Texto para Discussão
Desenvolvimento, Economia e Saúde
Ugá, Maria Alicia; Mendes, Áquilas

DESENVOLVIMENTO, ECONOMIA E SAÚDE

Texto para discussão na Oficina de Trabalho ABrES / CEBES, de 30.03.09

Maria Alicia D. Ugá[1] e Áquilas Mendes[2]

Apresentação

Este documento tem por objetivo geral a delimitação de questões a serem desenvolvidas na Oficina a ser promovida pela ABrES e o CEBES sobre o tema "Desenvolvimento, Economia e Saúde". Esta Oficina constitui-se em etapa preliminar ao desenvolvimento de documentos que alimentarão o Seminário a ser realizado pelas duas instituições sobre essa temática.

Assim, este trabalho segue dois objetivos específicos:

- em primeiro lugar, delimitar os principais eixos temáticos do campo da Economia da Saúde que, após 20 anos de SUS, permanecem centrais para a consolidação de um sistema de saúde de acesso universal e integral;

- em segundo lugar, **levantar as questões mais importantes envolvidas em cada temática** (sem a pretensão de esgotar a discussão, o que seria impossível em um documento deste porte), visando fomentar a discussão e o aprofundamento das mesmas por autores a serem convidados a desenvolver cada eixo.

Deve-se notar, ainda, que este trabalho pretende levantar fundamentalmente questões que subsidiem a **formulação de políticas** a partir dos seguintes temas:

- Macroeconomia e Saúde

- Financiamento e gestão do SUS

- As relações intergovernamentais no âmbito do financiamento do SUS: a alocação de recursos entre esferas de governo.

- A capacidade de condução do SUS: relações com os prestadores de serviços (modelos de gestão e de remuneração dos prestadores).

- A qualificação do gasto em saúde: o papel da avaliação econômica para a incorporação de tecnologias

Eles são apresentados a seguir.

I. Macroeconomia e Saúde

A análise das relações entre o setor saúde e a economia vem ganhando destaque desde o final dos anos noventa e, principalmente, na atual década.

a) A concepção de Macroeconomia e Saúde da OMS

Em um primeiro movimento, o interesse em destacar as relações entre a saúde e a economia surge na Organização Mundial da Saúde (OMS), a nosso ver, como **contraposição às**

[1] Professora Doutora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, ENSP, Fiocruz e vice-presidente da da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres).
[2] Professor Doutor do Departamento de Economia da PUC-SP e presidente da Abres.

propostas de reforma do setor saúde propugnadas pelos organismos internacionais alheios ao setor, tais como o Banco Mundial. Como apontado em Ugá (1997):

"1) as políticas de reforma setorial propostas pelas agências internacionais (principalmente, pelo Banco Mundial) têm uma essência e um sentido muito menos setorial do que macroeconômico; ou, em outras palavras, foram os planos de estabilização e, posteriormente, os de ajuste econômico que determinaram o conteúdo dessas políticas ditas setoriais;

2) em função disso, as propostas apresentadas sob distintos graus de estruturação não levam em consideração as especificidades (nem os princípios fundamentais) dos sistemas de saúde que pretendem reformar; e mais do que isso: em alguns casos, são apresentadas propostas aos países periféricos sob o desígnio de objetivos que se distinguem diametralmente dos que nortearam originalmente o modelo proposto."

Em curtas palavras, as propostas de reforma setorial dos anos noventa propugnadas principalmente pelo Banco Mundial e repetidas por outros organismos consistiam fundamentalmente em promover a **contração do gasto público** (é nesses termos que foi defendido o ajuste fiscal**) mediante a redução da intervenção estatal, inclusive na área de políticas sociais, como a da saúde**.

Como contramovimento, a OMS constituiu no final dos anos noventa uma Comissão sobre Macroeconomia e Saúde com o intuito de, por um lado, resgatar seu protagonismo na formulação de políticas setoriais e, por outro, colocar o setor saúde no centro da agenda de desenvolvimento dos países. O principal argumento desenvolvido por esse grupo consistiu em destacar as evidências do **impacto das melhorias nas condições de saúde sobre a geração de renda nacional** – e, de forma correlata, o impacto da carga da doença sobre a economia dos países membros - como desenvolvido no relatório dessa comissão apresentado por Sachs (2001) e posteriormente publicado pelo mesmo autor em 2002.

Segundo essa lógica, fundamentada na Teoria do Capital Humano, o primeiro documento afirma que *"assumindo, conservadoramente, que cada DALY ganho oferece um benefício econômico de uma renda per capita de um ano de US$ 563 em 2015, o benefício econômico direto do ganho de 330 milhões de DALYs seria de US$ 186 bilhões por ano, e provavelmente muitas vezes mais"*.

b) O conceito de Complexo Industrial da Saúde

No Brasil, foi construída uma abordagem diferenciada sobre essa relação entre saúde e economia. Autores como Gadelha (2006) situam a questão da saúde no contexto do desenvolvimento nacional e da política industrial, a partir do conceito de **complexo industrial da saúde**.

Nesse sentido, segundo Gadelha (op.cit.), *"a literatura contemporânea sobre desenvolvimento mostra que a área de saúde constitui uma frente importante para as atividades de ciência e tecnologia (C,T&I), de inovação, de geração de emprego e renda e, portanto, de desenvolvimento econômico. Invariavelmente, é uma das áreas líderes nos sistemas nacionais de inovação em conjunto com o complexo industrial-militar (Rosemberg et al,1995). Seguindo a própria lógica da concorrência capitalista (em bases oligopólicas), a produção empresarial em saúde também constitui uma fonte de intensa geração de assimetrias, de apropriabilidade privada dos frutos do progresso técnico e de exclusão de pessoas, regiões e países. A dependência e o subdesenvolvimento deixam, portanto, uma marca estrutural expressiva também no campo da saúde, restringindo a evolução da atenção à saúde e a construção de um sistema universal, equânime e integral. Isso coloca como desafio para os países menos desenvolvidos a entrada de novos paradigmas tecnológicos, mediante a constituição de uma base endógena de inovação em saúde e da montagem de uma indústria competitiva. Em síntese, não se pode tratar o padrão de desenvolvimento na sociedade do conhecimento de um lado, e o sistema de saúde de outro, como se fossem duas dimensões independentes."*

Dessa forma, segundo o autor, o desafio consiste na *"constituição de um modelo que permita uma reestruturação da base produtiva nacional na direção do dinamismo econômico e da superação do atraso em áreas críticas para a atenuação da desigualdade e da exclusão social, como é o caso de todos os segmentos que fazem parte do complexo da saúde"*.

O conceito de **complexo industrial da saúde** compreende, segundo esse autor, os setores prestadores de serviços de saúde (hospitais, ambulatórios e SADT) e os setores industriais, subdivididos em indústrias de base química e biotecnológica (fármacos e medicamentos, vacinas, hemoderivados, reagentes para diagnóstico) e indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos mecânicos, eletroeletrônicos, próteses e órteses, materiais de consumo).

Este modelo analítico é de particular valia para a **formulação, desde o Estado, de uma política industrial no setor saúde, com o intuito de superar a atual dependência nacional de importações em vários segmentos da indústria, principalmente a de base química e tecnológica**.

Efetivamente, o atual Ministro da Saúde, Dr. Temporão, autor de alguns trabalhos sobre o complexo industrial da saúde, assumiu essa iniciativa, que está expressa na Portaria No. 374, de 28.02.2008. Ela institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde, com o objetivo de:

- *"estimular a eficiência produtiva no Complexo Industrial da Saúde, constituindo uma prioridade tanto no Sistema Único de Saúde quanto da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior;*

- *[...] "a modernização do conjunto de laboratórios públicos encarregados da produção de medicamentos e imunobiológicos de relevância estratégica para o Sistema Único de Saúde[...]";*

- e estabelece, ainda, objetivos específicos para cada segmento dos laboratórios públicos, bem como as diretrizes para a operacionalização desse Programa.

Trata-se, sem dúvida, de um grande avanço na concepção da política pública.

Entretanto, se para a formulação de políticas de desenvolvimento nacional que se articulam e afetam positivamente o sistema nacional de saúde o conceito de complexo industrial da saúde é de enorme valia, para a compreensão do lugar do setor saúde na economia nacional, esta abordagem tem a limitação de deixar de fora o segmento de operadoras de planos de saúde e seguradoras, oriundo em parte da acumulação de capital hospitalar e em boa parte do capital financeiro. Este segmento de planos e seguros de saúde representa aproximadamente 22% do gasto em saúde no Brasil, segundo estimativas de Ugá e Santos (2005).

c) As Contas Nacionais da Saúde

Uma abordagem mais recente (IBGE, 2008) refere-se à construção das **contas nacionais da saúde.** Os resultados desse estudo mostram que o setor saúde representa 5,3% da receita gerada na economia brasileira e que: *"em 2005, as atividades ligadas à saúde no Brasil geraram R$ 97,3 bilhões, sendo a saúde pública responsável por 33,4% desse total. Embora a participação do valor dessas atividades no total gerado pela economia tenha tido uma relativa queda entre 2000 (5,7%) e 2005 (5,3%), elas vêm apresentando sucessivas taxas de crescimento real nesse período, chegando a 5,9% no último ano da série. Em 2005, as atividades de saúde respondiam por 3,9 milhões de postos de trabalho (4,3% do total do país), sendo a maior parte deles (2,6 milhões) com vínculo formal, e pagavam um rendimento médio anual de R$ 15,9 mil"*.
Ainda, considerando o valor adicionado no setor, que corresponde à diferença entre o valor da produção setorial e o consumo intermediário das atividades realizadas no setor, o documento destaca que *"em 2005, as atividades de saúde geraram um valor adicionado (VA) de R$ 97,3*

bilhões, o que representou 5,3% do VA total da economia brasileira (cerca de R$ 1,8 trilhão). Essa participação no total do valor adicionado foi menor que a de 2000 (5,7%) e se manteve em torno de 5,5% ao longo da série", como se observa no quadro abaixo.

Participação das atividades no valor adicionado a preços básicos

Atividades	Participação no valor adicionado a preços básicos (%)					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Valor adicionado bruto total (em valor)	**1.021.648**	**1.118.613**	**1.273.129**	**1.470.614**	**1.666.258**	**1.842.253**
Valor adicionado bruto da saúde (em valor)	**57.999**	**64.112**	**69.743**	**76.940**	**88.493**	**97.327**
Valor adicionado bruto da saúde (em %)	**5,7**	**5,7**	**5,5**	**5,2**	**5,3**	**5,3**
Fab. de prod. farmacêuticos	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7
Fab. de apar. p/uso médico-hospitar e odont.	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Comércio prod. farm., méd., ortop. e odont.	0,5	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6
Assistência médica suplementar	0,3	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2
Saúde pública	1,7	1,7	1,9	1,8	1,8	1,8
Atividades de atendimento hospitalar	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6
Outras ativid. rel. com atenção à saúde	1,4	1,5	1,3	1,2	1,2	1,1
Serviços sociais privados	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais.

Segundo esse estudo, a maior parte do valor adicionado das atividades de saúde, em 2005, foi gerado pela **saúde pública (33,4% ou R$ 32,5 bilhões), seguida pelas** outras atividades com atenção à saúde (20,4% ou R$ 19,9 bilhões) e pela **fabricação de produtos farmacêuticos** (13,3% ou R$ 13 bilhões).

Ainda, mostram as Contas Nacionais da Saúde que "entre 2004 e 2005, tiveram aceleração em suas taxas de crescimento as seguintes atividades: **saúde pública** (de 0,0% para 4,1%); **outras atividades relacionadas à saúde** (de 5,7% para 7,6%), **comércio de produtos farmacêuticos** (de 5,7% para 12,2%) e **fabricação de produtos farmacêuticos** (de 3,5% para 12,6%)".

No que se refere aos postos de trabalho gerados no setor, afirma o mesmo documento que *"as atividades de saúde responderam, em 2005, por 3,9 milhões de postos de trabalho no país. Isso representava 4,3% dos 90,9 milhões de postos de trabalho ocupados no país. [...] De 2000 a 2005, as atividades de saúde foram diretamente responsáveis por mais de 4% do total de postos de trabalho no país. Houve um pequeno aumento proporcional dos postos de trabalho na saúde em relação às demais atividades econômicas, e as ocupações em saúde passaram de 4,1% do total de ocupações em 2000 para 4,3 % em 2005. [...]*

Os dois setores com maior número de ocupações são também os de maior valor adicionado: ***saúde pública*** *(1,3 milhão de postos de trabalho) e* ***outras atividades com atenção à saúde*** *(1,0 milhão). A terceira atividade com mais ocupações é o* ***comércio de produtos farmacêuticos, médicos, ortopédicos e odontológicos*** *(681 mil).*

Ainda, [...] as três atividades com maior crescimento no número de ocupações formais foram a ***saúde pública*** *(169 mil novas ocupações entre 2000 e 2005), as* ***outras atividades relacionadas com atenção à saúde*** *(163 mil) e o* ***comércio de produtos farmacêuticos, médicos ortopédicos e odontológicos*** *(98 mil). O número de ocupações para atividades de atendimento hospitalar teve um crescimento de apenas 16 mil nesse período."*

O documento mostra, ainda, que o rendimento médio do trabalho no setor saúde supera bastante o rendimento médio do trabalho do conjunto de todos os setores da economia, como se observa no quadro abaixo.

Rendimento médio anual, em valor corrente, por atividade

Atividades	Rendimento médio (R$) (1)					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	**6 489**	**7 014**	**7 478**	**8 428**	**8 914**	**9 702**
Total saúde	**10 668**	**11 476**	**12 927**	**14 358**	**14 689**	**15 917**
Fab. de prod. farmacêuticos	24 605	25 932	26 812	29 433	30 758	36 368
Fab. de apar. p/uso médico-hospitar e odonto.	9 346	9 722	10 813	12 183	12 766	13 394
Comércio prod. farm., méd., ortop. e odonto.	5 403	5 388	6 013	6 841	7 411	8 324
Assistência médica suplementar	20 172	22 066	15 648	16 256	15 836	23 899
Saúde pública	11 678	13 596	15 813	17 405	18 365	19 629
Atividades de atendimento hospitalar	17 331	19 231	24 405	29 210	30 275	33 137
Outras ativid. rel. com atenção à saúde	11 902	12 310	13 096	14 199	13 771	14 551
Serviços sociais privados	3 435	2 981	3 765	4 017	4 081	4 289

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais.
(1) Rendimento médio = (salário + rendimento misto)/ocupações.

A construção das contas nacionais da saúde (em base à metodologia das contas satélites, setoriais) representa um inegável avanço para a análise do nosso sistema de saúde, não só porque evidencia a importância do setor na economia nacional, como porque mostra a participação de cada subsetor na geração de produto e renda.

Entretanto, ela apresenta algumas limitações, mencionadas a seguir.

Em primeiro lugar, deve-se mencionar a limitação referente ao inevitável fato de ter que trabalhar com bases de informação diversas, construídas em base a lógicas também distintas, o que dificulta a construção dessas contas satélites.

Em segundo lugar, a própria lógica de construção das contas satélites em saúde não corresponde, em certos aspectos, à dinâmica do sistema de saúde brasileiro. Assim, por exemplo, as contas não consideram como agentes setoriais os hospitais universitários, classificando-os no setor Educação, e não no setor Saúde. Entretanto, como se sabe, esses hospitais são na realidade importantes prestadores de serviços de alto valor, dada a complexidade de suas atividades e o elevado grau de incorporação de tecnologias de alto custo.

Em terceiro lugar, porque a lógica do valor agregado oculta a do financiamento da produção de bens e serviços. Assim, embora os "serviços de saúde mercantil" tenham um valor gerado na esfera privada, são preponderantemente financiados pelo Estado, mediante a compra de serviços que se dá no SUS. Dessa forma, o olhar sobre o valor agregado dá a impressão de que o setor privado tem um protagonismo muito maior que o Estado no SUS, quando na verdade esse mesmo setor é financiado com recursos públicos (mediante a compra de serviços) e, no caso dos hospitais filantrópicos, subsidiado mediante isenções tributárias.

Ainda, sob esse mesmo enfoque do valor agregado, um importante segmento do nosso sistema de saúde, como é o caso das operadoras de planos e seguros de saúde, aparece com

um baixo valor agregado. Isso porque "*o Sistema de Contas Nacionais – SCN considera como produção dos planos e seguros de saúde apenas a prestação de serviços de administração dos planos, ou seja: para fins de valoração da atividade, o SCN não considera que os planos produzam atendimento médico; eles apenas intermedeiam essa prestação de serviço como gestores ou contratantes"* (IBGE, 2008).

Mais uma vez, neste caso também, a decisão metodológica é correta, segundo a adoção do critério do valor agregado. Entretanto, seus resultados não ajudam a entender o real papel (ou, em outras palavras, poder) desse segmento econômico no sistema de saúde brasileiro.

É, portanto, necessário levar em conta esses fatores ao analisar os números das Contas Nacionais em Saúde.

Referências bibliográficas

UGÁ, M.A.D. *Propostas de Reforma do Setor Saúde nos Marcos do Ajuste Macro-Econômico.* Tese de Doutoramento, IMS/UERJ, 1997.

SACHS, J. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Comission of Macroeconomics and Health*. OMS, 2001

SACHS, J. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Revista Panamericana de Salud Pública, v.12, n.2, 2002.

GADELHA, C.A.G. *Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial*. Revista de Saúde Pública, 40, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria *No. 374, de 28 de fevereiro de 2008*. DOU de 29/02/08

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Economia *da Saúde. Uma perspectiva Macroeconômica. 2000-2005.* Rio de Janeiro: IBGE, 2008

Ugá, M.A.D. & Santos, I. *Uma Análise da Equidade do Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro.* Relatório de Pesquisa (mimeo), 2005.

II. Financiamento e Gestão da Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), passados os seus 20 anos de construção, atravessa um período histórico de impasses. Sabe-se que sua consolidação depende de enfrentar-se com vários problemas ainda não resolvidos. A temática do **financiamento** é uma delas, mas, certamente, há que se avançar também na sua relação com a **gestão dos recursos** da política de saúde.

É importante que nos perguntemos sobre os constrangimentos enfrentados no campo do financiamento do SUS ou até que ponto a responsabilidade pelos impasses, na situação atual, pode ser imputada somente a embates externos que condicionam a trajetória de institucionalização do nosso sistema de saúde universal.

Os conflitos por recursos financeiros para a implementação de uma política pública universal da saúde se tornaram muito intensos ao longo dos anos que se seguiram a década de 1980. Se no

período anterior a crise fiscal e financeira do Estado Desenvolvimentista brasileiro constituía o grande constrangimento à saúde pública, a partir dos anos 1990 o embate decorre da força do capital financeiro em determinar as políticas governamentais, levando a que, na área social, existissem, com muita freqüência, significativos cortes de recursos.

A política macroeconômica, com destaque para aquela adotada pelas gestões de Fernando Henrique Cardoso e de Luis Inácio Lula da Silva, fundamentada em metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante, vem determinando as difíceis condições de financiamento do SUS e da Seguridade Social. A força soberana do capital financeiro no Brasil pode ser percebida no volume de despesas relativas ao pagamento dos juros da dívida pública, que, em 2008, corresponderam a R$ 162,0 bilhões, o que significa 3,3 vezes o gasto do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde, nesse mesmo ano.

Por sua vez, se há algo que marca o momento é a manifestação problemática da crise estrutural do capitalismo, no seu modo de funcionamento sob a dominância do capital financeiro. Essa crise tem repercussões avassaladoras sobre a economia mundial, atingindo a todos os países. O Brasil não escapa à exceção. Depois de ter apresentado um PIB de 5,4%, em 2007, registrou em 2008, um crescimento menor de 5,1%, devido a acentuada desaceleração (-3,4%) no último trimestre. Para se ter uma idéia dessas repercussões, em janeiro de 2009, o superávit primário foi de R$ 5,2 bilhões, em contraste ao superávit registrado no mesmo mês de 2008, R$ 18,7 bilhões. Tal redução indica o aumento do gasto e da renúncia fiscal em função das medidas realizadas pelo governo para enfrentar a crise. Recentemente, diante da queda de arrecadação das receitas do governo federal, decorrentes desse cenário, assiste-se a medidas de cortes significativos nos valores do orçamento de todas as áreas, sem exceção das políticas sociais.

