



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Política Social

Gabriela Jacarandá Alves

Equidade e os Projetos de Investimento em Saúde: possibilidades e limites do Projeto Reforsus

Brasília

Gabriela Jacarandá Alves

**Equidade e os Projetos de Investimento em Saúde:
possibilidades e limites do Projeto Reforsus**

Dissertação apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do grau de mestre em Política Social.
Orientadora: Marlene Teixeira Rodrigues

Brasília-DF
2009

Alves, Gabriela Jacarandá

Equidade e os Projetos de Investimento em Saúde: possibilidades e limites do Projeto Reforsus / Gabriela Jacarandá Alves. Brasília: UnB/SER, 2009.

211p.; il.

Orientadora: Profª Drª. Marlene Teixeira Rodrigues.

Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, Pós-Graduação em Política Social, 2009.

1. Políticas públicas - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde - Brasil. 3. Investimento em saúde - Brasil. 4. Equidade em saúde - Brasil.

I. Rodrigues, Marlene Teixeira (orientadora). II. Título: possibilidades e limites do Projeto Reforsus.

Gabriela Jacarandá Alves

Equidade e os Projetos de Investimento em Saúde: possibilidades e limites do Projeto Reforsus

Dissertação apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do grau de mestre em Política Social.

Orientadora: Marlene Teixeira Rodrigues

Comissão Examinadora

Marlene Teixeira Rodrigues
(Orientadora – Unb)

Ivanete Salete Boschetti Ferreira
(Membro titular – Unb)

Vera Maria Ribeiro Nogueira
(Membro titular – UCPEL)

Gabriel O. Alvarez
(Membro suplente – UFG)

Aos meus pais,
Sonia e Zeca, com gratidão.

Aos meus amores,
Caum, marido e companheiro.
Maria Clara, filha e razão de viver.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Sonia e Zeca, a quem devo toda minha existência, aqueles que sempre estiveram presentes, conduzindo-me pelos caminhos da moral e da verdade, garantindo-me condições para que eu pudesse trilhar, sem medo, a minha história. Em especial, à Sonia Maria Jacarandá Alves, minha mãe, que sempre acreditou na minha capacidade profissional, de quem herdei a determinação e a persistência.

Ao Carlos Alberto Cavalcanti Gallindo Filho (Caum), meu marido, pelo apoio, amizade, amor e carinho, dispensados durante toda a jornada. Companheiro fiel, não me deixou fraquejar perante as dificuldades, dando força em cada momento do curso. De maneira especial, agradeço a ele pela ajuda na tradução dos textos, na elaboração dos gráficos, no cuidar da Maria Clara, na companhia das noites em claro e nos momentos de carinho.

À Maria Clara Jacarandá Gallindo, minha filha, pela compreensão dos momentos de ausência. Obrigada por tornar possível a minha realização como mãe e colaborar para o meu amadurecimento pessoal e para a compreensão do meu papel como ser humano.

Ao Daniel Jacarandá Alves, meu irmão, pela amizade de uma vida inteira.

À professora Marlene Teixeira Rodrigues, minha orientadora, por acreditar na minha capacidade e não desistir de mim. Agradeço-lhe, especialmente, pela infinita paciência dispensada atenciosamente durante este caminhar, provendo-me de novos conhecimentos e colocando sempre à disposição toda sua experiência e sabedoria.

Às professoras Ivanete Salete Boschetti Ferreira e Vera Maria Ribeiro Nogueira por aceitarem participar da Comissão Examinadora e pelas relevantes contribuições apresentadas durante a qualificação do projeto de estudo.

Ao professor Gabriel O. Alvarez, por aceitar participar como suplente da Comissão Examinadora.

À professora Débora Diniz, por me aceitar como aluna especial e por me incentivar a seguir em frente com meus objetivos de me tornar uma aluna regular.

Aos professores da Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social, da Universidade de Brasília, pelo estímulo constante e desafiador, que me ensinaram os caminhos da política social.

Ao Wagner de Jesus Martins, por me apresentar o mundo dos investimentos em saúde e me inserir nas ferramentas do planejamento.

À Adla Marques de Almeida Lacerda, amiga e companheira de trabalho, pelo indispensável apoio no acesso aos dados do Projeto Reforsus, pelas fotos que ilustram este trabalho e por revisar cada linha deste trabalho. Agradeço ainda, pelo ombro amigo nos momentos difíceis.

À Maria Eunice Hofheinz Giacomoni, da Diretoria de Investimentos Estratégicos, pela gentileza em disponibilizar dados do acervo do Ministério da Saúde, acerca do Projeto Reforsus, sem os quais este estudo perderia em qualidade.

Ao Gustavo Laport, da Diretoria de Investimentos Estratégicos, pelas informações orçamentárias e financeiras do Projeto Reforsus, de grande valia para análise dos dados.

Ao Cláudio Itamar Beckman, da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, pela presteza em disponibilizar os dados quanto ao orçamento do Ministério da Saúde, os quais qualificaram os resultados do estudo.

Aos Léa Aparecida e Francisco Djalma, da Coordenação de Orçamento do Fundo Nacional de Saúde, pela prontidão no fornecimento dos dados de desembolso, referentes ao Projeto Reforsus.

Aos chefes e amigos, Adriana Nunes de Oliveira, Wagner de Jesus Martins e Sandra Duarte Nobre Mauch, pelo apoio e permissão para que eu pudesse cursar as disciplinas e participar das atividades previstas pelo curso, sem prejuízos na minha carreira profissional.

Aos amigos Márcio Bruno Carneiro Monteiro, Solange Baraldi e Rita de Cáscio Régio Monteiro, pelo apoio antes e durante a realização deste estudo.

À Suzana Pessoa de Souza, grande amiga e comadre, que carinhosamente colocou à minha disposição seu amplo conhecimento da língua inglesa.

Aos profissionais que compunham a equipe da Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (2004 - 2006), do Ministério da Saúde, pelo reconhecimento e apoio demonstrado durante a realização de minhas atribuições na equipe.

Aos colegas dos cursos de mestrado e doutorado (2007), com quem tive a oportunidade de dividir a responsabilidade e os anseios de fazer parte do mundo acadêmico.

Aos amigos de uma vida, que compreenderam a minha distância e ausência em virtude da dedicação ao estudo.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para concretização deste estudo, muito obrigada.

“A dúvida é o princípio da sabedoria”.
Aristóteles

*“Coragem é querer fazer.
Segurança é saber que se pode fazer.
Confiança é a certeza de que foi feito”.*
Anônimo

RESUMO

Políticas públicas que visam minimizar as desigualdades sociais no Brasil têm colocado em destaque a questão da priorização dos investimentos. Dessa forma, este estudo propõe investigar o potencial dos projetos de investimentos na redução de iniquidades em saúde, partindo do princípio que a implementação de projetos de investimentos em saúde, baseados em critérios e parâmetros capazes de alocar recursos financeiros de forma equânime, podem: imprimir mudanças no sistema de saúde; promover a ampliação da rede de serviços e a incorporação de tecnologias; possibilitar o aumento do acesso da população às ações e serviços de saúde; e qualificar a assistência prestada. Para concretização do estudo, foi utilizado, como referência empírica, o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Projeto Reforsus). A escolha do Projeto Reforsus como objeto de estudo foi baseada no fato de o projeto sinalizar, em seu escopo inicial, a promoção da equidade, além de ter sido o projeto de investimentos em saúde de maior montante financeiro aplicado desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), US\$ 750 milhões. O estudo permitiu uma análise crítica do Projeto Reforsus, de modo a verificar seu potencial, na promoção da equidade em saúde no Brasil, e limites, quanto à distribuição de recursos e ampliação do acesso. O procedimento metodológico possibilitou analisar a distribuição dos investimentos do Projeto no território nacional, entre 1996 e 2005 (período de início e finalização do projeto), discutindo a relação entre a distribuição dos recursos financeiros com a promoção da equidade em saúde, além de empreender uma avaliação do papel do Projeto Reforsus na promoção da equidade no acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil. Nesse contexto, foi central se discutir o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na seguridade social brasileira, o processo de construção do SUS, seus princípios, diretrizes e suas bases legais. Para fins do trabalho foi necessário analisar a conjuntura política do Brasil no período de implementação do Projeto Reforsus, sendo destacados pontos decisivos quanto à conjuntura neoliberal, que guiaram a política governamental no período, submetendo o país aos comandos da política internacional de priorização do mercado. A década de 1990 foi marcada pelo anúncio de políticas racionalizadoras, contrapondo-se às perspectivas de reduzir as desigualdades pela viabilização de políticas sociais. O cenário neoliberal impactou nas estratégias adotadas para o enfrentamento dos problemas de saúde e as agências internacionais, como o Banco Mundial, passaram a fomentar a implantação de políticas, programas e projetos baseados em uma agenda macroeconômica, com ênfase nos setores mais pobres da sociedade. Afirma-se que houve um saldo positivo para a rede de serviços dos SUS, em que pese a implementação do Projeto Reforsus, principalmente na ampliação do acesso. O Projeto Reforsus possibilitou melhoria na atenção à saúde, que se refletiu na ampliação do acesso, podendo esta ser verificada pela análise do crescimento do número de estabelecimentos de saúde. Contudo, mesmo havendo um empenho de se implementar um projeto que promovesse a equidade, esta não foi alcançada em termos de acesso equânime, nem mesmo na proposição inicial de distribuição equitativa de recursos, permanecendo, no território nacional, grandes lacunas assistenciais. A Constituição de 1988 inscreveu o Brasil no rol de países que propugnam a universalização de direitos sociais. A Carta Magna instituiu um conceito ampliado de saúde, reconhecendo os direitos coletivos de atenção à saúde, regidos por um sistema único integrante da seguridade social. Entretanto, garantir o direito de todos à saúde e o acesso de toda a população aos serviços de saúde constitui um grande e complexo desafio para o Brasil. As desigualdades na saúde, sejam no acesso ou na utilização de serviços, refletem as desigualdades sociais, portanto é imperativo considerar as especificidades locais e regionais, incluindo as populações negligenciadas pelo antigo modelo excludente, de modo que o país consiga proporcionar uma atenção à saúde universal, integral, igualitária e equânime a todos os seus cidadãos.

ABSTRACT

Public policies that seek to reduce social inequalities in Brazil have highlighted the investment prioritization problem. Thus, this study aims at investigating the potential of investment projects for reducing inequalities in health, assuming that the implementation of investment projects in health, based on criteria and parameters able to allocate resources evenly, may: make changes in the health system, promote the expansion of the service network and the incorporation of technology, enable the increase of the population access to health services and activities, and qualify the assistance. To implement the study, the Strengthening the Reorganization of the Unified Health System Project (REFORSUS Project) was used as empirical reference. The decision to use the REFORSUS Project was based on the fact that the project, in its initial scope, pointed at promoting equity, besides having been the health investment project that received the highest amount of financial investments since the implementation of the Unified Health System (SUS), \$ 750 million. The study has promoted a critical analysis of the REFORSUS Project, so as to verify its potential in promoting equity in health in Brazil, and its limits in the distribution of resources and expansion of access. The methodological procedure allowed the comparison between the REFORSUS Project investments and the distribution of the resources throughout the country, between 1996 and 2005 (beginning and end of the project), discussing the relationship between the distribution of the financial resources and the promotion of equity in health, as well as attempting to assess the role of the REFORSUS Project in promoting equity in the access to public health services in Brazil. In this context, it was essential to discuss the role of the Unified Health System (SUS) in Brazilian social security, the construction process of the SUS, its principles, guidelines and legal basis. For this study, it was necessary to examine the Brazilian political conjuncture during the implementation of the REFORSUS Project, highlighting key points concerning the neoliberal economic situation, which guided the government policy in the period, submitting the country to the command of the international policy of prioritizing the market. The 1990s were marked by the announcement of rationalizing policies, contrasting to the prospects of reducing inequalities by enabling social policies. The neoliberal scenario impacted on the adopted strategies to face the health problems, and international agencies such as the World Bank, started to promote the implementation of policies, programs and projects based on a macroeconomic agenda, with emphasis on the poorest sectors of society. It is said that there was a surplus for the SUS service network, considering the implementation of the REFORSUS Project, especially in the expansion of access. The REFORSUS Project allowed the improvement in health care, which is reflected on the expansion of access that can be verified by examining the growth in the number of health establishments. However, even being committed to implementing a project to promote equity, it was not achieved in terms of even access, nor in the initial proposition of equitable resource distribution, remaining, in the country, large care gaps. The Constitution of 1988 put Brazil in the list of the countries that advocate the universalization of social rights. The Magna Carta established an expanded concept of health, recognizing the collective rights to health care, governed by a single system integrating the social security. Nevertheless, ensuring the collective right to health and the entire population access to health services is a huge and complex challenge for Brazil. Health inequalities, in the access to or the use of services, reflect social inequalities, therefore it is mandatory to consider the local and regional specificities, including the population that were neglected by the excluding former model, so that the country can provide universal, comprehensive, equitable health care to all its citizens.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01	Percentual de Obras Totais Realizadas pelo Projeto Reforsus e sua Distribuição pelas Regiões do Brasil	144
GRÁFICO 02	Percentual de Obras Realizadas pelo Projeto Reforsus, no Valor de Até R\$ 350 mil e sua Distribuição pelas Regiões do Brasil	144
GRÁFICO 03	Percentual de Obras Realizadas pelo Projeto Reforsus, no Valor Acima de R\$ 2 milhões e sua Distribuição pelas Regiões do Brasil	145
GRÁFICO 04	Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus em Obras, Equipamentos e Consultorias, na Região Sudeste (1997-2003). Valores em Dólares Americanos	156
GRÁFICO 05	Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus em Obras, Equipamentos e Consultorias, na Região Nordeste (1997-2003). Valores em Dólares Americanos	156
GRÁFICO 06	Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus em Obras, Equipamentos e Consultorias, na Região Centro-Oeste (1997-2003). Valores em Dólares Americanos	157
GRÁFICO 07	Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus em Obras, Equipamentos e Consultorias, na Região Sul (1997-2003). Valores em Dólares Americanos	157
GRÁFICO 08	Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus em Obras, Equipamentos e Consultorias, na Região Norte (1997-2003). Valores em Dólares Americanos	158
GRÁFICO 09	Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus (1997-2003), Distribuídos por Estado.....	158
GRÁFICO 10	Número de Leitos em 1999, Distribuídos por Região.....	160
GRÁFICO 11	Número de Internações (1995-2005), Distribuídas por Região.....	161
GRÁFICO 12	Valores Nominais do Orçamento do Ministério da Saúde, Referentes ao Pagamento de Pessoal, Encargos Sociais e Amortização de Dívidas (1995-2008)	164
GRÁFICO 13	Valores Nominais do Orçamento do Ministério da Saúde, Referentes aos Investimentos (1995-2008).....	164
GRÁFICO 14	Valores Nominais do Orçamento do Ministério da Saúde, Referentes ao Custeio de Ações e Serviços (1995-2008).....	165
GRÁFICO 15	Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas no Brasil (1994-2009)	174
GRÁFICO 16	Coeficiente de Mortalidade Infantil, Distribuído por Região.....	175
GRÁFICO 17	Coeficiente de Mortalidade Materna, Distribuído por Região.....	177
GRÁFICO 18	Número de Hospitais Públicos de Saúde em 1995 e 2006, Distribuídos por Região.....	182

GRÁFICO 19	Número de Estabelecimentos Ambulatoriais Públicos de Saúde em 1998 e 2006, Distribuídos por Região	182
------------	---	-----

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	Relação Entre o Gasto Federal Social e o PIB (1995-2005).....	73
TABELA 02	Percentual de Recursos Investidos Pelos Estados de Acordo com a Emenda Constitucional nº 29	82
TABELA 03	Previsão Inicial da Distribuição dos Recursos do Projeto Reforsus por Componente, em 1997.....	137
TABELA 04	Percentual da População Exclusivamente Dependente do SUS, por Região do Brasil.....	146
TABELA 05	Distribuição de Recursos do Projeto Reforsus, por Área de Investimento...	146
TABELA 06	Valores Nominais Referentes ao Orçamento do Ministério da Saúde (1995-2008)	163
TABELA 07	Distribuição dos Subprojetos por Região e Recursos Investidos nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN)	172
TABELA 08	Número de Estabelecimentos Públicos de Saúde em Maio de 2009, por Unidade da Federação.....	180

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	Distribuição de Recursos do Projeto Reforsus, em Investimentos Estratégicos	147
QUADRO 02	Valores Pagos pelo Fundo Nacional de Saúde, Referentes ao Projeto Reforsus (1997-2003)	162
QUADRO 03	Número de Estabelecimentos Públicos de Saúde em Maio de 2009, por Região	184

LISTA DE IMAGENS

IMAGEM 01	Fotografia do Hospital de Clínicas Gaspar Viana (Belém/PA) em 1998, depois de ter recebido investimento do Projeto Reforsus para retomar as obras.....	149
IMAGEM 02	Fotografia do Hospital de Clínicas Gaspar Viana (Belém/PA), depois da finalização das obras, em 2002.....	150
IMAGEM 03	Fotografia do Hospital de Geral Clínicas de Rio Branco/AC em 1997.....	151
IMAGEM 04	Fotografia do Hospital de Geral Clínicas de Rio Branco/AC, depois de finalizar a reforma que recebeu recursos do Projeto Reforsus, em 2002	151
IMAGEM 05	Fotografia da Nova Ala do Hospital Regional de Planaltina/DF, Construída com Recursos do Projeto Reforsus, em 2001	154

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AC	Acre
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AL	Alagoas
AM	Amazonas
AMS	Pesquisa de Assistência Médico Sanitária
AP	Amapá
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo
BA	Bahia
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
Cartão SUS	Cartão Nacional de Saúde
CE	Ceará
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição Social Sobre o Líquido
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DF	Distrito Federal
DIPE	Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública

DRU	Desvinculação de Recursos da União
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC nº 29	Emenda Constitucional nº 29
ES	Espírito Santo
ETSUS	Escolas Técnicas de Saúde do SUS
FAE	Fração Assistencial Especializada
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
GO	Goiás
GPS	Gasto Público Social
GSF	Gasto Social Federal
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI	Imposto de Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial Territorial Urbano
IPVA	Imposto de Propriedade de Veículos Automotores Terrestres
IR	Imposto de Renda
ISSQN	Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBCM	Imposto de Transmissão de Bens Causa Mortis
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual

LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MA	Maranhão
MAC	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MG	Minas Gerais
MS	Mato Grosso do Sul
MT	Mato Grosso
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOAS 2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001
NOAS 2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde 02/2002
NOB	Norma Operacional Básica
NOB 93	Norma Operacional Básica do SUS 01/93
NOB 96	Norma Operacional Básica do SUS 01/96
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PA	Pará
PAB	Piso de Atenção Básica
PAB Fixo	Piso da Atenção Básica Fixo
PAB Variável	Piso da Atenção Básica Variável
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB	Paraíba
PCCN	Programa de Combate às Carências Nutricionais
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PI	Piauí
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar
PND	Programa Nacional de Desestatização
PPA	Plano Plurianual

PPI	Programação Pactuada e Integrada
PR	Paraná
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
Qualisus-Rede	Projeto de Investimentos para Qualificação do Sistema Único de Saúde
RDH	Relatório de Desenvolvimento Humano
Reforsus	Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RN	Rio Grande do Norte
RO	Rondônia
RR	Roraima
RS	Rio Grande do Sul
SADT	Serviço de Apoio a Diagnose e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SC	Santa Catarina
SE	Sergipe
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamento Público em Saúde
SIS	Secretaria de Investimentos em Saúde
SP	São Paulo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TO	Tocantins
UATR	Unidades de Apoio Técnico Regional
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UF	Unidade da Federação
UGP	Unidade de Gerência de Projeto
UNICEF	Fundo das Nações Unidas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGISUS	Projeto de Estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
Problematização do Objeto de Pesquisa	26
A Escolha do Método para Coleta e Análise dos Dados	28
CAPÍTULO I – A SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	32
1.1 Contextualização Histórica do SUS	33
1.1.1 <i>A Constituição de 1988 e a Saúde como Direito</i>	35
1.2 A Descentralização como Diretriz: novo panorama constitucional	38
1.3 A Regionalização como Eixo Estruturante do SUS	46
CAPÍTULO II – A DINÂMICA ORÇAMENTÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA	53
2.1 A Implantação de uma Política de Saúde Universal em um Panorama Neoliberal	53
2.2 O Orçamento da Seguridade Social no Brasil	64
2.3 O Financiamento do Sistema Único de Saúde.....	75
CAPÍTULO III – A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E OS ORGANISMOS INTERNACIONAIS: COOPERAÇÃO OU SUBORDINAÇÃO.....	87
3.1 Estado e Política Social no Contexto Neoliberal	87
3.2 A Influência das Agências Internacionais na Implantação de Políticas e Programas de Saúde nos Países em Desenvolvimento: experiência brasileira	95
3.3 O Banco Mundial e a Política de Saúde no Brasil	99
CAPÍTULO IV – O PRINCÍPIO DA EQUIDADE EM SAÚDE E A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS NO SUS.....	108
4.1 O Surgimento da Equidade como Diretriz das Políticas Sociais.....	109
4.2 Algumas Concepções de Equidade no Campo da Saúde.....	115
4.3 Distribuição Equânime de Recursos Visando a Redução de Desigualdades na Saúde	124
CAPÍTULO V – PROJETO REFORSUS: POSSIBILIDADES E LIMITES DO PROJETO NO FORTALECIMENTO DO SUS.....	129
5.1 O Contexto Político-econômico-sanitário de Emergência do Projeto Reforsus	130
5.1.1 <i>Estrutura Gerencial e Operacional do Projeto Reforsus</i>	132
5.2 Avaliação de Políticas e Programas Sociais	138
5.3 Análise do Projeto Reforsus.....	141

CAPÍTULO VI – COMPARAÇÃO ANALÍTICA ENTRE OS INVESTIMENTOS DO REFORSUS E OS INVESTIMENTOS FEDERAIS NA SAÚDE	167
6.1 Os Grandes Projetos de Investimentos em Saúde do Governo Brasileiro (1990-2009).....	167
6.2 Projeto Reforsus: investimento na reestruturação da rede de serviços	170
6.3 Investimentos em Saúde como Indutor de Melhorias na Rede de Atenção à Saúde no Brasil.....	179
CONSIDERAÇÕES FINAIS	192
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	199
REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS.....	209
SITES CONSULTADOS	210

INTRODUÇÃO

O debate contemporâneo sobre a estruturação das políticas públicas que visam minimizar as desigualdades sociais no Brasil tem colocado em destaque a questão da priorização dos investimentos. Durante dois anos, como funcionária do Ministério da Saúde¹, foi possível participar do processo de formulação de projetos de investimentos em saúde, chamando a minha atenção o fato da promoção da equidade estar explicitada como um dos objetivos principais desses projetos. Embora esse aspecto fosse apontado como o diferencial de tais projetos, pôde-se observar que a distribuição de recursos para redução de iniquidades constava, igualmente, como objetivo de projetos anteriores, referentes à alocação de recursos. Essa constatação constituiu o *leitmotiv* para a reflexão aqui desenvolvida.

Este estudo teve, pois, como questão de partida investigar se os projetos de investimentos em saúde são capazes de promover equidade em saúde. Questionamo-nos se a implementação dos projetos de investimento, com a injeção de recursos na rede de serviços de saúde, resultou na ampliação do acesso da população a esses serviços, diminuindo a iniquidade em saúde no país.

Procuramos responder a essa pergunta neste estudo, tendo como referência empírica o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Projeto Reforsus). A decisão de utilizar o Projeto Reforsus como base para o estudo foi tomada uma vez que a promoção da equidade é apontada como diretriz no escopo do projeto. Soma-se a isso o fato de o Projeto Reforsus ter sido o projeto de investimentos em saúde de maior montante financeiro investido desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), US\$ 650 milhões (BRASIL, 1997).

A garantia do direito de todos à saúde e do acesso de toda a população aos serviços de saúde constitui um grande e complexo desafio para o Brasil. Com

¹ Entre os anos 2004 e 2006.

quase 190 milhões² de habitantes distribuídos de forma irregular, o país possui áreas urbanizadas com uma complexa rede de serviços e infraestrutura fundamentada em tecnologia de ponta, em contraste com outras áreas de características rurais, que, quando dispõem de serviços, contam apenas com os de atenção básica.

A Constituição de 1988 inscreveu o Brasil no rol de países que propugnam a universalização de direitos sociais. A Carta Magna instituiu um conceito ampliado de saúde, reconhecendo os direitos coletivos de atenção à saúde, regidos por um sistema único integrante da seguridade social. Em contraposição, a década de 1990 foi marcada pelo anúncio de “políticas racionalizadoras” e, contrapondo-se às perspectivas de reduzir as desigualdades pela viabilização de políticas sociais, o preceito neoliberal deformou o conceito de seguridade social e o cumprimento de seu papel no sistema de proteção social brasileiro.

As políticas de ajuste, adotadas pelo governo brasileiro na década de 1990, imprimiram uma série de limitações, com encargos adicionais para as unidades da federação, principalmente para os municípios, no que diz respeito às respectivas capacidades de intervenção e de resposta frente às crescentes demandas sociais. Isso tem gerado grandes iniquidades, aprofundando ainda mais as desigualdades sociais e regionais. A este quadro se agrega, ainda, uma situação de desmonte do Estado brasileiro, o que levou a uma desresponsabilização do governo federal por suas atribuições no terreno social. Este é o contexto no qual se desenrolou a política de saúde nos anos 1990, o qual não pode ser ignorado (NORONHA; SOARES, 2001).

As mudanças ocorridas em termos do modelo de saúde acarretaram alterações nas características da oferta de serviços para a população. O padrão de distribuição de recursos e a concentração dos investimentos comprometeram a eficácia e a eficiência da política de saúde no alcance de maior justiça social.

² Dados referentes à estimativa da população brasileira em 2008, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (Datapus), do Ministério da Saúde no site www.datapus.gov.br (Acesso em: 03 de agosto de 2009).

O Brasil apresenta uma distribuição desigual de serviços no seu território o que dificulta o atendimento à população, principalmente, àquela que vive em condição de maior vulnerabilidade. Dessa forma, os projetos de investimentos em saúde têm por finalidade alocar recursos financeiros, visando à melhoria dos serviços de saúde, pois o objetivo final é alcançar os patamares mais elevados de atenção à saúde. Tais projetos podem ser considerados estratégicos para o enfrentamento dos problemas de saúde do Brasil.

Vale destacar que uma distribuição de recursos, que promova equidade, deve considerar a grande diversidade regional do país e suas peculiaridades. O objetivo de uma política de saúde equânime é conseguir superar a fragmentação dos recursos e alinhá-los às prioridades traçadas, avançando na estruturação de uma rede qualificada. Os projetos de investimentos precisam, para isso, considerar que a distribuição de recursos e serviços pode não ser igual para todos os grupos, pois, as necessidades são distintas, e, portanto, devem ser capazes de contemplar essas diferenças.

É relevante observar se esses projetos de investimentos em saúde versam sobre os princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade, igualdade e equidade) e podem contribuir para a consolidação do sistema. A discussão da equidade deve corresponder a um compromisso de produzir respostas às necessidades dos diferentes segmentos sociais. Isto é fundamental especialmente no sistema de saúde brasileiro, uma vez que as realidades sanitárias de cada uma das regiões do país são bastante distintas.

O desenvolvimento social da América Latina revela os efeitos da crise econômica, que incidiu na região durante os anos oitenta e afetou diretamente as condições de vida de milhares de latino-americanos. No Brasil, o final da década de 1980 foi marcado por uma luta em que os brasileiros por busca de direito à cidadania, estiveram aliados em um mesmo objetivo: respeito aos direitos e condições de vida digna para todos, sem distinção.

A década de 1990 foi marcada pela redução da presença do Estado na condução das políticas sociais. O governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) alavancou um processo de privatização, baseado em princípios neoliberais, com a justificativa de uma reforma econômica e administrativa. Em meio a reforma de cunho neoliberal, o processo de implementação do SUS se manteve, porém teve que resistir às inúmeras tentativas do governo quanto à concentração de recursos e sua direcionalidade.

Mesmo enfrentando as dificuldades de ser uma política universal, em uma época em que o Brasil vivenciava o desmonte do Estado com políticas promovidas por um Estado mínimo, a década de 1990 significou grandes avanços para o SUS. Destaca-se, principalmente, no que diz respeito à descentralização, a transferência gradativa de competências e recursos para estados e municípios, além do estabelecimento de um novo modelo de financiamento de ações e serviços de saúde. Foi um momento crucial para o sistema, pois representou mudanças expressivas para a gestão da saúde, evidencia-se o processo de municipalização, no qual os municípios assumiram os estabelecimentos de saúde antes de competência estadual.

Ao longo das décadas de 1980 e 1990, o número de unidades públicas de saúde aumentou em 24,9%, passando a representar 66,8% do total de estabelecimentos no país, contra 33,2% do setor privado. Desde 1999, o percentual de unidades de saúde públicas com internação acompanhou a tendência de aumento em todas as regiões do Brasil, com exceção da região Norte e de alguns estados da região Nordeste e Centro-Oeste. É válido ressaltar que os estados da região Norte estão historicamente entre aqueles com menor cobertura de serviços de saúde (OLIVEIRA, 2005).

O cenário neoliberal impactou nas estratégias adotadas para o enfrentamento dos problemas de saúde; foram postos em prática programas e projetos de saúde, com ênfase nos setores mais pobres da sociedade. A proposta do

Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Projeto Reforsus) emerge nesse cenário, na tentativa de minimizar a falta de investimentos em infraestrutura de obras nos estabelecimentos assistenciais de saúde, bem como renovar e atualizar os equipamentos médico-hospitalares e estruturas gerenciais.

Na conjuntura neoliberal, a ação estatal e a política governamental se submeteram aos mandos da política internacional de priorização do mercado. As agências internacionais – como o Banco Mundial e a Unicef, no Brasil –, que desde a década anterior vinham ganhando espaço e poder de interferir diretamente nas políticas dos países da América Latina, ditando regras e impondo idéias, passam a fomentar a implantação de políticas e programas baseados em uma agenda macroeconômica. A preocupação em reduzir ou conter o nível da despesa do Estado apareceu como elemento indutor na orientação das agências internacionais para os países em processo de ajuste estrutural, como era o caso do Brasil.

Com relação à política de saúde, Melo e Costa (1994) afirmam que a agenda do Banco Mundial subordinava a avaliação dos gastos em saúde à preocupação com a consistência econômica dos países em “processo de ajuste estrutural”. A construção dessa agenda apontava para a diminuição do papel do Estado e para o fortalecimento do mercado para o financiamento do cuidado em saúde, inserindo o financiamento da saúde nas discussões sobre ajuste estrutural, priorizando programas específicos baseados em critérios de custo-efetividade e focando a ação do Estado no fornecimento de um pacote básico de serviços. As implicações sobre as políticas públicas de corte social foram diretas porque redefiniram a inserção das economias nacionais no processo de globalização do capitalismo e reestruturaram seus arcabouços institucionais.

O envolvimento internacional do Banco Mundial com o tema da saúde foi definido em meados dos anos 1980 e o ponto axial das discussões sobre as políticas de saúde era princípio da equidade, o qual orientaria o enfoque dessa política. Por um lado, dando suporte aos projetos de saúde que pudessem servir aos

interesses em ampliar a sua missão no ajuste estrutural; por outro, assumindo a liderança no desenvolvimento global das políticas de saúde a partir de um incremento financeiro ao setor (MELO; COSTA, 1994).

É inegável o impacto que o montante de recursos, cerca de 750 milhões de dólares, teve sobre a rede de serviços de saúde no Brasil. Entretanto, nos questionamos se estes recursos promoveram equidade na utilização desses serviços pela população. Como o Projeto Reforsus foi implementado a partir de empréstimos com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD - Banco Mundial) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), é possível que o projeto, implantado pelo Ministério da Saúde na década de 1990, tenha sido motivado pelo contexto político-econômico, tornando-se vulnerável à aplicação de recursos por motivos contraditórios e colocando em risco a efetividade de uma de suas diretrizes: a promoção da equidade em saúde.

Problematização do Objeto de Pesquisa

As desigualdades de acesso aos serviços entre as regiões brasileiras são reconhecidas pelos gestores, que apontam, dentre outras causas, a desarticulação dos serviços e a insuficiência da oferta. O acesso a insumos e bens de saúde acompanha as desigualdades na oferta e na utilização dos serviços. Não é possível reduzir a iniquidade no acesso, componente fundamental da política de qualificação do SUS, sem investimentos orientados para a redução das desigualdades no acesso aos insumos e bens de consumo (MENDES; ALMEIDA, 2005).

Historicamente, no Brasil, os recursos federais destinados à saúde foram usados para subsidiar a acumulação de capital de empresas privadas. Até a década de 1980 a população brasileira contava com a prestação de assistência médica e hospitalar a partir de recursos contributivos, cobrados na folha salarial, que financiavam a assistência aos trabalhadores regularizados no mercado formal. Aos

pobres da nação, que não eram poucos, restava o atendimento em hospitais filantrópicos e as ações pontuais, focadas em parcelas específicas da população como as ações voltadas à saúde infantil ou à área rural.

As desigualdades na saúde, seja no acesso ou na utilização de serviços, refletem as desigualdades sociais. É imperativo considerar as especificidades e peculiaridades locais, incluindo nessas considerações as populações negligenciadas pelo modelo excludente, de modo que o país consiga proporcionar uma atenção à saúde universal e integral aos seus cidadãos, como é a proposta do Brasil, quando cria e implementa o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, sabe-se que, para obter uma atenção à saúde de qualidade, o recurso financeiro é fator crucial, seja em forma de investimento, agenciando novos aparelhos, ou de financiamento direcionados ao custeamento dos serviços previamente existentes.

Desse modo, ressalta-se a importância da análise do panorama nacional ao se investir em saúde. A seleção de prioridades, baseada em critérios técnicos, promove a elaboração de políticas, programas e projetos que contemplam ações de promoção da saúde, nos quais acessibilidade deve ser garantida tanto do ponto de vista geográfico, quanto do econômico.

A hipótese que orientou este estudo se baseia no grande potencial dos projetos de investimentos para reduzir iniquidades em saúde. A implementação de projetos de investimentos em saúde, baseados em critérios e parâmetros capazes de alocar recursos financeiros de forma equânime, imprimem mudanças no sistema de saúde, e promovem a ampliação da rede de serviços e a incorporação de tecnologias, o que possibilita o aumento do acesso da população às ações e serviços de saúde, e qualifica a assistência prestada.

Nesse sentido, cabe indagar em que medida os projetos de investimentos em saúde são capazes de promover a equidade em saúde. Essa é a questão orientadora desta dissertação e dela desdobram-se outras: Como o cenário político-econômico interfere na política de saúde? Quais foram as influências das

agências internacionais na determinação da implantação de políticas e programas de saúde nos países em desenvolvimento, mais precisamente no Brasil? Qual foi o papel do Projeto Reforsus no fortalecimento do SUS? Quais melhorias o Projeto Reforsus incorporou à rede de serviços de saúde no Brasil?

Com base em tais questões, este trabalho analisou o Projeto Reforsus, de modo a verificar seu potencial na promoção da equidade em saúde no Brasil. Nesse contexto, foi central se discutir o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na seguridade social brasileira, o processo de construção do SUS, seus princípios, diretrizes e em suas bases legais.

Os paradigmas, que até o momento nortearam as propostas de reorganização do setor saúde no Brasil, ao mesmo tempo refletem a trajetória intelectual e política de reforma sanitária no país. A proposta deste estudo é pensar a equidade e o direito à saúde, contrapondo-o aos investimentos em saúde no Brasil em termos da disponibilidade e acesso aos serviços. Para tanto, foi crucial uma viagem ao interior do Projeto Reforsus, na tentativa de esclarecer a questão central apontada neste estudo: De que maneira os projetos de investimentos em saúde são capazes de promover equidade em saúde?

A análise crítica do Reforsus procurou comparar analiticamente a distribuição dos investimentos do Projeto no território nacional, entre 1996 e 2005, período de início e finalização do projeto, discutindo a relação entre a distribuição dos recursos financeiros com a promoção da equidade em saúde. Também se empreendeu uma avaliação do papel do Projeto Reforsus na promoção da equidade em saúde e na ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil.

A Escolha do Método para Coleta e Análise dos dados

O estudo realizado, de abordagem quantitativa, tratou de analisar o Projeto Reforsus, na perspectiva da melhoria da atenção à saúde no Brasil. Fez-se um

esforço de compreensão teórica das transformações oriundas do capitalismo contemporâneo e suas relações com o desenho da política de saúde brasileira.

O procedimento metodológico possibilitou confrontar os investimentos do Projeto Reforsus na rede de atenção à saúde e nos serviços, orientados para sua melhoria e qualificação, com a promoção da equidade em saúde. O conceito de equidade utilizado neste estudo acompanha a significação empregada por Lucchese (2001), que atribui ao conceito de equidade o sentido de “igualdade justa”, articulando os conceitos de igualdade e justiça.

O universo do estudo inclui uma análise crítica do Reforsus, de forma a verificar a contribuição desse projeto na promoção da equidade em saúde no país. Para tanto, foi realizada uma análise dos investimentos em saúde no país, nos anos de – 1996, ano em que o projeto foi implementado – e 2005 – um ano após o encerramento do projeto. Foram analisados também, para fins comparativos, os dados do financiamento federal da saúde, conforme aprovados anualmente na legislação orçamentária e executadas pelo Ministério da Saúde.

Utilizou-se da análise documental de registros, pertencentes aos arquivos do Ministério da Saúde referentes ao Projeto Reforsus, além da análise de informações em saúde, geradas a partir de dados sistematizados pelos sistemas disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus). Vale ressaltar, que a seleção dos documentos e dados analisados foi feita em função dos objetivos do estudo.

As principais fontes de dados utilizadas na análise empírica do financiamento e dos investimentos em saúde no Brasil foram: documentos e legislações relacionadas ao Sistema Único de Saúde; a legislação que dispõe sobre o orçamento federal da saúde; a base de dados do Ministério da Saúde, disponibilizada pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus), a qual permite visualizar o montante de recursos financeiros repassados aos estados e aos municípios; a base de dados do Sistema de Informações Sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), que

é alimentado pelos estados, Distrito Federal e municípios e tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde; os acordos de empréstimos entre o Governo Federal e os Bancos (BID e BIRD) para o Projeto Reforsus; os manuais de operacionalização do Projeto Reforsus; e a coletânea de estudos e resultados do Projeto Reforsus disponibilizados em mídia digital (*compact disk* - CD).

Para concretização do estudo, os dados coletados foram interpretados, articulados, a partir do referencial teórico que fundamentou a pesquisa, e, posteriormente, tratados de forma descritiva, formando capítulos. Vale ressaltar ainda, que os dados quantitativos foram dispostos em gráficos e tabelas para fins estatísticos.

Esta dissertação, além da introdução e das considerações finais, está formalmente organizada em seis capítulos. O capítulo I apresenta ao leitor o Sistema Único de Saúde (SUS). Com o desígnio de descrever como se deu a implementação de uma política de saúde universal no Brasil, foi resgatado o processo histórico de criação e implementação do SUS. Considerando ainda que o objeto central do estudo é o acesso aos serviços de saúde, decidimos que a discussão sobre o Sistema Único de Saúde deveria iniciar o texto, uma vez que permite ao leitor uma contextualização de seus princípios e diretrizes, além de familiarizá-lo sobre a legislação na qual está fundamentado o sistema.

No capítulo II, buscamos caracterizar e destacar a política de saúde como parte integrante da seguridade social no Brasil. No decorrer do capítulo é enfatizado o movimento de redemocratização vivenciado pelo país, nas décadas de 1980 e 1990, e suas consequências políticas, econômicas e sociais. O texto destaca pontos considerados cruciais para a implementação de uma política de saúde fidedigna aos preceitos constitucionais, tais como o orçamento e o panorama político.

O capítulo III volta-se para a discussão sobre Estado, sociedade e políticas sociais. Explicitamos a atuação de agência internacional, destacando sua

inserção na ordem mundial, e o processo que alçou o Banco Mundial, nos anos 1990, a uma posição central no debate sobre as políticas de saúde em países em desenvolvimento, identificando problemas e propondo soluções convenientes para a economia dos países financiadores.

No capítulo IV investiga-se o surgimento da utilização do conceito de equidade como diretriz das políticas públicas. Este capítulo limita-se à apresentação dos principais conceitos teóricos necessários ao desenvolvimento deste estudo. No transcorrer do mesmo são apresentadas algumas definições de equidade utilizadas na área da saúde e, a partir dessas definições, é feita uma discussão acerca da relação entre os investimentos em saúde e a promoção da equidade em saúde.

A análise dos dados referentes aos investimentos do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Projeto Reforsus) é objeto do capítulo V. Nele foi realizada uma análise comparativa dos recursos, investidos pelo Projeto Reforsus, em relação aos recursos de financiamento do Governo Federal.

Dedicamos o capítulo VI à discussão sobre a comparação dos recursos investidos pelo Governo Federal na saúde com os recursos investidos pelo Projeto Reforsus. O recorte, neste capítulo, confere características peculiares ao debate sobre os investimentos em saúde como indutor de melhorias na rede de atenção à saúde e como agente na promoção da equidade em saúde.

CAPÍTULO I

A SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A referência deste capítulo é a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, no marco dos direitos sociais. O direito à saúde faz parte dos direitos humanos, é um direito que – em definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, que permanece até a atualidade³ – se estrutura como “direito ao estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência doença ou enfermidade”. De acordo com a OMS, os determinantes sociais de saúde (DSS) complementam o conceito ampliado de saúde, pois expressam as relações entre saúde-doença e as condições de vida e trabalho dos indivíduos e da população.

No Brasil, as lutas e os movimentos de democratização, da década de 1980 abrangeram a sociedade e mobilizaram grupos sociais, partidos políticos e entidades civis. As reivindicações colocadas por estes atores apontavam para uma revisão administrativa e institucional dos aparelhos governamentais. A articulação e a pressão promovidas pelos movimentos sociais culminaram na formulação de uma nova Constituição Federal.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal, promulgada no ano de 1988. Teve como base um forte movimento social por reformas no setor saúde, comprometido com a democratização da sociedade, com a ampliação do acesso a bens e serviços e com a definição de padrões crescentes de justiça social e de qualidade de vida. O reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, em articulação com a sociedade, representou um marco na construção da cidadania no Brasil.

³ Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, Nova Iorque, 19-22 de junho, 1946; assinada em 22 de julho de 1946. Registros Oficiais da Organização Mundial de Saúde, 1948, n. 2, p. 100.

Após pouco mais de 20 anos desde sua criação, alguns dos princípios consagrados pela Constituição para a organização do sistema de saúde, tais como a equidade e a integralidade, permanecem como uma realidade distante da almejada pelos formuladores da política de saúde brasileira.

Neste capítulo, contextualiza-se historicamente a construção da saúde como direito e do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de averiguar como se deu a implementação de uma política de saúde universal em um país marcado pela hegemonia do modelo médico-privatista. O interesse primordial da incursão pelo processo histórico do SUS prende-se à possibilidade de resgatar a operacionalização de uma política de saúde alicerçada na cláusula pétrea da Constituição Federal, que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL. Constituição Federal, 1988. Art. 196).

No decorrer deste capítulo, será dado destaque à constituição da saúde como direito de cidadania, perspectiva que fundamenta a legislação que ancora o Sistema Único de Saúde. Será focado o processo de implementação dos princípios e diretrizes, ao processo de normatização e ao financiamento de ações e serviços de saúde que compõem o SUS. Ao contextualizar esse processo, buscou-se embasamento para a discussão posterior sobre a importância da alocação equitativa de recursos financeiros para a melhoria da atenção à saúde no país.

1.1 Contextualização Histórica do SUS

Para contextualizar a criação e a implementação do Sistema Único de Saúde faz-se necessário oferecer elementos que caracterizam o cenário da saúde nas décadas anteriores ao seu surgimento. Durante o governo militar (1964 – 1985), o Sistema Nacional de Saúde caracterizou-se pela ascendência financeira das instituições previdenciárias e pela mercantilização crescente da saúde.

Em 1966, a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)⁴, concentrou todas as contribuições previdenciárias. O novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais. Enquanto isso, os trabalhadores informais, os trabalhadores rurais e os desempregados ficavam relegados a segundo plano e as ações de saúde pública restringiam-se a campanhas de baixa eficácia, com recursos inferiores a 2% do PIB (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

No ano de 1975 foi publicada a Lei nº 6.229, que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista. Nasce, a partir dessa base jurídica descrita, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), (MENDES, 1994). Na década de 1970, a assistência médica teve seu período de maior expansão do número de leitos disponíveis, da cobertura e do volume de recursos arrecadados. Contudo, os serviços médicos, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, não eram regulados e a construção e/ou reforma de clínicas e hospitais privados eram financiadas com recursos da Previdência Social. Nessa época, o INPS financiou a construção de hospitais de empresas privadas a fundo perdido.

Nesse período, o referencial da medicina comunitária se materializava em programas de extensão da cobertura de atenção primária, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)⁵, implementado em 1976. Direcionado à população excluída do sistema previdenciário, principalmente moradores da zona rural, o programa, promovido pelo Ministério da Saúde, implantava

⁴ Em 1967, houve a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), oficializada pelo Decreto nº 72 de 21 de novembro de 1966, e no mesmo Decreto é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), (BAHIA, 2005).

⁵ O PIASS, constituído pelo Decreto-Presidential n. 78.307, de 24 de agosto de 1976, foi um programa de investimentos cujo objetivo primordial era expandir unidades de atenção primária em saúde em municípios do interior nordestino, visando a aumentar a cobertura a partir da descentralização dos serviços de saúde (PESSOA, 2005).

uma estrutura básica para promoção de ações de saúde pública às populações, de alta vulnerabilidade, residentes em regiões marginalizadas (PESSÔA, 2005).

A partir dessa perspectiva, é possível perceber que a concepção brasileira de modelo de proteção da saúde é caracterizada pela dicotomia entre assistência médica previdenciária e as ações de saúde pública. Conforme Cohn (2005), enquanto a assistência médica previdenciária crescia no âmbito das instituições de previdência social e era financiada com os recursos das contribuições previdenciárias, as ações de caráter coletivo eram desenvolvidas pelas instituições estatais e financiadas com recursos orçamentários.

A partir de 1985, no período denominado Nova República, expandiram-se as ações integradas de saúde. A partir de 1987, com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), foram transferidos atribuições, recursos financeiros e profissionais de saúde, vinculados à estrutura do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para a gestão das secretarias estaduais e municipais. Esses foram considerados passos importantes na direção da implantação do Sistema Único de Saúde.

No contexto da redemocratização, foi proposta a criação de um Sistema Único de Saúde, a partir da concepção de seguridade social, que articularia políticas e integraria recursos orçamentários. Neste capítulo são priorizadas algumas questões importantes, suscitadas a partir da pesquisa bibliográfica e relacionadas ao surgimento da política de saúde atual. Aqui será descrito o momento político-econômico de sua criação e implementação e destacado o seu papel na seguridade social brasileira.

1.1.1 A Constituição de 1988 e a Saúde como Direito

A nova Constituição Federal, promulgada no ano de 1988, introduziu a concepção de proteção social ao integrar, em um só Capítulo – Seguridade Social – as políticas de assistência social, de saúde e da previdência. No texto constitucional, a

seguridade social compreende um “conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Para tanto, compete ao Estado organizar e garantir a seguridade social com base na universalidade do atendimento e na uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços (BRASIL. Constituição Federal, 1988. Art. 194).

O modelo da seguridade social, contemplado na Constituição (1988) gerou, segundo Cordeiro (2001), mecanismos mais solidários e redistributivos uma vez que rompeu com a cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal, além de flexibilizar os ligames entre contribuições e benefícios, os quais passam a ser concedidos a partir das necessidades sociais. As políticas de saúde, de previdência social e de assistência social passam a ser pautadas pelos princípios constitucionais, que assinalavam a transição de um modelo incipiente e incompleto de seguridade para outro de maior escopo e abrangência.

O SUS foi regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142 de dezembro de 1990. A Lei nº. 8080, denominada como Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, estados e municípios com relação à política de saúde.

O Artigo 3º, da Lei nº 8.080, estabelece que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL. Lei nº 8.080, 1990. p. 01).

Uma das inovações trazidas pelo SUS, e que colaborou na efetivação da democracia, foi a instituição de espaços de participação da sociedade civil, mediante a inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do sistema de

saúde, como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde brasileira.

A Lei Orgânica da Saúde assevera, em seu artigo 7º, que as ações e serviços do Sistema Único de Saúde devem ser baseados nas diretrizes dispostas no Artigo 198 da Constituição Federal, a saber: descentralização, integralidade e participação da comunidade. Além disso, devem ser obedecidos os seguintes princípios: universalidade, integralidade, igualdade e equidade no acesso e na assistência à saúde (BRASIL. Lei nº 8.080, 1990).

