pública. Esforços no sentido de minorar as diferenças inter-regionais, quando bem sucedidos, não são colocados em prática, como

é o caso do fator amazônico, que prevê necessidade orçamentária 20% superior na região em comparação com as demais.

Dadas as imperfeições legislativas, a falta de alvo relevante na elaboração das políticas públicas, a pouca seriedade e/ou efetividade com que têm sido tratadas as desigualdades regionais, além de uso excessivo de critério político (dissonante das prioridades do governo) na alocação de recursos, o resultado é um sistema de saúde pública que, a despeito de ter melhorado nos últimos anos, apresenta desempenho muito aquém do necessário para o desenvolvimento econômico e para a impressão de justiça social.

Este estudo objetiva discutir brevemente os problemas do setor, com o intuito de desenvolver as principais diretrizes do investimento em saúde pública brasileira, sugerir o desenvolvimento do Complexo de Saúde no Brasil, além de propor mudanças legais e operacionais necessárias ao bom funcionamento do setor. Para tanto, o trabalho apresentará a seguinte estrutura: apresentação dos objetivos macro-políticos do governo Lula, enfatizando alternativas para a manutenção dos compromissos de campanha, como, por exemplo, a necessidade de se manter o equilíbrio macroeconômico sem prejudicar as ações sociais. A seção seguinte trata da importância da saúde como um setor estratégico não somente ao desenvolvimento do País, mas principalmente para o alcance das metas do governo federal. A quarta seção apresenta um breve histórico da evolução do SUS, especialmente no que diz respeito à descentralização do sistema de saúde, tido como fundamental para a realização dos objetivos do SUS, hoje ainda negligenciados. A seção seguinte introduz a organização do Complexo Produtivo de Saúde, baseada em análise da evolução desse Complexo desde a abertura de mercado na década de 90. Na sexta seção, são apresentadas as principais diretrizes propostas para o investimento em saúde. A seção seguinte aborda os critérios e parâmetros de alocação de recursos de investimentos em suas dimensões de acesso, de resolutividade, de integralidade, de qualidade e de avaliação de resultados e impacto dos investimentos. A partir desse

ponto, nas seções oito e nove, apresentam-se distorções no funcionamento do sistema e sugestões de mudanças. O texto é finalizado enfatizando que somente mediante ações integralizadas e racionais poder-se-á imprimir equidade ao sistema, universalidade do acesso, participação e resolutividade, sem os quais o País falhará nas suas metas de promover inclusão e justiça social.

2 Objetivos Macropolíticos do Governo Lula

As principais diretrizes do governo federal para 2003, expostas na mensagem ao Congresso Nacional (MCN) do referido ano, incluem, no setor econômico, o crescimento da produção, do emprego e da renda. A idéia é criar condições para que a economia cresça de forma sustentada com enfoque na distribuição da renda. Para tanto, é fundamental alcançar o equilíbrio das contas nacionais, diminuir a dependência externa, combater a sonegação e desenvolver uma administração pública eficiente. A MCN aborda ainda a necessidade de realização das reformas institucionais, assim como a importância do planejamento, evitando que o Estado fique limitado a uma visão imediatista e pouco desenvolvimentista, sem o necessário tratamento diferenciado entre o que é estratégico e o que é cotidiano.

Coerente ainda com as idéias defendidas por este governo, a mensagem dá grande ênfase ao combate à fome, à pobreza e às desigualdades, além de enfatizar o necessário aumento "[d]o alcance e [d]a abrangência do gasto público através de melhor integração entre as diversas políticas, aumentando a sinergia entre elas, melhorando seu foco e avaliando seus resultados de forma a aprimorar seu retorno social".¹

No tocante à assistência e à promoção social, a meta principal é a inclusão social das milhões de famílias brasileiras que hoje vivem mar-

¹ Mensagem ao Congresso Nacional, 2003, p. 9.

ginalizadas. Nesse sentido, o documento ressalta que a causa principal do fragilizado quadro social brasileiro é a baixa efetividade na implantação das políticas sociais e não as restrições orçamentárias, como muitos acreditam. Portanto, a continuidade da prestação do serviço público, a melhor definição do alvo da ação social e, principalmente, o adequado desenvolvimento de critérios de avaliação regular dessas políticas são tidos como fundamentais para o desenvolvimento social do Brasil.

À educação, à urbanização, à segurança pública, ao desenvolvimento agrário, ao combate aos preconceitos e às desigualdades são destinadas também particular importância. Da mesma forma, a integração nacional desempenha papel relevante na condução das macropolíticas brasileiras, dado que as desigualdades observadas no Brasil apresentam também um caráter regional. Urge relevar a 'variável regional' no desenvolvimento das políticas públicas, enfatiza a MCN. Iniciativas desenvolvimentistas deste governo englobam ainda o desenvolvimento da indústria nacional e do comércio exterior, visando ao crescimento do emprego, à geração e distribuição de renda e à ampliação da infra-estrutura social. Nesse sentido, o setor Saúde merece posição de destaque, dado que a pesquisa e o desenvolvimento nesse setor tende a afetar diversos outros, além de que investimentos nessa área impactam significativamente o número de postos de trabalho disponíveis.² Na agenda internacional, o fortalecimento de blocos estratégicos e uma ação diplomática humanista pretendem ser mais um instrumento do desenvolvimento nacional. "Por meio do comércio exterior, da capacitação das tecnologias avançadas e da busca de investimentos produtivos, o relacionamento externo do Brasil deverá contribuir para as melhorias das condições de vida da mulher e do homem brasileiros, elevando os níveis de renda e gerando empregos dignos".³

No tópico específico da saúde, enfatiza-se a participação da população como forma de melhorar a qualidade do sistema e imprimir a ele

² De acordo com Gadelha, 2002, "[e]stimativa conservadora sugere que para cada ocupado diretamente vinculado [à área de saúde], dois outros são requeridos, [evidenciando-se, dessa forma], o papel que uma política de saúde cumpre na sustentação do mercado de trabalho não agrícola."

³ Mensagem ao Congresso Nacional, p. 243.

justiça social. As políticas de saúde deverão ser bem coordenadas a fim de que não percam seus principais focos de ação. A questão da regionalização e descentralização são também pontos centrais para a qualidade e a equidade do sistema, de modo a se respeitar as características locais epidemiológicas, entendendo o papel fundamental da autonomia da gestão por parte dos estados e municípios. Somente assim poder-se-á desenvolver políticas que abordem os problemas específicos de cada região. A expansão do atendimento, de modo a alcançar sua universalidade – direito garantido pela Constituição –, a estabilidade do financiamento e a melhor alocação de recursos são condições *sine qua non* ao desenvolvimento do setor.

O defendido e exposto na mensagem ao Congresso deverá nortear as ações do governo, que terá que ajustar as suas metas à conjuntura atual, às restrições impostas por ela e às deficiências estruturais. No período imediatamente posterior às eleições, a moeda brasileira valorizou-se quase 10%, o risco Brasil recuou para um patamar de 1.700 pontos, o preço das ações subiu 6% e os títulos brasileiros (*Brazilian C-bonds*) geraram um retorno total de 23%, afastando os temores de que o País pudesse entrar em moratória.⁴

Contudo, as novas expectativas positivas sobre o desempenho macroeconômico do Brasil em 2003 ainda são apenas expectativas. Com uma dívida pública de mais de 260 bilhões de dólares (55% do PIB) sendo alimentada por taxas de juros de mais de 25% ao ano, a grande vulnerabilidade externa da economia brasileira exigirá uma política fiscal muito agressiva do governo Lula durante o primeiro ano, visando a desarmar o círculo vicioso de inflação, juros altos, o aumento da dívida e o déficit no balanço de pagamentos.

O governo pode ser ajudado, em curto prazo, pela valorização da moeda, mas, conforme mencionado, terá que equilibrar os compromissos sociais assumidos em campanha com a disposição – já explicitada – de não fazer uso dos ganhos inflacionários de receita para aumentar

⁴ Richard Lapper, "Lula win helps markets escape vicious cycle", *Financial Times*, nov. 29, 2002.

as despesas. Foi por isso que os principais economistas e líderes políticos do novo governo anunciaram que tal coerência fiscal pode exigir cortes seletivos de despesas para se obter um superávit primário ainda maior do que o acordado com o FMI, caso a política monetária tenha de ser mais apertada em função de novos choques externos ou por um desempenho abaixo do esperado na balança comercial e na conta de capital.⁵

A despeito da conjuntura macroeconômica, o governo está empenhado em fazer valer seu compromisso na área social, grande diferencial de sua proposta eleitoral. Nesse sentido, soluções proativas de melhoria no desempenho econômico, por meio de investimento com alvo bem definido em setores sociais estratégicos, ganham espaço neste governo.

A teoria de estabilizar, crescer e depois investir no social provou-se ineficiente, não somente do ponto de vista social, mas também do econômico. Crescimento econômico não gera, necessariamente, melhorias sociais. Da mesma forma, tal crescimento não consegue se sustentar em ambiente de persistente desigualdade. Na realidade, quando o "bolo cresce", mas a parcela mais pobre da população não é beneficiada, as pressões sociais começam a se refletir nas avaliações do risco do País, afugentando ou encarecendo absurdamente o fluxo de investimentos.

O resultado observado, fruto de tanta pressão social, é um quadro imbuído de diversos tipos de violência que corrói o capital físico e a força de trabalho, além de prejudicar o fluxo de investimen-

⁵ O PIB brasileiro em 2001 era de US\$ 503,9 bilhões. As projeções médias de 62 bancos internacionais sobre 31 variáveis macroeconômicas brasileiras para 2003 indicam um crescimento do PIB de 1,94% (alguns analistas chegam a projetar 3,5%), um resultado fiscal primário de 3,82% do PIB, juros médios de 19,41% ao ano, um saldo positivo da balança comercial de US\$ 11,78 bilhões, com redução do déficit nas transações correntes de US\$ 11,29 bilhões (2002) para apenas US\$ 7,71 bilhões (2003), um terço do valor observado em 2001. Investimentos diretos externos estimados em US\$ 12,74 bilhões, um valor US\$ 5 bilhões superior ao déficit de transações correntes, o que implica amortização do principal da dívida externa e/ou um aumento nas reservas cambiais, estimadas para US\$ 36,52 bilhões em dezembro de 2003. A taxa média de câmbio para o dólar foi prevista em R\$ 3,49 no ano. Considerando que parte da dívida pública brasileira é corrigida em dólar, as altas taxas de juros e o real desvalorizado ainda dificultarão um recuo no risco Brasil para o patamar considerado "realista", de 800 a 900 pontos acima dos *US Treasuries*. Disponível em: <www.febraban.com.br/des_projecoes.asp>

tos em determinado país. Essa situação é tida como o maior empecilho ao desenvolvimento sustentável dos países da América Latina.⁶

Desenvolvimento sustentável demanda políticas públicas cujo planejamento compreenda o inter-relacionamento entre desenvolvimento econômico e social.⁷

Não fossem justiça e inclusão sociais motivadores suficientemente relevantes, o efeito negativo que o descaso com o social gera na economia deveria ter levado governantes brasileiros no passado a atribuírem a mesma hierarquia da política econômica àquela destinada às políticas sociais. O governo federal entendeu esse inter-relacionamento entre o ambiente econômico e o social, propondo novo modelo de desenvolvimento que envolve responsabilidade fiscal, estabilidade macroeconômica e que, além disso, valoriza o investimento nas áreas sociais, conforme exposto anteriormente. É vital, portanto, que o governo avalie os custos do não-investimento em áreas fundamentais ao desenvolvimento social antes de realizar contingenciamentos que levarão o País, uma vez mais, a perpetuar o quadro de desigualdade social, além de prejudicar o desenvolvimento sustentável brasileiro.

Um ponto extremamente delicado que precisa ser reavaliado é o cálculo do resultado primário. Não se defende neste estudo qualquer relaxamento em relação ao superávit necessário para o controle das contas nacionais, o que inclusive seria contrário ao compromisso assumido em campanha pelo governo. Entretanto, urge a separação entre o que compõe os gastos e o que se refere a investimentos, sob pena de triste repetição do que o Brasil testemunhou em 2001 com o setor elétrico, para citar um exemplo. Além de todos os inconvenientes causados à vida da população, o Brasil teve perdas econômicas muito superiores ao que teria sido o investimento no setor energético.

⁶ Fajnzylber *et al.* (1998), Ayres (1998) e Rodgers (2000).

⁷ Amartya Sen afirma que liberdades individuais, como, por exemplo, acesso à saúde e à educação, representam o principal meio para se promover desenvolvimento. (Sen, *Development as Freedom*, 1999).

O investimento nos setores que causa impacto às ações prioritárias do governo deve ser protegido. Estimativas apontam para a situação em que, de cada U\$ 1.00 gasto, 0,14 centavos são apropriados pelos pobres. Entretanto, algumas exceções de programas sociais realizam significativa inversão nessa proporção, o que indica a necessidade de se promover a integração intersetorial na implementação dessas políticas sociais.

O desenvolvimento econômico poderia, portanto, ser alcançado por meio de ajustes de investimentos e despesas em áreas com menos produtividade, protegendo-se aquelas prioritárias. Ademais, é fundamental avaliar permanentemente os efeitos das políticas públicas, além de priorizar as despesas que são inicialmente estruturadas por recursos do governo que trazem investimentos externos.

Deve-se, portanto, eleger setores prioritários para o desenvolvimento do País e que estejam em consonância com as prioridades macropolíticas do governo federal. Sem essa articulação, em especial com os setores saúde e educação, o Fome Zero, prioridade do governo federal, teria um retorno bem aquém do que hoje ele vislumbra⁸.

Resumidamente, somente ao priorizar o investimento em setores estratégicos, como o de saúde, o governo federal alcançará com sucesso seus objetivos.

⁸ A prioridade a ser dada a esses setores está explícita na página 5 da mensagem ao Congresso Nacional de 2003, na qual o Presidente afirma que a despeito da pouca liberdade na alocação dos recursos e das contingências orçamentárias, o governo federal esforçou-se para expandir os gastos em saúde, no apoio à educação fundamental e no Fundo de Combate à Pobreza, com destaque para o Programa Fome Zero.

3 Saúde Pública: um Setor Estratégico

O setor Saúde é estratégico para alcançar as principais metas estabelecidas na agenda do governo federal que são resumidamente: geração e distribuição de renda; combate às desigualdades econômicas e sociais; combate à fome; desenvolvimento regional; visão estratégica no planejamento das políticas públicas; ampliação da infra-estrutura social; melhor definição dos objetivos e objetos das políticas sociais, além do aproveitamento da inter-relação entre elas; crescimento de emprego; diminuição da dependência externa e melhoria na competitividade da indústria brasileira.

