

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

**FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS
NO SETOR SAÚDE BRASILEIRO: UM ESTUDO SOBRE A HEMORREDE PÚBLICA
ESTADUAL DE SANTA CATARINA**

ADINÉLIA EVANGELISTA DE SOUZA

FLORIANÓPOLIS (SC), JUNHO DE 2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS
NO SETOR SAÚDE BRASILEIRO: UM ESTUDO SOBRE A HEMORREDE PÚBLICA
ESTADUAL DE SANTA CATARINA

Monografia submetida ao Departamento de Ciências
Econômicas para a obtenção de carga horária na disciplina
CNM 5420 – Monografia.

Por: Adinélia Evangelista de Souza

Orientador: Prof. Dr. Fernando Seabra

Área de Pesquisa: Economia da Saúde

Palavras – Chave: 1) Políticas Públicas de Saúde
2) Financiamento da Saúde
3) Alocação de Recursos da Saúde
4) Economia da Saúde

Florianópolis (SC), junho de 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS
NO SETOR SAÚDE BRASILEIRO: UM ESTUDO SOBRE A HEMORREDE PÚBLICA
ESTADUAL DE SANTA CATARINA

A Banca Examinadora resolveu atribuir nota.....à aluna ADINÉLIA EVANGELISTA DE SOUZA na Disciplina CNM 5420 – Monografia, pela apresentação deste trabalho.

Banca Examinadora:

Professor: Dr. Fernando Seabra
Presidente

Professora: Brena Paula Magno Fernandez
Membro

Professor: Luiz Carlos de Carvalho Júnior
Membro

*“Vencedor não é só aquele que vence,
mas também quem dá o melhor de si
na busca da vitória.”*

(Paulo Berri)

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia aos meus pais, João Roberto de Souza e Adinélia Evangelista de Souza, que, apesar do pouco estudo, são as pessoas mais sábias e os melhores mestres que eu conheço. Eles me ensinaram as maiores lições da vida e me deram apoio e motivação para perseguir os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que, em sua infinita sabedoria, me deu forças para superar as dificuldades e a espiritualidade que conduziu meus passos para que eu não desistisse na primeira dificuldade.

Ao professor orientador Fernando Seabra, que acreditou e conduziu a concretização deste trabalho.

A meus pais e meus irmãos, por serem verdadeiros amigos, em todo o meu percurso de vida, enfim, a toda a minha família, que sempre me acolheu com palavras de carinho e incentivo, sou muito feliz por tê-los em minha vida.

Ao meu companheiro e colega de curso, que me incentivou a retornar e dar continuidade a minha formação acadêmica, dando-me muito apoio emocional para enfrentar os desafios que têm surgido ao longo de nossas vidas.

Aos meus colegas de trabalho, por terem sido parceiros, colaborando e incentivando nos momentos de cansaço.

Não queria deixar também de mencionar o espírito colaborativo de muitos colegas, com quem tive todo o prazer em trocar experiências e saberes; expressar opiniões diversas sobre os assuntos em pauta e atualizar conhecimentos no campo da Economia.

A todos os professores que contribuíram decisivamente para a minha, e nossa, formação acadêmica, profissional e pessoal.

E, por fim, a minha filha, que, mesmo na sua tenra idade, compreendeu minha ausência durante todo este período. Por isso, minha filha, encerro meus agradecimentos com a frase que ouço de você todas as noites: “Eu te amo, durma com os anjinhos e não esquece de rezar”.

Meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Abrangência Física da Hemorrede Pública em Santa Catarina	58
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Percentual de Doador por Habitante – por Hemocentro de 2004/2006	60
Gráfico 02: Número de Bolsas Fornecidas por Leito por Hemocentro de 2004 a 2006	61
Gráfico 03: Composição da Receita da Hemorrede de Santa Catarina 2004 a 2006	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Percentuais Mínimos de Vinculação Orçamentária para o Sistema Único de Saúde, Conforme o Ano e Nível de Governo, nos Termos da Emenda Constitucional nº29...	50
Tabela 02: Evolução do Número de Bolsas Coletadas por Hemocentro em Santa Catarina de 2004 a 2006	58
Tabela 03 – Percentual de Pedidos de Hemocomponentes em Relação ao Atendimento por Hemocentro em Santa Catarina 2004 a 2006	62
Tabela 04: Composição da Receita e Despesa da Hemorrede em Santa Catarina de 2004 a 2006	64
Tabela 05: Resumo do Superávit/Déficit Acumulado por Hemocentro em Santa Catarina em 2004	65
Tabela 06: Resumo do Superávit/Déficit Acumulado por Hemocentro em Santa Catarina em 2005	66
Tabela 07: Resumo do Superávit/Déficit Acumulado por Hemocentro em Santa Catarina em 2006	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH. Autorização de Internação Hospitalar

ADCT. Ato dos Dispositivos Constitucionais Transitórios

AIS. Ações Integradas em Saúde

CAP. Caixa de Aposentadoria e Pensão

CLT. Consolidação das Leis Trabalhistas

CEPON. Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas

COFINS. Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP. Conselho de Administração da Saúde Pública

CPMF. Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras

CPQ. Coordenadoria de Planejamento e Qualidade

CSLL. Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

DENERU. Departamento Nacional de Endemias Rurais

DNSP. Departamento Nacional de Saúde Pública

DRU. Desvinculação das Receitas da União

EC. Emenda Constitucional

FAS. Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FAHECE. Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON

FEF. Fundo de Estabilização Fiscal

FGTS. Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FINSOCIAL. Fundo de Investimento Social

FSE. Fundo Social de Emergência

FUNRURAL. Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

HEMOSC. Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina

IAP. Instituto de Aposentadoria e Pensão

IAPB. Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários

IAPC. Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários

IAPETEC. Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Estivadores e Transporte de Cargas

IAPI. Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários

IAPM. Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos

IBGE. Fundação Instituto de Geografia e Estatística

INAMPS. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS. Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MEC. Ministério da Educação e Cultura

MESP. Ministério da Educação e Saúde Pública

MS. Ministério da Saúde

NOB. Norma Operacional Básica do SUS

OECD. Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico

OGU. Orçamento Geral da União

OSS. Orçamento da Seguridade Social

PAB. Piso da Atenção Básica

PASEP. Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PEC. Proposta de Emenda Constitucional

PIASS. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB. Produto Interno Bruto

PIS. Programa de Integração Social

PRORURAL. Programa de Apoio ao Pequeno Produtor Rural

REDOME. Registro de Doadores de Medula Óssea

SAMDU. Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SES. Secretaria Estadual de Saúde

SINPAS. Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SRPS. Superintendência de Reabilitação da Previdência Social

SUCAM. Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

SUDS. Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS. Sistema Único de Saúde

TMO. Transplante de Medula Óssea

VISA. Vigilância Sanitária Estadual

RESUMO

O principal objetivo deste estudo é avaliar as condições de financiamento e indicadores de desempenho de saúde no caso da Hemorrede Pública de Santa Catarina, tendo em conta o papel dos gastos públicos com saúde na teoria econômica, o sistema de financiamento e alocação de recursos, com ênfase a uma abordagem regional da Hemorrede Pública de Santa Catarina. Para a realização desta pesquisa, serão combinados dois métodos: “*O método observacional*”, devido a sua utilidade na exploração de documentos já produzidos; e “*Método comparativo*”, porque possibilita a análise dos fatos considerando sua situação em épocas distintas. A evolução da abrangência física e o aumento da produção de serviços (contemplando coleta e transfusão de sangue) demonstram o esforço da Hemorrede no sentido de adequar sua produção à demanda. Embora a Hemorrede Pública de Santa Catarina tenha no SUS sua maior fonte de receita, estas são insuficientes, pois o teto para Hematologia e Hemoterapia no Estado aumenta aquém do essencial, havendo necessidade de receita complementar (Extra Teto, AIH Transplante e convênios), conforme se verificou nos resultados financeiros apresentados. É relevante analisar que, no período estudado esboça-se uma tendência favorável de melhoria dos indicadores apresentados, o que indica uma maior cobertura dos serviços no padrão de qualidade exigido pela VISA.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	06
LISTA DE GRÁFICOS	07
LISTA DE TABELAS.....	08
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	09
RESUMO.....	12
CAPÍTULO I	
1. INTRODUÇÃO	15
1.1 O problema e sua relevância.....	15
1.2 Objetivos.....	17
1.2.1 Geral	17
1.2.2 Específicos.....	17
1.3 Metodologia.....	17
1.4 Organização da Monografia	18
CAPÍTULO II	
2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REVISÃO TEÓRICA.....	19
2.1 Políticas Públicas de Saúde: Conceitos	19
2.2 O papel do Estado na Saúde	21
2.3 O pensamento econômico acerca das finanças Públicas, Sociais e de Saúde	22
2.4 Economia da Saúde	27
CAPÍTULO III	
3. REVISÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL... 31	31
3.1 Políticas Públicas de Saúde brasileiras.....	31
3.1.1 Princípios das Políticas Públicas de Saúde.....	31
3.1.2 De 1889 até 1930.....	32
3.1.3 O surgimento da Previdência Social.....	33
3.1.4 A década de 30	34

3.1.5 O Estado Novo e a Previdência Social	35
3.1.6 Dos anos 30 aos 60	36
3.1.7 A Previdência Social no Regime Militar	37
3.1.7.1 O Regime Militar e as ações de Saúde Pública	39
3.1.8 A crise de 1975	39
3.1.9 O fim do Regime Militar	40
3.1.10 O nascimento do SUS	41
3.1.11 A partir de 1992	44
3.2. O financiamento da saúde no Brasil	45
3.3 A Alocação de recursos na saúde	51

CAPÍTULO IV

4. EVIDÊNCIA EMPÍRICA: O CASO DA HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA.....	55
4.1 Diagnóstico do setor saúde brasileiro	55
4.2 A Hemorrede do Estado de Santa Catarina	56
4.3 Análises de indicadores de serviços e produtos da Hemorrede Pública Estadual de Santa Catarina – 2004 a 2006	58
4.3.1 Número de bolsas coletadas – Hemorrede	58
4.3.2 Bolsas coletadas por habitante em Santa Catarina	59
4.3.3 Número de bolsas fornecidas por leito – por Hemocentro	60
4.3.4 Cumprimento da demanda por sangue	61
4.3.5 Fontes de recursos	62
4.3.6 Composição de superávit/déficit acumulado por Hemocentro	65

CAPÍTULO V

5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES	67
6. REFERÊNCIAS	69

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1 O problema e sua relevância

Constantemente ouvimos falar da inexorável tendência universal do envelhecimento das populações. A responsabilidade de tal acontecimento se deve à evolução científica e tecnológica das práticas médicas, como também ao maior conhecimento e difusão de informações relacionadas a um melhor estilo de vida.

Assim como os demais países, o Brasil segue esta tendência, gerando aumento na expectativa de vida da população e exercendo pressão sobre a estrutura pública de saúde. Como consequência, é preciso uma atenção maior sobre a definição de distribuição de verbas públicas para o setor.

Analisando-se alguns indicadores da Hemorrede Pública de Santa Catarina, é possível observar um aumento significativo da demanda por serviços hemoterápicos no Estado.

Embora a Hematologia e a Hemoterapia não seja alvo recente no campo da medicina, torna-se um novo objeto social, uma vez que, o aumento da demanda onera consideravelmente o Sistema Único de Saúde - SUS.

O SUS foi implantado no Brasil pós-constituição de 1988 que tem por finalidade remunerar, com recursos públicos, os serviços (público ou privado) que prestam atendimento ao indivíduo gratuitamente, garantindo o acesso da população aos métodos de diagnóstico e tratamento necessários à manutenção da saúde.

Verificando a legislação constitucional do Sistema Único de Saúde – SUS, pode-se observar que um dos critérios básicos do sistema de saúde brasileiro é a equidade, objetivando obter recursos iguais para necessidades em comum. Porém, Bambas e Casas (2001) em vários trabalhos realizados demonstram que, na prática social do SUS, este critério, quando aplicado à distribuição de recursos financeiros entre regiões e municípios, não vem sendo respeitado.