A proposta de Lei nº. 8.080/90 não foi, porém, aprovada em sua totalidade. Os vetos do então Presidente Fernando Collor de Melo atingiram os incisos relativos aos prazos para extinção do INAMPS e à vinculação de percentuais orçamentários para o orçamento da seguridade social para transferências automáticas de recursos fundo a fundo para estados e municípios, além de dispositivos relacionados a mecanismos de participação e controle sociais. A pressão política dos atores da reforma sanitária proporcionou a aprovação da Lei nº. 8.141/90, que recompôs a presença de instâncias de participação e controle social do SUS (CORDEIRO, 2001). A lei nº. 8142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde; temas que foram suprimidos da LOS.

A agenda da redemocratização buscou ampliar as responsabilidades da gestão local, como alternativa para o desenvolvimento de mecanismos de controle sobre o gasto público e de ampliação do acesso às políticas sociais. A regulamentação da implementação dos serviços e ações do Sistema Único de Saúde se deu por meio da instituição de normas operacionais e portarias que, como se verá a seguir, foram influenciadas pelo momento político-econômico em que foram formuladas.

A dinâmica do setor de saúde e suas especificidades estavam de acordo com a nova perspectiva adotada pelo país em relação às políticas sociais. Nesse contexto, a função dos entes federativos foi redefinida, o que exigiu uma nova

postura de governos frente às novas responsabilidades impostas pela legislação aos atores sociais. A forma em que, em 1988, foi estabelecido o pacto federativo brasileiro, em que estados e municípios passaram à condição de entes federados com atribuições no tocante à distribuição das receitas, gerou consequências que dificultaram a gestão da política de saúde. Esse deslocamento de poder, da União para os estados e municípios, possibilitou a reestruturação de arenas e atores, gerando a necessidade de uma nova pactuação (OLIVEIRA, 2005).

1.2 A Descentralização como Diretriz: novo panorama constitucional

A idéia de descentralização da saúde foi aludida ainda durante a 3ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, cujo presidente foi Wilson Fadul, Ministro da Saúde do Presidente João Goulart. Em 1963, foi apresentada a proposta de municipalização da assistência à saúde, baseada na idéia de que um país da dimensão continental do Brasil só poderia ter um crescimento econômico se a população estivesse saudável e para tanto deveria ter acesso aos serviços de saúde em cada canto do país (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

Atualmente, acredita-se que o fortalecimento da cidadania na saúde e a acumulação de capital social no Brasil se dão em virtude do processo de descentralização do SUS. O conceito de descentralização tem sido utilizado na reorganização de políticas públicas com diferentes denotações, desde a década de 1980. A descentralização, colocada como diretriz do SUS na Constituição Federal de 1988, foi introduzida como parte de processos de redemocratização, uma vez que os regimes anteriores caracterizavam-se por serem centralizados, burocráticos, excludentes e portadores de intervenções sociais fragmentadas e descoordenadas.

Segundo Barros (2001, p. 307) a descentralização pode se traduzir como:

Desconcentração de poder no interior de uma mesma instituição; ou delegação de competência; ou transferência ao mercado de atividades até então sob responsabilidade do Estado,

correspondendo ao conceito de privatização; ou, ainda, a redistribuição de poderes e responsabilidades na condução ou execução de políticas entre a União e os entes federados.

A ambiguidade de significados descrita pela autora gera um desencadeamento de processos com variadas estratégias para implementação de ações, especialmente pela União. O princípio de descentralização, que norteia o SUS, se dá, especialmente, por meio da transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais. Os estados e a união devem contribuir para a descentralização do SUS fornecendo cooperação técnica e financeira ao processo de municipalização.

A descentralização tem como meta a definição precisa dos papéis no nível da gestão municipal, estadual, regional e federal, a fim de permitir maior controle de qualidade pelo usuário dos serviços prestados e/ou contratados pelo setor público. Costa (2002) afirma que a rapidez da descentralização da política de saúde foi um resultado bem sucedido das demandas dos gestores locais e regionais por autonomia decisória e responsabilidade pela provisão direta de serviços sociais, originais pelo processo de redemocratização das décadas de 1970 e 1980.

Nessas duas décadas de institucionalização do SUS, observa-se que a implementação da política de saúde evoluiu muito, em termos da descentralização e municipalização, e é impossível não notar a diversidade de visões e de práticas que caracterizam este processo.

Na perspectiva da integração, da oferta e da utilização dos serviços de saúde a descentralização deve ser feita por um conjunto de pontos de atenção à saúde que se articulam: uma rede capaz de prestar atenção contínua a uma população adscrita. Segundo Martins (2002), a integração regional é considerada essencial para que se realizem ações voltadas ao atendimento das demandas sanitárias da população, de acordo com a distribuição territorial em um espaço social e epidemiológico dinâmico. Ademais, a existência de diversos municípios, cujo porte não

permite a prestação do serviço de saúde nem nos mais baixos níveis de complexidade, apresenta como resultado a iniquidade no acesso ao serviço.

A descentralização da gestão de programas sociais foi formulada em estreita associação com um estado federal. O arranjo federativo brasileiro prevê diferentes formas de distribuição de competências entre os entes federados, mas instância central ou federal concentra mais atribuições e recursos, especialmente os financeiros. A expansão e a reorganização da atenção ambulatorial, sobretudo da atenção básica, têm sido a tônica da reforma setorial nos anos 1990. A Lei nº. 8.080, em seu artigo 7º, reafirma as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal e define as competências frente à criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde.

Durante a década de 1990, o Brasil vivenciou um processo de transferência gradativa de competências e recursos, do nível federal para os estados e, sobretudo, para os municípios. A descentralização da política de saúde foi marcada, nos últimos dez anos, pela edição de diversas normas operacionais pelo Ministério da Saúde, que se tornaram os principais instrumentos de regulação nacional desse processo. Segundo Goulart (2001), o governo federal conduziu a elaboração e implementação das normas operacionais com o intuito de garantir questões como a gestão e o financiamento do sistema. Essa realidade traz inúmeros vieses, mesmo as NOBs tendo condensado propostas dos representantes das três esferas de governo e contarem com o aval da sociedade por meio da aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS). As normas trouxeram inovações, mas, ao mesmo tempo, funcionaram como um limitador das ações.

O processo de descentralização da gestão exigiu o desenvolvimento de novas modalidades de alocação dos recursos federais aos estados, e particularmente aos municípios, para que estes pudessem assumir as novas responsabilidades e atribuições na gestão do sistema. Dessa forma, se faz necessário que esse processo seja analisado de forma a dar uma maior visibilidade sobre como as estratégias de

planejamento regional se articulam com as macro-políticas, no âmbito das políticas sociais de saúde, em particular.

As mudanças, observadas na estrutura dos serviços, evidenciam um aumento significativo do número de municípios com estabelecimentos básicos ou ambulatoriais de saúde em todas as regiões brasileiras. Carvalho (2005) refere que o preceito constitucional é de formar a rede regionalizada e hierarquizada e que o grande nó crítico a ser superado é sair da regionalização vertical, imposta por alguns estados, não na imposição do território, mas na forma de financiamento.

O processo de descentralização das políticas públicas, em especial da política de saúde, significou grandes avanços, com reais reflexos na distribuição dos recursos federais aos demais membros da federação. Do ponto de vista normativo, também foram registrados muitos avanços, a partir da década de 1990. A edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), ao longo da qual a definição das responsabilidades dos entes públicos foi estipulada, expressou o início da superação de obstáculos históricos, principalmente no que diz respeito à descentralização de serviços e recursos.

As Normas Operacionais Básicas foram formuladas em um contexto desfavorável à consolidação do Sistema Único de Saúde: a ascensão do neoliberalismo e a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista se somaram às desigualdades sociais estruturais. Não obstante, contribuíram de modo significativo no processo de construção da autonomia municipal na gestão dos recursos da saúde, repercutindo na reorganização da atenção e impactando na saúde da população.

Nesse sentido, uma das medidas foi publicar a Norma Operacional Básica SUS 91 (NOB 91), que fundou um sistema de alocação de recursos estruturado em duas formas: o financiamento das internações hospitalares, no qual o Ministério da Saúde faria pagamento direto, por procedimento, aos prestadores de serviços públicos e privados e o financiamento de assistência ambulatorial, calculado em base *per*

capita, utilizando-se a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA)⁶, (BRASIL. Resolução nº 258, 1991).

Ugá e Marques (2005) sublinham, que o formato de financiamento, firmado na NOB 91, foi determinante na alocação de recursos nas três esferas de governo. No que diz respeito à assistência hospitalar, ficou definido que haveria uma quota máxima, em número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para cada um dos estados, modelo que permitiu uma distribuição de recursos assentada pela capacidade instalada, mas, por outro lado, impossibilitou a decisão sobre a alocação dos recursos por parte dos gestores municipais e estaduais. Embora gestada na perspectiva de materializar um dos princípios fundamentais do SUS, a descentralização, a política implementada no governo Fernando Collor, desvirtuou.

Os parâmetros para garantia da descentralização do sistema de saúde e as responsabilidades e critérios de financiamento das ações de saúde no âmbito federal, estadual e municipal foram objeto da Norma Operacional Básica do SUS 93 (NOB 93), editada no governo Itamar Franco, pela Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993. A NOB 93 instituiu a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁷ e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB)⁸, como formas de gestão do sistema. O estabelecimento destes fóruns possibilitou a ampliação das relações intergovernamentais, consideradas determinantes na implementação do SUS, pois criou espaços de negociação e pactuação entre os gestores das três esferas de governo.

As pactuações dessas comissões têm-se traduzido em regulamentos, que fortalecem o processo de descentralização e qualificam a gestão, definindo

⁶ A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) foi criada pela NOB 91 com o objetivo de reajustar os valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios. Esta considerava os critérios de: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde do estado. O valor da UCA, a partir de abril de 1991, era ajustado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS (BRASIL. Resolução nº 258, 1991).

⁷ A CIT integra representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), "tendo por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde".

⁸ A CIB integrada paritariamente por dirigentes das secretarias estaduais de saúde e de representação dos secretários municipais de saúde também deve "submeter-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Estadual de Saúde".

responsabilidades para estados e municípios. Os processos, trabalhados por essas comissões e aprovados nos conselhos de saúde, produziram, ao longo dos anos, um complexo arcabouço normativo, destinado a regulamentar a aplicação uniforme das decisões pactuadas em âmbito nacional.

A NOB 93, em sua introdução, aponta a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS. No texto, a regionalização é apontada como uma articulação municipal que pondera as características geográficas, os fluxos de demanda, o perfil epidemiológico, e a oferta de serviços no território (BRASIL, 1993).

Ademais, a NOB 93 definiu os tipos de gestão municipal da saúde (incipiente, parcial e semiplena), exigindo a existência de um conselho municipal de saúde com comprovação semestral de seu funcionamento e com as atas de suas reuniões. A existência de conselhos e seu funcionamento era o requisito, junto com os critérios de distribuição do financiamento, para que o município pudesse participar da alocação de verbas. A norma apontou para um horizonte de repasse financeiro global e para a construção de um processo decisório efetivamente descentralizado. O mote era flexibilizar as condições de modo a permitir que as situações político-administrativas dos municípios e estados brasileiros não atrasassem o processo.

Instituiu, ainda, tetos financeiros para cobertura hospitalar, o que possibilitou efetuar transferências diretas fundo a fundo, dando maior transparência ao processo de distribuição dos recursos. Aqueles porém, destinados à cobertura dos serviços ambulatoriais, não sofreram alterações em relação à NOB 91.

Vale destacar que a NOB 93 resgatou o princípio da descentralização e a autonomia dos entes estaduais e municipais, pois trazia em seu texto que a descentralização deveria ser um processo lento e que as instâncias de governo, gradualmente, se habilitariam a adquirir maior autonomia de gestão (UGÁ; MARQUES, 2005).

Entretanto, a implementação da NOB 93 foi prejudicada pela lentidão na elaboração de instrumentos complementares, como o decreto do repasse fundo a fundo, assinado somente em 1994. Dado o atraso na regularização das transferências e alocação de recursos, a contabilização de êxitos da NOB 93 neste campo foi realmente escassa, produzindo efeitos lentos. A ação residual do INAMPS, permeada por um discurso formal, no qual estava explícito fracasso do SUS tentou embargar os avanços que a NOB permitia, mas o que o autor chama de “cultura tripartite” surge como uma grande conquista da NOB 93 (GOULART, 2001).

A articulação do pacto federativo de forma descentralizada e a redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União é objeto da Norma Operacional Básica do SUS 96 (NOB 96), instituída pela Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Procurando avançar na consolidação dos princípios do SUS, a NOB 96 inovou quando estabeleceu instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e para a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI).

A NOB 96 também definiu novas modalidades de gestão de estados e municípios como: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios; e gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema, para os estados. A esse novo modelo assistencial corresponderam mudanças no sistema de transferências intergovernamentais, através do Piso de Atenção Básica (PAB), que consistiram na criação de um valor *per capita* nacional, para o custeio de procedimentos de atenção básica.

Entretanto, apesar de avançar no sentido do financiamento das ações voltadas à atenção primária em saúde, para as ações da média e alta complexidade, medicamentos e insumos excepcionais e os Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC), foi conservada a estrutura antiga de remuneração por serviços produzidos, mantendo a centralização dos recursos no governo federal. A fragmentação do financiamento e a proposta de uma "cesta básica", como os

incentivos para implementação dos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sinaliza a presença de proposições internacionais na condução da saúde pública brasileira como projeto neoliberal de reforma do Estado.

Os grandes fluxos de transferências intergovernamentais, conformados ao longo da implementação da NOB 96, foram os seguintes: o PAB, compreendendo uma parte fixa (calculada com base em um valor *per capita*) e uma parte variável e os recursos destinados a procedimentos ambulatoriais de alta e média complexidade/custo, que incluem a Fração Assistencial Especializada (FAE)⁹; a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC)¹⁰; e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)¹¹ (UGÁ; MARQUES, 2005).

Algumas medidas, preconizadas pela NOB 96, tenderam a romper com o modelo assistencial flexneriano vigente, como por exemplo, o estabelecimento de incentivo à estruturação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF). A ruptura parcial com a modalidade de pós-pagamento por serviços realizados, com a instituição do PAB deu aos municípios liberdade de empregar os recursos de modo a estimular a mudança do modelo assistencial, mas não fez referência se a aplicação desse recurso seria diferente do modelo herdado pelo falecido INAMPS (CORDONI Jr., 2001).

A NOB 96 ainda enfatizou a necessidade de diversidade do financiamento, propondo a reorganização do modelo assistencial e estabelecendo uma direção única no setor saúde, com instrumentos gerenciais e transferências fundo a fundo. Foram estabelecidas duas condições de gestão: avançada e plena do sistema estadual e, para os municípios, plena da atenção básica e plena do sistema municipal.

⁹ Referente aos procedimentos de média complexidade, medicamentos e insumos especiais e órteses e próteses ambulatoriais.

¹⁰ Referente ao financiamento de procedimentos de alto custo/complexidade.

¹¹ Destinado a compensar os municípios pela realização de procedimentos de alta e média complexidade para pessoas não residentes.

Cordoni Jr. (2001) assevera que as Normas Operacionais Básicas impulsionaram a gestão do sistema de saúde, não só exigindo a criação de Conselhos Municipais de Saúde, o que supõe a inclusão dos usuários, mas também oportunizando o envolvimento dos executores como participantes da formulação de políticas, por meio dos conselhos, das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e até mesmo da Programação Pactuada e Integrada (PPI). As normas trouxeram mecanismos de incentivo financeiro propulsores, notadamente após a ruptura do mecanismo convenial, com a adoção do sistema de transferência direta fundo a fundo.

Propunha-se a aumentar a “eficiência distributiva do gasto” e a “capacidade de controle de recursos” no âmbito local, envolvendo, portanto, descentralização fiscal e financeira, além de maiores possibilidades de corrigir distorções distributivas a partir da redefinição de competências entre o nível central e local de governo. Outro aspecto foi o reconhecimento da necessidade de mudar o modelo de organização e prestação de cuidados, que deveria envolver: a atenção básica de saúde como porta de entrada do sistema, com referência e contra-referência para os níveis secundário e terciário da assistência e a oferta de serviços para um modelo orientado pela demanda, como um fator de redução de custos e de integralidade de ações de saúde (CORDEIRO, 2001).

1.3 A Regionalização como Eixo Estruturante do SUS

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), estabelecida pela Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, trouxe, entre seus aspectos mais inovadores, a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), com diretrizes para a organização regionalizada da assistência; a instrumentalização de gestores estaduais e municipais para o planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de compromisso entre gestores; e a

atualização dos critérios e dos processos de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS.

A norma enfatizou a resolutividade da atenção básica em todos os municípios, a partir de questões consideradas estratégicas, tais como saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e da diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS 2001) estabeleceu ainda diretrizes gerais para as ações de média e alta complexidade, requerendo a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob a coordenação e a regulação estadual, através da PPI.

Em 27 de fevereiro de 2002, foi emitida a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS 2002), por meio da Portaria nº 373, que revogou a norma anterior, mantendo suas diretrizes gerais, além de ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelecer a regionalização como estratégia na busca pela equidade; criar mecanismos para o fortalecimento da gestão do SUS e atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002d).

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS 2001) e 01/2002 (NOAS 2002), estabelecem estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001). A NOAS introduz a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões expressas no Plano Diretor de Regionalização (PDR).¹² Para Barros (2001), a NOAS consolida o processo de recentralização seletiva, inaugurado com a NOB 96, que “redefiniu funções das esferas de governo e

¹² A partir do ano de 1992, aplicando-se a lógica da regionalização, passou-se a entender por mesorregião uma área individualizada em uma unidade da federação, que apresenta formas de organização do espaço definidas pelas seguintes dimensões: o quadro natural como condicionante e a rede de comunicação e de lugares como elemento de articulação espacial. As microrregiões foram definidas como partes das mesorregiões que apresentavam especificidades quanto à organização do espaço (GUIMARÃES, 2005).

fragmentou a gestão do sistema segundo os níveis de complexidade tecnológica e da assistência, abstraindo ao gestor municipal poder de decisão sobre determinadas áreas do sistema”.

A materialização da regionalização requer ademais contemplar a diversidade dos municípios brasileiros, cujo porte, em alguns casos, não permite a prestação do serviço de saúde, nem nos mais baixos níveis de complexidade. Essa peculiaridade alia-se à dificuldade da coordenação das ações de saúde, resultando frequentemente em iniquidade no acesso ao serviço. Sob o enfoque do SUS, o ideal é que os municípios vizinhos prestem atendimento à população daqueles que não têm condições de fazê-lo. Nesses termos, a região se impõe como um espaço de manifestação da solidariedade entre os parceiros que compartilham a gestão do sistema. No entanto, ela não existe sem disputa política, mas pode ser definida como o espaço de sinergias necessárias para a concretização do SUS, em seu plano operacional.

A reedição da NOAS, em 2002, enfatizou a regionalização das ações e serviços de saúde por níveis hierarquizados de complexidade. Seu foco se centrou na organização de uma rede funcional regionalizada (módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões), com base em territórios autossuficientes na atenção básica e na média e alta complexidade. Sua elaboração enfocou a reorganização de atividades assistenciais de forma regional, para tentar corrigir falhas na assistência à saúde e apoiar estratégias de mudança do modelo assistencial em desenvolvimento naquele momento.

Essa proposta decorre de uma visão do sistema como estrutura piramidal, organizado por níveis de complexidade, que são hierarquizados. Do ponto de vista operacional, isso significa que o importante para a gestão dos sistemas de saúde não é ter serviços próprios num território político-administrativo, mas dar acesso a serviços eficientes e de boa qualidade aos cidadãos, independentemente de sua localização e de sua razão social (MENDES, 2001).

A região de saúde, concebida na NOAS, sugere a delimitação de um espaço contínuo, cuja lógica é determinada pela interdependência operacional e pela determinação de um município-sede, que seria referência para os municípios vizinhos. Nesse quadro, a proposta descrita na NOAS apóia a idéia de reorganizar as ações e serviços assistenciais, por meio dos fluxos entre serviços de saúde de forma regional. Contudo, Marques e Mendes (2002) chamam a atenção para a efetividade do modelo proposto, considerando que o financiamento, “fio condutor” para viabilizar a política de saúde, ainda reforçava a centralização do sistema.

Na perspectiva da norma, a integração da oferta e a utilização dos serviços de saúde devem ser feitas por um conjunto de pontos de atenção à saúde, que se articulam, formando assim, uma rede capaz de prestar atenção contínua a uma população adscrita. Na saúde, a integração regional é hoje de suma importância social, econômica e tecnológica. A maior proximidade, entre os municípios, facilita a oferta de ações e serviços nos módulos assistenciais, racionalizando e otimizando a utilização de equipamentos, de diagnósticos e dos recursos humanos disponíveis, com conseqüente diminuição de custos.

Questionamentos de gestores municipais e estaduais, sobre a rigidez operacional proposta pela NOAS causaram um inquietude sobre a possibilidade de uma nova reformulação da normatização do SUS. Esse processo engendrou, em 2003, uma discussão envolvendo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para a formulação de uma nova proposta de regionalização. Expressão da pactuação entre os diversos atores envolvidos na gestão do setor saúde, visando à criação de um novo instrumento que traria diretrizes inovadoras para a gestão do Sistema Único de Saúde, o Pacto pela Saúde foi firmado, entre os gestores do SUS, contemplando três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006d).

Oficializado com a publicação da Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2006d).

A regionalização é apontada como eixo estruturante do Pacto de Gestão: elemento orientador da descentralização das ações e serviços de saúde, e dos processos de planejamento e articulação entre os gestores. A lógica da regionalização, descrita no Pacto de Gestão, consiste em respeitar as diversidades regionais do país, por meio da identificação das “Regiões de Saúde”, permitindo, dentre outras possibilidades, a priorização dos investimentos que fortaleçam estas regiões. A regionalização deve, portanto, orientar o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde, nas quais as ações e serviços devem ser organizados de forma a garantir o direito da população à saúde e a potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores, além da estruturação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) (BRASIL, 2006c).

A edição do Pacto pela Saúde, em suas três vertentes, ao reforçar o caráter de pacto e de autonomia dos entes federados, acrescenta novos elementos ao processo de descentralização da saúde. O fortalecimento da descentralização exige ênfase nos espaços locoregionais e uma adequada definição das competências das três esferas de governo, contexto em que estados e municípios assumem relevância estratégica. A regionalização foi, por isso mesmo, definida como eixo estruturante do Pacto pela Saúde. Ela orienta a descentralização das ações e serviços e potencializa os processos de pactuação e negociação entre gestores. Seu avanço depende, porém, da construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais.

O Pacto pela Saúde apresenta quatro recortes para classificação das regiões: Regiões de Saúde Intramunicipais¹³, Regiões de Saúde Intraestaduais¹⁴, Regiões de Saúde Interestaduais¹⁵ e Regiões de Saúde Fronteiriças¹⁶. Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI)¹⁷ e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), detalhados no corpo deste documento (BRASIL, 2006c).

Para que a regionalização tenha êxito, é importante que haja uma clara definição dos recursos financeiros destinados a apoiar os processos e iniciativas que a envolvem. O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização, a racionalização de gastos e a otimização de recursos.

O processo de descentralização ampliou o contato do SUS com a realidade social, política e administrativa do país, bem como com suas especificidades regionais, tornando o sistema ainda mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e

¹³ Organizam-se dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional. Nesses municípios, a gestão vem sendo em geral estruturada por meio da constituição de Distritos de Saúde, que podem ser agrupados nas Regiões de Saúde Intramunicipais, seguindo os mesmos critérios pactuados para a identificação da reorganização das demais regiões de saúde. Dentro de um mesmo município, podem ser organizadas várias Regiões de Saúde compostas por tantos Distritos de Saúde quanto convier ao atendimento das demandas do território.

¹⁴ São compostas, seguindo os critérios gerais já descritos acima, por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo estado, sendo a situação mais comum na organização das Regiões de Saúde.

¹⁵ São compostas, seguindo os critérios gerais já descritos acima, por municípios territorialmente contíguos, mas pertencentes a estados diferentes (dois ou mais) – situação comum a áreas limítrofes entre territórios estaduais. O desenho dessas Regiões de Saúde deve ser o que melhor responder às necessidades de saúde locais. Elas devem constar no Plano Diretor de Regionalização (PDR) dos estados envolvidos.

¹⁶ Regiões de Saúde Fronteiriças: São compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um ou mais estado e um ou mais país(es) vizinho(s). Nessas regiões, os municípios, o(s) estado(s) e a União devem participar da instituição da Região de Saúde em parceria com gestores dos países envolvidos, objetivando alcançar o desenho que melhor atenda às características e necessidades locais.

¹⁷ O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, este deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade (BRASIL, 2006c).

serviços e da qualificação da gestão. Um grande desafio, que se impõe ao processo de descentralização e regionalização, diz respeito ao aperfeiçoamento da regulamentação do SUS, que permita avançar mantendo a visão nacional e integradora. Para tal, a regulamentação deverá ser acompanhada de estratégias de coordenação e de promoção da equidade.

A descentralização e a regionalização devem superar a disjuntiva “a quem cabe executar as ações”, evitando-se entrar em discussões sobre a competência de responsabilidades e realização das ações. A garantia de um desenvolvimento regional-local equitativo passa por uma atuação decisiva dos três entes federados, atuação essa que, quando articulada, tem forte relação com as questões locais, além de fortalecer o desempenho das prefeituras (SOARES, 2003).

Muitas das interrogações e incertezas sobre os efeitos da descentralização valem para um projeto abrangente de reforma do setor saúde e das funções do Estado brasileiro. As políticas descentralizadas podem aumentar as desigualdades entre as regiões e fragmentar a prestação dos serviços, quando não acompanhadas de estratégias de coordenação e de promoção da equidade.

Com o objetivo de consolidar o direito à saúde e de reduzir as enormes desigualdades existentes nesse campo, o tema da descentralização e da construção do pacto federativo representam um aspecto-chave na agenda da saúde, que também não pode prescindir do enfrentar o financiamento, o controle social e a organização de ações e serviços. Espera-se que, do caso brasileiro de reforma de saúde, seja possível extrair lições para se estabelecer uma relação mais direta entre a equidade e a eficiência no processo de descentralização da política do setor. A combinação de níveis de atenção e escala de complexidade, bem como a articulação entre eles, é essencial à regionalização do sistema de saúde, que, por sua vez, é condição necessária para assegurar a máxima acessibilidade da população aos serviços de saúde.

CAPÍTULO II

A DINÂMICA ORÇAMENTÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

O Brasil alcançou, no setor saúde, a visão mais abrangente de seguridade, tendo como princípio orientador a universalidade do acesso. No processo de construção do SUS, limitações e obstáculos foram evidenciados e, juntamente com eles, os desafios para a consolidação do sistema, com destaque para o financiamento e, atrelada a este, a qualidade dos serviços.

Embora instituído em 1988, as diretrizes do SUS referentes à gestão e ao financiamento e orçamento começaram a ganhar materialidade somente na década de 1990. Como abordado anteriormente, naquele momento, por meio de decretos e normas operacionais, os gestores de estados e municípios, como atores de um novo pacto federativo, tiveram seus papéis redefinidos, focados na gestão do novo sistema de saúde. Atribuiu-se às secretarias estaduais as ações de planejamento, controle e avaliação e prestação de serviços numa tentativa de regionalização, enquanto às secretarias municipais coube a gestão dos sistemas locais de saúde, incluindo o gerenciamento das unidades municipais.

2.1 A Implantação de uma Política de Saúde Universal em um Panorama Neoliberal

Os planos de estabilização econômica, adotados a partir do final da década de 1970 até meados da década de 1980, surtiram efeitos residuais sobre as políticas sociais, obedecendo a um projeto global de reorganização da sociedade sob a égide neoliberal. Os efeitos, das políticas econômicas sobre as políticas sociais, foram a redução de emprego e salários. Em consequência, caiu o número de

contribuintes aos sistemas de seguro social vigentes, assim como foi reduzido o valor das contribuições daqueles que ainda estavam no mercado formal de trabalho. Na política social, o modelo neoliberal se dá a partir da segunda metade da década de 1980, período de densas rupturas, que abrangem o modo de produção - com a ruína do socialismo Europeu – ao arranjo do trabalho com as inovações tecnológicas que conformam a “Terceira Revolução Industrial” (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 196).

A situação de “subdesenvolvimento” impõe enorme distância entre o Brasil e os países industrializados, de “capitalismo maduro”, nos quais a população detém recursos para adquirir bens e serviços de que necessita. A realidade brasileira é outra: em um vasto território coexistem, em total desarmonia social, uma maioria populacional sem recursos para comprar bens e serviços no mercado, e uma minoria detentora de recursos e poderes ilimitados. Esta condição socioeconômica reflete-se nos indicadores de concentração da renda, na enorme heterogeneidade social, na precarização do trabalho, nos baixos salários, e no desemprego (FAGNANI, 2007, p. 120).

Para as políticas sociais, a Constituição de 1988 significou um avanço em termos de proteção social. A conquista de direitos universais de cidadania, como o direito à saúde pública, à assistência social e à previdência social, representou mudanças profundas na condução das políticas públicas pelo Estado brasileiro, sendo necessário escrever um capítulo específico para Seguridade Social.

Marques e Mendes (2005) destacam algumas mudanças consideradas estratégicas para a cidadania e os direitos sociais no Brasil. Entre outras inovações trazidas pela Constituição de 1988 se destaca: a ampliação da cobertura das políticas de saúde, assistência e previdência para segmentos até então desprotegidos, a incorporação da gestão descentralizada nas políticas de saúde e assistência, a eliminação das diferenças de tratamento entre trabalhadores rurais e urbanos e, a definição de mecanismos de financiamento como garantia de recursos para a implementação das políticas de proteção social.

Apesar das conquistas e dos avanços no campo da seguridade social impressos na Constituição, o governo brasileiro, sob a hegemonia do neoliberalismo, não criou um ambiente propício para a devida implantação e manutenção das políticas asseguradas na Carta Magna, no que tange a sua estrutura organizacional e financeira. Os princípios ali consagrados permaneceram todavia como norteadores para as lutas sociais de acesso legítimo aos direitos sociais universais (MARQUES; MENDES, 2005).

As teses neoliberais desconsideram políticas sociais provedoras de serviços iguais para o coletivo. Para os liberais, essas contrariam o “princípio da soberania do indivíduo como consumidor e afetam a sua liberdade de escolha”. A afirmação fere os preceitos das políticas sociais, que nasceram da negociação de interesses coletivos. Desse modo na sociedade neoliberal a igualdade coletiva dá lugar ao individualismo. Somente os impossibilitados de resistir à competição no mercado devem ser contemplados com ações assistenciais estatais, caracterizando a seletividade ou, como dito pelo Banco Mundial, “a necessária focalização de suas ações” (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 198).

Nos anos 1990, durante os governos Fernando Collor de Mello (1990 – 1992), Itamar Franco (1992 – 1994) e Fernando Henrique Cardoso (1998 – 2002), os avanços sociais previstos na Constituição Federal de 1988 foram gradativamente esvaziados (PEREIRA, 2004). A passagem dos anos 1980 para os 1990 marca um ponto de inflexão em termos dos direitos sociais.

O governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2002) caracterizou-se por uma “reordenação do Estado”. Durante este período ressaltou-se o neoliberalismo, com enfoque na redução da função do Estado em favor do mercado. FHC assume que o Estado seja suporte das condições do mercado globalizado e esse novo papel passa a ser exercido pelo Estado.

Sob a égide do neoliberalismo, o governo FHC delinea o caminho do desmonte do Estado, com ênfase na privatização e nos corte dos gastos públicos,

consubstanciado numa reforma econômica e administrativa. A abertura comercial aos investimentos estrangeiros, a privatização, a terceirização, a implementação de parcerias com organismos da sociedade, a desregulamentação e a desresponsabilização do Estado fazem parte de um pacote de ações que foram sendo implementadas como padrão pelo Fundo Monetário Internacional (FMI).

Assim, blindada a economia com a estabilização monetária, várias medidas do governo foram imprimindo ao Estado a configuração desejável a suas bases de sustentação. As consequências de tais transformações se materializaram em aumento do déficit público, baixos índices de crescimento do PIB, arrocho salarial, aumento da carga tributária, desemprego, ampliação do endividamento externo, entre outras.

O movimento básico para corrigir as supostas distorções do Estado é a transferência para o setor privado daquelas atividades que podem ser “controladas pelo mercado”. Isto é feito através da privatização das estatais e da descentralização da execução de serviços sociais de educação, saúde e cultura. Vale ressaltar que, mesmo naqueles países onde já existia tradição na participação de entidades não-estatais na prestação de serviços sociais, esse modelo vem sendo criticado. O maior exemplo disso é o caso dos Estados Unidos, onde amplos setores da população encontram-se marginalizados do acesso a serviços sociais básicos, sejam eles estatais ou não (NORONHA; SOARES, 2001).

Nessa perspectiva, o governo propôs um conjunto de reformas constitucionais orientadas, não só pela e para a redução do Estado, mais também pela ampliação do poder das forças vinculadas ao mercado. A primeira reforma foi a introdução do Plano Real, implementada ainda no governo Itamar Franco, quando FHC era ministro da Fazenda. A estabilização econômica criou as condições para a garantia de um processo de acumulação capitalista com base no valor do real em relação ao dólar, dando confiança ao capital internacional.

A segunda onda de reformas mudou o papel do Estado, de pilar do desenvolvimento interno para o de suporte da competitividade internacional. Fernando Henrique Cardoso se posicionou contrário à era desenvolvimentista, declarando que a missão do Estado, de direcionar o desenvolvimento, passa a ser mais importante do que a tentativa ineficaz de substituir a iniciativa privada na produção de bens e serviços que não têm natureza pública (CARDOSO, 1996 *apud* BRASIL, 2006a).

O Real foi mantido como uma moeda sobrevalorizada, o que facilitou as importações, com efeitos desestruturantes sobre a indústria nacional e redutores das exportações. Para sustentar o Real, o governo manteve um câmbio estável até janeiro de 1999. Nessa ocasião foi adotado o câmbio livre, que deixou a moeda sem muitos atrativos aos capitais especulativos internacionais, provocando uma consequente elevação nos juros, que levou o país à recessão e ao desemprego. De acordo com Faleiros (2003 *apud* BRASIL, 2006a), apesar da estabilidade da moeda, a conjuntura econômica foi abalada por grandes ataques especulativos. A estabilidade monetária não foi acompanhada pela estabilidade econômica, que foi também agravada pela recessão e pelo desemprego. A questão do déficit público e do ajuste fiscal foi o eixo central da política econômica, subordinada aos ditames do FMI. Essa política implicava no aumento de arrecadação e cortes nos gastos públicos, condicionando os gastos e as políticas sociais à diminuição do déficit público.

Para o governo, o combate à exclusão passava pela competitividade, mesmo após dizer que a globalização acentua a desigualdade. A competitividade foi erigida em valor central do seu governo, seguindo a lógica de tornar o Estado o suporte do capital internacional. Pereira (2004) menciona que a tendência do governo FHC segue a trilha do processo de globalização, capturada pela ideologia neoliberal, que previa na sua agenda a reforma do Estado segundo uma orientação promotora da despolitização e privatização, e incentiva o voluntariado o qual está presente como parceiro do Estado nas áreas sociais.

A posição, no campo da saúde, defendida pelas agências internacionais multilaterais, tais como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Comissão Econômica para os países da América Latina e Caribe e o Banco Mundial, integra a discussão de reforma do Estado. Nos anos 1980, no campo social, o ponto de partida do diagnóstico e das proposições era a crise do *Welfare State*. Parte substantiva da crise do *Welfare State* teve origem na própria crise do sistema capitalista iniciada em meados da década de 1970. A crise mergulhou as principais economias do mundo no desemprego e no fraco crescimento de suas rendas nacionais. Essa situação teve impacto sobre a estrutura da demanda do *Welfare State* e sobre o volume da arrecadação dos impostos e das contribuições (MARQUES; MENDES, 2002).

As estratégias, da primeira metade da década de 1980, para enfrentar tais dificuldades, se basearam em políticas de “focalização do gasto”, com subsídios diretos aos pobres como: suplementação alimentar; programas de atenção primária à saúde, inspirados nos postulados das tecnologias simplificadas; e outros itens pontuais das recomendações de Alma-Ata. Os gastos públicos deveriam ter como meta atingir a um determinado conjunto de efeitos, demonstráveis por melhoria de indicadores sociais dos segmentos pobres das populações, tais como mortalidade infantil e desnutrição (CORDEIRO, 2001). Contudo, o autor menciona que não se deve atribuir à falta de recursos as dificuldades do setor saúde na América Latina, reconhecendo que, para os países mais pobres da região, os recursos ainda eram insuficientes para expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

No Brasil, a continuidade da expansão do gasto com saúde, em um ambiente de deterioração dos recursos públicos provocada pelos juros altos praticados a partir do início da crise e pelas elevadas taxas de desemprego, chamou atenção do pensamento neoliberal, que passou a ser hegemônico durante a década de 1980. Em qualquer agenda de reforma do Estado, um dos principais itens contemplados é o da saúde (MARQUES; MENDES, 2002).

Apesar de a democracia política ter sido efetivamente ampliada no Brasil, Cordeiro (2001) afirma que a mesma “não resolveu os problemas econômicos mais sérios, como a desigualdade e o desemprego”. Dados do IBGE, referentes ao período, confirmam a afirmação do autor, uma vez que a renda do trabalho caiu de 40% (em 1994), para 36% (em 1998), enquanto a renda do capital subiu, no mesmo período, de 38% para 44%. A dívida pública, por sua vez, passou de aproximadamente, 30% do PIB (em 1995) para 55,5% (em 2002), e o crescimento do período foi de 2,53%.

Esse foi o espólio recebido pelo atual governo de Luís Inácio Lula da Silva (2003 – 2010) que, não obstante representar uma ruptura com o governo anterior, adepto do neoliberalismo, deu continuidade à sua política de estabilização monetária e endividamento externo, monitorado por agências internacionais. Como não poderia deixar de ser, as políticas sociais públicas sofreram limitações, pois os recursos, que deveriam financiá-las, foram em grande parte deslocados para aumentar o superávit primário e amortizar dívidas externas, assumindo mais débitos na área social (PEREIRA, 2004).

A partir da Constituição de 1988 e do início da vigência do princípio da Seguridade Social, ocorreram mudanças no perfil e no volume de recursos direcionados ao setor social. Na saúde, houve uma tentativa de preservação do financiamento federal, levando em conta as diretrizes mais amplas relacionadas ao ajuste estrutural, diante das pressões do Fundo Monetário Internacional (FMI) e da comunidade financeira internacional (GOULART, 1999). Contudo, embora seja possível traçar uma análise da evolução do setor saúde de forma linear e isolada do contexto e identificar traços evolutivos significativos, assistimos, na década de 1990, a um retrocesso no processo de construção do projeto de proteção social para o Brasil que foi inscrito na Constituição de 1988.

No período Fernando Collor de Melo (1990-1992), o projeto de descentralização representa o grande poder normativo e de alocação de recursos pelo Governo Federal, ainda no modelo convencional de transferências financeiras com

critérios nem sempre transparentes de alocação de recursos e pagamento direto do Ministério da Saúde/INAMPS aos prestadores de serviços, que fossem eles públicos ou privados.

Após a cassação do Presidente Collor de Melo em 29 de dezembro de 1992 segue-se um período de expansão e intensificação do projeto municipalista, com transferências fundo a fundo, entre o Governo Federal e os municípios. Após essa fase, se intensificaram propostas de consórcios municipais, buscando evitar a pressão de gestores municipais para oferecer todos os níveis de atenção com capacidade resolutiva, que pudessem criar pólos regionais de cuidados diagnósticos e terapêuticos especializados. A Norma Operacional Básica SUS 01/93 expressa a hegemonia do movimento municipalista na saúde (CORDEIRO, 2001).

Na mesma época, segundo Castro e Cardoso Jr. (2005), eclodiu uma crise no financiamento da saúde com a decisão do Ministério da Previdência Social de não mais repassar verbas para o Ministério da Saúde. No governo FHC, as contradições, entre a estabilidade fiscal de caráter monetarista e os gastos sociais, limitaram a margem de manobra do governo, que priorizou a estabilidade em detrimento dos gastos sociais.

A partir de novembro de 1996, com a edição da Norma Operacional Básica SUS 01/96, modificaram-se os critérios de alocação de recursos para a atenção básica de saúde como a transferência fundo a fundo e automática aos municípios habilitados. A NOB 01/96 estabelecia um valor *per capita*, referente ao Piso de Atenção Básica (PAB), com uma parte fixa e outra variável, de acordo com a adesão dos municípios à implantação de equipes de saúde da família, como um projeto estruturante de um novo modelo assistencial do SUS.

Manteve-se, no entanto, o processo de repasse de recursos carimbados para atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, hospitalizações, incentivos a programas prioritários, além de persistirem os critérios de repasses, através de convênios, para programas verticais. O papel de gestor de planejamento

das secretarias estaduais de saúde foi restituído com a implantação da Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento, de negociação entre os gestores do SUS, definidor de metas, responsabilidades, referências intermunicipais e tetos orçamentários.

A década de 1990 explicita esse embate no cenário político brasileiro: os dois mandatos governamentais de Fernando Henrique Cardoso, claramente, orientam-se para uma reestruturação estratégica do Estado nacional, implicando mudanças, nas suas relações com o mercado e a sociedade, nas quais se busca assegurar a hegemonia das forças sociais transnacionais, vinculadas ao primeiro.

Nesse período, a proporção do gasto social federal¹⁸, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), passou de 12,2% (em 1995) para 13% (em 1998) e para 14,4% (em 2002). Já o gasto social federal *per capita* apresentou um pequeno crescimento (11,1%) no período FHC, passando de R\$ 1.135,00 (em 1995) para R\$ 1.325,00 (em 1998) e reduzindo-se para R\$ 1.255,00 (em 2002) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006a).

Desde 1993, quando parte dos recursos arrecadados pela Previdência Social deixou de ser repassado ao Ministério da Saúde, soluções transitórias ou definitivas desse problema começaram a ser cogitadas. Como a criação, em 1996, da CPMF, que, inicialmente, destinava-se exclusivamente à saúde. A criação da CPMF evitou que o Ministério da Saúde tivesse que continuar recorrendo a empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para custear o SUS e permitiu que o volume orçamentário alcançasse um patamar mais elevado. No entanto, a CPMF não proporcionou o incremento esperado no orçamento, em decorrência da redução da

¹⁸ O Gasto Público Social (GPS) equivale aos dispêndios, de conotação social, desembolsados pelo Estado. Ou seja, envolve os recursos financeiros direcionados ao atendimento das demandas sociais e corresponde ao custo de bens e serviços, sem descontar o valor de amortização dos investimentos, ou recuperação do principal de empréstimos. Cabe ressaltar que, os gastos do governo federal, assim como, a transferência de recursos a outros níveis de governo ou a instituições privadas, referentes a ações desenvolvidos na social, são denominados de Gasto Social Federal (GSF) (CASTRO et al, 2008).

participação de outras fontes (COFINS, CSLL e outras) que tradicionalmente vinham financiando o setor (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2008).

O conceito de globalização, no âmbito das reformas em saúde, está ligado à generalização de processos de reforma da saúde na América Latina e ao esgotamento dos modelos de desenvolvimento, que fizeram parte das políticas dos países da região, em busca da superação das insuficiências de crescimento econômico e social. Essas reformas deveriam propiciar viabilidade fiscal e financeira do sistema de saúde e melhorar a eficiência, a qualidade e a satisfação dos usuários. Contudo, o aspecto central foi o de estabelecer novas funções do Estado na formulação e implementação de políticas públicas de saúde (CORDEIRO, 2001).

O processo de descentralização tem oscilado entre avanços e recuos contraditórios, traduzindo as ambiguidades e conflitos que têm marcado as mudanças das funções do Estado, no sentido de aumentar o papel regulatório, e as políticas de ajuste centradas na diminuição do gasto público. As reformas devem apontar para assegurar a governabilidade dos estados e a reconstituição da capacidade de decisão autônoma, porém não subordinadas a um núcleo hegemônico, acompanhando e incorporando as transformações tecnológicas, dentro de um contexto diversificado mundial, com respeito às condições sociais e culturais de cada país (CORDEIRO, 2001).

Os dados do suplemento de saúde, que acompanharam a Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apurados em 1998, revelaram que apenas pouco menos de 25% estão cobertos por alguma forma de plano ou seguro saúde. Os restantes 75% continuam dependendo do sistema público, cada dia mais desmontado e desfinanciado (NORONHA; SOARES, 2001).

Outra face desse processo é a privatização do setor público. Não bastasse a terceirização completa de serviços – consolidada na contratação de agentes privados para prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares e auxiliares

de diagnóstico e terapia – chegaram-se à introdução da lógica mercantil no interior dos serviços públicos. Esta privilegia uma não demonstrada “microeconomia” da relação custo-benefício em detrimento da qualidade. Sob o argumento da “modernização gerencial”, foi eliminada a figura do servidor público através da “flexibilização” e da “desregulamentação” das relações do trabalho. As formas, assumidas por essa “modernidade gerencial”, são variadas, sendo mais conhecidas as chamadas “cooperativas” – camuflagem de precariedade dos contratos de trabalho e de evasão fiscal para o não recolhimento de contribuições sociais (NORONHA; SOARES, 2001).

As análises das distribuições de renda segundo as medidas de saúde possibilitam avaliar o acesso aos seguros de saúde e ao consumo dos serviços de saúde no Brasil. Verifica-se que indivíduos mais pobres possuem menores chances de acesso aos seguros de saúde, ao mesmo tempo em que necessitam de maiores cuidados. Ou seja, um baixo rendimento salarial familiar gera uma situação de saúde mais precária e, ao mesmo tempo, uma condição de saúde precária representa menos chances de inserção no mercado de trabalho formal e um conseqüente menor rendimento salarial. Nesse sentido, as políticas de saúde podem ser consideradas políticas de combate à pobreza e à desigualdade.

O sistema de saúde brasileiro ingressa na primeira década do novo século com desafios gigantescos, agravados pelos marcos da política de ajuste neoliberal introduzida na década de 1990. Noronha e Soares (2001) chamam atenção para o fato de que o sistema de saúde deve continuar a ser construído como um sistema nacional de saúde e, vale dizer, a totalidade de seus recursos, sejam públicos ou privados, deve estar subordinada a uma política nacional de saúde. Os sistemas privados devem ser submetidos aos dispositivos regulatórios e normativos, que orientam a implementação desta política; articulados com as instâncias de gestão, e sujeitos ao controle social previsto na legislação. A construção de um Brasil mais justo e saudável continuará a ser a sua inspiração primordial.

Pode-se considerar que, nessas quase cinco décadas, o horizonte do movimento foi o direito à saúde, tanto no contexto político do autoritarismo quanto no da institucionalização da democracia, na busca de um sistema universal e equânime. Percalços, dificuldades, obstáculos, equívocos e desvios foram evidenciados como um processo de construção do SUS. Na conjuntura de governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, novos e antigos desafios se apresentam para a consolidação do SUS, entre os quais destacam-se o financiamento, a qualidade dos serviços e o enfrentamento do clientelismo em contradição com a conquista da cidadania.

A análise das distribuições de renda aponta para a desigualdade vertical no consumo dos serviços de saúde, além de evidenciar problemas no acesso a esses serviços, mesmo com a garantia constitucional do acesso universal à saúde a todos os brasileiros. Os determinantes de ofertas de serviços, somados a características individuais e domiciliares, mostram que, mesmo o Brasil possuindo um sistema de saúde baseado nos princípios da universalidade e da equidade, a provisão de saúde pública no país é bastante segmentada.

O SUS conseguiu enfrentar, com relativo sucesso, a hegemonia do pensamento neoliberal, no que diz respeito à reestruturação de sistemas de saúde de cunho privatizante. Todavia, a contenção de recursos para a política de saúde, ao longo da década de 1990, e os contingenciamentos dos recursos direcionados ao setor suscitaram um colapso no financiamento do SUS, causado pelo ajuste macroeconômico.

2.2 O Orçamento da Seguridade Social no Brasil

O financiamento das políticas sociais, segundo Fagnani (2007), foi arquitetado, após 1964, com o atributo central da falta de articulação entre “desenvolvimento econômico e equidade social”, dificultando a redistribuição indireta da renda.

A valorização da democracia, nos anos oitenta, exprimiu uma redefinição dos critérios de avaliação da política social. O debate, travado no período da Constituinte, apontava para uma reforma das políticas públicas de natureza social, introduzindo, na agenda pública, o princípio democrático. No contexto da Nova República, assistiu-se a um reordenamento dos atores coletivos; a uma redefinição das esferas públicas e privada e das relações Estado-sociedade; e a uma conceituação da função do Estado (MELO, 2003).