A Constituição brasileira define saúde como um bem público, direito de todo cidadão e dever do Estado. Entretanto, a grande maioria da população brasileira depende exclusivamente do sistema público de saúde, que ainda não é capaz de atender integral e satisfatoriamente aqueles que dele necessitam.⁹ O cidadão, cuja saúde esteja debilitada, vê prejudicada a sua produtividade e torna-se incapaz de atingir o seu potencial.¹⁰

⁹ A população que atualmente mais depende do sistema é também aquela que tem menos acesso a ele, como se verifica nos gráficos de 1 a 5.

¹⁰ De acordo com Dréze e Sen (1995), a expansão do atendimento à saúde foi uma das principais conquistas no período pré-reforma na China. '[A expansão do acesso à saúde] provou ser uma ferramenta de grande importância para as reformas econômicas. Sua importância pode ser observada não somente no tocante à qualidade de vida, mas também em termos de desempenho econômico, dado que morbidade e subnutrição podem representar sérias barreiras à produtividade do trabalho e à *performance* econômica'. (p. 41, tradução nossa).

Ainda em 1969, Galtung definiu como violência a situação em que o ser humano é impossibilitado de atingir o seu potencial. Além disso, já é senso comum que o investimento em saúde, fora seu aspecto social, apresenta retorno econômico inquestionável: diversas enfermidades e incapacidades que poderiam ser evitadas acabam por pressionar o sistema previdenciário, hoje uma das maiores ameaças à estabilidade econômica.

População enferma não tem, por exemplo, como ser revertida em mão-de-obra de qualidade. Além disso, diversos programas do Ministério da Saúde apresentam impacto direto não somente na saúde pública, mas também na violência, na educação e na nutrição da população. A saúde é, por conseguinte, capaz de beneficiar outros setores e segue, portanto, a lógica da priorização da intersectorialidade do investimento neste governo. O Programa Saúde da Família (PSF), por exemplo, em função de seu caráter educador, tende a causar impacto na organização da família brasileira e em seus hábitos alimentares, sem para tanto gerar custo extra. A experiência internacional vem demonstrando que a estruturação e a orientação de famílias tendem a amenizar o quadro de violência observado em determinada região.¹¹ Em outras palavras, o PSF também beneficia a população em função de sua característica preventiva em questões de segurança pública. Ademais, a falta de bens públicos, como a saúde, é um dos fatores que influenciam a migração para os grandes centros urbanos, hoje principal lócus de violência. Vale enfatizar que a segurança pública é atualmente uma das principais chagas brasileiras e uma das prioridades inadiáveis do governo brasileiro.

Investimentos em saúde provocam impacto direta ou indiretamente à maioria das 41 ações propostas pelo Fome Zero¹², prioridade do governo federal: população saudável tende a aumentar seu poder aquisitivo, uma das principais causas da fome no Brasil; população doente não

¹¹ Ciclo de debates promovido pelo Banco Mundial sobre violência com o intuito de entender sua dinâmica, suas causas e como combatê-la.

¹² Crow enfatiza o papel fundamental que o provisionamento de saúde pública e o estabelecimento de certo nível de seguridade social, além de políticas de emprego e de distribuição de comida, tiveram na redução da pobreza e da fome durante a Revolução Chinesa (Understanding Famine and Hunger in 'Poverty and Development into the 21st century', edited by Allen and Thomas, 2000).

é capaz de freqüentar escolas e, uma vez sem educação, torna-se difícil diminuir a vulnerabilidade da população mais pobre aos cíclicos choques econômicos; educação alimentar também exerce impacto relevante no quadro da fome, seja na orientação das grávidas, das nutrizes ou dos chefes de família; a segurança e a qualidade do alimento também constam como uma das ações do programa, fundamentais para a erradicação da subnutrição observada no país; e é somente através de estudos na área de segurança alimentar e de contaminação de alimentos que iniciativas de valor social inestimável, como o Banco de Alimentos, poderão traduzir segurança ao consumidor e às autoridades, encontrando respaldo para a facilitação e a legalização, na esfera federal, da distribuição de alimentos.

Nesse contexto, a delimitação do modelo de investimento na saúde e a correção de diversos entraves ao desenvolvimento do setor devem ser tidas como ações prioritárias nos próximos anos. Muito já foi alcançado com a descentralização do sistema de saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas, na discussão desenvolvimentista do País, urge seriedade na avaliação das demandas apresentadas pelo sistema de saúde pública.

Diante das diretrizes de política interna e externa, das dificuldades contextuais e das metas da política de saúde, cabe reavaliar as distorções hoje observadas no sistema, a fim de que propostas para sua alteração sejam focadas na resolução dos problemas existentes. Além disso, é fundamental o desenvolvimento estratégico do setor. Somente mediante a descentralização integral do SUS, tendo a regionalização como condição *sine qua non*, a impressão de equidade ao sistema e o desenvolvimento de um processo integrado e coordenado nas ações de saúde pública, é que se poderá atender as demandas da nação no tocante à prestação de serviços na área de saúde. No plano externo, de acordo com as macrodiretrizes do governo, deve-se buscar aumentar o fluxo de investimentos, sem para tal comprometer as prioridades do setor ou atomizar ações que acabem gerando duplicação de esforços e ineficiên-

cias desnecessárias. Nesse sentido, vale enfatizar que uma política externa mais articulada tende a render bônus, não somente por meio do aumento do fluxo de investimentos como também no desenvolvimento de cooperação técnica, o que tende a ser positivo para a eficiência da saúde e para a melhora do poder de barganha brasileiro na definição de metas e prioridades do investimento na área. Sendo assim, ao buscar o aperfeiçoamento do SUS de modo que ele atinja seus objetivos de universalidade, equidade e integralidade, ele passa a ser um modelo exportável que tende a beneficiar todos os países envolvidos.

4 Breve Histórico da Saúde Pública: Desigualdades Regionais, Importância e Legitimidade da Descentralização do SUS e seus Principais Problemas

Remonta à década de 50, dentro do conceito do 'sanitarismo desenvolvimentista e da municipalização da saúde', a discussão sobre a necessidade de descentralizar o setor de saúde no Brasil.¹³ O objetivo era a conjugação de um sistema capaz de lidar com a heterogeneidade, característica da demanda do serviço de saúde no Brasil. O período militar representou, como esperado, um arrefecimento no debate e no processo de descentralização, só retomado no começo da década de 80. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o processo de descentralização na área é assumido de forma definitiva. É instituído o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴, cujos princípios e diretrizes definidos na CF 1988, e regulamentados nas leis n.ºs 8.080 e 8.142 de 1990, são a universalização¹⁵, integralidade, descentralização, hierarquização e par-

¹³ Para maiores detalhes sobre a evolução do debate e a implementação da descentralização no setor de saúde no Brasil, ver Heimann *et al.* 2000, Ministério da Saúde, 2002 (1), Siqueira *et al.*, (2002) e Cartilha do SUS, v. 2.

¹⁴ "O SUS é um sistema, formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios), e complementarmente pelo setor privado contratado e conveniado. O setor privado, quando contratado pelo SUS, atua com as mesmas normas do serviço público". O SUS deve ter como característica a prestação universalizada e gratuita; atuar de maneira integral, visando a ações de promoção, prevenção e tratamento; ser descentralizado e racional, respeitando as necessidades da população; ser eficiente e eficaz; permitir a participação de todos envolvidos no sistema e ser equânime. (NATALINI, G., em Cartilha do SUS, v. 3).

¹⁵ A garantia da universalidade aos serviços de saúde é, "[d]o ponto de vista do desenvolvimento do arcabouço jurídico-institucional (...) um dos maiores avanços de política social no Brasil na sua história recente" (ANDRADE, 2001).

ticipação popular. No âmbito dessa Carta Magna, a saúde é, pela primeira vez, reconhecida como um direito de todo cidadão.

Entretanto, e a despeito da melhoria observada no acesso aos serviços de saúde nesses últimos quinze anos, o funcionamento do sistema está longe da eficiência e eficácia desejadas, permanecendo ainda bastante injusto, dadas às desigualdades e iniquidades hoje intrínsecas a ele (tabelas 1 a 7 e gráficos 6 a 12 do anexo 2). As desigualdades regionais persistem, a desorganização e a polarização do sistema mostram claramente as falhas do processo de descentralização do SUS.¹⁶ Na realidade, a própria forma em que foi estabelecido o pacto federativo brasileiro em 1988, em que estados e municípios passaram à condição de entes federados, com atribuições claras no tocante à distribuição das receitas, mas nenhuma pactuação no tocante às obrigações, à coordenação e à hierarquização entre os três níveis de governo, gerou consequências que até hoje dificultam a gestão das políticas governamentais e do SUS. O problema de coordenação gera inevitavelmente barreiras ao alcance do objetivo maior do sistema. Além disso, o processo de descentralização do SUS foi mais eficiente nos municípios do que nos estados, prejudicando a coordenação do sistema (tabela 8).¹⁷

Falhas nos critérios de partilha das receitas tributárias também afetam de modo adverso a saúde pública. Na realidade, erros na legislação do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) levaram à excessiva emancipação de municípios, gerando ônus diversos ao País.¹⁸ Muitos desses novos municípios apenas aumentaram o custo fixo do Estado, dado que não têm capacidade de se sustentarem. Além do mais, causaram redistribuição intra-estadual das receitas, prejudicando todos os

¹⁶ Ver o anexo I para maiores detalhes sobre a justificativa e o processo de descentralização brasileiro, assim como sobre o arcabouço legal da descentralização na saúde.

¹⁷ "Observa-se que na última década houve um inegável aumento no número de unidades públicas de saúde, sobretudo daquelas vinculadas à esfera municipal. Apesar deste incremento, ainda persistem grandes diferenças regionais que desafiam a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)" Siqueira (2002).

¹⁸ Um exemplo disso é o grande percentual de municípios de pequeno porte: 73% dos 5.561 municípios possuem população inferior a 20.000 habitantes. (BRASIL, 2002c).

municípios dos estados em que houve emancipação ilógica.¹⁹ Na prática, há diversos municípios, cujo porte não permite a prestação do serviço de saúde nem nos mais básicos níveis de complexidade. Aliando esse fato à dificuldade da coordenação das ações de saúde, o resultado adverso é a iniquidade no acesso ao serviço.

Sob o enfoque do SUS, o ideal é que os municípios vizinhos prestem atendimento à população daqueles que não têm condições de fazê-lo. Na prática, entretanto, há diversas barreiras por parte dos municípios que apresentam essa capacidade. A primeira é a questão político-financeira: o gestor não se sente estimulado a prestar um serviço a um eleitor de outra localidade, dado que a demanda extra sobre seus serviços de saúde, já pressionada pela própria população e pela má administração do sistema, tende a piorar a qualidade do serviço prestado, levando os eleitores daquela localidade à insatisfação. O administrador público não se sente estimulado a investir em algo que não vai lhe dar retorno político.²⁰

Essa barreira à entrada da população vizinha também se justifica em função da 'má fé' do administrador público que, em muitos casos, prefere investir em ambulâncias e lotar as unidades de saúde do município vizinho do que investir na prestação do serviço. Essa distorção tende a ser coibida com a introdução da EC 29 e a implementação da NOAS/SUS 01/02, uma vez que elas estabelecem pisos para a alocação de receitas em saúde.

Mesmo com a Emenda Constitucional, há municípios que, por serem pequenos demais, não têm como gerir e ofertar serviços em todos os níveis de complexidade. Nesse caso, torna-se claro que na definição da atribuição do serviço de saúde, outras variáveis, além da dimensão político-administrativa, devem ser consideradas na alocação dos recursos para o setor, a saber: populacionais, sociais, perfis epidemiológicos, territoriais e de posicionamento estratégico. Enfim, deve-se buscar variáveis capa-

¹⁹ De 1993 a 1997, foram criados 534 municípios, o que representou uma migração de R\$ 600 milhões (7% do total transferido). Afonso *et al.* (1998, p. 6).

²⁰ Sinn (1997, 2001).

zes de nortear melhor alocação do erário, considerando o objetivo de se alcançar a universalidade, a integralidade e a equidade com qualidade.

Somente mediante a descentralização efetiva, o sistema poderá lidar com as distorções que foram surgindo com a implementação do SUS. A despeito dos avanços no esforço da descentralização do Sistema Único de Saúde, especialmente aqueles decorrentes das NOB/SUS 1993 e 1996, muitos são os problemas observados. Como pontos positivos, destacam-se mudanças de critérios de financiamento, que deixam de ser exclusivamente referentes ao histórico do gasto para variar em função do percentual da população residente, o que, conseqüentemente, desconcentrou um pouco os investimentos, antes crescentes nas regiões com infra-estrutura já instalada (tabelas 6 e 7 do anexo 2). Em dezembro de 2003, 80% dos recursos foram distribuídos fundo a fundo (tabela 8 do anexo 2).²¹ Entretanto, essa desconcentração não consegue lidar com a necessidade de dar acesso à população que vive em regiões cuja densidade demográfica seja mais baixa, situação esta piorada quando as dificuldades e o custo de deslocamento forem marcantes na região. Nesse caso, deve-se considerar alteração no custo *per capita*, pois a prestação responsável pode ter padrões e demandar quantidades de unidades de tratamento que diferem daquelas necessárias em regiões mais populosas.

Portanto, é senso comum que na busca da eficiência do SUS, do próprio processo de descentralização e de um sistema equitativo, a regionalização desempenha papel estratégico.

Ademais, ainda que a definição das condições de habilitação de gestão tenha sido exitosa ao transferir para municípios a responsabilidade pela prestação da atenção básica da saúde – hoje quase a integralidade dos municípios gera esse atendimento –, nada pode ser afirmado no tocante à qualidade desse serviço prestado. Para piorar, em função de lacunas nas regras estabelecidas pela NOB/SUS 1996, não há a previsão de critérios sobre a responsabilidade dos municípios habilitados e sobre

²¹ BRASIL, 2002a, p. 23.

a evolução dessa responsabilidade para a administração de todo o sistema municipal.²² O resultado é que ainda que a maioria dos municípios sejam autônomos na gestão do atendimento, o que exatamente engloba essa gestão varia de forma relevante de município para município, dificultando a coordenação e o planejamento estadual/regional das políticas de saúde. Ademais, ainda que hoje 85% dos recursos federais de saúde já sejam transferidos fundo a fundo, flexibilidades observadas nas gestões entre estados e municípios geram distorções como, por exemplo, aquela em que a despeito de um município estar habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), este não gerencia nem 50% dos recursos alocados para o setor. Essas ineficiências ferem a autonomia municipal e são, portanto, contrárias à própria teoria da administração descentralizada.