A aplicação do princípio da equidade na distribuição de recursos públicos em saúde tem desafiado instituições acadêmicas e formuladores de políticas distributivas para o setor. Segundo Bambas e Casas (2001), as razões da urgência de se desenvolver processos sistemáticos de avaliação da equidade na distribuição de recursos são a persistência de doenças infecciosas entre a população de baixa renda, o aumento generalizado da carga de doenças ligadas a estilos de vida e as desigualdades crescentes entre e intrapaíses, relacionados ao processo de globalização.

O estudo de Almeida, Travassos, Porto e Baptista (1999) mostra desigualdades geográficas no acesso à saúde no Nordeste brasileiro, porém aponta uma diminuição nesta diferença com implementação do Sistema Único de Saúde. Porto (1997) destaca que a lógica que orientou a distribuição federal de recursos no período 1991-1997 esteve relacionada com os níveis de produção e não considerou fatores que expressam as desigualdades determinantes dos distintos níveis de necessidades regionais. Por sua vez, ao se examinar a distribuição de recursos financeiros entre os municípios de um mesmo estado da federação, observou-se a mesma lógica. Percebe-se avanço do processo de descentralização somente com a habilitação de um significativo número de municipalidades nas duas formas de gestão plena municipal – da atenção básica e do sistema de saúde. Isto proporcionado Proporcionada pela introdução do Piso de Atenção Básica – PAB, que garantiu aos municípios certo volume de recursos financeiros e maior autonomia na sua utilização. No entanto, a implementação deste novo mecanismo de financiamento da atenção básica não garantiu a redução das desigualdades na alocação de recursos federais. A consideração de valores históricos da produção na definição do piso de cada município e também a adesão diferenciada aos programas propostos pelo governo federal contribuem para a manutenção da desigualdade na distribuição dos recursos.

A partilha no financiamento do sistema de saúde pelas três esferas de governo impõe um desafio de programar uma política de distribuição de recursos financeiros, abrindo-se um espaço para a discussão de metodologia de alocação equitativa de distribuição de recursos entre municípios e regiões. A aplicação do projeto “Economia da Saúde: Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades” vem integrar uma alternativa de enfrentamento ao desafio lançado. Ao apresentar aqui esta proposta, espera-se contribuir para o debate sobre a eficiência em disseminar informações sobre os conhecimentos teóricos de economia em saúde e suas aplicabilidades de forma a resolver problemas do setor.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

- Avaliar as condições de financiamento e indicadores de desempenho de saúde no caso da Hemorrede Pública de Santa Catarina.

1.2.2. Específicos

- Revisar teoricamente o papel dos gastos públicos com saúde na teoria econômica.
- Descrever a evolução histórica das Políticas Públicas de Saúde brasileiras.
- Avaliar o sistema de financiamento e alocação de recursos, com ênfase a uma abordagem regional, da Hemorrede Pública de Santa Catarina.

1.3 Metodologia

Analisando a origem e a evolução do vocábulo método, encontra-se seu significado como sendo o caminho para chegar a um fim, o que leva ao entendimento de método científico como caminho para chegar à verdade em ciência (GIL, 2002). Para fazer uma análise econômica, os métodos mais utilizados pelos economistas são: o observacional, o comparativo, o estatístico e o monográfico. Sendo assim, para a realização desta pesquisa, serão combinados dois desses métodos: **A) “O método observacional”**, devido a sua utilidade na exploração de documentos já produzidos; e **B) “Método comparativo”**, porque possibilita a análise dos fatos considerando sua situação em épocas distintas.

Para atingir os objetivos propostos no presente trabalho, será efetuado o levantamento das bibliografias em fontes secundárias de dados, a saber: livros, relatórios, jornais, revistas especializadas.

Serão também utilizados alguns sites especializados tais como: o do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA); o da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABES); o do Ministério da Saúde (MS); o do Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDS); o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Relatórios de Atividades; Demonstrativos Financeiros, para a obtenção dos dados estatísticos e históricos.

1.4 Organização da Monografia

O presente estudo é dividido em cinco capítulos, sendo este primeiro relativo à parte introdutória, objetivos e metodologia. O segundo capítulo discutirá o conceito referente a Políticas Públicas de Saúde, ao papel do Estado na saúde e apresentará o pensamento econômico da dinâmica das finanças públicas relacionadas às Políticas Sociais, nas quais está inserida a política pública de saúde. Por fim, será conceituado e contextualizado o segmento da Economia voltado para as questões de saúde, a Economia da Saúde.

O terceiro capítulo trata das políticas públicas brasileiras, através de uma revisão histórica, baseada no trabalho de Marcus Vinícius Polignano, desde a colonização até a atualidade. Abordar-se-ão o financiamento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e uma visão sobre a alocação de recursos.

O quarto capítulo inicia com um breve panorama da situação atual da saúde brasileira e apresenta a evidência empírica através da análise econômica da Hemorrede Pública de Santa Catarina de forma a visualizar as questões de alocação de recursos e resultados por regiões no período de 2004 a 2006. Onde serão abordados aspectos da abrangência da rede física da Hemorrede no Estado, da produção de serviços, contemplando coleta e transfusão de sangue, do consumo de bolsas e das fontes de recursos.

No quinto capítulo, apresentam-se as principais conclusões deste trabalho.

CAPÍTULO II

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REVISÃO TEÓRICA

O objetivo deste capítulo é conceituar Políticas Públicas de Saúde, apresentar o papel do Estado na Saúde e o pensamento econômico da dinâmica das finanças públicas relacionadas às Políticas Sociais, nas quais estão inseridas as Políticas Públicas de Saúde. Por fim, será conceituado e contextualizado o segmento da Economia voltado para as questões de saúde, a Economia da Saúde.

2.1 Políticas Públicas de Saúde: Conceitos

Nos últimos anos, o acesso à informação levou a população a conhecer melhor seus direitos e deveres. Sendo alguns desses direitos garantidos constitucionalmente, há um aumento da pressão popular sobre o governo. Desta forma, as Políticas Sociais, nas quais estão inseridas as políticas de saúde, vêm sendo alvo de atenção e discussões no âmbito governamental.

Não existe consenso sobre o aspecto conceitual de política pública social. Política pública social é um conceito de Política e de Economia que designa certo tipo de orientação para a tomada de decisões em assuntos públicos, políticos ou coletivos.

Entende-se por Políticas Públicas Sociais “o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público”. (NARDINI & HOENISCH, 2004).

Conforme Maria das Graças Rua (2001), Política Pública Social é um conjunto de procedimentos destinados à resolução pacífica de conflitos em torno da alocação de bens e recursos públicos.

Para José Matias Pereira (2003), política pública social compreende um elenco de ações e procedimentos que visam à resolução pacífica de conflitos em torno da alocação de

bens e recursos públicos, sendo que os personagens envolvidos nestes conflitos são denominados “atores políticos”.

Assim, Políticas Públicas de Saúde pode ser conceituada como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que servem para organizar as funções públicas governamentais no sentido de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e dos grupos aos quais pertencem, conforme estabelece o artigo 196 da Constituição Federal (2003):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante Políticas Sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse sentido, Teixeira (1989) lembra um trecho dos anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A saúde não é um conceito abstrato. Definei-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades, nos níveis de vida.¹

De acordo com Rosen (1994), os maiores problemas de saúde que os homens enfrentam sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Como exemplo tem-se o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (sanitário), a provisão de água e comida puras, em volume suficiente, a assistência médica, o alívio da incapacidade e do desamparo, sendo que a ênfase sobre cada um desses problemas variou no tempo, e de sua inter-relação se originou a Saúde Pública.

¹ 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987:382 (p. 30).

Rosen(1994) cita Johann Peter Frank (1748-1821) como o pioneiro, mais conhecido, da Saúde Pública e da medicina social. Frank defendia a idéia de ser a saúde do povo uma responsabilidade do Estado.

2.2 O papel do Estado na saúde

Para que se possa compreender o papel do Estado na saúde, faz-se necessário buscar na história suas origens e os processos sociais que o solidificaram.

Os autores Giambiagi & Além (1999) ressaltam a importância da existência do Estado, no sentido de guiar, corrigir e complementar o sistema de mercado que, sozinho, não é capaz de desempenhar todas as funções econômicas.

Eles ainda destacam três fatores importantes para que o Estado exista. O primeiro é que o sistema de mercado precisa de inúmeros contratos que dependem da proteção e da estrutura legal, que somente o governo teria condições de implantá-las. Em segundo lugar, os mercados não funcionam sob concorrência perfeita, e mesmo que isso ocorresse, as características de consumo ou de produção de alguns bens não aconteceriam se não fossem fornecidos pelo mercado. A existência de bens públicos e externalidades, por exemplo, dá origem a falhas no sistema de mercado, que levam à necessidade de soluções através do setor público. E por último, se o mercado funcionasse livremente, não haveria a garantia, necessariamente, do elevado nível de emprego, da estabilidade dos preços e da taxa de crescimento do PIB desejado pela sociedade. Dessa forma, a existência do governo torna-se essencial para garantir o alcance desses objetivos.

Até a década de 30, as Políticas Públicas de Saúde do Estado, eram voltadas para ações curativas imediatas de combate a endemias e saneamento básico. A assistência médica não estava atrelada ao Estado, era financiada pelos próprios consumidores de serviços de saúde, por instituições filantrópicas ou por fundos de Previdência Social. Até então não havia a universalidade da Política Social enquanto atributo a cidadania.

Somente após a II Guerra Mundial, quando a política social é estendida a todos como direito social do cidadão, as estruturas de assistência médica passam a fazer parte das atribuições financeiras do Estado.

No Brasil, as Políticas Públicas de Saúde são regulamentadas desde 1988 pelos princípios de universalidade e igualdade no acesso às ações e serviços, na organização de um Sistema Único de Saúde no território nacional.

Uma política nacional de Saúde Pública no Brasil foi possível e viável a partir do encontro da consciência das elites com seus interesses, e suas bases foram estabelecidas a partir de uma negociação entre os estados e o poder central, tendo o federalismo como moldura político-institucional. (HOCHMAN, 1998, p.16)

Esses acontecimentos correspondem às Políticas Públicas de Saúde e Saneamento Rural no Brasil da Primeira República, e Hochman (1998, p.38) afirma que as Políticas Públicas de Saúde deste período tiveram um papel importante na criação e no aumento da capacidade do Estado de intervir sobre o território nacional.

2.3 O pensamento econômico acerca das finanças Públicas Sociais e de Saúde

O pensamento econômico relacionado à dinâmica das finanças públicas tem sido muito importante para a determinação das formas de financiamento das Políticas Sociais e, particularmente, da saúde, seja na tentativa de buscar bases fiscais adequadas, seja na determinação dos parâmetros para a elaboração do orçamento e nas atividades que cabem ao Estado para o setor saúde.

Com o surgimento da economia política, as finanças públicas, Políticas Sociais e políticas de saúde passam a ser uma preocupação dos economistas. A economia política trata do uso, pelo governo, dos recursos arrecadados com impostos e tributações no sentido de atender tais políticas. Ainda que de forma instrumental, o tratamento da questão fiscal pelos economistas está ligado à concepção do Estado e das suas funções na longa trajetória do pensamento econômico.

No estado mínimo da fisiocracia, a função do Estado era desobstruir os canais para maior acumulação de capital por parte do único setor produtivo: a agricultura. Toda a carga tributária era direcionada para a garantia da riqueza do Estado e deveria ser bem

definida para evitar à queda do produto e, em conseqüência, a redução futura da arrecadação do Estado.

A concepção do Estado liberal embutida no pensamento fisiocrático trazia implicações básicas no campo das finanças públicas. Pelo lado das despesas, o papel instrumental do Estado de ampliar a escala de crescimento da riqueza restringia suas funções à esfera normativa da economia. Não havia espaços para as Políticas Sociais, em que estão incluídas as Políticas Públicas de Saúde; assim, gastos sociais do Estado deveriam ser sempre evitados, quando não substituídos por políticas que promovessem o crescimento da renda real daqueles que produzem, especialmente dos arrendatários e trabalhadores agrícolas. Tendo eles renda suficiente, poderiam ter uma boa alimentação e pagar pelos cuidados à saúde, melhorando suas condições de vida no campo.