É a partir deste quadro referencial maior que esse eixo do presente paper concentra sua discussão. São duas as dimensões analisadas: a) o financiamento do SUS e da Seguridade Social; b) a gestão dos recursos, por meio da necessidade de aprimoramento do processo orçamentário, visando o aperfeiçoamento da sistemática entre planejamento e orçamento público.

A – Financiamento do SUS e da Seguridade Social

É importante reconstituir o processo de institucionalização do financiamento do SUS, determinado, em primeira instância, pelas condições da política macroeconômica desenvolvida ao longo dos anos 1990 e 2000, e, em última instância, por efeitos provocados pela atual fase do capitalismo de valorização do capital financeiro. Trata-se de identificar, nesse quadro econômico e político, as tensões existentes com a área econômica do governo federal, destacando as condicionalidades impostas ao financiamento e ao conceito de saúde, enquanto universal e integrante da Seguridade Social.

Essa discussão está estruturada em duas partes. A primeira parte destaca as condições gerais da atual fase do capitalismo financeiro, que não eram mais aquelas do período do pós-guerra, indicando como esse novo ambiente interagiu e constrangeu a trajetória brasileira, principalmente quanto à ação de seu Estado, dificultando a aplicação da plena universalidade da saúde. A segunda parte evidencia, a partir desse quadro referencial, a construção da universalidade e os constrangimentos econômicos à saúde pública no País.

1. A Saúde Pública e a financeirização da economia[3]

A universalização de direitos e a participação da comunidade na definição das políticas sociais, estabelecidas pela Constituição de 1988, tiveram como princípio fundador a superação do caráter meritocrático e a adoção da cidadania como critério de acesso. A cidadania é facilmente reconhecível na área da saúde. De uma situação em que o serviço público era voltado apenas aos trabalhadores contribuintes do mercado formal, passou-se à garantia do direito para todos.

Contudo, para o entendimento do que está em disputa quando se discute a saúde, cabe registrar que esse padrão de proteção social, que garantiu o direito de universalização da saúde pública no Brasil, desenvolveu-se, em relação aos países desenvolvidos, de forma "tardia", tanto em relação ao tempo como ao momento histórico que lhe fundamentou.

Ao contrário do que ocorreu no período em que a proteção social do Estado de Bem-estar Social europeu e norte-americano se desenvolveu, não era mais o capital industrial que comandava o processo capitalista. É fato que a partir do início dos anos 1980, o ressurgimento do capital produtor de juros era duradouro e que ele determinava as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. "O capital portador de juros", segundo Chesnais (2005), "busca fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título da posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem sucedida" (p.35).

O domínio do capital portador de juros teve grande impacto sobre o arranjo de proteção social conhecido como Estado de Bem-estar Social e sobre a relação capital/trabalho. Desde o início da crise, os ataques e os questionamentos ao Estado de Bem-estar Social intensificaram-se, não sendo poucos os países que introduziram dispositivos que aumentaram a participação do usuário no custeio das ações e serviços de saúde e limitaram a lista de medicamentos gratuitos, entre outros (MESA-LAGO, 2000).

Nesse mesmo período, o mercado de trabalho apresentava alterações significativas com relação a sua realidade anterior. O desemprego, antes restrito a problemas decorrentes do sistema imperfeito de informações entre a demanda e a oferta (o chamado desemprego friccional), passou a registrar elevadas taxas no mundo desenvolvido.

O capital produtivo, sufocado pela dominação financeira, foi levado a constranger os trabalhadores. A diminuição do custo da força de trabalho passou a ser fundamental, tendo em vista a força do capital portador de juros ao retirar o excedente criado na produção. Segundo Husson (2003), o capital produtivo impôs diminuição dos níveis salariais e defendeu a eliminação dos encargos sociais e a redução substantiva dos impostos, elementos constitutivos do financiamento da proteção social de diversos países. Mas para manter os salários reduzidos, se faz necessária a permanência do desemprego elevado: é por isso que o capital produtivo não estava interessado em promover nada parecido com uma situação de pleno emprego.

Na realidade, no momento em que os constituintes brasileiros redigiam a Constituição Cidadão de 1988, o país sentia intensamente os efeitos dos problemáticos contrangimentos decorrentes dessa nova situação mundial havia algum tempo.

A partir de 1982, quando o país recorreu formalmente ao Fundo Monetário Internacional (FMI), impondo o cumprimento das condicionalidades deste organismo, passando ainda pelas várias tentativas de controlar o processo inflacionário galopante que acompanhou todo o desenvolvimento da crise da economia brasileira, pelas privatizações das empresas estatais e pelo estímulo à entrada de capitais externos mediante a manutenção de elevada taxa de juros, o

[3] Esta parte apóia-se em Marques e Mendes (2007).

que entre outros motivos, tornou a dívida interna um problema; assistiu-se a mudança do Estado brasileiro. Esse Estado desenvolvimentista, que havia sido elemento-chave do processo de industrialização, investindo em infra-estrutura e criando estatais produtoras de matérias-primas essenciais e que também tinha se preocupado em desenvolver o sistema público de proteção social, estava reduzido a poucas funções. A contenção do gasto público, primeira orientação do Consenso de Washington de 1990, dirigida tanto ao combate à inflação como à criação de um superávit primário fiscal, afastou o Estado de suas antigas funções, associadas ao período de desenvolvimentismo, entre 1930 a 1979.

É nesse ambiente de novos constrangimentos para a economia brasileira e de um Estado manietado que a Constituição de 1988 introduziu o conceito de seguridade social e definiu a saúde pública como um direito de todos e um dever do Estado. Ao contrário do que ocorreu quando da universalização da saúde nos países desenvolvidos europeus, o Brasil não mais crescia de forma duradoura, seu Estado estava encolhido em relação a seu passado.

A crise do financiamento do SUS, a partir desse ambiente de dominância financeira, foi explicitada pela adoção de uma política macroeconômica restritiva. Tal política esteve voltada para o cumprimento de metas de inflação e de superávit primário, resultando em montantes insuficientes e indefinidos, tentativas de diminuição dos gastos na saúde e de reduzida participação dos recursos fiscais no financiamento da saúde, em contraposição à destacada participação da fonte de contribuições sociais — mais de dois terços do financiamento total. Não é de estranhar, portanto, que esse esquema do financiamento vem dificultando a efetivação dos princípios do SUS, a universalidade.

2. Os Conflitos na Trajetória do Financiamento do SUS[4]

Para abordar o financiamento do SUS a partir da Constituição de 1988, considera-se importante, antes de tudo, identificar a existência de um duplo movimento em seu caminho, resultado de ação permanente e contraditória de dois princípios que se embricam, embora cada um deles aponte para objetivos específicos[5]. Por um lado, destaca-se o "princípio da construção da universalidade", que afirma o direito de cidadania às ações e os serviços de saúde, viabilizando o acesso de todos, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros e suficientes. De outro lado, identifica-se o princípio da "contenção de gasto", uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas é o instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal. Entende-se que esse "princípio" está diretamente associado à política econômica desenvolvida pelo governo federal durante os anos 1990 até os primeiros anos de 2000. Entre os vários argumentos na defesa desse princípio, destaca-se aquele que atribui aos direitos introduzidos pela Constituição a forte causa dos desequilíbrios nas contas do governo, provocando o déficit público. Desse modo, decorre a idéia de redução do gasto em saúde e, em

[4] Esta parte se beneficia largamente de Mendes (2005). Contudo, seu conteúdo foi ampliado e atualizado.

[5] A idéia do duplo movimento utilizada aqui se apóia na contribuição de Polanyi (1980 apud FIORI, 1999) quando procura explicar as origens da "grande transformação/crise" que destruiu a civilização liberal do século XIX, entre as duas grandes guerras mundiais do século XX e, ainda, sobre as forças de longo prazo que levaram a surgir, depois dos anos 1930 e das guerras, um novo consenso econômico e político favorável à construção dos Estados do Bem-Estar Social. Para Polanyi, é possível identificar um duplo movimento na história do capitalismo. São eles: o princípio do liberalismo econômico e o princípio da autoproteção social. Essa idéia de Polanyi contribui para que se reflita sobre a trajetória de embates políticos e econômicos do financiamento do SUS — ancorado na universalização do direito à saúde.

conseqüência, indaga-se sobre qual deveria ser a extensão da cobertura dos serviços realizados pelo SUS.

Essa idéia do duplo movimento no caminho do financiamento do SUS após a Constituição de 1988 não deve ser entendida como se fosse uma seqüência no tempo ou um movimento pendular. Trata-se de um movimento dialético, pois os dois princípios têm raízes materiais e sociais que convivem de forma permanente e contraditória, ao longo do processo de implementação do SUS. A defesa do princípio da construção da universalidade das ações e dos serviços de saúde, que acaba corrigindo a expansão da política econômica ortodoxa, manifesta-se, principalmente, no embate contra os ditames dessa política econômica, por meio da defesa da garantia de recursos financeiros.

2.1 – Os embates por recursos financeiros

Sabe-se que, a situação financeira da área da saúde, ao longo de todos os anos posteriores à Constituição, tem sido orientada por dois determinantes: a preocupação dada à Previdência no interior do orçamento da seguridade social e a política fiscal contracionista implementada pelo governo federal no campo social, decorrente de sua meta de reduzir despesas.

No que diz respeito à relação entre SUS e orçamento da Seguridade Social, verifica-se um embate constante pela disputa de recursos ao longo de todos esses anos. Tendo em vista os novos direitos introduzidos na área previdenciária, a universalização da saúde e a criação da assistência social como política pública, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos por meio de financiamento específico da Seguridade Social, como já é de conhecimento de todos. Contudo, de 1989 a 2008, os cuidados estabelecidos pelos constituintes foram sendo deixados de lado, não só pela utilização dos recursos em fins distintos à Seguridade Social como também pelo rompimento do próprio conceito de Seguridade[6]. Vários foram os embates no trajetória do financiamento e devem ser sempre lembrados.

O primeiro verificou-se em 1989 e 1990, quando recursos do então Finsocial não foram totalmente destinados ao financiamento da Seguridade Social. Isto porque esses recursos contribuíram para o financiamento dos encargos previdenciários da União – despesa que não faz parte do orçamento da Seguridade Social. Ainda que a Constituição de 1988 tenha determinado, em suas Disposições Transitórias, que pelo menos 30% do total de recursos da Seguridade Social, com exceção da receita do PIS/PASEP, que é vinculada, deveriam ser destinados à área da saúde, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em fins de 1990, foi possível, ao então Ministério da Previdência Social, reduzir o volume desse repasse. A transferência para o Ministério da Saúde, que representava 33,1% da receita de contribuições, em 1991, passou para apenas 20,9%, em 1992.

O segundo momento de tensão aconteceu em 1993. Nesse ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estipulava que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveriam ser repassados para a área da saúde. Contudo, apesar do disposto na LDO, não foi efetuado nenhum repasse para a saúde em maio de 1993. A justificativa alegada foi que a Previdência Social estava apresentando problemas de caixa de tal ordem que, caso as transferências prosseguissem, acabaria por encerrar o ano com déficit. Com a situação financeira estabelecida na saúde, buscou-se a liberação de recursos sob a forma de empréstimo do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT).

[6] Esse conceito, que concebe a proteção como uma totalidade, se expressava no plano do financiamento, no entendimento de que nenhuma fonte de recursos da Seguridade poderia ser considerada como de uso exclusivo de um de seus setores, isto é, Previdência, Saúde ou Assistência.

Além disso, entre 1989 e 1993, ocorre uma certa especialização das fontes da Seguridade Social: os orçamentos destinaram a maior parte dos recursos do Cofins para a Saúde, da Contribuição sobre o Lucro para a Assistência e das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social. Essa forma de utilizar as fontes de financiamento da Seguridade Social teve conseqüências, especialmente para a saúde.

Um terceiro e significativo conflito no financiamento do SUS e da Seguridade Social ocorreu em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (posteriormente denominado por Fundo de Estabilização Fiscal e atualmente por Desvinculação das Receitas da União – DRU). Isso porque, ficou definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal.

Nesse quadro de deterioração da situação financeira da Previdência, em que a baixa arrecadação das contribuições sociais era reflexo do não crescimento da economia, com altas taxas de desemprego e o crescimento do mercado informal do trabalho, a Previdência incorporou como fonte de recursos os demais recursos que integram a Seguridade Social, além de já utilizar, de forma exclusiva, as contribuições sobre a folha de salários. Desse modo, o constrangimento financeiro assumido pela Saúde não encontrava paralelo na sua história recente.

Como forma de encontrar fontes alternativas de recursos, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram soluções transitórias por meio da criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF). Na realidade, essa solução veio a vigorar a partir de 1997, sob a denominação de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Neste ano, a participação da CPMF, em bilhões de reais correntes, foi de R$ 6,7 bilhões, correspondendo a 27,8% do total das fontes do financiamento da saúde. Em 1998, essa participação passou para 37,0% e, em 1999, significou 22,6%. Nesse último ano, essa redução foi proveniente da ausência de arrecadação durante alguns meses (MENDES e MARQUES, 2006). Nos anos seguintes, sua participação em relação ao total das fontes de financiamento recuperou-se, registrando cerca de 30% até 2007, último ano de sua vigência.

O novo volume de recursos da CPMF não significou o volume de recursos esperado, uma vez que Cofins e Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas (pessoa jurídica) foram reduzidas — especialmente em 1997, que passaram a ser transferidas crescentemente para a área previdenciária. Além disso, parte dos recursos da CPMF foi destinada a atividades alheias à saúde, pela desvinculação do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), de então, atual DRU. É importante dizer que a DRU, a partir da reforma tributária de 2003 do governo Lula foi ampliada até 2007 e, ao final desse mesmo ano, foi estendida até 2011.

Entre 1993 e 2007, as contribuições sociais de longe constituíram a principal fonte de financiamento da saúde, muito embora a presença de recursos fiscais seja significativa em alguns anos, principalmente quando dificuldades de continuidade da CPMF se apresentavam (1999).

A crise provocada pelo não recebimento do repasse das contribuições, pela diminuição da presença de outras fontes da Seguridade e ainda pela desvinculação da CPMF, Cofins e CSLL teve repercussões no desempenho do gasto federal com saúde, a partir da segunda metade da década de 1990.

No tocante ao gasto líquido com ações e serviços de saúde, excluindo os valores da dívida e de inativos e pensionistas, realizado pelo Ministério da Saúde, em proporção ao Produto Interno

Bruto (PIB), no período 1995 e 2008, manteve-se praticamente estabilizado (1,7%), indicando quase nenhum esforço do Ministério (Tabela 1).

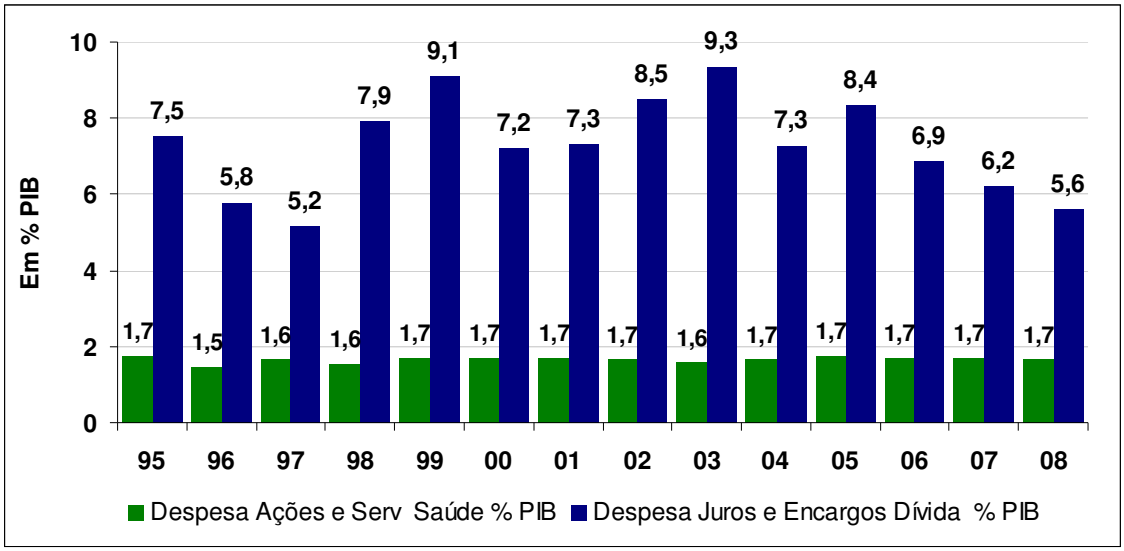
Tabela 1: Despesas com Ações e Serviços de Saúde do Ministério da Saúde para Cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000, em proporção ao PIB – 1995-2008

Anos	Empenhado R$ milhões correntes	PIB R$ milhões correntes	Despesa em % do PIB
1995	12.212	705.641	1,7
1996	12.407	843.966	1,5
1997	15.464	939.147	1,6
1998	15.245	979.276	1,6
1999	18.353	1.065.000	1,7
2000	20.352	1.179.482	1,7
2001	22.474	1.302.136	1,7
2002	24.737	1.477.822	1,7
2003	27.181	1.699.948	1,6
2004	32.703	1.941.498	1,7
2005	37.146	2.147.239	1,7
2006	40.778	2.369.797	1,7
2007	44.100	2.597.611	1,7
2008	48.670	2.889.719	1,7

Fonte: Cofin/Conselho Nacional de Saúde

O reduzido esforço do gasto em "ações e serviços de saúde" em proporção ao PIB, realizado pelo Ministério da Saúde, pode ser verificado também pelo comprometimento mais significativo do governo federal com o pagamento de Juros e Encargos da Dívida também em proporção ao PIB, conforme indica o gráfico 1.

Gráfico 1: Evolução das despesas com ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde e dos Juros da Dívida, ambos em proporção do PIB, em % - 1995 – 2008.



Fonte: Cofin/CNS; Banco Central do Brasil

Tem-se, então, que a política econômica ortodoxa em vigor, no período, tende a sacrificar os gastos sociais, como os voltados para a saúde pública, sem diminuir o ônus financeiro da dívida. Nota-se que, em 1995, foram gastos em proporção ao PIB, cerca de 7,5% com juros da dívida e somente 1,7% com ações e serviços de saúde. Passada uma década, a discrepância entre esses gastos em proporção ao PIB se mantém. Registre-se: em 2008, 5,6% e 1,7%, respectivamente (Gráfico 1).

É importante frisar que, principalmente a partir de 1995 se tornou mais clara a adoção de um conjunto de iniciativas voltadas ao ajustamento das finanças públicas. Na maior parte das vezes, as medidas implementadas direcionaram-se para a intrínseca relação que a lógica financeira passa a ter dentro do próprio aparelho do Estado. Como mencionado na seção 1, a financeirização torna-se parte do Estado e este um instrumento para sua difusão e valorização do capital financeiro, reduzindo drasticamente os gastos na área da saúde.

Embora o País atravesse um período de retração econômica, com reflexos negativos no mercado de trabalho, essa situação não tem provocado impacto negativo nas contas da Seguridade Social ao longo dos anos 2000. Logo após o penoso quadro financeiro da década de 1990, caso fosse respeitado pelo governo federal o conceito de Seguridade Social definido na Constituição de 1988 e não fosse utilizado o mecanismo de desvinculação dos 20% da atual DRU, o orçamento da Seguridade contaria com superávits significativos, sendo R$ 27,3 bilhões, em 2000, e R$ 60,9 bilhões, em 2007, todos em valores correntes. Esses recursos excedentes, segundo a Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, foram alocados no pagamento de gastos fiscais ou contabilizados diretamente no cálculo do superávit primário (ANFIP, 2008).