No Brasil, as políticas sociais têm sido financiadas, principalmente, por recursos fiscais auto-sustentados e oriundos de contribuições sociais (FAGNANI, 2007). O financiamento do gasto público em saúde, como definido pela Constituição Federal de 1988, abrangeu o compromisso das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e as normas de partilha do Orçamento da Seguridade Social (OSS) entre saúde, previdência e assistência social.

Como assinalado anteriormente, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema de Seguridade Social, reconhecendo um conjunto de direitos sociais de modo a garantir proteção aos cidadãos em situação de vulnerabilidade social (doenças, invalidez, desemprego involuntário, acidente de trabalho, etc.). Os direitos sociais reconhecidos no Sistema de Seguridade são baseados nos princípios da universalidade, na diversidade de financiamento, na equivalência de benefícios, e na equidade na forma de participação e custeio (BRASIL. Constituição Federal, 1988).

Na concepção original da Constituição, a proposta de Orçamento da Seguridade seria *“elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social”* (Art. 195, § 2º). E, contaria com recursos específicos, abrangendo a folha de salários (patrão e empregado), a receita ou o faturamento das empresas e o lucro, além da receita de prognósticos e da contribuição rural (BRASIL. Constituição Federal, 1988, Art. 195, p. 147 - 149).

O financiamento da seguridade social brasileira, conforme o Artigo 195 da Constituição de 1988, deve ser previsto nos “orçamentos da União, dos estados, do

Distrito Federal e dos municípios”, além de contar com recursos provenientes da receita de concursos de prognósticos e da contribuição social “dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro; dos trabalhadores” (BRASIL. Constituição Federal, 1988. Art. 195 p.147).

Para responder às exigências de recursos necessários para a Seguridade Social foi definido que os recursos seriam captados por várias fontes. Dentre estas fontes, destacam-se: o salário, por meio de contribuições de empregados e empregadores; o faturamento, composto pelo Fundo de Investimento Social (Finsocial) e pelo Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep); o lucro líquido das empresas, denominada Contribuição sobre o Lucro Líquido (CLL) e a receita de concursos e prognósticos (loterias). Além dessas fontes, a Seguridade Social contaria também com recursos de impostos da União, dos estados e dos municípios (MARQUES; MENDES, 2005).

Ficou definido que não haveria vinculação dos recursos da Seguridade Social, exceto a vinculação dos recursos do PIS/Pasep, dirigida ao programa seguro-desemprego. Dessa forma, quando houvesse a discussão do orçamento anual, seria definida a distribuição das receitas.

O formato de financiamento para o sistema de saúde, previsto na Carta Magna de 1988, inscreveu o setor saúde no Sistema de Seguridade Social, com a previsão de financiamento por meio do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dos tesouros federal, estaduais e municipais. O OSS contemplou os benefícios de caráter contributivo e individualizados¹⁹, e os benefícios e serviços regidos pela lógica da cidadania²⁰. Foram, também, incorporadas novas fontes, como a contribuição sobre o lucro e a participação de receita fiscal no financiamento do sistema social. A decisão do repasse, para o SUS, de 30% dos recursos do OSS, foi definida por meio de lei

¹⁹ Corresponde às contribuições sobre a folha de salários (empresa e trabalhador), tais como as aposentadorias (UGÁ; MARQUES, 2005).

²⁰ Financiados pela Contribuição Social Sobre o Líquido (CSLL) e sobre o faturamento, pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e, ainda, pelos recursos do Tesouro (UGÁ; MARQUES, 2005).

complementar, devendo ser acrescidas receitas provenientes dos tesouros estaduais e municipais, que, segundo a Constituição, permitem a viabilização da implementação do sistema de saúde (UGÁ; MARQUES, 2005).

No primeiro ano pós Constituição, em 1989, o então Finsocial foi utilizado para financiar a despesa de encargos previdenciários da União, e em 1990 não foi diferente. O artigo 55 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição delibera que, no mínimo 30% do total dos recursos da Seguridade Social, com exceção da arrecadação do PIS/Pasep, seria destinado à Saúde, porém com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o governo federal desconsiderou o disposto. Como consequência deste ato o Ministério da Saúde contou com 33,1% do total dos recursos, em 1991, mas em 1992 o seu percentual foi reduzido a 20,95% (MARQUES; MENDES, 2005).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que definia o repasse de 15,5% da arrecadação das contribuições de empregados e empregadores para a saúde, foi descumprida em 1993, levando o Ministério da Saúde a solicitar empréstimos ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Em 1994, outro importante fator danoso ao financiamento do SUS e da Seguridade Social, quando foi determinado que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam destinadas ao uso do governo federal, com a instituição do Fundo Social de Emergência, atualmente por Desvinculação das Receitas da União (DRU)²¹ (MARQUES; MENDES, 2005).

Em 1993, eclodiu a crise no financiamento da saúde, quando houve o aumento das despesas da Previdência Social, aliado ao não repasse da contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salários, principal fonte até aquele momento (UGÁ; MARQUES, 2005). Com isso, o sistema de saúde passou a depender ainda mais dos recursos do Tesouro Nacional e de negociações junto à esfera

²¹ Em 1994, foi proposta a elaboração de uma Emenda Constitucional que autorizasse a desvinculação de 20% de todos os impostos e contribuições federais. Assim, surgiu o Fundo Social de Emergência (FSE), posteriormente denominado Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) que vigorou até 31 de dezembro de 1999. Em 2000, passou a ser chamado de Desvinculação de Recursos da União (DRU), (Disponível em: www.direitosociais.org.br/_arquivos/.../115__seguridade_social.pdf. Acesso em: 18 de julho de 2009).

econômica do Governo Federal. Em função disso, o Ministério da Saúde precisou recorrer a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), que significaram onerar os orçamentos dos próximos anos (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2003).

As crises decorrentes do desfinanciamento da saúde marcaram o período de 1994 a 1995. Na época, o Ministério da Saúde não mais podia tomar empréstimo junto ao FAT, fato que levou ao início das discussões em torno da criação da CPMF. A aprovação da Emenda Constitucional nº 169 elevaria o gasto em saúde para cerca de US\$ 180,00 *per capita*/ano. Entretanto, ainda não havia recurso financeiro suficiente. Dessa forma, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em caráter emergencial. Absorvida posteriormente pelo Ministério da Saúde, em 1997, a contribuição veio a requerer grande articulação política para ser implantada pelo então Ministro da Saúde, Adib Jatene (GOULART, 1999).

Um dos pontos cruciais para a concretização do SUS como política de saúde universal tem sido o seu financiamento. Desde sua implementação, em 1990, o governo brasileiro precisou fazer uma série de adequações para a manutenção do novo sistema de saúde, visto que, o antigo sistema médico-privatista programado para 90 milhões de pessoas, passara ao sistema universal prevendo um atendimento integral para mais de 160 milhões de brasileiros. Quatro anos após a implementação do SUS, em 1994, o gasto médio do Ministério da Saúde foi de R\$ 111,91 por habitante/ano, excluídos os gastos com inativos e pensionistas, e amortização de dívida. Em 2001, esse valor passou para R\$ 146,72, representando um aumento de 31% no período, entretanto, estudos do IPEA demonstram que ao fazer uma leitura anual do gasto *per capita* com saúde, o valor tem oscilado em torno de R\$ 140 entre os anos de 1995 e 2003 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2003).

Os recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), na década de 1990, derivavam das seguintes contribuições sociais: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS)²²; Contribuição sobre o Lucro Líquido da Empresa (CSLL)²³; e Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), esta última a partir de 1997. No entanto, estas passaram a financiar outros gastos federais como forma de compensar a perda de receita tributária da esfera federal para estados e municípios. Somado a isso, a inexpressiva participação das receitas do tesouro no financiamento do gasto público federal em saúde, bem como o uso dessas fontes para sustentar os acordos do ajuste fiscal, explicam a estagnação do gasto federal em saúde, em 2,1% e 1,9% do PIB, no início e no final da década de 1990, respectivamente (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 331).

Em 1997, primeiro ano de vigência da CPMF, sua arrecadação significou 27,87% do total das fontes do financiamento da saúde. Já no ano de 1998, a sua contribuição foi 37,0% e, em 1999, de 22,0%. No último ano, houve uma redução em decorrência da não-arrecadação durante alguns meses. Nos anos seguintes, sua participação correspondeu a 31,5% (2000) e 28,9% (2001). Embora a criação da CPMF tenha sido justificada como uma necessidade da área de saúde pública, o aporte de seus recursos foi largamente compartilhado por outros ramos da seguridade social e, posteriormente, por outras áreas, por meio da desvinculação propiciada pelo remoto Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), atual Desvinculação de Recursos da União (DRU) (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 217).

Em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº. 29, que estabeleceu mecanismos de financiamento da saúde, com vinculação orçamentária para a área e

²² As pessoas jurídicas de direito privado, as empresas públicas, as sociedades de economia mista, suas subsidiárias e as pessoas jurídicas a que se refere o § 1º do art. 22 da Lei nº 8.212, de 1991, devem apurar a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS), em conformidade com a Lei Complementar nº 70/1991 e alterações posteriores (Disponível em: http://www.receita.fazenda.gov.br/SRF.www/PessoaJuridica/DIPJ/2000/Orientacoes/COFINS_gerais.htm. Acesso em: 18 de julho de 2009).

²³ De acordo com a Lei nº 7.689/1988, aplica-se a CSLL as normas de apuração e de pagamento estabelecidas para o imposto de renda das pessoas jurídicas, mantidas a base de cálculo e as alíquotas previstas na Lei nº 8.981/1995 (Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/htm>. Acesso em: 18 de julho de 2009).

correção dos valores de acordo com a variação nominal do PIB (CORDEIRO, 2001). Esta Emenda Constitucional vinculou, progressivamente, percentuais dos orçamentos municipais (15%) e estaduais (12%), consignando um percentual do incremento do produto bruto, com vista à expansão da alocação compulsória de recursos fiscais, de estados e municípios, para a saúde.

Nos últimos anos, o Sistema Único de Saúde tem se confrontado com grandes desafios, tais como a desvinculação dos recursos constitucionalmente previstos para a saúde. O crescimento nominal na dotação da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF) não foi suficiente pra alimentar o financiamento do Ministério da Saúde, sendo necessário subsídios maiores da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido (CSLL). Estas fontes são vinculadas à Seguridade Social, mas não exclusivas do setor saúde, deixando transparecer que a política de saúde tem problemas quanto a sua execução orçamentária (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2004b).

O Orçamento da Seguridade Social conta com recursos específicos que ainda lhe garantem certa autonomia, porém, não constituiu uma estrutura de financiamento da proteção social, em que concernem os princípios constitucionais, sendo uma cooptação de verbas que são geridas por cada ministério. O Orçamento da Seguridade Social é composto por sete fontes de arrecadação, quais sejam: Contribuição dos Empregadores e Trabalhadores Segurados do INSS; Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social; Contribuição sobre o Lucro Líquido; Contribuição para o Programa de Integração Social (PIS-Pasep), parcela do seguro-desemprego; Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF)²⁴; Contribuição sobre a Comercialização Rural; e Receita de Prognósticos (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2004a).

²⁴ Extinta em 2008.

No Estado liberal europeu clássico, cerca de 70% do gasto público total era destinado à manutenção da ordem pública e à administração da justiça, da defesa e da segurança (COHEN; FRANCO, 2004). Com vistas a analisar quanto da receita de um Estado Nacional é investido nas políticas sociais, utiliza-se a comparação do montante de recursos aplicados ao Produto Interno Bruto (PIB)²⁵.

O montante de recursos arrecadado a partir com as fontes do Orçamento da Seguridade Social não é desprezível, e somou em 2001, cerca de R\$ 150 bilhões, pouco mais de 13% do PIB, e neste mesmo ano o Orçamento Fiscal e da Seguridade Social apresentou uma despesa total, de aproximadamente 30% do PIB (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2003). Para Cohen e Franco (2004), ao relacionar-se o gasto social com o produto total da economia, cria-se um indicador capaz de torná-lo independente do que possa vir a ocorrer com os demais gastos do governo. Dessa forma, no caso do aumento do PIB há maior investimento para concretização de programas sociais. Este é um indicador que demonstra as flutuações nos recursos disponíveis para operações sociais estatais, considerando o número de indivíduos que podem ser beneficiados.

Segundo o Ipea (2003), de 1995 a 2001, durante o governo FHC, o gasto social federal, em valores constantes de dezembro de 2001, aumentou 19,3%²⁶ passando de R\$ 143,538 a R\$ 171,274 bilhões. O aumento se deveu ao incremento do valor do salário mínimo. Na área social, de acordo com a orientação de transformar o Estado, de burocrático a gerencial, o governo considerou como atividade exclusiva do Estado apenas a previdência social básica e impôs, aos estados, o mesmo esquema do ajuste federal, estabelecendo que o desequilíbrio fiscal estava sendo provocado pelos estados e municípios (BRASIL, 2006a).

²⁵ O PIB representa o valor do conjunto de todos os bens e serviços produzidos dentro de um território econômico de um país em um determinado período (Disponível em: <http://www.bc.gov.br/glossario.asp?id=GLOSSARIO&Deficao=1105>. Acesso em: 11 de julho de 2009).

²⁶ No primeiro mandato do governo FHC o gasto social federal aumentou 21%, mas teve seu crescimento reduzido durante o segundo mandato. A proporção do gasto social federal em relação ao PIB passou de 12,2% (1995), para 13% (1998), e para 14,4% (2002). Já o gasto social federal *per capita* apresentou um pequeno crescimento (11,1%) no período FHC, passando de R\$ 1.135,00 para R\$ 1.325,00 (1998) e reduzindo-se para R\$ 1.255,00, (2002), (CASTRO; CARDOSO Jr, 2005).

Em 2003, algumas ações na área das políticas sociais afetaram o Orçamento da Seguridade Social. Contudo, destaca-se que a subvinculação de recursos à Saúde, como ocorre com os demais setores da Seguridade, constitui distorção no conceito universal e integrado da Seguridade Social. Outro ponto a se enfatizar no critério orçamento é a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que desvincula 20% de todos os tributos da União de seus respectivos destinos, e ao analisar de forma mais detalhada, se esses recursos não tivessem sido desvinculados, teria havido superávit do Orçamento da Seguridade Social, tanto no executado em 2002, quanto no orçamento previsto de 2004 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2004a).

Segundo Castro et al (2008), nos últimos anos, os gastos com a política social federal no Brasil esteve localizado na previdência social, nos benefícios a servidores, na saúde, na assistência social, na educação e no emprego, representando algo em torno de 95% do GSF, entre 1995 a 2005. Ao longo destes anos, houve elevação permanente dos gastos sociais federais. Em 1995, o GSF significou R\$ 179,8 bilhões, e em 2005, subiu para R\$ 312,4 bilhões, representando um aumento de aproximadamente 74%, adicionando cerca de R\$ 11 bilhões ao ano para as políticas sociais. Entretanto, o crescimento não se deu de forma constante, em alguns anos o crescimento significou cerca de 9,4%, e em outros o percentual alcançado foi de apenas 1,5%.

Castro et al (2008) citam ainda que, a área social apresentou crescimento no período de 1995 a 2005, porém, esse ocorreu de forma distinta. A previdência social sofreu um aumento considerável, saindo de R\$ 79,6 bilhões, em 1995, para R\$ 158,4 bilhões em 2005, constituindo cerca de 60% do desenvolvimento do GSF. O estudo destaca que o aumento dos gastos com a área de previdência social está relacionado tanto ao crescimento do número de beneficiários, que passou de 14,5 milhões, em 1995, para 21,2 milhões, em 2005, quanto aumento de aproximadamente 60% no salário mínimo. Mas, a área de crescimento mais intenso foi

a assistência social, que saiu de um patamar de R\$ 1,3 bilhões, e alcançou R\$ 18,8 bilhões, em 2005. O crescimento dos gastos na área de assistência está ligado à implementação dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC)²⁷, da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que agregou à política de assistência social novos beneficiários antes desprotegidos, e somado a esses, a criação dos programas federais de transferência direta de renda (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Bolsa Família).

TABELA 01 – Relação Entre o Gasto Federal Social e o PIB (1995-2005)

ANO	GASTO FEDERAL SOCIAL (R\$ Bilhões)	% PIB
1995	79.346	11,24
1996	92.705	10,98
1997	108.073	11,51
1998	118.528	12,25
1999	129.542	12,16
2000	148.088	12,56
2001	164.967	13,00
2002	190.892	12,92
2003	220.161	12,95
2004	256.292	13,20
2005	296.752	13,82

Fonte: Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis em Costa et al (2008), Ipea/IBGE.

Os recursos exclusivos da Seguridade Social, desconsiderando o mecanismo de desvinculação dos 20% do antigo Fundo de Estabilização Fiscal e atual DRU, a seguridade registrou superávits de R\$ 26,64 bilhões (2000), R\$ 31,46 bilhões (2001), R\$ 32,96 bilhões (2002), R\$ 31,73 bilhões (2003) e R\$ 42,53 bilhões (2004). Segundo cálculo realizado pela Anfi (2005), entre 2000 e 2004, R\$ 165 bilhões da seguridade social auxiliaram na geração do superávit primário, e desses R\$ 76,84 bilhões excederam o disposto na DRU, de modo que os superávits são obtidos por meio do orçamento da seguridade social (MARQUES; MENDES, 2005).

O Plano Real, implementado por Fernando Henrique Cardoso em 1994, conseguiu impor a estabilização monetária a partir dos efeitos de uma âncora cambial

²⁷ O BPC versa sobre a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com setenta anos ou mais, desde que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção (BRASIL. Lei 8742, 1993. Art. 20).

e um forte ajuste fiscal, alcançando ao final de 1994, um superávit primário de 5% do PIB. Em 2003, nove anos após o Plano, a despesa federal com juros e amortizações de dívidas atinge 34% da despesa efetiva, ou cerca de 67% do GSF. Em termos comparativos, as despesas financeiras lideradas pelo pagamento de juros, partem de 3,7% do PIB, em 1996, para 8,5% do PIB, em 2003. A política econômica adotada neste período teve uma repercussão desastrosa sobre a dívida pública, que passou de 29,2% do PIB, 1994, para 58,1% em 2003 (CASTRO et al, 2008).

Nesse período, o Brasil continuou entre as dez piores distribuições de renda do mundo, com os 10% mais pobres da população detendo apenas 0,5% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto os 10% mais ricos se apropriavam de 46,7% da riqueza nacional (PEREIRA, 2004). A associação do setor social com a política econômica adotada, que atribuía prioridade aos compromissos com as finanças internacionais em detrimento das políticas sociais, levou a uma crescente ruptura dos conceitos constitucionais que estabeleceram a saúde como direito de todos e dever do Estado, baseado nos princípios da universalidade e igualdade (NORONHA; SOARES, 2001).

A destinação de novos recursos, que deveriam compor o orçamento da Seguridade Social, poderia cumprir uma importante função redistributiva e universalizada, possibilitando novas políticas de equidade (CORDEIRO, 2001). Todavia, os recursos de investimento, aplicados pelo governo federal – exclusivamente destinados a reequipar a rede pública já existente –, passaram a depender de empréstimos externos (principalmente do Banco Mundial), submetendo as definições de prioridades de despesas, a serem incorridas em moeda local, a negociações com agentes externos não referendados por qualquer instância de representação política nacional (NORONHA; SOARES, 2001).

2.3 O Financiamento do Sistema Único de Saúde

Com vista a obter uma efetiva universalização da cobertura, a Constituição Federal de 1988 definiu uma política orientada a aumentar os gastos públicos com saúde. Entretanto, um dos maiores entraves para plena implementação do SUS é o seu financiamento. Desde antes de sua criação, já se falava na importância da saúde ter um financiamento “definido, definitivo e suficiente”. Foram previstas, na Constituição, as fontes de recursos para garantir a assistência à saúde a todos os brasileiros, mas, estas foram sonegadas por subseqüentes governos. De acordo com a Constituição Federal de 1988, cada esfera de governo deve prever recursos arrecadados em sua receita para saúde (CARVALHO, 2003).

As fontes de arrecadação são: da União, recursos do Imposto de Produtos Industrializados (IPI) e Imposto de Renda (IR)²⁸; dos estados, recursos do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)²⁹, do Fundo de Participação dos Estados (FPE)³⁰, do Imposto de Transmissão de Bens Causa Mortis (ITBCM)³¹, do IR de seus servidores e do Imposto de Propriedade de Veículos Automotores Terrestres (IPVA)³²; dos municípios, recursos do ICMS (parte municipal), do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)³³, do Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU)³⁴,

²⁸ O IR foi criado em 1922, e é cobrado sobre os rendimentos anuais de pessoas físicas e jurídicas com taxas proporcionais ao patrimônio e rendimentos (Disponível em: <http://www.faa.edu.br/economia/i.php>. Acesso em: 18 de julho de 2009).

²⁹ O ICMS é um imposto embutido nos preços de mercadorias e serviços, e percentual varia conforme o produto ou serviço (Disponível em: <http://www.faa.edu.br/economia/i.php>. Acesso em: 18 de julho de 2009).

³⁰ O artigo 159 da Constituição Federal de 1988 determina que 21,5% da receita arrecadada com IR e IPI sejam repassados pela União aos estados e Distrito Federal. O repasse é efetivado por meio do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE), (BRASIL. Constituição Federal, 1988. Art. 159 p.129).

³¹ Na atribuição constitucional de competências tributárias, o ITBCM está reservado aos estados, aos quais compete sua instituição sobre "a transmissão causa mortis e doação, de quaisquer bens ou direitos" (BRASIL. Constituição Federal, 1988. Art. 155 p.123).

³² O IPVA é um imposto estadual, cobrado anualmente, que incide sobre toda pessoa que possua um veículo automotor. Este é recolhido anualmente, e 50% do valor arrecadado são destinados ao município onde o veículo foi licenciado (Disponível em: <http://invertia.terra.com.br/ipva/interna/0,,O1450000-EI2492,00.html>. Acesso em: 18 de julho de 2009).

³³ O Artigo 159 da Constituição Federal de 1988 determina que 22,5% da receita arrecadada com IR e IPI sejam repassados pela União aos municípios. O repasse é efetivado por meio do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), (BRASIL. Constituição Federal, 1988. Art. 159 p.129).

³⁴ Imposto estabelecido no Artigo 156 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL. Constituição Federal, 1988. Art. 156 p.127).

do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN)³⁵, e do IR de seus servidores. Além dessas, pode-se citar os recursos, de contribuições sociais, recolhidos pelo governo federal, tais como: a contribuição dos empregados e empregadores sobre a folha de salários; o faturamento da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS); o lucro da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL); parte dos recursos dos concursos prognósticos (loto, sena, mega, etc.); e 50% do Seguro Obrigatório de Veículos Automotores Terrestres (CARVALHO, 2003).

Carvalho (2003, p. 323) afirma ainda que, apesar de a Constituição Federal afirmar que o financiamento da saúde seria custeado com os recursos acima citados, o percentual de participação dos recursos - nas três esferas de governo - direcionados à área social, não foi fixado. Houve pressão para que, no mínimo, 10% dos recursos arrecadados fossem destinados à saúde. Entretanto, os parlamentares não permitiram que se estabelecessem percentuais sob o argumento do “engessamento das receitas”. Na parte das contribuições sociais, ficou descrito no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que no mínimo 30% dos recursos seriam destinados à saúde e que, a cada ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) definiria o montante, como ocorreu até 1994, quando o então Presidente da República vetou este dispositivo.

Os critérios para distribuição dos recursos aos entes federados foram assim delimitados no Artigo 35, da Lei Orgânica da Saúde:

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estado, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da área a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano de investimento da rede; e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL. Lei nº 8.080, 1990, p. 15).

³⁵ O ISSQN é um imposto recolhido mensalmente, ou anualmente para trabalhadores autônomos, relativo à prestação de um serviço definido na Lei Complementar nº 116/2003 (Disponível em: <http://www.sjc.sp.gov.br/sf/issqn.asp>. Acesso em: 18 de julho de 2009).

Mesmo com esforços, para que houvesse garantia dos recursos para financiamento da saúde, a crise econômica do início da década de 1990 impediu a implementação da política, como rezava a Constituição. Em um momento de ajuste fiscal e redução do orçamento público, o orçamento social foi esvaziado não sendo disponibilizados recursos para assegurar a sustentabilidade dos gastos com a saúde.

Entre 1989 e 1992, durante a crise do governo de Fernando Collor de Mello, os gastos federais com saúde caíram de US\$ 19,2 bilhões para US\$ 10 bilhões e a participação dos gastos com saúde na receita fiscal do governo se reduziu de 23% para 13% (MÉDICI, 2002). A crise financeira, agravada ao fato do não-cumprimento do financiamento prescrito na Constituição, resultou no caos da saúde.

No Brasil, a saúde sempre foi amplamente financiada por recursos de origem federal. No período de 1980 a 1990, esses recursos representaram 77,7%. Com a implementação do Sistema Único de Saúde e a crescente autonomia municipal, a participação federal no custeio das ações de saúde sofreu uma diminuição, apesar de ainda compor a principal fonte de recursos. Nos anos 1994, 1995, 1996 e 2000, os serviços públicos de saúde contaram com o financiamento federal de 60,7%, 63,8%, 53,7% e 58,3%, respectivamente, demonstrando o declínio da participação da esfera federal (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 216).

Durante a década de 1990, ressalta Médici (2002), voltou a aumentar a participação dos estados no financiamento da saúde. Nesse período, os municípios foram os atores mais relevantes do processo de descentralização, não apenas pelo aumento da participação de seus recursos fiscais para a saúde, como também porque passaram a administrar os estabelecimentos de saúde e a gerenciar os recursos financeiros.

A expansão da cobertura e a melhoria da qualidade dos serviços, na década de 1990, foram obtidos por meio da implementação dos programas descentralizados de atenção básica à saúde, em cujo amparo foi despendido, em

1998, recursos equivalentes a US\$ 2 bilhões (16,1% dos gastos federais com saúde). Entre 1987 a 1998, os gastos estaduais com saúde passaram de US\$ 1,3 bilhão para US\$5,4 bilhões e a participação dos gastos com saúde na receita estadual aumentou 5,1%. Já os gastos municipais com saúde aumentaram constantemente a partir da década de 1980. Entre 1980 e 1996, o gasto médio passou de 7,3% para 15,1% da receita total dos municípios. Este aumento foi impulsionado pela necessidade de custear o funcionamento das unidades de saúde que foram municipalizadas. Somente entre os anos de 1993 e 1996, os gastos líquidos, com saúde dos municípios, passaram de US\$ 2,2 bilhões para US\$ 7,1 bilhões (MÉDICI, 2002).

Contudo, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, revelam, que 51% da população brasileira utilizou serviços pagos diretamente ou através de seguro-saúde. Estimativas, desse mesmo estudo, indicam que 755.521 pessoas, que procuraram atendimento não foram atendidas por motivos diversos. A pesquisa inferiu a ampliação da cobertura assistencial, a persistência de desigualdades no acesso e, mesmo o SUS tendo a universalidade como princípio basilar, a ameaça ao direito a atenção à saúde, em virtude dos limites na oferta de serviços (SILVA, 2001).

Com a implementação do SUS, foi possível instituir um complexo mecanismo de pagamento e repasse de recursos a estados e municípios, definido a partir da publicação da NOB 96, que estabeleceu novas regras para o financiamento dos serviços de saúde. Durante os últimos vinte anos, ocorreu um intenso processo de descentralização do financiamento da saúde em decorrência do aumento da participação dos recursos próprios de estados e municípios e dos repasses federais de recursos para esses entes federados, visando a apoiar a autonomia administrativa dos governos locais na gestão das ações de saúde.

A legislação que regulamenta o SUS criou o Fundo Nacional de Saúde (FNS) como entidade responsável pelas transferências de recursos do ministério a outras instâncias e entidades públicas ou privadas. O Artigo 33, da Lei Orgânica da

Saúde, ordena que os recursos financeiros do SUS sejam depositados em conta especial, em cada esfera de governo, e estes devem ser fiscalizados pelos respectivos Conselhos de Saúde (BRASIL. Lei nº 8.080, 1990). O FNS deve prover os recursos financeiros necessários para execução e implementação de programas e projetos no âmbito do SUS, mas a gestão desses recursos é de competência dos gestores do SUS, devendo ser respeitado o disposto no Plano Plurianual (PPA)³⁶, na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)³⁷ e na Lei Orçamentária Anual (LOA)³⁸.

Todo ano, após a aprovação da LDO pelo Congresso Nacional, o poder executivo deve apresentar a previsão de orçamento referente ao ano seguinte, para a efetivação dos programas e ações. No caso específico da saúde, além do PPA e do orçamento do Ministério da Saúde, há o Plano de Saúde. Este é um instrumento de gestão elaborado em cada esfera do governo (federal, estadual e municipal), com o objetivo de detalhar as ações a serem implementadas, sendo um importante instrumento para os órgãos de controle e fiscalização da aplicação dos recursos (BRASIL, 2004d).

O Decreto nº 64.687, de 24 de julho de 1969, instituiu o Fundo Nacional de Saúde. Desde então, o FNS passou por muitas modificações, como em 2001, quando, por meio do Decreto nº 3.964 foram redefinidos os critérios de transferências de recursos, para fundos estaduais e municipais, e a celebração de convênios (SALVADOR, 2008). O Fundo Nacional de Saúde recebe recursos do orçamento da seguridade social, bem como de impostos federais, e os direciona aos fundos

³⁶ O PPA possibilita o estabelecimento de diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal por um prazo de quatro anos. Ele é um potente instrumento de planejamento, pois permite a programação dos investimentos mais importantes para um projeto de desenvolvimento (BRASIL. Constituição Federal, 1988. Art. 165). O PPA é um instrumento que se constitui como plano de governo (para quatro anos), onde as políticas, os programas, as ações, as metas e os recursos necessários para cada setor do governo são expostos, esse ainda estabelece a ligação entre as prioridades do governo e a Lei Orçamentária Anual (BRASIL, 2004d).

³⁷ A LDO tem a finalidade precípua de orientar a elaboração dos orçamentos fiscal, da seguridade social e de investimento das empresas estatais. Essa permite que as diretrizes, objetivos e metas da administração pública, estabelecidas no PPA sejam definidas em conformidade com a LOA (BRASIL. Constituição Federal, 1988. Art. 165).

³⁸ Por meio da LOA é publicado o orçamento anual, o qual visa concretizar os objetivos e metas propostas no PPA, segundo as diretrizes estabelecidas pela LDO (BRASIL. Constituição Federal, 1988. Art. 165).

estaduais e municipais de saúde, além de repassá-los diretamente aos provedores de serviços.

Atualmente, existem três modalidades de transferência dos recursos federais para o financiamento da saúde: transferência de recursos, por meio do FNS, de forma regular e automática, para municípios, estados e Distrito Federal; remuneração por serviços prestados; e celebração de convênios, ou instrumentos assemelhados, com órgãos ou entidades federais, estaduais e distritais, bem como prefeituras ou organizações não-governamentais interessadas no financiamento de projetos específicos na área de saúde.

Os fundos estaduais de saúde recebem transferências do FNS, que, por sua vez, são direcionadas para municípios e prestadores de serviços. Os fundos municipais de saúde recebem transferências tanto do FNS quanto dos fundos estaduais. O Fundo Nacional de Saúde é responsável pela execução financeira dos recursos federais da saúde, mas a definição dos valores a serem repassados, a cada ente federado, é competência das áreas técnicas do Ministério da Saúde, pois são levadas em consideração as especificidades de cada projeto, programa ou política.

Os recursos financeiros federais, oriundos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e de outras fontes do orçamento da União, são administrados pelo Ministério da Saúde, que tem o Fundo Nacional de Saúde como unidade executora. Com a publicação do Decreto nº 3.496/2000, o FNS tornou-se uma unidade administrativa autônoma na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria Executiva (BRASIL, 2008 *apud* SALVADOR, 2008).

Lucchese (2001) reafirma a importância da criação dos fundos de saúde para possibilitar o repasse automático de recursos financeiros. Na visão da autora, para distribuir recursos federais de forma equitativa, visando à igualdade de condições e oportunidades na gestão do cuidado à saúde no nível local, é condição *sine qua non* conhecer as diferenças, quanto à natureza, e o grau de dificuldade que cada estado e

região enfrentam na gestão pública da saúde, os quais determinam sua capacidade de se organizar frente aos principais problemas existentes.

Todavia, se de um lado a NOB 96 criou o Piso de Atenção Básica (PAB), possibilitando a ampliação do repasse automático no que se refere à atenção básica, do outro, fragmentou o restante do financiamento, sob a forma de parcelas variáveis (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, medicamentos, etc.) e limites para média e alta complexidade (FAEC, internação hospitalar, etc.). Talvez, o intuito fosse garantir a aplicação dos recursos para o fim pré-estabelecido, porém, esta fragmentação criou rigidez para a alocação dos recursos nos níveis municipal e estadual, reduzindo a força decisória dos gestores.

A despesa do Ministério da Saúde com a assistência em saúde é realizada através de duas formas: pelo pagamento direto aos prestadores de serviços e pelas transferências aos estados e municípios. Os pagamentos diretos (relativos a internações hospitalares e atendimento ambulatorial) que representavam 71,3% dos recursos federais em saúde, em 1997, caíram para 39,00% em 2000 (MARQUES; MENDES, 2002, p. 284), caracterizando o processo de descentralização de ações e serviços para estados e municípios.

Considerando que o financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei nº. 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e que as transferências federais, de recursos destinados à saúde para estados e municípios, não conseguem reverter as deficiências derivadas da má distribuição dos gastos públicos estaduais e municipais, aprova-se a Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29), em 13 de setembro de 2000, que estabelecia uma vinculação orçamentária, de parte das receitas fiscais de estados e municípios, à sua saúde e a correção dos valores de acordo com a variação nominal do PIB.

TABELA 02 – Percentual de Recursos Investidos Pelos Estados de Acordo com a Emenda Constitucional nº 29.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Estado	%	%	%	%	%	%	%	%	%
RO	7,79	10,64	9,47	10,54	11,42	12,11	12,10	12,00	12,78
AC	18,49	14,77	13,46	12,96	12,48	12,05	13,77	13,82	14,34
AM	14,58	21,15	25,11	20,37	21,15	20,78	23,47	22,17	19,21
RR	11,51	14,92	10,14	13,26	11,53	12,77	13,22	13,64	14,95
PA	7,33	8,88	9,88	10,31	12,04	12,41	12,74	12,61	12,77
AP	10,16	10,30	12,52	14,99	14,14	11,31	12,93	13,74	13,91
TO	9,40	12,30	11,48	11,32	12,02	12,05	13,52	14,74	13,79
MA	1,51	1,75	5,56	7,98	13,23	12,73	11,17	11,77	12,06
PI	5,02	8,90	6,07	7,48	11,62	12,64	13,48	13,71	12,16
CE	2,60	7,54	8,18	8,74	12,70	11,97	14,21	12,14	14,36
RN	12,56	11,53	13,30	14,58	12,02	12,63	14,43	17,53	16,50
PB	3,66	12,81	10,52	10,62	9,59	10,32	12,91	12,72	12,49
PE	10,46	11,60	11,59	11,88	12,00	12,23	13,24	12,80	13,82
AL	9,35	7,96	9,39	8,96	12,08	12,01	12,00	12,00	12,20
SE	3,32	5,77	8,06	10,07	12,04	12,14	11,11	12,44	12,70
BA	8,49	8,40	9,41	10,38	12,15	12,15	12,17	12,63	12,77
MG	4,78	6,88	6,36	10,20	12,16	12,33	13,20	13,30	12,19
ES	13,59	12,23	12,91	12,65	12,23	12,05	10,43	9,88	10,24
RJ	7,73	5,01	6,28	10,85	11,92	11,92	10,37	10,92	12,63
SP	9,58	11,15	11,76	12,26	13,74	12,95	12,80	13,07	13,46
PR	4,06	10,09	5,98	5,75	6,14	8,35	11,55	9,22	9,79
SC	9,34	8,43	5,90	8,18	11,25	10,79	13,09	13,35	12,47
RS	6,82	6,59	5,62	4,32	5,20	4,80	5,40	5,80	6,53
MS	8,88	6,81	9,22	8,61	12,14	12,57	12,25	13,46	12,98
MT	2,75	6,33	7,72	9,09	11,01	11,19	11,07	11,90	11,24
GO	7,88	12,39	8,12	10,12	12,46	12,05	12,90	12,30	NI
DF	6,16	8,91	9,78	11,06	13,27	15,51	16,56	20,25	17,49

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), 2008.

A Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), previa, no primeiro ano de sua vigência, que estados e municípios deviam alocar 7% das receitas próprias e esse percentual deveria crescer anualmente até atingir, em 2004, 12% para os estados e 15% para os municípios. No caso da União, o aporte financeiro deveria ser de 5%, em relação ao orçamento empenhado no período anterior, sendo esse o percentual

estabelecido para o primeiro ano de vigência da emenda. Já para os anos seguintes, o valor seria corrigido pela variação do PIB nominal³⁹ (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 219).

Em 2001, segundo dados do Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)⁴⁰, 17 estados não aplicaram, juntos, mais de R\$ 1 bilhão, descumprindo a EC 29. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, nenhum estado cumpriu a emenda no ano de 2001. No Sudeste, somente São Paulo (8,94%) e Espírito Santo (9,39%) o fizeram. No Nordeste, Paraíba (10,42 %) e Pernambuco (10,94%) cumpriram a emenda. Já no Norte do país, somente o estado do Amapá deixou de aplicar o devido em saúde. Os municípios tiveram um bom desempenho no cumprimento da EC 29, valendo destacar que os recursos, aplicados em saúde por essa esfera governamental, são elevados desde 1998, tendo em vista a municipalização das unidades e serviços (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 220).

A Tabela 02 demonstra a série histórica dos recursos investidos pelos estados, em percentual, de acordo com a Emenda Constitucional n° 29. Analisando os dados dispostos, pode-se observar que todos os estados apresentaram aumento gradual no decorrer dos anos, em relação aos recursos investidos na saúde após a criação da EC n° 29. Todavia, nota-se que, após oito anos, mesmo com a emenda regulamentada, alguns estados (ES, PR, RS, MT) ainda não cumprem o estabelecido, ou seja, investem menos de 12% da receita própria no financiamento da saúde.

Cabe citar ainda, que a boa aplicação de recursos dos estados da região norte do país no financiamento da saúde pode ser associada a baixa capacidade instalada de serviços de saúde na região, implicando na necessidade de promover o Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Nesses casos, os pacientes são

³⁹ O PIB nominal é calculado a preços correntes, isto é, no ano em que o produto foi produzido e comercializado. Para entender o PIB nominal vale a pena compará-lo com o PIB real que é calculado a preços constantes, escolhe-se um ano-base e realiza-se o cálculo. Para uma análise do comportamento do PIB de um país ao longo do tempo, é preciso distinguir o PIB nominal do PIB real.

⁴⁰ O Sistema de Informações do Orçamento Público (SIOPS) foi criado em 1993, com a finalidade de controlar o orçamento. Posteriormente, em 1995, foi absorvido pela Procuradoria-Geral da República como instrumento de inquérito sobre a saúde, e em 2000, adotado pelo Ministério da Saúde por solicitação do Ministério Público (CARVALHO, 2003).

encaminhados a outros estados, para tratamentos não realizados na rede pública local, sendo necessário um maior dispêndio de recursos.

Considerando a necessidade de qualificar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde do SUS, o financiamento de custeio com recursos federais passa, a partir do Pacto de Gestão, a ser organizado em blocos de financiamento, permitindo uma maior flexibilidade na aplicação dos recursos pelos gestores, além de estimular o estabelecimento de critérios de equidade nas transferências fundo a fundo e a superação dos desafios impostos pela fragmentação das políticas e programas de saúde.

A implementação do Pacto pela Saúde apresentou mudanças significativas para a execução do SUS, na opinião de gestores municipais e estaduais, que destacam: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG); a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; e a integração das várias formas de repasse dos recursos federais.

Anteriormente, o repasse de recursos do SUS era realizado por meio de mais de 130 categorias de financiamento. Após a implementação do Pacto de Gestão, o repasse passa a ser realizado através de cinco grandes blocos de financiamento: atenção básica⁴¹; média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar⁴²; vigilância em saúde⁴³; assistência farmacêutica⁴⁴; e gestão⁴⁵. Os blocos de financiamento são

⁴¹ O bloco da atenção básica é constituído por dois componentes: componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo); e componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). O PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, e o PAB Variável é constituído por recursos destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como: saúde da família; agentes comunitários de saúde; e saúde bucal (BRASIL. Portaria n 204, 2007).

⁴² O bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar é constituído por dois componentes: componente limite financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); e componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O MAC dos estados, do Distrito Federal e dos municípios é destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente. Os incentivos do MAC incluem aqueles atualmente designados: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL. Portaria nº 204, 2007).

⁴³ Os recursos que compõem o bloco financeiro de vigilância em saúde representam o agrupamento das ações da vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e vigilância sanitária. Esse bloco é constituído por dois componentes: componente da vigilância epidemiológica e ambiental em Saúde; e componente da vigilância sanitária (BRASIL. Portaria nº 204, 2007).

constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados (BRASIL. Portaria nº. 204, 2007).

Recentemente, em 23 de abril de 2009 foi publicada a Portaria nº. 837, criando um sexto bloco de financiamento, voltado para os investimentos na rede de serviços de saúde. Os recursos federais transferidos, por meio deste bloco, a estados, municípios e Distrito Federal são destinados às despesas de capital, mediante apresentação de projeto ao Ministério da Saúde (BRASIL. Portaria nº. 837, 2009). Entendemos essa iniciativa como um grande avanço, no que diz respeito aos investimentos em saúde, uma vez que ela quebra a tradição histórica do uso de instrumento convenial para esta modalidade de repasse, sendo considerada mais um passo dado em direção à equidade nos investimentos em saúde no país.

Os recursos federais, que compõem cada bloco de financiamento, são transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo. Já os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais, tais como o Projeto Reforsus, objeto de estudo deste trabalho, são transferidos conforme seus atos normativos, devendo ser movimentados conforme legislação em conta bancária específica, respeitando as normas estabelecidas em cada acordo firmado.

Embora a maior parte dos gastos públicos com saúde no Brasil seja financiada pelo nível central de governo, a participação de estados e municípios no financiamento do SUS aumentou substancialmente nos últimos anos. É considerada relevante para o setor saúde, a existência de um planejamento efetivo, que considere todos os recursos disponíveis, principalmente os recursos financeiros. Um grande

⁴⁴ O bloco de financiamento para a assistência farmacêutica é constituído por três componentes: componente básico da assistência farmacêutica - composto de uma parte fixa e outra variável – este se destina à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde; componente Estratégico da assistência farmacêutica destina-se ao financiamento de ações programas como tuberculose, a hanseníase, e DST/AIDS; e componente de medicamentos de dispensação excepcional, destina-se à aquisição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em portaria específica (BRASIL. Portaria nº 204, 2007).

⁴⁵ O bloco de financiamento de gestão do SUS é constituído de dois componentes: componente para a implantação de ações e serviços de saúde, e o componente para a qualificação da gestão do SUS que apoiará ações como: regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento; planejamento e orçamento; programação; e regionalização (BRASIL. Portaria nº 204, 2007).

desafio é a decisão sobre a localização e a dimensão de equipamentos e serviços de saúde, uma vez que a tomada de decisão sofre influências diretas do poder político.

É importante considerar, que as variáveis de necessidade de cuidados com a saúde, com base na presença de morbidades, representam um perfil epidemiológico que determina as necessidades de financiamento do setor saúde. Estudos de avaliação das necessidades de recursos para saúde são realizados com base em dados de mortalidade, porém esses podem não refletir as possibilidades de morbidades que um indivíduo pode apresentar durante sua vida.

O aumento de gastos públicos pode estar associado com a melhoria de alguns índices de saúde, está mais fixado em intervenções custo-efetivas, com maior equidade. A avaliação do SUS é positiva, por parte dos que o utilizam regularmente, e tem capilaridade em todo o território nacional. Por tudo isso, é a política pública nacional que vem se afirmando como política de Estado. Os avanços obtidos são inegáveis. Nesses poucos anos, construiu-se um sólido sistema, que presta bons serviços à população brasileira, especialmente àqueles economicamente desfavorecidos.

CAPÍTULO III

A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E OS ORGANISMOS INTERNACIONAIS: COOPERAÇÃO OU SUBORDINAÇÃO?

O neoliberalismo produziu um “novo Estado” sob o poder das grandes empresas que ditam as regras, passando-se da minimização do Estado à sua reconstrução para um novo papel no desenvolvimento econômico e social. A mudança do papel do Estado na economia se articula à dimensão mundial do capital, tornando os Estados nacionais menos soberanos e com políticas e propostas bastante semelhantes entre si (SOARES, 2000 *apud* BRASIL, 2006a).

As reformas estruturais, conduzidas por políticas de ajuste propostas por organismos multilaterais de financiamento, conformaram um contexto de profundas mudanças econômicas e sociais. Essas reformas foram implementadas em todos os países da América Latina, com graves consequências sociais e econômicas e provocaram uma grande inflexão na proteção social (NORONHA; SOARES, 2001).

Na década de 1990, os países detentores da hegemonia econômica mundial proporcionaram, aos países em desenvolvimento, o financiamento de projetos de caráter socioeconômico, utilizando a promoção da equidade como justificativa. Entretanto, esses projetos, financiados por meio de agências internacionais, funcionavam como veículo da política econômica liberal, responsáveis pela implementação de programas de ajustamento estrutural. Nesse panorama, as políticas de saúde dos países em desenvolvimento sofreram forte influência do Banco Mundial, mediante atividades de apoio a projetos no setor.

3.1 Estado e Política Social no Contexto Neoliberal

Na maioria das sociedades industriais mediadas por modelos *Welfare State*, foram firmadas iniciativas de proteção social, que afixavam a

responsabilização da sociedade (MAGALHÃES, 2002). A transição das sociedades latino-americanas, no contexto da globalização, envolveu a reestruturação dos processos de produção e a implantação de políticas de ajuste necessárias às novas condições de competitividade internacional. Como consequência tem-se observado o aumento do desemprego, do endividamento dos Estados e o agravamento da situação de pobreza.

As transformações no âmbito das economias capitalistas; a crise fiscal que se abateu sobre os *Welfare States*; e a quebra dos laços de solidariedade social, erguidos ao longo do século XX apontam para a revisão do papel do Estado, principalmente, no que diz respeito ao seu padrão de intervenção social, no qual a equidade possui um papel de destaque. Na América Latina, o perfil da política social sofreu uma inflexão a partir da introdução de ajuste da economia e da reforma do Estado e, nesse contexto, uma das características mais marcantes é a conciliação dos objetivos macroeconômicos de estabilização com propostas de reformas sociais, voltadas para a melhoria da eficiência e da equidade (SENNA, 2002).

A década de 1970 assistiu à redefinição do padrão histórico de influência do Estado na área social e ao avanço do pensamento neoliberal. Quando o mundo capitalista caiu em recessão, as opiniões neoliberais se fortaleceram, e o princípio precípua era o fortalecimento do Estado no controle dos recursos financeiros com estabilidade monetária, mas parcimonioso nos gastos sociais (ANDERSON, 2003).

À esfera pública, cabiam: as ações, com qualificação de baixo custo, direcionadas aos grupos sociais impossibilitados de responder às ofertas de mercado; o estímulo à privatização, através do fomento do mercado de assistência médica voltado para empresas e trabalhadores de média e alta renda, bem como a privatização da previdência social. Nesse período, a privatização de determinadas áreas produziu condições para o setor público desempenhar o que seriam as funções

do Estado-mínimo, as quais corresponderam às ações de estabilização econômica (MELO; COSTA, 1994).

O neoliberalismo desacreditou a ideologia da igualdade de oportunidades. O sistema de idéias neoliberal não prega a igualdade, mas sim a “exclusão includente”. O Estado passa a ser um meio, uma mediação de articulação global para a construção de um processo de “concentração-periferização”, em que a inclusão se dá, não pela forma de direitos iguais, como propunha o liberalismo, mas pela iniquidade e pela desigualdade da condição. Assim, os indivíduos são incluídos desigualmente nos direitos e o Estado passa a ser articulador das desigualdades e defensor dos mínimos sociais (FALEIROS, 2004).

O neoliberalismo fundamenta-se em um discurso que privilegia a esfera econômica e o mercado não reconhece os direitos sociais já conquistados. Através da reversão das políticas de proteção social, com implementação de políticas de ajuste que marginalizam e excluem setores sociais, o neoliberalismo afeta a capacidade estatal de responder ao problema da desigualdade por meio de políticas públicas universalistas. Com a implementação de políticas de ajuste econômico que geram o aumento do desemprego e incentiva o mercado informal de trabalho, a existência de sistemas sociais universais torna-se um sonho, cada vez mais distante, permanecendo a grande parte da população sem acesso real aos direitos.