Adam Smith apud Medici (2002), no “livro quinto” de sua obra máxima, publicada pela primeira vez em 1776, dedica-se à análise descritiva das finanças públicas. Decompondo as funções que deveriam ser assumidas pelo Estado: defesa, justiça, obras públicas, instituições públicas destinadas a facilitar o comércio, instituições públicas voltadas para a educação dos jovens e gastos com instrução de pessoas de todas as idades, ele procura compreender a complexidade dos gastos de um reino ou de uma república. Sua análise quanto à natureza destes gastos procura resgatar características históricas relativas à sua manifestação em distintas sociedades, da Antigüidade à sua época. Neste particular, Smith parece ser contrário a uma excessiva carga fiscal e critica duramente a gestão das finanças públicas inglesas. Faz restrições aos pedágios que acabam por reduzir o ritmo e a intensidade do comércio; sugere a descentralização da gestão fiscal, de forma que as obras públicas de cada localidade sejam custeadas com ingressos locais; descreve os privilégios governamentais concedidos a algumas atividades econômicas, como as empresas de navegação, criando situações de ineficiência.

Em linhas gerais, a concepção liberal de gastos sociais de Adam Smith apud Medici (2002) é contrária aos excessos do “assistencialismo”. Ou seja, não vê a saúde como uma função do Estado, embora aceite que deva existir algum grau de assistencialismo aos pobres, principalmente quando este assistencialismo promove o progresso social da nação, como é o caso das políticas educacionais que aumentam o grau de habilidade e produtividade da classe trabalhadora.

Malthus e Ricardo apud Medici (2002), cada um ao seu estilo, têm uma visão que não diverge substancialmente da de Adam Smith. Por uma questão associada à ética

capitalista, Malthus dedicou boa parte de sua obra à crítica do caráter assistencial da ação do Estado, princípio também aceito por Ricardo, que, além desse assunto, dedicou-se ao aprofundamento da descrição e análise taxonômica dos impostos. Isto é, os referidos autores, assim como Adam Smith, entendem que as Políticas Públicas de Saúde deveriam ser providas pelo Estado, por uma questão humanitarista, para aqueles que não podem pagar

Marx apud Medici (2002) teve como principal objetivo o estudo das causas das Falhas de Mercado. Essas causas contemplam as Externalidades. Externalidades são atividades que afetam terceiros, positiva ou negativamente, sem que esses tenham de pagar, ou seja, compensados por essas atividades. Exemplos de externalidades positivas são os bens públicos, dentre eles, a saúde, a educação provida pelo Estado. Os bens públicos são um tipo específico de bem cujos benefícios são usufruídos pela população em geral e de uma forma indivisível, independentemente da vontade de um indivíduo em particular querer ou não usufruir desse bem.

Cabe considerar as transformações nas relações sociais, na teoria marxista, evidenciadas na obra Miséria da Filosofia, decorrentes da absorção de elementos novos no processo produtivo intermediados pelo elemento ideológico. Nessa, Marx apud Medici (2002) afirma que as relações sociais estão intimamente vinculadas às forças produtivas. Ao adquirir novas forças produtivas, os homens trocam o modo de vida, trocam todas as suas relações sociais de acordo com o desenvolvimento de sua produção material, criam também os princípios, as idéias e as categorias, de conformidade com suas relações sociais.

Durante o século XIX, cresceu e aperfeiçoou-se um credo liberal sobre a natureza do Estado e de seu papel na economia e na sociedade. Stuart Mill apud Medici (2002), a respeito da questão das finanças públicas, procurou sistematizar a postura clássica retomando temas tocados por seus antecessores. Ele é o responsável pela cunhagem dos termos *impostos diretos* e *impostos indiretos*, até hoje utilizados corriqueiramente. A obra de Stuart Mill vai além da questão tributária. Ao definir claramente as funções do governo, seus efeitos econômicos e os fundamentos e princípios do *Laissez-faire* e da não-intervenção, o autor pode ser considerado o principal precursor da visão liberal do Estado.

A questão tributária não foi abordada com tanta importância por importantes economistas.

Walrás apud Medici (2002) limitou-se ao tratamento da questão fiscal num pequeno capítulo de dez páginas de seu *Compêndio de Elementos de Economia Política Pura*,

buscando quantificar o efeito dos impostos sobre o aumento dos custos e os níveis de preços. Marshall, em seu livro *Princípios de Economia*, examinou a questão fiscal num pequeno apêndice em que trata da incidência de impostos sobre a renda rural e urbana, não abordando diretamente o tema política social.

Na economia neoclássica, Pigou e Wickssel apud Medici (2002) deram duas grandes contribuições. Este último introduziu a problemática da liberdade individual, ao questionar a compulsoriedade do pagamento de impostos. Uma vez que a vontade individual deve ser respeitada, as regras básicas para as decisões orçamentárias devem ser “unanimidade” e “ação voluntária”. Como a unanimidade é impossível numa sociedade democrática, marcada pelo pluralismo, o autor passou a defender o princípio da “unanimidade aproximada”, que se baseia na vontade da maioria. Ele também aprofundou os estudos sobre carga fiscal e distribuição de renda, enfatizando a quase impossibilidade de estabelecer princípios fiscais “justos” numa sociedade caracterizada por uma distribuição injusta da renda. Desta maneira, aborda de forma indireta a questão social.

Embora tenha havido as contribuições dos clássicos e dos primeiros neoclássicos, pouco se avançou, até então, no terreno da análise das despesas e, em particular, das despesas com Políticas Sociais.

Para Keynes (1936), o crescimento das funções do Estado, estava associado à necessidade de separação entre os serviços tecnicamente individuais e os tecnicamente sociais. Na medida em que nenhum setor empresarial se dispõe a financiar os serviços tecnicamente sociais, eles passam a ser função do Estado. A partir dos mecanismos macroeconômicos propostos por Keynes, dois pontos devem ser destacados. O primeiro é que um relativo, porém durável, crescimento da economia poderia advir da combinação adequada de políticas monetárias e fiscais, descartando, dessa forma, os postulados ingênuos de gestão da moeda formulados pelos monetaristas. O segundo é o crescimento dos estudos a respeito da repercussão da política orçamentária sobre o funcionamento da economia, dado o fato de que as práticas governamentais levaram ao estabelecimento de novos conceitos de política fiscal e de políticas compensatórias. A política orçamentária associada ao planejamento instala-se como centro do mecanismo econômico. (MÉDICI, 2002).

As restrições aos gastos públicos por governos conservadores não trouxeram, no entanto, restrições à magnitude dos gastos com Políticas Sociais. Embora venham mudando a natureza e as fontes de financiamento, os gastos com saúde seguem crescendo, como

resultado de fortes pressões de custo que se originam por problemas de cobertura de natureza demográfica, tecnológica e gerencial. (MÉDICI, 2002).

Segundo Médici (2002), da fusão de idéias econômicas com políticas fiscais adotadas em cada governo surgem as formas de financiamento dos gastos sociais. Boa parte das concepções sobre finanças públicas, desde Quesnay até os pós-keynesianos e adeptos da teoria das expectativas racionais, encontram-se presentes nas atuais práticas de ordenamento dos gastos públicos. As finanças públicas, expressas nas práticas tributárias e na elaboração do orçamento, podem ser sintetizadas no uso de instrumentos fiscais para:

- a) assegurar ajustamentos na alocação de recursos;
- b) conseguir ajustamentos na distribuição da renda, da riqueza ou dos seus efeitos indiretos, como é o caso do acesso às Políticas Sociais;
- c) garantir a estabilização econômica.

O autor ainda acrescenta que muitas vezes, na elaboração do orçamento, esses três objetivos são incompatíveis. Ajustamentos na distribuição de renda podem exigir volume de gastos fiscais exagerados frente às estratégias de estabilização econômica propostas pelos economistas conservadores, por exemplo. Os diversos usos dos instrumentos fiscais dependem do ponto de vista da receita, de aumentos, reduções ou rearranjos da carga tributária. Do ponto de vista da despesa, dependem, basicamente, do conhecimento das prioridades sociais, da vontade política do governo em executá-las, da capacidade de arrecadação de impostos e da diversidade das bases fiscais da nação. Quando não há transparência sobre as prioridades contidas no orçamento haverá sempre a possibilidade de aumentar o grau de sonegação de impostos, mesmo quando o governo detém uma boa máquina de fiscalização e arrecadação. Quando os interesses da nação não são claros e expressam conflitos, caberá ao governo conduzir um processo de negociação. O governo deve buscar, pela construção do consenso ou hegemonia, solidariedade coletiva em torno do bem-estar social. As prioridades definidas socialmente devem ser atendidas pelo governo através de uma determinação do grau de arrecadação fiscal e da forma de distribuição desta verba. Existe um limite, em termos de proporcionalidade da renda, além do qual a sociedade não aceita pagar imposto, seja em função de aspectos culturais, da credibilidade da máquina pública, do retorno social dos recursos arrecadados pelo Estado, etc. Assim, as necessidades de financiamento das políticas de saúde requerem do governo políticas públicas bem fundamentadas que garantam recursos, de forma estrutural e continuada.

2.4 Economia da Saúde

A Economia da Saúde é um ramo da Economia aplicado ao estudo da organização, funcionamento e financiamento do setor saúde. Nos últimos tempos, vem ganhando força como uma área de conhecimento específica, cujos modelos e instrumentos são de grande auxílio na análise e soluções dos problemas do setor saúde.

Em países desenvolvidos, Economia da Saúde² é uma área bastante desenvolvida, participa do trabalho de formulação e avaliação de políticas de saúde. No Brasil, a Economia da Saúde é bastante nova, sendo ainda desconhecida por muitos profissionais da saúde e contando com um número muito pequeno de profissionais atuantes.

A Economia da Saúde procura respostas para questões como: quanto um país deve gastar com saúde; quais devem ser as fontes de financiamento dos gastos com saúde; qual a alocação ideal de recursos humanos e tecnologia para produzir o melhor serviço; qual é a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde; quais são as necessidades de saúde da população; o que significa atribuir prioridades e em que condições é preferível prevenir a curar; quais as implicações da alocação de taxas moderadoras sobre a utilização de serviços de saúde. (VIANNA e MESQUITA, 2003).

O setor saúde apresenta estruturas de mercado complexas e nada óbvias. Essas estruturas influenciam criticamente os padrões de atendimento médico e não podem ser ignoradas. Pelo lado da oferta, o lucro não é, por si só, um motivo adequado para explicar o “mercado” da saúde, como é para outros tipos de bens e serviços, dado que há um grande número de instituições públicas e privadas não lucrativas que prestam serviços de saúde. Como tais serviços não podem ter um preço, “a priori”, definido no mercado, torna-se difícil medir a preferência dos consumidores por eles. A própria medicina estatal, em um grande número de países desenvolvidos garante direitos ao consumo desses serviços àqueles que não podem pagar pelos mesmos. Pelo lado da demanda, os consumidores não escolhem entre os serviços de saúde e os demais bens e serviços através de uma “racionalidade na escolha”, e sim pela necessidade ou não de consumo de tais serviços. Esse consumo geralmente não é previsível e ocorre em situações de forte conteúdo emocional/psicológico. Quem vai fixar que

² Leitores mais interessados em Economia da Saúde podem consultar : Grossman, Michel. “On the Concept of Health Capital and Demand for Health” *Journal of Political Economy*- March – April/1972. 80(2) : 223-551

tipos de serviços vão ser consumidos é, em última instância, o médico, aquele que faz o diagnóstico, e não o paciente. (MEDICI, 1983)

Os principais estudiosos da Economia da Saúde buscam identificar os fatores que determinam o aumento dos gastos em saúde. Fatores que agem na demanda por serviços de saúde e fatores que agem na oferta da assistência da saúde.