Esse resultado positivo não alterou a posição do governo federal, que durante todos esses anos, manteve acessa a idéia de defesa do déficit da Previdência, desconsiderando assim a sua vinculação ao orçamento da Seguridade Social. Interessante observar que essa atitude contribuiu para a aprovação de reformas na Previdência, seja no governo FHC como no governo Lula (MARQUES e MENDES, 2005).

A situação de incerteza e indefinição dos recursos financeiros para a área da saúde levou à busca de uma solução mais definitiva, qual seja: a vinculação dos recursos orçamentários das três esferas de poder. A história de construção de uma medida de consenso no âmbito da vinculação de recursos levou sete anos tramitando pelo Congresso até a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), em agosto de 2000.

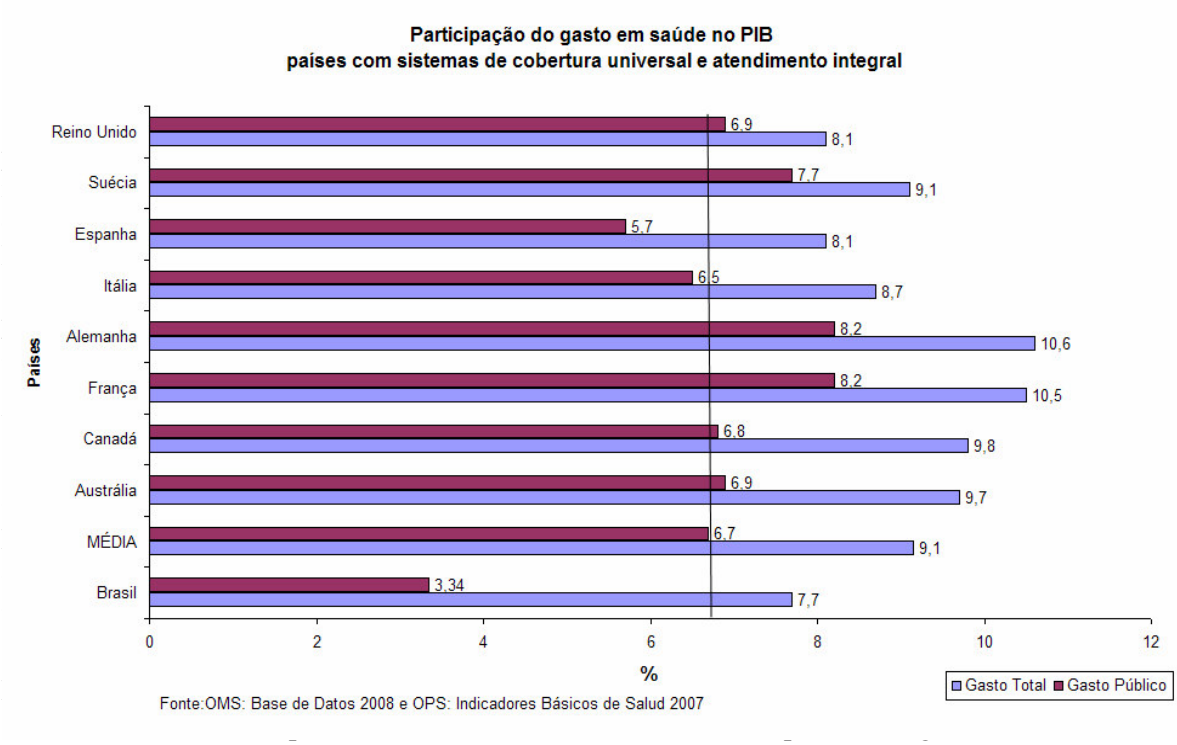
A primeira Proposta de Emenda Constitucional (PEC 169), de autoria dos Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, foi formulada em 1993, quando o Ministério da Saúde solicitou o primeiro empréstimo junto ao FAT. Depois disso, várias outras propostas de vinculação foram elaboradas e discutidas no Congresso Nacional, mas nenhuma delas sustentava a idéia original de vinculação tanto no âmbito das contribuições sociais (30%) como no orçamento de cada nível de governo. A última proposta de vinculação dos recursos para a saúde restringiu-se aos recursos orçamentários da União, dos Estados e municípios, materializando-se na EC 29. Essa emenda estabeleceu que estados e municípios devem alocar, no primeiro ano, pelo menos, 7% dessas receitas, sendo que esse percentual deve crescer anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004 e, para os municípios, 15% no mínimo. Em relação à União, a EC 29 determina que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Cabe ressaltar que à União, a EC 29 não explicita a origem dos recursos e em relação à Seguridade Social foi omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos, como mencionado anteriormente.

Pode-se perceber, portanto, que essas tensões por recursos, foram presentes antes e após o estabelecimento da EC 29. O mesmo quadro não foi diferente em relação aos estados, principalmente, e aos municípios, em menor grau. Nesse cenário, é importante mencionar as repercussões no desempenho do gasto público em saúde compreendo as três esferas de governo.

O gasto público com saúde, incluindo a União, Estados e Município, em relação ao PIB passou de 3,01%, em 1995, para R$ 3,09%, em 2000, alcançando 3,63%, em 2007. Mesmo assim, é importante reconhecer que se **gasta muito pouco com a saúde pública no país, sobretudo por se tratar de um sistema universal**. Isso porque, segundo estudo da OMS[7], a partir de dados de 2005, os países com sistema universal e de cobertura integral tem gasto público superior a 6% do PIB, conforme indica o gráfico 2.

[7] Ver *World Health Statistics*, 2008. Disponível em www.who.int/statistics.

Gráfico 2: Participação do gasto em saúde no PIB países com sistemas de cobertura universal e atendimento integral - 2005



anos 1990. Essa política dos governos Fernando Henrique Cardoso, e mais recentemente a do governo Lula, veio determinando as frágeis condições de financiamento do SUS. Sabe-se que o cumprimento das metas de inflação e de superávit primário resultou em tentativas de diminuição dos gastos públicos e em contingenciamentos na Saúde.

Em relação à saúde pública, importante é destacar as situações nas quais os constrangimentos econômicos dados pela política macroeconômica do governo Lula, especialmente os derivados do esforço de realização do superávit primário, refletiram-se em ações que resultariam em menor disponibilidade de recursos para essa área. As três situações a seguir descritas e analisadas referem-se, no entanto, praticamente ao âmbito federal, muito embora eventos semelhantes tenham ocorrido nas demais esferas de governo. Ainda, cabe comentar, mais adiante, os problemas que se apresentam na proposta de reforma tributária do Governo Lula, em tramitação no Congresso Nacional, rompendo com as fontes exclusivas do financiamento da Seguridade Social.

Na realidade, a sociedade brasileira tem presenciado uma situação em que a área social, especialmente a da saúde pública, ao manter-se refém das metas e orientações da política macroeconômicas, sofre avanços sobre seus recursos que podem estar prejudicando a construção da universalidade nas ações e serviços de saúde.

- A ausência de cumprimento do conceito de ações e serviços de saúde na União, nos estados e nos municípios.

Em todos os anos do primeiro governo Lula, a equipe econômica tentou introduzir itens de despesa que não são considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde. Entre esses itens figuraram, entre outros, o pagamento de juros e a despesa com a aposentadoria dos ex-funcionários desse ministério. Embora essas tentativas estivessem apoiadas por toda a área

econômica do governo, não se consolidaram, pois as entidades da área da saúde — o Fórum da Reforma Sanitária (Abrasco, Cebes, Abres, Rede Unida e Ampasa) —, o Conselho Nacional de Saúde e a Frente Parlamentar da Saúde rapidamente se mobilizaram e fizeram o governo recuar.

O mesmo não se conseguiu evitar no caso dos estados. Alguns deles, para cumprirem o disposto na Emenda Constitucional 29, incluíram indevidamente como despesas em ações e serviços de saúde os gastos com inativos da área da saúde, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos e hospitais de "clientela fechada" (como hospitais de servidores estaduais). Esses registros indevidos ocorreram apesar de anteriormente terem sido estabelecidos parâmetros que definiam quais ações e serviços poderiam ser considerados como gastos SUS. Esses parâmetros foram acordados entre o Ministério da Saúde, os estados e seus tribunais de contas[8].

Em alguns municípios o mesmo ocorreu, sendo o gasto com inativos da área da saúde e outros itens entendidos como despesa com saúde. Além disso, o percentual de 15%, para os municípios e de 12%, para os estados, estabelecidos na EC 29, como os mínimos a serem aplicados, foram entendidos por muitos, como exatamente os percentuais a serem utilizados, mesmo que as necessidades exigissem gastos maiores.

- *Tentativas na diminuição do orçamento do Ministério da Saúde*

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o orçamento de 2004 previa que os encargos previdenciários da União (EPU), o serviço da dívida e os recursos alocados no Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos SUS do Ministério da Saúde. Contudo, a forte reação contrária do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde determinou que o Poder Executivo enviasse mensagem ao Congresso Nacional estabelecendo que, para efeito das ações em saúde, seriam deduzidos o EPU e o serviço da dívida. Em relação ao Fundo da Pobreza a mensagem era omissa. Essa omissão resultaria na redução de R$ 3,5 bilhões no orçamento SUS do Ministério da Saúde.

Apesar de diversos e intensos debates teriam ocorrido entre entidades vinculadas ao SUS e o Ministério do Planejamento, nada foi modificado sobre essa questão. Somente após o parecer do Ministério Público Federal, solicitando ao presidente Lula que retirasse o veto ao dispositivo que esclarecia que os recursos do Fundo de Combate à Erradicação da Pobreza não poderiam ser contabilizados como gastos em saúde, sob pena do orçamento aprovado vir a ser considerado inconstitucional, o governo recuou. Foi assim que a Lei nº 10.777, de 25 de novembro de 2003, contempla, no parágrafo segundo do artigo 59, que o EPU, o serviço da dívida e as despesas do MS com o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não fossem considerados como ações e serviços públicos de saúde.

Da mesma forma, o projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o orçamento de 2006, encaminhado pelo governo federal à Câmara, previa que as despesas com assistência médica hospitalar dos militares e seus dependentes (sistema fechado) fossem consideradas no cálculo de ações e serviços de saúde. Caso essa despesa fosse considerada, os recursos destinados para o Ministério da Saúde seriam diminuídos em cerca de R$ 500 milhões. Frente à declaração pública do MS, repudiando essa interpretação, e frente à mobilização das entidades da saúde, o governo federal foi obrigado a recuar, reformulando sua proposta.

- *A vinculação da EC 29 como preocupação da área econômica.*

[8] Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de maio de 2003, homologada pelo Ministro da Saúde.

Em fins de 2003, o governo federal encaminhou documento referente ao novo acordo com o Fundo Monetário Internacional[9], comunicando sua intenção em preparar um estudo sobre as implicações das vinculações constitucionais das despesas sociais — saúde e educação — sobre as receitas dos orçamentos da União, dos estados ou dos municípios. A justificativa apoiava-se na idéia de que a flexibilização da alocação dos recursos públicos poderia assegurar uma trajetória de crescimento ao País (Ministério da Fazenda, 2004, p. 3). No âmbito do SUS, a intenção do governo era tirar do MS a obrigação de gastar, tal como define a EC 29.

Quando Lula foi eleito pela primeira vez, pensava-se que não havia obstáculos para que finalmente saísse a regulamentação do financiamento do SUS — EC 29, por meio da aprovação do PLP 01/2003. Afinal, os temas tratados por ela haviam sido objetos de longa discussão entre representantes dos conselhos municipais e estaduais, do Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, os Tribunais de Contas dos Estados e Municípios e das demais entidades associadas à saúde pública.

Dentre os principais itens do projeto de regulamentação da EC 29, destacam-se dois deles: 1) a modificação da base de cálculo para a vinculação dos recursos da União, passando do valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal para 10%, no mínimo, da sua Receita Corrente Bruta. Em 2007, isso corresponderia a um aumento de R$ 20 bilhões na despesa executada pelo MS (R$ 45,8 bilhões). Espera-se que com a aprovação da regulamentação da EC 29, os gastos com ações e serviços de saúde passassem da atual faixa de US$ 150/200 per capita, para a de US$ 250/300, ainda insuficiente para a viabilização do SUS; 2) o PLP 01/2003 trata da definição das despesas que devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e daquelas que não se enquadram nesse conceito. A forma de onerar do SUS vem se agravando a partir de outros setores dos governos federal e estaduais, às custas da inclusão nos Fundos de Saúde de gastos como o Bolsa-Família na União, e o saneamento, alimentação, planos privados de servidores, pagamento de inativos e outros nos Estados. Segundo Santos (2007), referem-se às famigeradas "caronas".

A regulamentação da EC 29 não se constituiu prioridade no governo Lula. Sua inclusão na pauta do Congresso, em abril de 2006, deveu-se à ação da Frente Parlamentar da Saúde. Contudo, até hoje a matéria encontra dificuldades para sua aprovação.

O interesse do governo pela regulamentação somente se manifestou quando da discussão sobre a continuidade da CPMF, ao final de 2007. Nesta oportunidade, ele apresentou uma contraproposta ao PLP 01/2003 onde, no lugar de garantir para a Saúde um percentual mínimo das receitas de seu âmbito, propunha um acréscimo escalonado da participação da CPMF em seu financiamento (que atingiria R$ 24 bilhões em 2011). Pensava o governo que essa imbricação entre a continuidade da CPMF e o financiamento da Saúde iria assegurar a prorrogação dessa contribuição. E muitos comemoraram a aprovação dessa contraproposta na Câmara, esquecendo que ela estava dissociada de uma real preocupação com o presente e o futuro do financiamento do SUS. Mas já que o Senado não aprovou a CPMF, a proposta do governo para o financiamento da saúde foi abortada. E a não resolução do financiamento da saúde permanece.

A CPMF surgiu para ser utilizada exclusivamente pela Saúde. Mas no primeiro ano de sua vigência, como mencionado no início dessa, o aporte de recursos na área foi acompanhado pela diminuição da participação da Cofins e da CSLL. Isso somente foi possível porque o governo federal poderia dispor de 20% da receita da Seguridade Social mediante a atual DRU.

[9] O documento referente ao novo acordo com o FMI é dirigido ao seu diretor executivo, Köhler (Ministério da Fazenda, 2004).

É preciso considerar que, além do Senado ter aprovado a continuidade da DRU, a extinção da CPMF prejudica de forma considerável a Saúde. Não só o SUS não conta com os recursos dela originada, como não foi definido qual seria a fonte que iria substituí-la. Em 2007, a receita da CPMF correspondeu a R$ 36,4 bilhões, sendo que cerca de 40,00% foram destinados à Saúde. Sem a CPMF e se consideramos constante essa participação, a Saúde perde R$ 16 bilhões, pois essa perda ocorre num cenário de não definição das fontes de seu financiamento, seja via contribuições, seja via impostos.

A continuar a atual orientação da política econômica, a tensão entre a área da saúde e a área econômica do governo será mantida. A primeira, compromissada com o SUS, e por isso, preocupada em garantir seu financiamento; e a segunda, restringida por uma política econômica fundada em metas de inflação e na geração de superávits primários. Para aqueles que defendem a atual orientação econômica, o conteúdo do PLP 01/2003 é visto como um retrocesso, pois define despesas e comprometimentos mínimos de receitas, o que estaria contrariando o esforço de geração de superávit primário. Ao mesmo tempo, isso limitaria o poder discricionário do governo federal, o qual não poderia alocar os recursos de acordo com seus interesses.

Diante da relevância do problemático financiamento do SUS, cabe salientar que ainda em 2009, essa situação permanece sem resolução. Isso porque, em abril de 2008, o projeto similar ao PLP nº 01/2003 da Câmara, no Senado — PLS nº 121/2007 —, foi aprovado com modificações importantes. A fórmula de cálculo para aplicação do governo federal, de no mínimo de 10% da receita corrente bruta, foi alterada por meio da criação de um escalonamento. Isso significa que, em 2008, seriam aplicados 8,5% dessa receita, passando para 9%, em 2009, 9,5%, em 2010, e 10%, em 2011. Esse projeto de regulamentação da EC 29 aprovado em abril no Senado foi para a sua aprovação na Câmara, sob uma nova denominação — PLP 306/2008. Até 2011, os recursos extras seriam de mais de R$ 20 bilhões anuais. Na realidade, o que era previsto já para o ano de 2008, estendeu-se para ser efetivado em 2011. Sabe-se que a sua aprovação não conta com o interesse da área econômica do governo e, neste sentido, todo esforço para o seu bloqueio deverá ser realizado.

Por seu turno, os defensores da construção de uma saúde universal e pública continuam a exigir que o governo federal assegure ao Ministério da Saúde a aprovação do PLP nº 306/2008 da Câmara dos Deputados. Somente dessa forma seria possível recuperar o gasto da área da saúde, prejudicado há mais de uma década pela lógica de uma política econômica ortodoxa, sob a égide da dominação do capital financeiro.

2.2 Os riscos da Proposta de Reforma Tributária do Governo Lula para a Seguridade Social

Após a derrota da CPMF e a conseqüente subtração de recursos para a Seguridade Social e o SUS, outro movimento contrário aparece no cenário do financiamento dessas áreas: a proposta de Reforma Tributária (PEC 233/2008) do governo Lula. Tal PEC encontra-se na Câmara dos Deputados para ser votada em plenário, a qualquer momento, tendo sido aprovada por todas as comissões dessa casa legislativa.

Torna-se importante dizer, em primeiro plano, que essa proposta ameaça os direitos sociais da Constituição de 1988, particularmente sobre o sistema da Seguridade Social, uma vez que subrai recursos e rompe com as conquistas constitucionais de benefícios e políticas sociais, atualmente protegidos pelo artigo 195 da Constituição de 1988[10]. Na realidade, essa proposta de reforma

[10] Cabe mencionar que as várias entidades da área da saúde vem se posicionando contrariamente à essa proposta de Reforma Tributária. Como documento inicial dessa crítica, ver Carta em Defesa dos Direitos Sociais Básicos sob Ameaça na Reforma Tributária, 2009. Disponível em: www.cebes.org.br

tributária apresenta graves conseqüências ao financiamento das políticas sociais no país, ameaçando de maneira significativa a exclusividade de parte de suas receitas e a pluralidade de suas fontes de financiamento, representadas pela existência das contribuições sociais sobre o lucro e o faturamento. O prejuízo não é exclusivo para as políticas da Seguridade Social, previdência, saúde e assistência social, mas também para as áreas de educação e trabalho.

Antes que se esclareçam as implicações sociais e políticas dessa reforma, no que diz respeito à desconstrução da capacidade de financiamento da Seguridade Social, merece comentar, de forma geral, os principais pontos de alteração do sistema tributário propostos.

A reforma simplifica o sistema por meio de uma consolidação tributária. No âmbito da União, essa reforma agrega impostos e extingui contribuições sociais e econômicas que possuem semelhanças em sua base de incidência. Em nível dos estados, a emenda constitucional propõe que o imposto sobre circulação de produtos e serviços (ICMS), passe a ser de competência conjunta dos Estados, reduzindo a autonomia da administração tributária das unidades federadas e inibindo a guerra fiscal hoje existente.