A política de estabilização monetária, com suas limitações do gasto público, teve profundos efeitos na área social. A crise social se estendeu para uma grande parcela da população e não se conteve o processo de pauperização mediante extensão de medidas de bem-estar social. A maioria dos países da América Latina teve redução dos recursos destinados aos serviços sociais, e nesse sentido, destaca-se o setor saúde afetado pelo “enxugamento dos gastos”, contribuindo para uma distribuição desigual de direitos (STAHL, 1994).

No Brasil, o governo neoliberal boicota os recursos para o sistema universal da saúde, dissemina a idéia da estruturação e uma política de saúde para

atendimento das “necessidades básicas” de saúde, atendendo à máxima do neoliberalismo, os “mínimos sociais”. Ao mesmo tempo em que o governo promove um “sistema de saúde pobre, para pobres”, abre espaço para o aumento dos serviços de saúde privados, com surgimento e ampliação dos planos de saúde para a classe média assalariada.

O surgimento do neoliberalismo, suas consequências para as sociedades contemporâneas e a compreensão da política social e da política pública requer que se considere a complexidade da relação entre Estado e sociedade e sua natureza contraditória e dialética.

Estado e sociedade se organizam mutuamente, constituindo uma rede de relações abertas e dinâmicas, criando antagonismos e disparidades. Como afirma Ianni (1986), o Estado pode ser percebido como a reunião dos interesses das classes e grupos sociais dominantes, enquanto que a sociedade é composta pelas classes e grupos subordinados. Na visão do autor, o poder estatal é hegemônico e representa, ao mesmo tempo, a expressão da coletividade e os interesses de grupos e classes, adotando uma atitude de poder público e exercendo o governo político e ideológico.

Para entender o conceito de Estado é preciso considerar seus elementos estruturais: o “poder coercitivo”, delegado pela sociedade; o “território”, sítio geográfico para exercício do poder; e a “cultura política”, conjunto de regras comum a toda a sociedade. Representando diversos interesses, o Estado detém uma relação de dominação sobre a sociedade civil, praticando o poder através de uma estrutura institucional, que regula o conjunto dessa sociedade. Contudo, a atuação do estatal carece de uma base de sustentação legítima e, para tanto, precisa se relacionar com as classes sociais que compõem a sociedade (PEREIRA, 2007a).

A Revolução Industrial e a Francesa marcaram o começo de uma nova época que levou, no Século XIX, à instauração da ordem comandada pelo capital. Com a consolidação da revolução industrial na Europa Ocidental, inicia-se uma sequência de eventos: o aumento da pobreza dos trabalhadores; a proliferação das

doenças decorrentes das precárias condições sanitárias; as más condições de habitação dos operários; e as longas jornadas de trabalho em locais totalmente insalubres (PASTTORINI, 1998).

Para Marx, a sociedade civil é o espaço das relações econômicas, significando a “estrutura”, enquanto o Estado representa a “superestrutura” erguida a partir da primeira e sobre a qual exerce relações de poder. O Estado é um aparelho da classe econômica dominante (PEREIRA, 2007a).

O capitalismo é, nesse sentido, incapaz de promover o bem-estar como valor social. O bem-estar deve ter como alicerce os princípios da cooperação e solidariedade, ou seja, deve estar coligado à identificação das necessidades humanas para definição dos critérios distributivos e não à competição como prega o ideal capitalista (MISHRA, 1975). Marx apontou o modo de distribuição como fruto das relações de produção de uma sociedade, uma vez que, no sistema capitalista, o trabalhador é enxergado como um “fator de produção” e sua força de trabalho como uma mercadoria. Já Mishra (1975) acredita que o bem-estar condiciona a distribuição do produto social às necessidades humanas, considerando paradoxal a satisfação das mesmas no sistema capitalista.

De acordo com Pereira (2007b, p. 11), uma política é estabelecida na tentativa de solucionar uma determinada questão social, “conferindo, ou não, bens, serviços e direitos reivindicados por uma coletividade”. O surgimento de uma política, como estratégia de ação, está diretamente relacionado à transformação de um problema social, em uma questão social. Os desdobramentos em resposta às questões sociais são denominados políticas sociais, geradas para proteção do social e enfrentamento das situações de exclusão e desigualdade.

Contudo, os neoliberais acreditam que as políticas sociais são percalços no desenvolvimento da acumulação capitalista. Na teoria neoliberal, o livre mercado nivela as relações entre oportunidades e indivíduos dentro de uma sociedade e a

intervenção do Estado é vista como uma ameaça às liberdades individuais, inibindo a concorrência “salutar” baseada no critério meritocrático (HOFLING, 2001).

No terreno do social, tanto no campo das idéias quanto no das políticas, o neoliberalismo fez estragos e ainda continua hegemônico. Alguns avanços conquistados no século XX, como o Estado de bem-estar foram apontados como causas de muitos dos males. Sob essa ótica, foram os gastos desses Estados os responsáveis pelos déficits fiscais dos países que os adotaram, além de serem esses Estados “paternalistas” que estimularam o desemprego e alimentaram a “preguiça”, impedindo a competitividade entre as pessoas (SOARES, 2003).

Analisando-se o contexto no qual se desenrolam experiências transformadoras, verifica-se que a crise do modelo capitalista do pós-guerra, o questionamento do Estado de bem-estar social nos países centrais e a ruína do bloco socialista liderado pela União Soviética marcaram as duas últimas décadas do século XX. Nessa época, houve a expansão da tecnologia da informação e da comunicação. A circulação do capital financeiro atingiu níveis inimagináveis e o poder ateu-se à supremacia absoluta do mercado (SCOREL; BLOCH, 2005).

Os efeitos da crise econômica do capitalismo, entre os anos 1970 e 1980, além das conseqüentes políticas de ajuste, sob a égide liberal, foram devastadores sobre a realidade social latino-americana, provocando retrocesso social dramático, caracterizado por fatores como: queda acentuada dos salários; crescimento do desemprego; empobrecimento generalizado dos trabalhadores; e incorporação de novos grupos à condição de pobreza, concomitante à redução dos gastos sociais. Esses fatores, segundo Rocha (1999), contribuíram para a deterioração das condições de vida da grande maioria da população e para o quadro de precariedades sociais encontrado na América Latina e agravado pela implementação de políticas econômicas e sociais de cunho neoliberal.

As estratégias, para lidar com as novas restrições fiscais e monetárias impostas pela nova ordem global, exprimiram-se na criação de políticas sociais

norteadas pela focalização dos gastos. Isso implicava não só na contribuição direta do Estado aos segmentos mais pobres da população, por meio de programas de bolsas (alimentação, escola), mas também na focalização dos serviços de saúde para os socialmente mais vulneráveis, trazendo a atenção primária como proposição de um novo modelo de atenção à saúde (COHN, 2005).

As políticas de ajuste fazem parte de um movimento de ajuste global, que se desenvolve num contexto de globalização. Na economia mundial, esse processo caracteriza-se por uma reorganização da hierarquia das relações econômicas e políticas internacionais, arranjada sob a égide da doutrina neoliberal e criada no centro financeiro e político do mundo capitalista. As reformas de cunho neoliberal assumiram uma convergência nas medidas recomendadas pelo Banco Mundial, que ganharam força no cenário internacional, passando a ser aceitas praticamente por todos os países (SOARES, 2003).

As mudanças, introduzidas na relação Estado-sociedade no Brasil, não são, porém, mero reflexo da ordem mundial. É preciso considerar os fatores relacionados ao esgotamento do modelo de desenvolvimento vigente no país até os anos 1970. A agenda reformista dos anos 1980, no contexto de transição democrática, esbarrou em contradições e indefinições do movimento político, ainda que mudanças, como a valorização do direito social e a universalização do acesso aos programas sociais, tenham sido introduzidas.

O modelo de desenvolvimento brasileiro não conseguiu oferecer as respostas para o problema da dívida social, como prometido na década de 1980. Por meio da abertura democrática, uma nova agenda de política pública foi introduzida no setor social. Entretanto, o novo cenário não permitiu encaminhamentos de soluções para as políticas sociais, em virtude dos pressupostos para a integração da economia brasileira na globalização, que levaram à negação de uma agenda universalista para as áreas sociais e à focalização de programas sociais (COSTA, 2002).

Rocha (1999) faz referência aos aspectos centrais da orientação neoliberal brasileira, com destaque para: a privatização, com intuito de ampliar a acumulação de capital e mercantilizar o bem-estar social; a redução dos gastos públicos, sob a alegação da crise fiscal do Estado; a criação de programas, direcionado às pessoas de baixa renda; e a descentralização para introdução de mecanismos gerenciais, com acentuação das desigualdades regionais. O autor afirma ainda que os aspectos descritos possuem uma nítida aproximação ao modelo liberal norte-americano.

Nesse cenário, se reforça no país um sistema de proteção social caracterizado pela baixa equidade, alta exclusão e desproteção dos setores não vinculados ao mercado formal de trabalho. Esta organização da proteção teve por base a fragmentação dos cidadãos, e a focalização das intervenções do Estado no social. Esses elementos conformavam a nova política pública, centrada na idéia de que é indispensável a parceria do governo e da sociedade civil para atender às principais manifestações da questão social contemporânea (PASTTORINI, 1998).

De modo geral, no final dos anos 1990, as políticas de saúde foram orientadas para o mercado, com seus princípios de competição e eficiência direcionando suas práticas. Assim, coerentemente com essa hegemonia, existiu um predomínio das propostas racionalizadoras, que eram intra-setoriais, e tinham como objetivo a contenção de custos nos sistemas de atenção à saúde.

Instaurou-se um embate ideológico e político, acerca da reforma da saúde, que ocupou a agenda acadêmica e política, no decorrer da década de 1980. De um lado, estava o “modelo focalista”, que defendia a concentração dos recursos públicos nos segmentos mais pobres da população; de outro, o “modelo universalista”, que defendia o acesso aos bens públicos essenciais para coletividade, independentemente da sua situação social. Não obstante, alguns programas implantados na área de saúde do Brasil, nos anos noventa, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) –

que enfatizaram a atenção primária, tornaram-se instrumentos estratégicos para a mudança do modelo de atenção à saúde vigente no país e para a expansão da universalidade do acesso aos serviços de saúde (COHN, 2005, p. 393).

Uma das características mais marcantes das políticas sociais brasileiras tem sido o privilegiamento dos grupos sociais mais favorecidos, em detrimento dos segmentos de maior vulnerabilidade social. No contexto neoliberal, essa tendência suscitou, a partir da década de 1990, a adoção de estratégias institucionais que, a pretexto de garantir que os programas sociais atingissem os segmentos mais vulneráveis, foram materializados em medidas de ajuste da economia e da reforma do estado. A eficiência e a equidade foram colocadas como elementos centrais e a população mais pobre, como alvo prioritário das ações governamentais.

3.2 A Influência das Agências Internacionais na Implantação de Políticas e Programas de Saúde nos Países em Desenvolvimento: experiência brasileira

A crescente centralidade e o papel desempenhado pelas agências multilaterais nas políticas sociais do Brasil e da América Latina começam a se delinear, já no ano de 1944, com a realização da Conferência Monetária de Bretton Woods⁴⁶. Solicitada pelo governo norte-americano, ainda durante a Segunda Guerra, teve como principal objetivo traçar os contornos da nova ordem econômica, que deveria ser constituída após a vitória dos aliados. A Conferência resultou na proposta da criação de duas agências internacionais: o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, que se engajaram no esforço de difundir as propostas de ajuste,

⁴⁶ A Conferência Internacional Monetária de Bretton Woods foi realizada de 1.º a 22 de julho de 1944, na cidadezinha de Bretton Woods, Estado de New Hampshire, Estados Unidos. Participaram da Conferência 45 países, dentre eles o Brasil, e o acordo firmado visava assegurar a estabilidade monetária internacional. Os países acordaram que seria criado um fundo responsável por estabilizar o sistema financeiro internacional - Fundo Monetário Internacional (FMI) -, além de um banco que financiaria a reconstrução dos países atingidos pela segunda guerra mundial - Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento -, ou simplesmente, Banco Mundial. Naquele momento da história mundial, essas instituições foram apelidadas de "Pilares da Paz" (Disponível em: <http://www.unificado.com.br/calendario/07/bretton.htm>. Acesso em: 12 de julho de 2009).

criando novas modalidades de empréstimos, nas quais recursos não vinculados a projetos eram repassados aos governos, para alívio de suas balanças de pagamento, mediante o compromisso desses governos de adotarem um conjunto de medidas econômicas recomendadas (MATTOS, 2001).

Das agências internacionais o FMI era considerado, pelos países membros, a instituição mais importante e sua tarefa era promover, no âmbito internacional a estabilização monetária de modo a financiar o *déficit* da balança de pagamentos. Já o Banco Mundial teria as funções de conferir empréstimo e possibilitar a movimentação e a garantia do capital privado, necessário à reconstrução dos países destruídos pela guerra, os recursos seriam destinados aos países mais endividados, e em contra partida, os países deveriam concordar com as políticas de ajuste, com base no receituário neoliberal. Vale assinalar que, quando da criação do Banco Mundial, os Estados Unidos tinham reservas de recursos financeiros, por isso compuseram a maioria dos fundos para o Banco, e como consequência definiram os princípios constitutivos e as regras de financiamento (RIZZOTTO, 2000).

Cada agência internacional é constituída através de um acordo, entre vários governos, em que se estabelece sua missão, os dispositivos pelos quais a agência impetrará os recursos financeiros e as regras básicas de sua atuação. Dessa forma, são firmados, politicamente, pactos que expressam as relações de poder, entre os diversos governos, em uma conjuntura internacional. A arquitetura institucional dessas organizações internacionais foi desenhada pelo governo americano, como parte de seu projeto político de hegemonia mundial, e expressa a capacidade desse governo de impor, aos demais, as regras e as medidas que melhor atendem aos seus interesses (MATTOS, 2001).

O protagonismo das agências internacionais, principalmente do Banco Mundial, sobre a política de saúde dos países de capitalismo periférico ganha dimensão nos anos noventa. Concebidas para oferecer empréstimos aos países-membros, elas propiciavam o financiamento de projetos para os quais não era

possível obter recursos nos mercados financeiros. O pressuposto que orienta tais iniciativas era que o principal motivo do não desenvolvimento era o capital escasso sendo necessário estimular a utilização dos fatores de produção. A lógica era pois disponibilizar recursos para induzir o crescimento/desenvolvimento dos países que não se desenvolveram.

Para Cordeiro (2001), o debate ideológico e a ação concreta das agências internacionais de financiamento operam para tornar hegemônica a concepção de que, como decorrência de exigências técnicas da globalização, as instituições públicas, vinculadas ao Estado, deveriam exercer o papel de reguladoras e promotoras de equidade, enquanto o setor privado deveria ser estimulado a ampliar suas funções de prestador de serviços, de forma autônoma e competitiva.

A difusão das idéias neoliberais, disseminadas pelos governos dos Estados Unidos e da Inglaterra, provocou uma onda de reformas consideradas indispensáveis, para que os países em desenvolvimento se ajustassem à nova dinâmica na economia mundial. As sugestões, de quais seriam as políticas mais adequadas aos países em desenvolvimento, foram elaboradas no âmbito das agências internacionais e a emergência, desse novo padrão de atuação, foi simultânea à crescente evidência do Banco Mundial, no que diz respeito ao debate sobre as políticas de saúde no cenário internacional.

O neoliberalismo propaga a flexibilidade do mercado de trabalho, incentivando o incremento dos mercados financeiros. Aos países periféricos coube o papel secundário, o de fornecedor de força de trabalho para as corporações transnacionais, pelos menores custos. Os países de economia não-desenvolvida cederam à exploração da sua força de trabalho, tornando-se cada vez mais dependentes dos empréstimos internacionais, e submetendo-se aos programas macroeconômicos de “integração subordinada e passiva” (SALVADOR, 2008, p. 145).

Após uma década de hegemonia das idéias neoliberais, o tema do desenvolvimento deixou de ser central, que ao fim dão a sustentação política e

financeira à comunidade internacional. A elevação do fluxo de capital privado, rumo aos países subdesenvolvidos, implantando um padrão macroeconômico, redução de gastos públicos e privatizações, apontou para a necessidade de uma ajuda internacional como prerrogativa para alcançar o desenvolvimento. Contudo, a política de contenção dos gastos públicos dos países desenvolvidos passou a impor cortes orçamentários significativos e, em 1993, os recursos mobilizados pelas agências de cooperação internacional entram em decadência (MATTOS, 2001).

Na década de oitenta houve uma crise financeira internacional, que assolou os países periféricos e contribuiu para redefinição da política de empréstimos do Banco Mundial. A partir daquele momento, o Banco passou a viabilizar programas de ajuste estrutural e projetos para setores específicos, cooperando na renegociação e pagamento da dívida externa, e redefinição de políticas nacionais. No início dos anos noventa, com o fracasso dos programas de ajuste do Banco Mundial, houve uma correção de rumo nas propostas de ajuste. Na pauta de financiamento, arrolada à promoção do desenvolvimento econômico, resgata-se o discurso da preocupação com a pobreza, e a discussão passa a articular o desenvolvimento/crescimento econômico com desenvolvimento auto-sustentado (RIZZOTTO, 2000).

A proposta difundida pelo Banco Mundial baseava-se na crença de que a promoção do crescimento das economias dos países “em desenvolvimento” levaria ao desenvolvimento e, conseqüentemente, a uma melhoria na qualidade de vida das pessoas. Esse movimento, entretanto contribuiu para a concentração de renda, o aprofundamento da desigualdade de classe, o aumento a pobreza e a distância que separa os países ricos dos pobres. Trazendo à tona a “relação de exploração e dependência entre as nações ricas e pobres, e no interior delas, entre exploradores e explorados”, relação necessária para a acumulação de capital (RIZZOTTO, 2000, p. 77).

Os temas dos anos oitenta provocaram questionamentos sobre a eficácia dos programas de cooperação e sobre a noção de saúde como bem público.

Naquele momento, foi apontado como fator, para instalação da crise, o conflito de interesses entre a cooperação bilateral e multilateral (MELO; COSTA, 1994). Conforme apontado por Mattos (2001), as agências internacionais empreenderam um esforço na redução da miséria, como parte da resposta à crise, criando argumentos que esperavam abrandar a pobreza no mundo. Dentre esses argumentos, usavam-se os que assinalavam que o crescimento da pobreza periférica oferecia ameaças para o desenvolvimento nos países.

É a partir desse contexto que se insere a posição defendida pelo Banco Mundial, que redefiniu o papel do Estado. Na visão do Banco, o Estado deveria concentrar-se em desempenhar algumas funções, consideradas estratégicas no pensamento neoliberal, principalmente aquelas que promovessem a equidade.

3.3 O Banco Mundial e a Política de Saúde no Brasil

No caso do Banco Mundial, as ações na área da saúde se iniciam com a criação do Departamento de Projetos de População, em 1969. A questão foi inicialmente colocada em termos do papel, que a explosão populacional no Terceiro Mundo teria, de minar as estratégias de desenvolvimento. Portanto, a tática básica do Banco era estimular o planejamento familiar e, posteriormente, a alimentação, a nutrição e o desenvolvimento, esforços na tentativa de inversão da pirâmide etária (MELO; COSTA, 1994).

Rocha (1999) afirma que, na visão do Banco Mundial, a saúde é considerada um bem privado e não uma necessidade humana básica. A partir dessa época, verifica-se o progressivo domínio do Banco Mundial como agência internacional com maior representatividade das novas idéias liberais dominantes na área econômica e social, em particular na área de saúde. Baseado nestas ideias, prenunciadoras da nova ordem capitalista globalizadora – e oferecendo programas de ajustamento para as economias do chamado terceiro mundo, que sofria com as graves

crises econômicas dos anos 70 –, o Banco Mundial se fixava como um instrumento de construção dessas orientações hegemônicas.

A missão do Banco, e de toda a comunidade de ajuda ao desenvolvimento, consistia não só em oferecer recursos financeiros, mas também, em oferecer ideias. De fato, à medida que os governos dos países desenvolvidos reduziam o volume de recursos colocados à disposição para a ajuda externa ao desenvolvimento, crescia a importância da oferta de ideias acerca das políticas que deveriam ser adotadas pelos países em desenvolvimento. Passava a existir, então, o aconselhamento político, premissa que acompanhava os empréstimos e doações (MATTOS, 2001).

O Banco Mundial era uma das agências com maior capacidade de responder ao desafio de ofertar ideias aos governos e aos demais parceiros da comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento. De fato, ao longo dos anos 1980 e 1990, o Banco passou a oferecer ideias sobre um amplo elenco de temas e políticas, tornando-se um interlocutor privilegiado no interior da comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento. De tal modo, o Banco adquiriu posição de destaque nos debates sobre as políticas de saúde no cenário internacional (MATTOS, 2001).

A incorporação da política social à dinâmica dos complexos empresariais se processou em escala mundial sob o comando ideológico do Banco Mundial. Este espalhou a fórmula *Redistribution with Growth*, no que foi seguido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), que introduziu a abordagem das necessidades básicas. Assim, ao se reconhecer a escala e magnitude da intervenção pública na área social, abre-se o caminho para uma crítica à sua efetividade e capacidade resolutiva. A questão central passa a ser a incapacidade das políticas alcançarem os segmentos sociais que configuram a sua população-meta (MELO, 2003, p. 18)

O Banco Mundial teve grande impacto nos países da América Latina nos anos 1980. A agenda da política pública de saúde brasileira desenvolveu, desde fins destes anos, um projeto universalista, que pressupunha a oferta integral de procedimentos e serviços para todas as necessidades de saúde da população. A agenda do Banco Mundial tendeu a superpor elementos que pudessem servir como base de formulação para outras áreas sociais, mas que eram incompatíveis quando aplicados à área da saúde (MELO; COSTA, 1994).

Responsável por centenas de programas de ajuste econômico nas últimas três décadas e poderoso veículo da política econômica liberal, o Banco impôs crescentes contrapartidas aos países latino-americanos, nas inúmeras negociações envolvendo suas elevadas dívidas externas, na violenta crise do início dos anos 1980. Assim, a questão social e suas possíveis repercussões políticas nos países dependentes precisavam ser administradas em consonância com as orientações liberais (ROCHA, 1999).

O debate sobre a necessidade de redefinição do papel do Estado permeou as discussões políticas durante a década de 1990. Em relação ao setor saúde, esse período foi marcado pela segmentação das agendas políticas, com discurso de uma elite que ressaltava a incapacidade do Estado em implementar a política de saúde prevista na Constituição de 1988. Dentre as permanentes críticas ao Estado destaca-se a extensão da rede assistencial e as condições precárias em que esta se encontrava, a desarticulação entre os entes federados, a burocracia estatal e o aumento das desigualdades sociais (NOGUEIRA, 2002).

Em documento elaborado no ano de 1987, o Banco Mundial destacava a falta de competência dos governos e recomendava medidas que transfeririam tanto o financiamento como a responsabilidade pela atenção à saúde para setores não governamentais. No documento, são sugeridas as seguintes medidas: o pagamento de taxas pelos usuários de serviços públicos, especialmente medicamentos e ações curativas; o encorajamento de programa de seguro-saúde para ajudar a mobilizar

recursos para o setor saúde; e a descentralização dos serviços públicos (MISOCZKY, 1995).

Segundo Rocha (1999) o documento delineia claramente a agenda neoliberal na saúde, uma vez que propõe uma intervenção mínima do Estado. O pacote de medidas, apresentado pelo Banco para a área de saúde, tinha a preocupação central de contribuir para o objetivo maior de sua política de ajuste econômico nos países periféricos, no sentido de reduzir os gastos públicos. O modelo de análise, proposto pelo Banco Mundial, se baseava na valorização da produtividade econômica dos grupos populacionais. Em destaque no relatório, a atuação governamental deve facilitar espaços para o envolvimento do setor privado, enquanto os serviços estatais cuidam das ações básicas e das atividades de baixo custo, dirigidas a algumas externalidades denominadas de bens públicos.

O pacote mínimo essencial incluiria o cuidado a crianças doentes, o planejamento familiar, a atenção à gestação e ao parto e o tratamento para tuberculose e para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Além dos componentes mencionados, ficaria a critério de países em desenvolvimento com maior disponibilidade de recursos financeiros a expansão das intervenções, que seriam garantidas pelo Estado, de modo a abordar doenças crônicas e degenerativas. Assim, não é difícil reconhecer a reedição da “medicina pobre para os pobres”, uma versão de atenção primária de saúde, apoiada pelo Banco Mundial (MISOCZKY, 1995).

O Banco Mundial apresenta suas proposições baseadas em um diagnóstico segmentado, de demandas epidemiológicas relacionadas às classes sociais. Ou seja, as classes com maior poder aquisitivo seriam acometidas por moléstias crônico-degenerativas, e as classes menos abastadas padeceriam com as doenças da pobreza, como as infectocontagiosas. O Banco propôs ainda, um sistema de saúde misto, no qual o setor público se responsabilizaria pelas ações de promoção e prevenção de saúde, voltadas à parcela mais pobre da população, e o setor privado privilegiaria o indivíduo vinculado ao mercado de trabalho, além de ter suas despesas

subsidiadas com recursos públicos. Esse panorama indica uma tendência ao fortalecimento do mercado para a assistência à população com condições de pagar por planos de saúde privados, e ao desenvolvimento restrito de ações públicas focalizadas aos grupos populacionais de risco (NOGUEIRA, 2002).

Na agenda do Banco Mundial, o esforço contemplou as recomendações para os sistemas de saúde que redesenhavam itens tradicionais da saúde pública. Estas teorias refizeram os princípios de equidade e configuraram uma agenda política para a saúde, na perspectiva da racionalização da oferta. Como menciona Nogueira (2002), no Brasil, embora os diagnósticos e documentos apresentados pelo Ministério da Saúde e pelo Banco Mundial considerarem questões reconhecidas da crise na saúde, não abordavam a redução do financiamento público para o setor, fator considerado determinante para a situação de fragilidade do Sistema Único de Saúde. O país era penitenciado pelas instituições financeiras que exigiam ajustes estruturais para pagamento da dívida externa implicando na redução orçamentária, e que impunham diretrizes normativas contrárias ao direito à saúde, conquistado pela população.

Dentro deste marco, Melo e Costa (1994) ressaltam que o Banco apresentou uma proposta no *World Development Report* (1993), que tinha como objetivo: fomentar um ambiente que possibilite às famílias a melhoria da saúde; melhorar os gastos do governo com saúde; e promover a diversidade e a concorrência. Os autores do documento, portanto, insistiram na eventual necessidade de ajustes econômicos, inclusive com contenção dos gastos públicos, mas defendiam que os gastos públicos em saúde deviam ser ativamente protegidos, mesmo no contexto de ajuste econômico, desde que voltados para oferecer cuidados essenciais aos pobres.

Um segundo grupo de sugestões voltava-se para o redimensionamento da ação governamental e para o uso mais adequado dos gastos públicos. A redução da pobreza seria motivo suficiente para o engajamento dos governos na saúde. De

acordo com as orientações, os governos deveriam operar na correção das imperfeições dos mercados de seguros em saúde, regulando o setor prestador de serviços e impulsionando a competição (MATTOS, 2001).

Centralmente, o “Investindo em Saúde” – documento também produzido pelo Banco Mundial – tinha relevância no debate do setor na América Latina, por sua forte influência tanto nas reformas já em curso como nas que iriam ser desencadeadas na região. Assim, representou uma marcante interferência externa, sobre as políticas nacionais, cujos principais governos, na atualidade, são adeptos das teses neoliberais. Além disso, o documento trata a saúde como um meio ao desenvolvimento, sendo considerada atividade econômica importante, o que justificaria os investimentos feitos como pragmáticos interesses econômicos (ROCHA, 1999).

Conforme cita Mattos (2001), as investigações, feitas especialmente para a produção do relatório “Investindo em Saúde”, caminharam na mesma direção das pesquisas que o banco vinha realizando desde o final dos anos 1980. Como consequência dessas pesquisas, o Banco pôde argumentar, junto à comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento, que era desejável elevar a ajuda internacional voltada à saúde. “Investindo em saúde é um bom exemplo da oferta de ideias pelo Banco Mundial”.

Em 1990, o Banco publicou o documento *Brazil: The New Challenge of Adult Health* (1990), o qual sintetizou um balanço sobre a saúde internacional. Nestas análises, o Banco enfatizou a inadequação dos gastos na saúde brasileira, que seriam excessivos e não atingiriam nem as regiões nem os grupos sociais mais pobres. “Os gastos governamentais com saúde pública se dirigem, às classes de maior renda, na forma de assistência gratuita ou de baixo custo em sofisticados hospitais públicos e subsídios a sistemas de seguro privados e públicos”. As críticas são dirigidas também ao modelo de assistência fundamentada na valorização do cuidado hospitalar e na especialização do cuidado ambulatorial (MELO; COSTA, 1994).

Ao longo dos anos noventa, as agências internacionais enfatizaram a oferta de ideias sobre quais seriam as políticas mais adequadas para os países em desenvolvimento. O Banco Mundial conquistou lugar relevante nessa oferta, ao lograr apresentar um conjunto de sugestões sobre as reformas dos sistemas de saúde das próprias atribuições dos governos no setor. No final da década, contudo, assistimos a um esforço da Organização Mundial de Saúde (OMS) para assumir a liderança no que diz respeito ao aconselhamento junto aos governos, sobre o andamento das reformas e reestruturações dos sistemas de saúde (MATTOS, 2001).

Como já foi dito anteriormente, no Brasil, a década de 1990 foi caracterizada por uma reordenação do Estado. Sob a égide do neoliberalismo, mudam-se os fundamentos do Estado para a sustentação da competitividade, reduzindo a função do Estado em favor do mercado (FALEIROS, 2004). Para Soares (2000), o neoliberalismo produziu um “novo Estado” sob o poder das grandes empresas que ditam as regras, passando-se da minimização do Estado à sua reconstrução para um novo papel no desenvolvimento.

A mudança do papel do Estado na economia se articula ao processo de mundialização do capital, tornando os Estados nacionais menos soberanos e com políticas e propostas bastante semelhantes. A abertura comercial aos investimentos estrangeiros, a privatização, a desregulamentação e a desresponsabilização do Estado fazem parte de um pacote de ações que foram sendo implementadas como padrão pelo Fundo Monetário Internacional (SOARES, 2000).

Nesse contexto, se aprofunda o caráter residual e compensatório se reduz a presença do Estado na condução das políticas sociais, que se propõe mínimo e dito regulador de um mercado soberano. O governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) traz no bojo do neoliberalismo uma proposta de privatização, de corte dos gastos públicos, de desmonte do Estado, consubstanciada numa detalhada reforma econômica e administrativa.

A Reforma do Estado no governo FHC articulou medidas legislativas e ações governamentais para impulsionar a competitividade do capital internacional. Para tanto, foi instaurado um novo modelo de gestão pública gerencial, transferindo patrimônio público para o mercado, promovendo maior abertura da economia aos capitais internacionais, com privatização do patrimônio público, e redução dos direitos sociais. As medidas econômicas causaram perda de reservas internacionais e aumento do desemprego, levando o governo a submeter-se à influência do Fundo Monetário Internacional (FMI) em troca de empréstimos internacionais que alargaram ainda mais a dívida pública (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006a).

A estabilidade monetária não foi acompanhada pela estabilidade econômica. A questão do déficit público e do ajuste fiscal foi o eixo central da política econômica, implicando no aumento de arrecadação e cortes nos gastos públicos. O condicionamento dos gastos com as políticas sociais diretamente à diminuição significativa do déficit público, se materializou em baixos índices de crescimento do PIB, arrocho salarial, aumento da carga tributária, desemprego, e crescente endividamento externo (FALEIROS, 2003).

Para o governo neoliberal, o combate à exclusão passa pela competitividade, mesmo alegando em seus discursos que a globalização acentua a desigualdade. Por isso, FHC propôs diminuir o papel do Estado na economia para transformá-lo em agente do mercado internacional, e a competitividade foi erguida seguindo a lógica de tornar o Estado o suporte do capital internacional.

Ainda que o SUS, naquela época, já houvesse se tornado uma política institucional, enfrentou iniciativas orientadas à sua redução institucional e financeira; barreiras erguidas pelos segmentos defensores da ótica capitalista e neoliberal. O processo de implementação do SUS teve continuidade, enfrentado, porém inúmeras investidas do governo para desfigurá-lo.

Essa orientação de transformar o Estado levou o governo considerar apenas a previdência social básica como atividade exclusiva do Estado e impôs às

unidades da federação o mesmo esquema do ajuste federal, imposto ao governo federal. Esse embate se explicita na década de 1990, no cenário político brasileiro: os dois mandatos governamentais de Fernando Henrique Cardoso orientaram-se para uma reestruturação estratégica do Estado nacional, implicando mudanças nas relações com o mercado e a sociedade, em busca de assegurar a hegemonia das forças transnacionais.

Foi neste cenário que o governo brasileiro concebeu o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Projeto Reforsus). Em 1996, o governo estabeleceu um acordo de empréstimo, com o Banco Mundial e com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, no valor total de US\$ 650 milhões, que previa investir na rede de serviços de saúde distribuídos em todo o território nacional.

CAPÍTULO IV

O PRINCÍPIO DA EQUIDADE EM SAÚDE E A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS NO SUS

O Brasil não é apenas um país profundamente desigual, mas, sobretudo injusto, afirma Pereira (2004). No Brasil não faltam terras, riquezas naturais e avanços tecnológicos, mas reside o paradoxo refletido em um “*apartheid* social” em que os ricos, especialmente a partir dos anos 1990, sob a égide do neoliberalismo, parecem indiferentes ao empobrecimento da população e à situação de miséria em que vive grande parte dos cidadãos deste país.

Uma análise da distribuição de renda aponta para as desigualdades sociais, refletindo também no consumo dos serviços de saúde. Ou seja, os indivíduos desfavorecidos, social e economicamente, são os que consomem menos os serviços de saúde. Além disso, Neri e Soares (2002) afirmam, que existem problemas no acesso a esses serviços e que os determinantes de ofertas de serviços somados a outras características, evidenciam que, mesmo o Brasil possuindo um sistema de saúde que tem em sua base os princípios da universalidade e da equidade, a provisão de saúde pública no país apresenta-se bastante segmentada.

O tema da equidade se fortalece no debate setorial, tendo como pano de fundo as desigualdades existentes; a busca de qualificação e melhoria das condições de saúde da população brasileira, em todo o território nacional (LUCCHESI, 2003); e as iniciativas fomentadas pelos organismos multilaterais.

O argumento equidade é de extrema complexidade frente a um quadro social marcado por altos níveis de desigualdades sociais, como aqueles encontrados no Brasil. Essa complexidade se aprofunda em face das grandes heterogeneidades regionais, sociais, políticas e econômicas, que marcam a história brasileira. Considerando a diversidade de realidades no território nacional, a equidade que pretendemos estudar é aquela alcançada a partir de investimentos no sistema de

saúde, significando igualdade de condições e oportunidades de acesso ao sistema, de modo a promover respostas eficazes aos problemas existentes.

No que concerne ao campo da saúde, Viana, Fausto e Lima (2003) afirmam que, no início, a inclusão da equidade foi evidenciada na formulação das políticas e programas, com o propósito de garantir o acesso universal aos serviços de saúde. Em seguida, a equidade passou a ser um dos princípios norteadores da política de saúde, no que tange ao acesso, e à utilização do sistema e à alocação dos recursos financeiros. No contexto da globalização neoliberal, o uso da equidade aparece associado aos discursos e justificativas para a adoção de iniciativas de focalização. (NOGUEIRA, 2000).

Este capítulo aborda o debate conceitual sobre a equidade, com vistas a subsidiar a reflexão sobre a alocação de recursos na saúde. Considera-se que a discussão da equidade em saúde ilumina uma dimensão importante e necessária no processo de formulação e implantação de políticas públicas, que visam a minimizar desigualdades.

4.1 O Surgimento da Equidade como Diretriz das Políticas Sociais

As desigualdades em saúde são atribuídas aos determinantes conexos às condições de saúde e às diferenças na produção, distribuição e utilização dos recursos. A persistência das desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde é uma das questões abordadas em estudos produzidos por pesquisadores e gestores de saúde. Os estudos sobre desigualdades em saúde incorporaram as análises conceituais de igualdade e equidade, sob a ótica da justiça social, com o intuito de caracterizar os tipos de desigualdade. Mais recentemente, esse debate passou a permear a elaboração e condução de políticas públicas, cujo mote são as desigualdades causadas pelos processos sociais, políticos e econômicos (VIANNA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Nas três últimas décadas, a equidade vem ocupando um lugar de relevância na discussão das políticas sociais. O termo equidade tem provocado inúmeras discussões em torno de sua definição e operacionalização, sendo essas permeadas pela contraposição entre eficiência e qualidade. Apesar de não haver um único conceito que defina equidade, esta é pautada com solidez nas agendas de políticas e projetos. A equidade é considerada um princípio ético que instrumentaliza o direito à saúde e seu desenvolvimento foi fortalecido, nas últimas décadas, em virtude do crescimento das desigualdades causado, em sua maioria, pelas políticas neoliberais (ALMEIDA, 2002).

Até os anos setenta, a valorização da igualdade permeava os princípios que nortearam os sistemas de serviços de saúde no século XX. O ponto axial era assegurar o direito de consumo de serviços de saúde para todos os indivíduos, ou seja, todo cidadão que necessitasse de assistência à saúde deveria ter o acesso aos serviços garantido. Contudo, nas décadas de 1970 e 1980, a discussão da crise do Estado de Bem-Estar Social provocou uma reflexão sobre os benefícios gerados pelos investimentos nos sistemas de saúde (ALMEIDA, 2002).

Nas décadas de 1970 e 1980 o uso do conceito de equidade na formulação e discussão das políticas públicas era restrito. Já a partir da década de 1990, a equidade passou a estar presente nos projetos e programas ligados às prioridades sociais e a ocupar um lugar de destaque nos debates sobre políticas sociais. Na área da saúde, o movimento sanitário fazia uso do conceito de equidade para reivindicar reformas nos programas e políticas em vigor na época.

Desta forma, o debate sobre a equidade ganha força a partir dos anos oitenta. Ao mesmo tempo em que a intervenção estatal em saúde é colocada em xeque, as agências internacionais preconizam que os sistemas de saúde devem atuar de maneira mais eficiente e efetiva, com resultados que atendam ao princípio da equidade. Mais tarde, a promoção da equidade passa a ser entendida como igualdade de oportunidades no consumo de bens e serviços de saúde (ALMEIDA, 2002).

No Brasil, ao final dos anos 1980, o movimento sanitário conquistou vitórias que foram consolidadas posteriormente na Constituição Federal e com a criação e implementação do SUS. Em meio a esses movimentos sociais, a equidade torna-se não só um eixo estruturante, mas também um princípio norteador do sistema de saúde brasileiro (NOGUEIRA, 2000).

As transformações ocorridas na política de saúde após a promulgação da Constituição Federal de 1988 permitiram a inclusão de diversos cidadãos, que, até aquele momento, viviam às margens do sistema de saúde. Foram criados benefícios específicos para parcelas da população que apresentavam características em comum, considerando diversidades como: gênero, faixa etária, cor, raça e grupos sociais. Entretanto, apesar dos avanços conquistados reconhecem-se as dificuldades para adaptar o modelo assistencial de saúde aos princípios dispostos na legislação do SUS, principalmente no que diz respeito à promoção de um sistema de saúde equânime.

Para Nogueira (2000), a luta pela equidade deu bons resultados porque combinava a identificação clara com a oposição a uma condição concreta de iniquidade, além de ligar-se a um movimento de reforma num campo específico das relações entre Estado e sociedade. Esse movimento foi bem-sucedido porque foi capaz de mobilizar as pessoas em defesa da situação de justiça a ser instaurada, mas atuava com o agravo de uma denúncia. Para que haja eficácia na promoção da equidade, esta precisa ser traduzida em impulso social que busca superar condições de desigualdade, combatendo práticas que negam a condição de cidadania.

Há uma forte conexão entre os indicadores de saúde e a renda *per capita*, ou seja, os locais que apresentam menor renda evidenciam precárias condições de vida e, conseqüentemente, os piores indicadores de saúde. Análises detalhadas das taxas de mortalidade comprovam que há uma associação entre as condições sociais e a morte, observando-se que a mortalidade tende a aumentar à medida que as condições sociais se agravam, significando um padrão de correlação

entre condições sociais, adoecimento e morte do indivíduo. Nos países desenvolvidos, a melhoria na distribuição de renda está ligada ao aumento da expectativa de vida ao nascer. A influência do social nas condições de saúde resulta nas diferentes demandas aos serviços de saúde e as desigualdades, no adoecer e morrer, espelham a complexidade da estrutura social, refletindo as relações de subordinação e exploração (TRAVASSOS, 1997).

A luta pela equidade, que deu origem ao SUS nos anos 1980, foi acompanhada por preocupações com eficiência vinculada à racionalização. Posteriormente, essa eficiência ficou conhecida como redefinição do termo equidade, sustentada, pelos economistas de agências internacionais, como sinônimo de uma distribuição de recursos “focalizada” nos mais carentes. Em suma, a equidade preconizada inicialmente pelo SUS, em suas dimensões de justiça social, foi suplantada, no contexto do avanço neoliberal, pela racionalidade econômica da eficiência (NOGUEIRA, 2000).

Ao final dos anos 1990 e início do século XXI, esse é o cenário em que se delinearam as reformas no setor saúde. O panorama social consolida-se na tendência à desigualdade e não há consenso quanto às implicações para as disparidades sociais das políticas públicas enquanto meios de regulação social. Também não há consenso quanto à natureza entre pobreza e desigualdade, dadas as diferentes perspectivas como renda, qualidade de vida, acesso a serviços básicos e grau de satisfação das necessidades básicas. Vale citar ainda, que a pobreza e a desigualdade não representam somente precariedade de condições de vida, mas também, a ausência de determinantes que permitam construir parâmetros que identifiquem e reconheçam o cidadão (COHN; ELIAS, 2002).

O colapso econômico da década de noventa, somado à hegemonia neoliberal e aos ajustes macroeconômicos, acresceu as desigualdades nos países latino-americanos. Como consequência, as políticas públicas foram objeto de intenso debate, o que proporcionou um aumento no interesse dos organismos internacionais e

levou à criação de agendas, de reforma social, aliadas aos empréstimos financeiros considerados, pelas agências essenciais para a superação da crise social que os países em desenvolvimento atravessavam (ALMEIDA, 2002). Na América Latina existe um profundo interesse dos governos em implementar programas sociais. Cohen e Franco (2004, p. 19) afirmam que esse fato decorre da degradação das condições de vida da população somada ao risco de manifestações de “violência social”, que podem conduzir a situações de instabilidade política.

A teoria neoliberal propugna que o envolvimento do Estado seja limitado, fornecendo um pacote cuidados mínimos ou básicos aos mais pobres de uma sociedade. É nessa perspectiva que se constrói a proposta do Banco Mundial para os países em desenvolvimento, segundo o qual o Estado deve financiar apenas um conjunto de serviços básicos, popularmente conhecido entre os especialistas sociais como “cesta básica”. Paralelamente a isso, durante os anos noventa, a equidade foi discutida, no Brasil, como premissa basal na construção de mecanismos redistributivos que vislumbravam maior igualdade geográfica na distribuição dos recursos financeiros para o setor saúde – debate que envolveu longas discussões sobre alocação de recursos financeiros entre as esferas federal, estadual e municipal (TRAVASSOS, 1997).

O discurso da equidade passou a ser desenvolvido como estratégia para contrabalancear a hegemonia, alcançada pela categoria da eficiência, em meio ao clima político liberal e, diante desses movimentos sociais, a equidade torna-se não só um eixo estruturante, mas também um princípio norteador do sistema de saúde brasileiro. Atualmente, a importância da equidade nas políticas sociais é reconhecida e conta com a adesão de diversas correntes político-ideológicas. Porém, a supervalorização da equidade marca a emergência de uma “condição impotência do compromisso ético-político com a equidade” (NOGUEIRA, 2000, p. 96).

No final do século XX, o debate sobre desenvolvimento baseou-se nas diretrizes difundidas mundialmente pelo Banco Mundial, que enfatizava a

contraposição entre eficiência e equidade. No contexto defendido pelo Banco Mundial cresce a crítica em relação à efetividade, enfocando o problema da utilização incorreta dos recursos públicos e a inabilidade do Estado em atender às necessidades básicas da população mais necessitada. O predomínio do pacote, preconizado pelas agências internacionais, atinge a área social e as condições, “impostas” pelos credores internacionais, apresentam sugestões explícitas para a reforma das políticas de saúde, direcionando-as para a melhoria na utilização dos recursos (ALMEIDA, 2002).

À medida que as “receitas” das agências internacionais acompanham os programas de ajuste econômico na década de noventa, a discussão sobre a equidade na saúde ganha espaço no processo de implementação das políticas sociais. A redução do déficit público, considerada indispensável para a estabilização econômica, gerou contenção na aplicação dos recursos na saúde, agravando as desigualdades de saúde e sociais (GIOVANELLA et al, 1996).

As agências internacionais propuseram políticas residuais e seletivas traduzindo promoção da equidade como focalização de serviço. Naquele momento, o governo brasileiro impôs resistência para ampliar os gastos com saúde, pois sua prioridade era a estabilização da moeda nacional. Na lógica das agências internacionais, a distribuição de recursos entre os indivíduos é fundamental, uma vez que se baseia na focalização. Porém, a política de saúde brasileira, por se tratar de uma política universal, compreende que a distribuição dos recursos entre os indivíduos é direito de todos.

De acordo com Lucchese (2003), abordar a equidade no contexto do Sistema Único de Saúde não é tarefa fácil, pois ordena uma reflexão sobre o novo ambiente de gestão descentralizada em que se processam as ações públicas. Para essa reflexão, é importante uma revisão conceitual prévia, que pondere acerca das desigualdades no país e ajude no posicionamento técnico-político dos gestores com vistas a reduzi-las.

Lucchese (2003) acredita que as transformações, nas formas de organização das ações públicas e sociais, são capazes de reverter situações de extrema desigualdade. No campo da saúde, o reconhecimento da complexidade das interações, necessárias para a produção social de bem-estar, considerando as conexões entre ambiente e saúde, espaço e desigualdades, política e democracia, recursos e tecnologias, acrescentam desafios para a gestão pública da saúde, com impacto na equidade sanitária. Permanece um grande desafio para a gestão pública da saúde: produzir inovações para a redução das desigualdades em saúde e representar uma melhoria nas condições de vida daqueles em situação menos favorecida.

Alguns requisitos políticos, institucionais e administrativos são necessários para dar sustentabilidade à gestão baseada na equidade. Entre eles, destacam-se: a articulação intersetorial das políticas públicas e a modernização das funções públicas de planejamento, regulação, financiamento e prestação de serviços. Esses requisitos são condicionantes para que o país faça uma análise da dimensão atual da gestão do sistema, mirando a adequação da oferta de serviços de saúde no território nacional, sob o contexto de regionalização da assistência, de modo a garantir a equidade no acesso dos cidadãos brasileiros e reduzir as desigualdades na saúde (LUCCHESE, 2003).

Segundo Schwartz e Nogueira (2000), a equidade, enquanto princípio ético-político, vem subsidiando propostas de ordenamento, que veiculam a ideia de justiça e igualdade.

4.2 Algumas Concepções de Equidade no Campo da Saúde

Nos últimos anos, a sociedade brasileira tem sido menos tolerante em relação às desigualdades evidenciadas historicamente no país. Várias proposições estão sendo feitas quanto ao estabelecimento de estratégias para diminuição dos

abismos que segregam os grupos sociais, considerando suas condicionalidades (etnia, gênero, religião, classe sócio-econômica, etc.). No que tange as desigualdades, mudanças foram, efetivamente, aplicadas no Brasil, principalmente no setor saúde, que definiram a universalidade como garantia de atenção integral, igualitária e equânime. As novas diretrizes constitucionais representam resultados significativos no perfil sanitário do país. Um exemplo é o coeficiente de mortalidade infantil, que, segundo dados do Ministério da Saúde, foi reduzido de 33,96 (em 1995) para 16,98 (em 2005)⁴⁷.

Para Nunes (2004, p. 06), um modelo de atenção à saúde, que atenda ao princípio da equidade, deve ser direcionado às necessidades de saúde do cidadão. Para o autor, o conceito de equidade é polêmico em sua definição e mensuração e, em virtude da sua complexidade, não pode ser reduzido a apenas um indicador, devendo ser analisado em suas diversas dimensões, a saber: equidade no acesso; no financiamento; e na distribuição dos recursos. Segundo a autora, a análise da equidade em saúde demanda informações e alguma “subjetividade de julgamento” no momento da demarcação dos fatos que a promovem ou não.