A demanda por serviços de saúde é de natureza variada, seja por necessidade sentida, isto é, a esperança de se curar alguma doença é que o leva à decisão de querer consumir os serviços de saúde, seja por fatores psicossociais, em que mulheres consomem mais a assistência da saúde em função de gravidez, menopausa, correções estéticas e etc. Causas ligadas ao ambiente da civilização industrial e urbanas cada vez mais estressantes, poluição, falta de exercício físico, tensão psicológica, à qual os homens estariam mais expostos. Consumo de bebidas alcoólicas, cigarros. Causas ligadas a fatores sócio-econômicos que determinam condições de saúde ou doença. Seguridade social, que na maioria das vezes acentua o consumo por torná-lo menos oneroso aos indivíduos e famílias. Demografia, onde há um aumento da demanda em virtude do aumento da população em algumas regiões geográficas e mesmo de seu envelhecimento. Epidemiologia, a incidência das doenças pode existir sobretudo entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. A utilização dos serviços é influenciada por fatores socioculturais e organizacionais, além de fatores relacionados com o consumidor e com o prestador de serviços. Regulamentação, a Lei Orgânica da Saúde garante a distribuição de recursos em base populacional. Fatores culturais, as pessoas não acreditam no poder da medicina, seja por credo ou por herança hereditária costuma se tratar com remédios caseiro ou automedicamento.

A oferta da assistência à saúde é oriunda de progresso técnico-médico, difusão da inovação e multiplicação dos centros de assistência à saúde. Os fatores da demanda não podem ser rapidamente controlados, enquanto que os de oferta são muito mais facilmente controlados, mas são poucos os exemplos encontrados na literatura sobre o sucesso das medidas de controle.

Por todas essas razões, é importante evidenciar o papel da economia para o estudo da dinâmica das variáveis de mercado no serviço de saúde. A Economia da Saúde alia-se aos profissionais de várias áreas para entender o significado das necessidades de serviços de saúde e as relações entre oferta e demanda. Também reconhece que a percepção dos processos patológicos é diferente para cada grupo social. Há influência no comportamento desses grupos de acordo com suas necessidades e contextualização. É relevante também analisar a presença

dos interesses comerciais, seja de fabricantes de medicamentos ou equipamentos, sejam as diferentes formas de apresentação de planos e seguros-saúde e o papel dos médicos e diversos tipos de prestadores na decisão de consumo de serviços pelos pacientes.

Outra questão a ser analisada pela Economia é a transformação que vem ocorrendo na estrutura e no modo de funcionamento do setor saúde. O quase que abandono da filantropia a caminho da privatização.

Segundo Schramm (2004), para pensar uma relação “correta” entre público e privado na gestão da saúde, temos que observar algumas indicações:

Em primeiro lugar, que a saúde, embora não possa ser reduzida à mera mercadoria (o que seria uma tirania em termos walzerianos), tampouco pode ser encarada independentemente de seus custos, razão pela qual a prática médica e a gestão sanitária devem ser pensadas juntas e negociadas tendo em vista o objetivo da criação do consenso entre partes em conflito. Mas o problema, neste caso, é como fazer com que as políticas de saúde sejam “inclusivas” e não excludentes, ou seja, determinadas a partir de um olhar positivo da questão polêmica dos recursos finitos ou escassos.

Em segundo lugar, que a privatização dos serviços sanitários pode ser algo legítimo, dependendo não tanto de uma suposta superioridade moral do privado sobre o público (como no liberalismo e no “libertarismo”) ou do público sobre o privado (como no socialismo e no coletivismo) ou, ainda, do “comunitário” sobre ambos (como na teoria das comunidades morais), mas, sim, de suas conseqüências, reais ou prováveis, em termos de melhoria da qualidade de vida de uma população. Neste sentido, se o setor privado é mais eficiente, eficaz e efetivo do que o setor público, é perfeitamente legítimo moralmente que assuma este papel, desde que as regras do jogo sejam claras, razoáveis e respeitadas pelos atores.

Em terceiro lugar, e considerando que a vocação do setor privado não visa, em geral, à filantropia, mas sim ao lucro, que este deva ser regulamentado e controlado pelo Estado, a fim de evitar qualquer forma de abuso, que pode acabar em tirania. Em outros termos, a relação correta entre público e privado deve pautar-se numa espécie de controle do controle, negociado entre grupos de interesses e garantido pelo Estado.

Por último, nos casos “mistos” de presença do setor público e do setor privado no interior de uma mesma instituição (casos cada vez mais correntes), a gestão mais justa, isto é, “equitativa”, é aquela que favorece o fato de uma parte razoável (a ser definida entre os atores

em jogo) dos lucros do setor privado financiar o setor público, o contrário não sendo em geral válido, a menos que o cálculo das conseqüências prováveis o exija.

Também é uma preocupação dos economistas a questão da escolha entre o consumo de serviços de saúde públicos e privados. Este último, também conceituado como setor complementar de saúde. É importante conhecer os fatores determinantes na decisão dos consumidores, bem como a relevância dos mesmos.

O setor suplementar de saúde no Brasil se instalou à margem da regulação do Estado. O processo de regulamentação iniciou-se em 1998, com a Lei 9.656. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, implantada em 2000, vinculada ao Ministério da Saúde – MS é o órgão responsável pela regulação deste setor. O aumento expressivo da demanda em função da inclusão de segmentos antes excluídos, o sucateamento da rede pública de saúde, o ‘desfinanciamento’ do setor público, os incentivos governamentais e a renúncia fiscal, contribuíram para a expansão da clientela beneficiária de planos privados, em especial durante a implantação do SUS. Além disto, o acesso aos planos coletivos é considerado um benefício agregado ao salário do trabalhador.

Os argumentos de Bahia (2001) corroboram esta afirmativa, ao explicitar que:

Dois enunciados articulados entre si explicam usualmente a expansão dos planos privados no Brasil. Em uma primeira instância as insuficiências do SUS são associadas à expansão da assistência médica suplementar evocando os avanços das políticas de corte neoliberal. Essa equação por sua vez remete questões tanto às proposições reformistas universalistas quanto às políticas assistenciais seletivas.

CAPÍTULO III – HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.

O objetivo deste capítulo é apresentar as Políticas Públicas de Saúde brasileiras, mediante uma revisão histórica, baseada no trabalho de Marcus Vinícius Polignano, desde o descobrimento do Brasil até a atualidade, bem como, exibir os conceitos e a contextualização do financiamento da Saúde Pública e da alocação de recursos para o setor.

3.1 Políticas Públicas de Saúde brasileiras

No campo de ação social, o Estado brasileiro é voltado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. As políticas públicas em saúde, quando comparadas com as outras políticas públicas da área social, destacam-se por organizar as funções governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Para que possamos compreender as Políticas Públicas de Saúde brasileira atuais, faz-se necessário reportar ao passado, apresentando de forma sucinta a história das políticas de saúde no Brasil. Marcos Vinícius Polignano, em sua obra intitulada *Histórias das Políticas de Saúde no Brasil*, apresenta uma pequena revisão que será utilizada como base para a construção deste capítulo.

3.1.1 Princípios das Políticas Públicas de Saúde

Desde o descobrimento até a instalação do Império, não existia nenhum modelo de atenção à saúde da população. Desta forma, a atenção à saúde limitava-se ao uso de ervas e plantas medicinais.

Com a vinda da Família Real ao Brasil, criou-se a necessidade de uma estrutura sanitária mínima. Até 1850, as atividades de Saúde Pública se resumiam em delegar as atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos, com o

único interesse de controle mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século.

A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme, fazendo com que proliferassem pelo país os Boticários (farmacêuticos). Em 1808, Dom João VI fundou na Bahia o Colégio Médico – Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. Neste mesmo ano foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar.

3.1.2 De 1889 até 1930

A falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. Doenças graves como varíola, malária, febre amarela, e posteriormente a peste, se alastravam pela cidade, não só trazendo conseqüências para a saúde coletiva, como também afetava o comércio exterior, pois os navios não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro.

Pela primeira vez na história brasileira foi criado o Departamento Federal de Saúde Pública, vinculado ao Ministério da Justiça, tendo como diretor Oswaldo Cruz, que se propôs a erradicar a epidemia de febre amarela da cidade do Rio de Janeiro. Oswaldo Cruz interviu de forma radical no combate as epidemias, tornando obrigatória a vacinação antivariola em todo o território nacional. Seu modelo de intervenção ficou conhecido como **Campanhista** e gerou na população a revolta conhecida como **Revolta da vacina**, porém obteve bons resultados, como a erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro.

Em 1905, a diretoria geral de Saúde Pública foi organizada por Oswaldo Cruz, que criou uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz, instituição pública que oferecia serviços gratuitos à população.

Na reforma promovida por Oswaldo Cruz, foram incorporados como elementos das ações de saúde:

- o registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população;

- a introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico;
- a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.

Dando continuidade à ação estatal no assistencialismo à saúde, em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo Campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro, e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery.

O modelo do sanitarista campanhista predominou desde o final do século passado até o início dos anos 60.

3.1.3 O surgimento da Previdência Social

No início do século, com o processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio/São Paulo, os imigrantes traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas. Desta forma, procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos direitos já lhes garantidos por lá, por conta disto, foram realizadas duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919.

Através destes movimentos, os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais, dentre eles, a aprovação do Decreto nº. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecida como Lei Eloy Chaves (o autor do respectivo projeto), considerado marco inicial da Previdência Social no Brasil. Por meio desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAP's. O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, que, de acordo com o determinado pelo artigo 3º da Lei Eloy Chaves, era mantido por: 3 % dos vencimentos dos empregados das empresas, 1% da renda bruta das empresas e consumidores dos serviços das mesmas. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989).

A esse respeito, dizem Silva e Mahar apud Oliveira & Teixeira (1989):

“A Lei Eloy Chaves não previa o que se pode chamar, com propriedade contribuição da União. Havia isto sim, uma participação no custeio dos usuários das estradas de ferro, provenientes de um aumento das tarifas, decretado para cobrir as despesas das Caixas. A extensão progressiva desse sistema, abrangendo cada vez maior número de usuários de serviços, com a criação de novas Caixas e Institutos, veio afinal fazer o ônus recair sobre o público em geral, e assim, a se constituir efetivamente em

contribuição da União. O mecanismo de contribuição tríplice (em partes iguais) refere-se à contribuição pelos empregados, empregadores e União que foi obrigatoriamente instituído pela Constituição Federal de 1934 (alínea h, § 1, art. 21).”

Além das aposentadorias e pensões, as CAP's proviam os serviços funerários, médicos, conforme explicitado no artigo 9º da Lei Eloy Chaves:

1º - socorros médicos, em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;

2º - medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3º - aposentadoria;

4º - pensão para seus herdeiros, em caso de morte

E ainda, no artigo 27, obrigava as CAP's a arcar com a assistência aos acidentados no trabalho.

A criação das CAP's deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do estado à crescente importância da questão social.

3.1.4 A década de 30

Entre 1922 e 1930, sucederam-se crises econômicas e políticas de ordem interna e externa. No Brasil, as crises internacionais de 1922 e 1929, tornaram mais agudas as contradições e instalações contra a política dos governadores.

Com a vitoriosa revolução comandada por Getúlio Vargas, foram efetuadas mudanças na estrutura do Estado. Nesse período, foram criados o “Ministério do Trabalho” e o da “Indústria e Comércio”.

Em 1943, é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas. O governo fazia questão de transparecer que tal conquista se tratava de ofertas do governo e do estado, e não como conquista dos trabalhadores, a fim de conter o movimento trabalhista.

3.1.5 O Estado Novo e a Previdência Social

A política do Estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. Portanto, as antigas CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP's. Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários), e não por empresa.

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), pelo Decreto Lei N ° 22.872, de 29 de junho de 1933, que definia no artigo 46, os seguintes benefícios assegurados aos associados:

- a) aposentadoria;
 - b) pensão em caso de morte para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art.55;
 - c) assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias;
 - d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração.
- § 2º - O custeio dos socorros mencionados na alínea c não deverá exceder à importância correspondente ao total de 8% , da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho.

Com a organização das categorias profissionais, outros IAP's foram criados, em 1934, o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936, o dos Industriários (IAPI), e em 1938, o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEC).

Além de servir como importante mecanismo de controle social, os IAP's tinham, até meados da década de 50, papel fundamental no desenvolvimento econômico desse período, como “*instrumento de captação de poupança forçada*”, através de seu regime de capitalização. (NICZ, 1982).

Até o final dos anos 50, os segurados não faziam da assistência médica previdenciária parte importante de suas reivindicações, por esse motivo, os técnicos do setor a consideram secundária no sistema previdenciário brasileiro.

Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência - SAMDU, que era mantido por todos os institutos e as Caixas ainda remanescentes.