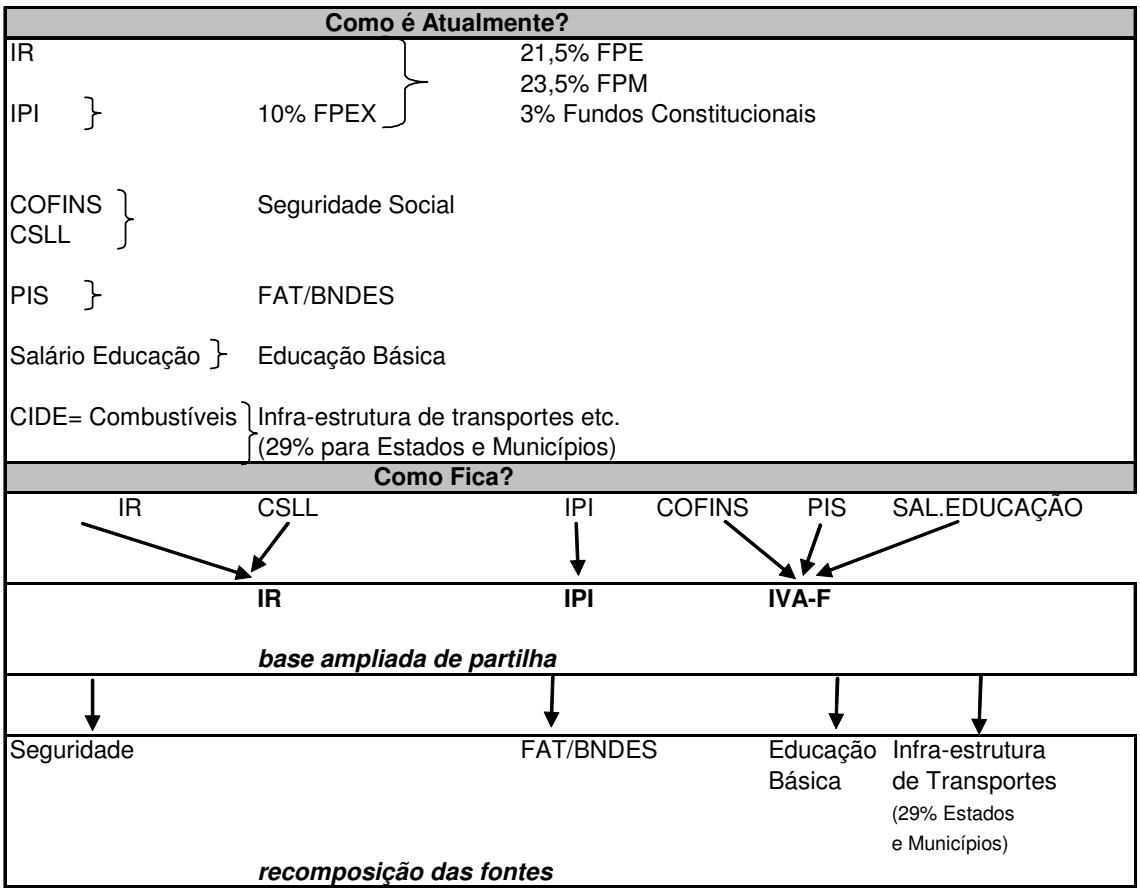
Com a idéia de simplificação dos tributos federais, o governo espera conseguir: uma maior facilidade na desoneração dos investimentos produtivos; uma desoneração da folha de salários; e uma redução do efeito cumulativo da incidência dos diversos tributos nas várias etapas do processo de produção e circulação de bens e serviços. Três são as justificativas para esses alcances: 1- importância para um modelo de desenvolvimento; 2 – garantia para a formalização da mão-de-obra; 3 – condição importante para reduzir a concorrência predatória das importações[11].

A proposta também altera os dispositivos em relação aos fundos regionais de financiamento do setor produtivo. Como forma de manter a prioridade para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, os fundos serão unificados com abrangência nacional, com o total de recursos envolvidos ampliados e utilizados de acordo com as diretrizes de uma política de desenvolvimento regional. O governo tem a pretensão que o gerenciamento desses recursos, e não a guerra fiscal seja o principal elemento de atração dos investimentos privados para o combate às desigualdades regionais.

No que diz respeito às contribuições sociais, são extintas o PIS, a Cofins e a Contribuição para o Salário Educação, criando o IVA-Federal (Imposto sobre valor Adicionado). Já as contribuições CSLL e o Imposto de Renda são unificados, criando o IR mais amplo. Todas as destinações e entregas de recursos seguem uma mesma base ampla de cálculo (IR + IPI + IVA-F). Assim, será utilizada a mesma base de partilha como referência para a Seguridade Social, FPE (Fundo de Participação dos Estados), FPM (dos municípios), etc. Municípios e estados vão receber sobre a base ampla de partilha dos fundos (FPE/FPM). O quadro 1 apresenta a situação dos impostos e contribuições de como se apresenta até o momento, e de como ficará com a introdução da reforma.

[11] Para o entendimento mais completo de todo o conteúdo da Proposta de Reforma Tributária, ver site www.nossareformatributaria.com.br.

Quadro 1: Como é atualmente e como ficará a situação dos impostos e contribuições sociais com a PEC 233 da Reforma Tributária.



Fonte: www.nossareformatributaria.com.br

- a Reforma Tributária afeta significativamente o financiamento das políticas sociais

A PEC da reforma tributária não aponta para a construção de um sistema tributário progressivo, pautado pela tributação da renda e do patrimônio. Além disso, a implicação mais importante da reforma tributária diz respeito ao financiamento da seguridade social, do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e da educação básica (Salário-Educação). Os três tributos mais relevantes para a Seguridade Social serão alterados. A Cofins e a CSLL serão extintas e haverá desoneração da contribuição patronal sobre a folha de pagamento, por meio de legislação específica, após as alterações constitucionais. Para a Seguridade Social passam a ser destinados 39,7%[12] do produto de arrecadação dos impostos sobre renda (IR), produtos industrializados (IPI) e operações com bens e prestações de serviços (IVA-F). Esse percentual é correspondente a proporção entre a arrecadação da Cofins e da CSLL e a receita arrecadada, em 2006, com IR, CSLL, COFINS, PIS, CIDE, Salário-Educação e IPI[13].

[12] Esse percentual foi comunicado pelo relator da reforma tributária, Deputado Sandro Mabel, quando da apresentação de seu substitutivo em Seminário realizado no Centro de Extensão Universitária, em São Paulo, em 13 de março de 2009.

[13] É importante lembrar que o percentual da base ampla (IR, IPI e IVA-F) a ser destinado para a seguridade social, contido na primeira proposta, de acordo com a cartilha da Reforma Tributária 2008, do

Essa modificação significativa constitui-se no sepultamento da diversidade das bases de financiamento da seguridade social. A partir da reforma, restarão inscritos no art. 195 da Constituição Federal, como base de financiamento da Seguridade Social, a contribuição sobre a folha de salários, a contribuição do trabalhador para a previdência social e a receita de concursos e prognósticos, sendo que a contribuição sobre folha de pagamento deverá ser reduzida ao longo dos próximos anos. Dessa forma, a idéia de Orçamento da Seguridade Social diversificado em fontes de financiamentos voltará a situação anterior a da Constituição Federal. Assim, haverá perda da exclusividade de recursos para a seguridade social, que terá seu financiamento fragilizado, dependendo de uma partilha do IVA-F e da arrecadação das contribuições previdenciárias. Sabe-se que as disputas entre as áreas econômicas e sociais no interior do orçamento são históricas e constituem um problema sempre maior às segundas.

Este projeto de Reforma Tributária, no momento da crise estrutural do capitalismo, pode congelar uma situação tributária desfavorável ao sistema de proteção social brasileiro (seguridade social mais educação e trabalho). Essa reforma retira as receitas próprias e específicas da área da proteção social e a coloca dependente de um conjunto de receitas concorrentes com as receitas de transferências municipais (FPM) e estaduais (FPE). Pode-se dizer que tal alteração configura-se um retrocesso, na medida em que a criação das Contribuições Sociais, assim como do Orçamento da Seguridade Social, buscou resguardar a área social, historicamente prejudicada pela disputa de recursos intra-orçamentária.

Por seu turno, é importante lembrar que as contribuições têm características específicas, uma vez que dispõem de um menor prazo de aplicação quando criadas e de alíquotas variadas. A CSLL das pessoas jurídicas, por exemplo, tem uma alíquota própria para os bancos, o que não é possível aos impostos que só podem ter alíquotas sem diferenciação por atividade ou setor econômico. Ainda, cabe frisar que as contribuições sociais, podem ser regressivas na cobrança, mas na alocação para as políticas sociais garantem o princípio de justiça. Por fim, constitucionalmente, essas fontes são diferentes dos impostos, podendo ser majoradas sempre que solicitadas, até mesmo no próprio ano; caracterizando seu caráter emergencial para o apoio de políticas sociais, podendo também ser diferenciadas para as empresas, por ramo ou setor de atividade, por porte, pelo uso intensivo de mão-de-obra, e outros[14].

Convém lembrar que a desoneração progressiva da Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Salários tem estimativas de redução em cerca de R$ 20 bilhões, sem que haja indicação da fonte que a compensará. Essa alteração poderá comprometer o equilíbrio das contas previdenciárias, permitindo que apareçam propostas que restrinjam direitos[15].

Ministério da Fazenda, foi de 38,8%. Tal percentual não levava em conta a arrecadação da CPMF, o que contrariava a idéia de todas as fontes que formavam parte do financiamento da Seguridade. Segundo Elias et al, se fossem considerados os recursos da CPMF na metodologia da Fazenda, o percentual deveria ser de 44,6%. Tal percentual corresponde a participação do total das contribuições CPMF, Cofins e CSLL (R$ 151 bilhões) em relação ao total da arrecadação incluindo IR, PIS, Cide, Salário Educação, IPI (R$ 340,3 bilhões). Embora o relator da reforma não tenha incorporado essa fórmula de cálculo, menciona que tal percentual para a seguridade será de 39,7%, sem pronunciar explicações. Para melhor entendimento dessa problemática, ver Jorge, Elias; Mesquita, A. C; Miranda, Jomar "Reflexões Preliminares sobre o impacto da Reforma Tributária no financiamento da Seguridade Social e especificamente da Saúde". AESD/MS, abril de 2008.

[14] Ver Carvalho, Gilson "Documento Preliminar em Defesa da Área de Proteção Social na Reforma Tributária: Saúde, Previdência, Assistência Social, Trabalho e Educação", Relatório da Oficina realizada na Câmara dos Deputados com especialistas no tema, em 3.02.2009.

[15] Ver Carta Cebes, idib.

Por fim, a reforma tributária propõe alterações no artigo 76 do Ato das Disposições Constitucionais, garantindo a continuidade da DRU até 31/12/2011. Em 2008, esse mecanismo retirou R$ 39,0 bilhões da Seguridade Social, com a finalidade de garantir a meta de superávit primário. A reforma perde a oportunidade de extingui-la, dado que há muito vem prejudicando o financiamento da seguridade social. Sua manutenção pode provocar o risco, por parte dos estados, de quererem implantar a Desvinculação de Receita dos Estados (DRE) e até mesmo, por parte dos municípios, desejarem adotar, a Desvinculação de Receitas Municipais, prejudicando enormemente os gastos com saúde dessas esferas de governo.

Essa proposta de reforma tributária requer profunda reflexão de todos. Entende-se que ela não pode ser submetida a votação em plenário da Câmara dos Deputados, sem as devidas alterações em relação a manutenção do financiamento da seguridade tal como preconizado pela Constituição de 1988. Ainda, é importante garantir que essa reforma reforce a construção de medidas que expanda o papel do governo no resgate à economia e a sociedade debilitadas nessa crise atual do capitalismo, por meio do apoio aos recursos específicos da proteção social e não de seu desmonte.

Considerações Finais

Diante da predominância de políticas econômicas neoliberais adotadas pelos governos FHC e Lula, em consonância com a atual fase de dominação financeira do capitalismo, a trajetória do financiamento da Seguridade Social em geral e do SUS, em particular, tem sido consideravelmente complicada. Como vimos vários foram os constrangimentos para um financiamento sustentável ao longo de 20 anos da Seguridade Social e do SUS:

- ✓ Reflexos da atual fase de dominação financeira do capitalismo e o caráter "tardio" de nossa proteção social;
- ✓ Políticas econômicas restritivas (1990/200) – metas de inflação, superávits primários, cortes nos gastos sociais e saúde;
- ✓ Embates na trajetória do financiamento da Seguridade Social e do SUS;
- ✓ Redução da Fonte Fiscal para a saúde e destaque às Contribuições Sociais;
- ✓ Descompromissos da União: diminuição das fontes contribuições para saúde; especialização, não consideração dos superávits do OSS, tentativas de desvinculação de receitas, manutenção da DRU;
- ✓ Ausência de disposição dos governos federais (recentemente Lula) em aumentar gasto em saúde e nem de refletir em fontes mais amplas e estruturais para responder aos compromissos com as políticas sociais universais;
- ✓ Desaparecimento da CPMF, enquanto fonte importante para a saúde;
- ✓ Redução das receitas disponíveis dos Estados, criando resistências para o financiamento da saúde;
- ✓ Ameaça da Proposta de Reforma Tributária (PEC- 233) pela extinção da pluralidade e a exclusividade das fontes de financiamento da Seguridade Social

Assim, não foi à toa que o tema do financiamento foi destaque na agenda de problemas no âmbito da saúde pública ao longo dos anos 1990 e 2000. Observa-se que, ao mesmo tempo em que se implanta o SUS, com base nos princípios de um sistema público e universal, não se percebe melhoria na situação econômica, agravando a crise fiscal e financeira do Estado e levando a que os governos federais limitassem o aporte de recursos para a Seguridade Social e para a saúde.

As possibilidades de valorização do financiamento do SUS podem ser alcançadas por outros percursos. É claro que a opção do projeto do governo federal deveria ser em outra direção. Isso porque os novos compromissos deveriam estar condicionados à busca de proteção à atual crise financeira e econômica mundial e de construção de um projeto de desenvolvimento econômico e social, o que implicaria a ruptura da lógica da política econômica adotada ao longo dos anos 1990 e 2000, em aliança aos interesses do capital financeiro. Uma possibilidade concreta desse projeto seria buscar a construção de consensos em relação às políticas e instituições responsáveis pelas políticas universalistas, assegurando o modelo de desenvolvimento econômico com ampliação dos direitos sociais. Para tanto, a partir da valorização de um "princípio de construção da universalidade" são sugeridas as seguintes questões para discussão:

- Ampliar a defesa de uma ruptura da lógica da Política Econômica (1990/2000), buscando a defesa da crise econômica atual, mantendo a prioridade no desenvolvimento social;
- Buscar a construção de consensos em relação às políticas e instituições responsáveis pelas políticas universalistas, assegurando modelo de desenvolvimento com ampliação dos direitos sociais;
- Assegurar a universalidade, principalmente no cenário da crise mundial, a fim de garantir mais recursos (difíceis de conseguir, mas mais necessário do que nunca), por meio de propostas alternativas de financiamento, sem abrir mão da manutenção do financiamento da seguridade social. Tais propostas poderiam ser discutidas e apresentadas:
  - ✓ Criação da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social (projeto deputada Luíza Erundina)
  - ✓ Fim da renúncia fiscal das despesas médicas no Imposto de Renda das Pessoas Físicas e Jurídicas;
  - ✓ Eliminação da renúncia fiscal dos Hospitais Privados.
- Resistir à aprovação da Reforma Tributária (PEC 233/08), não permitindo o desmonte da pluralidade e a exclusividade das fontes de financiamento da Seguridade Social, voltando a um modelo onde esses recursos acabam por serem disputados com outros interesses.
- Continuar a defesa de rejeição da DRU, como forma de não prejudicar a "saúde" financeira do Orçamento da Seguridade Social;
- Aprofundar a oportunidade política que se abre com a crise financeira e econômica internacional para buscar a manutenção das conquistas dos direitos sociais da Constituição de 1988. Não há nada pré-determinado, tudo dependerá da correlação de forças que se forme.

Referências Bibliográficas

ANFIP. "Análise da Seguridade Social 2007". Brasília: Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, 2008. Disponível em www.anfip.org.br. Acesso em 10/3/2009.

CHESNAIS, F. "O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos", In Chesnais F (Org.). *A finança mundializada, raízes sociais e políticas, configuração, conseqüências*. São Paulo, Boitempo, 2005.

FIORI, José Luís. Estados, moedas e desenvolvimento. In: FIORI, J. L. (Org.). *Estados e moedas e desenvolvimento das nações*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

HUSSON, M. *Les casseurs de l'État social*: des retraites à la sécu, la grande démolition. Paris: Découverte, 2003.

MARQUES, Rosa; MENDES, Áquilas. "Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social". *Economia e Sociedade,* Campinas, v.14, n.1 (24), p. 159-175, jan./jun. 2005.

____; ____. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.16, n.3, p.35-51, 2007.

MENDES, Áquilas. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)*: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001). Tese (Doutorado)– Instituto de Economia Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005. 422 p.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa M. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, Gastão W. S. Et et al. (orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec e Editora Fiocruz, 2006.

MESA-LAGO, C. *Desarrollo social, reforma del estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI*. Santiago do Chile: ONU: Cepal, 2000.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. *Carta de intenção referente ao novo acordo*. Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br>. Acesso em: dez.2004.

SANTOS, Nelson R. "Regulamentação do Financiamento do Sistema Único de Saúde (Da E.C. Nº 29): por que debater e aprovar já". Campinas, abril de 2007. Mimeo.

B - Gestão dos Recursos do SUS

A gestão dos recursos do SUS, em cada nível de governo, remete a duas principais questões:

1. a qualidade da **gestão orçamentário-financeira** da política de saúde;

2. a problemática da **estrutura dos gastos** das três esferas de governo em relação a melhor execução da política de saúde

1. A qualidade da gestão orçamentário-financeira da política de saúde

Há muito tempo se discute a necessidade de aprimorar o processo orçamentário dos recursos do SUS, visando ampliar uma série de inovações do ponto de vista da sistemática do planejamento e orçamento. Não se podem esquecer as várias medidas legais criadas que contribuíram para a cumplicidade entre o processo orçamentário e o planejamento, em geral, e na saúde em particular. Porém, muito pouco se seguiu até o momento, por parte da União, dos estados e dos municípios. Segundo Mendes (2005), a avaliação da eficiência e eficácia da gestão orçamentário-financeira do SUS deve ser motivada para responder algumas indagações, tais como:

- em que medida a gestão orçamentário-financeira implementada, ao longo de 20 anos do SUS, relacionou – de forma articulada — as funções de planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde?

- em que medida os instrumentos e mecanismos de gestão dos recursos adotados possibilitaram o logro dos objetivos propostos pela política de saúde, definida pelos três gestores do SUS?

Essas preocupações devem motivar a discussão aqui apresentada.

Mendes (2005), ao examinar a literatura a respeito de critérios de avaliação de políticas públicas, chamou a atenção para uma abordagem específica, qual seja: as noções de eficiência e eficácia dos recursos financeiros devem ser entendidas como partes do todo da gestão da política de saúde. De acordo com ele, Campos (2000) sustenta que a definição da política de saúde deve ser produto da relação integrada entre a busca pela eficácia e eficiência e seu modo de produção. A política de saúde alcança resultados satisfatórios quando é realizada na busca de resgate de seus objetivos (a eficácia social) e dos sentidos de seus meios (eficiência gerencial). A questão-chave, para o autor, é a de como utilizar a eficiência e eficácia como instrumentos importantes da gestão da saúde. A expectativa da melhoria dos níveis de saúde pública requer um modelo de gestão voltado ao enfrentamento de problemas em que a eficiência (custo/benefício) esteja subordinada à eficácia (cumprimento dos fins da política), rompendo com a lógica de sobreposição dos meios em relação aos fins e confirmando que é a política de saúde que deve nortear as ações no setor e não a questão contábil/fiscal (CAMPOS, 1989).

Segundo Mendes (2005) a abordagem de Campos é genérica em relação à gestão financeira da saúde, cuja temática é central para a avaliação discutida nesta seção. Assim, considera-se importante acrescentar outros elementos específicos que permitam entender de modo integrado a gestão, o planejamento, o processo orçamentário, a fiscalização e o acompanhamento do Conselho de Saúde, assim como a avaliação da sociedade em geral sobre os recursos orçamentário-financeiros.