Na elaboração da norma operacional de assistência à saúde de 2001 (NOAS 2001), buscou-se lidar com questões de organização da assistência, procurando superar algumas das distorções do sistema que hoje se apresentam como um dos entraves ao desenvolvimento do setor no País. Cabe ressaltar que a norma focaliza a assistência, em detrimento de uma ação mais global relativa à atenção à saúde.

Sem a integração dos sistemas de saúde e avanços significativos no processo de descentralização, que deve ter como estratégia principal a regionalização, o sistema deixará de alcançar os princípios fundamentais do SUS, falhando, portanto, em se tornar um sistema mais justo.

²² BRASIL, 2002c, p. 17.

5 Novo Modelo de Investimentos no Setor Saúde – Rumo à Integração

Na lógica do investimento, busca-se a efetivação dos pilares do SUS:²³ universalidade do acesso em todos os níveis de assistência, integralidade, igualdade, descentralização dos serviços, regionalização, hierarquização e resolutividade. Claro que no entendimento das prioridades de investimentos, os principais problemas do setor, aos 15 anos do SUS, não podem ser ignorados, como, por exemplo, os problemas relacionados à própria implementação, ao funcionamento (explorados nas seções 7, 8 e 9) e ao processo de descentralização do SUS, que precisam ser avaliados atentamente.²⁴ Além desses, urge considerar outras ações necessárias à eficiência do sistema: a) adequar o acesso, fortalecendo a atenção básica e garantindo acolhimento apropriado ao usuário em todos os níveis do sistema; b) definir o papel do setor suplementar de saúde e utilizá-lo para incentivar a produção industrial do setor; c) definir um modelo tecnológico para o Complexo Produtivo da Saúde, ação fundamental, dado o caráter estratégico do setor e o crescente ônus que vem causando no balanço comercial; d) definir política de combate às desigualdades em saúde, entendendo também que, em muitos casos, o

²³ Art. 7.º da Lei n.º 8.080/1990.

²⁴ Algumas dessas distorções e problemas foram apontados na seção 4. Para maiores detalhamentos sobre a evolução do SUS e de suas Normas Operacionais, ver Brasil, 2002a, Cartilha do SUS, v. 2, Heimann *et al.*, 2000.

acesso à saúde é o primeiro contato com a sociedade, reforçando o processo de inclusão social; e) e definir política de prevenção das doenças infectocontagiosas, das crônico-degenerativas, que passam a ocupar um papel importante no novo perfil epidemiológico, assim como as de causa externa, em função do agravamento do quadro de violência no País.

Além disso, a construção de ações intersetoriais, a regionalização e um abrangente diagnóstico sanitário – capaz de incorporar elementos demonstrativos de nossa capacidade instalada e das patologias que afetam a população – são ferramentas fundamentais para a elaboração de um novo plano para o setor Saúde. Esse diagnóstico deve também incluir um olhar prospectivo das necessidades e das potencialidades do setor, visando a retratar com fidelidade sua conjuntura e sua estrutura.

Não custa enfatizar que para a efetividade dessas ações, é necessário promover mudanças para coibir algumas das distorções do sistema, como as detalhadas nas seções 7, 8 e 9, além de ser de vital importância a articulação entre diversos atores políticos, a saber: Ministério da Saúde, Ministério da Ciência e Tecnologia, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o segmento acadêmico-científico, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Somente investindo de forma articulada e integrada é que poder-se-á desenvolver o Complexo Produtivo da Saúde.

5.1 O Complexo Produtivo da Saúde²⁵

O Complexo Produtivo da Saúde vai além da atenção à área, que é seu principal objetivo. Refere-se a toda a estrutura existente, além

²⁵ Esta seção foi essencialmente baseada em estudo realizado pelo Dr. Carlos Gadelha sobre o Complexo Produtivo da Saúde (2002). Qualquer crédito mencionado ao autor será insuficiente para retratar o quanto de seu estudo sobre o Complexo foi utilizado neste sub-item. Necessário enfatizar que ao Dr. Gadelha não pode ser atribuída qualquer responsabilidade sobre as conclusões traçadas neste estudo.

daquela a ser desenvolvida para que o setor Saúde funcione de forma integrada e eficiente.

A partir de uma nova ótica de investimento em saúde a ser realizado de forma integrada, criando sinergia ao aproveitar o caráter multidimensional e as complementaridades das ações em saúde, o governo federal está propondo o Programa de Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde. Esse programa terá como principais metas: a melhoria da capacidade de gestão; o acesso da população aos serviços de saúde, que deverão apresentar qualidade satisfatória; a promoção da integralidade da atenção; o aumento da resolutividade nos diversos níveis de complexidade do atendimento; a diminuição da dependência externa do setor; o estímulo à concorrência leal, dentre outras. Sua meta maior será a de aproximar a demanda total da demanda solucionada.

Ademais, o Complexo deverá aproveitar-se da ação intersetorial, sempre buscando a coordenação de suas iniciativas com a de outros setores, tanto internos quanto externos. Esse novo modelo proposto busca o desenvolvimento coordenado das ações finais, enfatizando as peculiaridades regionais em sua lógica de intervenção e a comunicação dos diversos entes envolvidos na produção, promoção e prestação da ação em saúde, além de buscar intensificar a participação comunitária. Dessa forma, poder-se-á manter a política de saúde consoante com as macropolíticas do governo federal, evitando desperdícios e melhorando a eficácia do investimento social.

O Complexo Produtivo compreende a dinâmica da estrutura técnico-produtiva, pensando conjuntamente nas reformas institucionais do setor; em mecanismos de financiamento público e privado da atenção à saúde; no mercado de trabalho da área; na pesquisa e no desenvolvimento tecnológico e no desenvolvimento industrial farmacêutico, farmoquímico e equipamentos médico-hospitalares, tanto nacionais quanto estrangeiros. Sua estrutura será dividida em cinco segmentos: 1. industrial; 2. comercial; 3. serviços; 4. formativo; 5. pesquisa e desenvolvimento.

No segmento industrial (1) e no comercial (2), estão as atividades do Complexo referentes à produção e à distribuição das áreas de fármacos, equipamentos de apoio diagnóstico-terapêutico e materiais de consumo médico-hospitalar. Esse é um mercado que envolve tecnologia avançada e necessita não somente de regulação como também de estímulo, já que envolve o desenvolvimento da cadeia produtiva de insumos estratégicos necessários à atenção à saúde. O segmento industrial tem forte potencial a ser desenvolvido, dada a biodiversidade brasileira. Sua importância é também estratégica, visto que afeta o grau de autonomia do País e o nível de dependência externa e causa impacto à geração de empregos.

Entretanto, desde a década de 90, quando houve a abertura comercial, o segmento industrial tem perdido competitividade e as importações vêm crescendo substancialmente. De acordo com Gadelha,²⁶ a indústria farmacêutica brasileira foi a que mais se ressentiu das mudanças institucionais nos anos 90. Não somente a abertura de mercado afetou a concorrência do setor, como também a liberação dos preços, o fim dos estímulos ao desenvolvimento da indústria farmoquímica nacional, as mudanças na legislação de patentes e o reconhecimento dos produtos genéricos atingiram essa indústria de forma significativa. O segmento da indústria que mais se viu prejudicado foi o farmoquímico, o qual apresentou forte retração nos últimos anos, além de vir repetidamente onerando o balanço comercial. Para piorar, ainda de acordo com o autor, há uma tendência de aumento de preços dos fármacos importados, prejudicando o equilíbrio das contas externas, onerando a produção de medicamentos nacionais, além de dificultar o acesso da população de médio estrato de renda, em que a elasticidade da demanda é significativa.

É, portanto, vital que o governo se preocupe em estimular o desenvolvimento da indústria farmoquímica nacional. Esse estímulo pode dar-se em função de mudanças na legislação e linhas de crédito, estimulando a pesquisa no País, por exemplo.

²⁶ Reitera-se que toda análise referente ao Complexo da Saúde baseia-se em estudo do Dr. Gadelha. O autor, entretanto, não será citado a cada ponto da exposição da análise.

Contra-pondo-se ao efeito negativo que as mudanças de mercado, citadas anteriormente, causaram na produção da indústria de fármacos, observou-se o oposto na produção de medicamentos. Com maior facilidade na importação de insumos para a produção do medicamento, aliado ao porte do mercado brasileiro, acabou-se por estimular a implantação, no Brasil, de grande plataforma fabril para a região. Entretanto, e a despeito do efeito positivo sobre o volume produzido e exportado, a mesma realidade não se observou no tocante à gama dos medicamentos produzidos no País. Seguindo a lógica internacional, a produção foi racionalizada, levando à especialização da produção, o que conseqüentemente aumentou a dependência do Brasil para poder cobrir a demanda interna de medicamentos. O resultado final foi um aumento das exportações nas esferas local e regional, o que, em termos financeiros, não compensa o aumento das importações no âmbito global. Ademais, dada a extrema subordinação tecnológica dessa indústria, a tendência é o aumento do valor das importações, devido ao fato de elas englobarem produtos tecnologicamente mais especializados e caros.

A evolução da indústria de equipamentos médico-hospitalares e laboratoriais assemelhou-se, de certa forma, ao da indústria de medicamentos: maior acesso às matérias-primas, especialização, dependência externa dos produtos mais caros e desmonte de alguns segmentos da indústria, cuja competitividade não suportou a abertura de mercado sem uma política de desenvolvimento industrial. Ademais, esta é uma indústria relativamente jovem no País e, como enfatiza Gadelha, sua instalação nunca foi completa: "equipamentos mais complexos e caros nunca lograram ser fabricados no país". Ainda de acordo com o autor, a abertura econômica, além de ter estimulado a eficiência produtiva e a tentativa de se aumentar o grau de inovação, acabou por enfatizar a lacuna tecnológica existente, gerando pressões, mais uma vez, sobre as importações.

É fundamental que o governo fortaleça o segmento industrial do Complexo da Saúde de modo a devolver competitividade à indústria brasileira e aliviar a pressão sobre o balanço de pagamentos. De outra for-

ma, o acesso à medicação vai ser dificultado para os estratos da população cuja demanda apresente forte elasticidade-preço. Neste sentido, os produtos genéricos e sua influência sobre uma das principais barreiras de entrada nesse mercado, como a informação, podem afetar significativamente o preço final dos medicamentos e, conseqüentemente, a saúde pública. Na realidade, o segmento comercial (2) é bastante atípico e o resultado é um setor que, apesar da existência de razoável concorrência, comporta-se como um setor monopolista ou oligopolista. Só para se ter uma idéia, o custo com a comercialização nesse setor chega a representar de 20% a 30% do valor das vendas brutas. O representante das indústrias farmacêuticas e seu poder sobre a escolha dos médicos acaba por influenciar desproporcionalmente esse mercado. Ademais, esse é um setor marcado pela falta de informação, ou seja, aquilo que o médico determina é o que o paciente deve fazer e, para piorar, os médicos não necessariamente conhecem os preços praticados no mercado. O resultado é que grande parte da demanda desse setor é determinada pela relação existente entre o representante do laboratório e a classe médica. Caso se invista no desenvolvimento de pesquisas de biodisponibilidade e bioequivalência que sejam confiáveis, o mercado deixará de ser refém do laboratório cuja abordagem de marketing seja mais efetiva. Com a confiabilidade garantida nos genéricos, a tendência será uma diminuição geral de preços.

O estudo do Complexo da Saúde sugere ainda uma 'porta' de implementação da política de difusão do uso do genérico, mediante pressão, para o seu consumo por parte dos planos de saúde privados em atendimentos hospitalares.

O terceiro segmento, relativo a serviços, engloba assistência e apoio diagnóstico. Nele encontra-se o lócus de atendimento às necessidades da população. É também nesse segmento que há a percepção da adequação ou não das políticas públicas voltadas para a saúde. A integração sistêmica desses serviços é fundamental para se alcançar os princípios da universalidade e da unificação. Uma vez integralizados os

serviços da saúde, a capacidade de gestão, a eficiência e a efetividade dos estabelecimentos de saúde passarão a ter diretrizes firmadas permanentemente. Para que esse segmento seja adequadamente desenvolvido e para que se tenha, conseqüentemente, a possibilidade de análise da efetividade das políticas públicas implementadas, é fundamental que o Complexo Produtivo, como um todo, funcione de forma integrada.

O segmento formativo (4), onde são preparados os recursos humanos que compõem a força de trabalho atuante no Complexo Produtivo da Saúde, demanda permanente readequação às novas perspectivas do mercado de trabalho. Somente por meio da qualificação e da requalificação, os trabalhadores da área de saúde poderão adquirir a flexibilidade necessária à sua empregabilidade. Tal ação depende de estreita articulação entre os centros de educação profissional, as unidades de produção e as demandas epidemiológicas. Uma vez mais, por intermédio do conhecimento dessas demandas, é que se poderá fortalecer um ou outro ramo da formação que melhor se adequa à região em questão.

O segmento pesquisa e desenvolvimento (5) deve ser entendido como vital para a introdução de inovações capazes de ampliar a competitividade do Complexo de Saúde brasileiro, tanto no mercado nacional como no internacional.

A indústria farmacêutica é uma indústria de alta tecnologia, caracterizada por elevada capacidade inovadora e com interfaces e inter-relações com toda a indústria contemporânea. Se esta capacidade estiver situada fora do país, e nos limitarmos a atuar nas fases menos complexas e rentáveis, estaremos cristalizando uma inserção tradicional da divisão internacional do trabalho, em que as atividades de alto valor ficam fora de alcance (GADELHA, 2000).

O autor segue enfatizando a relação entre a P&D farmacêutica e a pesquisa acadêmica, cujo efeito é o fortalecimento da capacidade inovadora nacional que também tende a ser aproveitado pelos demais setores.

Ademais, os investimentos em saúde, destinados a cada um dos segmentos citados, precisam garantir o ponto ótimo da sua relação custo-efetividade, fato não observado na atualidade. O que ocorre é que os diversos projetos em saúde competem entre si por investimentos, afetando a sua produtividade e eficácia. Justamente para evitar essa distorção, o Ministério da Saúde criou a Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (DIPE), órgão da Secretaria-Executiva do MS, que, entre outras funções, está encarregada de coordenar os projetos estratégicos na área de saúde²⁷. Somente assim poder-se-á integrar o investimento em saúde e evitar os desperdícios e ineficiências hoje observados.