A partir da segunda metade da década de 50, com o desenvolvimento industrial, a aceleração da urbanização e o assalariamento de parcela crescente da população fazem pressão para que a assistência médica se dê via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegia abertamente a contratação de serviços de terceiros.

Segundo Nicz (1982), em 1949, as despesas com assistência médica representaram apenas 7,3% do total geral das despesas da Previdência Social. Em 1960, sobem para 19,3%, e em 1966, já atingem 24,7% do total geral das despesas, confirmando a importância crescente da assistência médica previdenciária.

3.1.6 Dos anos 30 aos 60

Poucos investimentos foram feitos no setor Saúde Pública na era do Estado Novo, destaca-se em 1930, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública - MESP, com a desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP (vinculado ao Ministério da Justiça), e a pulverização de ações de saúde a outros diversos setores. Em 1934, a fiscalização de produtos de origem animal passa para o Ministério da Agricultura e, em 1942, higiene e segurança do trabalho vinculam-se ao Ministério do Trabalho.

Em 1941, instituiu-se a reforma Barros Barreto, em que se destacam ações como a instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; a criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste); o fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, como referência nacional; a descentralização das atividades normativas e executivas por 08 regiões sanitárias; o destaque aos programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da Saúde Pública; a atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional (Instituto Nacional do Câncer).

Sem a efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época, a maioria das ações de Saúde Pública no Estado Novo se reduziu a meros aspectos normativos, seja pela escassez de recursos financeiros associados à pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, pelos conflitos de jurisdição e gestão e pela superposição de funções e atividades.

Em 1953, houve o desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação, todavia não significou uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de Saúde Pública de sua competência.

Em 1956, foi criado o DNERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais, incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária e peste.

Em 1960, após uma longa gestação, foi promulgada a Lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da Previdência Social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência. Três anos mais tarde foi instituído o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL com a promulgação da Lei 4.214 de 2/3/63.

A Lei previa uma contribuição tríplice com a participação do empregado, empregador e a União. O governo federal nunca cumpriu a sua parte, o que, evidentemente, comprometeu seriamente a estabilidade do sistema (POSSAS, 1981).

Com o movimento de 1964 é que o processo de unificação avança, nesse mesmo ano ocorre uma intervenção generalizada em todos os IAP's, sendo os conselhos administrativos substituídos por juntas interventoras nomeadas pelo governo revolucionário. Só em 1967 que se consolida a unificação.

3.1.7 A Previdência Social no Regime Militar

Na busca de uma legitimação do governo perante a população, o regime instituído procura atuar na formulação de algumas Políticas Sociais.

O Regime Militar, não querendo a participação organizada da sociedade civil, ocupou-se em criar uma tecnocracia, constituída de tecnoburocratas retirados do seio da sociedade, e colocados sob a tutela do Estado, para repensar a nova estrutura e organização dos serviços do Estado sob os dogmas e postulados do novo regime. Buscando apoio e sustentação social, o governo militar procura garantir para todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes o benefício da Previdência Social, pois até então os IAP's eram limitados a

determinadas categorias profissionais mais mobilizadas e organizadas política e economicamente.

A implantação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS se efetiva em 02 de janeiro de 1967, embora tenha sido previsto para 1960. O INPS reunia os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência – SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social – SRPS.

Com a criação do INPS, o sistema acumulou um grande volume de recursos financeiros, já que a unificação aumentou o número de contribuintes e como o percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes era pequeno, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. Por outro lado, aumentou também o número de beneficiários, havendo a necessidade de ampliação da assistência médica, visto que era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Para tanto, o governo militar alocou os recursos para a iniciativa privada, estabelecendo convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país. Assim, se formava o complexo sistema médico-industrial, pois o pagamento pelos serviços produzidos capitalizou estes grupos ocasionando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares. Tudo isso provocou complexidade administrativa e financeira dentro da estrutura do INPS, fazendo-se necessária a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.

A complexidade do sistema fez com que, em 1974, o sistema previdenciário saísse da área do Ministério do Trabalho, para se consolidar como um Ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Nessa época, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, que propiciou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados. O resultado foi o aumento de 500% do número de leitos hospitalares privados no período 69/84, de tal forma que subiram de 74.543 em 69, para 348.255, em 84.

Com a criação do Programa de Apoio ao Pequeno Produtor Rural – PRORURAL em 1971, financiado pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL, é que os trabalhadores rurais conseguiram se tornar beneficiários do sistema previdenciário, logo em seguida, foram beneficiados os empregados domésticos e os autônomos.

3.1.7.1 O Regime Militar e as ações de Saúde Pública

Nesse período, foram desenvolvidas algumas ações no campo da organização da Saúde Pública no Brasil. Em 1967, foi promulgado o Decreto Lei 200 (1967), que estabelecia as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral, controle de drogas, medicamentos, alimentos e pesquisas médico-sanitário. Em 1970, com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais – DENERU e a campanha de erradicação da malária, criou-se a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública - SUCAM. O Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, foi instituído no papel em 1975 e reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência e a medicina preventiva, de responsabilidade do Ministério da Saúde. Por ser garantido o recurso por meio da contribuição dos trabalhadores para o INPS, houve uma tendência natural pela medicina curativa em detrimento da medicina preventiva, fazendo com que o Ministério da Saúde se tornasse um órgão burocrático – normativo, e não um órgão de execução de política de saúde.

Em 1976, iniciou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, para atender a necessidade de expandir cobertura conforme as recomendações internacionais. Resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública em todo o território nacional.

3.1.8 A crise de 1975

Devido à crise no capitalismo em nível internacional e em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento, tornando insustentável o modelo econômico implantado pela ditadura militar.

Com as dificuldades econômicas, vieram às graves conseqüências sociais, desemprego, aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil.

A priorização da medicina curativa é incapaz de solucionar os problemas de saúde coletiva, o modelo de saúde previdenciária começa a mostrar sua fragilidade. Seja pelo aumento dos custos da medicina curativa, a diminuição da contribuição previdenciária por falta de carteira assinada, desvios de recursos do sistema previdenciário para cobrir despesas de obras por parte do governo e outros setores, falta de repasse pela União para o sistema previdenciário, visto ser tripartite (empregador, empregado, e união). Enfim, o modelo proposto entrou em crise em razão da escassez de recursos para a sua manutenção e aumento dos custos operacionais.

Em 1981, na tentativa de conter custos e combater fraudes, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, que era ligado ao INAMPS.

O CONASP inicia um plano de fiscalização da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, na tentativa de combater as fraudes, aumentar a produtividade do sistema, melhorar a qualidade da atenção, buscar a equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, eliminar a capacidade ociosa do setor público, bem como, revisar os mecanismos de financiamento do FAS. Apesar de ter encontrado resistência da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, o CONASP conseguiu apoiar projetos pilotos de novos modelos assistenciais, destacando o PIASS no Nordeste.

Visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativo-preventivas e educativas ao mesmo tempo, em 1983 foi criada a Ação Integrada de Saúde (AIS), um projeto interministerial, Previdência - Saúde - Educação. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

3.1.9 O fim do Regime Militar

Em 1985 foi eleito Tancredo Neves, mediante resultado das eleições, marcando, dessa maneira, o fim do Regime Militar. Nesse período foi criado o Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde – CONASEMS, o qual lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS.

Com a crise do setor público, o setor médico privado é quem se beneficiou, cresceu e se desenvolveu através do modelo médico-privatista durante quinze anos, tendo recebido, nesse período, vultosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, passando a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele modelo. Começou, então, a formular novas alternativas, como o modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando, através da poupança desses setores sociais, organizar uma nova base estrutural. Deste modo, foi concebido um subsistema de atenção médico-supletiva composto de cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, operativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração. Todas estas modalidades se baseiam em contribuições mensais dos beneficiários (poupança) em contrapartida pela prestação de determinados serviços. Tais serviços e benefícios eram pré-determinados, com prazos de carências, além de determinadas exclusões, por exemplo, a não cobertura do tratamento de doenças infecciosas. Vale lembrar que este subsistema baseia-se num universalismo excludente, beneficiando somente aquela parcela da população que tem condições financeiras de arcar com o sistema, e não beneficiando a população de maneira integral.

Na década de 80, o subsistema de atenção médica-supletiva cresce vertiginosamente, de tal modo que, no ano de 1989, chega a cobrir 31.140.000 brasileiros, correspondente a 22% da população total, e apresentando um volume de faturamento de US\$ 2.423.500.000,00 (MENDES, 1992).

Ao subsistema público compete atender a grande maioria da população, em torno de 120.000.000 de brasileiros, com os minguados recursos dos governos federal, estadual e municipal.

Em 1990, o Governo edita as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o SUS, criado pela Constituição de 1988.

3.1.10 O nascimento do SUS

Na Constituinte de 1988, no artigo 198, o SUS é definido do seguinte modo:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade

Parágrafo único – o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

A concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da CIDADANIA.

Embora o SUS tenha sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 por meio da Lei 8.080. Esta Lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento.

Algumas destas concepções serão expostas a seguir.

Primeiramente, a saúde passa a ser definida de uma forma mais abrangente: *“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”*.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

Universalidade – o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

Equidade – é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

Integralidade – significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos:

Hierarquização – *Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;*

Participação Popular – *ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidados na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;*

Descentralização da Política Administrativa – *consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.*

Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidos:

- *Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;*
- *Formular as políticas de saúde;*
- *Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.*
- *Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;*
- *Executar ações visando à saúde do trabalhador;*
- *Participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;*
- *Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;*
- *Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;*
- *Participar das ações direcionadas ao meio ambiente;*
- *Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;*
- *Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;*
- *Fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;*
- *Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;*
- *Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;*
- *Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.*

Os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social, conforme estabelecido na Lei 8.080.

Outro artigo desta mesma Lei estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveria ser baseado nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados.

Com a criação das Normas Operacionais Básicas - NOB's, este artigo foi substancialmente modificado.

O SUS apresentou progressos significativos no setor público, principalmente ao nível da atenção primária, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência em nível secundário e terciário. Em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, tais setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

3.1.11 A partir de 1992

No período de 1991 a 1994, com um discurso de reduzir o Estado ao mínimo, é implantada a política neoliberal privatizante do presidente Fernando Collor de Mello.

O objetivo maior da privatização das estatais era reduzir os gastos públicos, porém a redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde.

Para regular a transferência de recursos financeiros da União para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros, o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas – NOB.

A partir da NOB 01/91, foi redefinida toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços e avaliada pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados.

Buscando melhorar a lógica de repasse dos recursos financeiros da NOB 01/91, em 1993, foi criada a NOB 01/93 com critérios e categorias diferenciados para habilitação dos municípios e tipo de gestão implantada.

Com a criação do SUS, que tem seu comando centralizado no Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto.

Nesse período, houve o Impeachment do Presidente Fernando Collor de Mello, assumindo a presidência o vice-presidente, Itamar Franco.

A crise financeira do setor saúde se agrava em 1994, quando o Ministério da Previdência, mesmo descumprindo três Leis Federais, deixa de transferir recursos para a área da saúde. O motivo alegado, aumento concedido aos benefícios dos previdenciários do INSS, com isso, os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seriam destinados somente para custear a Previdência Social.

Dando continuidade ao modelo neoliberal, atrelado à ideologia da globalização e da redução do “tamanho do Estado”, em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume o governo. Continuam os problemas de financiamento do setor saúde, e o próprio ministro da Saúde (1996) reconhece a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos e impedir a corrupção.

Em 1996, surgiu o tributo chamado Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF, idealizado pelo então Ministro da Saúde Adib Jatene. Foi concebido como alternativa econômica de fonte de recurso com duração definida, que seria um ano, e que os recursos arrecadados seriam aplicados exclusivamente na área de saúde.

O objetivo de aumentar a captação de recursos para a saúde não foi atingido, pois o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da União destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF.

Mediante tantos problemas, se agrava a operacionalização do SUS, em todo o país, hospitais e casas de saúde passam a criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva.³

3.2 O Financiamento da Saúde no Brasil

Podemos definir financiamento como sendo recursos financeiros que asseguram determinada atividade, no sentido de garantir instalações adequadas, equipamentos necessários, materiais de consumo imprescindíveis e recursos humanos suficientes. Deixemos claro que estes recursos, embora assegurados, não garantem, por si só, a eficiência e a eficácia das ações de saúde.