Apesar de estar comumente presente nas discussões sobre políticas públicas e sociais, ainda não há consenso quanto à teoria de equidade. Travassos (1997) apóia esta afirmação quando assegura, em seu estudo, que os critérios operacionais são reflexos dos valores predominantes das sociedades e que as distintas teorias sobre equidade assinalam diferentes formas de organização dos sistemas. A autora afirma ainda, que a formulação, de políticas, programas e projetos de saúde voltados para equidade, exige, como premissa, a definição prévia desse princípio.

Atualmente, existem diversas definições referenciadas nos estudos teóricos e empíricos relativos ao acesso e uso dos serviços de saúde. Os conceitos

⁴⁷ Dados disponíveis no site do Departamento de Informática do SUS (Datasus), www.datasus.saude.gov.br. Acesso em: 28 de julho de 2009.

destinam-se à análise do setor saúde e relacionam-se: ao acesso aos serviços de saúde; à qualidade dos serviços; aos fatores determinantes das condições de vida e saúde; e aos fatores de ordem política que podem promover ou dificultar a equidade (VIANNA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um sistema de saúde deve ser capaz de galgar um elevado nível de saúde e ser distribuído de forma eqüitativa.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em seu plano de ação publicado em 1982, define equidade como uma das três propriedades fundamentais para um sistema de saúde, juntamente com a eficiência e a efetividade (NUNES, 2004). Na literatura científica também existem diversas definições conceituais sobre equidade em saúde, dentre as quais destaca-se o conceito apresentado por Whitehead (1992), cuja base está relacionada à justa oportunidade de todo indivíduo obter seu pleno potencial de saúde.

Já a Sociedade Internacional de Equidade em Saúde define equidade em saúde como:

A ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde que se manifestam em populações ou grupos populacionais, definidos social, demográfica ou geograficamente (BRASIL, 2008, p. 138).

Apesar de existir um problema terminológico na variedade conceitual da equidade e, em alguns casos, problemas também com o significado da expressão quando utilizado no sentido das desigualdades, percebe-se, de modo geral, que há um consenso ou aceitação ampla, na literatura, em relação à definição formulada por Whitehead (1992). Equidade em saúde, para a autora, remete à noção de que, de acordo com os ideais, todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Consequentemente, equidade em saúde refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias e injustas.

Whitehead (1992) reitera que o termo iniquidade em saúde assume uma dimensão ética e moral. A autora afirma, que o objetivo das políticas de equidade é reduzir diferenças resultantes de fatores evitáveis e injustos e, portanto, passíveis de intervenção por meio das políticas públicas. Essas políticas seriam dirigidas à diminuição de riscos, com o intuito de responder às necessidades criadas pelas iniquidades anteriormente apontadas. Considera ainda, que as políticas nacionais de saúde não podem preocupar-se da mesma forma com a saúde de todos, uma vez que o maior impacto é aquele sobre o processo saúde-doença dos grupos mais vulneráveis da sociedade.

Algumas diferenças em saúde são determinadas socialmente. Questões como: pobreza, desemprego, alimentação insuficiente, poluição e outros determinam diferenças de saúde entre grupos sociais. Para Whitehead (1992), as diferenças em saúde são classificadas em inevitáveis e injustas, e, portanto, são determinadas por comportamentos, que podem causar danos à saúde quando a restrição à liberdade de escolha de estilos de vida; exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doentias; acesso inadequado aos serviços essenciais de saúde e outros serviços públicos; e mobilidade social negativa relacionada à saúde.

Partindo desse princípio, a questão central, a ser tratada pelas políticas que almejam equidade em saúde, é a redução ou a eliminação das desigualdades, criando, desse modo, igual oportunidade em saúde e reduzindo as injustiças tanto quanto possível. O ponto central da contribuição de Whitehead (1992) é a concepção das desigualdades em saúde na perspectiva da justiça social, uma vez que incorpora a idéia de justiça no processo de redução das desigualdades evitáveis e desnecessárias.

A mesma autora classifica as desigualdades em saúde, diferenciando as injustiças. Entre os critérios adotados destacam-se: o que não define as desigualdades como injustas (variações biológicas naturais, comportamentos perigosos que são escolhas dos indivíduos, vantagens temporárias de um grupo) e o

que define as desigualdades como injustas (comportamentos perigosos nos quais os indivíduos têm pouca escolha em relação ao modo de vida, condições de vida definidas por fatores socioeconômicos, exposição a fatores de risco, acesso inadequado aos serviços de saúde ou outros serviços públicos essenciais).

Em suma, a equidade em saúde para Whitehead (1992), sob o aspecto da igualdade de acesso para iguais necessidades, diz respeito ao uso igual dos serviços para necessidades iguais e à disponibilização da mesma qualidade de atenção para todos. O ganho, obtido com a inclusão do debate da justiça social na conformação de políticas mais equânimes, é imensurável, uma vez que pressupõe um tratamento desigual para os que estão em condições de desvantagem, e assume os dilemas políticos inerentes ao enfrentamento das desigualdades entre os diferentes grupos populacionais.

A igualdade e a justiça podem ser sustentadas por regras que determinam como os benefícios devem ser distribuídos. Enquanto os direitos individuais baseiam-se na liberdade, os direitos sociais baseiam-se na igualdade e tendem a corrigir divergências econômicas e sociais, que existem além das condições naturais (ALMEIDA, 2002).

A implementação de políticas públicas equânimes, que reconheçam as diferenças e atendam as necessidades, implica na definição de sua aplicação. Uma política de saúde deve contemplar questões axiais, em relação ao seu caráter equânime, como a distribuição de recursos e as oportunidades de acesso e utilização dos serviços. Esse debate tem ocupado lugar de destaque nas discussões técnicas e políticas desenroladas no setor saúde, sendo responsável, muitas vezes, pela redefinição do norte das políticas e programas de saúde. Contudo, em que pese a inclusão do princípio de equidade na formulação de políticas e programas de saúde, não há garantias quanto à melhoria na prestação de serviços (VIANNA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Neri e Soares (2002) fazem uma diferenciação conceitual entre equidade em saúde e equidade no consumo dos serviços de saúde. Para eles, a equidade em saúde avalia as diferentes chances de populações distintas adquirirem morbidade ou mortalidade, enquanto que o conceito de consumo dos serviços de saúde analisa as diferentes condições de acesso a esses serviços. Quanto ao conceito de equidade em saúde este pode ser: horizontal, que defende que os indivíduos com iguais necessidades de cuidados devem ser tratados da mesma forma; e vertical, que baseia-se no fato de que indivíduos com necessidades diferentes devem receber tratamentos diferenciados.

Travassos (1995) distingue os conceitos de equidade em saúde de equidade nos cuidados de saúde, da seguinte forma: o primeiro refere-se às necessidades em saúde que são socialmente determinadas; e o segundo diz respeito a igualdade nas chances em ter acesso e receber tratamento adequado entre as diferentes classes sociais. Para a autora, as desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais e, em função da efetividade das ações, a equidade no uso de serviços é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais.

O acesso universal aos serviços de saúde universal é condição essencial para a equidade. Entretanto, a igualdade na utilização dos serviços de saúde deve levar em conta as dimensões geográfica e social. A dimensão geográfica está relacionada à comparação entre áreas geográficas na utilização desses serviços, podendo ser mensurada a partir da análise comparativa da utilização dos serviços entre regiões, estados e municípios. Essa análise é capaz de representar as necessidades reais, de uma dada localidade, a ser refletida na complexidade da rede de serviços e no seu financiamento. Porém, uma política redistributiva, centrada na promoção da equidade geográfica, não afiança maior igualdade na utilização de serviços de saúde entre grupos sociais (TRAVASSOS, 1997).

Para fins deste trabalho, o conceito de equidade será estabelecido a partir dos conceitos de igualdade e justiça, de modo a seguir a definição utilizada por Lucchese (2001), que atribui ao conceito de equidade o sentido de “igualdade justa” e ao conceito de iniquidade o de “desigualdade injusta”. Enfatizando a questão apresentada, Almeida et al. (1999 apud Senna, 2002) relacionam “equidade em saúde com justiça social”. Esses consideram as desigualdades como sendo justas ou injustas conforme as diferentes interpretações da estratificação social, sendo as iniquidades estabelecidas nas relações sociais que determinam o acesso aos recursos da população.

Vale destacar que o conceito de equidade, selecionado para ser operacionalizado, e as formas de mensurá-la refletem as escolhas de determinada sociedade em momentos específicos e essas considerações revelam objetivos estratégicos de desiguais sentidos (ALMEIDA, 2002).

Segundo Lucchese (2001), o primeiro movimento para enfrentar as desigualdades em saúde é reconhecer a diversidade das realidades identificadas no território nacional. A autora considera equitativa a metodologia de alocação de recursos financeiros para a saúde, que opere uma distribuição mais justa de recursos entre estados e regiões, de modo a garantir igualdade de oportunidades no enfrentamento dos problemas de saúde que afetam a população. A questão da justiça distributiva e da equidade têm sido uma preocupação constante e, para entendermos melhor a equidade e sua relação com a saúde, vale abordar a igualdade e a maneira como esta tem sido compreendida.

Alguns autores descrevem a estruturação dos sistemas de saúde a partir de ideologias políticas. Apesar das diferenças entre essas, Jordanovsk e Guimarães (1994) inferem a existência de duas categorias, as quais significam opções do modelo capitalista: a orientação liberal-conservadora e a social-democrata. Essas categorias são capazes de determinar ou não a concepção de equidade, segundo noções de justiça social.

Para os liberais-conservadores, a liberdade constitui valor fundamental. A teoria liberal refere-se à possibilidade de satisfação de suas demandas por meio do mercado (JARDANOVSK; GUIMARÃES, 1994). “O liberalismo clássico considerava ser possível alcançar a igualdade de oportunidades mediante a igual atribuição de direitos fundamentais à vida, à liberdade e à propriedade”. Os liberais entendem igualdade como igualdade de oportunidades, devendo as necessidades serem satisfeitas pelo mercado, o que derivaria em uma mobilidade social, independentemente de sua origem sócio-econômica. Um exemplo clássico do conceito de igualdade defendido pelos liberais é o instrumento utilizado pelo sistema educacional brasileiro para ingresso nas universidades públicas, o qual se baseia na capacidade intelectual e mérito (GIOVANELLA et al, 1996).

A vertente social-democrata tem, em seu núcleo, o princípio da igualdade como igualdade de condições. Nesta teoria, o Estado deve garantir a igualdade por meio da distribuição de bens e serviços sociais, satisfazendo as necessidades essenciais de todos os indivíduos. Já os socialistas acreditam que igualdade significa a distribuição, a cada indivíduo, conforme as suas necessidades, além da socialização dos meios de produção (GIOVANELLA et al, 1996).

A relação entre equidade em saúde e justiça social, conforme as distintas interpretações das determinações sociais, avaliam as iniquidades como incluídas na estratificação social. Viana (1989 *apud* Giovanella et al, 1996) pondera equidade como a igualdade de acesso para as necessidades iguais e, nesse sentido, recomenda que as desigualdades sociais na saúde possam apresentar-se obedecendo o seguinte padrão: no direito ao acesso; na distribuição dos recursos; na utilização dos serviços; nos resultados das ações de saúde; e no financiamento. Giovanella et al (1996) afirma que agregam-se a estes a igualdade de acesso, considerando que a utilização dos serviços pelo usuário pode refletir maiores ou menores obstáculos.

Cabe destacar, que o conceito de efetividade ao qual nos referimos está também fundamentado no que foi descrito por Donabedian (1994), ao afirmar que efetividade na saúde significa “a melhoria na saúde alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana”. Assim, a efetividade pode ser especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, se equipara à melhoria da saúde. Ou seja, a efetividade é a evidência de que uma determinada intervenção funciona, ocasionando maiores benefícios quando comparado aos riscos.

O debate entre essas perspectivas tem o mérito de trazer para a discussão as polêmicas em torno da efetividade das ações de saúde, da equidade e da concepção distributiva de justiça social. Esta é a preocupação central que norteia este trabalho. Busca-se aqui, a partir da literatura que trata das questões de equidade, a justiça e política social, no âmbito do setor saúde.

A falta de consenso, sobre a definição de equidade, torna necessário recorrer a autores que sugerem possíveis definições correlacionadas ao objetivo que se deseja alcançar. Mooney (1986 *apud* Jardimovsk; Guimarães, 1994, p. 11) apresenta seis formas de abordar a equidade em saúde: “igualdade de gasto *per capita*”; “igualdade de insumos *per capita*”; “igualdade de insumos por necessidades iguais”; “igualdade de acesso por necessidades iguais”; “igualdade de utilização por necessidades iguais”; e “igualdade de necessidade marginal”.

A questão deste estudo, que visa a discutir a relação dos investimentos com a promoção da equidade em saúde, nos remete à definição de igualdade de acesso por necessidades iguais, exposta por Mooney (1986). Concordamos com Jardimovsk e Guimarães (1994, p. 11), quando os autores afirmam que o “objetivo da equidade com condições de operacionalização e relativa efetividade relacionava-se à equidade de acesso” e, de modo a obtê-la, se faz necessária a sua intersecção com a distribuição de recursos financeiros.

A inclusão do princípio de equidade na formulação das políticas de saúde não está diretamente relacionada à implementação de políticas que resultem em condições equânimes de prestação de serviços de saúde. Em que pese o avanço na reforma da política de saúde em sua dimensão organizacional, problemas e desafios ainda se interpõem tais como: as distorções e as ineficiências dos investimentos que acarretam na implantação incompleta de redes de serviços, sobrecarregando e comprometendo a efetividade do sistema.

Na Constituição Federal de 1988, e na legislação que rege o Sistema Único de Saúde, o conceito de equidade foi adotado como igualdade no acesso aos serviços de saúde. Segundo Travassos (1997), a concepção contemplada na Constituição brasileira implica na existência de um sistema público, em que os serviços de saúde são distribuídos e financiados de acordo com o perfil de necessidades de cada grupo, considerando suas especificidades.

Nessa perspectiva, para atingir plenamente a equidade da utilização, o setor saúde deveria articular-se com os demais setores de intervenção pública. Por mais equitativa que seja a oferta e o acesso aos cuidados de saúde, as iniquidades de resultados ainda poderão persistir. Considerando o exposto, pode-se pressupor que uma distribuição mais equânime, de recursos financeiros entre regiões, apesar de vir a reduzir as desigualdades geográficas na utilização de serviços de saúde, não é condição suficiente para alterar as desigualdades sociais. Destaca-se, assim, a fundamental importância do desenho do modelo assistencial local para a redução das desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde.

4.3 Distribuição Equânime de Recursos Visando à Redução de Desigualdades na Saúde

Considera-se equitativa a metodologia de alocação de recursos financeiros para a gestão do sistema de saúde, que opere uma distribuição mais justa

de recursos, entre estados e regiões, de modo a garantir a igualdade de oportunidades, aos gestores do SUS, para financiar os investimentos e as intervenções prioritárias no enfrentamento dos problemas de saúde que afetam a população. As desigualdades estaduais e regionais são aquelas diferenças na capacidade de garantir os insumos necessários para a gestão eficiente do sistema de saúde, de modo a promover as melhores condições para a resolução dos problemas.

Vários países têm implementado critérios de repartição de recursos federais de saúde com o intuito de evitar desigualdades regionais e iniquidades sociais no uso dos recursos públicos no nível local. A aplicação de critérios, no Brasil, poderia contribuir para aumentar a equidade na repartição dos gastos federais entre os estados, melhorando os níveis de saúde dos estados mais pobres e evitando o uso político ou discriminatório na repartição dos recursos que ainda está fortemente baseada na capacidade instalada existente e nos gastos historicamente observados (MÉDICI, 2002).

As desigualdades de acesso aos serviços entre as regiões são reconhecidas pelos gestores, que apontam, dentre outras causas, a desarticulação dos serviços e oferta insuficiente. Não é possível promover a equidade no acesso, componente fundamental da política de qualificação do SUS, sem investimentos orientados para a redução das desigualdades na chegada dos insumos e bens de consumo, pois na medida em que se amplia a oferta de serviços, aumenta proporcionalmente a demanda (MENDES; ALMEIDA, 2005).

Uma distribuição mais equânime de recursos financeiros entre regiões, apesar de possibilitar a redução das desigualdades geográficas na utilização de serviços de saúde, não deve ser considerada condição suficiente para alterar as desigualdades sociais (TRAVASSOS, 1997). Destaca-se, assim, a fundamental importância de uma regionalização que possibilite um desenho de modelo assistencial focado na redução de desigualdades na utilização de serviços de saúde.

É bom lembrar que a expansão do acesso à saúde não se dá de forma equânime para toda a população e nem para todas as regiões e localidades do país. Nesse sentido, é que se faz necessária uma discussão sobre a equidade e sobre como ela se expressa na conformação do pacto federativo brasileiro. Assim, o princípio da equidade deve corresponder a um compromisso político básico, que é o de produzir conhecimentos que respondam às necessidades dos diferentes segmentos sociais, ou seja, o de investir na produção de conhecimentos capazes de fornecer respostas aos problemas concretos da área da saúde, visando à redução das brechas observadas.

Os conceitos de equidade preocupam-se em alcançar o tratamento igual para necessidades iguais e a igualdade de acesso. Para tanto é relevante fazer a distinção entre o “princípio da equidade horizontal – tratamento igual para iguais, e o princípio da equidade vertical – tratamento desigual para desiguais” (WEST et al, 1979 *apud* NUNES, 2004). Devem ser levadas em conta as necessidades sanitárias locais, baseadas no perfil demográfico e epidemiológico, com vistas à obtenção de uma distribuição equitativa (NUNES, 2004).

Fleury (1995, p. 250) afirma que:

[...] não se cria equidade por meio apenas da lei e da estrutura institucional do setor saúde. É necessário haver um pacto social que fundamente a igualdade básica, embasado em um projeto de retomada do crescimento econômico, que implique em uma melhor distribuição da renda e no fortalecimento do setor público; caso contrário, mesmo um sistema voltado para equidade acaba por ser transmutado em algo que termina por replicar a segmentação real e profunda daquela sociedade.

As desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviço é uma condição importante, porém não suficiente para diminuir as desigualdades, relativas a adoecer e morrer, existentes entre os grupos sociais. Alcançar um mesmo nível de saúde entre grupos sociais e regiões de um país é um objetivo que transcende o escopo de ação dos serviços, pois cuidado é apenas um entre inúmeros fatores que contribuem para as desigualdades em saúde. Mais que isso, as

deficiências do sistema de saúde nacional têm ainda um longo caminho a percorrer antes de serem superadas.

Na Constituição de 1988, que coloca a direção doutrinária da política de saúde, a questão da equidade foi descrita como igualdade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que buscava garantir a universalidade do atendimento. Mas, a sustentabilidade dessa proposta depende de um sistema de saúde com consideráveis aportes financeiros, que estão além da capacidade de financiamento do setor. Vale lembrar que, mesmo com a expansão da rede de serviços de saúde após a implementação do SUS, o acesso aos serviços e seu financiamento ainda não se dá de forma equânime para toda a população e todas as regiões do país.

Em uma sociedade, para a materialização dos direitos sociais, é imperativo a existência de uma articulação entre políticas econômicas e sociais voltadas à redistribuição de renda. Um padrão de desenvolvimento, que priorize o crescimento econômico com equidade social, deve formular as políticas sociais baseadas nos direitos e não só nas necessidades e, assim, deliberar acerca da equidade que se deseja alcançar (GIOVANELLA et al, 1996).

Para Lucchese (2001), programas de cooperação técnica e financeira para o desenvolvimento das capacidades locais podem atuar positivamente na superação de desigualdades e no estabelecimento de condições e oportunidades iguais. Para estabelecer a igualdade de condições e oportunidades para a gestão pública do cuidado à saúde no território nacional, uma metodologia de alocação de recursos federais deve considerar: a distribuição de recursos financeiros, considerando a alocação para ampliação do acesso; o processo alocativo que potencializa a capacidade resolutiva de gestão do sistema; e a utilização de uma metodologia de alocação de recursos financeiros, que opere uma distribuição-redistribuição mais justa de recursos entre estados e regiões.

A análise da atenção e dos serviços de saúde passa pela compreensão do acesso à saúde como direito. A alocação de recursos, de forma a reduzir

desigualdades em saúde, é um passo em direção à redução das iniquidades na provisão de saúde no país. Esta afirmação tem como premissa a manutenção de um modelo de saúde universal e equânime, que atenda a todos os cidadãos brasileiros de forma igual, independentemente de suas diferenças, sejam estas raciais, culturais, religiosas, sociais ou econômicas.

No caso do Brasil, contemplar as desigualdades entre os entes federados é um passo em direção à equidade. O estabelecimento de critérios *per capita* para o financiamento em saúde foi um passo para reduzir as históricas desigualdades no financiamento da saúde no Brasil, mas esses critérios não podem ser vistos como equitativos, pois, para isso, todas as unidades federadas deveriam ter o mesmo grau de necessidades de saúde.

Os investimentos na rede de serviços de saúde brasileira, em sua maioria, têm sido formulados utilizando regras alocativas, que buscam promover a equidade a partir de uma distribuição de recursos baseada nas “necessidades de saúde” mensuradas com base no conceito de efetividade.

Foi essa compreensão de equidade que regeu o processo de concepção do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Projeto Reforsus). A partir da análise de documentos do Ministério da Saúde que descrevem o Projeto Reforsus, pode-se inferir que o cálculo, para a definição dos valores a serem investidos, foi baseado em critérios meritórios, mensurados a partir das necessidades populacionais dimensionadas através do perfil demográfico, epidemiológico e socioeconômico.

Segundo informações expostas nesses documentos, a distribuição dos recursos foi intencionalmente desigual, pois, dessa forma buscava-se favorecer as unidades federadas mais pobres. De modo a analisar o viés equitativo descrito no escopo inicial do Projeto Reforsus, no próximo capítulo serão apresentados dados que possibilitarão apreciar se a forma de distribuição dos recursos contribuiu ou não para a redução das desigualdades na saúde.

CAPÍTULO V

PROJETO REFORSUS: POSSIBILIDADES E LIMITES DO PROJETO NO FORTALECIMENTO DO SUS

Antes de tratarmos com maior profundidade do Projeto Reforsus, gostaríamos de sublinhar, que os pontos a serem abordados circunscrevem-se à especificidade de um projeto proposto por uma agência internacional – Banco Mundial – para ser implantado em um país em desenvolvimento, de industrialização tardia, que acumulava (e acumula) enormes desigualdades e heterogeneidade social. Esses fatos conferem limites aos objetivos do projeto, uma vez que, nessas condições, fica difícil garantir efeitos equitativos.

Em valores *per capita*, o Projeto Reforsus previa, originalmente, valores que não foram efetivados em sua totalidade. Ao final do processo, houve uma ampliação entre a alocação prevista por unidade da federação, segundo a estrutura inicial do projeto, e aquela realizada. Um dos motivos considerados relevantes para o fato foi a mudança, nos valores *per capita*, em decorrência da alteração cambial ocorrida no ano de 2000. O aumento do Dólar Americano⁴⁸, em relação ao Real, possibilitou a aprovação de novos projetos, de projetos complementares e de aditivos.

Segundo Bustani et al (2004), os valores *per capita* pactuados inicialmente, baseados nos critérios da promoção da equidade, permitiriam uma alocação mais equânime do que aqueles praticados na execução final dos subprojetos.

Neste capítulo abordaremos a alocação dos investimentos do projeto, apresentando um panorama dos investimentos realizados e uma análise dos recursos executados.

⁴⁸ Os valores do empréstimo internacional com os Bancos BIRD e BID foram acordados em Dólar Americano.

5.1 O Contexto Político-econômico-sanitário de Emergência do Projeto Reforsus

No ano de 1996, a Comissão Temporária de Obras Inacabadas do Senado Federal elaborou um relatório denominado: “Retrato do Desperdício no Brasil”, que apresentava cerca de 2.000 obras inacabadas, somente na área da saúde pública⁴⁹.

No setor saúde, com a extinção do INAMPS e a implementação do SUS, a rede de serviços foi repassada para estados e municípios, nas décadas de 1980 e 1990. Naquele momento, as unidades de saúde encontravam-se em condições precárias de funcionamento, constatando-se comprometimento das estruturas físicas e obsolescência e sucateamento dos equipamentos médico-hospitalares. Assim, no mesmo ano foi instituído o Projeto Reforsus – Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (MÉDICI, 2002).

O Projeto Reforsus teve como objetivo central resgatar a capacidade de atendimento da rede de serviços assistenciais do SUS. O projeto previa uma readequação física (obras de reformas e adequação) e tecnológica (aquisição de equipamentos médico-hospitalares), além de incentivo à qualificação gerencial desses serviços. Para tanto, foi celebrado um empréstimo, no valor de US\$ 650 milhões, entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD) (BRASIL, 1997).

Na concepção do projeto, a questão do gerenciamento dos estabelecimentos de saúde e da gestão do sistema era crucial. A proposta apontava para que os investimentos fossem traduzidos em maior acesso e melhor qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 1997).

Esse projeto tinha a equidade como diretriz e, para que a distribuição dos recursos fosse equânime entre os estados, foi definido que 70% dos recursos seriam distribuídos proporcionalmente ao número de habitantes, de acordo com os

⁴⁹ Informações disponíveis no site do Projeto Reforsus (www.reforsus.saude.gov.br).

dados do IBGE em 1995, e os 30% restantes seriam distribuídos de forma inversamente proporcional ao gasto *per capita* de custeio do Ministério da Saúde – pagos por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) –, no mesmo período. A forma de distribuição dos recursos tinha como objetivo repassar, aos estados mais populosos, um maior valor absoluto de recursos e, aos estados com menor número de habitantes, um maior investimento *per capita* (BRASIL, 1997).

Os documentos assinados pelas partes envolvidas, por meio dos quais foram firmados os acordos para instituição do Projeto Reforsus, pautaram-se em diretrizes que privilegiaram a equidade, a efetividade e a eficiência dos investimentos. De modo a garantir a priorização de propostas, que contribuíssem para a reorganização da rede de serviços do SUS, foi definido que as unidades estaduais do projeto, articuladas às Comissões Integrestores Bipartite e Tripartite e Conselhos de Saúde, deveriam eleger iniciativas, que apresentassem, em seu escopo, indicativos de melhorias na assistência à saúde da população local. Ou seja, as áreas programáticas para o investimento foram definidas pelo Ministério da Saúde, porém a escolha dos projetos prioritários, nos estados e no Distrito Federal, foi feita por acordos, entre os gestores municipais e estaduais, firmados nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) (BRASIL, 1997).

Durante a negociação do empréstimo, o Ministério da Saúde acordou que geraria reformas no sistema de saúde, tais como a descentralização dos recursos e a equidade na sua distribuição. Ficou estabelecido, que as instituições, contempladas pelo Projeto Reforsus só receberiam os recursos somente após o início da execução da obra pleiteada ou a aquisição dos equipamentos (BRASIL, 1997).

5.1.1 Estrutura Gerencial e Operacional do Projeto Reforsus

O Projeto de Reforço à Reorganização do SUS foi criado para intervir nos principais pontos de estrangulamento do Sistema Único de Saúde. Seu objetivo principal era “implementar ações estratégicas destinadas a fortalecer o desenvolvimento do SUS, de modo a contribuir para a garantia da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos bens e serviços de saúde”. Os objetivos específicos eram: “melhorar a capacidade e eficiência do SUS mediante a recuperação física e tecnológica da rede de serviços de saúde existente”; e “promover o desenvolvimento institucional do setor saúde mediante ações que visem incrementar a capacidade de gestão do sistema” (BRASIL, 1997, p. 04).

No que tange a operacionalização do projeto, as ações foram agrupadas em dois componentes: Componente I - apoio à melhoria da capacidade e da eficiência do SUS; e Componente II - promoção de inovações na administração do setor saúde.

O Componente I teve o propósito de superar a obsolescência da rede SUS, que foi se acumulando ao longo dos últimos anos de crise fiscal. Este componente englobou os serviços hospitalares, ambulatoriais e de apoio diagnóstico, contemplando as seguintes áreas programáticas: I) readequação física e tecnológica da rede assistencial, com ênfase na assistência ao parto, puerpério e urgência e emergência; II) Programa Saúde da Família; III) ampliação da capacidade da rede hematológica e hemoterápica; IV) ampliação da capacidade dos Laboratórios de Saúde Pública. As ações relativas a esse componente se deram mediante a conclusão de obras inacabadas; a recuperação e readequação física, tecnológica e operativa das unidades de saúde; e a modernização gerencial das unidades de saúde (BRASIL, 1997).

O Componente I investiu na área hospitalar-ambulatorial, na Hemorrede, nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) e no Programa Saúde da Família (PSF), que foi um dos grandes focos do projeto. Visando a

reorganizar a rede de atenção à saúde a partir da atenção básica, foram criados 31 pólos de capacitação de recursos humanos nos estados, 51 cursos de especialização e 26 cursos de residência médica em saúde da família, além de serem destinados recursos para aquisição de equipamentos médico-hospitalares para unidades de saúde que dispunham de equipes de saúde da família (SANTOS, 2003).

Santos (2003) afirma que, com a implementação do Projeto Reforsus, o Ministério da Saúde pretendia aumentar o repasse de recursos financeiros para as regiões, na tentativa de reduzir a disparidade existente. Contudo, o autor ressalva que o acesso aos recursos federais da saúde só poderiam ser obtidos caso a oferta de serviços fosse semelhante entre os estados, fato não evidenciado no Brasil, principalmente em virtude das desigualdades regionais estarem relacionadas à lógica econômica.

O Componente II foi direcionado à gestão do sistema de saúde, buscando dotar os gestores de instrumentos que lhes possibilitassem qualificar o desempenho de suas funções, além de fortalecer a gestão institucional, incluindo serviços de consultoria; estudos epidemiológicos, econômicos, jurídicos e outros; bem como a realização de seminários, grupos de consenso, oficinas de trabalho, visitas de estudo, treinamento e publicações. Em relação às atividades referentes ao Componente II foram identificadas três diretrizes de atuação, a saber: estruturar uma rede nacional de informação e avaliação em saúde; estimular a capacidade de formulação de políticas de saúde descentralizadas, por meio da recuperação da capacidade de planejamento e do desenvolvimento de estudos; e capacitar para novas formas de gestão do SUS (BRASIL, 1997).

O Componente II incluía quatro áreas programáticas: I) rede nacional de informação em saúde; II) fortalecimento da capacidade de formulação de políticas de saúde; III) desenvolvimento e capacitação gerenciais; e IV) aprimoramento e garantia da qualidade em saúde e auditoria (BRASIL, 1997). De acordo com Santos (2003), mais de 20 projetos relacionados à melhoria da gestão dos sistemas de saúde foram

aprovados, significando um grande passo na jornada de efetivação de uma rede nacional de informações em saúde.

Vale ressaltar que este componente foi responsável por importantes investimentos na área de informação em saúde, tais como: a) projeto Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), que previa a identificação do usuário e o registro de informações estratégicas para melhoria da gestão dos sistemas de saúde locais e recebeu cerca de R\$ 100 milhões destinados à implementação do projeto-piloto em 44 municípios do país; b) projeto Banco de Preços que foi uma iniciativa para difundir, via Internet, os valores pagos pelo setor a fim de subsidiar os gestores a adquirirem produtos a preços mais baixos; c) projeto Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que previa o acompanhamento e monitoramento dos gastos em saúde; e d) projeto Desenvolvimento Institucional e Fortalecimento de Secretarias Estaduais de Saúde, que tinha o objetivo de propor uma reorganização da gestão das Secretarias Estaduais de Saúde (SANTOS, 2003).

Além destes, outros projetos também foram custeados pelo Reforsus, de modo a contribuir para tomada de decisões dos gestores. Destacam-se: o suplemento Saúde de Pesquisa PNAD/1998⁵⁰ que permitiu verificar um grande número de brasileiros sem acesso a tratamento odontológico, o que levou o Ministério da Saúde a direcionar recursos para a aquisição de equipamentos dessa especialidade, além de introduzir a equipe de saúde bucal no PSF; a pesquisa de Assistência Médico Sanitária (AMS)/1999, que permitiu o reconhecimento da capacidade instalada do SUS nos municípios brasileiros, contribuindo para as decisões sobre financiamento e investimentos; estudos que subsidiaram as decisões sobre a criação de uma política de medicamentos genéricos no país e a necessidade do controle dos preços dos medicamentos; estudos de custos do PSF e do Piso de Atenção Básica (PAB), que subsidiaram a política de financiamento da atenção básica;

⁵⁰ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada pelo IBGE, assim como a Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (AMS).

e estudos de custos dos procedimentos de média e alta complexidade, que propuseram a atualização dos pagamentos por procedimentos (SANTOS, 2003).

Quando criado, o Projeto Reforsus ficou vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, por meio da Unidade de Gerência de Projeto (UGP), cuja competência principal era operacionalizar as ações, fazendo a gestão do projeto. Logo depois de sua criação, o Reforsus passou a ser vinculado à Secretaria Executiva (SE) e posteriormente, passou a integrar a Secretaria de Investimentos em Saúde (SIS), ficando sob a responsabilidade da Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (Dipe).

A estrutura gerencial do Projeto Reforsus era composta, no nível federal, pela UGP e, no nível regional, pelas Unidades de Apoio Técnico Regional (UATR)⁵¹. Estas últimas eram responsáveis pelo acompanhamento, supervisão técnica, controle e avaliação das atividades desenvolvidas em nível estadual, além de controlar o processo de análise das propostas, mediante revisão periódica de subprojetos apresentados nas reuniões das CIB. O subprojeto era apresentado sempre que as propostas envolviam obras, aquisição de unidades móveis e aquisição de equipamentos médico-hospitalares (BRASIL, 1997).

À Comissão Intergestores Tripartite (CIT), cabia a aprovação das prioridades de investimento, que eram refletidas nos subprojetos aprovados. No plano estadual, a gestão operacional e de planejamento do projeto era executada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, nas quais existia uma Gerência Estadual, que acompanhava, juntamente com as UATR, a escolha e execução das propostas. O Conselho Estadual de Saúde era a instância de condução política do projeto e a responsabilidade pela aprovação de prioridades era exercida pela Comissão

⁵¹ A localização das UATR considerou as necessidades de apoio técnico existentes nas diferentes regiões, além da logística para deslocamento dos técnicos responsáveis pelo acompanhamento do projeto. Dessa forma, foram propostas três UATR, distribuídas da seguinte forma: UATR I, sediada em Brasília (DF, GO, TO, MT, MS, AM, PA, AC, RR, RO, e AP); UATR II, sediada em Salvador (BA, SE, AL, PE, CE, RN, PI e MA); e UATR III, sediada no Rio de Janeiro (RJ, ES, SP, PR, SC e RS), (BRASIL, 1997).

Intergestores Bipartite (CIB). As Secretarias Municipais de Saúde, juntamente com os Conselhos de Saúde, respondiam pela análise e encaminhamento das propostas em nível local (BRASIL, 1997).

Podiam pleitear os recursos do Projeto Reforsus: instituições públicas de saúde (municipais, estaduais e federais); fundações, autarquias e empresas públicas do setor saúde; e instituições privadas sem fins lucrativos integrantes do SUS. Havia, no entanto, uma ressalva: os municípios não-habilitados (nos tipos de gestão segundo as NOB 93 e NOB 96) não poderiam solicitar investimentos em obras e equipamentos, podendo ser contemplados somente com recursos para a área de desenvolvimento gerencial. Essa orientação visava promover a qualificação da gestão, com o intuito de incentivar a habilitação municipal. Quando da elaboração do Projeto Reforsus, previu-se que os investimentos seriam destinados: à melhoria da assistência (recuperação das instalações físicas, reequipamento, adequação tecnológica da rede de serviços de saúde, modernização gerencial dos estabelecimentos de saúde e implementação do PSF) – (Componente I); e ao fortalecimento institucional dos órgãos gestores (serviços de consultoria, estudos epidemiológicos, jurídicos e econômicos, e reuniões de estudo, treinamento e apoio à capacitação gerencial dos órgãos gestores) – (componente II) (BRASIL, 1997).

Contudo, com a desvalorização do Real em relação ao Dólar, os recursos disponíveis aumentaram, levando o Ministério da Saúde a definir que, esses valores não previstos na estrutura inicial do projeto, seriam aplicados em Ações Programáticas Estratégicas, as quais serão detalhadas posteriormente no estudo.

Em relação ao desembolso dos recursos, ficou definido que, no primeiro ano de execução, seria alocado 30% do total do valor do empréstimo, no segundo ano, 50% e no terceiro ano, 20%. De acordo com os componentes estabelecidos, a distribuição dos recursos foi prevista para três anos, conforme indicado na Tabela 03 (BRASIL, 1997).

TABELA 03 – Previsão Inicial da Distribuição dos Recursos do Projeto Reforsus por Linha de Investimento, em 1997.

LINHA DE INVESTIMENTO	VALOR (EM US\$ MILHÕES)⁵²	%
Readequação Física e Tecnológica	364,975	56,15
Hemorrede	52,000	8,00
LACEN	32,500	5,00
Programa Saúde da Família	45,500	7,00
Projetos Estratégicos	65,520	10,08
Administração do Projeto	26,000	4,00
Inspeção e Supervisão	3,500	0,54
Total	650,000	100,00

Fonte: Brasil (1997).

O acordo de empréstimo entre o Governo Federal e os bancos Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) e Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), estabeleceu o valor de US\$ 750 milhões, sendo: US\$ 300 milhões do BIRD, US\$ 350 milhões do BID, e US\$ 100 milhões de contrapartida do Governo Federal.

O projeto tinha uma previsão inicial de investir US\$ 650 milhões na rede de serviços do SUS. Porém, apesar dos esforços dispensados pelas estruturas executoras do projeto, o Brasil não conseguiu executar todo o valor captado, sendo devolvido ao banco de origem um total de US\$ 142.277.481,82, ou seja, cerca de 21,9%, do valor originalmente previsto, conforme relatórios do BID e BIRD. Essa devolução de recurso não executado deveu-se à variação cambial, que em dado

⁵² Na época de elaboração do Projeto Reforsus o valor de um Dólar Americano, moeda na qual foi firmado o acordo de empréstimo, era referente a um Real.

momento fez triplicar o recurso, que, todavia não pode ser utilizado por não estar prevista na estrutura do projeto, a possibilidade de recurso extra.⁵³

Segundo informações do Ministério da Saúde, apesar de ter havido devolução de aproximadamente US\$ 142 milhões, o Brasil investiu muito mais do que o valor acordado inicialmente, pois, no momento do acordo, (1996/1997), US\$ 1 valia R\$ 1 e nos anos posteriores, US\$ 1 chegou a valer R\$ 4. Foi um período difícil para economia brasileira, pois, depois de alguns anos de estabilização econômica, o risco Brasil aumentou, causando um desequilíbrio nas balanças comerciais. Contudo, especificamente para o Projeto Reforsus, acabou sendo uma época de fartura, uma vez que o valor de empréstimo foi celebrado em Dólares Americanos.

O acordo com o BIRD foi assinado em 27 de setembro de 1996, e firmou o empréstimo de US\$ 300 milhões. Este foi finalizado em 31 de dezembro de 2003, sendo executado US\$ 252.439.925,92 e devolvido ao BIRD um total de US\$ 47.560.074,08. O pagamento desse empréstimo pelo governo brasileiro encerrou em 01 de maio de 2009.

No caso do BID (Banco Mundial) o empréstimo foi assinado em 16 de março de 1997, com previsão para aplicação de US\$ 350 milhões. Deste recurso, foram executados US\$ 255.282.592,26 e devolvidos US\$ 94.717.407,74 ao BID. Esse empréstimo foi concluído em 30 de junho de 2004, mas a amortização da dívida pesará aos cofres federais até o ano de 2022⁵⁴.

5.2 Avaliação de Políticas e Programas Sociais

A avaliação de projetos sociais tem um papel central no processo de racionalização, sendo necessário que estes sejam avaliados a partir dos resultados de sua aplicação. Para alocar recursos racionalmente, é de suma importância a eleição

⁵³ Explicação apresentada à autora por profissionais que participaram na operacionalização do Projeto Reforsus,

⁵⁴ Informações captadas na internet, no site do *Inter-American Development Bank* e do *World Bank*.

de instrumentos e procedimentos que mensuram os resultados alcançados. As medições da avaliação devem incidir sobre indivíduos ou grupos beneficiados, direta ou indiretamente pelo projeto. Uma vez estabelecida a população e sua localização espacial, deve-se definir a metodologia para a avaliação (COHEN; FRANCO, 2004).

A demanda potencial do projeto depende da capacidade de alcançar sua população-alvo. Esta, por sua vez, é definida em função tanto de uma oferta adequada (em quantidade e qualidade) às reais necessidades do grupo a servir, como da acessibilidade em suas distintas dimensões (econômica, social, espacial e cultural), (COHEN; FRANCO, 2004).

Outro problema gerado foi à aplicação de recursos para a compra de móveis e equipamentos de baixo custo e fácil aquisição no mercado, o que acabou distanciando o Projeto Reforsus de seu foco. Esses recursos poderiam ter sido empregados na aquisição de equipamentos e ou obras de custo e complexidades maiores.

A avaliação é o procedimento de atribuir valor ou medida de aprovação/desaprovação a uma política ou programa, partindo de uma concepção de justiça. Neste sentido, não existe possibilidade de uma avaliação, ou análise de políticas públicas, ser apenas “instrumental, técnica ou neutra” (ARRETICHE, 2007, p. 29). O processo de análise e avaliação de políticas públicas deve ser parte essencial da implementação de políticas e programas, pois pode influenciar em sua reformulação.

Ao contemplar o processo avaliativo nas políticas, programas e projetos de caráter público são necessárias informações detalhadas, que permitam uma análise minuciosa da situação. Por isso, a relevância da existência de instrumentos capazes de captar dados, além de sistematizá-los em relatórios. Arretche (2007) chama atenção para a importância para estruturação de sistemas de informação, que atendam às peculiaridades das políticas, programas e projetos sociais. A autora afirma

que o uso de sistemas de informação acessíveis possibilita a adoção de estratégias de avaliação adequadas aos seus objetivos.

Cabe mostrar a importância das avaliações quantitativas e qualitativas, tendo em vista que o gasto público deve indicar o quantitativo de recursos investidos e sua direcionalidade. No plano governamental, importam as estratégias para a tomada de decisões e, dentre essas, devem ser incluídas formas de avaliação qualitativa e quantitativa, já que se buscam informações sobre impacto e processos. Vale realçar, ainda, o aspecto de caráter macro, tal como a situação da economia do país, como sendo decisivo para os efeitos de intervenções governamentais. Além disso, têm que ser consideradas as variações em situações específicas (localização espacial, população beneficiada, capacidade institucional de resposta, ambiente político), existentes em um mesmo programa ou projeto, sobretudo naqueles de alcance nacional (ARRETCHE, 2007).

Um importante indicador para a avaliação de políticas sociais é a magnitude dos recursos financeiros. Este indicador contribui para esclarecer se os recursos previstos são compatíveis com a dimensão do objeto da intervenção governamental. Na análise, deve-se considerar a perspectiva histórica, uma vez que as séries históricas de evolução dos recursos setoriais utilizam, como marcos favoráveis, determinadas ações de governo. Para se avaliar a magnitude dos recursos financeiros de determinada política, programa ou projeto analisado é basilar que se elaborem séries históricas de longo prazo, além das informações acerca da evolução do gasto *per capita*, e sua proporção em relação ao PIB. Outro indicador importante na análise do financiamento social é a natureza das fontes de financiamento (FAGNANI, 2007).

Considerar as reais necessidades é central na elaboração de qualquer política que pretenda alocar recursos de modo mais equitativo. Por isso, essas políticas devem ser avaliadas pela seleção das necessidades. Primeiramente, deve-se

tentar mensurar as necessidades da população para depois aplicar políticas que visem à redução das desigualdades (NUNES, 2004).

O grande financiador da política de saúde no Brasil é o governo federal. O repasse dos recursos é feita por meio de transferências, fundo a fundo, regulares e automáticas; de pagamento direto aos prestadores de serviços e aos beneficiários cadastrados; e de remuneração por serviços produzidos e convênios. O repasse dos recursos às instituições contempladas pelo Projeto Reforsus foi realizado por meio de contratos, celebrados com o Ministério da Saúde, e não por convênios, modelo comumente empregado. Na modalidade contrato, o contratante precisa apresentar relatórios periódicos sobre a execução do objeto contratado, diferentemente do convênio em que as parcelas são liberadas independentemente dos resultados.

Diante do exposto, pretende-se fazer uma análise crítica do Projeto Reforsus dado o montante de recursos investidos na melhoria da rede de serviços da saúde do país, visando ao fortalecimento do SUS enquanto política de saúde democrática, universal e equânime.

5.3 Análise do Projeto Reforsus

O Projeto Reforsus foi instituído em 1996, com financiamento do Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento/BIRD (Banco Mundial), por meio do Acordo 4047 – BR no valor de US\$ 300 milhões, e do Banco Internacional de Desenvolvimento (BID), por meio do Acordo 0951/DC-BR, no valor de US\$ 350 milhões. Somados a estes valores, havia ainda US\$ 100 milhões de contrapartida do Governo Federal, totalizando US\$ 750 milhões.

As análises, para aprovação das propostas apresentadas pelos 27 estados da federação, compreenderam algumas determinações preconizadas no escopo do Projeto. As respostas deveriam ser aprovadas no âmbito dos órgãos colegiados, sendo necessário passarem pela homologação das Comissões

Intergestores Bipartite (CIB), e posteriormente ratificadas, quando à sua priorização, pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Podemos inferir, que a lógica adotada pelo Projeto Reforsus estimulava a implantação de serviços regionalizados, visando ao atendimento local da demanda reprimida e ao aprimoramento do desempenho técnico dos serviços de saúde.

Este projeto de investimento buscou adotar uma perspectiva inovadora, uma vez que tomou a descentralização das decisões como um dos seus princípios norteadores, conforme anunciado na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de estar conexo com o processo de municipalização em curso naquele momento (BRASIL, 1996). A descentralização da decisão quanto à escolha das propostas a serem beneficiadas, procurava garantir a eleição de propostas adequadas às necessidades locais e coerentes com os Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

Entretanto, foram observados problemas em relação ao processo de aprovação das propostas. As mudanças políticas, decorrentes da realização de eleições municipais e estaduais durante o período de execução do projeto, causaram alterações no corpo técnico das equipes, gerando descontinuidade das ações. Além disso, os mecanismos de análise e aprovação dos subprojetos nos órgãos colegiados não foram capazes de garantir que os objetivos fossem adequados às necessidades locais, baseando-se, muitas vezes, exclusivamente nas indicações das CIB (BUSTANI et al, 2004).

Em relação à sustentabilidade, as unidades de saúde deveriam “estar inseridas na rede municipal e/ou estadual de saúde”; “demonstrar a existência de recursos humanos e financeiros para a execução da proposta”; “apresentar estimativa do incremento dos custos operacionais”; e apresentar o plano de financiamento dos gastos adicionais”, conforme estabelecido pelos critérios de elegibilidade constantes no o Manual de Operação do Projeto Reforsus (BRASIL, 1997, p. 28).

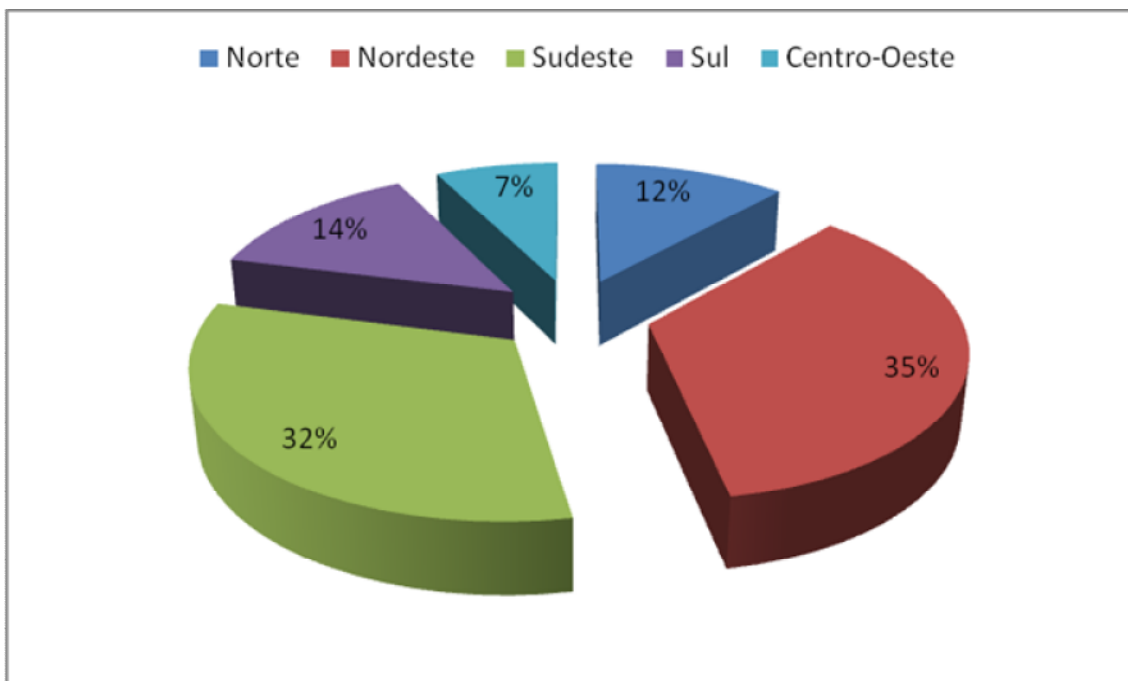
Aqui, vale pontuar que os Planos Estaduais e Municipais de Saúde eram, e ainda são, muito frágeis e, apesar de serem instrumentos de gestão fortes e

legítimos, não foram capazes de contribuir tecnicamente na seleção das propostas apresentadas, discutidas e pactuadas nas CIB. No relatório de avaliação do Projeto Reforsus, apresentado por Bustani et al (2004), é citada uma tendência no predomínio de critérios políticos, na aprovação de projetos pelos estados, o que acarretou, em alguns casos, uma pulverização dos recursos entre subprojetos de baixo investimento.