Atualmente, há a realização de diversos projetos sem uma análise da real necessidade de determinadas obras ou equipamentos, sem uma avaliação se há ou não duplicidade de esforços numa região, enquanto, concomitantemente, há ausência completa desses elementos em uma outra região. Isso significa que há um gerenciamento deficiente de serviços, além de desconhecimento do funcionamento do maquinário, o que afeta a confiabilidade dos diagnósticos, prejudica a vida útil dos equipamentos e gera custos desnecessários na manutenção dos equipamentos. Para piorar, não é feita uma análise de infra-estrutura na definição da alocação de recursos e, invariavelmente, equipamentos caros ficam meses embalados por falta de estrutura física para instalá-los ou, ainda, por falta de técnicos de saúde devidamente qualificados para sua utilização. Da mesma forma, não é feita uma análise de custeio, ou seja, não são considerados os tetos financeiros definidos para cada um dos entes de governo, prejudicando o custeio de sua operação, assim como a sustentabilidade do projeto.

²⁷ A Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (DIPE) desempenha papel crucial no redirecionamento dos investimentos de saúde no Brasil. Seu objetivo é justamente aumentar a captação de recursos externos, formar parcerias financeiras e de cooperação técnica com outras nacionalidades, repensar o investimento em saúde no país e principalmente integrar esses recursos de modo a evitar o desperdício do erário e alcançar as metas prioritárias do governo no tocante à saúde: humanização, integralização e universalização. A prioridade deve ser a consolidação e o desenvolvimento do SUS, sua descentralização efetiva (incluindo o desenvolvimento de condições técnicas e financeiras dos estados e municípios), enfatizando princípios e diretrizes voltados para a melhoria da qualidade de vida da população.

Podemos citar também a competição por recursos entre os projetos e o seu caráter administrativo isolado, o que gera duplicidade de ações e de estruturas. Ademais, a falta de consistência entre as políticas de recursos humanos praticadas nesses projetos leva à competição interna, gerando uma migração ineficiente desses profissionais. *Expertises* desenvolvidas ao longo dos anos em alguns projetos acabam por não migrarem para outros, que incorrem em desperdícios de tempo e recursos públicos para alcançar resultados nem sempre satisfatórios. Note-se que se fala de projetos co-financiados com recursos externos que, em conjunto, apresentam orçamento em torno de US\$ 1,3 bilhão de dólares.

Além disso, a forma com que esses projetos foram negociados e vieram se desenvolvendo em função do cumprimento de metas acordadas com os organismos multilaterais acabou, em alguns casos, por negligenciar seu objetivo final de melhorar a saúde pública. Conquanto cada um desses projetos se justifique tecnicamente, ele não está necessariamente inserido na análise de prioridades do investimento em saúde. Ademais, considerar o cumprimento de metas estabelecidas na época da concepção do projeto como um indicador de qualidade do investimento pode ser uma forma um tanto míope de se avaliar a efetividade da ação. Esta avaliação deveria ser mais ampla, considerando o real impacto dos projetos sobre a saúde pública e a equidade do sistema e deveria principalmente verificar a eficácia da alocação dos recursos, dadas as restrições orçamentárias e a excessiva pressão de demanda.

Sem a definição de microrregiões, de modo a planejar um atendimento universal descentralizado, sem o mapeamento dos técnicos, maquinário e infra-estrutura e sem o desenvolvimento de pesquisa do perfil epidemiológico de cada uma dessas regiões, não se poderá lograr o desenvolvimento de política pública eficiente e o custo-efetivo na recuperação da saúde do brasileiro.

Um sistema integralizado de investimentos em Saúde é também fundamental para a melhoria da alocação dos recursos públicos.

6 Prioridades de Investimento em Políticas de Saúde no Brasil

Entende-se como investimento em Saúde toda aplicação de recursos, próprios ou de terceiros (inclusive aqueles provenientes do exterior), que contribuam para aumentar o estoque de capacidade técnica do Complexo Produtivo da Saúde, utilizada na melhoria da qualidade de vida da população. Tal estoque de capacidades inclui não somente o capital físico mas também a força de trabalho.

O principal objetivo do investimento nos próximos anos será o de assegurar universalidade, qualidade e equidade da atenção à saúde da população por meio de reformulação da estruturação e organização dos serviços. A regionalização do SUS, assim como políticas que visem a imprimir equidade ao sistema, são fundamentais para se atingir os objetivos propostos. Para tanto, os recursos alocados vão considerar e refletir as necessidades regionais do Norte e Nordeste, dando prioridade para aqueles municípios cujo IDH estejam abaixo da média (atualmente, os municípios incluídos no Programa Fome Zero).

O programa proposto de investimentos em saúde do MS, na busca do desenvolvimento do setor, prioriza as seguintes linhas de investimentos:

- a. fortalecer e qualificar a atenção básica, ampliando o espectro da atenção básica de acordo com a complexidade do quadro sanitário e da disponibilidade de recursos. Busca-se fortalecer a

- atenção básica centrando-se na lógica da atenção à família, um programa de caráter educador, preventivo e resolutivo e um excelente exemplo de ação, cujos efeitos extrapolam a saúde pública. O aumento da resolutividade nesse nível de complexidade do sistema impacta a racionalização do acesso aos demais níveis;
- b. estruturar a rede de Atendimento de Urgência e Emergência, por nível de complexidade, mediante um sistema de transporte especializado e tecnologia de comunicação e informática. Dessa forma, aumenta-se o acesso e a qualidade, minorando os desperdícios. Essa iniciativa causa impacto à eficiência e facilita a universalização do SUS;
 - c. promover formas alternativas de atendimento à saúde que evitem internações desnecessárias: internação domiciliar, centros de cirurgia ambulatorial e hospitais-dia para grupos com necessidade de atenção especial. Esta meta busca organizar o atendimento, diminuindo a pressão de demanda e alcançando a humanização da atenção aos usuários;
 - d. reorganizar o atendimento hospitalar e de alta complexidade por meio da racionalização da rede de assistência hospitalar com hierarquização, regionalização e informatização da estrutura de referência e contra-referência. A estrutura atual é desintegrada, apresentando duplicidade de oferta, em contraposição à falta de acesso em diversas localidades;
 - e. estimular a constituição de centros de referência por grandes áreas de especialidades, mediante substituição dos tradicionais ambulatórios por centros de diagnóstico e tratamento. Ao se planejar de forma estratégica a localização e a função desses centros, considerados a oferta da região, a demanda e o perfil epidemiológico, imprime-se equidade e universalidade ao serviço;
 - f. atuar no controle da dengue e outras doenças endêmicas e epidêmicas. Valorização da promoção da saúde e da prevenção de doenças, fortalecendo e descentralizando as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental;

- g. reformular e ampliar a política de medicamentos e assistência farmacêutica. Criação de farmácias populares, reformulação e ampliação de genéricos, pesquisa e desenvolvimento de fármacos e modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos laboratórios farmacêuticos. Não somente aumenta-se o acesso para a população mais pobre, como é propiciado também o desenvolvimento da indústria farmacêutica, diminuindo a dependência externa;
- h. fortalecer a participação social na gestão do SUS, incentivando estados e municípios a internalizarem mecanismos que permitam à sociedade o efetivo controle, planejamento e avaliação das políticas e dos serviços de saúde. Para tanto, o desenvolvimento de avaliações sistemáticas do desempenho do setor e a disponibilidade da informação em âmbito local precisam ser confiáveis e regulares;
- i. apoiar o processo de descentralização do SUS, com enfoque na regionalização. Ampliação da descentralização para as demais esferas de governo, de forma a garantir capacidade técnica e financeira para a formulação, execução e avaliação das políticas de saúde. A efetivação da descentralização, tendo como estratégia principal a regionalização, é fundamental para se alcançar os objetivos pretendidos para o setor;
- j. qualificar os trabalhadores do SUS. Democratização das relações de trabalho, utilizando-se a valorização dos espaços de negociação e fortalecimento e ampliação de programas de educação permanente, voltados para a gestão dos serviços e para a humanização e qualidade do atendimento;
- k. qualificar a gestão administrativa da saúde, melhorando a eficiência e a eficácia administrativa do Ministério da Saúde no gerenciamento de suas ações, com reflexo na racionalização da execução das ações do Sistema Único de Saúde. Seu papel como coordenador é fundamental para se evitar duplicação de esforços e ineficiências inerentes a um sistema cujas ações de saúde são insuladas e muitas vezes apresentam eficácia questionável;

- l. estimular a indústria nacional de insumos e equipamentos para o Complexo da Saúde. É fundamental a viabilização de recursos necessários à produção de bens e serviços de saúde, visando ao aumento de eficácia do investimento, além de ajustes na legislação do setor de modo a estimular o seu desenvolvimento. O estímulo à pesquisa e ao desenvolvimento para este setor é imprescindível;
- m. fortalecer a regulação da assistência suplementar à saúde, protegendo o consumidor de planos de assistência médica suplementar contra as práticas de concentração de mercados. Além disso, essa regulação pode ajudar a eliminar determinadas distorções observadas no mercado, em especial sua característica de ser concentrado.

Considerando as metas prioritárias, a Secretaria-Executiva (CAMPOS, 2003) enfatiza o papel do MS na reformulação dos modos de gestão e de atenção do SUS no tocante ao apoio ao processo de descentralização, ao prosseguimento da reforma sanitária, à reformulação e à ampliação dos serviços de clínica e saúde coletiva, à reforma de todos os níveis de gestão, fazendo prevalecer os princípios do SUS, ao apoio à rede de serviços filantrópicos, à definição de tetos fixos e variáveis de acordo com padrões acordados e à urgente redefinição de prioridades. Ademais, o Ministério deverá promover a articulação entre os vários níveis de governo, agenciar e apoiar mudanças de interesse sanitário e promover a participação de todos os atores envolvidos.

Definidas as prioridades de investimentos e avaliado o funcionamento do sistema, o MS está desenvolvendo o QualiSUS, projeto de fortalecimento e qualificação do SUS, tendo os macroobjetivos da saúde como seu alvo principal. A finalidade é continuar a fortalecer o SUS, entendendo o seu desenvolvimento e suas ações de forma integrada e buscando eliminar as distorções hoje observadas no sistema, as quais são apresentadas nas três seções a seguir.

7 Parâmetros de Alocação – Dimensões: Acesso, Resolutividade, Integralidade, Qualidade e Sustentabilidade

Identificadas as prioridades constituídas pela Política Nacional de Saúde, o estabelecimento de parâmetros de alocação dos recursos de investimentos constitui-se em elemento central na elaboração de um plano de investimentos que garanta acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde no País.

Na definição do destino dos recursos a serem investidos em saúde, três itens são fundamentais: a) a distribuição do montante de recursos disponíveis por região, unidade da federação e municípios, de forma a garantir a redução das desigualdades regionais; b) os critérios de seleção, priorização e aprovação de projetos pontuais, de modo que eles reflitam a política nacional de saúde, revertam em maior oferta de serviços, apresentem resolutividade e qualidade satisfatórias, promova a integralidade das ações e sejam sustentáveis do ponto de vista econômico e da rede de serviços de saúde; e c) a coordenação da ação de saúde de forma integrada, sem a qual a eficiência e a eficácia da ação social estarão comprometidas, assim como o desenvolvimento do setor.

É essencial, portanto, a definição de critérios e parâmetros técnicos para a implementação de uma política de qualidade de investimentos no setor Saúde. Apresentam-se, a seguir, subsídios para o estabelecimento desses elementos.

7.1 Critérios de Alocação de Recursos de Investimentos, por Região/Unidade da Federação

Os projetos de investimentos vêm basicamente atendendo às demandas de estados, municípios e outras instituições que submetam propostas e projetos para o desenvolvimento do setor. O efeito indesejável é que alguns governos subnacionais, devido à sua menor capacidade técnica, apresentam dificuldades na elaboração de propostas e são, conseqüentemente, contemplados com uma parcela menor de recursos. Na prática, a maior parte dos recursos acaba sendo direcionada para os entes que já possuem alguma estrutura. Cabe ao Ministério ação mais proativa no sentido de orientar e ajudar a desenvolver os projetos para os entes considerados estratégicos à expansão do acesso.

A experiência tem demonstrado a necessidade de serem pré-alocados recursos dos fundos disponíveis para investimento, estabelecendo-se um limite máximo inicial para cada região e para as UFs. Este deve não somente atender critérios de alocação *per capita*, como também outros critérios que avaliem o perfil epidemiológico das regiões, a existência ou não da infra-estrutura instalada, a sustentabilidade do investimento e a necessidade de se promover a universalidade do acesso.

As diferenças dos custos das ações demandadas nas diversas regiões é outro ponto fundamental na busca da equidade do sistema. Urge ação mais proativa e também compatível com a diminuição das desigualdades regionais, peculiares ao Brasil. O Ministério da Saúde necessita planejar orientação e subsidiar tecnicamente as ações em saúde em municípios estratégicos que não tenham desenvolvido, até o momento, infra-estrutura ou condições de elaborar suas propostas para a área²⁸. Somente assim poder-se-á alocar recursos com critérios além de financeiros e políticos e que visem ao desenvolvimento da saúde pública universal e integral.

²⁸ Este tipo de iniciativa, auxílio técnico-financeiro, provou-se eficiente e de rápido retorno no Programa de Modernização da Administração Tributária Municipal (PMAT) implementado pelo BNDES. Uma orientação inicial, relativa ao alvo de investimento na saúde e à ajuda na construção da estrutura técnica nos níveis subnacionais, promoverá impacto substancial na saúde pública.

É, entretanto, fundamental que a formulação de um plano de investimento seja capaz de prever mecanismos que permitam a implementação de um processo de avaliação dos resultados e impactos verificados na população e na rede de serviços de saúde, comprovados por meio de indicadores epidemiológicos, assistenciais e do nível de saúde da população, assim como indicadores de responsabilidade social do investimento.

As regras vigentes prevêm o atendimento das especificidades das regiões. A Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 35, fixa as regras para o estabelecimento de valores a serem distribuídos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios que, combinados, podem gerar fórmulas de cálculo que atendam às peculiaridades das diversas linhas de investimento e às diferentes necessidades oriundas da heterogeneidade das regiões, estados e municípios brasileiros. São elas: a) perfil demográfico da região; b) perfil epidemiológico da população a ser coberta; c) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área geográfica; d) desempenhos técnico, econômico e financeiro no período anterior; e) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; f) previsão do plano de investimentos da rede; g) e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Entretanto, na prática, a alocação tem sido mais política do que técnica, além de que grande parte dos recursos ainda segue a lógica do investimento no exercício fiscal imediatamente anterior, estimulando a permanência das desigualdades alocativas.