³ Verificar em - HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL - Uma pequena revisão de Marcus Vinícius Polignano.

A problemática do financiamento da Saúde Pública está relacionada a uma série de questões que envolvem desde a estrutura tributária dos países – que define a parcela de recursos à disposição do Estado para a implementação das políticas públicas – até a definição da parcela de recursos a ser aplicada no setor e o formato de financiamento definido pelo pacto federativo e pelos arranjos institucionais.

Para que possamos analisar o financiamento do setor saúde de um país, é extremamente relevante conhecer a definição das suas políticas públicas.

Dependendo de quais são as fontes de financiamento do setor saúde do país, maior ou menor pode ser a influência do seu quadro econômico nos recursos destinados ao setor. Essa influência será maior quando o financiamento estiver essencialmente baseado em recursos públicos. Quando o sistema de saúde depender do orçamento fiscal, o volume de recurso será afetado de acordo com as decisões políticas e as oscilações no nível de arrecadação fiscal. Quando o sistema depender de recursos previdenciários, o volume de recursos será afetado pelo nível de arrecadação das contribuições de trabalhadores e as crises econômicas enfrentadas pelo país.

No Brasil, o processo de unificação das ações e serviços públicos de saúde em programa de acesso universal e de direito da cidadania foi consagrado na Constituição Federal de 1988, quando a Saúde, juntamente com a Previdência e a Assistência Social, passaram a compor o campo da proteção social. Ao combinar direitos individuais e coletivos, ou contribuintes e cidadãos num mesmo programa, a nova visão de proteção social integrou padrões distintos de financiamento, baseados em impostos, contribuições sociais e recursos de dois orçamentos, o Orçamento Geral da União e o Orçamento da Seguridade Social (o art. 198, § 1º da CF de 1988).

Por conseqüente, a receita da saúde é proveniente dos recursos originários do orçamento fiscal, dos mecanismos de financiamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, sendo uma parte do orçamento fiscal e outra, das receitas tributárias próprias dos estados e municípios e dos recursos oriundos de fundos sociais extra-orçamentários, tais como o Fundo de Investimento Social - FINSOCIAL, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, Programa de Integração Social - PIS/Programa de Formação Patrimonial do Serviço Público - PASEP, Salário-Educação, FAS e Contribuição Sindical.

O financiamento oriundo dos recursos originários do orçamento fiscal tem sido aplicado prioritariamente no desenvolvimento das ações em atenção médica sanitária e

correlata (serviços básicos de saúde, controle de doenças transmissíveis, produtos profiláticos e terapêuticos, alimentação e nutrição). Além disso, algumas ações no campo médico-hospitalar são financiadas com recursos do orçamento fiscal, destacando-se a manutenção dos hospitais do Ministério da Saúde - MS, do Ministério da Educação e Cultura - MEC e dos Ministérios Militares.

Os recursos que provêm dos mecanismos de financiamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, isto é, das contribuições compulsórias de empregados, empregadores e das contribuições da União, são destinados a cobrir, em tese, as despesas de custeio e eventuais insuficiências do SINPAS. Tais recursos estão voltados, de modo geral, ao financiamento das ações de natureza médico-hospitalar para a clientela do complexo médico-previdenciário.

Os recursos oriundos das receitas tributárias próprias dos estados e municípios destinam-se a financiar as ações das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ligadas à manutenção de postos e centros de saúde, direcionados à atenção primária para as populações locais. São utilizados, também, na manutenção dos hospitais gerais, estaduais e municipais, onde funcionam serviços clínicos e cirúrgicos, bem como atendimentos de emergência com maior complexidade.

Sabendo da origem dos recursos para o financiamento das Políticas Públicas de Saúde, podemos afirmar que o tipo de fonte que financia o setor no Brasil está sujeito a oscilações. Em alguns momentos, as contribuições sociais sobre a folha de salários tiveram maior participação, já em outros momentos, impostos da União agrupados na fonte “Recursos Ordinários da União” tiveram grande destaque.

A partir da criação do SUS em 1988, que pretendia integrar os recursos federais do Orçamento da Seguridade Social - OSS e do Orçamento Geral da União – OGU aos recursos fiscais de estados e municípios, resgataremos o financiamento do setor saúde no Brasil.

Em 1988, o repasse do OSS para a Saúde era de 30%, conforme estabelecido no Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT. Sob a alegação de restrições fiscais e de aumento das despesas da Previdência Social, os recursos originários da folha de salários deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde, passando a financiar exclusivamente a Previdência Social.

Desta forma, aumenta a dependência da saúde em relação a outros recursos do Tesouro Nacional. Ainda em 1993, com o intuito de dar estabilidade e suficiência ao financiamento da Saúde, a PEC 169 encaminha Proposta de Vinculação Constitucional “Definitiva” de 30% do OSS, a ele acrescentando 10% da receita de impostos da União, Distrito Federal, estados e municípios.

A Desvinculação das Receitas da União – DRU, através do Fundo Social de Emergência – FSE, que vigorou em 1994 e 1995, posteriormente renomeado como Fundo de Estabilização Fiscal – FEF, entre 1996 e 1999, neutralizou parcialmente o crescimento de receita por conta das novas contribuições sociais e da ampliação das receitas pré-existentes.

Dada a irregularidade dos aportes de receita ao OSS, o MS, na segunda metade da década de 90, lidera a luta pela criação de uma fonte específica de financiamento para a Saúde, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF. A CPMF entrou em vigor em janeiro de 1997, tendo como resultado do seu primeiro ano uma arrecadação de R\$6,9 bilhões (6,45% da arrecadação total do governo federal). Até janeiro de 1999, a alíquota era de 0,20%. Com a prorrogação da cobrança da contribuição, a alíquota passou para 0,38 % a partir de 17 de junho de 1999, com validade de um ano. Nos dois anos subsequentes, a alíquota cobrada seria de 0,30%, até o ano 2001. Em março de 2001, a alíquota voltou a 0,38%. O aumento da alíquota da CPMF foi aprovado pelo Congresso, em dezembro de 2000, com o objetivo de financiar o Fundo de Combate à Pobreza, o Programa Bolsa-Escola e projetos de saneamento. Com isso, a CPMF não gerou o aumento de recursos esperados para a saúde.

Na busca de fontes adicionais de recursos para estabilizar o sistema de financiamento da saúde, foi editada, em 13 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional n° 29, que alterou a Constituição Federal de 1988. Além de definir os limites mínimos de aplicação em saúde, estabelece regras de adequação para o período de 2000 a 2004. A partir daí, os cálculos dos limites, os critérios de rateio dos recursos, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde e as normas de cálculo dos montantes a serem aplicados pela União, estados, Distrito Federal e municípios serão definidos por meio de Lei Complementar que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos. Na hipótese da não edição dessa Lei, permanecerão válidos os critérios estabelecidos na própria Emenda Constitucional – EC.

A definição dos limites constitucionais mínimos para aplicação em saúde, conforme a EC, se daria da seguinte forma:

No âmbito da União: no ano de 2000, foi estabelecida a obrigatoriedade de aplicação do valor equivalente ao empenhado no exercício financeiro de 1999, acrescido de 5%. Nos anos seguintes, o valor anual a ser aplicado passou a ser calculado com base no “valor apurado no ano anterior”, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária.

No âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios: no ano de 2000, foi estabelecida a obrigatoriedade de aplicação de um percentual mínimo de 7% da receita de impostos, inclusive as transferências constitucionais e legais. Nos exercícios seguintes, esse percentual deve ser acrescido, anualmente, à razão de um quinto, até atingir, em 2004, o percentual mínimo de 12% para as receitas estaduais e de 15% para as receitas municipais.

Quanto à adequação dos limites mínimos: os entes federados que não aplicavam, em 2000, os percentuais mínimos fixados pela EC n ° 29 devem elevá-los a cada ano, reduzindo a diferença entre o percentual aplicado e o mínimo estabelecido de 12% para estados e 15% para municípios, à razão de um quinto ao ano, sendo que, em 2000, devem cumprir o mínimo de 7%. Existem três situações possíveis em relação ao cumprimento dos percentuais mínimos a partir de 2000:

1. Aqueles que aplicavam, em 2000, pelo menos 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais não podem reduzir seus percentuais abaixo desses patamares nos anos seguintes;

2. Aqueles que aplicavam, em 2000, percentual igual ou inferior ao limite mínimo de 7% devem elevar seus percentuais a cada ano, reduzindo a diferença entre o mínimo de 7% em 2000 e o mínimo de 12% das receitas estaduais e de 15% das receitas municipais, conforme Tabela 01:

Tabela 01 – Percentuais Mínimos de Vinculação Orçamentária para o Sistema Único de Saúde, Conforme o Ano e Nível de Governo, nos Termos da Emenda Constitucional n°. 29.

ANO	RECEITAS ESTADUAIS (%)	RECEITAS MUNICIPAIS (%)
2000	7,0	7,0
2001	8,0	8,6
2002	9,0	10,2
2003	10,0	11,8
2004	12,0	15,0
2005	12,0	15,0
2006	12,0	15,0

Fonte: Resolução n°. 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, atualizado pela autora.

3. Aqueles que aplicavam, em 2000, percentuais superiores a 7% e inferiores a 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais devem calcular a razão de um quinto da diferença entre o percentual aplicado em 2000 e o mínimo previsto para 2004.

A razão de crescimento é calculada da seguinte forma:

- Razão de crescimento das receitas estaduais = $(12\% - \% \text{ aplicado em } 2000)/5$
- Razão de crescimento das receitas municipais = $(15\% - \% \text{ aplicado em } 2000)/5$

O resultado obtido deve ser somado ao percentual aplicado em 2000 para se calcular o mínimo para 2001. Em 2002 e 2003, essa razão deve ser somada ao percentual mínimo calculado para o ano anterior. Na hipótese de descumprimento da EC n° 29, a definição dos valores do exercício seguinte não será afetada; ou seja, os valores mínimos serão definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da Emenda Constitucional no exercício anterior. A EC 29 teve o inegável mérito de comprometer efetivamente as três esferas de governo com a universalização da saúde, é bom lembrar que, no plano federal, procedeu-se à desvinculação da Saúde do Orçamento da Seguridade Social. A EC 29 não define as fontes que devem financiar a Saúde, e sim a variação de seu gasto pelo crescimento do PIB nominal (no campo específico da Saúde, os repasses para o MS, originários das receitas administradas pela Secretaria do Tesouro Nacional – receitas fiscais, COFINS e CSLL – apresentaram comportamento cíclico

e alternância na composição das fontes, mesmo após a instituição da CPMF e da implantação da EC 29).⁴

O cenário econômico atual do sistema de saúde é conturbado, misturando escassez de recursos, desperdício dos mesmos, falta de incentivos para os diversos atores envolvidos, incorporações de novas tecnologias em saúde sem critérios definidos e grande variabilidade na utilização dos insumos e procedimentos médicos.

Diante deste quadro, torna-se cada vez mais difícil planejar de forma eficaz a alocação dos recursos captados.

De acordo com Teixeira e Teixeira (2003), este desafio mostra-se particularmente difícil em um contexto de demanda crescente e de restrição orçamentária. Os recursos são escassos, as possibilidades de utilização de subterfúgios de administração financeira são limitadas, e por isto, é preciso planejar as ações a serem desenvolvidas. O planejamento eficaz do gasto e a adequada gestão dos limitados recursos disponíveis são imprescindíveis em todos os setores da economia, em especial no setor público. Afirmam ainda que, tão importante como o planejamento, é a mensuração e a avaliação das ações empreendidas e dos resultados alcançados. A condução das políticas públicas requer mais do que boa intuição. São necessárias informações precisas, pertinentes e detalhadas sobre a realidade. Além das funções dos gestores do SUS de mensurar e avaliar as referidas políticas, são também importantes as contribuições sob a responsabilidade das instituições de pesquisa, que interagem com segmentos da sociedade para o aperfeiçoamento contínuo.⁵

3.3 A Alocação de recursos na saúde

Estudando a gestão de recursos financeiros para auxiliar gestores municipais de serviços de saúde, Couttolenc e Zucchios (1998) conceituaram e contextualizaram alocação de recursos como sendo o processo pelo qual recursos existentes são distribuídos entre usos alternativos. Consideram que três aspectos do processo de alocação de recursos merecem ser enfatizados.