O Projeto Reforsus concentrou seus investimentos (R\$ 1 bilhão), na média e na alta complexidade. Os principais hospitais de referência do país, vinculados ao Sistema Único de Saúde, receberam obras e modernidades tecnológicas (cerca de 70% dos recursos foram investidos na compra de equipamentos médico-hospitalares). Foram beneficiados 985 hospitais de municípios onde moravam cerca de 81,5 milhões de pessoas; 198 unidades hemoterápicas; e 26 laboratórios de saúde pública. Além disso, foram adquiridos equipamentos de urgência-emergência para 254 hospitais de referência de 183 municípios, onde residiam 56,9 milhões de pessoas, e equipamentos para atendimento à gestante de alto risco para 239 hospitais de referência em 184 municípios (SANTOS, 2002, p. 405).

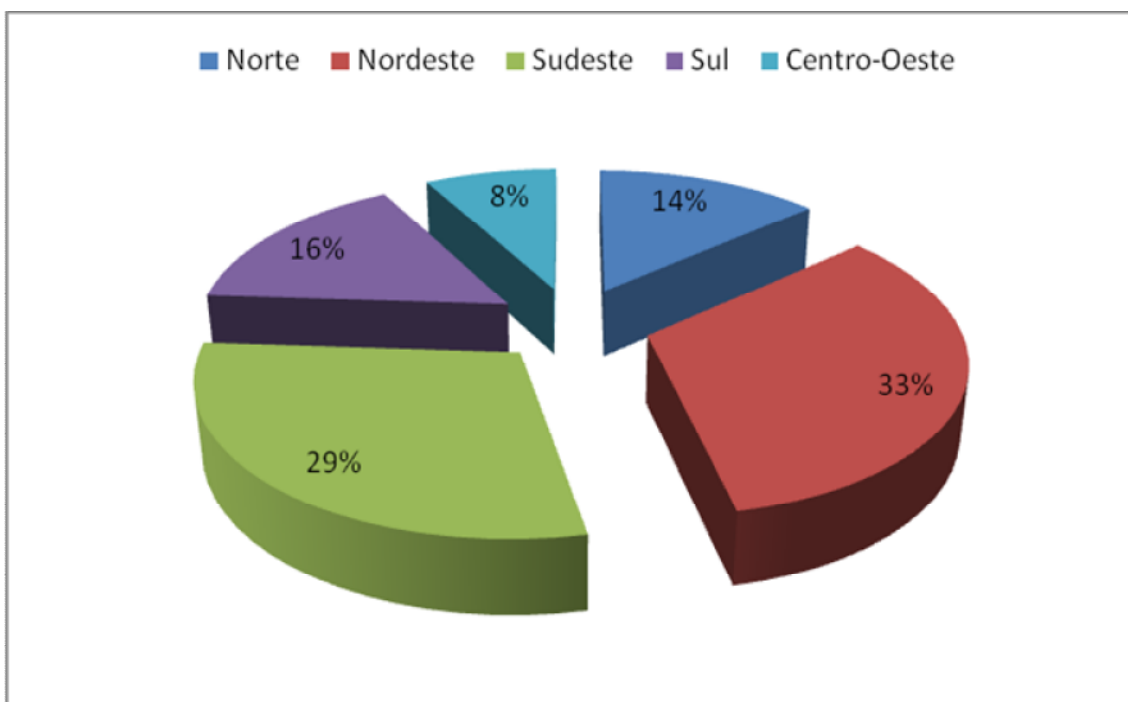
Além dos equipamentos, foram realizadas 546 obras (de reforma e adequação), sendo em sua maioria, de baixo valor (até R\$ 350 mil). Todas as regiões do país foram contempladas com obras, observando-se uma maior concentração nas regiões nordeste e sudeste. Segundo Bustani et al (2004, p. 06), os projetos que pleitearam obras no valor de até R\$ 350 mil representaram 58% (321 obras), enquanto os projetos de valor mais elevado (acima de R\$ 2 milhões), representaram 7,14% (39 obras), estando estas concentradas na região sudeste (18 obras).

GRÁFICO 01 – Percentual de Obras Totais Realizadas pelo Projeto Reforsus e sua Distribuição pelas Regiões do Brasil.



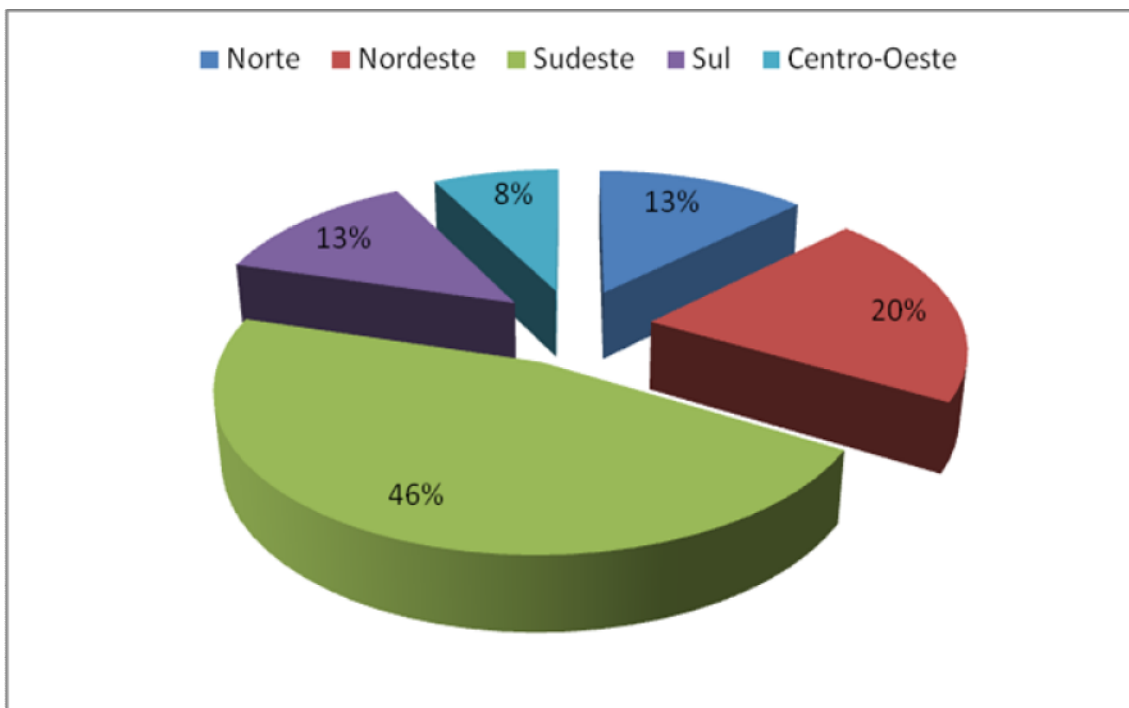
Fonte: Gráfico elaborado a partir de dados do Sistema de Informações do Projeto Reforsus, e de Bustani et al (2004).

GRÁFICO 02 – Percentual de Obras Realizadas pelo Projeto Reforsus, no Valor de Até R\$ 350 mil e sua Distribuição pelas Regiões do Brasil.



Fonte: Gráfico elaborado a partir de dados do Sistema de Informações do Projeto Reforsus, e de Bustani et al (2004).

GRÁFICO 03 – Percentual de Obras Realizadas pelo Projeto Reforsus, no Valor Acima de R\$ 2 milhões e sua Distribuição pelas Regiões do Brasil.



Fonte: Gráfico elaborado a partir de dados do Sistema de Informações do Projeto Reforsus e de Bustani et al (2004).

Ao analisar os Gráficos 01 e 02, observa-se uma concentração dos recursos para execução de obras nas regiões nordeste e sudeste. Quando ponderamos sobre o Gráfico 03, percebemos que a quantidade de projetos contemplados com valores acima de R\$ 2 milhões é muito superior na região sudeste, reforçando, mais uma vez, a rede de serviços de saúde em locais de maior desenvolvimento econômico do país e contribuindo para as desigualdades na capacidade instalada das regiões. Vale ressaltar, que o projeto não destinou recursos para a construção de novos estabelecimentos, só investindo em obras de reforma ou adequação e o maior número de unidades de saúde, principalmente hospitalares, encontravam-se na região sudeste.

TABELA 04 – Percentual da População Exclusivamente Dependente do SUS, por Região do Brasil.

REGIÃO	ANO 2000	ANO 2008
NORTE	95,4%	92%
NORDESTE	91,7%	90,2%
SUDESTE	70,2%	66,8%
SUL	87,2%	80,3%
CENTO-OESTE	88,5%	86,1%
TOTAL	81,1%	78,9%

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009).

Contudo, após verificar o percentual da população que não possui plano de saúde, e que exclusivamente recorre aos serviços públicos (SUS), conclui-se que é fundamental considerar a população de todas as regiões ao se investir em saúde. Para tal, é imprescindível “enxergar” as regiões que carecem de serviços mais completos, por meio dos quais o usuário possa solucionar seus problemas de saúde sem ter que buscar tratamento em estados e regiões mais distantes, o que, além de onerar os gastos com saúde de municípios e estados, causa desconforto aos usuários do sistema.

TABELA 05 – Distribuição de Recursos do Projeto Reforsus, por Área de Investimento.

ÁREA DE INVESTIMENTO	NÚMERO DE PROJETOS	VALOR DO INVESTIMENTO (Em US\$ milhões)
Rede Hospitalar e Ambulatorial	997	265,719
Programa Saúde da Família	59	13,177
Hemorrede	102	30,000
LACENS	26	19,665
TOTAL GERAL	1.185	325,752⁵⁵

Fonte: www.reforsus.saude.gov.br

⁵⁵ Os valores referentes aos recursos do Projeto Reforsus estão apresentados em Dólar Americano, moeda na qual foi firmado o empréstimo. Como o projeto foi executado no decorrer de oito anos, durante os quais houve mudanças cambiais do Dólar em relação ao Real, estabelecemos uma média ponderada simples obtida a partir da flutuação cambial do Dólar no período entre 2003 e 2004 (US\$ 1,00 = R\$ 2,99).

QUADRO 01 – Distribuição de Recursos do Projeto Reforsus em Investimentos Estratégicos.

PROJETO ESTRATÉGICO	VALOR DO INVESTIMENTO (Em US\$ milhões)
Aquisição de Equipamentos para Atendimento de Urgência e Emergência	13,645
Aquisição de Equipamentos para Atendimento à Gestante de Alto Risco	10,969
Aquisição de Equipamentos de Apoio ao Diagnóstico para as Equipes de Saúde da Família	2,341
Aquisição de Equipamentos de Informática, Audiovisual e Mobiliário para Informação e Educação à Distância do Programa Saúde da Família	15,250
Curso de Especialização Presencial em Saúde da Família	2,374
Residência em Saúde da Família	11,237
TOTAL GERAL	52,575

Fonte: www.reforsus.saude.gov.br

Apesar das dificuldades enfrentadas para operacionalização do Projeto Reforsus, é inegável a acumulação de experiências inovadoras. Vale ressaltar os avanços no âmbito da atenção primária em saúde, por meio da reorganização da oferta de serviços nas unidades básicas com a implementação do Programas de Saúde da Família (PSF), e no âmbito da média e alta complexidade, por meio da reestruturação de hospitais e serviços de diagnóstico e terapia.

Os recursos, voltados para a atenção básica, do Projeto Reforsus somaram-se àqueles destinados ao Programa Saúde da Família e tiveram dois enfoques de atuação: a rede de serviços, por meio da aquisição de equipamentos ambulatoriais, buscando maior resolutividade e integralidade da assistência; e a formação pessoas, buscando a constituição de novas equipes e a ampliação do programa.

O Projeto Reforsus construiu, ao longo dos anos, diversos bancos de dados com tabelas, que eram periodicamente atualizadas pelos técnicos responsáveis pelo projeto. Em meados de 2004, período de encerramento do projeto, existiam cerca de 130 tabelas que compunham o Sistema de Informações do Reforsus (BUSTANI et al, 2004). As informações, constadas nesse banco de dados, são consideradas de grande importância, tendo em vista que são a memória de todos os recursos utilizados pelo Reforsus, servindo não só para avaliar o desempenho do projeto e prestar contas à sociedade, mas também para embasar a elaboração de novos projetos de investimentos.

Ao considerar erros e acertos do passado, os dados do projeto podem servir como elemento estratégico para o planejamento de projetos futuros. Contudo, em 2009, segundo informações dos técnicos do Ministério da Saúde, houve uma pane no servidor responsável por armazenar o Sistema de Informações do Reforsus e, até a finalização deste trabalho, o mesmo não havia retornado a funcionar, restando apenas a memória gravada na coletânea em mídia digital (*compact disk* - CD) datada de 2005.

A avaliação do projeto é bastante positiva, no que se refere aos resultados alcançados, embora existam críticas relativas a alguns de seus pontos de atuação. Podemos citar a aquisição de equipamentos de alto custo e alta complexidade alocados em municípios onde não existia demanda; e o financiamento de equipamentos de baixo custo, tais como mobiliário. Serão descritos, a seguir, alguns investimentos do projeto considerados positivos para a melhoria da saúde da população.

A primeira instituição a ser beneficiada com recursos do Projeto Reforsus foi o Hospital Municipal Doutor Albino Leitão, localizado em São Sebastião do Passé (BA). O hospital recebeu cerca de R\$ 300 mil destinados ao atendimento de urgência e emergência e materno-infantil, sendo realizadas de reformas e adquiridos equipamentos para vários setores. Após o investimento no hospital, o município, de 37 mil pessoas, passou a contar com 20 leitos, além de salas para parto e assistência

neonatal (BRASIL, 1998). Atualmente, o hospital está sob gestão municipal, conta com 53 leitos e dispõe dos serviços de urgência e emergência, centro cirúrgico, centro obstétrico e apoio à diagnose e terapia (SADT), dentre outros, prestando atendimento ambulatorial e hospitalar aos moradores da região (BRASIL, 2009).

Em 1995, o Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, localizado em Belém (PA), foi apontado no relatório do Senado Federal como a maior obra inacabada do estado na área de saúde. Três anos depois, a construção é retomada, já com os recursos do Reforsus, incluindo a aquisição dos equipamentos necessários ao seu funcionamento. Com o investimento de R\$ 26 milhões, dos quais R\$ 22 milhões vindos do Projeto Reforsus⁵⁶ e R\$ 4 milhões do governo de estado do Pará, o hospital foi concluído e equipado (BRASIL, 2001a). Hoje, o hospital geral possui 278 leitos, distribuídos em várias especialidades: UTI adulto; pediátrica e neonatal; centros cirúrgico e obstétrico; serviço de urgência e emergência; serviços de diálise; além de diversos equipamentos para diagnóstico (RX, mamógrafo, ultrassom) (BRASIL, 2009).

IMAGEM 01 – Fotografia do Hospital de Clínicas Gaspar Viana (Belém/PA), em 1998, depois de ter recebido investimento do Projeto Reforsus para retomar as obras.



Fonte: Acervo do Ministério da Saúde.

⁵⁶ As obras do Hospital de Clínicas Gaspar Viana, que foi o maior subprojeto do Projeto Reforsus, ficaram paralizadas por quase uma década (BRASIL, 2001a).

IMAGEM 02 – Fotografia do Hospital de Clínicas Gaspar Viana (Belém/PA), depois da finalização das obras, em 2002.



Fonte: Acervo do Ministério da Saúde.

Na época de implantação do Projeto Reforsus, o único serviço público de urgência e emergência do Acre, o Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco, funcionava em condições precárias. Dada a gravidade da situação, a Secretaria Estadual de Saúde do Acre apresentou a proposta para investimento na unidade, que foi beneficiada com R\$ 823,4 mil para aquisição de equipamentos e unidades móveis de saúde (ambulância); R\$ 849 mil para a compra de aparelhos de urgência e emergência. A contrapartida estadual foi de R\$ 72 mil (BRASIL, 2002b). Com o investimento, o serviço de urgência e emergência pôde ser reestruturado e tornar-se referência para os 680 mil habitantes residentes nos 33 municípios do estado. Em 2008, o hospital contava com 172 leitos públicos, sendo 12 de UTI, além de serviços ambulatoriais e hospitalares, e realizava procedimentos cirúrgicos de várias especialidades (BRASIL, 2009).

IMAGEM 03 – Fotografia do Hospital de Geral Clínicas de Rio Branco/AC, em 1997.



Fonte: Acervo do Ministério da Saúde.

IMAGEM 04 – Fotografia do Hospital Geral Clínicas de Rio Branco/AC, depois de finalizar a reforma que recebeu recursos do Projeto Reforsus, em 2002.



Fonte: Acervo do Ministério da Saúde.

Outro exemplo de investimentos do Reforsus que mudaram a realidade da saúde local foi a iniciativa de reestruturação do Hospital Regional de Planaltina (DF), construído em 1976. Localizado a 45 km de Brasília, no Distrito Federal, o hospital, que dispunha de 58 leitos, não conseguia atender à demanda crescente da região. Cerca de 400 mil pessoas, que residiam em Planaltina e em municípios vizinhos, procuravam atendimento na unidade (BRASIL, 2005b).

Em 1995, Planaltina apresentava os piores índices da região, chegando a atingir patamares indesejáveis de mortalidade infantil, que alcançava o número de 19,2 por mil nascidos vivos. Diante dos fatos, foram pleiteados recursos do Projeto Reforsus para investimento no hospital, que foi contemplado com R\$ 3,3 milhões para a construção de uma nova ala, destinada atenção materno-infantil, além da compra de equipamentos e modernização gerencial (BRASIL, 2000).

Em 2000, a população de Planaltina era de 147 mil habitantes⁵⁷. Distante do centro de Brasília, o hospital regional era referência para a realização de procedimentos emergenciais e cirúrgicos e, naquele ano, registrou 4.454 internações. Com o investimento do Projeto Reforsus, foi inaugurado um novo espaço, com 3,6 mil metros quadrados de área construída, no qual foi instalado o centro obstétrico, a enfermaria para alojamentos conjunto, e o berçário, criando 71 novos leitos e chegando a realizar cerca de 250 partos por mês (BRASIL, 2005b). Em 2005, o hospital tinha 194 leitos ativados e realizou: 316.502 consultas ambulatoriais; 13.241 internações, sendo 4.037 por causas obstétricas; 1.829 cirurgias; e 3.085 partos, dos quais 2.106 foram naturais (DISTRITO FEDERAL, 2009).

A região sudeste recebeu o maior volume de recursos, com R\$ 319,7 milhões para 320 hospitais; seguida da região nordeste, com R\$ 263,9 milhões para 298 hospitais. Na região sul, 170 hospitais foram contemplados com R\$ 106,5 milhões, enquanto na região norte, 90 hospitais receberam R\$ 97,7 milhões. Por fim, na região centro-oeste foi investido R\$ 84,8 milhões em 86 hospitais. Embora a região sul tenha

⁵⁷ Dados segundo Censo 2000 (IBGE).

recebido 9% a mais do que a região norte, o investimento *per capita* na região norte foi 80% maior. As Secretarias Estaduais de Saúde elegeram hospitais de referência regional para serem contemplados com recursos para reestruturação física, tecnológica e gerencial. No total foram 964 hospitais beneficiados, com a criação de mais de 10 mil novos leitos, sendo 1.164 de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), aumentando a capacidade de internações em 75%, no ano de 2002 (BRASIL, 2002b).

A concentração de recursos nas regiões sudeste e nordeste aponta a lógica mercantil privatista da prestação de serviços de atenção à saúde, já abordada em capítulos anteriores. Segundo Nogueira (2002), este aspecto é a essência do papel do Estado enquanto financiador de estruturas sanitárias que sinalizavam a expansão de políticas que privilegiavam grupos privados, visando lucros empresariais do setor. Por isso, a privatização dos serviços estava voltada às atividades hospitalares, pois, dada a complexidade das ações, a lucratividade seria garantida.

Entender a mercantilização do setor saúde é essencial para o objeto de estudo em análise, pois, permite compreender os critérios atribuídos pelo Projeto Reforsus para distribuição dos recursos. Nogueira (2002) assinala ainda, a realidade cruel do financiamento da saúde no país, destacando a iniquidade alusiva à distribuição dos recursos do orçamento da Seguridade Social que privilegiavam as regiões mais ricas do país. De modo a corroborar esta afirmação a autora assinala que em 1998, as regiões sul e sudeste receberam aproximadamente 65% dos recursos do orçamento, enquanto a região nordeste ficou com 25% e, as regiões centro-oeste e norte tiveram que se contentar com apenas 6,5% e 4,2% da receita.

IMAGEM 05 – Fotografia da Nova Ala do Hospital Regional de Planaltina/DF, Construída com Recursos do Projeto Reforsus, em 2001.



Fonte: Acervo do Ministério da Saúde.

Os recursos empregados na capacitação foram da ordem de R\$ 9,1 milhões, destinados à qualificação de mais de 28 mil profissionais no gerenciamento de recursos financeiros, materiais e tecnológicos. Além disso, R\$ 32 milhões foram empregados para a contratação de empresas de consultorias para modernização gerencial dos hospitais (BRASIL, 2002b).

Em relação ao montante de recursos para a área de urgência e emergência, R\$ 40,9 milhões foram aplicados na aquisição de kits⁵⁸ para complementar e ampliar a abrangência do Programa de Urgência e Emergência do, Ministério da Saúde. Com os investimentos estratégicos, foram adquiridos 3.400 aparelhos, distribuídos para 254 hospitais de referência no atendimento de urgência e emergência de todas as regiões do país (BRASIL, 2002c).

⁵⁸ Os kits de equipamentos eram chamados de UTI Geral 1, composto por analisador de gases sanguíneos, ventilador de volume adulto e infantil e eletrocardiógrafo multicanal, e UTI Geral 2, composto por monitor cardíaco não invasivo, oxímetro, capnógrafo, ventilador de volume adulto e infantil, desfibrilador e eletrocardiógrafo (BRASIL, 2002c).

Os investimentos aplicados na área materno-infantil, direcionados às gestantes e recém-nascidos de risco, totalizaram R\$ 32,7 milhões em equipamentos para monitorar gestantes e fetos e prover as UTI neonatais. Esses equipamentos foram entregues a 239 hospitais, localizados em 184 de por todos os estados do país. Os equipamentos foram divididos em kits, sendo entregues 300 kits de equipamentos para UTI neonatal⁵⁹ e 77 kits de Monitoramento Fetal⁶⁰, contabilizando um total de 2.639 aparelhos (BRASIL, 2002c).

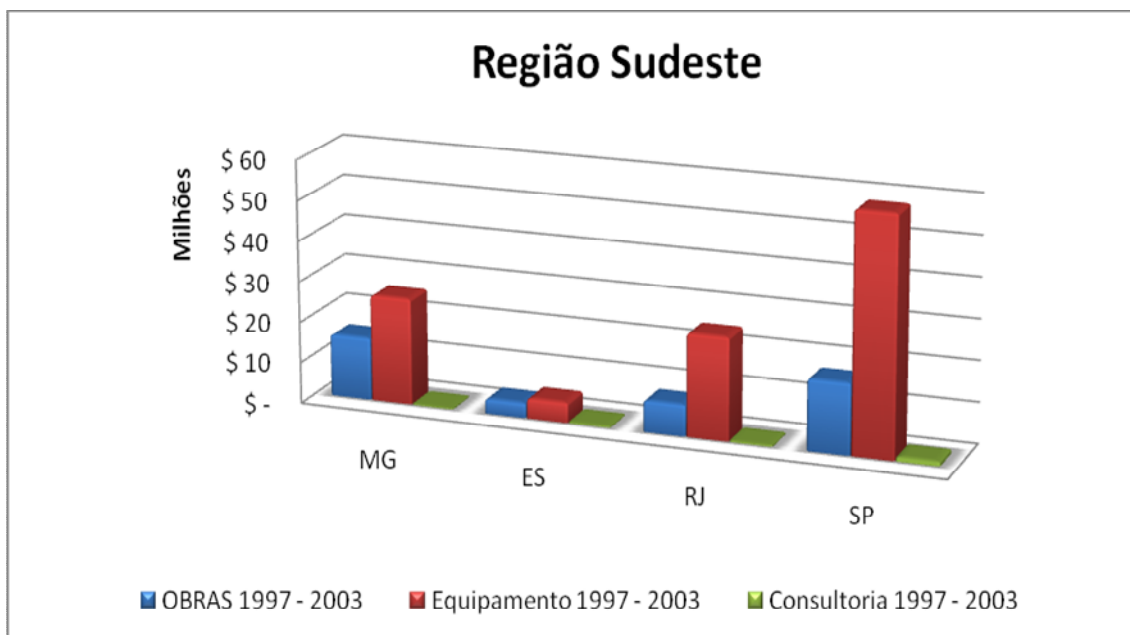
O Programa da Saúde da Família também foi contemplado pelos investimentos estratégicos do Projeto Reforsus, tendo recebido um montante de R\$ 83,8 milhões. Deste total, R\$ 7,2 milhões foram destinados à compra de equipamentos de apoio ao diagnóstico; R\$ 36,8 milhões à criação de cursos de residência e especialização em Saúde da Família; e R\$ 39,8 milhões à aquisição de 6.385 kits de equipamentos para o treinamento de profissionais do PSF situados em 3.383 municípios brasileiros. Desses 6.385 kits, 6.155 foram para unidades básicas de saúde e 230 para os Pólos de Capacitação Estaduais, Pólos Regionais, Coordenações Estaduais e Municipais do PACS e PSF (BRASIL, 2002c).

A seguir serão apresentados os valores, desembolsados pelo Projeto Reforsus, por categoria de investimento (obras, equipamento e consultorias). Os dados serão apresentados de forma gráfica, de modo a facilitar a leitura e compreensão.

⁵⁹ O kit para UTI neonatal era composto por berço aquecido, incubadora para UTI, monitor multiparâmetros, oxímetro de pulso e ventilador pediátrico e neonatal (BRASIL, 2002c).

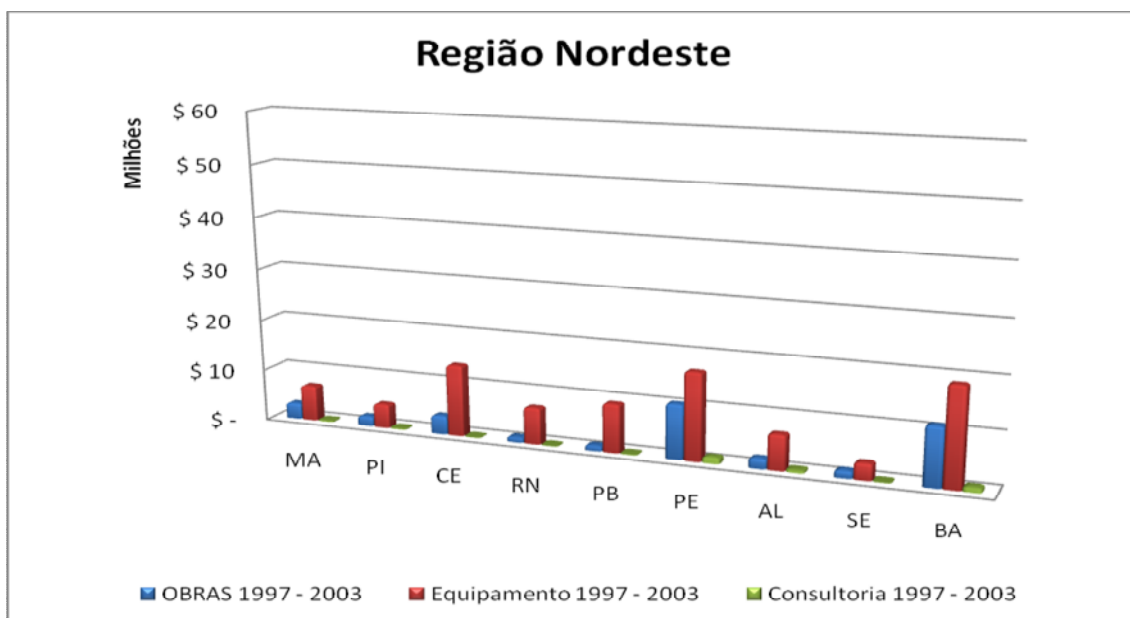
⁶⁰ O kit para monitoramento era composto por cardiocógrafa e ultrasonógrafo com ecógrafa e doppler colorido (BRASIL, 2002c).

GRÁFICO 04 – Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus em Obras, Equipamentos e Consultorias, na Região Sudeste (1997-2003). Valores em Dólares Americanos.



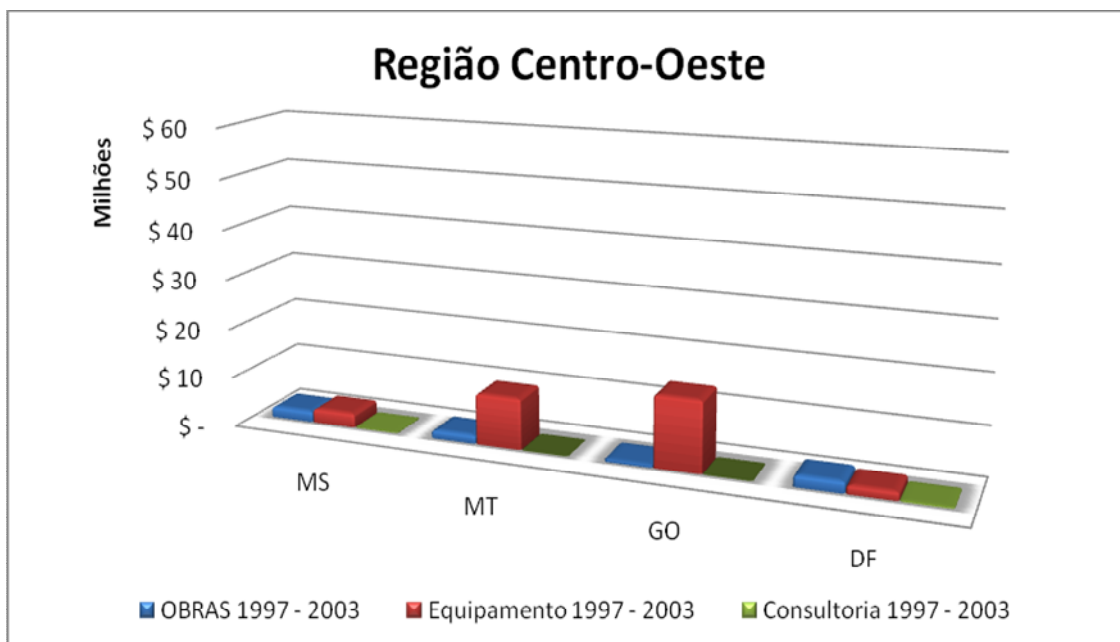
Fonte: Gráfico elaborado a partir dos dados disponibilizados na coletânea de Estudos e Resultados do Projeto Reforsus (BRASIL, 2005b).

GRÁFICO 05 – Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus em Obras, Equipamentos e Consultorias, na Região Nordeste (1997-2003). Valores em Dólares Americanos.



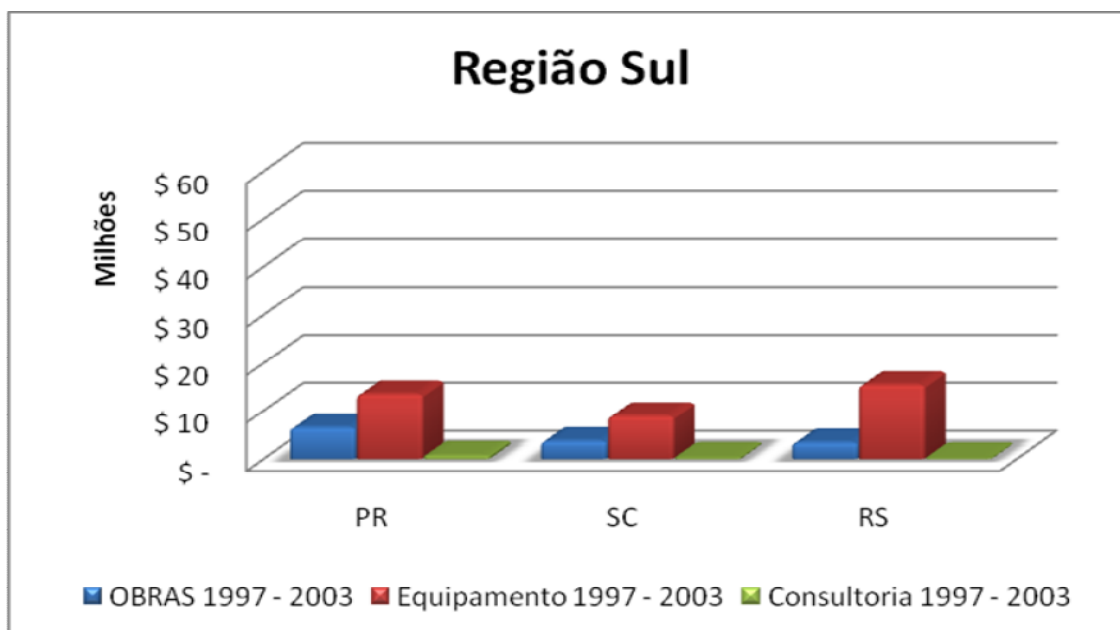
Fonte: Gráfico elaborado a partir dos dados disponibilizados na coletânea de Estudos e Resultados do Projeto Reforsus (BRASIL, 2005b).

GRÁFICO 06 – Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus em Obras, Equipamentos e Consultorias, na Região Centro-Oeste (1997-2003). Valores em Dólares Americanos.



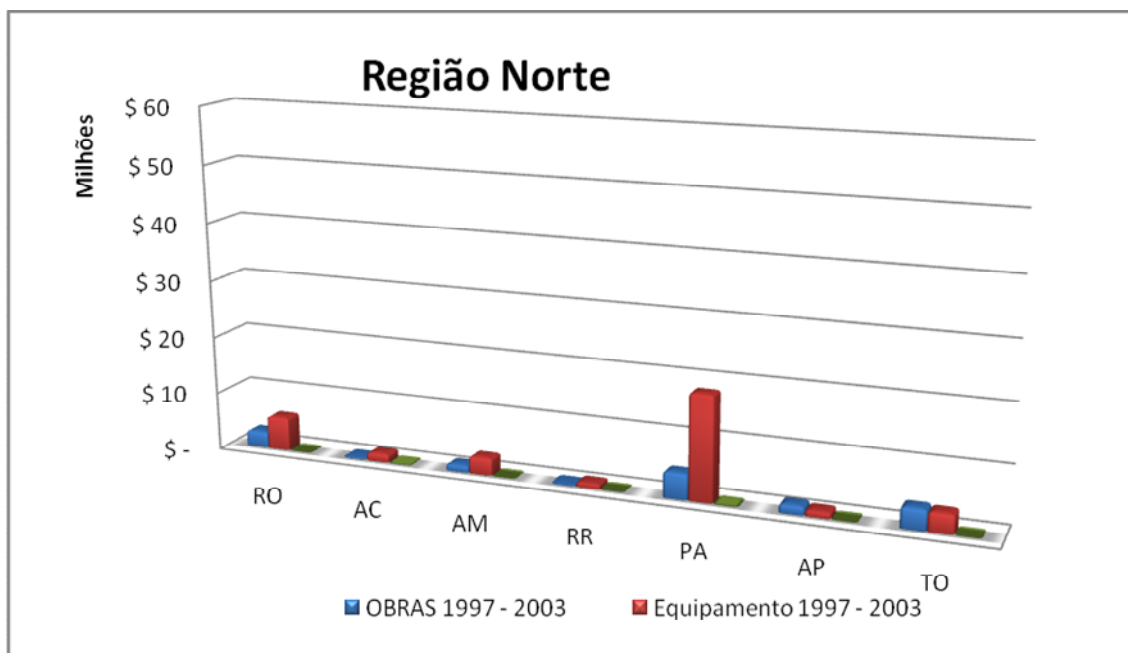
Fonte: Gráfico elaborado a partir dos dados disponibilizados na coletânea de Estudos e Resultados do Projeto Reforsus (BRASIL, 2005b).

GRÁFICO 07 – Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus em Obras, Equipamentos e Consultorias, na Região Sul (1997-2003). Valores em Dólares Americanos.



Fonte: Gráfico elaborado a partir dos dados disponibilizados na coletânea de Estudos e Resultados do Projeto Reforsus (BRASIL, 2005b).

GRÁFICO 08 – Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus em Obras, Equipamentos e Consultorias, na Região Norte (1997-2003). Valores em Dólares Americanos.



Fonte: Gráfico elaborado a partir dos dados disponibilizados na coletânea de Estudos e Resultados do Projeto Reforsus (BRASIL, 2005b).

GRÁFICO 09 – Total de Recursos Investidos pelo Projeto Reforsus (1997-2003), Distribuídos por Estado.



Fonte: Gráfico elaborado a partir dos dados disponibilizados na coletânea de Estudos e Resultados do Projeto Reforsus (BRASIL, 2005b).

De uma forma geral, o investimento em equipamentos médico-hospitalares foi muito superior, em todas as regiões, quando comparado aos valores

do investimento em obras e consultorias. Esse fato pode ser entendido pela situação precária de funcionamento em que se encontravam as unidades de saúde na década de noventa. Somado a isso, o país, até então, contava com a rede privada contratada para a realização de exames laboratoriais e de apoio à diagnose, sendo fundamental, com a implementação efetiva do SUS, o investimento alto em tecnologia pesada para os serviços públicos.

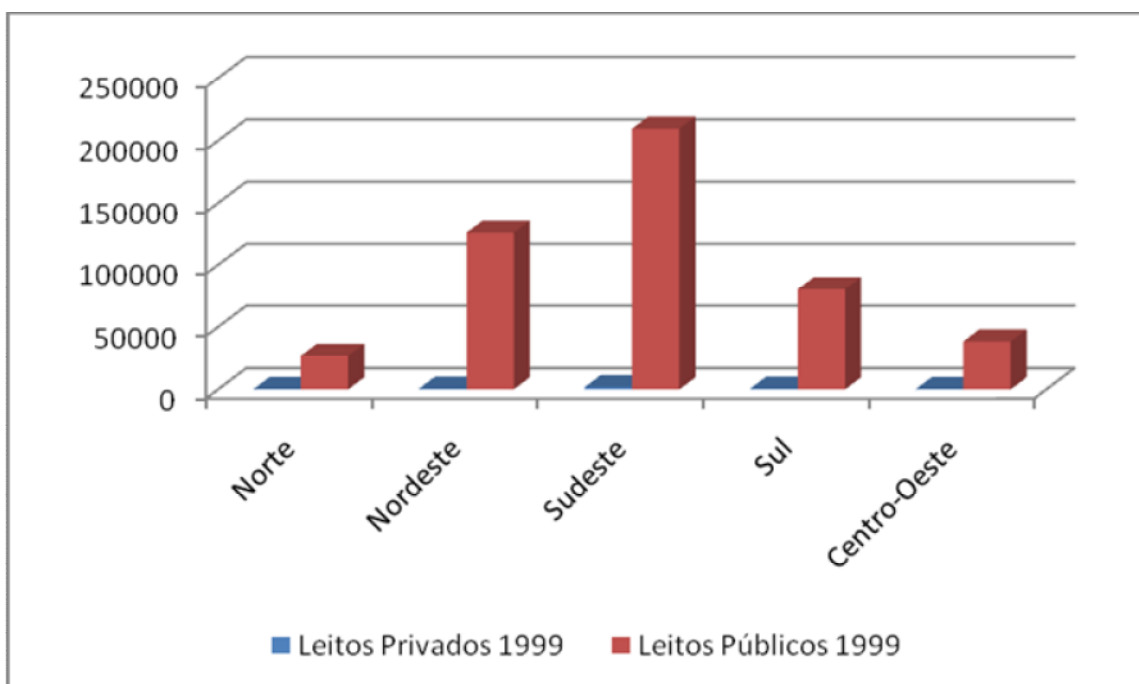
Ao analisar o investimento do Projeto Reforsus nas regiões norte e centro-oeste, pode-se constatar que o objetivo, de transferir 30% do montante global para regiões de menor capacidade instalada, não foi alcançado, uma vez que houve uma concentração de recursos nas regiões sudeste e nordeste, em detrimento das demais. Sabe-se que essas regiões abarcam, juntas, a maioria da população brasileira (cerca de 130 milhões de habitantes), além de apresentarem a maior rede de serviços públicos de saúde (cerca de 40 mil estabelecimentos). Por isso, considerando a demanda, entende-se a tendência de direcionar recursos para essas regiões.

Porém, deve-se ter o cuidado de não estimular o “círculo vicioso” de investir nas áreas de maior densidade populacional e maior rede de serviços, pois, desta forma, corre-se o risco de estimular as desigualdades no acesso à saúde. Os vazios assistenciais, existentes nas regiões de menor densidade populacional, convivem com número de serviços reduzido e centralizado, fazendo com que o usuário tenha que se deslocar para capital e, muitas vezes, para outros estados.

Os critérios do Projeto Reforsus, ainda que bem intencionados sob o ponto de vista da saúde pública, fracassaram ao não avaliar se a proposta era ou não sustentável e se havia ou não profissionais treinados para as ações implementadas. Nesse caso, a partir de verificações *in loco*, realizadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de monitorar a implementação do projeto, constatou-se fatos como: equipamentos encaixotados e leitos hospitalares subutilizados, em virtude da demanda ser inferior ao previsto inicialmente.

No entanto, pode-se afirmar que o expressivo volume de recursos investidos ao longo do período do projeto, exerceu um desempenho relevante na recuperação da rede física do SUS, que estava sucateada e obsoleta após longo período sem investimentos. Verifica-se, também, pela oferta e oportunidade de acesso, um aumento significativo no número de unidades públicas (ambulatórias e hospitalares), leitos e atendimentos em geral.

GRÁFICO 10 – Número de Leitos em 1999, Distribuídos por Região.

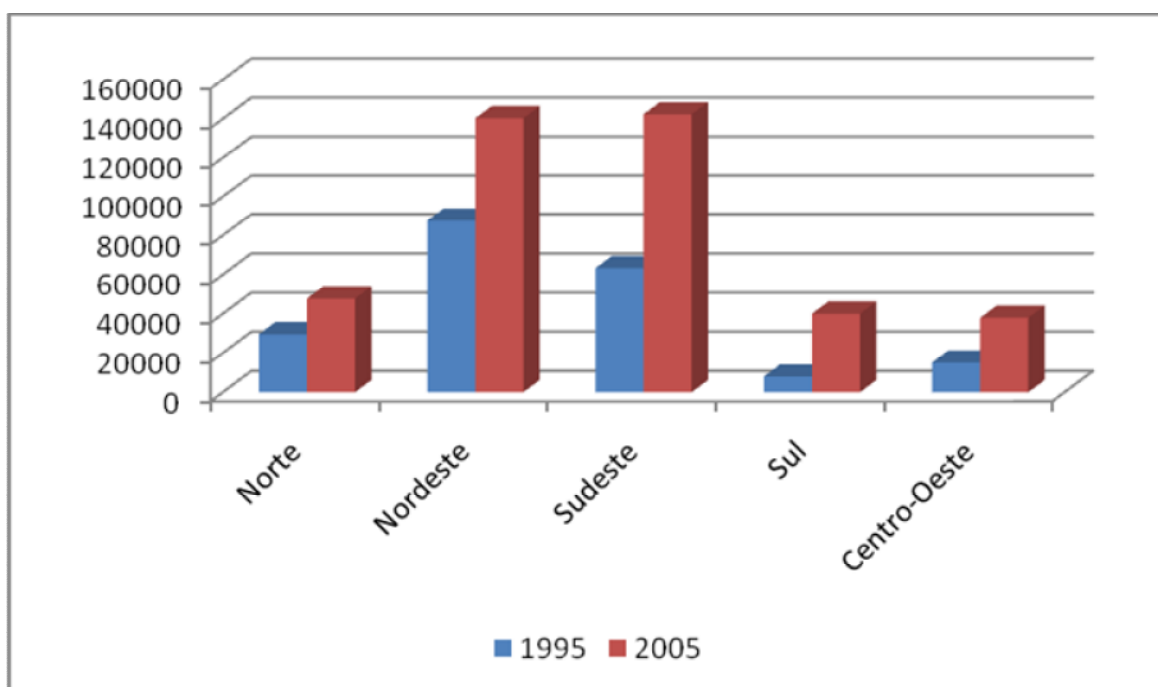


Fonte: Datasus (2009).

Um bom indicador de oferta e acesso aos serviços de saúde é o número de internações hospitalares por 100 mil habitantes/ano. A oferta de leitos na rede privada era elevada no início da década de 1990, quando dispunha de 75,2% do total de leitos no Brasil. Desde então, com a implementação do SUS, houve uma diminuição de 10,9% no número de leitos do setor privado e um crescimento de 6,2% do número de leitos do setor público, cabendo ressaltar que a expansão do número dos leitos hospitalares do SUS seguiu o processo descentralização da assistência para os municípios (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2003).

De acordo com os dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIA/SUS), em 1999, a média nacional era de 2,9 leitos hospitalares por cada mil habitantes (público e privado), que variava entre 3,3 leitos, na região centro-oeste, e 2,1 leitos, na região norte. No mesmo ano, 66,5% dos 7.806 hospitais, 70,4% dos 484.945 leitos e 87% dos 723 hospitais especializados existentes no país eram de natureza privada, enquanto o setor público dispunha de 143.518 leitos, somados a estes uma proporção de leitos contratados do setor privado, representando aproximadamente 23% das internações do setor privado (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2003).

GRÁFICO 11 – Número de Internações (1995-2005), Distribuídas por Região.



Fonte: Datasus (2009).

O Projeto Reforsus complementou as políticas do Ministério da Saúde para recuperação e modernização do Sistema Único de Saúde. Dentre as quais, cita-se o processo de descentralização dos recursos para as esferas estaduais e municipais e um incremento orçamentário que possibilitou o aumento dos recursos de custeio de serviços.

É possível constatar o aumento da oferta dos serviços à população, que proporcionou uma melhoria do acesso. Da mesma forma, pode-se que houve uma melhoria na qualidade dos serviços ofertados, uma vez que novas tecnologias foram incorporadas ao sistema. Entretanto, os investimentos do projeto foram estabelecidos por demandas estaduais, que nem sempre incorporam a equidade e as peculiaridades regionais; sob a ótica de um sistema de saúde nacional; e em um país de ilimitadas desigualdades geográficas, econômicas, sociais e culturais.

QUADRO 02 – Valores Pagos, pelo Fundo Nacional de Saúde, Referentes ao Projeto Reforsus (1997 – 2003)⁶¹.

ANO	VALOR PAGO
1997	R\$ 34.923.743
1998	R\$ 156.420.693
1999	R\$ 215.159.942
2000	R\$ 241.028.141
2001	R\$ 269.281.642
2002	R\$ 289.810.764
2003	R\$ 130.440.312
TOTAL	R\$ 1.337.065.237

Fonte: Quadro elaborado a partir de dados do FNS.

O Quadro 02 demonstra os valores pagos pelo FNS com recursos do Projeto Reforsus. Vale ressaltar, que o total citado corresponde ao somatório dos valores dispensados para desenvolvimento das propostas dos Componentes I e II e dos valores para pagamento de despesas administrativas da coordenação (como pagamento de profissionais e custos de monitoramento e avaliação das ações do projeto). Quando concebido, o projeto previa um investimento de US\$ 750 milhões, que correspondiam a R\$ 750 milhões. Contudo, com a alteração cambial e a desvalorização do Real frente ao Dólar Americano, houve um ganho nos valores nominais do projeto e, por isso, ao final, foi investido cerca de R\$ 1,3 bilhão.

⁶¹ Os valores referentes aos repasses do Governo Federal informados neste estudo estão apresentados em Real.