Citando a experiência do Projeto Reforsus, os bancos financiadores acordaram a seguinte fórmula para a pré-alocação de recursos relativos à Readequação Física e Tecnológica da Rede de Serviços de Saúde, por unidade federada: a) 70% dos recursos foram distribuídos proporcionalmente à população; b) 30% restantes foram distribuídos de maneira inversamente proporcional ao gasto *per capita* de custeio (AIH e SIA) do Ministério da Saúde no ano anterior. Dessa forma, a unidade federada onde o MS realizou o menor gasto *per capita* no ano, foi proporcionalmente contemplada com mais recursos. O critério Reforsus, ainda que

bem intencionado, não é perfeitamente racional sob o ponto de vista da saúde pública, pois falha em avaliar se há ou não infra-estrutura adequada ao investimento e profissionais treinados para a ação de saúde, além de não relevar as reais necessidades epidemiológicas dos centros de atendimento e os custos *per capita* característicos das diferenciadas ações.

A orientação e a liberação de recursos deveria seguir cartilha técnica com tetos variáveis em função dos indicadores do locus beneficiado, além de que deveria, sempre que necessário, ser orientado pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, manter-se-á a autonomia das unidades administrativas e coibir-se-á o mau uso do erário e a conseqüente perda da qualidade do investimento em saúde.

Conclusivamente, a despeito da tentativa de se imprimir equidade ao sistema, as regras dão origem a diversas distorções. O investimento não é refletido em seu conjunto, além de que nenhuma orientação qualitativa é abordada de modo que o governo federal possa exercer a sua função de coordenador dos outros entes federados. Em outras palavras, os critérios de alocação de recursos não conseguiram até agora lidar com as desigualdades observadas, e a falta de ênfase na regionalização não permite a universalidade do atendimento.

7.2 Critérios e Parâmetros para Análise e Aprovação de Projetos Pontuais

Como exposto no subitem anterior, a correta direcionalidade dos recursos de investimentos no setor saúde está condicionada aos critérios e métodos de seleção, priorização e aprovação de projetos que respondam às necessidades dos sistemas de saúde (locais, regionais e estaduais). Outrossim, torna-se necessário harmonizar os critérios de análise das propostas, no sentido de manter o processo de priorização e seleção de projetos, por parte das diversas instâncias decisórias do SUS, o mais homogêneo e transparente possível.

A análise de um projeto pontual de investimento deve considerar aspectos de elegibilidade jurídico-administrativa e técnico-assistencial. A de elegibilidade jurídico-administrativa consiste em verificar se a instituição proponente preenche os requisitos de habilitação ao financiamento e em conferir a validade da documentação apresentada. A análise da elegibilidade técnico-assistencial consiste em avaliar os principais aspectos técnicos relacionados à proposta, visando a averiguar a sua consistência, a adequação aos princípios do SUS e os macroobjetivos do investimento no setor.

A seguir, são apresentados critérios básicos de análise e aprovação de projetos:

- a. pertinência com as políticas de saúde nacionais, estaduais e municipais. As propostas deverão ser coerentes com os planos de saúde, dando destaque aos planos diretores de regionalização e investimentos, de forma a garantir a inserção harmônica na rede de serviços de atenção à saúde;
- b. coerência com os objetivos e estratégias do plano nacional de investimentos para o setor saúde ou do plano de investimento específico;
- c. necessidade comprovada e fundamentada por indicadores que expressem os problemas reais da área de abrangência;
- d. eficácia dos resultados previstos. As soluções propostas deverão ser coerentes com os problemas a serem resolvidos, demonstradas por meio da fixação de objetivos e metas assistenciais e comprovadas mediante indicadores;
- e. factibilidade, sustentabilidade e garantia de padrões de qualidade. As propostas de investimentos devem apresentar garantias de recursos financeiros e humanos necessários para a manutenção e para a continuidade das ações e serviços a serem ofertados com padrões de qualidade aceitáveis, após a conclusão dos investimentos. Na avaliação da sustentabilidade, devem ser analisadas suas distintas dimensões, a saber,

capacidade financeira, de barganha e negociação, de estabelecimento das redes societárias, de inovação (mudanças organizacionais) e de perfil da demanda e da oferta. O contexto histórico também deve ser ressaltado;

- f. avaliação de processo, resultado e impacto dos investimentos. As propostas e projetos de investimentos devem estar estruturados de forma a garantir a implementação de um processo de monitoramento e uma avaliação do processo, do resultado e do impacto das ações e serviços a serem revertidos para a população assistida. Assim, devem constar da proposta informações e dados sobre a situação anterior ao investimento, denominadas Linha de Base, que servirá de parâmetro para uma análise e uma avaliação dos resultados.

Esses critérios apresentam sua relevância, enfatizada pela prática atual, em que o desperdício de recursos, a ineficiência e a baixa produtividade dos investimentos são marcantes. As principais distorções referentes aos critérios vigentes de alocação dos investimentos em saúde, cujas contrapartidas orçamentárias sejam oriundas de emendas parlamentares – representando grande parte da origem orçamentária do setor – serão abordadas na seção oito.

7.2.1 Critérios e Parâmetros para Avaliação de Resultado e Impacto dos Investimentos

Cada investimento realizado em infra-estrutura física e tecnológica ou em capacitação de recursos humanos pressupõe uma modificação no Complexo Produtivo da Saúde, quer na capacidade instalada, quer no desempenho técnico-gerencial. Isso implica em provável incremento na oferta de serviços, além de refletir na qualidade dos serviços prestados e na resolutividade das ações assistenciais. As conseqüências desejáveis são: a) a ampliação da oferta dos serviços de saúde nos seus diferentes níveis de complexidade garante maior cobertura assistencial à população abrangida; b) o aumento da resolutividade e da cobertura de servi-

ços causa impacto diretamente à reorganização da rede de serviços do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, estadual, regional e nacional; c) modificações na reorganização do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de impactar positivamente a melhoria da saúde da população.

A avaliação dos resultados dos investimentos em saúde e da efetividade de seus impactos deve abordar as três dimensões descritas a seguir:

1. avaliação dos resultados dos investimentos em cada unidade de saúde contemplada com o intuito de verificar o impacto da ação sobre o desempenho das unidades beneficiadas, face aos objetivos e às metas propostas. Seus resultados constituem-se em insumos relevantes para a segunda dimensão da avaliação proposta;
2. avaliação da contribuição dos investimentos no fortalecimento e na reorganização do Sistema Único de Saúde, em nível estadual, regional e municipal. As instituições de saúde, ao implementarem novas tecnologias ou mesmo ao propiciarem o aumento da oferta quantitativa de serviços, devem alterar a dinâmica dos serviços que compõem os sistemas locais, estaduais e regionais de saúde. Assim, espera-se que esse incremento nos serviços impulse melhorias na atual estrutura da oferta em direção aos princípios constitucionais de universalização e equidade.
 - O objetivo aqui é avaliar os resultados dos investimentos na reorganização do sistema descentralizado de saúde. Deve-se focar a avaliação da pertinência e da relevância dos investimentos do ponto de vista de fortalecimento das redes locais e regionais de serviços de saúde e em relação à implementação das políticas de saúde dos estados. A idéia é analisar, de forma regionalizada, em que medida os investimentos contribuíram para a acessibilidade, a resolutividade, a integralidade da atenção, a qualidade e a viabilidade operacional das instituições.

- Inclui-se, nessa dimensão, a avaliação da contribuição e da pertinência dos investimentos realizados nos estados, face ao perfil epidemiológico da população e às carências do setor, não somente quanto a déficits constatados por ocasião da priorização e direcionamento dos investimentos, mas também quanto à implementação do Plano Diretor de Regionalização, conforme estabelece a Norma Operacional da Assistência à Saúde (PDR-Noas);
3. avaliação dos resultados e impactos dos investimentos na implementação das políticas de saúde. Neste enfoque, deverão ser priorizadas as áreas de atenção à saúde consideradas significativas do ponto de vista de concentração de investimentos realizados e de relevância para o desenvolvimento das políticas de saúde local, regional, estadual e nacional.

8 Distorções do Modelo Existente do Método de Formulação e Análise de Emendas Parlamentares

A alocação de recursos oriundos de emendas parlamentares na área de saúde ainda é substancialmente influenciada por critérios políticos, dada a insuficiente definição de critérios técnicos e a falta de transparência. Além disso, há excessivo número de propostas, incompatível com o quadro de recursos humanos para avaliá-las. Urge revelar ainda que na análise técnica realizada, não se avalia a racionalidade e a prioridade de investimentos e nem se priorizam os níveis de assistência em saúde. Caso mudanças estruturais no processo de avaliação não sejam implementadas, grande parte do investimento público em saúde continuará marcada por sua ineficiência e ineficácia.

Na prática, todas as emendas são encaminhadas para a análise técnica, mas esta não é nada além de documental e, conseqüentemente, incapaz de verificar a capacidade técnico-financeira do município a ser beneficiado. A sustentabilidade é, por conseguinte, ignorada nessa análise, que é também superficial em função do volume de processos a serem avaliados – apenas no exercício fiscal de 2002 foram apresentados 5.066 projetos para análise.

Somente após a referida análise e aprovação técnica, é feito o encaminhamento ao Gabinete do Ministro e ao Fundo Nacional de Saúde

para autorização e celebração de convênios. Dessa forma, os projetos acabam por não guardar, a não ser por coincidência, qualquer relação com as prioridades do investimento em saúde. Ademais, há uma grande quantidade de reformulações aos planos de trabalho e ajustes posteriores à formulação de convênios, o que normalmente acarreta em desperdícios do erário e erros na definição do alvo da ação pública.

O absurdo é tanto que, em muitos casos, somente após a análise técnica do projeto, o proponente toma ciência do objeto proposto e constata que os equipamentos demandados não são necessariamente os prioritários na região e, freqüentemente, nem têm como ser utilizados. Na melhor das hipóteses, será desperdiçado tempo e haverá solicitação de reformulação para substituição dos equipamentos. Em cenário pior, como acontece com certa freqüência, o aparelho demandado acaba ficando guardado na própria caixa por meses, sem qualquer utilidade. Essa situação é particularmente inaceitável quando se considera que outras unidades do complexo de saúde têm a sua eficácia prejudicada justamente em função da falta de determinados equipamentos.

Em se tratando de obra, por exemplo, muitas vezes constata-se que em um dado município não há o primeiro nível de atenção à saúde e, a despeito disso, o projeto proposto está nos demais níveis de complexidade do sistema.

Outra inadequação refere-se às análises técnicas dos equipamentos, em que são avaliadas tão somente informações de justificativa e perfil institucional fornecidas documentalmente pelos proponentes, ou seja, é feita uma análise do quantitativo e das especificações técnicas dos equipamentos solicitados. A análise técnica de obras também está longe de ser satisfatória, pois são analisados apenas o projeto básico de arquitetura enviado, o memorial descritivo e o orçamento da obra.

Além disso, não existe nenhum tipo de coordenação ou orientação ligando as instituições beneficiadas por convênios a os outros projetos

do Ministério da Saúde.²⁹ O resultado é a duplicidade de solicitações, conseqüente duplicidade de liberações e, pior, falta de alvo bem definido para a ação pública.

8.1 Sugestões de Mudanças

- 1) Reunir as equipes técnicas do MS para estabelecer critérios de análise técnica padronizados (ver seção 7).
- 2) Rever as normas de financiamento de programas e projetos mediante a celebração de convênios, dando enfoque à nova política de saúde do governo (inclusive com orientações voltadas à atenção da saúde), e divulgá-las juntamente com os regulamentos técnicos (RDC n.º 50) para os proponentes. Para o exercício de 2004, é fundamental que haja firme posicionamento junto ao Congresso Nacional, de modo a garantir que critérios técnicos sejam regulamentados. É necessário também que haja uma comissão de saúde no Congresso para orientar os parlamentares, no sentido de que a proposição das emendas esteja baseada na Noas.
- 3) Unificar e sistematizar as informações do Ministério da Saúde para que se possa integrar o investimento, utilizando informações precisas sobre as demandas e sobre a capacidade dos municípios contemplados pelas emendas parlamentares e por outros projetos do Ministério.
- 4) Determinar uma escala de prioridades da análise dos projetos propostos relacionados às emendas parlamentares. Estabelecidas as prioridades e os critérios regionais de alocação, a equipe da Unidade de Análise Técnica poderá atuar junto aos estados e aos municípios de forma proativa, orien-

²⁹ Outro agravante é a falta de integração entre a Unidade de Análise Técnica e os demais setores, como o de acompanhamento, de avaliação e de supervisão, assim como não há uniformidade nos critérios de análise técnica entre os setores do Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. Um exemplo disso é o fato de que a pré-análise realizada pela Secretarias Estaduais de Saúde ou Vigilância Sanitária dos estados diverge das análises da Unidade de Análise Técnica (UAT) do Ministério da Saúde.

tando-os na elaboração do projeto mediante critérios previamente definidos.

- 5) Reformular o Manual de Planejamento e Dimensionamento de Equipamentos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (SAS/1994) e promover sua intensa divulgação para todos os estados, municípios e órgãos afins.
- 6) Criar uma equipe técnica responsável pela implantação e pela manutenção de banco de preços direcionados para equipamentos médico-hospitalares.
- 7) Repensar as práticas assistenciais oferecidas à população, criando um compromisso entre a comunidade (Conselho Local de Saúde – CLS) e o município (Conselho Municipal de Saúde – CMS) com os estados (Dicon) e com o MS, a fim de promover a saúde. Para a viabilidade dessa meta, é necessário planejar, prever e preparar os gestores.³⁰

³⁰ Como exemplo, pode-se citar o modelo do MEC que, em conjunto com o Inep, trabalha em parceria com os estados, treinando-os e apoiando-os financeiramente para a realização de censos, em que são verificados dados como nível de escolaridade, quantidade de escolas e de salas de aula, por meio de um questionário, o qual passa por um aprimoramento contínuo para a constante atualização de dados. O censo é transmitido a um banco de dados pela internet, que funciona de modo compartilhado com os estados. Esse modelo mostra que a parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde é de fundamental importância e prioritária no início de um projeto estratégico para emendas parlamentares.

9 Propostas de Mudanças nas Regras de Acordos Internacionais

Em consonância com as macropolíticas do governo federal, o Ministério da Saúde deve procurar captar recursos externos para o investimento no setor. Entretanto, algumas regras presentes em acordos internacionais precisam ser revistas, de modo a garantir a eficácia do investimento.