Os anos 1990 e 2000 foram marcados por intensos processos de reforma do Estado, tanto em termos do alcance de suas ações, como da revisão de suas práticas gerenciais, em especial da introdução de uma série de inovações do ponto de vista da sistemática do planejamento e

orçamento público[16]. Vale atentar para as várias medidas legais criadas que contribuíram para uma relação mais estreita entre o planejamento e processo orçamentário. Desde a Constituição Federal de 1988 foram introduzidos três instrumentos de planejamento do processo orçamentário no país – o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Já na segunda metade dos anos 90, novas medidas legais foram instituídas visando garantir que o processo de planejamento e orçamento não fosse conduzido apenas de maneira formal, mas que fosse incorporado pelas práticas de atuação do Estado. Foram duas as principais alterações na legislação: a Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999 da Secretaria de Orçamento e Finanças (SOF) do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão e a Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000. Ambas contribuíram para o aprimoramento do processo orçamentário, uma vez que colocam os programas como elementos-chave para a efetivação das políticas públicas e, conseqüentemente, seus gastos, tornando o planejamento instrumento essencial para determinar as prioridades de recursos seja no âmbito das receitas seja das despesas.

A área da saúde, em particular, não escapou a esse processo inovador legal. Com o objetivo de avançar na implementação do SUS, assegurando a efetivação das políticas e dos programas de trabalho das secretarias estaduais e municipais de Saúde, o Ministério da Saúde resolve reforçar essa lógica de trabalhar os recursos orçamentários de forma planejada e a incorpora em suas portarias para o sistema.

Mesmo diante dessas várias exigências legais, a experiência brasileira tem apontado que, na maioria das vezes, a elaboração do processo orçamentário, por parte dos governos estaduais, municipais e federal, e da área da saúde em particular, é distante dessa sistemática integrada entre planejamento e orçamento. São poucos os governos, essas esferas que olham a realidade com seus problemas e potencialidades e se organizam do ponto de vista gerencial para enfrentá-la. Na prática o que vem ocorrendo é que os instrumentos do processo orçamentário acabam por não responder às necessidades e dificilmente são elaborados de forma a permitir a sua compatibilidade entre o planejamento e o orçamento, dificultando o acompanhamento e a fiscalização do gasto em saúde *vis-à-vis* o cumprimento das ações e metas planejadas.

Para se contrapor a essa forma de elaboração do planejamento e processo orçamentário, o SUS adota um conceito normativo de gestão definido, por exemplo, pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96. Esta norma ao consolidar a plena responsabilidade do Poder Público frente às ações e serviços de saúde e aperfeiçoar a própria organização do Sistema, definiu gestão como a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, através do exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, execução, acompanhamento, controle e avaliação. Esse enfoque de gestão ainda não foi totalmente assimilado pelo processo orçamentário do SUS, concebendo a gestão orçamentária-financeira como um instrumento de integração dessas funções aos objetivos, produtos e resultados da política de saúde.

Nesse quadro de gestão orçamentária-financeira integrada, o gasto em saúde deve estar ligado ao planejamento, como um instrumento que baliza o orçamento. Se o gasto é caracterizado por um dispêndio de recursos, representado por uma saída de recursos financeiros, esse só pode ser viabilizado se estiver em acordo com o que foi planejado e orçado. É importante assinalar que nenhum gasto deve ser realizado sem que haja disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. Para tanto, é importante que se resgate o planejamento como primeira função da gestão orçamentária-financeira.

[16] Ver Mendes (2003).

A partir do planejamento elaborado, evidenciam-se os programas. De acordo com as legislações, cada programa deve-se constituir em uma das formas de expressão da política de saúde, com a finalidade de produzir uma alteração na situação atual. Assim, o programa de saúde deve conter: objetivos, metas (objetivo quantificado) e indicadores, para que possa ser acompanhado, controlado e avaliado. Dito de outra maneira, não há possibilidade de se efetuar um gasto em saúde, sem antes relacioná-lo ao seu programa – objetivos, metas e indicadores.

Na realidade, essa lógica de trabalhar os recursos de forma planejada foi instituída, em primeiro plano, pela Constituição de 1988 que introduziu três instrumentos do processo orçamentário – o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Nesta linha, mais recentemente, são criadas duas novas medidas legais. Neste novo modelo, os programas e ações devem nascer dos problemas e das demandas da sociedade identificadas pelo planejamento e constituem-se em unidades de gestão, com estruturas idênticas no planejamento e nos orçamentos. Os governos federal, estaduais e municipais têm liberdade para solucionar seus problemas organizando suas ações em programas, projetos e atividades de acordo com suas especificidades, originárias do Plano Plurianual – que, no conjunto, denomina-se de estrutura programática. A proposta é transformar o Plano Plurianual num instrumento de gestão, onde dois aspectos são importantes: a cobrança de resultados e a realidade problematizada. Em síntese, os projetos e atividades que integram o orçamento têm origem nas ações de cada programa definido no Plano Plurianual. Cabe lembrar que a quantidade de ações, por sua vez, não pode ser muito extensa, pois há o perigo de tornar inviável seu gerenciamento, uma vez que é desdobrada em metas físicas e financeiras.

A segunda medida legal ancorada nesse novo modelo de gestão orçamentária-financeira refere-se à Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000. O capítulo inicial da Lei trata do planejamento (artigos 3º a 10º), no qual são reforçadas as atribuições e conexões entre os instrumentos já criados na Constituição de 1988: o PPA, a LDO e a LOA. A importância da compatilibidade entre esses instrumentos aponta para a necessidade de uma formulação mais consistente desses, que de acordo com a Lei fiscal caracteriza-se como pré-condição para a disciplina fiscal.

Historicamente, o que vinha ocorrendo é que esses instrumentos orçamentários eram elaborados, principalmente nos estados e nos municípios de forma tão geral e abrangente que acabavam não respondendo às necessidades, constituindo-se em instrumentos fictícios. Além disso, o gasto, na maior parte das vezes, foi realizado sem nenhuma vinculação com o que constava na programação dos instrumentos orçamentários e sem nenhum controle em relação às receitas efetivamente arrecadadas, facilitando as administrações para o processo de endividamento. A Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece de forma específica o conteúdo da LDO e obriga a interação dos instrumentos de planejamento e orçamento – PPA, LDO e LOA.

Esses instrumentos são leis que exprimem, em termos financeiros, a alocação dos recursos públicos, refletindo as decisões políticas e estabelecendo as ações prioritárias para o atendimento das demandas da sociedade. Nesta perspectiva, há uma lógica para a construção destes instrumentos em caráter seqüencial: em primeiro, o PPA; em seguida, a LDO; e, por fim, a LOA. Na realidade o PPA – elaborado no primeiro ano de gestão dos governos para vigorar nos próximos quatro anos - deve orientar a elaboração de quatro LDOs – anuais – e cada LDO deve orientar a elaboração de uma LOA. Cabe lembrar que todos eles devem ser precedidos do Plano de Governo, no qual são dispostas as grandes linhas de atuação, ou seja, as diretrizes do Governo eleito.

No tocante à área da saúde, duas novas portarias do Ministério da Saúde contribuíram para a construção desses instrumentos orçamentários. A primeira portaria de nº 483, de 6 de abril de 2001, define que os recursos estaduais e municipais destinados ao SUS, e também às ações e

serviços assistenciais de saúde, devem ser explicitados e seus valores apresentados segundo a abertura programática definida na Portaria nº 42 do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. A segunda portaria de nº 548, de 12 de abril de 2001, estabelece que o orçamento do Fundo de Saúde deve respeitar as políticas e os programas de trabalho da Secretaria de Saúde, observando o Plano de Saúde, elaborados e aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde. Em resumo, essas portarias estabelecem que os recursos destinados ao SUS devem ser explicitados e seus valores apresentados no PPA, na LDO e na LOA, segundo os programas definidos no Plano de Saúde.

Por fim, cabe a indagação final: como fazer para que os gestores do SUS viabilizem essa importante relação estreita entre planejamento e orçamento? Sabe-se que a resposta a esse questionamento não é simples, na medida em que até o momento, mesmo o Ministério da Saúde dispõe de uma estrutura de orçamento que não se relaciona com o Plano de Saúde elaborado, dificultando o acompanhamento dos recursos, vis-à-vis a política decidida. Tanto estados como municípios seguem, na sua maioria, essa forma de conduta.

A ausência de construção de um processo orçamentário que não se relaciona com as ações definidas como prioritárias no Plano de saúde acabam por prejudicar a estrutura de gastos dos três gestores.

2. A problemática da estrutura dos gastos das três esferas de governo em relação a melhor execução da política de saúde

Um dos grandes impasses na relação entre os três níveis de gestão do SUS é justamente o método pelo qual se verifica o gasto do sistema de saúde. Isso se deve a problemática estrutura dos gastos das três esferas de governo, por força da ausência de critérios homogêneos na forma de registro dos dados no processo orçamentário e de sua abrangência geral, sem condições de permitir um acompanhamento mais pormenorizado da finalidade do gasto.

Há mais tempo, alguns estudos vem indicando essa problemática[17]. Segundo Mendes et al (2008), "não há uma metodologia única ou uniforme para apurar o gasto público em saúde. A diversidade nos dados apurados pelos diferentes estudos disponíveis deve-se aos critérios adotados para mensurar a despesa pública em saúde e às fontes dos dados utilizados" (p.13).

Mais recentemente, segundo as responsabilidades sanitárias assumidas no Pacto pela Saúde, os gestores estaduais e municipais devem cumprir obrigações técnicas e financeiras de acordo com os planos de saúde, planos diretores de regionalização e planos regionais de investimento. Para a adesão ao Pacto, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, é necessário informar, tanto para os estados como municípios, o gasto em relação aos níveis de atenção à saúde — básica, média e alta complexidade. Dificilmente essas informações são dispostas no Termo de Compromisso de Gestão, sobretudo por não existir uma estrutura montada nos estados e municípios que evidencie, de forma clara, os gastos nesses níveis de atenção. Por sua vez, torna difícil a forma de apuração dos gastos em saúde nesses entes federados.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que **seria importante a padronização de uma estrutura de gasto, estabelecida na forma de consenso entre os três gestores do SUS**, na Tripartite. Tal definição poderia ser adotada por meio de uma Portaria do Ministério. Essa medida poderia contribuir para evitar os problemas a seguir descritos, extraídos dos trabalhos de Mendes et al. (1999; 2008).

[17] Ver Mendes et al. (1999) e Piola e Vianna (2002).

- A estrutura de gastos disposta nos orçamentos federal, estaduais e municipais ainda apresenta itens com nomenclaturas gerais, que acabam concentrando a maior parte do volume despendido, prejudicando detalhamento maior de programas voltados diretamente às ações de saúde. Nessa perspectiva, é possível dizer que a eficácia social do gasto do SUS realizado pelas três esferas de governo só será alcançada se houver a preocupação do registro adequado, o que é condição mínima para o avanço do controle e do melhor resultado em saúde.

- A União tem feito um esforço de evidenciar alguns gastos relativos às áreas programáticas do MS, com a finalidade assegurar um controle dos recursos repassados a estados e municípios. Como o Pacto da Saúde buscou agregar os recursos por meio de cinco blocos (MAC, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão), essa lógica de manter os registros dos gastos por abertura de programas específicos vem prejudicando a própria implantação do Pacto.

- Cumpre observar que, embora os três gestores do SUS encontram-se trabalhando para a efetivação do Pacto de Gestão da Saúde, não significa que garantam uma identificação de sua política alocativa, faltando transparência orçamentária na estrutura programática e, consequentemente, nos seus gastos.

- É possível identificar, nos orçamentos dos três gestores do SUS, que o maior volume de gastos encontra-se mais concentrado nos gastos hospitalares. Tanto os gastos da atenção básica como os da vigilância em saúde são, na maioria das vezes, bem menores que os registrados na atenção hospitalar. É evidente que tal comportamento está relacionado aos modelos de saúde em vigência nos três níveis do sistema que até o momento não foram alterados e priorizam a "via curativa hospitalocêntrica", o que acaba por envolver maiores volumes de dispêndios. Tal observação não é uma novidade para aqueles que lidam com o acompanhamento da estrutura de gastos da saúde no país. Contudo, o que se quer chamar a atenção é que muitas vezes tal discrepância está relacionada a frágil forma de registro das informações que levam, por motivos históricos, os gestores a contabilizarem grande parte dos recursos no atendimento hospitalar, com receio das suas fortes pressões. Dessa forma, a lógica de uma estrutura de gastos heterogênea entre os níveis de atenção permanece.

- Há várias lacunas de informação para que se possa aferir o gasto das secretarias estaduais de saúde, tanto em relação à regionalização dos recursos próprios quanto os transferidos pelo gestor federal. Muitas vezes é preciso recorrer a outras fontes para a produção de estimativas. Sabe-se que as Secretarias de Estado da Saúde dispõem destas informações, mas elas ainda não foram devidamente processadas. Isso permitira a sistemática identificação da sua distribuição, facilitando a regionalização do gasto, e até mesmo a consolidação das informações por município.

- De acordo com Mendes et al. (2008), destaca-se a problemática de apurar o gasto do SUS que foi evidenciado em seu trabalho. Em que pese esse estudo ter sido realizado para o Estado de São Paulo, tal preocupação pode ser ampliada para os demais estados. Segundo esses autores, na tentativa de apurar o gasto SUS estadual, federal ou municipal persiste a questão da definição das ações e serviços que o compõem, segundo a EC29. Por um lado, observa-se que este assunto ocupa parte significativa da agenda do Conselho Nacional de Saúde e dos demais conselhos de saúde no país. É comum verificar que os conselhos demorem para aprovar as prestações de contas das secretarias respectivas. Entre vários motivos, identifica-se a ausência de transparência nos demonstrativos preparados pelas Secretarias, dificultando a sua compreensão pelos conselheiros dos segmentos de usuários e trabalhadores.

- Em relação ao gasto SUS da União, destacam-se duas questões: a primeira é a ausência de informações sobre despesas diretas não transferidas para a SES ou para os municípios. A

outra questão é a dificuldade de apuração das transferências reais, e não apenas "por período de competência". Vários anos depois da implantação do SIOPS, onde se exige dos gestores estaduais e municipais a apresentação do gasto SUS liquidado, não se justifica a falta de informações adequadas sobre a distribuição dos recursos do gestor federal.

- No tocante ao SIOPS verificam-se divergências quanto às informações apresentadas pelo gestor estadual sobre os gastos municipais daquelas informadas pelos municípios. Para que o uso das informações do orçamento público em saúde transforme-se em ferramenta de monitoramento, avaliação e controle dos gestores do SUS é necessário que a base de dados tenha uma crítica e consistência constantes. Da mesma forma, os Sistemas de Execução Orçamentária dos governos estaduais e municipais, precisam ser adequados às exigências de informações orçamentárias do SUS.

A partir do processo de implementação do Pacto pela Gestão do SUS é fundamental que os dirigentes do SUS, em todos os níveis de poder, possam apropriar-se das questões apresentadas, buscando enfrentá-las, a fim de assegurar uma melhoria na estrutura dos gastos em saúde e maior transparência e efetividade dos mesmos.

Referências Bibliográficas

CAMPOS, G. W. S. Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 82-91, maio/ago. 2000.

____. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.

MENDES, Áquilas. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)*: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001). Tese (Doutorado)– Instituto de Economia Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005. 422 p.

MENDES, Áquilas. "A Busca da Cumplicidade Entre o Planejamento e o Processo Orçamentário na Saúde Paulistana" In: SOUSA, Maria Fátima; MENDES, Áquilas (orgs.). *Tempos radicais da saúde em São Paulo:* a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec, 2003.

MENDES, Áquilas et al. *Apuração do gasto público regional em saúde no Estado de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa M.; LEITE, Marcel, G.; TUBONE, Márcia. *Financiamento da Saúde*: análise dos gastos estaduais e municipais do Estado de São Paulo. Brasília, DF: IPEA, Relatório de Pesquisa, Projeto BRA 97/03, 1999. Mimeo.

PIOLA, Sergio; VIANNA, Solón. Regionalização dos Gastos Federais com Saúde: Desigualdades na Distribuição Espacial dos Recursos. Análise da Regionalização dos Gastos Federais em Saúde, no Brasil e no Estado de São Paulo (Contrato Fundap/ Ministério da Saúde), São Paulo: Fundap, 2002.

II. As relações intergovernamentais no âmbito do financiamento do SUS: a alocação de recursos entre esferas de governo.

Nos últimos anos, particularmente a partir da discussão e construção do pacto de gestão no SUS, vem sendo destacada, por diversos analistas e gestores, a necessidade de alteração na sistemática de distribuição de recursos do Ministério da Saúde para os Estados e municípios. Todas as propostas que chegaram a ser elaboradas não deixaram de enfatizar que a adoção de uma distribuição de recursos eqüitativa devia ser baseada em critérios que considerassem as diferentes necessidades de saúde da população, as quais não são homogêneas no país.

Os recursos federais, responsáveis por cerca de mais da metade do financiamento do Sistema de Saúde[18], devem cumprir papel essencial na redução de desigualdades do acesso às ações e serviços de saúde.

Na medida em que o processo de descentralização do SUS avançava, novas formas de alocação dos recursos federais foram implantadas no interior do sistema. Entre 1994 e 1997, a alocação de recursos federais apoiou-se na Norma Operacional Básica de 1993 - NOB/93, a qual introduziu as transferências automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Essa sistemática significou uma mudança significativa, pois anteriormente todos os pagamentos eram efetuados pelo Ministério da Saúde. Os municípios que fossem habilitados pela NOB/93 passaram a ter autonomia na aplicação dos recursos, seguindo as prioridades definidas em âmbito local. Contudo, a definição do valor a ser transferido teve como principal critério a série histórica de gasto com serviços ambulatoriais e hospitalares. Dessa forma, mesmo realizado fundo a fundo, o repasse reproduzia as condições do passado, sendo determinado pelas condições da oferta de serviços e, por isso, perpetuando as desigualdades entre as regiões.

Três anos depois, com a NOB/96, o critério de alocação dos recursos federais sofreu modificações. Era uma tentativa de fazer do governo federal um agente ativo, capacitando-o para interferir no quadro das desigualdades. Para o nível da atenção básica, o repasse aos municípios passou ser ancorado num valor *per capita* mínimo, denominado Piso da Atenção Básica – PAB-fixo (gasto *per capita médio nacional* e a um valor *per capita máximo para os municípios*, com gasto superior ao valor médio nacional). Ao mesmo tempo, a NOB/96 também introduziu alguns incentivos financeiros , o PAB-variável, com vista estimular o desenvolvimento de programas específicos, como o Programa de Saúde da Família e outros.

Em que pese a alteração na sistemática distributiva de recursos federais para a atenção básica efetuada pela NOB/96, isso não foi suficiente para reverter o quadro de desigualdades nas localidades com situações em saúde e socioeconômicas mais precárias. Ao mesmo tempo, enquanto as transferências do fundo nacional de saúde aos fundos municipais de saúde se firmavam como alternativa à remuneração por serviços produzidos, os recursos federais ganharam um "carimbo", vinculando sua destinação a programas e ações específicos. A cada ano foi aumentado o número de itens assim "carimbados" na média e alta complexidade (campanhas), nas ações estratégicas e nos componentes do PAB-variável. Em suma, na medida em que eram recursos vinculados a programas específicos, o município somente teria acesso a esses recursos se implantasse esses programas e, assim, inexoravelmente comprometendo parte de seus recursos disponíveis (MARQUES E MENDES, 2003).

A superação dessa prática, que atrelava os repasses de recursos federais a determinados

[18] No que diz respeito à participação das três esferas de governo no gasto público em saúde, a fonte federal reduziu de 60,7% para 46,9% entre 1995 e 2007, e as fontes estadual e municipal cresceram, juntas, de 39,3% para 53,1% nesse mesmo período (dados do SIOPS e estimativas para 2007).

programas ou ações, somente foi superada em fevereiro de 2006, quando foi publicada a Portaria / GM 399, que contempla o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, firmado pelos gestores do SUS.