TABELA 06 – Valores Nominais Referentes ao Orçamento do Ministério da Saúde (1995 – 2008).

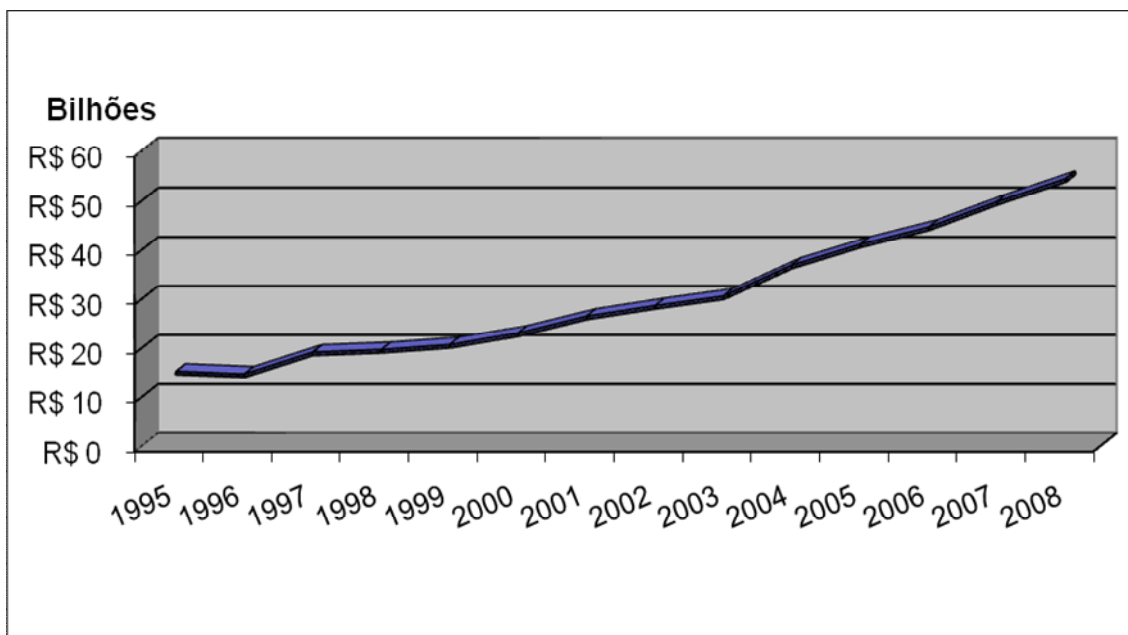
Ano	Custo com pagamento de pessoal, encargos sociais e amortização de dívidas	Valores de Investimento	Valores de Custeio	Total
1995	R\$ 14.937.138.328	R\$ 418.570.715	R\$ 9.387.746.140	R\$ 24.743.457.178
1996	R\$ 14.376.791.609	R\$ 235.311.712	R\$ 9.807.348.219	R\$ 24.419.453.536
1997	R\$ 18.804.473.853	R\$ 529.970.475	R\$ 12.487.326.272	R\$ 31.821.772.597
1998	R\$ 19.323.689.988	R\$ 823.522.443	R\$ 12.171.916.086	R\$ 32.319.130.515
1999	R\$ 20.337.705.033	R\$ 1.126.922.965	R\$ 14.725.238.272	R\$ 36.189.868.269
2000	R\$ 22.699.254.125	R\$ 1.288.567.112	R\$ 16.432.170.294	R\$ 40.419.993.531
2001	R\$ 26.135.922.738	R\$ 2.351.938.335	R\$ 18.650.388.849	R\$ 47.138.251.923
2002	R\$ 28.293.330.622	R\$ 1.508.831.477	R\$ 20.947.178.884	R\$ 50.749.342.985
2003	R\$ 30.226.280.425	R\$ 935.328.598	R\$ 22.910.168.685	R\$ 54.071.779.711
2004	R\$ 36.538.018.942	R\$ 1.878.690.858	R\$ 27.344.105.820	R\$ 65.760.817.624
2005	R\$ 40.794.200.240	R\$ 2.118.299.516	R\$ 31.228.698.456	R\$ 74.141.200.217
2006	R\$ 44.315.101.810	R\$ 2.198.423.301	R\$ 33.831.349.133	R\$ 80.344.876.250
2007	R\$ 49.489.366.979	R\$ 2.916.417.531	R\$ 38.110.291.308	R\$ 90.516.077.825
2008	R\$ 54.111.743.027	R\$ 2.663.826.346	R\$ 41.934.749.393	R\$ 98.710.320.774

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, 2009.

Ao compararmos os repasses referentes, ao Projeto Reforsus, com o os valores totais do orçamento do Ministério da Saúde, pode-se afirmar que, no ano de 1997 (primeiro ano de implementação do Projeto Reforsus), o repasse de recursos do projeto significou 1,09% do orçamento federal da saúde. Já em 2002, ano em que se observa o maior valor de repasse (R\$ 289.810.764), ele expressou apenas 0,57% do total orçado. Ao analisarmos essas informações, pode-se cogitar a possibilidade de baixo impacto dos recursos do projeto na saúde. Porém, constata-se que a maior parte do orçamento está vinculada ao pagamento de pessoal, encargos sociais e amortização de dívidas, chegando a representar 55,75% em 2002. Enquanto isso, no mesmo ano, o percentual dos investimentos, o qual se entende como recursos de capital (obra) e corrente (equipamento), significou apenas 2,97% do orçamento do

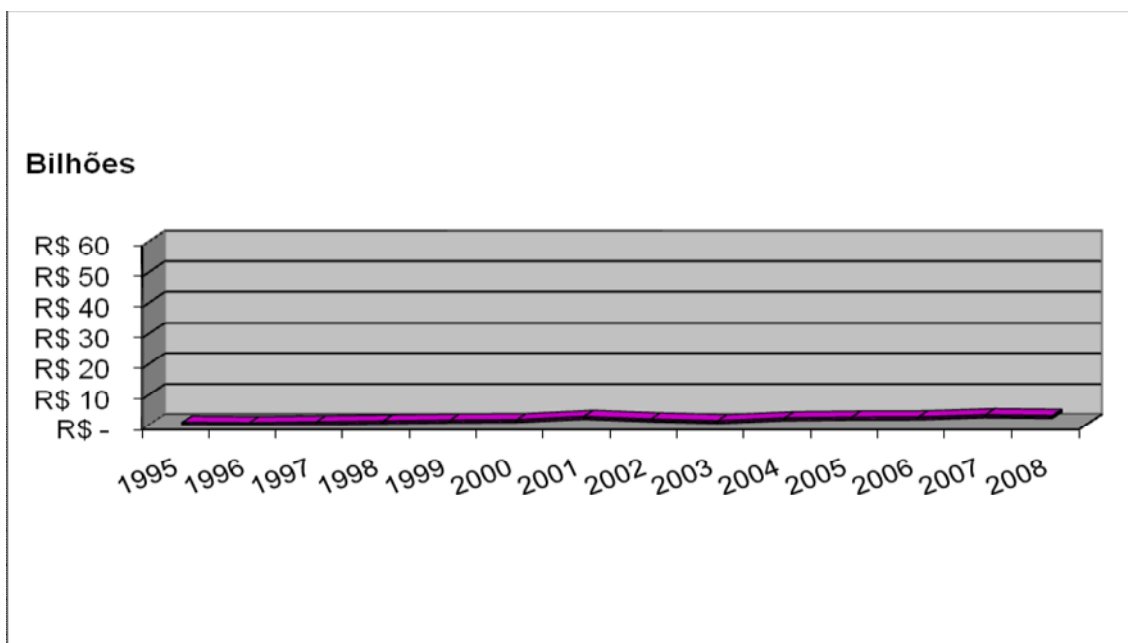
Ministério da Saúde, representando um baixo investimento em estrutura física e tecnológica para funcionamento das unidades de saúde.

GRÁFICO 12 – Valores Nominais do Orçamento do Ministério da Saúde, Referentes ao Pagamento de Pessoal, Encargos Sociais e Amortização de Dívidas (1995-2008).



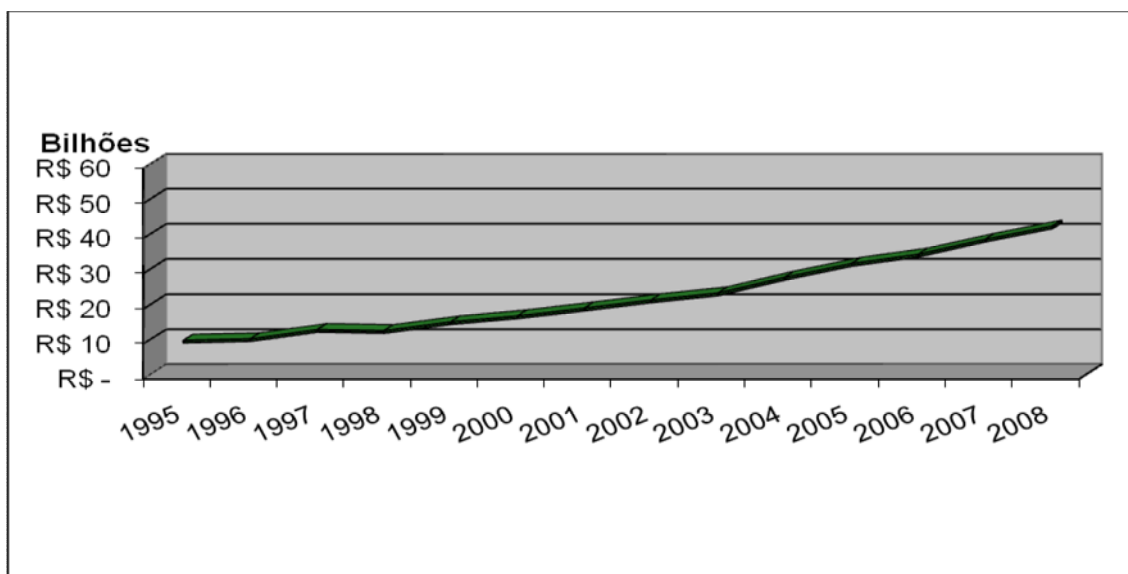
Fonte: Gráfico elaborado a partir de dados da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, 2009.

GRÁFICO 13 – Valores Nominais do Orçamento do Ministério da Saúde, Referentes aos Investimentos (1995-2008).



Fonte: Gráfico elaborado a partir de dados da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, 2009.

GRÁFICO 14 – Valores Nominais do Orçamento do Ministério da Saúde, Referentes ao Custeio de Ações e Serviços (1995-2008).



Fonte: Gráfico elaborado a partir de dados da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, 2009

Os Gráficos 12, 13 e 14 ilustram a evolução dos valores do orçamento do Ministério da Saúde, entre 1995 e 2008. Com relação quanto ao pagamento de pessoal, encargos sociais e amortização de dívidas (Gráfico 12) e ao custeio das ações e serviços (Gráfico 13), observa-se um crescimento exponencial, ou seja, quanto maior a quantidade existente de profissionais trabalhando e de serviços funcionando, maior será o custo dessas atividades.

No que tange à série histórica dos investimentos federais em saúde (Gráfico 13), observa-se uma grande variação, com anos de crescimento geométrico e períodos de valores em declínio. No Gráfico 13, percebe-se claramente o aumento dos investimentos em saúde quando da implementação do Projeto Reforsus (1996), e um declínio brusco em 2003 (último ano de execução dos recursos do projeto), coincidindo com o período de mudança do governo FHC (2002) para o governo Lula (2003). Contudo, no ano de 2004 os investimentos tornam a apresentar um crescimento, que pode ser conferido aos investimento do governo Lula em novos

serviços, tais como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)⁶² e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

⁶² Atualmente conta com 147 serviços totalizando 1.273 municípios atendidos.

CAPÍTULO VI

COMPARAÇÃO ANALÍTICA ENTRE OS INVESTIMENTOS DO REFORSUS E OS INVESTIMENTOS FEDERAIS NA SAÚDE

Quando analisada a trajetória da expansão da rede física do SUS ao longo da história de sua conformação, percebe-se uma grande carência de serviços de apoio ao diagnóstico e terapia, principalmente os de média complexidade. Dados do Ministério da Saúde apontam que o setor privado investiu pesado nos serviços de média complexidade, porém, apenas 21% da população pode pagar por estes serviços ou ter acesso aos planos de saúde, enquanto os demais 79%⁶³ dependem, exclusivamente, do SUS.

Ao analisar dados do IBGE (2009) e do Datasus (2009), observa-se que, além das iniquidades referentes a diferenças na resolutividade da atenção básica e nas condições de saneamento (cujo resultado reflete-se na taxa de mortalidade infantil) a injustiça de caráter regional, observada na atenção à saúde, é agravada também pela distribuição pouco racional dos equipamentos ambulatoriais e hospitalares, de média e alta complexidade.

Este capítulo tem como ponto axial a comparação dos recursos investidos pelo governo federal na saúde com os investimentos do Projeto Reforsus, que viabilizaram a compra de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis; a execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde; além da modernização gerencial do Sistema Único de Saúde.

6.1 Os Grandes Projetos de Investimentos em Saúde do Governo Brasileiro (1990-2009)

⁶³ Informações disponibilizadas pela Agência de Saúde Suplementar no site www.ans.gov.br. Acesso em: 03 de agosto de 2009.

Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde tem implementado projetos de investimentos que buscam a estruturação e qualificação da atenção à saúde no país. Dedicamos este item a abordar alguns desses projetos, visto que os recursos investidos causaram impacto nos serviços de saúde prestados a população brasileira.

Na tentativa de demonstrar a prevalência dos projetos de investimentos na saúde, como fonte de recursos para investir na rede de serviços, decidimos fazer uma explanação sobre os projetos dentro de um recorte de aproximadamente vinte anos (1990 – 2009).

O ano inicial (1990), dá início a uma década marcada pelas reformas setoriais, com grande penetrância das agências internacionais no governo brasileiro e seu pacote de medidas. Quase duas décadas mais tarde, 2009 é o ano de conclusão do recorte e sétimo ano de governo esquerdista, que, apesar de lutar bravamente contra as reformas neoliberais da década de noventa, perpetua a geração de empréstimos internacionais para a estruturação do sistema de saúde, alargando ainda mais a dívida pública.

Em 1996, durante o segundo ano do governo FHC, foi implementado o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Projeto Reforsus). Para sua viabilização foi realizado um empréstimo no valor de US\$ 750 milhões, com os bancos BIRD e BID. Como já foi amplamente explanado neste estudo, o principal objetivo do Projeto Reforsus era a promoção da qualidade da assistência e da gestão da rede de serviços de saúde, de modo a diminuir os custos (BRASIL, 1997).

Em 1998, dois anos após o início do Projeto Reforsus, direcionado para a recuperação da estrutura da rede de serviços, que se encontrava sucateada, foi instituído o Projeto de Estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde (Projeto Vigisus)⁶⁴. Criado por meio de um acordo de empréstimo com o BIRD, ele tinha como

⁶⁴ Em 2005 deu-se início ao Vigisus II, a penúltima fase do Projeto Vigisus. Esta fase do projeto está direcionada ao fortalecimento da atuação municipal, nas áreas de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, e vigilância ambiental em saúde; à análise da situação em saúde; e, ao controle de doenças e agravos não transmissíveis (Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area>. Acesso em: 03 de agosto de 2009).

objetivos: fortalecer a rede nacional de laboratórios; situar uma unidade de vigilância ambiental em saúde na região da Amazônia; e aumentar a capacidade de investigação e controle de epidemias; aumentar o acesso aos serviços de saúde pelas populações indígenas (BRASIL, 2004d).

Em 1999, no primeiro ano do segundo mandato do presidente FHC, foi criado mais um programa de investimento financiado com recursos de empréstimos internacionais: o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae)⁶⁵. Firmado com o BID, o projeto contou com um financiamento de US\$ 370 milhões, sendo US\$ 185 milhões do BID e US\$ 185 milhões da contrapartida nacional (US\$ 130 milhões do Fundo de Amparo ao Trabalhador e mais US\$ 55 milhões do orçamento do setor saúde). O Profae teve como objetivo promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, por meio da reformulação do currículo da área de enfermagem, além de modernizar as Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS), nelas investindo cerca de R\$ 50,5 milhões (BRASIL, 2004d).

Em 2002, o Ministério da Saúde implementou o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (Proesf). Esta iniciativa tinha o intuito de contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia da Saúde da Família nos municípios que possuíam mais de 100 mil habitantes, além de incentivar a qualificação do desempenho dos serviços de saúde. Os recursos, destinados ao Proesf, foram da ordem de US\$ 550 milhões, sendo 50% do valor financiado pelo BIRD e os outros 50% como contrapartida do governo federal brasileiro⁶⁶.

No atual momento, de consolidação e fortalecimento do SUS, urge a necessidade de intervenção para organização de redes de atenção à saúde. É neste contexto que surge o Projeto de Investimento para Qualificação do Sistema Único de

⁶⁵ A origem do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) estava relacionada a existência de trabalhadores da enfermagem, sem a habilitação técnica profissional necessária para o exercício dessas ações. Em 1999, existiam cerca de 225.000 profissionais atuando como atendentes de enfermagem no SUS (Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes>. Acesso em: 03 de agosto de 2009).

⁶⁶ Informações disponíveis no site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/dab).

Saúde (Projeto Qualibus-Rede)⁶⁷, propondo aumentar a eficiência alocativa e produtiva do SUS, por meio de um acordo de empréstimo com o BIRD, além da utilização de recursos provenientes do Tesouro Nacional. Dentre os objetivos do projeto, estão: a organização de redes de atenção à saúde orientadas a partir da atenção primária; e a priorização dos investimentos na atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e em urgência e emergência (BRASIL, 2008).

Após esta explanação, podemos concluir que a implementação das políticas de cunho neoliberal no Brasil está em consonância com a tendência ao estabelecimento de empréstimos com agências internacionais, conforme a problematização, sobre os organismos multilaterais, construída anteriormente neste estudo. É notório que os valores investidos contribuíram para melhoria da assistência à saúde do país. Em contrapartida, esses acordos levaram a um maior endividamento do Brasil, além de submetê-lo ao pacote de reformas econômico-sociais ditadas pelos países centrais do capitalismo.

6.2 Projeto Reforsus: investimento na reestruturação da rede de serviços

Em 1996, havia 2.323 municípios em gestão incipiente, 618 em gestão parcial e 137 em gestão semiplena, do total de 3.078 municípios habilitados para a municipalização⁶⁸. Em 1997, o gasto médio *per capita* com saúde foi estimado em US\$ 428 (MÉDICI, 2002). Segundo o autor, nos anos que seguiram a implementação do SUS, observou-se aumentos com saúde, tanto em relação à rede de serviços, quanto aos recursos disponibilizados para o setor. Entretanto, esses não resultaram necessariamente em benefícios para os usuários do sistema, sendo um erro considerar o aumento nos gastos com saúde como um indicador da melhoria do bem-

⁶⁷ O Projeto Qualibus-Rede foi recentemente aprovado pelo Senado Federal (Projeto de Resolução do Senado n. 59/ 2009, aprovado US\$ 235 milhões para a primeira etapa) e a documentação para assinatura do acordo de empréstimo está em tramitação.

⁶⁸ Classificação por tipo gestão, baseada nos critérios estabelecidos na NOB/93.

estar social, sem se fazer uma análise de como tal argumento se relaciona com a ampliação do acesso ao sistema.

Trazer à luz os dados consolidados do Projeto Reforsus é importante para compreender de que forma um projeto de investimento, com recursos originados de empréstimos internacionais, possibilitou, ou não, atenuar as iniquidades em saúde. Fazer uma análise do Projeto, a partir de sua concepção original de alocação equânime de recursos, permite constatar se houve ou não redução das desigualdades na saúde, a partir de contratos de repasse estabelecidos entre a União e os proponentes (estados, municípios, autarquias federais, fundações e hospitais filantrópicos).

O Projeto Reforsus definiu tetos por estado e esses foram repartidos entre os municípios, em um processo que foi discutido nos fóruns competentes, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores Bipartite. Porém, o projeto não estabeleceu áreas prioritárias para a política da saúde, o que possibilitou a apresentação de propostas consideradas importantes pelas instâncias regionais. A liberdade de decisão, dada aos gestores, causou uma pulverização nos investimentos, com propostas que atendiam às necessidades locais, mas que nem sempre tinham uma lógica de rede, criando capacidade instalada sem uma análise regional. Houve uma concentração de investimentos na média e alta complexidade, sendo 70% dos recursos direcionados à compra de equipamentos médico-hospitalares.

No período que antecedeu a elaboração do projeto, foram realizados estudos que apontaram a urgência em se reorganizar e implementar a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, que é formada por um laboratório em cada estado e no Distrito Federal. Com base nesses estudos, o Projeto Reforsus direcionou investimentos em estrutura física e tecnológica necessários ao modelo de laboratório proposto. Todos os estados receberam recursos para implementação, mas o Rio de Janeiro não executou o projeto, totalizando, então, 26 Laboratórios Centrais de Saúde

Pública (LACEN), cujos valores são apresentados na Tabela 07 (BUSTANI et al, 2004).

TABELA 07 – Distribuição dos Subprojetos por Região e Recursos Investidos nos LACEN.

REGIÃO	NÚMERO DE SUBPROJETOS	PERCENTUAL DE SUBPROJETOS	VALOR DO INVESTIMENTO (US\$ Milhões)
NORTE	07	26,92%	6,20
NORDESTE	09	34,61%	1,66
SUDESTE	03	11,54%	3,78
SUL	03	11,54%	5,59
CENTRO-OESTE	04	15,39%	2,43
TOTAL	26	100%	19,68

Fonte: Elaboração a partir dos dados disponibilizados por Bustani et al (2004), com base no Sistema de Informações do Projeto Reforsus.

Os investimentos nesses serviços significaram melhoria na eficiência dos serviços disponibilizados pelos LACEN, destacando-se um aumento da resolutividade diagnóstica, decorrente da aquisição de modernos equipamentos e estrutura física adequada. Entretanto, cabe destacar que a região nordeste recebeu a menor parcela de recursos (R\$ 4,99 milhões), mesmo sendo a região com maior número de estados (09) e a segunda maior em habitantes (44.766.851), de acordo com a contagem da população brasileira em 1996, segundo o IBGE⁶⁹.

Outra área de investimentos do projeto foi a modernização gerencial em grandes estabelecimentos de saúde. Referente a esta ação, todos os estados receberam consultoria para qualificação da gestão de um hospital de referência. Nessa mesma linha, inseriu-se o Cartão Nacional de Saúde, com um investimento inicial da ordem de R\$ 100 milhões, criado, entre outros pontos, para melhorar o

⁶⁹ Informações disponíveis no site www.ibge.gov.br. Acesso em: 16 de julho de 2009.

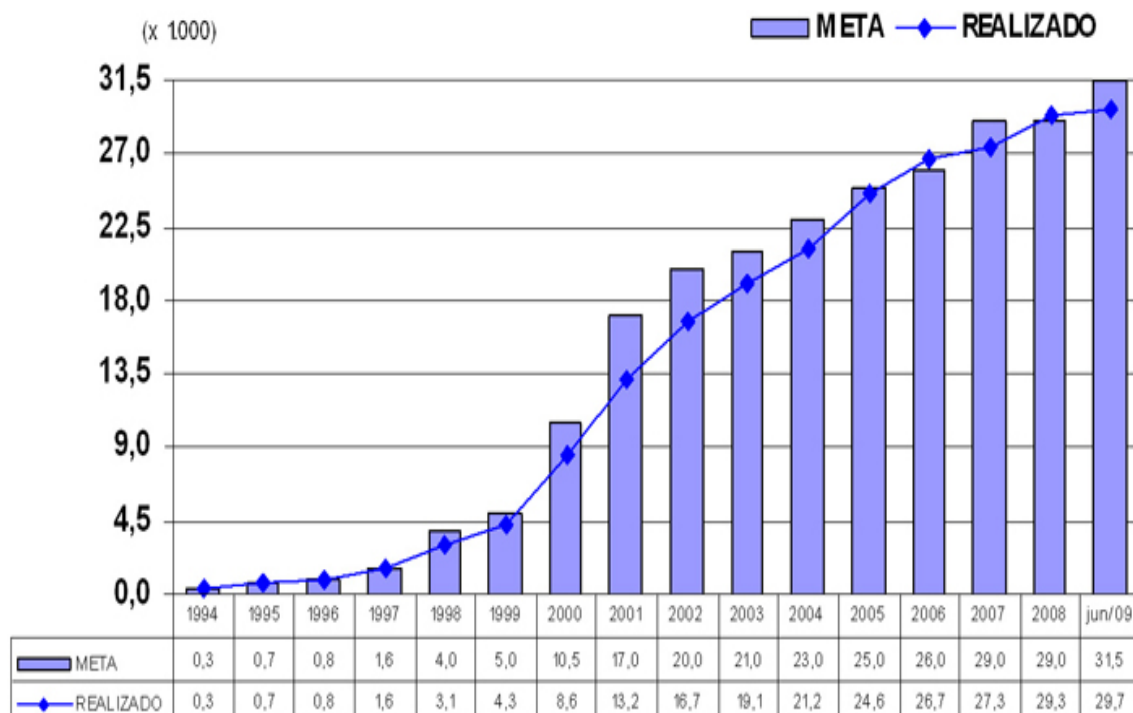
atendimento dos usuários do SUS e aperfeiçoar o planejamento das ações de saúde. Na primeira etapa, foram contemplados 44 municípios, com 13 milhões de habitantes.

Os recursos excedentes do projeto, gerados pela desvalorização do Real frente ao Dólar, possibilitaram ao Ministério da Saúde investir em três programas considerados de extrema importância para ampliar e qualificar a assistência e descentralizar as ações. Denominado de “Investimentos Estratégicos” estes recursos foram direcionados às áreas de: urgência e emergência; gestantes de alto risco; e Programa de Saúde da Família (PSF). Em relação a este último, foram contempladas três linhas de ação: aquisição de equipamentos de apoio ao diagnóstico; informação e educação a distância; e cursos de especialização e residência (BUSTANI et al, 2004).

Agora faremos um recorte no PSF. Ao definir Saúde da Família como um “Investimento Estratégico” do Projeto Reforsus, o Ministério da Saúde pretendia estimular a sua implementação vislumbrando uma mudança no modelo assistencial e na estruturação da rede de serviços. Ao investir na aquisição de equipamentos e na formação dos profissionais, o projeto pode contribuir para implantação de equipes. O Gráfico 15, captado da página do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/dab), demonstra a evolução do número de equipes do PSF, desde 1994, ano de sua concepção, até junho de 2009.

Constata-se um aumento progressivo, desde o início de sua implantação, principalmente a partir de 1997, ano de publicação da Portaria nº 1.886, que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Além disso, nos anos seguintes, algumas estratégias para ampliação da cobertura desses programas foram criadas, como a instituição de um incentivo financeiro para cada equipe implantada e o repasse mensal de recursos, baseados na cobertura, para o custeio das ações. Ademais, vários cursos foram promovidas por meio dos pólos de capacitação permanente.

GRÁFICO 15 – Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas no Brasil (1994-2009)⁷⁰.



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Até 1998, a priorização na atenção primária em saúde era resultado de uma estratégia, que combinava a elevação do valor do Piso de Atenção Básica (PAB) com a expansão da introdução do Programa Saúde da Família (PSF). A partir de 1999, com a criação dos incentivos para o PSF, o foco do ministério voltou-se para a concentração de recursos no aumento do número de equipes de saúde da família e para a asseguuração de recursos permanentes em outras ações da atenção básica (SANTOS, 2002).

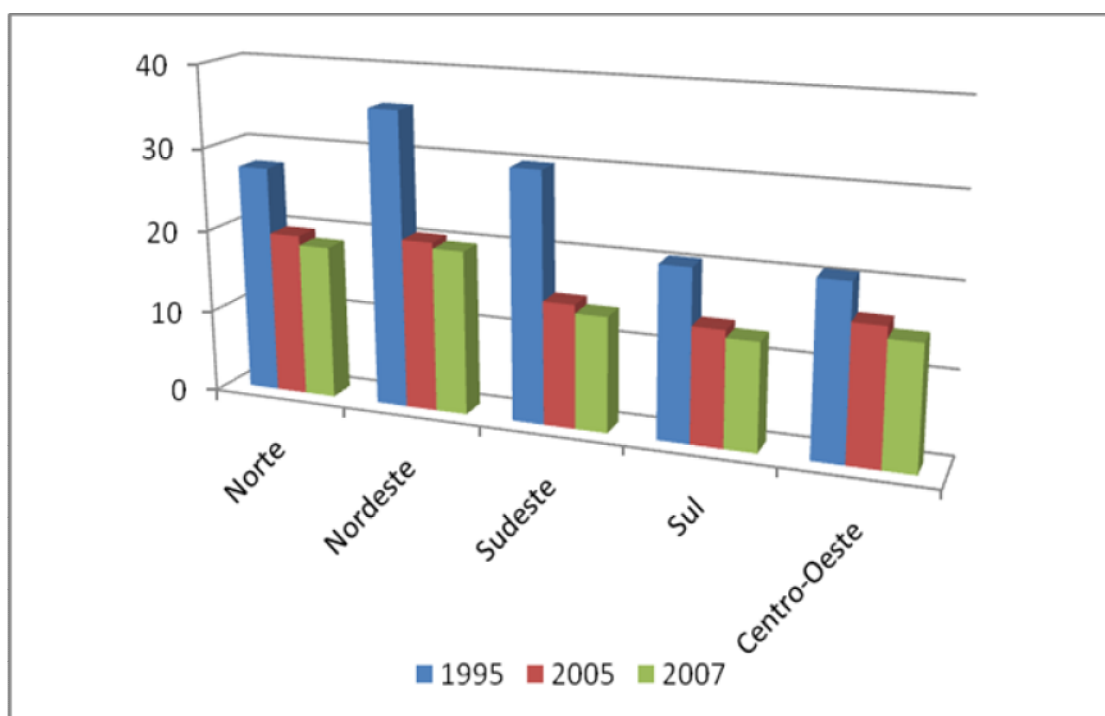
A área de Urgência e Emergência é um importante componente da assistência à saúde, pois exige uma ação imediata. Com intuito de fortalecer os serviços de referência nesta área, o Ministério da Saúde criou, em 1998, o Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento em Urgência e Emergência, cujo foco era: a adequação física da rede; a

⁷⁰ Gráfico disponível no site www.saude.gov.br/dab. Acesso em: 15 de agosto de 2009.

aquisição de equipamentos; a capacitação de recursos humanos; e o incentivo adicional de custeio (BUSTANI et al, 2004, p. 81).

As causas perinatais são um forte componente na composição da mortalidade infantil, representando 62% dos óbitos, que foi de 33,6 por mil nascidos vivos em 2000. O Ministério da Saúde implantou o Programa de Gestante de Alto Risco⁷¹ entendendo que ações focadas no atendimento à gestante de risco poderiam reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal. Para este programa foram direcionados R\$ 32,80 milhões, dos quais quase 50% foram alocados na região Nordeste (BUSTANI et al, 2004, p. 84).

GRÁFICO 16 – Coeficiente de Mortalidade Infantil, Distribuído por Região.



Fonte: Gráfico construído a partir de dados disponibilizados pelo Datasus (2009).

Esta distribuição dos recursos considerou que os estados do nordeste brasileiro apresentavam, em 1995, as mais altas taxas de mortalidade infantil, que significavam cerca de 35 óbitos por mil nascidos vivos na região. Ao observar o

⁷¹ Em 1998 o Ministério da Saúde criou um Programa para Implementação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco, com a intenção de apoiar a organização de sistemas de referência hospitalar para as gestantes de alto risco em todos os estados do país (BRASIL, 2001a).

Gráfico 16 percebe-se uma queda gradativa na mortalidade infantil, coincidindo com o período de execução do Projeto Reforsus, que, ao alocar recursos para o atendimento desta parcela da população, contribuiu para a melhoria na atenção à saúde da mulher e da criança. Entretanto, a redução da mortalidade infantil não pode ser considerada apenas como um mérito do projeto (que também investiu na atenção básica, no atendimento às gestantes de alto risco e na ampliação de leitos de UTI neonatal e pediátrica) uma vez que, na mesma época, foram implementados outros programas e ações direcionados a essa área.

Ao longo das últimas duas décadas houve uma tendência descendente da mortalidade infantil em todas as regiões. Contudo, o decréscimo da mortalidade infantil deve ser analisado como uma tendência que está associada a um conjunto de fatores demográficos, sanitários, sociais e econômicos. O avanço alcançado diz respeito, principalmente, à expansão da cobertura por serviços de saúde, à ampliação das ações de imunização; de assistência à gestação, parto e puerpério; e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2003).

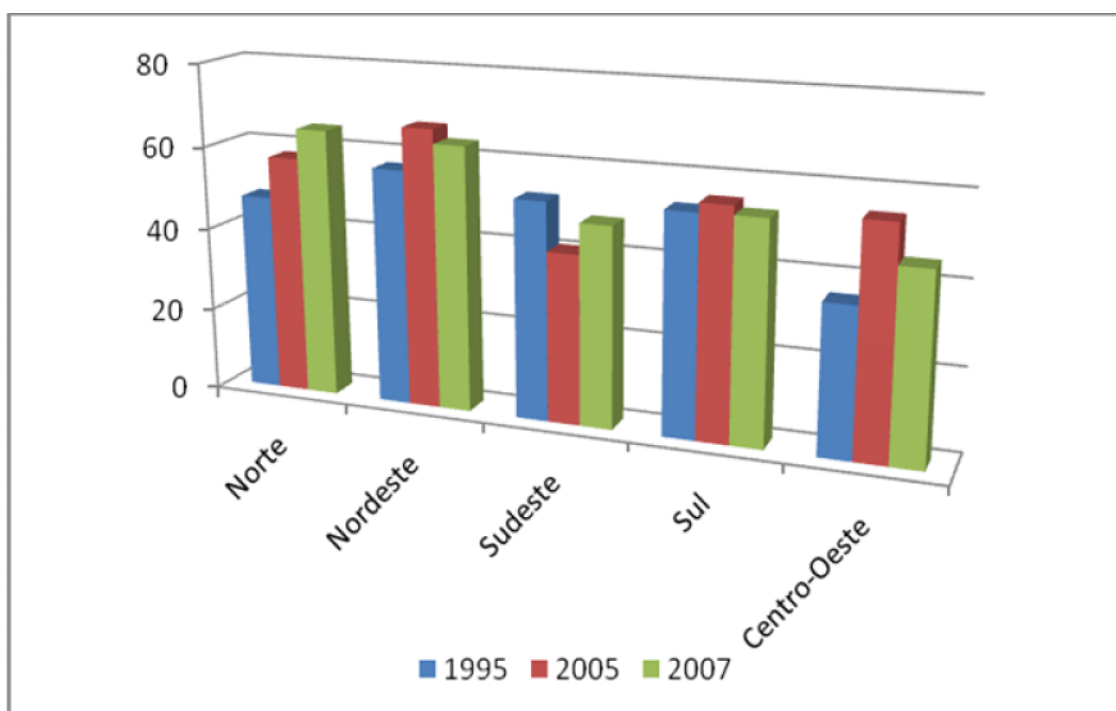
Dados do IPEA mostram que a velocidade de redução da mortalidade infantil desacelerou com o passar dos anos, passando de -5,2% ao ano entre 1990 e 1995 para -4,2% ao ano entre 1995 e 2000. Vale ressaltar que, a região Nordeste apresentou maior queda na mortalidade infantil, sendo registrado entre os anos de 1990 e de 2000 redução de quase 40% (de 73,4 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 44,7, em 2000) (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2003).

A diminuição da mortalidade infantil está ligada, principalmente, ao fortalecimento da atenção básica em saúde como ordenador do sistema, contando com expansão do PACS e PSF, programas responsáveis pelo acompanhamento de gestantes e crianças. Os municípios, que implementaram esses programas,

conseguiram efetivamente que suas gestantes realizassem o pré-natal e que o peso de suas crianças fosse monitorado, de modo a combater a desnutrição infantil.

Com relação à mortalidade materna, mesmo havendo aporte de recursos do Projeto Reforsus às gestantes de alto risco, com estruturação da referência hospitalar e compra de equipamentos para monitoramento fetal, não houve efetiva mudança nos patamares de mortalidade. Pelo contrário, exceto a região sudeste, todas as regiões apresentaram aumento do coeficiente quando analisamos os anos de 1995 e 2005, conforme ilustra o Gráfico 17.

GRÁFICO 17 – Coeficiente de Mortalidade Materna, Distribuído por Região.



Fonte: Gráfico construído a partir de dados disponibilizados pelo Datasus (2009).

O Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados foi contemplado pelo Programa de Infra Estrutura Física e Organização da Hemorrede, vindo a ser um dos focos de atenção do Projeto Reforsus, que pretendeu atender a três de suas metas, a saber: conclusão dos Hemocentros Coordenadores, nas capitais brasileiras; interiorização da rede, por meio de construção, adequação de ambientes e aquisição

de equipamentos; e implantação de Centros de Referência de tratamento de pacientes hematológicos, em Hemocentros Coordenadores⁷².

O Projeto de Reequipamento Hospitalar insere-se em um programa mais amplo de apoio e melhoria da capacidade e eficiência do SUS, que tem como objetivo recuperar e modernizar o parque de equipamentos médico-hospitalares de alta tecnologia. Voltado para o incremento de ações dirigidas a agravos específicos, o Projeto de Reequipamento buscou contemplar a assistência ao paciente com câncer – terceira maior causa de mortes no Brasil, com contínuo crescimento na sua incidência apesar, paradoxalmente, da atual fase de grandes avanços nas áreas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamentos. O Projeto de Reequipamento recebeu R\$ 214,99 milhões, dos quais 60,73% foram para a região sudeste, que, historicamente, funciona como referência para o país nos atendimentos de alta complexidade (BUSTANI et al, 2004, p. 119).

Apesar de todo esforço, realizado no sentido de construir um processo de organização espacial da atenção à saúde da população segundo sua necessidade, o Projeto Reforsus não se conseguiu ultrapassar a barreira estabelecida pela lógica histórica do investimento dos serviços de saúde no Brasil. No final, os investimentos na média e alta complexidade acabaram reforçando o antigo modelo assistencial e seguindo a série histórica de capacidade instalada existente, o que significa que seu desenho atendeu, muito mais, aos interesses estabelecidos a partir da oferta de serviços, do que à desconcentração de recursos baseada nas reais necessidades da população.

⁷² Informações disponíveis no site www.reforsus.saude.gov.br. Acesso em: 08 de julho de 2008.

6.3 Investimentos em Saúde como Indutor de Melhorias na Rede de Atenção à Saúde no Brasil

No decorrer do século XX houve um intenso alargamento da rede brasileira de serviços de saúde, sobretudo a partir da década de 1960, quando os avanços da ciência corroboraram para a incorporação de tecnologias, especialmente para meios de diagnóstico e terapia.

Na década de 1960, havia 2.125 unidades de saúde no Brasil. Apesar de existirem unidades ambulatoriais, a maioria dos serviços era hospitalar, como os sanatórios e as santas casas de misericórdia. A partir dessa década o governo brasileiro começou a investir na rede física de saúde e incrementou até o ano de 1980, um total de 1.987 hospitais; 1.025 unidades voltadas para diagnóstico e terapia; e 5.206 unidades básicas de saúde. A década de 1980 foi marcada por um processo acelerado e desordenado de incorporação de tecnologias na assistência médico-hospitalar. Só nessa década, 13.043 novas unidades abriram suas portas, sendo: 1.132 unidades hospitalares; 1.190 unidades de diagnóstico e terapia; e 10.721 unidades de atenção primária (PESSÔA, 2006).

Os dados apresentados comprovam uma expressiva expansão da rede física de serviços de saúde no país, pois, em apenas 30 anos, houve um incremento de quase dez vezes o número de serviços existentes em 1960. Porém, devemos refletir sobre o impacto que esses novos serviços trouxeram à saúde da população, utilizando, como base para reflexão, tudo que foi dito até aqui sobre o financiamento de ações e serviços por parte do governo brasileiro e vale lembrar o financiamento de empresas privadas; o pagamento descontrolado de procedimentos; e os escassos recursos de controle e avaliação dos gastos, em relação aos efeitos na saúde da população, tendo como pano de fundo um modelo de saúde voltado somente à parcela da população inserida no mercado de trabalho formal.

Foi nesse panorama que se deu a estruturação inicial da rede de serviços do SUS, a partir de sua criação em 1988. A rede SUS, boa parte herança do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), refletiu as incoerências do antigo modelo de saúde, de caráter assistencial e com serviços concentrados nas regiões metropolitanas. O crescente aumento da rede física da saúde pública no Brasil, principalmente após a criação do SUS, representa uma maior oferta de serviços de saúde à população. No entanto, vale refletir se esses serviços foram disponibilizados de modo a ampliar o acesso de forma equânime a todos os brasileiros.

Nos períodos de 1987 a 1992 e de 1992 a 1999, os estabelecimentos de saúde de natureza municipal experimentaram uma taxa geométrica de crescimento anual, muito superior aos demais tipos de unidades de saúde, sobretudo com a transferência de estabelecimentos federais e estaduais, passando a representar 92% da oferta de serviços públicos. Essa inegável expansão dos estabelecimentos de saúde, no entanto, não se processou homoganeamente, mas de forma diferente em cada região do país (OLIVEIRA, 2005). Segundo Pessoa (2005), a expansão acelerada e desordenada de unidades de saúde, nas décadas de 1980 e de 1990, seja na atenção básica ou na média e alta complexidade, resultou no incremento de mais de 31 mil novas unidades de saúde vinculadas ao SUS.

TABELA 08 – Número de Estabelecimentos Públicos de Saúde, em Maio de 2009, por Unidade da Federação.

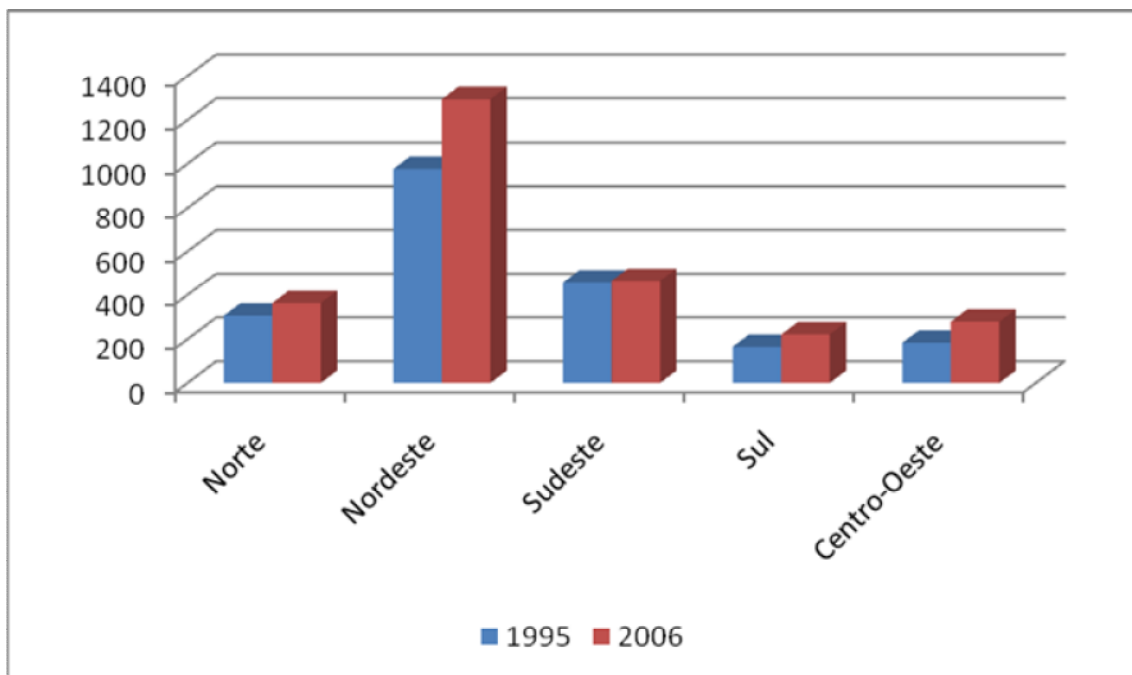
UF	GERAL	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	HOPITAL GERAL	HOSPITAL ESPECIALIZADO
AC	345	167	12	04
AL	1286	703	11	06
AP	250	60	03	02
AM	797	415	13	13
BA	5296	2705	215	22
CE	2648	1414	104	08
DF	224	101	17	01
ES	1204	641	19	05
GO	1786	1085	152	07
MA	2576	956	110	17

MG	1418	684	58	01
MS	837	451	33	01
MG	7657	3978	117	12
PA	2159	692	76	09
PB	2111	1232	67	14
PR	3363	1516	146	06
PE	3071	1824	74	15
PI	1582	787	56	06
RJ	3177	1435	93	58
RN	1371	590	53	09
RS	3208	1529	46	06
RO	539	185	17	04
RR	286	103	08	02
SC	2353	1360	29	08
SP	7529	4144	132	40
SE	782	436	13	02
TO	505	303	48	01
TOTAL	58360	29496	1722	279

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados do CNES/Datasus (2009).

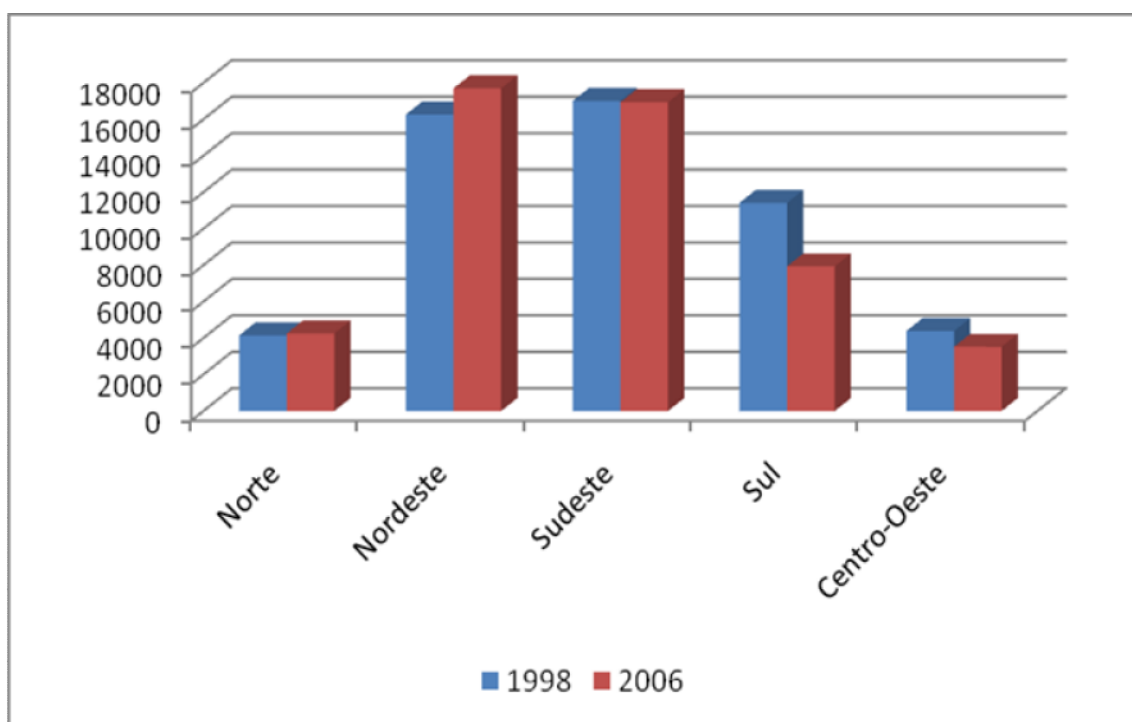
Atualmente, o SUS conta com uma rede de serviços públicos que totaliza 58.360 estabelecimentos. A partir da observação da Tabela 08, pode-se afirmar que grande parte dos estabelecimentos públicos (29.496) presta atenção primária à saúde, fato que só vem confirmar a mudança, no modelo de atenção, implementada, desde 1988, com a criação do SUS. Os dados ratificam a mudança de paradigma no setor saúde, que estabelece que a “porta de entrada” do sistema são as unidades básicas de saúde e não mais os serviços hospitalares, como acontecia na década anterior. Vale, ainda, chamar atenção para a expansão da Estratégia Saúde da Família, que, tendo sido incentivada com de recursos do Projeto Reforsus no início de sua implementação, só veio a fortalecer a atenção primária, com a criação de aproximadamente 31.500 equipes desde sua criação em 1994.

GRÁFICO 18 – Número de Hospitais Públicos de Saúde em 1995 e 2006, Distribuídos por Região.



Fonte: Datasus (2009).

GRÁFICO 19 – Número de Estabelecimentos Ambulatoriais Públicos de Saúde em 1998 e 2006, Distribuídos por Região.



Fonte: Datasus (2009).