É vital, por exemplo, que as contrapartidas nacionais do setor de saúde não estejam sujeitas a contingenciamentos orçamentários, gerando penalizações e custos econômicos desnecessários (os contratos internacionais são rígidos no tocante ao desembolso de tais contrapartidas e à utilização dos empréstimos concedidos). O País deveria ter como prioridade a garantia desse fluxo de investimentos estratégicos, dado que sua interrupção gera ônus diversos que são tecnicamente indefensáveis. Além de prejudicar o desenvolvimento dos projetos sociais, essa interrupção não apresenta qualquer racionalidade política.³¹

Com o intuito de minimizar esse e outros problemas, inerentes às regras de acordos internacionais, sugerem-se três propostas de mudanças:

9.1 Contrapartida

Trata do aporte financeiro do governo brasileiro, em percentuais definidos durante a negociação, como a participação nacional na implementação das ações.

³¹ Em nova rodada de negociação, o Brasil terá sua capacidade de captação prejudicada em função de sua ineficiência na alocação.

Sugestão: no caso de projetos que complementam ações, atividades ou programas do Ministério da Saúde com orçamentos regulares, incorporá-los aos Acordos de Empréstimo como contrapartida do governo brasileiro. Negociações dessa natureza evitam comprometimento do orçamento anual do MS e, dependendo do percentual de contrapartida, reduzem significativamente as necessidades de aporte financeiro do Tesouro Nacional. Consideradas também as restrições de suplementação orçamentária extrateto e a tendência de elevação das metas de superávit primário, o efeito desse tipo de negociação gera benefícios ainda maiores.

Exemplo de aplicação: negociação do Proesf - os recursos financeiros relativos aos repasses dos PAB-Fixo e PAB-Variável Saúde da Família são considerados como contrapartida financeira do Acordo de Empréstimo 7105-BR. Isso representará, ao final das três fases do projeto, uma economia de US\$ 275 milhões em moeda nacional, relativos à contrapartida de 50%.

9.2 Orçamento

Trata das dificuldades, já mencionadas, de manutenção dos valores propostos nos orçamentos anuais dos ministérios, com limitações crescentes de teto nos exercícios fiscais e restrições de suplementações, em função das metas de superávit primário definidas pela equipe econômica do governo. Especialmente para os Acordos de Empréstimo - que prevêem indicadores físicos e financeiros para o avanço a outras fases - os cortes orçamentários e as dificuldades para a recomposição das dotações originalmente propostas, têm gerado atrasos consideráveis na execução, comprometendo o alcance dos objetivos propostos nos acordos, e, principalmente, imputando ao país custos adicionais com o pagamento de juros e taxas de compromisso superiores aos limites acordados.

Sugestões: negociação de condições especiais, relativamente à movimentação e à manutenção de dotações orçamentárias para a carteira do Ministério, que poderia ser facilitada pela exclusão dos acordos das metas de superávit primário. Tal negociação poderia incluir, ainda, indicadores de execução orçamentário-financeira, mediante responsabilização

das partes envolvidas, que seriam revistas e realinhadas em comum acordo. Outra sugestão seria a consideração dos projetos de acordos de empréstimo em situação diferenciada dos demais recursos ordinários do Tesouro Nacional, ou seja, os projetos seriam entendidos como extratetos para recursos orçamentários, para empenhos e para recursos financeiros;

9.3 Licitações

Trata do conjunto de atividades relativas ao processo competitivo para aquisição de bens e seleção dos consultores necessários para a execução das atividades previstas nos projetos. Essa rotina envolve procedimentos formais a serem conduzidos pelas comissões de licitação dos órgãos executores, com base nas especificações de equipamentos e materiais ou termos de referência anteriormente elaborados, e segundo os procedimentos de licitação e seleção de consultores previstos nas diretrizes do banco financiador.

Sugestão: utilizar os procedimentos constantes na Lei n.º 8.666/1993, na Lei n.º 10191/2001 e na MP n.º 2182-18 de 23 de agosto de 2001, como a regra de licitações para as aquisições e seleções previstas nos acordos, evitando-se, dessa forma, gastos desnecessários com treinamento de profissionais com alta rotatividade de gestão, nos estados e nos municípios, e conflitos jurídicos na realização dos processos. Além disso, busca-se fortalecer as equipes e as instituições públicas.

Exemplo de aplicação: negociação do Proesf – a utilização dos procedimentos da lei nacional de licitações foi negociado com o Bird para os processos de aquisição de bens e contratação de serviços relativos à implementação do Componente I, que possui execução descentralizada e os municípios como órgãos executores. Apesar da negociação não contemplar os procedimentos de seleção de consultorias (individuais e firmas) e ser exclusivamente para o Componente I, essa flexibilização facilitará a operacionalização das ações previstas no projeto e uma significativa economia de recursos financeiros do Ministério da Saúde e órgãos executores.

10 Considerações Finais

Há uma linha de pensamento desenvolvimentista que aponta o acesso à saúde não como um indicador de desenvolvimento, mas como um meio para se alcançá-lo. Em muitos casos, o acesso à saúde é o primeiro passo rumo à inserção social de pessoas mais carentes. No Brasil, aproximadamente oitenta por cento da população brasileira é dependente exclusivamente do sistema público de saúde e, a despeito da inegável melhoria do sistema de saúde desde a implantação do SUS, muitas disfunções persistem, prejudicando o desempenho do setor. O que ainda se testemunha no Brasil é o mau funcionamento de instituições, gerando, como quis demonstrar este trabalho, subaproveitamento e desperdício de recursos, duplicação de esforços e dificuldade de se delinear focos para a ação social. Essas distorções têm representado a real barreira à impressão de justiça social.

Este trabalho demonstrou que a efetividade da atenção à saúde tem sido prejudicada por diversas disfunções, entre elas a falta de critérios definidos para a alocação de recursos em projetos pontuais e no investimento descentralizado em saúde. Ademais, sustentabilidade e resultados são preteridos em prol de resultados físicos, sem a devida avaliação do impacto de determinada ação sobre a saúde pública, muitas vezes não se considerando a coerência com as prioridades políticas do setor. Para piorar, a forma de alocação dos recursos descentralizados

acaba seguindo critérios bem mais políticos do que a eficiência do sistema público poderia suportar.

Foi sugerido neste estudo, como forma de coibir tais distorções, o desenvolvimento de parâmetros de alocação de recursos, ações que busquem inibir práticas políticas onde deveriam vigorar as técnicas, ações que visem a conciliar os objetivos do governo e a minorar as disparidades (inter)intra-regionais. Além disso, é fundamental que análises pertinentes à sustentabilidade sejam meticulosas, assim como a realização da avaliação do resultado e o impacto dos investimentos no setor sejam prioritários para a impressão de qualidade à continuação das ações públicas na saúde.

No desenvolvimento do complexo produtivo da saúde, deve-se retomar a competitividade industrial do setor, como forma, inclusive, de reconhecer a importância da diminuição da lacuna tecnológica que atualmente subordina as empresas nacionais ao mercado internacional e acaba por onerar o balanço de pagamentos. Ademais, urge que o investimento no complexo seja integrado e racional, priorizando a interlocução entre os diversos segmentos do complexo, aproximando a formação e a pesquisa das demandas do mercado profissional e do perfil epidemiológico das diversas regiões. Sugere-se, ainda, a importância do desenvolvimento de estudos que possam mapear a estrutura atual do complexo da saúde e estratégias para seu desenvolvimento. A idéia é retomar a competitividade desse segmento industrial, devolvendo qualidade à atenção à saúde.

Nesse sentido, foram definidas as prioridades do investimento em saúde, visando justamente a alcançar a prometida equidade, integralidade, qualidade, universalidade e humanização do atendimento à saúde no Brasil, direito do cidadão e dever do Estado.

Tendo em vista as prioridades do governo, não somente é importante que o Brasil consiga majorar o fluxo de investimentos externos para a área social como também defender suas prioridades de investimentos. Destaca-se a importância da definição de diretrizes de investimen-

to para o setor saúde, dado que hoje há uma lacuna no estabelecimento de rumo político, visando à utilização integrada dos investimentos.

Por fim, entende-se a integração das ações relacionadas ao investimento em saúde como condição *sine qua non* à impressão de eficiência, à melhoria do alvo de ação e à redução das iniquidades. Somente assim poder-se-á redirecionar e orientar os investimentos em saúde, por meio da observação de erros e acertos passados, da realidade atual e das possíveis demandas e objetivos do futuro.

11 Referências Bibliográficas

AFONSO, J. R. R. et al. *Municípios, arrecadação e administração tributária: quebrando tabus*. [S.l.: s.n.], 1998.

ALLEN, T.; THOMAS, A. *Poverty and development into the 21st century*. ed. rev. Oxford: Oxford University Press, 2000.

ANDRADE, L. O. M. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

AYRES, R. L. *Crime and violence as development issues in Latin America and the Caribbean, World Bank Latin American and Caribbean Studies*. Washington, DC, 1998. Disponível em: <<http://wbln0018.worldbank.org/LAC/LACInfoClient.nsf/0/5cd539128873d7f385256761006ddc14?OpenDocument>>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Secretaria de Investimentos em Saúde. *Proposta preliminar: projeto de apoio à regionalização da assistência à saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

-----, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. A saúde no Brasil, estatísticas essenciais 1990-2000. In: *Informação e estatística*. Brasília: Ministério da Saúde 2002b. (Série G. Estatística e Informação para a Saúde; n. 22). 85-334-0450-6.

-----. Ministério da Saúde. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

CAMPOS, G. *Diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e de atenção no SUS: o papel do Ministério da Saúde*. [Brasília], 2003. Texto elaborado como apoio ao Seminário do Colegiado do MS. Mimeo.

CROW; ALLEN, T.; THOMAS, A. (Ed.). *Poverty and development into the 21st century*. ed. rev. Oxford: Oxford University Press, 2000.

DREZE, J.; SEN, A. *Índia: economic development and social opportunity*. New Delhi: Oxford University Press, 1995.

FAJNZYLBER, P.; LEDERMAN, D.; LOAYZA, N. *Determinants of crime rates in Latin America and the World: an empirical assessment*. Washington, DC: World Bank Latin American and Caribbean Studies, 1998.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE BANCO (FEBRABAN). *Home page*. [200 -?]. Disponível em: <www.febraban.org.br>.

GADELHA, C. *Estudo de competitividade por cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas de livre comércio*. Cadeia: Complexo da Saúde (nota técnica final). 2002. Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br/cadeias-produtivas/doc/52saudeCompleto.pdf>>.

GALTUNG, Johan. Violence, peace and peace research. *Journal of Peace Research*, v. 6, 1969.

HEIMANN, L. S. et al. *Descentralização do Sistema Único de Saúde: triilhando a autonomia municipal*. São Paulo: Sobra Vime, 2000.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA), 2002. Texto para discussão, n. 915. Disponível em: <www.ipea.gov.br>.

LAPPER, R. *Financial Times*, nov. 2002.

LOBO, T.; AFONSO, J. R. R. *Descentralização fiscal e participação em experiências democráticas retardatárias*. Artigo apresentado no Tinker Forum on the Role of the State in Latin America and the Caribbean, México, October 1996.

MENSAGEM ao Congresso Nacional. 2003. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/publi_04/mens2003.htm>.

NATALINI, G. Cartilha do SUS. *SUS, o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. [São Paulo]: Associação Paulista de Medicina, [200 -?]. v. 2. Disponível em: <www.amb.org.br>.

OLIVEIRA, P. T.; PINTO, L. F. O Pará na UTI: falta de leitos e centralização da assistência especializada comprometem o atendimento. *Observatório da Cidadania-Pará – Políticas Públicas e Controle Popular*, Belém: Fórum da Amazônia Oriental (FAOR), n. 2, 2003.

RODGERS, D. *Violence, crime, and development: the case of contemporary Nicaragua*. Apresentação entregue ao Departamento de Estudos Desenvolvimentistas da School of Oriental and African Studies. London, UK, May 2000.

RONDINELLI et al. Analysing decentralization policies in developing countries: a political economy framework, *Development & Change*, v. 20, n. 1, p. 57-87, 1989.

SEN, A. *Development as freedom*. New York: Alfred A.; Knopf, 1999.

SINN, H. W. The new systems competition. In: *CESifo Working Paper*, n. 623, dez. 2001.

------. The selection principle and market failure in systems competition. In: *Journal of Public Economics*, v. 66, p. 247-274, 1997.

SIQUEIRA, S. A. V. et al. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90: saúde em debate. In: *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, jan./abr. 2002.

WORLD BANK. *Decentralization and governance: does decentralization improve public service delivery?* Prem Notes, [p.] 55, June 2001. Disponível em: <<http://www1.worldbank.org/prem/PREMNotes/prem-note55.pdf>>.

12 Anexo 1

Descentralização do Sistema

Breves Argumentos Técnicos a Respeito da Descentralização e Eficiência Alocativas nos Gastos Sociais

Há diversas teorias sobre o movimento em prol da descentralização ocorrida no mundo e consolidada posteriormente no Brasil. Os argumentos técnicos clássicos giram em torno da melhoria na eficiência da alocação dos recursos, dado que com maior conhecimento da situação, o gestor público teria condições de avaliar as prioridades da população e melhorar a efetividade das ações públicas. Outro argumento aborda o maior envolvimento do gestor, com autonomia para definir as políticas a serem implementadas. Da mesma forma, a descentralização tende a aumentar a *accountability*, dado que a reeleição do administrador está, teoricamente, relacionada à eficiência da sua administração. A proximidade da população com o gestor também é vista como um impulsionador da participação popular, introduzindo eficiência e justiça à administração pública.³² Além de que um estado mais 'enxuto' pode concentrar-se naquilo que é a sua vocação: coordenar as ações subnacionais, convergindo para os macroobjetivos da nação e diminuindo as desigualdades.