A portaria do Pacto de Gestão determinou alguns princípios para o financiamento do SUS e definiu "blocos" gerais de alocação dos recursos:

> *1. São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:*
>
> *a . Responsabilidade das três esferas de gestão – União, estados e municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;*
>
> *b. Redução das iniqüidades macro regionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;*
>
> *c. Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;*
>
> *d.* ***Financiamento do custeio com recursos federais será constituído, organizado e transferido em blocos de recursos****;*
>
> *e. O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo às especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica;*
>
> *f. As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para os municípios, Distrito Federal e estados devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento*
>
> *3.2 Os blocos de financiamento para o custeio são:*
>
> *a . Atenção Básica*
>
> *b. Atenção Básica e Alta Complexidade*
>
> *c. Vigilância em Saúde*
>
> *d. Assistência Farmacêutica*
>
> *e. Gestão do SUS* (Brasil, 2006, grifo nosso).

Em resumo, uma das principais diretrizes do Pacto de Gestão é que o financiamento do custeio passou a ser organizado e transferido em blocos de recursos, sendo eles: Atenção Básica; Atenção da Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS.

Como resultados desses novos blocos de financiamento, foram publicadas duas importantes Portarias do Ministério da Saúde. A primeira refere-se à Portaria GM/MS nº. 204, de 29 de janeiro de 2007 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma desses e seu respectivo monitoramento e controle. A

segunda diz respeito à Portaria nº. 1497, de 22 de junho de 2007 que estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos que compõem os blocos.

Em que pese a clareza do conteúdo dessas duas Portarias, vários questionamentos sobre o seu entendimento são realizados por parte de técnicos associados aos programas de saúde, tanto pertencentes ao nível da direção municipal do SUS, como das direções estaduais e federal. Na realidade, **parece que esses técnicos associados aos programas, que antes do Pacto dispunham de recursos específicos e com prestações de contas individuais, resistem a aceitar a vigência desses blocos. A rigor, tais questionamentos vêm inibindo uma melhor utilização desses blocos no seu conjunto. Trata-se de tema ainda pendente na gestão dos recursos e na forma de repasses, merecendo uma discussão aprofundada.**

Desde sua inscrição no corpo da constituição brasileira, em 1988, o SUS explicitou seu compromisso em desenvolver um projeto baseado na descentralização do poder para os níveis sub-nacionais, o que pressupunha a construção de um novo modelo de pacto de gestão. **A definição desses cinco blocos para os repasses dos recursos federais guarda esse princípio, mas não contempla as diferentes necessidades sócio-econômicas e sanitárias existentes nas localidades.**

Todas as experiências internacionais de alocação eqüitativa de recursos fazem distinção entre recursos de custeio, para operar o sistema de saúde, e recursos de investimento. Quando os países consideram vários determinantes para distribuição de recursos, a metodologia daí resultante é utilizada somente para os recursos destinados ao custeio do sistema. Os recursos de investimento são contemplados por um planejamento estratégico de médio e de longo prazo – Planos de Investimentos (PORTO et al, 2003).

As diferentes abordagens metodológicas que visam alocar os recursos de saúde de maneira mais eqüitativa destacam a importância de incorporar, na metodologia, as desigualdades do perfil demográfico, segundo sexo e idade, e um indicador de necessidades, que permita dimensionar desigualdades relativas entre condições sanitárias e sócio-econômicas das populações de distintas áreas geográficas[19].

No Brasil, Porto et al. (2003) testaram a aplicação da metodologia inglesa para o caso brasileiro. Essa metodologia, que considera as informações do uso de serviços de saúde para estimar a demanda potencial dos serviços de acordo com as necessidades de saúde, ajustada pela distribuição da oferta de serviços, não pode ser aplicada diretamente no Brasil. Os resultados dos testes sugeriram que, além das desigualdades de oferta existentes em nosso país, existem outras barreiras que impedem o acesso aos serviços de saúde.

Porto et al (2003) sugeriram, então, um método alternativo de alocação dos recursos federais de saúde destinados para custeio. O método proposto tem como centro a estimativa de um indicador de necessidade em saúde construído com base na análise de componentes principais. Foram encontrados dois fatores que caracterizam, respectivamente, as condições socioeconômicas e de mortalidade infantil, e a situação de mortalidade geral. O índice de necessidade foi obtido a partir da média ponderada desses dois fatores, utilizando-se como ponderação o percentual total da variância explicado por cada fator. É importante acrescentar que a análise realizada por Porto et al foi realizada separadamente para os serviços ambulatoriais e hospitalares, discriminando esses últimos em internações de curta permanência, de longa permanência, psiquiátricas, de reabilitação e obstétricos.

[19] Para uma visão das experiências internacionais sobre alocação eqüitativa de recursos, ver Andrade *et al*. (2004).

No Brasil, o debate sobre a eqüidade no acesso aos serviços de saúde e na alocação de recursos ganhou impulso com a divulgação do estudo de Porto et al (2003), apesar de essa questão estar presente na Constituição Federal de 1988 e no projeto de regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29, PLC 01/2003. Apoiadas pelo Projeto "Economia da Saúde Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades (PES)", elaborado e implantado pelo MS e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com suporte financeiro e técnico do *Department for International Development (DFID)*, foram desenvolvidas algumas metodologias estaduais de alocação de recursos para os municípios. Dentre os estados que desenvolveram estudos apoiados por esse Projeto, destacam-se: Ceará, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais[20].

Contudo, apenas no Estado de Minas Gerais o resultado do estudo foi aplicado no interior do sistema de saúde. Baseado em metodologia proposta por Porto et al. (2003), o Estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, construiu um indicador de necessidade de cuidados com a saúde para a alocação de recursos provenientes do Piso de Atenção Básica (PAB). O indicador composto foi obtido por meio da análise fatorial por componentes principais e o resultado da análise deu origem a um único fator de necessidade, com poder explicativo de 80% da variância total das regiões (Machado et al, 2003). O fator obtido apresentou uma relação positiva com as variáveis taxa de analfabetismo, proporção da população na área rural e coeficiente de mortalidade infantil, e uma relação negativa com o percentual de domicílios com abastecimento de água e servidos de esgoto.

A despeito dessas metodologias, prevalece o comportamento histórico da alocação de recursos pautada na produção e não nas necessidades, mantendo-se distribuições não eqüitativas dos recursos da saúde no Brasil (Marques e Mendes, 2003).

Assim, **a eqüidade e a universalidade no financiamento da saúde permanecem, então, como temas dos mais atuais e pertinentes**, com grande consenso nos últimos anos. Observa-se, entretanto, a presença de um problema ligado ao próprio conceito de eqüidade: uma distribuição geográfica eqüitativa não necessariamente permite alcançar o objetivo da eqüidade em termos de necessidades individuais. Com isso, para se alcançar algum resultado válido, deve-se estabelecer um conceito estreito do que seja equidade na alocação de recursos para financiamento das ações de saúde.

Mendes et al (2007), em estudo mais recente, buscam estabelecer uma metodologia de alocação eqüitativa dos recursos federais do SUS para os estados e municípios brasileiros, tanto para procedimentos da Atenção Básica como para Média e Alta Complexidade. Além disso, esses autores assumem que **o financiamento federal deve corrigir as desigualdades existentes entre as diferentes capacidades de autofinanciamento dos estados e municípios e das suas distintas possibilidades de referência atendida e recebida na Média e Alta Complexidade**.

Para esses autores, entende-se a eqüidade como algo concernente às necessidades da população e não, necessariamente, à oferta de serviços de saúde empreendidos pelos municípios à população. Desta forma, a referência básica para a definição dessa metodologia está no princípio de que "para necessidades iguais sejam distribuídos iguais volumes de recursos financeiros" (Giraldes, 1987 *apud* Mendes, 2007).

No estudo, o conceito de eqüidade alia-se aos perfis demográficos, epidemiológicos, sociais e financeiros das famílias, tomadas a partir das unidades da federação. Para tanto, o ponto de partida foi desenvolver uma metodologia usando como referência o atual estado das artes tanto

[20] Para a compreensão das diversas experiências nacionais, desenvolvidas no âmbito dos estados, ver Mendes e Marques (2003a).

dos estudos como das políticas adotadas, tanto no Brasil como no exterior, de alocação eqüitativa de recursos para a área da saúde.

Com base nesta metodologia, o trabalho apresenta a distribuição de recursos federais do SUS, tanto para recursos destinados a financiamento dos Procedimentos da Atenção Básica como da Média e Alta Complexidade. Os valores apresentados estão agrupados por Estados da Federação, apesar de no caso da atenção básica o mesmo ter sido desenvolvido para todos os municípios brasileiros.

A proposta apresentada neste trabalho limita-se aos recursos para financiamento de custeio do sistema de saúde, pois é consenso entre os autores que a forma mais fácil de obter uma distribuição mais eqüitativa dos recursos de financiamento das ações de saúde, a longo prazo, é centrar esta perspectiva nos recursos para financiamento de novos investimentos nesta área.

A metodologia adotada neste estudo tem como referência o trabalho desenvolvido por Porto et al (2005) para procedimentos da Atenção Básica, mas difere substancialmente dela quanto à metodologia de distribuição dos recursos para procedimentos da Média e Alta Complexidade. Além disso, diferentemente da proposta de Porto, para os recursos da Atenção Básica, **a metodologia proposta abrange o total de recursos, tanto fixos como variáveis, partindo do pressuposto de que cabe aos municípios a decisão de como alocar esses recursos entre os vários programas de saúde que venham a ser desenvolvidos por eles.**

O ponto de partida para o cálculo do valor proposto para a Atenção Básica para todos os 5.564 municípios brasileiros foi dividir o total de recursos do PAB (fixo e variável) transferidos pelo Ministério da Saúde (MS) aos municípios em 2005 (R$ 4.972.692.355) pela população total brasileira de 184.184.264 habitantes, estimada para esse mesmo ano pelo IBGE, o que gerou um valor *per capita* de R$ 27,00, ao qual se denominou BASE.

Já para os recursos federais do SUS destinados a procedimentos de média e alta complexidade (MAC), a distribuição foi feita com base no valor *per capita*, cabendo a cada unidade da federação a parcela dos recursos totais destinados a procedimentos de média e alta complexidade, os quais, em 2005, atingiram a cifra de R$ 15.958.632.852,81, ou R$ 86,64 *per capita*, proporcionais a sua população.

Cabe ressaltar que enquanto para o PAB a unidade da federação de referência para distribuição de recursos foi o município, para o MAC esta unidade se refere ao Estado. Isso porque, nos 26 estados da federação e o Distrito Federal, o gasto do MS por microrregião de saúde não está disponível, impedindo que venha a ser realizada a comparação entre o gasto alocado pelo MS em 2005 e o gasto estimado por esse trabalho utilizando-se as necessidades de saúde.

O passo seguinte consistiu de encontrar uma *proxi* para necessidade sócio-econômica e sanitária para corrigir os valores a serem distribuídos. Criou-se um fator, obtido através do uso da técnica de análise de componentes principais, destinada a explicar a estrutura de variância-covariância de um grupo de variáveis epidemiológicas, demográficas, sanitárias e sócio-econômicas em poucas combinações lineares destas variáveis não co-relacionadas entre si. Esta técnica permite melhorar a interpretação das relações e viabilizar a estimação dessas relações. Por fim, elaborou-se um indicador composto de necessidades em saúde.

Após a elaboração do Indicador de Necessidades em Saúde (INSES), foram realizados ajustes para a melhor alocação de recursos a estados e municípios. Tais ajustes diferenciam-se conforme o nível de atenção à saúde.

a) No tocante à atenção básica

Partiu-se da idéia que os recursos transferidos pelo MS têm o objetivo de complementar o financiamento das ações de saúde desenvolvidas pelos municípios e, desta forma, há que se levar em conta que, numa distribuição eqüitativa de recursos, necessidades financeiras de cada município devam ser consideradas. Municípios com baixa disponibilidade de recursos fiscais *per capita* deveriam ter uma complementação maior por parte dos recursos federais, quando comparados aos municípios com alta capacidade de arrecadação fiscal *per capita*.

Assim, o estudo propôs um ajuste do per capita obtido a partir do INSES pelas necessidades financeiras, representadas pela receita disponível (impostos mais transferências constitucionais) *per capita* dos municípios, denominado Indicador de Necessidades Financeiras (INF). O estudo entende que a receita disponível constitui-se no melhor indicador da capacidade relativa de autofinanciamento dos municípios. Este ajuste por receita disponível permite, ao MS, descentralizar parcelas maiores de recursos àqueles municípios com menor capacidade de autofinanciamento.

b) Média e Alta Complexidade

Uma vez haver informações disponíveis, antes de qualquer obtenção de valor *per capita*, procedeu-se a um primeiro ajuste com base na estrutura etária e da composição populacional por gênero apresentada pelos estados brasileiros, face aos seus efeitos sobre as necessidades de saúde, conforme consenso na literatura. Com isto, o valor inicial de R$ 86,64 foi corrigido pelo Índice de Correção Populacional por Idade e Sexo (ICIS).

As correções seguintes não foram diferentes das descritas para a atenção básica: o Índice de Necessidades Sócio, Econômicas e Sanitárias (INSES) e o Indicador de Necessidades Financeiras (INF).

Como última etapa do estudo, para se obter uma base adequada à eqüidade na distribuição dos recursos federais do SUS para procedimentos de média e alta complexidade, considerou-se que alguns estados prestam serviços a residentes de outros estados, fazendo-se necessária uma correção de acordo com o fluxo líquido de prestação de serviços entre os estados. Esta correção considerou o percentual de referência atendida e recebida na média e alta complexidade, mensurada pela taxa de importação e exportação de pacientes de cada estado, com base no valor médio da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) da população residente, segundo o Datasus do Ministério da Saúde para 2005.

O índice de fluxo de internação hospitalar (IFIH) foi calculado obtendo-se inicialmente um fator que mensura o fluxo líquido nas AIH pagas por local de internação, segundo os estados da federação, entre aquelas referentes ao local de internação e aquelas relativas aos residentes no local de internação.

Entende-se que a metodologia do estudo descrita, de forma geral, contribui para uma discussão de alocação eqüitativa de recursos federais. Considera-se que todos os índices estabelecidos no estudo, buscam corrigir as diferentes necessidades de saúde para procedimentos de atenção básica e de média e alta complexidade. A discussão dessa metodologia pode contribuir para a retomada da alocação de recursos com base na equidade, tema afastado da agenda atual do SUS.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, Mônica et al. *Metodologia de Alocação Eqüitativa de Recursos:* uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. Mimeo.

BRASIL. *PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.* Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm

BRASIL. *PORTARIA Nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007.* Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento e seu respectivo monitoramento e controle. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.

BRASIL. PORTARIA Nº. 1497, de 22 de junho de 2007. Estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos que compõem os blocos. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.

MACHADO, E.N.M. et al. *Atenção Básica à Saúde em Minas Gerais:* Desigualdades na distribuição de recursos financeiros e na prestação de serviços básicos após a introdução do Piso de Atenção Básica (PAB). Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003.

MARQUES, Rosa; MENDES, Áquilas. Os (Des) caminhos do financiamento do SUS. *Saúde em Debate*. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de saúde. Rio de Janeiro: v. 27, n.65, set/dez, 2003.

MARQUES, Rosa; MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro: v. 8, p. 403 - 415, 2003a.

MENDES, Aquilas et al. *Estudo sobre Metodologia de Alocação Eqüitativa dos Recursos Federais*. Relatório de Pesquisa. BRA/CNT/0600686.001, Brasília, OPAS, 2007.

PORTO, Silvia M. Equidad y distribuición geográfica de recursos financieros en los sistema de salud. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 18, n.4, 2002. p.939-57.

PORTO, Silvia et al. Alocação Eqüitativa de Recursos Financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de saúde. Rio de Janeiro: v. 27, n.65, set/dez, 2003.

PORTO, Silvia et al. Projeto Alocação Geográfica de Recursos. *Relatório Final para o Ministério da Saúde.* Rio de Janeiro, outubro de 2005. Mimeo.

IV. A capacidade de condução do SUS: relações do gestor do sistema com os prestadores de serviços (modelos de gestão e de remuneração dos prestadores).

A gestão do sistema de saúde em cada nível de governo traz, a nosso ver, implícitas duas questões fundamentais:

1. a estruturação e condução de ***uma rede integrada*** de serviços;

2. a ***regulação dos prestadores*** que integram essa rede, de forma a induzi-los a cumprir um papel (ou missão, nos termos de Crémadez, 1997) específico nessa rede.

São abordadas a seguir estas duas macro-questões.

1. A estruturação e condução de *uma rede integrada* de serviços

Este se constitui em um dos principais desafios do SUS, pois a estruturação e condução de uma rede integrada de serviços implicam na superação da atual fragmentação do sistema nos seus distintos níveis de atenção, bem como na desarticulação dos distintos prestadores inseridos em um mesmo nível de atenção.

Como possíveis causas dessa fragmentação dos serviços de saúde no Brasil, vale sugerir as seguintes:

a) O fato de que **o SUS opera não só com unidades públicas, mas fundamentalmente com prestadores hospitalares e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico privados,** contratados ou conveniados (quando se trata de entidades filantrópicas). Como apontado em Santos et al (2008), segundo a AMS/IBGE-2005 nada menos que 62% dos estabelecimentos com internação e 68% dos leitos do país são privados, bem como 92% dos prestadores de SADT. Destes, 69% dos estabelecimentos privados que contam com internação e 65% dos leitos privados são contratados pelo SUS.

Ainda, os prestadores públicos pertencem a distintas esferas de governo e, portanto, respondem a distintos gestores (federal, estaduais ou municipais).

É evidente que para construir redes integradas, constituídas por prestadores que operam com lógicas distintas e respondem a distintos gestores, não basta apenas remunerá-los mediante a apresentação de serviços prestados. São necessários outros instrumentos de condução e regulação.

b) **O modelo de descentralização do SUS adotado desde os anos noventa, centrado no processo de municipalização da gestão do sistema**.

É sabido que, dentre os mais de cinco mil municípios existentes no país, boa parte não tem capacidade técnica, administrativa e financeira para gerir um sistema de saúde. Além disso, a constituição de redes integradas de serviços implica em **superar a escala municipal de gestão, a partir da criação ou fortalecimento de uma esfera regional de condução do sistema de saúde.** Isto se tem mostrado de difícil implementação, pois retira poder do gestor municipal a favor do gestor estadual, ao qual caberia a condução das instâncias regionais de condução do SUS em cada estado.

c) **O modelo de atenção hospitalocêntrico, centrado na doença e no cuidado de casos agudos.**

Ao mesmo tempo em que ele inviabiliza, por si só, a construção de um sistema integrado de cuidados, que abranja a promoção da saúde, a prevenção de doenças e os serviços curativos e paliativos, ele desorganiza qualquer sistema integrado de prestadores de serviços.

d) A baixa capacidade de regulação do gestor do sistema de saúde, que se relaciona com os prestadores apenas mediante o pagamento por serviços previamente prestados.

No atual modelo, o gestor do sistema de saúde, ao se relacionar com os hospitais da "rede" (que, na realidade, não se constitui em uma verdadeira rede), tem apenas um elemento sob a sua condução: o estabelecimento de um limite máximo de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para cada hospital.

Entretanto, ele não tem capacidade para estipular o tipo de internações / casos a serem tratados por cada hospital, ou seja, a missão de cada hospital na suposta rede de serviços. O gestor do sistema apenas se limita a remunerar, através das AIHs, os serviços previamente prestados por cada hospital.

Como desenvolvido em Ugá (1994), tendo em vista que o sistema de classificação do produto hospitalar (ou dos casos tratados) vigente no Brasil veio deteriorando progressivamente a relação dos preços dos procedimentos médico-hospitalares, existem hoje procedimentos que são lucrativos e outros que geram déficit ao hospital.

Dessa forma, existe um incentivo para que o prestador hospitalar escolha aqueles casos a serem tratados (obviamente, os lucrativos).

Para além de gerar problemas no acesso a determinados serviços de saúde e de discriminação negativa de certo tipo de pacientes, uma conseqüência disto é a falta de capacidade de condução do sistema por parte do gestor do sistema de saúde.