São imensas as dificuldades de acesso dos usuários, aos serviços de saúde em determinadas regiões do país, e estes se encontram dispersos em todo o vasto e diversificado território nacional. A partir dos dados apresentados, observa-se que as realidades sanitárias, de cada uma das regiões, são bastante distintas. Portanto, há que se considerar, na questão de distribuição dos recursos, a grande diversidade regional do país, para realizar o planejamento da distribuição dos recursos de modo a promover a equidade fundamental no setor saúde. Ao analisarmos os Gráficos 18 e 19, observamos que o número de estabelecimentos de saúde, seja hospitalar ou ambulatorial, é superior nas regiões sudeste e nordeste.

Quando ponderamos sobre o Gráfico 18, a situação é um pouco diferente. A região nordeste condensa, em seu território, quase 1.000 hospitais, quantidade muito superior às demais regiões. A região sudeste ocupa a segunda colocação, mas atinge pouco mais de 400 unidades hospitalares. Já o norte do país, região de maior extensão territorial e menor densidade demográfica, apresenta cerca de 300 hospitais públicos. Em 2006, a situação não era muito distinta, sendo observado um pequeno crescimento em todas as regiões.

Vale ressaltar que esses dados são disponibilizados pelo Datasus, com base na unidades hospitalares que estavam em funcionamento na época, e, como o projeto não investiu em novas construções – apenas naquelas que estavam inacabadas ou em reformas e adequações –, não se pode atribuir, ao projeto, a responsabilidade pela expansão da rede hospitalar, mas sim pela ampliação dos serviços oferecidos. Em relação aos estabelecimentos ambulatoriais, a análise dos dados ficou comprometida, uma vez que as informações mais antigas datam de 1998.

A inobservância das desigualdades regionais vem traçando, para o setor saúde, um quadro de injustiça e exclusão social. Esta situação torna-se ainda mais óbvia quando é verificada a relação do número de serviços: as regiões norte, nordeste e centro-oeste apresentam, na distribuição dos serviços, um número inferior comparando-se com as outras regiões. Naquelas regiões constatam-se os piores

indicadores de saúde, o menor acesso aos serviços e, conseqüentemente, as populações menos assistidas por políticas públicas.

QUADRO 03 – Número de Estabelecimentos Públicos de Saúde, em Maio de 2009, por Região.

REGIÃO	QUANTIDADE
NORTE	4.881
NORDESTE	20.723
SUDESTE	19.567
SUL	8.924
CENTRO-OESTE	4.265
TOTAL	58.360

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados do CNES/Datasus (2009).

O Brasil apresenta uma enorme complexidade quando se propõe a garantir o acesso, de toda sua população, aos serviços de saúde. Com os seus mais de 190 milhões de habitantes⁷³, distribuídos de forma irregular, o país possui áreas urbanizadas com uma complexa rede de serviços e infra estrutura fundamentada em tecnologia de ponta, em contraste com outras áreas de características rurais, que, quando dispõem de serviços, contam apenas com aqueles de atenção primária.

Ao observar o Quadro 03, constata-se que há uma disparidade na distribuição das unidades de saúde pelo território nacional, sendo as regiões norte e centro-oeste as menos providas de serviços. Este fato compromete o acesso da população aos serviços de saúde, principalmente quando nota-se que estas regiões fazem parte da Amazônia Legal – área de larga extensão territorial, baixa densidade demográfica e diversas barreiras naturais. O Governo Federal estabeleceu, em 2003, o Plano Amazônia Sustentável, com incentivos para o desenvolvimento da Amazônia Legal⁷⁴. Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu o Plano de Saúde da Amazônia

⁷³ Informações disponíveis no site www.datasus.gov.br, referente à projeção da população brasileira para o ano de 2007. Acesso em 02 de agosto de 2009.

⁷⁴ A Amazônia Legal foi instituída através de dispositivo de lei para fins de planejamento econômico da região amazônica. Engloba os seguintes estados: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e parte do Maranhão, a oeste do meridiano de 44°. A área da Amazônia Legal perfaz uma superfície aproximada de 5.217.423 km², o que corresponde a aproximadamente de 61% do território brasileiro. Pertencem à Amazônia Legal mais de 2/3 das fronteiras geográficas do país. O Plano Amazônia Sustentável foi lançado em maio de 2003, pelo Presidente da República Luís Inácio Lula da

Legal, visando a promover ações estratégicas para ampliação do acesso e melhoria dos serviços de saúde na região. Entretanto, apesar do esforço de gestores e técnicos que reconhecem as necessidades do local, pouco se conseguiu avançar para a redução das desigualdades apresentadas.

Ao olharmos o território brasileiro, observa-se que quanto menor a densidade demográfica, maior a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. As regiões, cujos municípios possuem maior média de extensão territorial, tendem a apresentar maiores distâncias entre suas sedes, dificultando o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, seja no município ou no estado em que residem. Como consequência, tem-se o aumento dos custos *per capita* da atenção à saúde. Um exemplo claro deste argumento são os municípios e estados da Amazônia Legal. Em virtude das distâncias e barreiras geográficas, a região possui um alto custo de saúde, pois utilizam boa parte dos recursos para fretamento de aviões (que fazem a remoção de pacientes) e para o pagamento do Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Os investimentos em saúde tendem a fortalecer os municípios de maior porte populacional, com maior capacidade instalada e porte de recursos. É possível perceber uma tendência de manter padrões de indução de investimento, que já estão descritos para o Brasil como um todo e que reproduzem iniquidades no espaço intra e inter regional.

As dimensões da desigualdade em saúde são atribuídas a diferentes determinantes, podendo corresponder a um conjunto de fatores interligados às condições de saúde e adoecimento, que definem o padrão de morbi-mortalidade dos diferentes grupos sociais e/ou as diferenças na distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

A tendência, de que a região centro-sul do país concentra a maior parte da estrutura econômica, induz que os serviços públicos e privados se localizem nos

Silva, no qual foram definidos cinco eixos prioritários: produção sustentável com tecnologia avançada; novo padrão de financiamento; gestão ambiental e ordenamento territorial; infra-estrutura para o desenvolvimento; inclusão social e cidadania (www.integracao.gov.br. Acesso em: 12 de maio de 2009).

principais pólos da economia, reproduzindo este padrão para os serviços de saúde. Formando o que Oliveira (2005) denomina de “ilhas de acumulação econômica”, independentemente de sua localização geográfica, há também uma estrutura de saúde, que se organiza de forma a concentrar a atenção especializada para todas as regiões. O padrão de desigualdade regional interfere diretamente na alocação de recursos do SUS.

Os resultados de saúde precisam ser melhorados e, para isso, é necessário tornar mais eficientes o financiamento e a gestão do sistema de saúde. Com ênfase nos aspectos de equidade regional, tenta-se racionalizar o uso dos recursos disponíveis e solucionar o problema da iniquidade entre os gastos em saúde. As questões apresentadas devem compor uma agenda política dos gestores do SUS, nas três esferas de governo, visando ao aperfeiçoamento do processo de alocação de recursos. A redução de desigualdades não é tarefa simples. Portanto, o primeiro passo nesta direção seria a identificação das dificuldades e desigualdades enfrentadas por estados e municípios na organização de seus sistemas, de modo a produzir respostas efetivas.

Concordamos com o Ministério da Saúde quando este afirma que a redução das desigualdades passa, necessariamente, pela política de investimentos, pois, sem investimentos não é possível reduzir a diferença de infra estrutura e tecnologia entre as regiões. Na alocação dos recursos públicos destinados à saúde, é fundamental que sejam evitadas injustiças e distorções ocorridas no passado, distorções como: investimentos mal direcionados; baixa relevância das ações; e inexistência de avaliação da eficiência e eficácia dos investimentos (BRASIL, 2004b).

Na prática, ineficiências históricas em investimentos em saúde vêm sendo observadas. Tradicionalmente, nota-se um conjunto de ações isoladas e pouco eficazes, contribuindo para manter a ineficiência do sistema. Historicamente, no Brasil, as políticas de investimento em saúde se caracterizam, entre outros pontos, pela falta de integralidade e pela dificuldade na definição de focos. Esses problemas são

agravados pela carência de uma avaliação sistemática quanto à execução e aos impactos dos projetos de investimento.

Até o presente momento, os critérios de alocação de recursos desenvolvidos não conseguiram lidar com as desigualdades observadas. Como forma de coibir tais distorções, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a) criou parâmetros de alocação de recursos. Para conciliar os objetivos do governo à diminuição das disparidades regionais. É essencial harmonizar os critérios de análise dos investimentos no sentido de manter, o mais homogêneo possível, o processo de priorização de projetos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b p. 40) investimento em saúde é:

Toda aplicação de recursos, próprios ou de terceiros (inclusive aqueles provenientes do exterior), que contribuam para aumentar o estoque de capacidade técnica do complexo produtivo da saúde, utilizada na melhoria da qualidade de vida da população. Tal estoque de capacidades inclui não somente o capital físico como também a força de trabalho.

No decorrer deste estudo, pôde-se averiguar que, nos últimos anos, o foco dos investimentos esteve concentrado no aumento da capacidade da oferta de serviços, com a ampliação da rede ou a incorporação de tecnologias. Ainda que significativo, o investimento em estruturas voltadas para a produção de obras, equipamentos e capacitação, tal como foi o caso do Projeto Reforsus, ainda é considerado bastante reduzido frente às necessidades do sistema de saúde.

Carvalho (2003, p. 320) afirma em seu estudo que:

Dinheiro para a saúde é imprescindível, mas não garante, sozinho, a melhor eficiência e eficácia. Não melhora o relacionamento médico-paciente, a indicação correta de medicamentos, exames, pareceres, etc.

A demanda por serviços de saúde é enorme e a escassez de recursos, juntamente com a necessidade de buscar formas mais eficientes de oferta, tem consolidado a avaliação econômica como elemento indispensável para alcançar a eficiência. Dessa maneira, a realização de uma avaliação detalhada e crítica é

essencial para a tomada de decisão quanto à alocação de recursos, de modo a maximizar a oferta de serviços de saúde. Para uma boa aplicação do dinheiro público é necessário um planejamento preciso das ações. Planejar significa decidir o que fazer e acompanhar sua execução, corrigindo decisões tomadas e avaliando os resultados. Deste modo, abre-se a possibilidade de fornecer serviços de qualidade para toda a população, com uma distribuição dos recursos conforme suas necessidades reais.

A experiência tem demonstrado a necessidade de serem alocados recursos, dos fundos disponíveis para investimento, estabelecendo um limite máximo inicial para cada região e para as Unidades da Federação (UF). Por sua vez, esse limite deve não somente atender a critérios de alocação *per capita*, mas também a critérios que ponderem sobre: o perfil epidemiológico das regiões; a capacidade instalada; a sustentabilidade do investimento; e a universalidade do acesso. Para tanto, é fundamental que uma política de investimentos seja capaz de fortalecer a oferta pública de bens e serviços, prevendo mecanismos que permitam a implementação de um processo de avaliação de resultados e impactos, a serem verificados, na população e na rede de serviços de saúde, e comprovados por meio de indicadores epidemiológicos e assistenciais.

Para a redução das iniquidades na alocação de recursos financeiros, bem como na oferta e na utilização de serviços, ainda são necessárias políticas de investimentos, que melhorem o acesso e a utilização dos serviços de saúde, levando em consideração: a oferta; as necessidades de saúde da população; e as suas diferentes condições de adoecimento e agravo. Segundo Lucchese (2001), entende-se por processo alocativo o conjunto de atividades que regulam e viabilizam a realização da distribuição de recursos financeiros federais e que organizam racionalmente, por meio de procedimentos, normas, regras e práticas político-institucionais, os insumos necessários para sua consolidação.

Ao considerar uma alocação de serviços baseada nas necessidades locais, tem-se, como questão de fundo, a descentralização e a regionalização de

ações e serviços. De acordo com Martins (2004, p. 03), a regionalização significa implantar serviços e ações de saúde, em um espaço definido, de maneira organizada e integrada, aumentando a capacidade resolutiva sem sobreposição ou desperdício de recursos. A integração regional possibilita que a região sanitária possa assumir a condição de “célula do sistema”, prestando assistência à população, segundo a distribuição territorial.

Atualmente, a redução das desigualdades existentes no SUS depende de maior disponibilidade de recursos financeiros para o setor de saúde. É fundamental que haja uma política redistributiva na alocação de recursos, entre esferas de governo, e uma organização, da rede de serviços, voltada para garantir o acesso, com distribuição espacial desses serviços e adequação da oferta às demandas locais. Esta passagem depende de um compromisso com o princípio constitucional de equidade na formulação e implementação das políticas de saúde (TRAVASSOS, 1997).

No Brasil, durante os anos noventa, a discussão da equidade, na distribuição dos recursos para o financiamento do sistema de saúde, foi relegada a segundo plano, face à urgência de garantir recursos suficientes para implementar a reforma setorial alcançada na Constituição Federal de 1988. O financiamento da saúde tornou-se inquietação central e foi amplamente analisado, identificando fontes e mecanismos regulares de repasses para garantir o custeio das ações e serviços do SUS. No entanto, a discussão, do princípio de equidade na forma de participação no custeio do sistema, foi adiada diante da instabilidade na estruturação do processo de implantação do novo modelo de proteção social, que, por sua vez, foi totalmente descaracterizado, ao final da década, por inovações na gestão da política governamental (LUCCHESI, 2001).

Entre os desafios, para a concretização de uma repartição equitativa de recursos federais, destacam-se: a promoção de condições e oportunidades para que os gestores implantem a descentralização do SUS em seu território e o

redimensionamento e redefinição do perfil da oferta de serviços para a configuração de redes de saúde acessíveis a todos os cidadãos brasileiros (LUCCHESI, 2001).

No Brasil, os projetos de investimentos são momentos específicos, de alocação de recursos, nos quais, de modo intenso e com o objetivo de implantar novos modelos de atenção ou de gestão, investe-se em execução de obras, aquisição de equipamentos e qualificação de recursos humanos. Uma distribuição equânime de recursos deve considerar a grande diversidade regional do país, nos aspectos geográfico, demográfico, econômico, social e sanitário. Assim, na distribuição de equipamentos e recursos humanos, deve ser considerada a distribuição geográfica da população.

Locais que apresentem menor oferta de serviços de saúde em função da capacidade instalada ser inferior à demanda; aqueles e de incorporação tecnológica, com necessidade de recursos humanos especializados; os que concentrem populações historicamente em situação de vulnerabilidade; e aqueles cuja densidade demográfica esteja bem abaixo da média do país, deverão ser beneficiados. O principal objetivo do investimento, nos próximos anos, será o de assegurar universalidade, qualidade e equidade da atenção à saúde da população, por meio de reformulação da estruturação dos serviços.

Os recursos, destinados a investimento, devem ser repassados com o objetivo de adequar a oferta naquelas regiões onde há deficiências. Ou seja, os investimentos devem ser descentralizados em um processo de planejamento estratégico. O objetivo central, de toda metodologia que proponha um repasse mais equitativo, é melhorar a fórmula de distribuição de recursos baseada nos critérios de repasse *per capita* (NUNES, 2004 p. 19).

De um modo geral, o trabalho separa os recursos de custeio dos investimento. Na distribuição dos recursos para custeio são aplicados critérios de distribuição considerados equitativos, levando em conta as especificidades de cada local, como características populacionais e epidemiológicas, e a oferta de serviços de

saúde. Já os recursos de investimentos devem ser repassados com o objetivo de adequar a oferta naquelas regiões onde há deficiências.

Considerando a urgência de reduzir as desigualdades existentes no setor saúde, este estudo buscou fornecer subsídios para uma melhor compreensão acerca do processo de alocação dos recursos do Projeto Reforsus, analisando se estes contribuíram para a promoção da equidade de acesso a serviços de saúde, a partir do seguinte pressuposto: projetos de investimento, que prevêm uma distribuição equitativa de recursos, precisam reconhecer as diferenças e especificidades locais, para que a alocação de recursos seja orientada a reduzir as desigualdades em saúde e a promover a melhoria no dimensionamento das redes de saúde no país.

A experiência brasileira de implantação do processo de reforma setorial, fortemente marcada pela expectativa da capacidade inovadora de ações e serviços e da regulação pública por meio da sociedade e do Estado, tem gerado evidências de que uma política de investimentos, orientada para o fortalecimento e a qualificação do SUS, pode suscitar efeitos na efetividade do sistema de saúde. É verdade que ainda faltam muitas lacunas e obstáculos para ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência no país, consolidando o Sistema Único de Saúde. Ainda serão necessários muitos recursos e um grande número de iniciativas. O processo de implementação do SUS deve ainda percorrer um longo caminho para diminuição das iniquidades.

Numa política de alocação equitativa, os recursos devem ser distribuídos em função das necessidades populacionais, a serem dimensionadas pelo perfil demográfico, epidemiológico e socioeconômico de cada área. Entretanto, a despeito da melhoria observada no acesso aos serviços de saúde nesses últimos anos, o funcionamento do SUS está longe da eficiência e eficácia desejadas, permanecendo ainda bastante injusto. As desigualdades regionais persistem, cabendo reavaliar as distorções observadas para que as propostas de melhorias sejam focadas na resolução dos problemas existentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), inspirada nos modelos dos sistemas nacionais de proteção social “welfaristas”, se deu, no Brasil, em um período histórico no qual o setor privado já estava largamente consolidado. Na gênese do SUS houve um expressivo movimento sanitário, em meados da década de 1970 e 1980, marcado pela resistência ao regime autoritário. As demandas sociais, como o direito à liberdade e ao acesso a bens coletivos, foram apontadas pela sociedade como condição *sine qua non* para a redução das desigualdades de renda e de acesso aos serviços públicos.

Antes da Constituição Federal de 1988, o Brasil tinha uma política de saúde que não promovia a diminuição das desigualdades; não atendia aos propósitos da universalização e da equidade; e era excludente quanto à participação e ao controle social. O sentido não redistributivo, da política de saúde do Estado brasileiro daquela época, era evidenciado pelo fluxo dos recursos entre os diversos segmentos do complexo médico-industrial e pela distribuição desses recursos (CORDEIRO, 1985).

O debate teórico e político precisou lidar com o paradigma histórico do setor saúde da diferenciação entre a assistência médica previdenciária e a saúde pública. Em 1990, as Leis n. 8.080 e n. 8.142 foram responsáveis pela definição de pressupostos institucionais que, juntamente com as Normas Operacionais Básicas, integraram o processo de implantação da nova política de saúde no Brasil. Foram instituídos fóruns de negociação e deliberação dos novos atores políticos (Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite), e instâncias de participação e controle social (Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde).

O SUS, como apresentado na Constituição de 1988, ainda é um ideal a ser alcançado, principalmente no que tange à igualdade no acesso e à qualidade da atenção. É de extrema complexidade analisar as relações intergovernamentais da

política de saúde nos anos noventa, uma vez que estão presentes questões preocupantes para a consolidação das políticas sociais no país. Neste contexto, reconhece-se a relevância da formulação de políticas e programas como estratégias de transformação do modelo de atenção, tendo como pressupostos a identificação e a análise dos problemas de saúde, suscitadas a partir da reflexão das diversas realidades regionais e sociais e das necessidades dos diversos grupos populacionais.

O ajustamento da nova política de saúde, centrada na universalidade, tem gerado novas e crescentes tecnologias, saberes e práticas, de promoção da melhoria das condições de vida das populações, compartilhando a oferta e a demanda de atenção na procura da integridade do sistema público. Em virtude da intensa mobilização de diferentes atores sociais (usuários, profissionais, gestores, políticos), foi possível viabilizar a garantia de recursos para efetivação do SUS, mas mesmo alcançando vitórias árduas, os valores disponíveis ainda não são suficientes para ofertar um serviço de qualidade aos usuários, que atualmente contam exclusivamente com os serviços do SUS, muito menos para toda a população brasileira, conforme está disposto na Constituição Federal.

O movimento sanitário, que culminou na instituição do SUS, correu na contracorrente das reformas de cunho neoliberal disseminadas mundialmente na década de oitenta. Naquela época, as agências internacionais, baseadas no conceito de ajuste estrutural, criticavam a proposta do acesso universal a todos os serviços de saúde nos países em desenvolvimento e o Banco Mundial (BIRD) era o principal defensor de um pacote de serviços para o mercado de serviços de saúde. No receituário do Banco Mundial, ao serviço público caberia somente atuar sobre as condições de saúde dos grupos sociais incapazes de atender às ofertas do mercado.

Nesse contexto, a concepção da modernização e da reforma do Estado aparece como fator positivo para a descentralização das políticas públicas. Contudo, a necessidade de adotar estratégias de ajuste econômico mostrou-se antagônica ao

acréscimo nos investimentos públicos, o que permite a compreensão dos tropeços na execução do SUS como política pública.

A partir da década de oitenta, a economia da saúde baseada nos princípios da focalização passou a nortear a ação do Banco Mundial, contrapondo-se à saúde pública, que orientou historicamente as iniciativas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (MELO; COSTA, 1994). O SUS foi alvo de críticas alimentadas pelos neoliberais, e teve que se submeter às propostas acenadas pelas agências internacionais.

As evidências, apresentadas ao longo deste estudo, demonstram que os obstáculos, enfrentados no decorrer da implementação do SUS, no que diz respeito ao seu financiamento e investimentos, foram fruto de fatores pautados, essencialmente, pelas políticas de ajuste macroeconômico, implementadas nas décadas de oitenta e noventa. É nesse cenário que o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Projeto Reforsus) foi concebido.

Em um país continental como o Brasil, e de extrema desigualdade social e regional, vivencia-se o desafio de se conseguir melhorar o desempenho das políticas sociais e, conseqüentemente, otimizar os gastos sociais. É imperativo delinear programas e políticas sociais mais eficientes, voltados à equidade e promotores da cidadania, com benefícios efetivos para as populações historicamente excluídas.

No setor saúde, a situação não é diferente. Existem discrepâncias gritantes entre os serviços, quando analisada a rede municipal, estadual e regional. Uma política de saúde universal, como é o caso do SUS, precisa ser capaz de ultrapassar as barreiras de acesso hoje existentes por falta de recursos e ineficiência de gestão. Dessa forma, é essencial que o financiamento para manutenção do sistema e os investimentos para ampliação da rede sejam priorizados e discutidos de maneira a considerara as peculiaridades locais e regionais, pois somente assim teremos uma

política de saúde equânime, seja no financiamento ou no acesso às ações e serviços, estabelecendo mecanismos mais justos de alocação de recursos.

A desigualdade na oferta de serviços é um grave problema do SUS. A dimensão das desigualdades no acesso aos serviços de saúde deve dimensionar a estrutura do sistema de saúde, pois a organização dos serviços impacta diretamente no perfil de heterogeneidades. Entretanto, a concentração dos serviços nas regiões mais abastadas coloca em risco os princípios da universalidade e da equidade, prejudicando o acesso dos usuários ao sistema de saúde.

Atingir um mesmo patamar de saúde entre as regiões de um país é um alvo que transcende o desígnio de ação dos serviços. Em seu percurso, o SUS vem exigindo um arranjo organizacional harmônico com as distintas realidades e necessidades do país, além do delineamento de estratégias cooperativas de gestão. Neste sentido, um desafio está colocado: o de manter o foco nos princípios doutrinários e organizativos que caracterizam o SUS, com ênfase nos aspectos de equidade, mesmo perante a carência de recursos.

Dessa forma, os governos (federal, estaduais e municipais) devem direcionar seus esforços para amenizar as desigualdades, trazendo à realidade novos componentes que possam fortalecer a gestão. Portanto, iniciativas para o enfrentamento dos problemas na distribuição de recursos e serviços, rumo à equidade, devem ser reforçadas, sem, é claro, negligenciar as regiões onde existem melhores níveis de desenvolvimento.

Considerado determinante na relação entre vida e morte, o acesso aos serviços de saúde impacta diretamente na qualidade de vida da população, seja na promoção da saúde ou na prevenção e tratamento de doenças, visando a reduzir a mortalidade e a aumentar a expectativa de vida (TRAVASSOS, 1997). A ampliação e a melhoria do acesso aos serviços de saúde exercem uma influência importante na situação de saúde de uma sociedade, podendo produzir benefícios para o seu desenvolvimento. Por isso, apoiar projetos de investimentos, que possam agregar

iniciativas e obter financiamento para áreas críticas, como estruturação da rede de serviços, pode significar o sucesso dos programas e projetos de saúde.

Os projetos de investimentos em saúde possuem enorme potencial para o fortalecimento do SUS e a promoção da equidade. Porém, no que tange ao desenho adotado pelo Governo Federal (na figura do Ministério da Saúde), dos projetos de investimento recentes, com vistas à racionalização de recursos e focalização da assistência, estes vêm sendo implementados de modo desigual. Apesar dos esforços dos gestores federal, estaduais e municipais, os projetos de investimentos terminam por contribuir para a iniquidade na distribuição dos recursos físicos e tecnológicos, mesmo sendo importantes para a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A questão chave deste estudo gira em torno de saber se a implementação de projetos de investimentos em saúde, baseados em critérios e parâmetros capazes de alocar recursos financeiros de forma equânime, podem promover a ampliação da rede de serviços e a incorporação de tecnologias, possibilitando o aumento do acesso da população às ações e serviços de saúde. Como dito anteriormente, o trabalho analisou o Projeto Reforsus, de modo a verificar seu potencial na promoção da equidade em saúde no Brasil.

No decorrer da pesquisa, houve uma grande dificuldade na padronização e na obtenção de algumas informações, principalmente quanto à obtenção de dados anuais com objetivo comparativo. Esses percalços dificultaram a análise mais detalhada dos dados.

Porém, tendo em vista que o objetivo principal deste estudo é analisar se o Projeto Reforsus foi responsável pela promoção da equidade no acesso aos serviços, pode-se afirmar que ele proporcionou condições para ampliação do acesso, mas não garantiu a sua equidade, uma vez que investiu de forma desigual entre as regiões e estados, baseado em critérios distributivos definidos pela demanda político econômica, em detrimento das reais necessidades da população.

Houve um saldo positivo para a rede de serviços dos SUS, em que pese a implementação do Projeto Reforsus, principalmente na ampliação do acesso. Não há dúvida de que a cobertura dos serviços de saúde no Brasil aumentou. O projeto possibilitou uma melhoria na atenção à saúde, que se refletiu na ampliação do acesso, podendo este ser verificado pela análise do número de estabelecimentos de saúde; de equipes de saúde da família; número de leitos; e número de atendimentos ambulatoriais.

O acesso aos serviços do SUS tornou-se menos desigual entre as regiões brasileiras, embora a insuficiência de oferta, sobretudo de serviços mais complexos, ainda seja um fator de restrição. Contudo, sob o ponto de vista da equidade, o acesso a esses serviços deixou a desejar. Em torno da equidade, outros componentes que dizem respeito ao enfoque do direito à saúde devem ser destacados, o reconhecimento das necessidades do indivíduo de forma não-fragmentação, da importância de uma atenção à saúde integral considerando as situações sociais, econômicas, culturais e geográficas.

Os pontos apresentados neste trabalho mostram que mesmo não deixando de reconhecer o mérito dos resultados alcançados pelo Projeto Reforsus, há ainda muito que fazer para melhorar o acesso aos serviços do sistema de saúde brasileiro. Para tanto, impõe-se ao Brasil a importância de analisar não só os problemas do SUS, mas também as oportunidades e perspectivas da política de saúde, considerando seus avanços, dificuldades e desafios, os quais requerem a adoção de medidas em defesa da equidade no acesso. O desígnio é obter os patamares mais elevados de equidade na atenção à saúde no Brasil.

O ponto nevrálgico deste trabalho é a questão dos investimentos em saúde *versus* a promoção da equidade em saúde. Orientando essa discussão está a assertiva de que não basta ter a equidade como princípio do SUS, é preciso torná-la efetiva. A distribuição equitativa de recursos, na saúde pode reduzir as desigualdades

no acesso aos serviços de saúde, porém, o que verificamos, foi a permanência de um padrão restritivo de assistência.

Partindo de todas as reflexões apresentadas e discutidas, vale lembrar que a luta por mais recursos para a área de saúde é complexa e permanente. Qualquer empreendimento prescinde de recursos financeiros para viabilização de infraestrutura, equipamentos, material de consumo e contratação de profissionais. Contudo, embora assegurados, estes sozinhos não são capazes de promover a universalidade e a equidade na saúde para todos os cidadãos brasileiros. Desse modo, é mandatório que haja compromisso dos gestores, profissionais da saúde e usuários na eficiência do uso dos recursos. Por isso, finalizamos este trabalho com uma frase de Gilson Carvalho: "dinheiro para a saúde é imprescindível, mas não garante, sozinho, a melhor eficiência e eficácia" (CARVALHO, 2003, p.320).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Celia. Equidade e Reforma Setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Vol. 18 (suplemento). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 18 out. 2007.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, Emir (org.); GENTILI, Pablo (org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. Pág. 09 – 38.

ARRETCHE, Marta. Tendências no Estudo Sobre Avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo. **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 2007, 5ª ed. Pág.: 29 - 49.

BAHIA, Lúgia. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade (org.); GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Pág.: 407 - 450.

BARATA, R. B. et al. **Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. Pág.: 83 -101.

BARROS, Elizabeth. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, 2001. Nº 02, Vol. 06. Pág.: 307 – 310.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008, 5ª ed. 213p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2008. 150p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES: Banco de Dados**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde. **Boletim Reforsus**. Brasília, out. 1998, Ano I, Nº 03.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde. **Boletim Reforsus**. Brasília, dez. 2000, Ano II, Nº 15.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde. **Boletim Reforsus**. Brasília, abr. 2001a, Ano III, Nº 19.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde. **Boletim Reforsus**. Brasília, abr. 2002a, Ano II, Nº 6.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde. **Boletim Reforsus**. Brasília, abr. 2002b, Ano II, Nº 7.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde. **Boletim Reforsus**. Brasília, mar. 2002c, Ano IV, Nº 33.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso – Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d. 108p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 300p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Aspectos Distributivos dos Gastos Públicos na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 98p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática. **Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006d. 76p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 143p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS**: olhares e vivências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 194p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. Coordenação-Geral de Investimentos em Saúde. **Critérios para Análise de Investimentos em Saúde**: manual básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 58 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. Coordenação-Geral de Investimentos em Saúde. **Diretrizes para Investimentos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 51 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. Coordenação-Geral Executiva de Projetos. **Estudos dos Investimentos em Infra-Estrutura do Projeto Reforsus**: avaliação dos modelos de execução, resultados e perspectivas para uma nova política de investimentos. Relatório Final, Volume I. Brasília, 2004c. Mimeografado, 151p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. **Documento Base do Projeto Qualisus-Rede**. Brasília, 2008. Mimeografado, 62p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. **QUALISUS: Política de Qualificação e Humanização do Sistema Único de Saúde. Versão Preliminar.** Brasília, 2003. Mimeografado, 38p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia em Saúde. **Política Nacional de Investimentos em Saúde (PNDI) – Versão Preliminar.** Brasília, 2004d. Mimeografado, 49p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Estudos e Resultados do Projeto Reforsus.** Brasília, 2005b. 23 CD-ROM.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Fundo Nacional de Saúde. **Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Programas e Projetos Mediante Celebração de Convênios e Instrumentos Congêneros: orientações técnicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 108p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestante de Alto Risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 32p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. 224p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Combate às Carências Nutricionais: PCCN.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 32 p.

BUSTANI, Ana Cristina Fonseca et al. **Estudos dos Investimentos em Infra-Estrutura do Projeto Reforsus: avaliação dos modelos de execução, resultados e perspectivas para uma nova política de investimentos.** Mimeografado, 2004. 151p.

CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde no Brasil.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. 128p.

CANO, Ignácio. **Introdução à Avaliação de Programas Sociais.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. 3ª ed. 120p.

CARVALHO, Gilson. O Financiamento Público da Saúde no Bloco de Constitucionalidade. In: ARANHA, M. I. (org.) **Direito Sanitário e Saúde Pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Vol I. Pág. 319 – 347.

CASTRO, Jorge Abrahão et al. Gasto Social e Política Macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005. Texto para Discussão Nº 1324. Brasília: IPEA, 2008. 47p.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** São Paulo: Cortez, 2006. 8ª ed. 164p.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de Projetos Sociais.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 6ª ed. 312p.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Equidade e Reformas na Saúde nos Anos 90. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Vol. 18 (suplemento). Pág.: 173-180.

COHN, Amélia. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, Nísia Trindade (org.); GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Pág.: 385 - 406.

CONILL, Eleonor Minho. Políticas de Atenção Primária e Reformas Sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Vol. 18 (suplemento). Pág.: 191-202.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, Universalidade e Equidade nas Reformas da Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, 2001. Nº 02, Vol. 06. Pág.: 319 – 328.

_____, Hésio. Financiamento do Setor de Saúde: proposta para a transição democrática. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, 1985 Nº 07. Pág.: 37 – 40.

CORDONI Jr., Luiz. Política de Saúde nos Anos 90 e a Reforma Sanitária – considerações sobre o artigo “Política de Saúde nos Anos 90: relações integovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas”. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, 2001. Nº 06. Pág.: 306 - 307.

COSTA, Nilson Rosário. A Descentralização do Sistema Público de Saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B (org.); GIOVANNI, G. Di (org.). **Brasil: radiografia da Saúde**. São Paulo: Instituto de Economia da Unicamp, 2001. Pág.: 307 – 321.

COSTA, Nilson Rosário; PINTO, Luís Felipe. Avaliação de Programa de Atenção à Saúde: incentivo à oferta ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2002. Nº 07. Pág.: 907 – 923.

COSTA, Nilson Rosário. Política Social e Ajuste Macroeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Vol. 18 (suplemento). Pág.: 13-21.

DE KADT, Emanuel; TASGA, Renato. Promovendo a Equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde. **Revista Saúde em Debate**. São Paulo: HUCITEC, 1993. 107p.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007. 25ª ed. 108p.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Dados Estatísticos de Serviços Médico-Hospitalares**. Banco de Dados. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/>. Acesso em: 27 jul. 2009.

DONABEDIAN, Avedis. Tradução de Roberto Passos Nogueira. **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro Qualitymark, 1994.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.); GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Pág.: 83 - 120.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo e EDLER, Flavio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.); GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Pág.: 59 – 82.

FAGNANI, Eduardo. Avaliação do Ponto de Vista do Gasto e Financiamento das Políticas Públicas. In: RICO, Elizabeth Melo. **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 2007. 5ª ed. Pág.: 119 - 130.

FALEIROS, Vicente de Paula. Sociedade e Estado: a crise do pacto de direitos no albor do século XXI. In: BOSCHETTI, Ivanete; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira; CÉSAR, Maria Auxiliadora; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche. **Política Social: alternativas ao neoliberalismo**. Brasília: Unb, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Política Social, 2004. Pág.: 85 – 108.

FLEURY, Sonia; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo. **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. 232p.

FLEURY, Sonia. Iniquidades nas Políticas de Saúde: o caso da América Latina. **Revista Saúde Pública**. São Paulo: Universidade de São Paulo, jun. 1995. Vol. 29. Nº 03. Pág.: 243 - 250.

GERSCHMAN, Sílvia; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In: LIMA, Nísia Trindade (org.); GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Pág.: 307 – 352.

GIOVANELLA, Lúcia. et al. Equidade em Saúde no Brasil. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, Nº 50 mar. 1996. Pág.: 13 – 22.

_____, Lúcia. et al. Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: critérios para avaliação. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, 2002. Vol. 26. Pág.: 37 – 61.

GOULART, Flávio de Andrade. Desafios ao Financiamento da Saúde no Brasil. **Revista Brasília Médica**. Brasília, 1999. Nº 36. Pág.: 43 – 46.

GOULART, Flávio de Andrade. Esculpindo o SUS a Golpes de Portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, 2001. Nº 06. Pág.: 292 – 298.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de Saúde e Escalas Geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2005. Vol. 21, Nº 4. Pág.: 1017 – 1025.

IANNI, Otávio. **Classe e Nação**. Petrópolis: Vozes, 1986. Pág.: 51 – 133.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Boletim de Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. Brasília: IPEA, Nº 02, fev. 2001.

_____. **Boletim de Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. Brasília: IPEA, Nº 06, fev. 2003.

_____. **Boletim de Políticas Sociais:** acompanhamento e análise. Brasília: IPEA, Nº 08, fev. 2004a.

_____. **Boletim de Políticas Sociais:** acompanhamento e análise. Brasília: IPEA, Nº 09, ago. 2004b.

_____. **Boletim de Políticas Sociais:** acompanhamento e análise. Brasília: IPEA, Nº 16, nov. 2008.

JARDANOVSKI, Elio; GUIMARÃES, Paulo César Vaz. Equidade e Modelos de Saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. **Revista Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, mar. 1994. Nº 42. Pág.: 10 – 15.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria. **Depoimentos e Discursos:** uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 97p.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro. Reforma do Estado e Política de Saúde: discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. **Revista Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, mar. 1996. Nº 49-50. Pág.: 34 – 43.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade (org.); GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel. **Saúde e Democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Pág.: 27 - 58.

LIMA, Nísia Trindade (org.) **Saúde e Democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504p.

LOBATO, Lenaura Vasconcellos Costa. Seguridade Social, Saúde e Equidade no Brasil: elementos para reatualizar o debate. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro, nov./dez. 2004. Pág.: 1023 – 1039.

LOBO, Thereza. Avaliação de Processos e Impactos em Programas Sociais: algumas questões para reflexão. In: RICO, Elizabeth Melo. **Avaliação de Políticas Sociais:** uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 2007, 5ª ed. Pág.: 75 – 84.

LUCHESE, Patrícia Ribeiro. Equidade na Gestão Descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2003. Nº 08. Pág.: 439 – 448.

_____, Patrícia Ribeiro (Coord.). **Processo Alocativo e Redução de Desigualdades Regionais:** equidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2001. 72p.

MAGALHÃES, Rosana. Enfrentando a Pobreza, Reconstituindo Vínculos Sociais: as lições da Ação da Cidadania contra a fome, a miséria e pela vida. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Vol. 18 (suplemento). Pág.: 121-137.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de Incentivos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002a. Vol. 18 (suplemento). Pág.: 163-171.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Estado e Saúde: a posição das agências internacionais e a experiência brasileira recente. **Revista Indic. Econ. FEE**. Porto Alegre, 2002b. Nº 04, Vol. 29. Pág.: 272 – 289.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, 2005. Nº 02, Vol. 14. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 12 ago. 2009.

MARTINS, Wagner. **Gestão e Implementação do Plano de Saúde Através da Estratégia de Integração Regional: o SUS, uma macroorganização**. Mimeografado, 2004. 5p.

_____, Wagner. Processo de Integração Regional no Estado do Rio de Janeiro: superando as desigualdades na perspectiva da integralidade das ações de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências/gestão dos serviços de saúde/secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MATTOS, Ruben Araújo. As Agências Internacionais e as Políticas de Saúde nos Anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, 2001. Nº 2, Vol. 06. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 10 dez. 2008.

MAZZOTTI, Alda Judith Alves; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998. 2ª ed. 203p.

MEDICI, André César. **O Desafio da Descentralização: financiamento público da saúde no Brasil**. Washington: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2002. 151p.

MELO, Marcus André. As Sete Vidas da Agenda Pública Brasileira. In: RICO, Elizabeth Melo. **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 2007, 5ª ed. Pág.: 11 - 28.

MELO, Marcus André; COSTA, Nilson do Rosário. Desenvolvimento Sustentável, Ajuste Estrutural e Política Social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro, IPEA, 1994. Nº 11. Pág.: 49 – 108.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Organização da Saúde no Nível Local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. Pág.: 111-132.

_____, Eugênio Vilaça. **Os grandes Dilemas do SUS: tomo I**. Salvador: Casa de Qualidade Editora, 2001a. 144p.

_____, Eugênio Vilaça. **Os grandes Dilemas do SUS: tomo II**. Salvador: Casa de Qualidade Editora, 2001b. 176p.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.) *et al.* **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. 2ª ed. 309p.

MENDES, H. W. B.; ALMEIDA, E. S. Regionalização da Assistência à Saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores. **Revista Mundo da Saúde**. São Paulo, jan./mar. 2005. Vol. 29, Nº 01. Pág.: 26 - 34.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por Uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde Centrada no Campo Relacional e nas Tecnologias Leves. Apontando mudanças para modelos tecno-assistenciais. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, 2003. Nº 65. Vol. 27. Pág.: 316 – 323.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 25ª ed. 107p.

MISOCZKY, Maria Ceci. A Agenda para Reformas do Banco Mundial e a Política de Saúde: algumas notas para reflexão. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, jun. 1995. Nº 47. Pág.: 04 – 07.

MISOCZKY, Maria Ceci. Redes e Hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, mar./abr. 2003. Pág.: 336 – 354.

MISHRA, Ramesh. Marx and Welfare. Tradução de Potyara Amazoneida Pereira Pereira. **American Sociological Review**. New Series, May 1975. Vol. 23. 27p.

NEGRI, Barjas. A Política de Saúde no Brasil nos Anos 1990: avanços e limites. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. (org.) **O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafios**. São Paulo: Sobravime, 2002. Pág.: 15 - 42.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade Social e Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Vol. 18 (suplemento). Pág.: 77-87.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A Impotência da Equidade. In: COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar e TAJER, Débora (org.). **Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2000. Pág.: 95 – 109.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Direito à Saúde na Reforma do Estado Brasileiro: construindo uma nova agenda**. Tese de Doutorado. Florianópolis, SC: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. 349p.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. A Gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Pág.: 45 - 94.

NORONHA, José Carvalho; PEREIRA, Telma Ruth e VIACAVA, Francisco. As Condições de Saúde dos Brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: LIMA, Nísia Trindade (org.); GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Pág.: 153 – 192.

NORONHA, José Carvalho; SOARES, Laura Tavares. Apolítica de Saúde no Brasil nos Anos 90. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, 2001. Nº 02, Vol. 06. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 10 dez. 2008.

NUNES, André. **A Alocação Equitativa Inter-Regional de Recursos Públicos Federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora.** Brasília, 2004. Mimeografado, 60p.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso. **O Sistema Único de Saúde, Descentralização e a Desigualdade Regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2005. 203p.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1986. Vol. 2, Nº 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 15 jul. 2009.

_____, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Pág.: 15 – 44.

_____, Jairnilson Silva. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia (org.) **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 6ª ed. Pág.: 587 - 603.

PASTTORINI, Alejandra. Intervenções Públicas para Atender a Pobreza e o Assistencialismo na Era FHC. **Revista SER Social.** Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da UnB. Brasília, jan./ jun. 1998. Nº 02, Vol. 06. Pág.: 191 - 220.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Características do Estado Versus Sociedade e Suas Relações Específicas.** Mimeografado, 2007a. 16p.

_____, Potyara Amazoneida Pereira. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 2008. 5ª ed. 215p.

_____, Potyara Amazoneida Pereira. **Perspectivas Teóricas Sobre a Questão Social no Serviço Social.** Mimeografado, 2007b. 15p.

_____, Potyara Amazoneida Pereira. Pluralismo de Bem-Estar ou Configuração Plural da Política Social Sob o Neoliberalismo. In: **Política Social: alternativas ao neoliberalismo.** In: BOSCHETTI, Ivanete; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira; CÉSAR, Maria Auxiliadora; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche. **Política Social: alternativas ao neoliberalismo.** Brasília: Unb, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Política Social, 2004. Pág.: 135 – 160.

PESSÔA, Luisa Regina (org.) **Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Pág.: 46 – 66.

_____, Luisa Regina. **Mergulho em Montes Claros: desafios da alocação de recursos na rede SUS.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2005. 174p.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde.** Brasília: IPEA, 1995. 149p.

PORTELA, Margareth Crisóstomo. Avaliação da Qualidade em Saúde. In: ROZENFELD, Suely (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. Pág.: 259 – 269.

REIS, Carlos Otávio Ocké; RIBEIRO, José Aparecido Carlos; Piola, Sérgio Francisco. Financiamento das Políticas Sociais nos Anos 1990: o caso do Ministério da Saúde. **Texto para Discussão**. Nº 802. Brasília: IPEA, jun. 2001. 27p.

RIZOTTI, Maria Luíza. As Diferentes Interpretações da Desigualdade Social no Pensamento Social Brasileiro. **Revista SER Social**. Revista Semestral do Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da UnB, jan./jun. 2000. Nº 6. Pág.: 207 - 224.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Tese de Doutorado. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2000. 267p.

ROCHA, Paulo de Medeiros. **Banco Mundial e Saúde**: a marcha liberal dos anos 90. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1999. 19p.

SALVADOR, Evilásio da Silva. **Fundo Público no Brasil**: financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). Tese de Doutorado. Brasília: Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, 2008. 395p.

SANTOS, Gabriel Ferrato. Financiamento e Investimento na Saúde Pública de 1995 a 2002. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. (org.) **O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafios**. São Paulo: Sobravime, 2002. Pág.: 391 – 410.

_____, Gabriel Ferrato. Investimentos e Reforma do Setor Saúde no Brasil: o caso do Projeto Reforsus. In: BAYMA, F.; KASZNAR, I. **Saúde e Previdência Social**: desafios para o terceiro milênio. São Paulo: Pearson Education, 2003. Pág.: 227 – 232.

SCHWARTZ, Eda; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Exclusão Social: a desigualdade do século XX. **Revista SER Social**. Revista Semestral do Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da UnB, jan./jun. 2000. Nº 6. Pág. 95 – 118.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Equidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Vol. 18 (suplemento). Pág.: 203-211.

SILVA, Lígia Maria Vieira. Organização do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, 2001. Nº 06. Pág.: 298 - 300.

SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Economia da Saúde: da epidemiologia à tomada de decisão. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. (org.) **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 6ª ed. Pág.: 533 - 565.

SOARES, Laura Tavares. **O Desastre Social**. Rio de Janeiro: Record, 2003. 121p.

SOUZA, Renilson Rehem O Financiamento Federal do SUS: mitos e verdades. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. (org.) **O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafios**. São Paulo: Sobravime, 2002. Pág.: 411 - 432.

STAHL, Karin. Política Social en América Latina. La privatización de la crisis. **Revista Nueva Sociedad**, 1994. Nº.131 MAYO-JUNIO, Pág.: 48-71. Disponível em: http://www.nuso.org/upload/articulos/2332_1.pdf. Acesso em: 18 jul. 2009.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, 2003. Nº 65. Vol. 27. Pág.: 257 – 277.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1997. V. 13 Nº 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 03 mai. 2005.

UGÁ, Maria Alicia et al. Descentralização e Alocação de Recursos no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, 2003. Nº 02. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 18 jul. 2009.

UGÁ, Maria Alicia e MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade (org.); GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Pág.: 193 – 234.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (org.) **O Sistema Único de Saúde em Dez anos de Desafios**. São Paulo: Sobravime, 2002. Pág.: 411 - 432.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias. Política de Saúde e Equidade. **Revista São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, 2003. Vol. 17. Nº 1. Pág.: 58 – 68.

WHITEHEAD, Margaret. The Concepts and Principles of Equity and Health. **International Journal of Health Services**. 1992. Nº 22. Pág.: 429 - 445.

Who Health Organization. **Official Records of the World Health Organization**, 1948. Nº 2, p. 100. Disponível em: www.who.int/about/definition/en/print.html Acesso em: 05 jul. 2009.

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 2006.

BRASIL. **Decreto nº. 4.682**. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 1923.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258**. Aprova a Norma Operacional Básica /SUS nº 01/91, constante do anexo I da presente resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Brasília, 07 de janeiro de 1991.

BRASIL. **Lei nº 8.080. Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. **Lei nº 8. 742. Lei Orgânica da Assistência Social.** Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Brasília, 07 de dezembro de 1990.

BRASIL. **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).** Tem a finalidade precípua de orientar a elaboração dos orçamentos fiscal e da seguridade social e de investimento das empresas estatais. Brasília, parágrafo 2º do art. 165 da Constituição Federal (1988).

BRASIL. **Lei Orçamentária Anual (LOA).** Visa concretizar os objetivos e metas propostas no PPA, segundo as diretrizes estabelecidas pela LDO. Brasília, parágrafo art. 165 da Constituição Federal (1988).

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29.** Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 31 de outubro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/GM.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Brasília, 22 de fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 699/GM.** Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, 30 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 204/GM.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 29 de janeiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 837/GM.** Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 23 de abril de 2009.

SITES CONSULTADOS

www.ans.gov.br

www.bcb.gov.br

www.datasus.gov.br

www.direitosociais.org.br

www.receita.fazenda.gov.br

www.faa.edu.br

www.fiocruz.br

www.fns.saude.gov.br

www.ibge.gov.br

www.ipea.gov.br

www.ipeadata.gov.br

www.mds.gov.br

www.reforsus.saude.gov.br

www.saude.df.gov.br

www.saude.gov.br

www.siops.datasus.gov.br

www.tesouro.fazenda.gov.br

www.who.int

www.worldbank.org