³² "Alguns analistas (...) sinalizam que a descentralização tem como um dos objetivos centrais permitir uma melhor distribuição de recursos e promover uma maior participação política, na medida em que fortalece, na arena política, atores sociais com pouco poder de barganha, ou não contemplados em governos altamente centralizados". (OLIVEIRA; PINTO, 2003, p. 69)

Um argumento um tanto mais político seria a defesa do movimento de descentralização em função das demandas da agenda neoliberal. A desconcentração do poder e certo enfraquecimento do poder central eram condizentes com o novo pensamento econômico em voga. No Brasil, internamente, o movimento de descentralização sempre esteve associado ao movimento de redemocratização, ainda que, mais uma vez, isso não seja um consenso. De toda forma, a excessiva preocupação da Constituição de 1988 em descentralizar os recursos sem, em contrapartida, regular a descentralização dos deveres espelha o caráter político em que se deu o processo: a motivação principal era evitar um novo golpe de Estado.³³

Claro que um processo de descentralização cuja defesa é essencialmente econômica e social, mas que na prática tenha tido como principal motivador o fator político, tende a gerar distorções³⁴. Neste trabalho, apenas as distorções do processo de descentralização que afetaram a saúde de forma mais evidente foram abordadas (seção 4). Ainda que estudos recentes do Banco Mundial³⁵ não sejam conclusivos quanto à melhoria da eficiência da administração descentralizada, há consistentes argumentos quanto à vantagem desse tipo de administração quando a nação em questão for extremamente marcada por heterogeneidades regionais e desigualdades, além de possuir dimensões continentais, como é o caso brasileiro. A administração centralizada nesses casos tende a não ser capaz de conhecer e abranger as peculiaridades das demandas diversas apresentadas dentro do território nacional.

Quanto à questão se a descentralização melhora ou não a qualidade da prestação do serviço público, mais uma vez não há maniqueísmos cabíveis. O Banco Mundial (WORLD BANK, 2001) sugere que a eficiência da prestação de serviços públicos descentralizados pode depender de diversos fatores, a saber: tipo de descentrali-

³³ Lobo & Afonso, 1996, p. 6-10.

³⁴ Esta motivação essencialmente política não é característica exclusiva do caso brasileiro. Pelo contrário, foi regra nos processos de descentralização. Rondinelli *et al.* (1989)

³⁵ Artigos diversos sobre descentralização, disponíveis na *homepage* do Banco Mundial.

zação, participação política e inclusão social observados no país, possibilidade ou não de migração para a concorrência, nível de responsabilização dos gestores e corrupção observados no poder público. De toda forma, os estudos de eficiência da descentralização não são conclusivos, mas antes são analíticos e descritivos sobre o que geralmente é eficiente ou não quando o tópico é descentralização.

Ainda que o processo de descentralização brasileiro tenha tido diversas falhas, a análise deve contemplar se houve ou não melhorias no período posterior à descentralização e, principalmente, o que pode ser mudado, a fim de trazer eficácia ao processo. No caso da saúde, a descentralização do sistema de saúde brasileiro, ainda que seja processo incompleto que demande ajustes, gerou melhoras que podem ser observadas em quaisquer indicadores de saúde (gráficos 6 e 7 do Anexo 2). Por exemplo, o número de hospitais aumentou e foram desconcentrados regionalmente, indicadores de longevidade e mortalidade infantil melhoraram, o investimento está menos desigual do que no passado, a atenção básica melhorou, etc.

Entretanto, esta melhora no sistema, como observado neste documento, não pode ser vista como uma vitória, dado que muito há que ser feito para que ele possa ser classificado como eficiente ou minimamente justo. A saúde pública brasileira ainda retrata as desigualdades e as injustiças características do país e, conforme prioriza a lei maior, devem ser combatidas.

Arcabouço Legal

A descentralização teve seu marco definitivo na Constituição de 1988. A autonomia municipal foi introduzida, assim como foi majorado o percentual de recursos disponíveis aos municípios. Dessa forma, a descentralização brasileira firmou-se não somente pela transferência de poderes, mas também pelo aumento da autonomia na alocação de recursos por parte dos governos subnacionais, em particular dos municípios.

A esse respeito, as principais novidades introduzidas pela Constituição de 1988 foram: o reconhecimento dos municípios e do Distrito Federal como entes federados (Art.18); a ampliação da autonomia e da capacidade extrativa fiscal de estados e municípios; e o aumento das transferências constitucionais da União em favor das demais unidades federadas (Artigos 155-160). Na prática, a receita disponível³⁶ dos estados permaneceu praticamente estável no período posterior à Carta Magna, enquanto a dos municípios cresceu de forma significativa, o que pode explicar a repetida referência ao processo de descentralização regulamentado em 1988 como processo de municipalização.

A autonomia municipal, reconhecida pela CF de 1988, expande o grau do ente municipal no quadro da organização do País, dando-lhe alcance e profundidade, o que o faz indissociável da essência do próprio sistema federativo. Recebe o município um reforço de juridicidade, acima de tudo se comparado a outros sistemas federativos no tocante à mesma matéria³⁷.

Além disso, o art. 165 da Constituição Federal, que estabelece as leis de competência do executivo federal, em seu §1.º, determina que os planos plurianuais devem ser elaborados respeitando o aspecto regional. E, em seu §4.º, amplia essa determinação para planos, programas, setoriais ou não, que devem ser elaborados em consonância com o Congresso Nacional. Dessa forma, o texto constitucional não somente reconheceu a importância dos municípios na busca da eficiência alocativa dos recursos públicos, mas considerou também que as marcantes desigualdades regionais devem ser tratadas prioritariamente, sem o que as persistentes desigualdades brasileiras não poderão ser combatidas. Em consonância com os artigos citados anteriormente, o Art. 3, inciso III, estabelece entre os objetivos fundamentais da república "erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais".

³⁶ Receita disponível refere-se à receita arrecadada, subtraída daquilo que é transferido a outros níveis de governo e somada ao montante recebido por transferências intergovernamentais.

³⁷ O Art. 30, VII, que discrimina a matéria de competência dos municípios, tem uma latitude de reconhecimento constitucional desconhecida dos textos anteriores ao nosso constitucionalismo.

A competência municipal estabelecida na Constituição Federal de 1988 e a necessidade do executivo federal de considerar, como centro da formulação das políticas públicas, a diversidade e a desigualdade regional, refletem a preocupação, no âmbito jurídico-formal, com a pactuação dos interesses individuais dos entes federados e das várias regiões do país.

Dessa forma, quando se enfatiza a necessidade de descentralização do SUS, tendo a regionalização como sua macroestratégia, não se está buscando nada além de que a lei tenha validade.

13 Anexo 2

Descentralização do Sistema

Tabela 1. Consultas Médicas, *per capita*, por Região. Brasil, 2002.

Região	Total de Consultas Médicas	População Total	Consulta Médica per capita
Norte	15.902.066	13.504.599	1,18
Nordeste	75.149.955	48.845.112	1,54
Sudeste	155.682.137	74.447.456	2,09
Sul	46.902.105	25.734.253	1,82
C.Oeste	22.168.972	12.101.540	1,83
Brasil	315.805.235	174.632.960	1,81

Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 25/06/03.

Tabela 2. Valor do SADT por Região e Complexidade do Procedimento. Brasil, 2002.

Região	Alta Complexidade	Alta Complexidade per capita
Norte	771.074	0,06
Nordeste	5.144.804	0,11
Sudeste	18.318.524	0,71
Sul	9.532.935	0,79
C.Oeste	2.635.686	0,04
Brasil	36.403.023	0,36

Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 25/06/03.

Tabela 3. Produção Ambulatorial do SUS – 2003

Região	População (em milh. hab)	Quantidade Aprovada (em milh.)	Valor aprovado (em R\$ milh.)	Composição da População	Composição da Quantidade Aprovada	Participação Regional do Valor Aprovado
Norte	13,8	134	337,5	8%	7%	5%
Nordeste	49,4	545	1.612,7	28%	27%	23%
Sudeste	75,4	936	3.614,9	43%	46%	51%
Sul	26,0	267	1.001,2	15%	13%	14%
Centro-Oeste	12,3	148	456,6	7%	7%	7%
Brasil	176,9	2.030	7.022,9	100%	100%	100%

Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 07/06/04.

Tabela 4. Produção Ambulatorial do SUS – Acumulado de julho/1994 a março/2004

Região	População (em milh. hab)	Quantidade Aprovada (em milh.)	Valor aprovado (em R\$ milh.)	Composição da População	Composição da Quantidade Aprovada	Participação Regional do Valor Aprovado
Norte	13,8	893	2.116,8	8%	6%	5%
Nordeste	49,4	3.908	10.673,5	28%	26%	23%
Sudeste	75,4	6.810	23.613,7	43%	46%	51%
Sul	26,0	2.110	6.741,5	15%	14%	15%
Centro-Oeste	12,3	1.055	2.950,4	7%	7%	6%
Brasil	176,9	14.776	46.096,0	100%	100%	100%

Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 07/06/04.

Tabela 5. Internações Hospitalares do SUS – 2003

Região	População (em milh. hab)	Valor Total (em milh.)	Valor médio (em R\$)	Valor Total per capita	Composição da População	Composição do Valor Total	Índice do Valor Médio (Brasil = 100)	Índice do Valor per capita (Brasil = 100)
Norte	13,8	312	340,4	22,6	8%	5%	70	68
Nordeste	49,4	1.402	397,0	28,4	28%	24%	82	86
Sudeste	75,4	2.619	552,6	34,7	43%	45%	114	105
Sul	26,0	1.102	571,3	42,3	15%	19%	118	128
Centro-Oeste	12,3	427	436,7	34,7	7%	7%	90	105
Brasil	176,9	5.862	484,7	33,1	100%	100%	100	100

Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 07/06/04.

Tabela 6. Estabelecimentos Ambulatoriais, segundo a Região, 1992 e 1999

Região	AMS 1992			AMS 1999			Taxa Anual de Crescimento		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
Norte	2.491	164	2.655	3.359	313	3.672	5,0	13,0	5,5
Nordeste	7.698	1.496	9.194	9.792	2.455	12.247	3,9	9,2	4,7
Sudeste	7.880	3.702	11.582	9.091	4.820	13.911	2,2	4,3	2,9
Sul	4.843	1.397	6.240	5.412	1.321	6.733	1,7	-0,8	1,1
Centro-Oeste	1.363	327	1.690	1.778	570	2.348	4,3	10,6	5,6
Total	24.275	7.086	31.361	29.432	9.479	38.911	3,0	4,8	3,4

Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

Tabela 7. Evolução do Número de Estabelecimentos com Internação nos Setores Público e Privado por Região, AMS 1992 e AMS 1999

Região	AMS 1992		AMS 1999		Taxa Anual de Crescimento	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Norte	2.491	164	345	345	3,6	1,7
Nordeste	978	1.172	1.190	1.153	3,1	-0,2
Sudeste	429	1.902	497	1.880	2,3	-0,2
Sul	196	1.033	230	941	2,5	-1,3
Centro-Oeste	170	613	254	616	7,1	0,1
Total	2.049	5.008	2.516	4.918	4,918	-0,3

Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

Tabela 8. Evolução da Descentralização do SUS

Região	dez/97	dez/98	dez/99	dez/00	dez/01	dez/02	dez/03
Total de Municípios recebendo recursos fundo a fundo	144,0	5.049	5.350	5.450	5.516	5.539	5.542
Total de Estados recebendo recursos fundo a fundo	-	2	7	8	12	13	20
% População residente nos municípios que recebem recursos fundo a fundo	17,30%	89,90%	99,20%	99,72%	99,90%	99,91%	99,93%
% do Total de recursos assistenciais transferidos fundo a fundo	24,1%	52,5%	58,1%	63,2%	66,9%	69,2%	80,3%

Fonte: MS 2002 (1), pag. 23, atualizadas para os anos de 2002 e 2003 pelo SAI e SIH /SUS /FNS e SPO/MS.

Gráfico 1. Taxa de Mortalidade Infantil por mil Nascidos Vivos, 2000

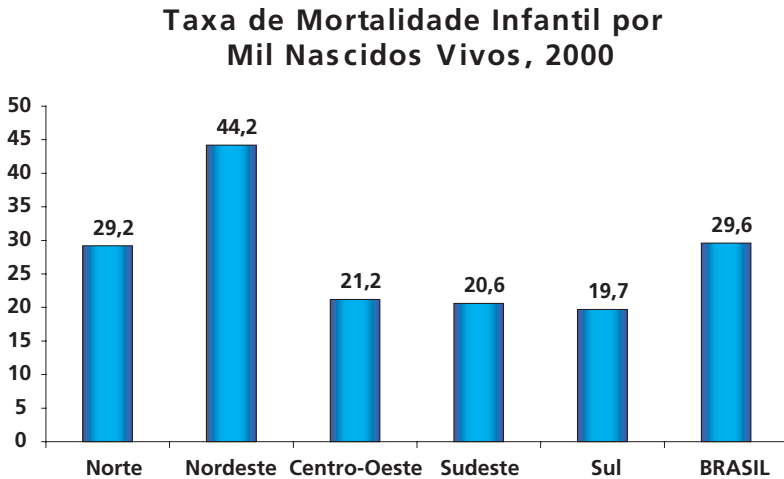
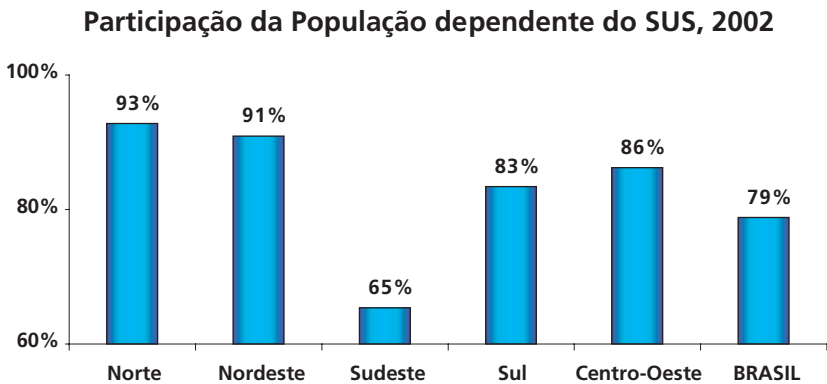
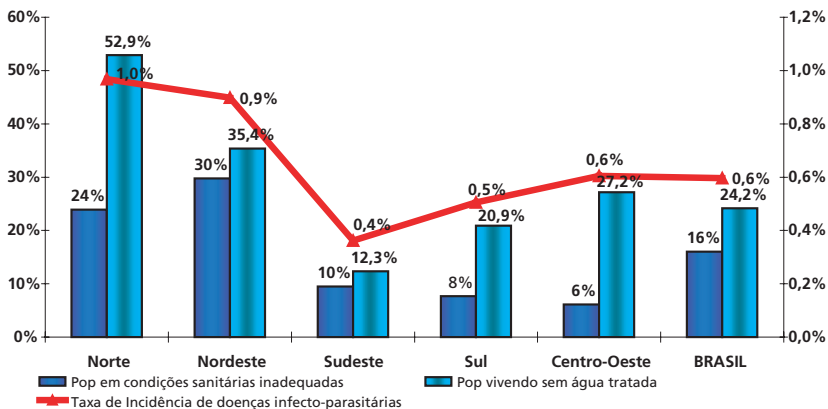