⁴ Resolução n.º 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde - Brasília/DF.

Disponível em: < <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 23 de abril de 2008.

⁵ Para mais informações verifiquem em: TEXTO PARA DISCUSSÃO NO. 401- **Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas**, de Maria Elizabeth Barros, Sérgio Francisco Piola e Solon Magalhães Vianna. Disponível em: < <http://WWW.ipea.gov.br>. Acesso em 20 de abril de 2008.

- Primeiro: toda alocação resulta ou corresponde a um processo decisório sobre “onde colocar o dinheiro”, ainda que esse processo possa não ser formalizado ou simplesmente repetir o que já foi feito antes.

- Segundo: toda alocação tem um impacto direto e claro sobre a eficiência e o custo dos serviços. Alocar recursos limitados a um conjunto de atividades significa que eles não estarão disponíveis para outras atividades, o que poderá resultar em falta de materiais, falhas no apoio logístico ou outros problemas.

- Terceiro: toda política ou conjunto de prioridades se traduz num padrão específico de alocação de recursos, e vice-versa: todo padrão de alocação de recursos corresponde a certas prioridades, ainda que implícitas. É comum autoridades políticas e/ou sanitárias definirem um conjunto de políticas e prioridades, mas uma análise do padrão de alocação de recursos pode revelar outra ordem de prioridades. Nesse caso, naturalmente, é o padrão de alocação que mostra as verdadeiras prioridades.

No Brasil, em função das distorções existentes na distribuição de recursos na área da saúde e da iniquidade resultante, o SUS propôs, desde o início, vários critérios de alocação dos repasses federais:

- Critério demográfico: é o que tem recebido mais atenção na discussão dos critérios de repasse dos recursos do SUS, já que, desde o início, se propôs que parte desses recursos sejam repassados com base em um valor per capita. O critério demográfico é visto como um mecanismo para se reduzir distorções e injustiças na distribuição dos recursos da saúde, mas se defronta com a demanda de recursos criada pela rede instalada de unidades prestadoras de serviços.

- Critério epidemiológico: baseado nas necessidades reais de serviços ditadas pelo padrão regional de morbidade, o critério epidemiológico é de difícil operacionalização pela porosidade das relações entre municípios e a dificuldade de se definir um critério único que resuma a situação sanitária de um município; embora previsto, esse critério não foi efetivado até hoje.

- Incentivos às ações básicas: este critério se propõe claramente como um instrumento de política, procurando estimular os municípios a desenvolver e expandir as ações de atenção básica. (POSSAS, 1981)

Consideradas as dificuldades atuais, pode-se observar que existe uma grande distância entre a definição de critérios e a sua operacionalização, tornando-se necessário aprofundar a discussão e análise de alocação de recursos financeiros e outros.

A caracterização do padrão de alocação de recursos constitui um passo necessário no processo de identificar problemas e fontes de ineficiência na estrutura e funcionamento dos serviços. Esses problemas estão frequentemente ligados a desequilíbrios na combinação de insumos e/ou à existência de gargalos em algum ponto do processo produtivo; ambos limitam a produção dos serviços finais e forçam a ociosidade de parte dos recursos existentes, resultando em aumento desnecessário dos custos e comprometimento da qualidade. (COUTTOLENC e ZUCCHIOS, 1998).

Numa visão econômica, sempre que temos um processo produtivo, há a necessidade de insumos. Os economistas acreditam que é importante criar uma ou mais combinações de insumos de forma a permitir maximizar a quantidade produzida e/ou minimizar os custos de produção. A eficiência na atividade e os custos dos serviços estão diretamente ligados à maneira com que os recursos são aplicados entre diferentes insumos. Quando um insumo ou recurso está disponível, mas não pode ser utilizado plenamente porque outro insumo não está presente em quantidade suficiente, o problema muitas vezes é de eficiência alocativa, pois uma distribuição mais equilibrada dos recursos financeiros disponíveis entre os dois insumos poderia eliminar o problema. O exemplo clássico é um equipamento não utilizado por falta de um profissional para operá-lo. Qualquer desequilíbrio entre os diversos insumos em relação à situação ótima produziria ineficiências e custos mais altos do que o necessário.

Os autores Couttolenc e Zucchios (1998) dão exemplos clássicos de ineficiências desse tipo nos serviços de saúde, onde incluindo:

- Insuficiente dotação para a manutenção de prédios, instalações e equipamentos, gerando deterioração rápida desses itens; “economizar” em manutenção é comprovadamente um erro, pois torna outros recursos (humanos ou físicos) inúteis (um técnico de radiologia não tem o que fazer se o equipamento não estiver funcionando); compensar a falta de manutenção com a aquisição de novos equipamentos também é uma falsa solução, uma vez que o resultado a curto ou médio prazo é infra-estrutura e equipamentos inoperantes, requerendo novos investimentos ou reparos caros; os recursos foram desperdiçados.

- Gasto excessivo com pessoal: um quadro de pessoal maior do que o comportado pelos recursos materiais e equipamentos resulta em ociosidade, baixa produtividade e custos desnecessários; pagar pouco a esse pessoal como medida de contenção de gastos também é contraprodutivo, já que, em geral, a produtividade e a qualidade do trabalho são proporcionais ao salário recebido.

- Desequilíbrio entre os diferentes insumos utilizados na produção de serviços ou entre serviços complementares: por exemplo, não adianta um estabelecimento de saúde ter equipamentos sofisticados sem os recursos humanos qualificados para operá-los, pois serão desperdiçados. Isso acontece também quando existe um grande número de médicos, mas pouco pessoal de apoio (enfermagem ou outros): o profissional médico não consegue produzir conforme sua capacidade e capacitação, e seu tempo é desperdiçado. Outro exemplo é a destinação e uso exclusivo de salas de ambulatório por uma determinada especialidade médica; mesmo que não tenha atendimento ou demanda constante, impede o uso do espaço por outras especialidades e obstrui, portanto, a utilização ótima do espaço físico.

Outra fonte de ineficiência e alto custo dos serviços residem no preço que o prestador paga pelos insumos que utiliza. Logicamente, a utilização de insumos mais caros onera o custo do serviço final. O custo dos insumos – principalmente insumos materiais – é influenciado por vários fatores:

- a qualidade do insumo;
- as condições negociadas para o pagamento;
- o sobrepreço cobrado pelo vendedor devido à fama de mau pagador do setor público.

As ineficiências apontadas até aqui não nos parecem novidade, uma vez que o dia-a-dia mostra a realidade do sistema de saúde brasileiro, seja através da mídia ou mesmo quando o uso se fizer necessário. O importante é identificar os problemas, conhecer suas causas, ter consciência da necessidade e possibilidade de tomar medidas corretivas

CAPÍTULO IV – DIAGNÓSTICO DA SAÚDE NO BRASIL E A HEMORREDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA

Este capítulo começa com um breve panorama da situação atual da saúde brasileira. Logo após, serão apresentados, numa visão econômica, indicadores de desempenho da Hemorrede Pública de Santa Catarina, de forma a visualizar as questões de alocação de recursos e resultados por regiões no período de 2004 a 2006, sendo abordados aspectos da abrangência da rede física da Hemorrede no Estado, da produção de serviços, contemplando coleta e transfusão de sangue, do consumo de bolsas e das fontes de recursos.

4.1 Diagnóstico do setor saúde brasileiro

Como foi exibido nos capítulos anteriores, nas últimas décadas, várias alternativas foram apresentadas como ferramentas para democratizar o acesso aos cuidados de saúde, alocar os recursos de forma racional, maximizar o benefício dos recursos e melhorar a qualidade da assistência à população. Porém, a grande variabilidade na utilização de insumos e a falta de incentivos aos profissionais envolvidos levaram à contramão do desejável, pois o cenário econômico do sistema de saúde brasileiro, ainda que apresente uma discreta evolução positiva, é de escassez de recursos e desperdício dos mesmos.

Segundo Saraiva Felipe (2006), nos últimos cinco anos, observa-se que houve um incremento de recursos, mas estes não acompanharam o crescimento populacional do país. Nosso orçamento para a saúde pode impressionar à primeira vista, entretanto ainda é insuficiente para resgatar mazelas do passado. O setor saúde, com todos os componentes nele envolvidos, representa 7% do nosso PIB. É pouco se comparado, por exemplo, aos Estados Unidos, que responde por 15% do Produto Interno Bruto.

Faxina e Neumann (2003) apontam a falta de um sistema de informações, para a área da saúde no Brasil, como sendo o fator principal das dificuldades de planejamento. O planejamento de hoje é feito com base em projeção a partir de dados coletados em censos realizados de 10 em 10 anos, ou seja, até o ano 2.000 o Brasil está planejando suas ações

na área de saúde com dados de 1991, apenas atualizados com o mecanismo das projeções ou por pesquisas que não têm poder de gerar dados em nível municipal.

Por isso, estamos sempre correndo atrás de fatos que nos surpreendem, que nos antecipam. A área da saúde no Brasil tem demonstrado uma incapacidade de se prevenir e antecipar aos fatos. E esta incapacidade deve-se principalmente à falta de dados atualizados, capazes de dar um retorno de nossas ações, indicando com segurança aquelas de maior eficiência. São incalculáveis os gastos demandados na área da saúde no Brasil em função dessa incapacidade.

Sempre que uma decisão é tomada, gera uma consequência que pode ter como risco penalizar a sociedade integralmente, logo, decisões não podem ser baseadas simplesmente no “bom senso”. No mundo real, onde existe escassez de recursos, desigualdade no acesso à saúde e qualidade duvidosa do serviço prestado, devemos lançar mão da Economia da Saúde para nos auxiliar no processo decisório. (VIANNA e MESQUITA, 2003).

Como se pôde verificar, o problema da saúde brasileira não está focado somente na questão de recursos financeiros, mas também na falta de sincronismo de ações nas diversas áreas da ciência voltadas para a saúde.

O cenário atual apresentado nos leva a refletir sobre a necessidade da criação de um método para auxiliar no processo de escolha entre alternativas disponíveis, mensurar o benefício para cada unidade de custo, estimar o retorno para a sociedade na incorporação de novas tecnologias e identificar formas de incentivo para que os participantes do sistema atuem com mais eficiência na utilização de todos os recursos disponíveis e indisponíveis no momento, tornando-os disponíveis num momento futuro.

4.2 A Hemorrede do Estado de Santa Catarina

De um Banco de Sangue instalado na Maternidade Carmela Dutra surgem os primeiros serviços hemoterápicos em Santa Catarina, que futuramente se tornariam uma Hemorrede no Estado.

No início da década de 1960, em Florianópolis, foi instalado o Banco de Sangue da Maternidade Carmela Dutra. Posteriormente, através da Lei 3.555, de 27 de novembro de 1964, foi criado, entre outros serviços, o Centro Hemoterápico Catarinense – CHC, que veio a

substituir aquele banco de sangue, tendo como finalidade realizar atendimento hemoterápico em todo o Estado, por meio de postos instalados em instituições nas principais cidades do interior.

Em 1987, baseado nas diretrizes do Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados – PLANASHE, atualmente Coordenadoria Geral de Sangue, outros Tecidos e Órgãos – SAS, o Centro Hemoterápico Catarinense passa a ser o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina – HEMOSC, agregando a sua função à assistência aos portadores de doenças hematológicas.

Em 1989, mediante o Decreto 3015, o HEMOSC passa a ser reconhecido como um órgão de complexidade, Central e Coordenador das Ações na Área de Hemoterapia e Hematologia.

Com a ampliação dos serviços prestados pelo HEMOSC, bem como uma maior demanda por parte dos cidadãos catarinenses, surgiu a necessidade de descentralizar o atendimento a fim de aperfeiçoar e melhorar os procedimentos técnicos e administrativos. Sendo assim, por iniciativa de um grupo de pessoas ligadas às áreas do câncer e sangue em Santa Catarina, foi constituída, no ano de 1994, a Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON – FAHECE, entidade privada, sem fins lucrativos, que representa uma proposta inovadora de parceria entre o setor público e o privado.