Este tema é objeto da seção que segue.

2. Instrumentos de regulação dos prestadores de serviços de saúde

A regulação dos prestadores de serviços está condicionada pela capacidade de condução do gestor do sistema de saúde, no sentido de fazer com que os integrantes desse sistema cumpram o papel (ou missão) que lhes foi atribuído pelo gestor.

A regulação dos prestadores de serviços remete, portanto, a duas questões:

a) por um lado, à **capacidade técnica e política da equipe de gestão:**

- capacidade técnica para conceber e estruturar uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde (que compreenda todos os níveis e tipos de atenção) e, portanto, identificar o papel e as metas que cada prestador deve cumprir nessa rede; e

- **capacidade política do gestor estadual e dos gestores municipais para negociar e pactuar** com os municípios vizinhos e com o estado a constituição de uma rede de serviços que possibilite a integralidade do cuidado em saúde e que supere as fronteiras municipais.

b) por outro lado, a regulação dos prestadores remete **à disposição, por parte do gestor, de instrumentos de condução e regulação dos prestadores de serviços de saúde**.

No campo da Administração Pública, têm sido desenvolvidos modelos de contratualização entre o gestor público e prestadores de serviços de saúde. O contrato de gestão se dá entre o Ministério da Saúde e os hospitais de pequeno porte desde 2004 (Ugá e López, 2007), com o

intuito de induzi-los a mudar seu papel na rede de serviços, no sentido de que passem a desempenhar ações distintas daquelas que hoje exerce o Programa de Saúde da Família.

Como afirmam Braga Neto et al. (2008), *"um contrato deve ser compreendido como instrumento e práticas de pactuação de objetivos institucionais entre o ente executor das ações de saúde –o hospital- e o mantenedor institucional –o gestor do sistema. O contrato configura-se como dispositivo de acompanhamento a avaliação do desempenho institucional da entidade contratada e de aperfeiçoamento contínuo das suas relações de cooperação, supervisão e fiscalização com o poder público".*

Para que tal contrato de gestão tenha significado na condução do sistema de saúde, ele deve contemplar metas quantitativas (volume de serviços a ser produzido, por tipo) e qualitativas a ser cumpridas por cada prestador. Como ressalta Campos (1997), *"sem clareza da sua missão e do seu papel na rede assistencial, nenhuma instituição de saúde poderá ser planejada e adequada para dar uma resposta competente aos desafios colocados".*

Ainda, para que o contrato seja factível, é necessário **adequar a natureza jurídica dos prestadores a algum formato que possibilite o estabelecimento de um contrato de gestão** e outorgue autonomia administrativa aos prestadores, de forma, também, a responsabilizá-los integralmente pelo desempenho de sua instituição. Autores como Braga Neto et al. (op.cit.), sugerem um novo ente estatal, com natureza pública e submetida ao regime de direito privado. *"Este novo ente disporia de autonomias nas áreas de gestão de recursos humanos, compras e contratos, patrimonial, orçamentário e contábil".* É um assunto a ser enfrentado urgentemente, para viabilizar a construção de redes de serviços verdadeiramente integradas, nas quais cada prestador tem uma missão a cumprir, pré-estabelecida pelo gestor da rede.

Por outro lado, para que o contrato de gestão tenha potência na condução do sistema, ele deve ser acompanhado de um **sistema de alocação de recursos aos prestadores de serviços** apropriado **–que supere o mero pagamento por serviços previamente prestados**- e totalmente distinto, portanto, do que atualmente está em vigor no Brasil.

A forma em que historicamente o Estado brasileiro se relacionou com os prestadores de serviços de saúde (principalmente com os hospitais privados, dos quais quase 70% prestam serviços ao SUS) foi a de um mero pagador por serviços previamente prestados. Desde o início dos anos 90, a AIH (Autorização para Internação Hospitalar) é adotada também para a remuneração dos hospitais públicos.

No que tange a estes últimos, como apontado em Ugá (1994, op.cit.), esta forma de pagamento, denominada pagamento prospectivo por procedimento, *"transforma o produto sanitário (seja ele prestado por unidades públicas ou privadas) numa **mercadoria**, colocada no mercado de serviços de saúde (competitivo ou não, segundo cada estrutura local). Nesse sentido, é perfeitamente concebível que, através desse sistema de repasses financeiros, a unidade assistencial se comporte como uma firma, cujas decisões alocativas e de produção são determinadas pelo mark-up esperado a partir de cada tipo de produto.*

*O problema reside no fato de que essas mercadorias são tratamentos de saúde e, assim, quando um estabelecimento de saúde se recusa a produzir um determinado tipo de procedimento, ele está, de fato, **se negando a atender um determinado tipo de paciente**.*

*Dessa forma, em relação a este sistema em que o preço é pré-fixado e não é possível estocar produtos, poder-se-ia afirmar que, **na esfera da produção, o produto sanitário é o tratamento, que se transforma –na esfera da circulação- no paciente a ser (ou não) tratado".*** (Ugá, 1994, op.cit.)

Para além desse grave problema, que remete à segregação negativa de pacientes e fere os direitos de cidadania, esta forma de relacionamento entre o gestor do sistema de saúde e o hospital não possibilita a constituição e gestão de *redes de serviços integrados,* tendo em vista que cada estabelecimento recebe recursos proporcionais ao volume e tipo de serviços prestados, mas não de acordo a metas pré-definidas nas quais cada prestador tenha um papel a cumprir.

É dessa forma que, por exemplo, hoje se superpõe muitas vezes a produção de hospitais de pequeno porte (e de baixa complexidade assistencial) com a do Programa de Saúde da Família.

Como se sabe, os sistemas clássicos de alocação de recursos a prestadores são (Ugá, 1994; Jegers et al, 2002):

a) De um lado, os sistemas ex-ante, em que a alocação de recursos se dá em momento prévio à efetiva prestação de serviços:

- **Orçamento global**:

Consiste em repasses periódicos de um montante anual de recursos definido através de programação orçamentária elaborada pela unidade de saúde para o período correspondente e negociada com o órgão financiador.

A virtude deste método diz respeito ao grau de previsibilidade dos desembolsos do órgão financiador e correspondente captação de receitas da unidade. Argumenta-se, ainda, a favor deste método alocativo que ele induz a um maior controle dos custos, tendo em vista que a unidade deve desenvolver suas atividades com o orçamento que lhe foi alocado.

Entretanto, na ausência de um sistema permanente e eficaz de supervisão e controle, o sistema não contém estímulos ao aumento da eficiência nem da qualidade dos serviços prestados.

- **Alocação de recursos por capitação**:

Este método pressupõe a existência de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, no qual a cada unidade corresponda uma população a ela adscrita, previamente definida. O valor correspondente a cada prestador é determinado pelo número de indivíduos a ele adscritos, multiplicado por um valor *per capita.* Este é o sistema adotado no Reino Unido, para a alocação de recursos aos médicos generalistas que atuam de porta de entrada no sistema, os GPs.

"Dado que cada prestador recebe mensalmente, através deste método, uma quantidade pré-determinada de recursos [...] independente do volume de serviços efetivamente prestados, existe neste sistema de transferências um incentivo à subprestação de serviços (do ponto de vista qualitativo e/ou quantitativo), na ausência de um sistema de avaliação e controle sistemático" (Ugá, 1994).

b) Um outro grupo de formas de alocação de recursos se refere ao pagamento por serviços previamente prestados, em uma relação de compra e venda de serviços de saúde. Nesse caso figuram:

- **O pagamento itemizado (ou por ato médico)**:

Consiste na remuneração discriminada de cada item (material, medicamentos, hora profissional, hora centro cirúrgico, etc.) utilizado na prestação de um determinado serviço (por exemplo, uma cirurgia). Este sistema, em que pese o estímulo que ele obviamente introduz à expansão do custo de cada procedimento médico, é ainda preponderantemente utilizado no setor privado

brasileiro, como forma de pagamento das operadoras de planos de saúde aos hospitais contratados (Ugá et al, 2008).

- **O pagamento por diária hospitalar**:

Remunera as internações hospitalares segundo um valor correspondente ao somatório do número de diárias –o tempo de permanência- de cada paciente.

Embora ainda utilizado em alguns países europeus, ele estimula o hospital a prolongar desnecessariamente o tempo de permanência dos pacientes, tendo em vista que o custo da permanência dos mesmos tende a ser decrescente (dado que boa parte dos custos mais elevados, referentes a SADT e a cirurgias são realizados nos primeiros dias de internação).

- **O pagamento prospectivo por procedimento**:

Ele é prospectivo, pois os valores dos procedimentos são pré-determinados. Entretanto, a remuneração das internações se dá de forma retrospectiva, ou seja, após a prestação do serviço.

Esse método requer, fundamentalmente, um bom sistema de classificação dos procedimentos (ou dos pacientes), que leve em conta, além do diagnóstico principal, características do paciente (tais como idade, presença de co-morbidades, severidade da doença, etc.) que afetam o custo do tratamento. O mais conhecido é, dentre outros, o dos *DRGs – Diagnosis Related Groups* que, depois de mais de vinte anos, continua em fase de aprimoramento, dada a complexidade da constituição de grupos homogêneos em termos de diagnóstico e custo do tratamento.

Por isso, mesmo em países que adotam esse sistema mais aprimorado de classificação dos pacientes (os DRGs), se observa o fenômeno que consiste em classificar os pacientes que apresentam um custo mais elevado do que o previsto, em outros DRGs de mais elevado valor.

Uma síntese: os sistemas mistos

Hoje se reconhece que não há um sistema que, na sua forma pura, seja plenamente satisfatório (Ugá, 1994; Jegers et al, 2002).

Por isso, alguns países, como Portugal e Espanha (McKee e Healy, 2002) partiram para a adoção de sistemas mistos, alocando aos prestadores uma parte dos recursos em base ao orçamento global e outra em base ao pagamento prospectivo por procedimento (usando como método de classificação dos pacientes os DRGs). Embora interessante, esse sistema parece ser pouco potente enquanto instrumento de gestão e condução de um sistema integrado de serviços de saúde.

Em outros casos, como na província do Québec, Canadá, optou-se por adotar o orçamento global, mas ajustado segundo o nível de cumprimento de metas.

Como proposto em Ugá, 1994 (op.cit.), parece-nos que o caminho mais apropriado para a gestão de sistemas integrados da atenção é o de adotar o orçamento global, ajustado segundo cumprimento de metas quantitativas (volume de serviços efetivamente prestados) e qualitativas.

Dessa forma, **o sistema de alocação de recursos através de orçamento global ajustado ao cumprimento de metas** contemplaria:

"- o condicionamento de parte dos repasses à efetiva prestação dos serviços programados para o ano-base do orçamento [....]);

- a incorporação da variável cumprimento de metas pré-estabelecidas na determinação do volume de recursos correspondente a cada prestador. [.....] As metas fundamentais a serem coletivamente definidas devem dizer respeito não só ao volume se serviços programado –em base ao qual é elaborado o orçamento-, mas fundamentalmente a objetivos relacionados à

qualidade *dos serviços prestados e à* ***eficiência*** *na utilização dos recursos públicos". (Ugá, 1994, op.cit.)*

Enfim, a referida proposta contempla uma negociação entre o gestor do sistema de saúde e cada prestador de serviços, na qual será atribuída uma missão (ou papel) para cada prestador, em termos de tipo e volume de serviços a serem produzidos para o SUS. E essa negociação deverá contemplar, ademais, aspectos qualitativos da atenção (por exemplo, redução de taxas de infecção hospitalar, redução da taxa de reinternação de pacientes não crônicos, dentre outros).

Nessa perspectiva, adotando os termos de Cecílio (2003), *"hoje, o sistema de saúde se comporta mais como uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitam, do que como um sistema onde o funcionamento harmonioso entre partes, cada qual com sua "função", contribua para o bom funcionamento do todo. [...] A integralidade do cuidado que cada pessoa necessita, freqüentemente, transversaliza todo o sistema [...] e só pode ser obtida em rede".*

O "novo hospital" pode –e deve– ser um espaço de promoção da saúde, com equipes trabalhando e colaborando ativamente na construção de novas relações dentro do sistema de saúde. Sua missão e perfil devem ser negociados permanentemente, vistos e revistos sob a ótica de um sistema de saúde integral –e como um todo, integrado– que atenda as necessidades reais das pessoas. Para Cecílio (1997), "*atuar a partir do hospital pode ser, quase que paradoxalmente, uma importante estratégia para enfrentarmos a lógica hospitalocêntrica que tanto queremos modificar*".

Sobre o pagamento segundo desempenho *(pay-for-performance)*

No início dos anos noventa, algumas operadoras de planos de saúde *(Health Maintenance Organizations – HMO)* nos EUA introduziram nos seus contratos com os prestadores incentivos pecuniários para o atingimento de metas qualitativas, adotando o sistema de *benchmarking*.

Também no Reino Unido desde a mesma época, no contexto do gerencialismo, foram estabelecidos contratos que continham incentivos financeiros para a melhoria do desempenho no programa de imunizações e em atividades de promoção da saúde, dentre outras (Christianson et al, 2007).

Esse movimento se intensificou nos anos 2000, destinando-se recursos adicionais de um bilhão de libras ao NHS para o pagamento de incentivos ao aumento da qualidade (Roland, 2004). Nesse programa, os clínicos gerais que atuam como porta de entrada no sistema - GPs - podiam receber uma remuneração adicional de até 42 mil libras por médico referente ao cumprimento de metas qualitativas.

Em 2004, foi adotado um novo modelo de contrato entre o Estado e os GPs, que também contempla incentivos ao aumento da qualidade na atenção médica, associando nada menos que 25% da remuneração dos clínicos gerais ao seu desempenho. Este é medido através de 146 indicadores pertencentes aos seguintes domínios (Christiansen et al, op.cit.):

- padrões clínicos relacionado ao cuidado de pacientes;

- **padrões organizacionais** referentes ao registro e à informação, comunicação com os pacientes, educação e treinamento, gestão dos medicamentos, gestão clínica;

- **experiência do paciente**, baseada em inquéritos e consultas;

- **serviços adicionais** (acompanhamento da saúde infantil, de serviços de pré-natal e contracepção, dentre outros).

- **cuidado holístico**, baseado no desempenho no domínio clínico.

Os referidos autores revisaram 36 artigos publicados sobre os impactos desses incentivos financeiros sobre a qualidade dos serviços prestados. Encontraram escassas avaliações de um impacto significativo e destacam a dificuldade de avaliar programas com desenhos muito distintos. Estimam, ainda, que a limitação do impacto desses incentivos financeiros é provavelmente devida, em alguns casos, ao fato de que um mesmo prestador possui distintos vínculos / contratos com órgãos financiadores diversos.

Outras limitações detectadas se referem à mensuração do desempenho: o número pequeno de pacientes portadores de determinados agravos (diabetes, p.ex.) tratado por cada médico; o fato de que os melhores médicos tratam, em geral, dos casos mais complexos (o que leva à necessidade de avaliar o desempenho ajustado por risco) e, enfim, a complexidade de um processo de avaliação de desempenho, o qual, por sua vez, introduz custos adicionais ao sistema.

3. Considerações finais

A integralidade do cuidado à saúde é, sem dúvida, um dos principais desafios do SUS aos seus vinte anos de existência. Para a consecução desse objetivo e da real capacidade de gestão de redes integradas de saúde, foram levantadas as seguintes questões:

- A estruturação e condução de *uma rede integrada* de serviços implicam em repensar o modelo de municipalização à outrance levado a cabo no SUS, até hoje; requer o fortalecimento da esfera estadual, a quem compete o desenho e a estruturação de redes intermunicipais integradas de serviços;

- Isso remete, portanto, à superação do modelo hospitalocêntrico do cuidado à saúde e à efetivação da atenção básica como porta de entrada ao sistema;

- A construção dessas redes integradas de serviços de saúde requer fortalecer a capacidade técnica e política dos gestores do SUS:

* a capacidade técnica dos gestores estaduais para conceber e estruturar uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde (que compreenda todos os níveis e tipos de atenção) e, portanto, identificar o papel e as metas que cada prestador deve cumprir nessa rede; e

* a capacidade política do gestor estadual e dos gestores municipais para negociar e pactuar a constituição de uma rede de serviços que possibilite a integralidade do cuidado em saúde e que supere as fronteiras municipais.

- A capacidade de condução do sistema de saúde a partir de redes integradas de serviços requer instrumentos de condução e regulação dos prestadores de serviços de saúde, dentre os quais figuram:

* modelos de contratualização entre o gestor público e prestadores de serviços de saúde;

* a adequação da natureza jurídica dos prestadores a algum formato que possibilite o contrato de gestão e outorgue autonomia administrativa aos prestadores, de forma, também, a responsabilizá-los integralmente pelo desempenho de sua instituição;

* um sistema de alocação de recursos aos prestadores de serviços que supere o mero pagamento por serviços previamente prestados, como por exemplo o orçamento global ajustado segundo cumprimento de metas quantitativas e qualitativas.

Referências bibliográficas

CRÉMADEZ, M, *et al. Le management stratégique hospitalier*. 2e édition. Paris: Inter Editions; 1997.

SANTOS, I; UGÁ, M.A.D. e PORTO, S. *O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 13, n. 5, 2008

UGÁ, MAD. *Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira*. Série Economia e Financiamento nº 4. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1994.

UGÁ, M.A.D. e LOPEZ, E.M. Os *hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.12, n.4, 2007.

BRAGA NETO, F; BARBOSA, P. e SANTOS, I.S. *Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências.* In: Giovanella, L; Escorel, S; Lobato, L; Noronha, J; Carvalho, A. (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CAMPOS, G.W. *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde.* In: Merhy EE, Onoko R. (org.). Agir em Saúde, um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

JEGERS, M; KESTELOOT, K; DE GRAEVE, D. & GILLES, W. *A typology for provider payment systems in health care.* Health Policy, 60, 2002

UGÁ, M.A.D; LIMA, S.L; PORTELA, M.C; VASCONCELLOS, M.M; GERSCHMAN, S.V. *Estudo dos prestadores hospitalares frente às práticas de micro-regulação das operadoras de planos de saúde.* Relatório de Pesquisa [mimeo], 2008.

MC.KEE, M. e HEALY, J. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002

CECÍLIO, L.C.O, MERHY, EE. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.* Campinas; 2003. [mimeo].

CECÍLIO, L.C.O. *A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança*. *RAP* 1997; 31(3).

CHRISTIANSON, J; LEATHERMAN, S. & SUTHERLAND, K. *Financial incentives, healthcare providers and quality improvements. A review of evidence.*. London: The Health Foundation, 2007.

ROLAND, M. *Linking physicians' pay to the quality of care: a major experiment in the United Kingdom*. The New England Journal of Medicine, v. 251, 2004.

V. Qualificação do gasto em saúde: o papel da avaliação econômica para a incorporação de tecnologias

a) Considerações gerais

Como qualificação do gasto em saúde entende-se aqui o ato de gastar melhor, no sentido de incorporar tecnologias que tenham evidência clínica de sua eficácia e seguridade ao paciente, que sejam socialmente aceitas e que apresentem uma relação entre seu custo e seus resultados melhor do que a das demais. Trata-se, portanto, de maximizar o valor do dinheiro *(value for money)* gasto no âmbito da saúde.

Verifica-se nas últimas décadas um acelerado e intenso processo de produção e incorporação de novas tecnologias no campo da prestação de serviços de saúde, principalmente a partir da revolução tecnológica ocorrida nas indústrias de medicamentos e de equipamentos médicos, depois da II Guerra Mundial.