Gráfico 2. Participação da População Dependente do SUS, 2002



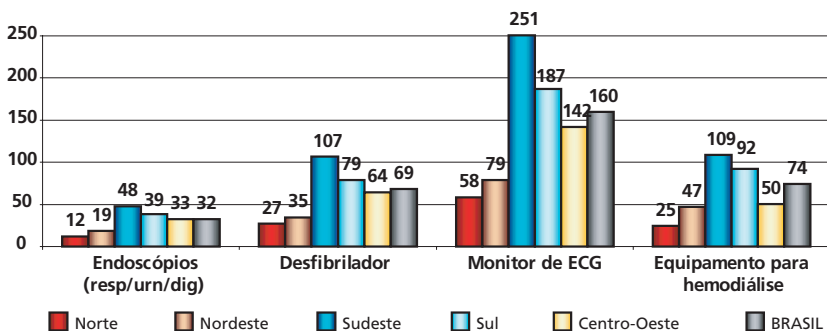
Fonte: ANS/MS Competência 07/2003 - Pop. IBGE 2002

Gráfico 3. Doenças Infectoparasitárias e Condições de Saneamento e Abastecimento de Água, 2002



Fonte IBGE/AMS - 2002

Gráfico 4. Outros Equipamentos de MC Disponibilizados para o SUS por milhão de Dependentes do SUS, 2002



Fonte: IBGE/AMS (2002)

Gráfico 5. Médicos por mil Dependentes do SUS, 2002

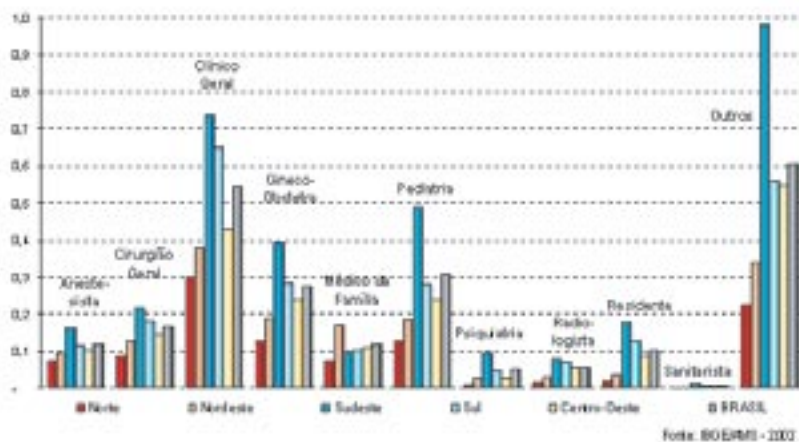
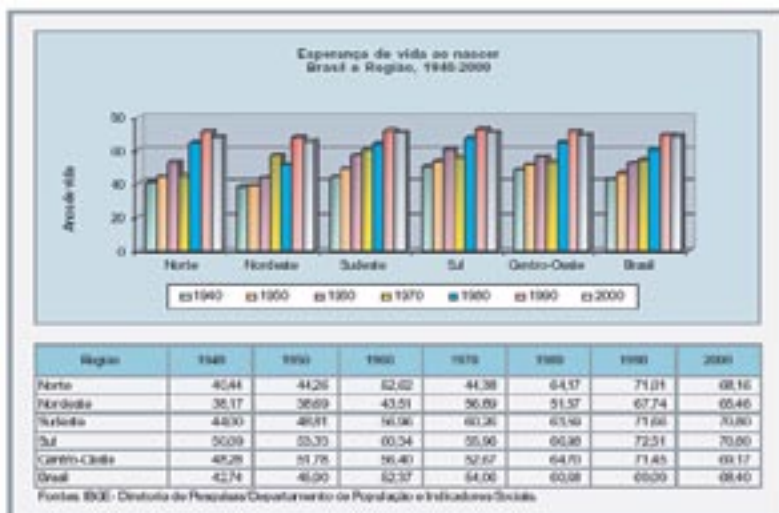
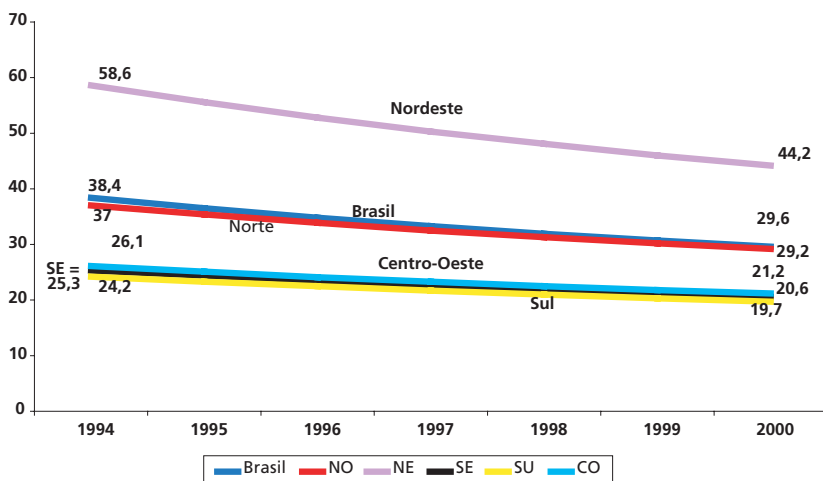


Gráfico 6. Esperança de Vida ao Nascer – Brasil e Região, 1940-2000



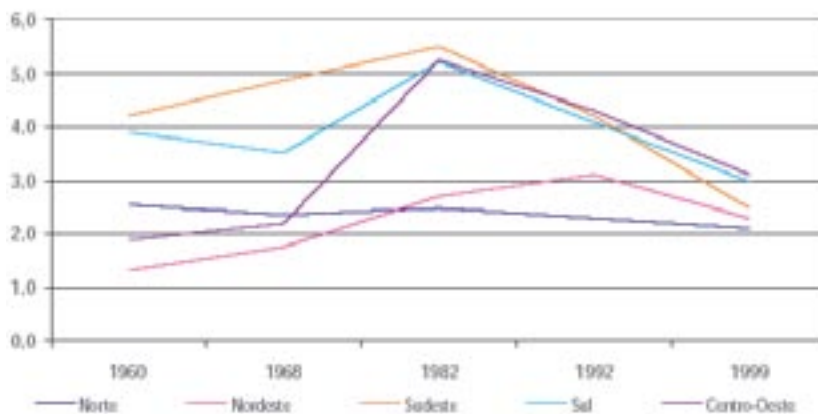
Fonte: MS, 2002 (2).

Gráfico 7. Mortalidade Infantil – Brasil e Grandes Regiões



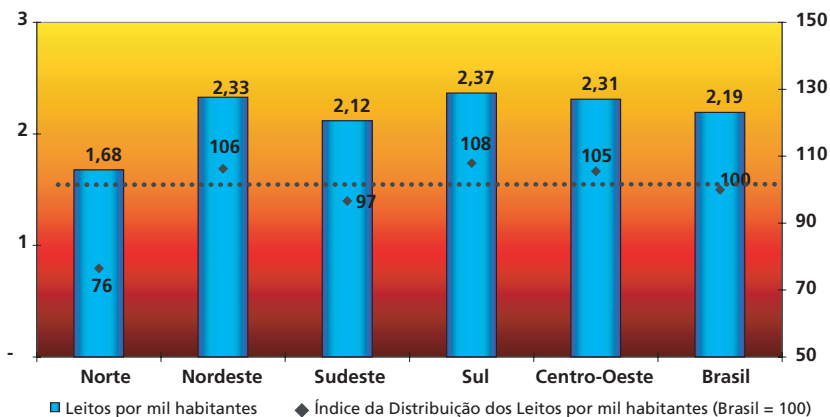
Fonte: DATASUS, 2003.

Gráfico 8. Evolução do Número de Leitos por mil Habitantes, segundo a Região



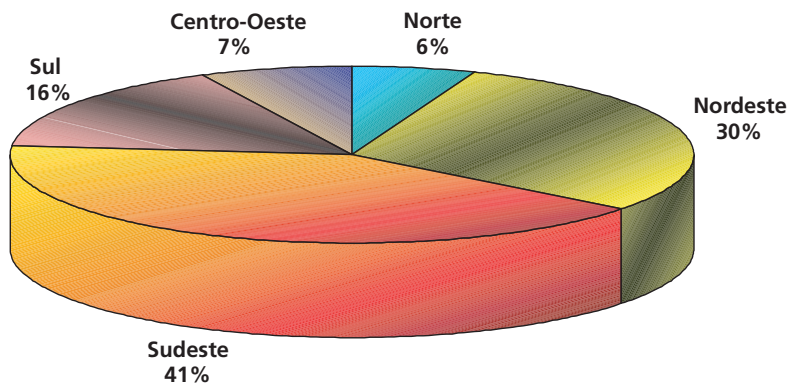
Fonte: AMS 1960, 1968, 1982, 1992 e 1999, IBGE.

Gráfico 9. Leitos Hospitalares do SUS – Valores por mil Habitantes e Criação de Índice Brasil = 100 (2004)



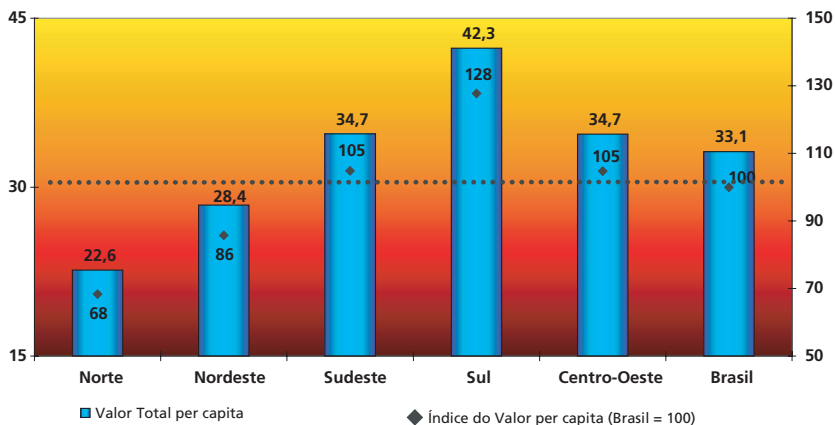
Fonte: CNES, acesso em 07/06/04.

Gráfico 10. Distribuição Regional dos Leitos SUS em 2004



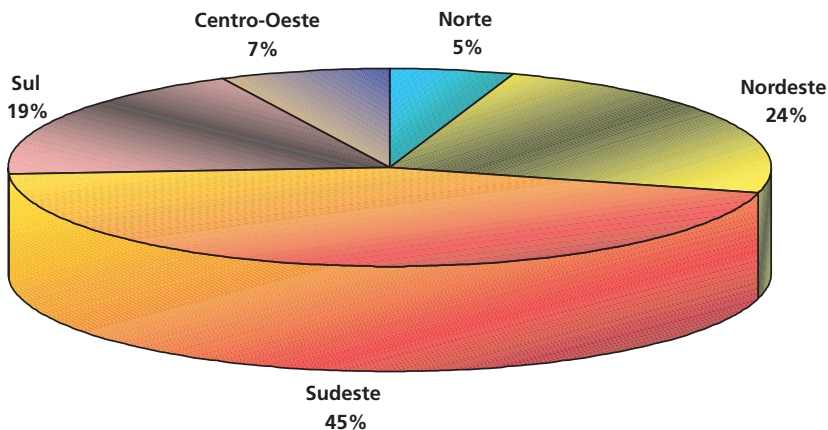
Fonte: CNES, acesso em 07/06/04.

Gráfico 11. Internações Hospitalares do SUS – Valores per capita e Criação de Índice Brasil = 100 (2003)



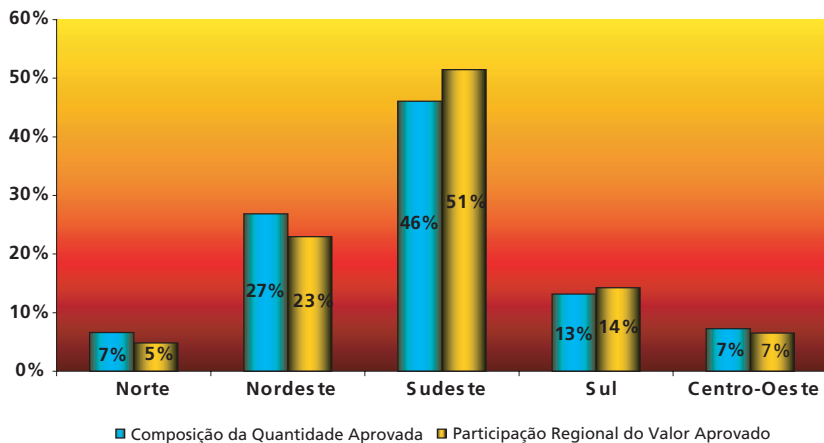
Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 07/06/04.

Gráfico 12. Composição Regional do Valor Total das Internações Hospitalares do SUS em 2003



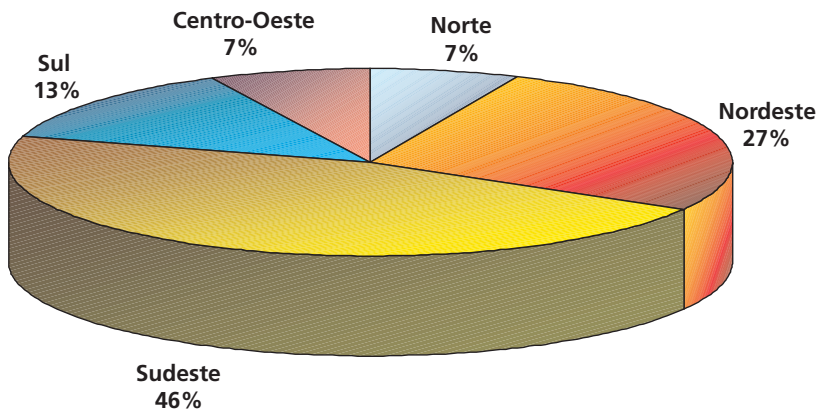
Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 07/06/04.

Gráfico 13. Distribuição Regional da Quantidade e Valor Aprovados para Produção Ambulatorial do SUS – 2003



Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 07/06/04.

Gráfico 14. Composição Regional da Produção Ambulatorial (Quantidade) Aprovada – 2003



Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 07/06/04.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, 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
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, fevereiro de 2005
OS 0030/2005