Este processo é bem descrito por Caetano e Vianna (2006): *"O padrão de acumulação de capital na área da saúde estava condicionado pelos avanços tecnológicos que ocorriam nesses setores. Para o setor privado, abriu-se uma enorme janela de oportunidades. Criaram-se várias trajetórias tecnológicas que podiam ser exploradas com elevado grau de cumulatividade e apropriabilidade. Os retornos eram tão substanciais que, por exemplo, a indústria farmacêutica passou a ser o setor com uma das mais altas taxas de lucratividade da economia.*

O setor prestador de serviços médicos também se adaptou rapidamente a esses novos tempos. Novas práticas e especialidades foram abertas. Uma "boa medicina" já não mais podia ser exercida sem o auxílio de equipamentos de última geração e da solicitação de uma grande batelada de exames complementares. A saúde torna-se uma mercadoria para se vendida e comprada, normalmente a um custo elevado.

Para a população, em geral, este momento é também de grande transformação. A segunda metade do século XX é o do império da tecnologia. No imaginário coletivo, a tecnologia é não apenas a vinculada ao setor saúde, passa a ser um objeto de desejo. Todos, ou praticamente todos, buscam com avidez o último modelo de TV, de aparelho de som, de tomógrafo computadorizado, etc. Na saúde, a tecnologia assume um papel simbólico importante. Ela é o conforto e a garantia de que o conhecimento humano foi utilizado no máximo do seu potencial atual na solução dos problemas individuais. O público demanda, exige que a prática médica seja calcada na "melhor" tecnologia disponível.

Constrói-se um cenário explosivo: de um lado, um crescimento vertiginoso da oferta; de outro, uma forte pressão de demanda cujo resultado é evidente. Os gastos com a saúde aumentaram de forma exponencial em praticamente todos os países".

Por outro lado, dada a velocidade e intensidade do processo de produção e incorporação de tecnologias no campo da saúde, não se tem certeza sobre a real eficácia de alguns exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos – por exemplo, sobre a real acurácia do exame de densitometria óssea e sobre a real eficácia do tratamento de reposição hormonal para o aumento da massa óssea, como analisado por Silva (2003). E estas tecnologias são utilizadas de forma intensiva no nosso sistema de saúde.

Sabe-se, ainda, que existe uma grande variabilidade na prática clínica, o que significa que alguns profissionais estão tomando as decisões menos adequadas e que outros.

É evidente, assim, a fundamental importância da atividade de avaliação de tecnologias (ATS) em saúde. Segundo Novaes (2000) *"na sua definição mais abrangente, a avaliação tecnológica em saúde é aquela que toma como sua unidade de análise, ou ponto de partida, uma tecnologia, de produto ou de processo, passível de ser caracterizada na sua dimensão temporal e espacial (que, onde, como, quando, para quem, para quê)"*.

b) A avaliação de tecnologias em saúde

Assim, são consideradas tecnologias em saúde os medicamentos, os equipamentos, os programas e protocolos assistenciais, bem como os sistemas organizacionais e educacionais e todo produto ou processo que seja incorporado na produção de bens e serviços de saúde.

Nos termos de Donaldon e Sox (1992), a avaliação de tecnologias em saúde pode ser definida como *"uma forma abrangente de pesquisar as conseqüências técnicas (quase sempre clínicas), econômicas e sociais, de curto e longo prazo, da utilização das tecnologias em saúde, bem como de seus efeitos diretos e indiretos, tanto desejáveis como indesejáveis"*.

Segundo Novaes (op.cit.), a avaliação de tecnologias em saúde considera: "*suas dimensões técnicas (a segurança e efetividade de uma tecnologia, ou seja, a capacidade de produzir o resultado para o qual ela foi desenvolvida, sem causar danos, em condições normais de utilização nos serviços de saúde) e econômicas (estudos de custo-efetividade, custo-utilidade ou custo-benefício), quando então se associam às avaliações econômicas"*.

No contexto internacional, a ATS surgiu nos anos 60, servindo de suporte à tomada de decisão dos gestores em saúde, assim como dos clínicos, dos chefes de serviços e das organizações de pacientes, dentre outros atores. Esse processo resultou na criação de algumas agências de ATS, como é o caso, por exemplo, do National Institute for Clinical Excellence (NICE), no Reino Unido.

No Brasil, no âmbito governamental, o marco oficial da regulação da incorporação de tecnologias se deu com a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) em 2000, bem como com a constituição do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Ministério da Saúde (CCTI), em 2003.

Segundo o DECIT/MS (2006), *"o CCTI conduz as diretrizes e promove a avaliação tecnológica para a incorporação de novos produtos e processos pelos gestores, prestadores e profissionais dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito do Conselho, foi criado o Grupo Permanente de Trabalho em Avaliação de Tecnologias em Saúde (GT ATS) para desenvolver estudos de interesse do SUS"*.

No que diz respeito ao fluxo para a incorporação de novas tecnologias no SUS, afirma o mesmo documento que ele foi instituído através de Portaria específica em 2006, que institui a Comissão para Incorporação de Tecnologias em Saúde (CITEC), sob a coordenação da SAS/MS, na qual participam a SCTIE/MS, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a Agencia Nacional de

Saúde Suplementar (ANS) e a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A mesma Portaria estabelece como prerrogativa do DECIT a realização de estudos em ATS.

A eleição de tecnologias a serem avaliadas segue os seguintes critérios: as que estão em desenvolvimento ou em fase de pré-registro na ANVISA; as já incorporadas no sistema de saúde, mas que necessitam de uma avaliação econômica ou de efetividade e, finalmente, as já registradas mas ainda não incorporadas (DECIT, op.cit.).

Ainda segundo o DECIT (op.cit.), **os critérios de priorização para a realização dos estudos de avaliação de tecnologias** são os seguintes:

"*1. **gravidade e prevalência da condição de saúde**: magnitude do problema, indicadores de morbidade, mortalidade, incapacidade, carga de doença e fatores de risco da doença ou agravo para a qual a tecnologia está sendo indicada.*

*2. **custo social da condição de saúde**: estigmas sociais, perdas da capacidade de trabalho e de convívio social, gastos previdenciários decorrentes de aposentadorias por invalidez, entre outros fatores que interfiram no bem-estar da sociedade.*

*3. **potencial dos resultados do estudo para melhorar o resultado/benefício para a saúde**: possibilidade em contribuir para a melhoria da qualidade de vida, considerando a efetividade e a eficácia da tecnologia avaliada.*

*4. **potencial dos resultados do estudo para mudar os custos para o sistema de saúde**: possíveis alterações, de aumento ou de redução, nos custos de procedimentos ou de intervenções geradas pelo estudo.*

*5**. potencial dos resultados do estudo para contribuir para a melhoria da qualidade da assistência**: possibilidade de gerar melhorias em todos os níveis de atenção à saúde.*

*6. potencial **dos resultados do estudo em reduzir os riscos para a saúde**: possível contribuição da tecnologia a ser estudada na redução dos riscos para a saúde em relação à segurança da intervenção.*

*7. **custo unitário ou agregado da tecnologia frente à demanda de utilização**: análise do custo da tecnologia e do seu impacto para o sistema de saúde, frente à demanda de utilização, como tecnologias de baixo custo unitário, com grande impacto econômico final para o sistema, dependendo da demanda, ou tecnologias de alto custo com pequena demanda.*

*8. **suficiente disponibilidade de evidência científica**: análise da disponibilidade de estudos de qualidade na área e da necessidade de realização de pesquisas.*

*9**. controvérsia ou grande interesse entre os profissionais da saúde**: análise dos interesses das classes profissionais e da discussão ou discordância sobre a efetividade da intervenção a ser avaliada, além da pressão por parte dos profissionais.*

*10. **exigência de ações do Estado**: análise da pressão política de associações de portadores de patologias, pesquisadores, Ministério Público, Judiciário, organismos internacionais, países do Mercosul, para que as tecnologias sejam avaliadas ou rapidamente incorporadas. Relaciona-se também à necessidade de tomada de decisão reguladora quanto à incorporação ou ao abandono da tecnologia".*

Embora bem desenhada no que diz respeito ao processo de eleição de prioridades na ATS, a política de avaliação de tecnologias em saúde sofre, a nosso ver, da **superposição das ações dos atores nela envolvidos** (SAS/MS, SCTIE/MS, SVS, ANS, ANVISA), dos quais alguns montaram estruturas burocráticas específicas para cuidar dessa questão, o que implica em um aumento de gastos e um inchaço desnecessário de algumas instituições.

Assim, se por um lado é positivo que o processo de eleição de prioridades seja coletivo, parece-nos que o desenvolvimento da política de incorporação de tecnologias deve estar em mãos de um único agente.

Outra questão é a de **se esse agente deve ou não pertencer ao aparelho de Estado**. Por um lado, a arena estatal é onde se dá o embate entre distintos grupos de interesse, o qual desaconselharia a ter um agente regulador da incorporação de novas tecnologias dentro do aparelho do Estado. Mas, por outro lado, não estar na esfera governamental traz problemas inerentes à implementação das decisões oriundas dos resultados de estudos de avaliação de tecnologias. Nesse sentido, a experiência do renomado NICE, órgão autônomo não pertencente à esfera governamental no Reino Unido, nos revela que ele tem uma limitada influência política: como afirmam Oliver et al. (2004), ele tem *"um impacto limitado sobre decisões muito específicas de estabelecimento de prioridades na atenção à saúde"*. Isso fala a favor, portanto, de que o órgão de avaliação de tecnologias seja estatal.

Adicionalmente, vale citar a **distinção** feita por esses autores **entre avaliação *(assessment)* e valoração *(appraisal).*** O primeiro remete, segundo eles, à ciência em que se baseia a avaliação de tecnologias, enquanto que o segundo é o processo através do qual as análises da avaliação de tecnologias são (ou não) consideradas no processo de *policy making*.

Isto nos remete a uma outra questão: **a avaliação propriamente dita deve estar em mãos da academia, enquanto compete ao ente regulador a tomada de decisões sobre a escolha das tecnologias a serem avaliadas e sobre aquelas a serem incorporadas no sistema de saúde brasileiro.**

É importante, também, que exista uma **extensa e diversa lista de agentes avaliadores (centros de pesquisa de distintas instituições),** pois são conhecidas as pressões da indústria de equipamentos e medicamentos para a incorporação dessas novas tecnologias no sistema de saúde. Vale mencionar, a esse respeito, a criação, no final do ano passado, da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats).

Segundo o MS, essa rede *"terá como membros os principais atores da área da saúde, para facilitar a definição de prioridades, a formação profissional, o monitoramento de tecnologias, a padronização de metodologias e a promoção de pesquisas com excelência em ATS. Como produtos da rede, serão produzidos pareceres técnico-científicos, pesquisas estratégicas, resumos estruturados para divulgação, avaliações econômicas e revisões sistemáticas"*. Entretanto, o texto não deixa claro quem são os atores dessa rede que, a nosso ver, deveriam ser as instituições acadêmicas, pois se trata de avaliar (esfera técnica) – e não de valorar (esfera política).

Ainda, é necessário considerar não só a eficácia de cada tecnologia per se, mas, principalmente, **compará-la com a tecnologia em uso para o tratamento do mesmo agravo.** E compará-la não só em termos de eficácia, mas em termos da relação de custo / efetividade incremental (isto é a razão entre a diferença de custos e a diferença em termos de efetividade).

Como afirmam Oliver et al. (op.cit.), há "um movimento desde a análise de efetividade em direção à análise do custo-efetividade. [...] A atenção se desloca desde meramente identificar intervenções de induvidavel efetividade [...] em direção à **identificação daquelas intervenções que geram o maior benefício na atenção à saúde por cada unidade de recursos gasta** (ou seja, tendo em vista a recomendar o melhor uso do orçamento da atenção à saúde)".

Finalmente, não se deve perder de vista, na avaliação de tecnologias em saúde, a **perspectiva do paciente** na formulação de políticas de incorporação tecnológica, que envolve não só questões técnicas e econômicas, mas também valores decorrentes de cada cultura. Ainda, deve-se formular uma **estratégia de divulgação dos resultados da ATS aos cidadãos,** que hoje são apenas informados sobre as supostas virtudes das novas tecnologias através de programas de televisão, de caráter leigo.

c) As análises econômicas de avaliação de tecnologias em saúde

Existem quatro tipos de avaliação econômica de tecnologias em saúde, que comparam tecnologias alternativas a partir de seu diferencial em termos de custos e de efeitos.

O tipo mais simples consiste na **análise de minimização de custos**. Ela é apropriada para comparar tecnologias que tem o mesmo resultado (em termos de eficácia ou de efetividade), mas que tenham diferenciados custos – diretos (decorrentes do procedimento em si) e/ou indiretos (referentes aos efeitos posteriores do tratamento, tais como tempo de recuperação, tratamentos posteriores, etc.).

Esse tipo de análise limita-se, portanto, a comparar em termos de custos tecnologias com efeito semelhante.

As **análises de custo-efetividade** estimam a razão incremental entre a diferença de efetividade e a diferença entre custos de duas ou mais tecnologias.

Diferentemente da **eficácia**, que se refere à probabilidade de que um indivíduo em uma população definida se beneficie da aplicação de uma tecnologia médica (medicamento, procedimento) nas condições ideais de aplicação (tendo, portanto, validade universal), **a efetividade** remete à probabilidade de que um indivíduo em uma população definida se beneficie da aplicação de uma tecnologia médica nas condições reais de aplicação (não tendo, portanto, validade universal).

Os estudos de custo-efetividade inicialmente tomavam como medida de efetividade a própria unidade de produção do serviço (número de crianças vacinadas no que se refere ao Programa Ampliado de Imunizações; carga viral, no que se refere ao tratamento da AIDS, nível de glicemia, no que tange ao tratamento da diabetes, etc.).

Posteriormente, para poder comparar programas sanitários de distinta natureza, foram tomados como unidades de efetividade os resultados finais (casos evitados, mortes evitadas) e, mais recentemente, a carga da doença evitada através de cada intervenção.

Quando o efeito mais relevante a ser avaliado é, fundamentalmente, **o tempo e qualidade da sobrevida do paciente** a distintos procedimentos (por exemplo, ao comparar o transplante de rim com a diálise renal), utiliza-se como medida o QUALY *(quality adjusted life year)* ou ano de vida ajustado por qualidade, dentre outras unidades.

Para comparar a razão da diferença entre o tempo e qualidade da sobrevida obtida através de distintos procedimentos médicos e a respectiva diferença de custos, foi desenvolvido o método **de análise de custo-utilidade.**

A análise de custo-utilidade é uma modalidade da análise de custo-efetividade, na qual a efetividade é medida através de um indicador (QUALY, por exemplo) que expressa a duração e a qualidade da sobrevida obtida através de cada tecnologia avaliada.

Estes estudos são particularmente válidos nas seguintes situações:

- Quando a qualidade de vida é o principal resultado a ser avaliado nas distintas tecnologias disponíveis (por exemplo, no caso da atrite);

- Quando a qualidade de vida relacionada a um estado de saúde é um resultado muito importante (como é o caso, por exemplo, das distintas tecnologias disponíveis para os cuidados intensivos de neonatais com baixo peso ao nascer, com distintos efeitos na qualidade da sobrevida desses pacientes);

- Quando as tecnologias comparadas têm vários tipos de resultados e se necessita de uma unidade comum de resultado ou comparação.

Finalmente, devem-se mencionar as **análises de custo – benefício**. Este método foi o primeiro a ser utilizado nas avaliações econômicas de intervenções no campo da saúde. Por isso mesmo, como apontado em Ugá (1995), faz uma transposição direta da análise de projetos de investimentos econômicos (que comparam a receita esperada de um determinado investimento com os custos do mesmo, ao longo de um determinado período, e calculam a taxa de retorno do investimento) para a análise de intervenções no campo da saúde. Tendo em vista que o retorno de programas em saúde não é expresso em valores monetários (e sim em anos de vida saudável ganhos), este método recorre à Teoria do Capital Humano para atribuir um valor monetário a esses benefícios sanitários. Isto implica em sérios problemas éticos: como destaca a autora, um mesmo programa destinado a populações de regiões com distinta renda *per capita* teria uma melhor relação custo-benefício nas regiões mais ricas; programas destinados a idosos (não produtivos) teriam um benefício nulo, e assim por diante.

Dessa forma, as técnicas de avaliação econômica de tecnologias sanitárias mais apropriadas são as três primeiramente mencionadas.

Uma questão a ser regulada para a análise de estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde é a da **padronização dos procedimentos metodológicos**, sem o qual se pode chegar a resultados diferenciados na análise de uma mesma tecnologia. Nesse sentido, deve-se mencionar o esforço do Ministério da Saúde na promoção do documento "Diretrizes Metodológicas para Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias para o Ministério da Saúde" (MS, 2007), que se constitui em um avanço nesse sentido. O segundo passo, que ainda está por vir, deverá ser o da obrigatoriedade da apresentação de estudos por parte da indústria (de equipamentos e medicamentos) **que sigam as diretrizes metodológicas preconizadas no referido documento**.

Sabe-se que estes estudos são estimativas que lançam mão de variáveis tais como a taxa de desconto (dentre outras) sujeitas a uma análise de sensibilidade.

d) Considerações finais

Importantes avanços ocorreram no Brasil no campo da avaliação de tecnologias em saúde. Por um lado, proliferaram núcleos de ATS em distintas instituições acadêmicas e, por outro, o governo vem estruturando nos últimos anos esse campo, com o objetivo de regular a incorporação tecnológica.

Entretanto, algumas questões ainda estão pendentes:

- a primeira se refere ao **descompasso entre o número de estudos de ATS** (e, em particular, de avaliação econômica de tecnologias em saúde - AETS), que levam um tempo considerável para

a sua realização, **e a quantidade de novas tecnologias** que são produzidas em um ritmo e volume impressionante;

- a segunda diz respeito à necessidade de **implementar efetivamente um sistema de avaliação de estudos de AETS** que obrigue a indústria a seguir diretrizes metodológicas pré-determinadas pelo Ministério da Saúde;

- a terceira remete à necessidade de separar o ente regulador da incorporação de tecnologias (que faz a **valoração** das mesmas) do agente que efetua análises de AETS (e que exerce a **avaliação,** nos termos explicitados acima). Isso ainda não parece estar estabelecido de forma clara no Brasil;

- a quarta se refere à **eliminação da superposição de papéis**, no campo da ATS. Conforme referido acima, hoje atuam nesse campo, dentro do Ministério da Saúde, a SAS, a SCTIE, a SVS, a ANS e a ANVISA, com suas respectivas burocracias.

- a quinta questão remete à necessidade de que o Ministério da Saúde formule uma **estratégia de divulgação dos resultados da ATS aos cidadãos,** que hoje são apenas informados sobre as supostas virtudes das novas tecnologias através de programas leigos de televisão.

- e finalmente, retomando os termos de Oliver et al. (op.cit.), não se trata de identificar intervenções de inquestionável efetividade e sim **aquelas que geram o maior benefício na atenção à saúde por cada unidade de recursos gasta**. É a isso que aqui denominamos qualificar o gasto em saúde.

Referências bibliográficas

CAETANO, R. e VIANNA, C.M. Processo de inovação tecnológica em saúde: uma análise a partir da organização industrial. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2006.

SILVA, L.K. Avaliação tecnológica em saúde: densitometria óssea e terapêuticas alternativas na osteoporose pós-menopausa. Cadernos de Saúde Pública, v.19, n.4, 2003

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista de Saúde Pública v.34, n.5, 2000.

DONALDSON, MS; SOX JR., HC (eds). Setting Priorities for Health Technology Assessment: A Model Process. INSTITUTE OF MEDICINE. Washington DC: National Academy Press, 1992.

BRASIL, Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. *Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério de Saúde*. Revista Saúde Pública, v.40, n.4, 2006.

OLIVER, A; MOSSIALOS, E. e ROBINSON, R. *Health technology assessment and its influence on health-care priority setting.* International Journal of Technology Assessment in Health Care, v.20, n.1, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periódicos/boletim_rede_brasileira_rebrats

UGÁ, M.A.D. Instrumentos de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações. In: PIOLA, SF; VIANNA, SM. (orgs). Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão de saúde. Brasília: IPEA, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. "Diretrizes Metodológicas para Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias para o Ministério da Saúde". (Mimeo). Brasília, 2007