Neste mesmo ano, foi elaborado o primeiro “Plano de Interiorização da Hematologia e Hemoterapia”, tendo sido planejada a implantação de 01 hemocentro em cada microrregião do Estado de Santa Catarina, caracterizando a hemorrede.

Assim, em 1995, cria-se a Hemorrede Pública de Santa Catarina, tendo o HEMOSC – Florianópolis como hemocentro coordenador e as unidades de Joaçaba e Lages como hemocentros regionais. A Rede foi ampliada em 1998 com a inauguração dos hemocentros regionais de Criciúma, Chapecó e Joinville, e em 2004 deu-se início à construção do hemocentro regional de Blumenau, consolidando a rede de hemocentros, pois, após sua inauguração, este irá atender as regiões do Médio e Alto Vale do Itajaí.

Dando continuidade ao processo de expansão, foram criadas as Unidades de Coleta em Tubarão e Jaraguá do Sul, em 2005 e 2006, respectivamente. Encontra-se, no ano de 2008, em fase de conclusão a Unidade de Coleta em Canoinhas. Na Figura 01 a seguir se pode verificar a composição física da hemorrede no Estado de Santa Catarina.

FIGURA 1 – Abrangência Física da Hemorrede Pública em Santa Catarina



Fonte: Ministério da Saúde, atualizado pela autora.

4.3 Análises de indicadores de serviços e produtos da Hemorrede Pública Estadual de Santa Catarina - 2004 a 2006

4.3.1 Números de Bolsas Coletadas – Hemorrede

Este indicador é um dos mais importantes dentro de qualquer Hemocentro, pois é dele que depende a produção dos demais serviços em hematologia e hemoterapia da instituição. Refere-se ao número total de bolsas de sangue coletadas, conforme será apresentado na Tabela 02.

Tabela 02 – Evolução do Número de Bolsas Coletas por Hemocentro, Santa Catarina 2004/2006

ANO	CHAPECÓ	CRICIÚMA	FPOLIS	JOAÇABA	JOINVILLE	LAGES	HEMORREDE
2004	10.423	11.841	37.038	6.340	17.794	5.917	89.353
2005	10.912	13.079	28.411	6.436	18.999	6.385	84.222
2006	11.708	14.003	28.739	6.831	20.394	7.091	88.766

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Relatório institucional 2006, elaborado pelo CPQ do Hemocentro Coordenador.

Analisando a tabela observa-se que o indicador apresentou um crescimento contínuo para a maioria dos hemocentros. Fugindo a este padrão apenas o hemocentro coordenador em Florianópolis, que mostrou resultado de queda no número de bolsas coletadas de 2004 para 2005, tendo uma discreta recuperação em 2006, não atingindo o melhor índice do período, que foi em 2004, ocasionando uma queda no resultado total da Hemorrede. Tal situação pode ser atribuída à política de descentralização do governo estadual, no sentido de implantar novos serviços de alta complexidade em outras regiões do Estado, antes centralizados na Capital. Deslocando, desta forma, a demanda da capital para as demais regiões.

Contudo, o esperado seria que a queda no resultado de Florianópolis fosse acompanhada de crescimento, na mesma proporção, nos demais municípios. Fato este que não ocorreu na prática, pois temos uma queda no resultado geral da Hemorrede. Atribui-se tal acontecimento ao ajustamento estrutural dos hemocentros regionais, no sentido de absorver a demanda oriunda desse ano atípico. Verifica-se que em 2006 há uma tendência de melhoria deste indicador na maioria dos Hemocentros, inclusive o hemocentro de Florianópolis. Em 2007 há uma recuperação da Hemorrede atingindo um total de 93.156 bolsas coletadas.

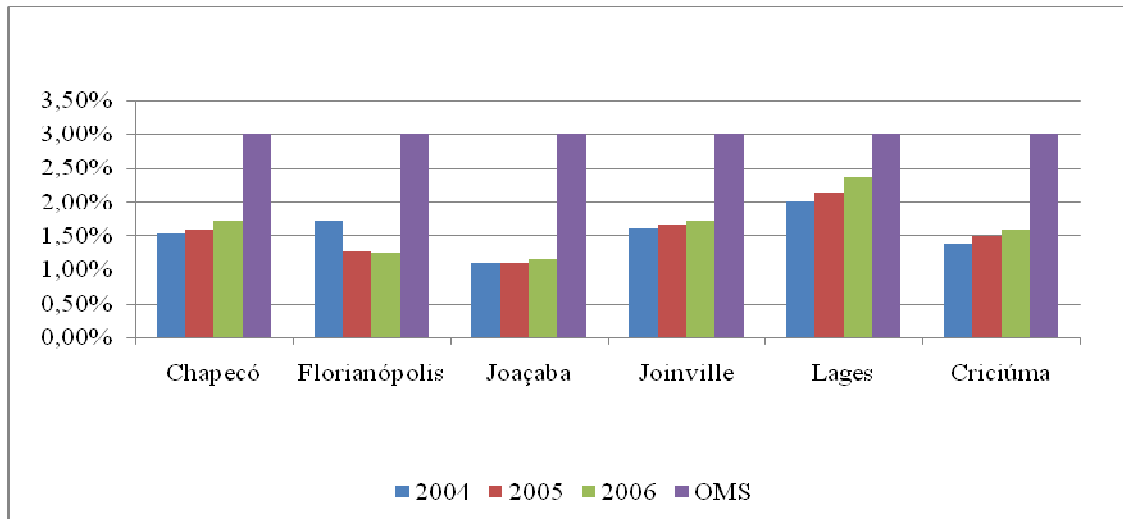
4.3.2. Bolsas coletadas por habitante em Santa Catarina

Com base no número de bolsas coletadas, é possível chegar ao indicador do número de doadores por habitante. Tal indicador monitora a cobertura da Hemorrede Pública no Estado de Santa Catarina quanto à captação de doadores. No Gráfico 01, pode ser observada a evolução percentual do total de doadores/ano em relação à população existente. A população considerada na Hemorrede refere-se a sua área de abrangência no Estado. Nos dados de abrangência no Estado, foi considerado a população total residente por Macrorregião de Saúde, conforme dados do Ministério da Saúde – DATASUS⁶. Analisando o referido gráfico, é possível visualizar o crescimento desse indicador nos hemocentros regionais, com exceção do resultado obtido pelo hemocentro de Florianópolis no período, em função do deslocamento da demanda, conforme explicitado no item anterior. Embora, a partir de 2006 se esboce uma tendência de melhoria em toda Hemorrede, ainda se apresentam números aquém

⁶ Disponível em: < [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 21 de junho de 2008.

do que preconiza a OMS (Organização Mundial de Saúde) – na ordem de 3%. Situação esta que pode ser atribuída à dificuldade financeira em manter a efetividade de campanhas publicitárias de incentivo à doação de sangue na Hemorrede.

Gráfico 01 – Número de Doador por Habitante em Santa Catarina – por Hemocentro de 2004/2006.



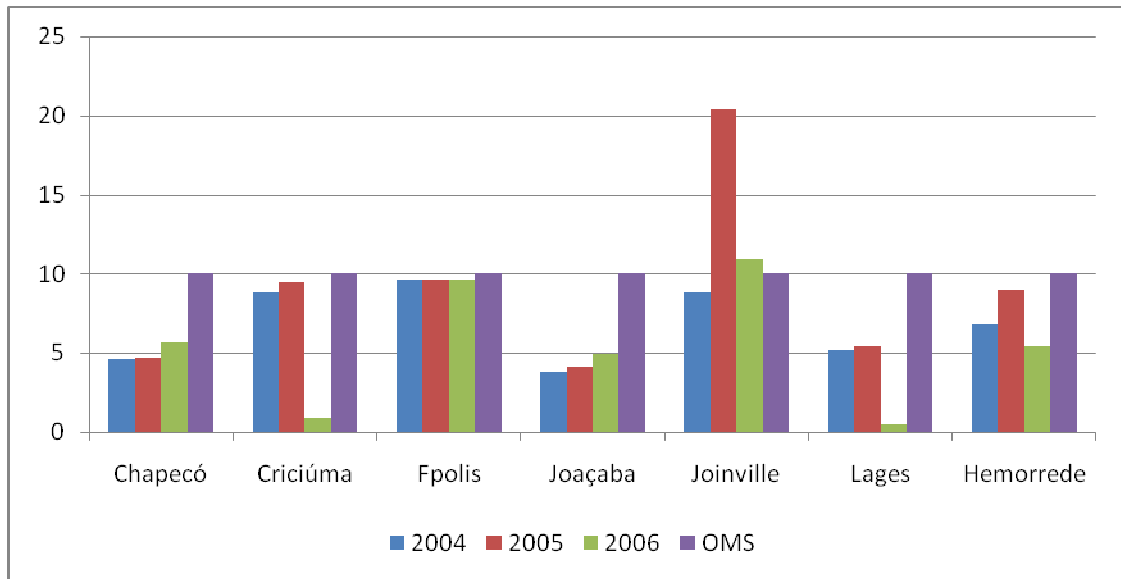
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados: Número de bolsas coletadas/ano - HEMOSC; População residente por Macrorregião de saúde segundo Regional de Saúde - MS/DATASUS.

4.3.3 Números de Bolsas fornecidas por leito – por Hemocentro

Este indicador demonstra o número de bolsas fornecidas pela Hemorrede aos Hospitais e Clínicas que integram a área de abrangência de cada Hemocentro, em relação ao número de leitos existentes. Para uma melhor análise dos dados apresentados no Gráfico 02, é importante destacar que o referencial teórico fornecido pela Organização Mundial da Saúde – OMS é de 10 bolsas por leito no ano para procedimentos que envolvem o uso de hemoderivados. Sendo assim, podemos verificar que, salvo a exceção do Hemocentro Regional de Joinville no ano de 2005, que atingiu um índice de 20,4 bolsas por leito, os demais Hemocentros estão apresentando um resultado aquém do referencial teórico da OMS. O índice atingido pelo Hemocentro Regional de Joinville em 2005 pode ser decorrente de duas situações pertinentes, seja por erro no cálculo de dados ou desperdício de bolsas nos órgãos de saúde atendidos. Porém, nenhum estudo foi realizado para a apuração mais detalhada desta distorção, o que pode ser notado é que, para o ano seguinte, o indicador mostrou um índice

mais aceitável. O mesmo aconteceu com os Hemocentros de Criciúma e Lages, onde os dados de 2006 foram calculados de forma incorreta. De todos os Hemocentros, o que apresenta maior regularidade nesse indicador é o Hemocentro de Florianópolis, conseguindo manter uma média bem próxima ao referencial teórico.

Gráfico 02 – Número de Bolsas Fornecidas por Leito – por Hemocentro de 2004/2006.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Relatório institucional 2006, elaborado pelo CPQ do Hemocentro Coordenador.

4.3.4 Cumprimento da Demanda de sangue

Através deste indicador é possível verificar o desempenho do serviço de distribuição de sangue da Hemorrede. Embora a Hemorrede tenha efetuado um esforço conjunto para atender a demanda crescente, foram muitas as dificuldades, pois o Governo do Estado, ao planejar a descentralização, não avaliou a capacidade de absorção da demanda gerada para a área de hematologia e hemoterapia. Outro fator a ser considerado, para o aumento da demanda, é o processo de desativação de instituições particulares prestadoras de serviços hemoterápicos, oriundo de uma mais ampla atuação da Vigilância Sanitária Estadual – VISA no sentido de se fazer cumprir as exigências da legislação em vigor. Tem-se como exemplo o fechamento das Unidades de Tubarão, Jaraguá do Sul, Canoinhas e Xanxerê, em face da dificuldade de se reestruturarem no sentido de atender o disposto na lei.

A Hemorrede teve que absorver a demanda, através de ações emergenciais, mesmo não tendo suporte, no que tange a recursos financeiros e humanos, o que não permite aumentar a produção ao nível desejado. Esta situação inviabiliza alguns serviços prestados, impossibilita o investimento na capacitação dos colaboradores e a incorporação de novas tecnologias ao processo de apoio finalístico da Hemorrede. Ou seja, a demanda cresceu além da capacidade de oferta, só não houve um colapso de fornecimento em função de cirurgias eletivas (cirurgias programadas, não consideradas de urgência) que vêm sendo adiadas ou suspensas em caráter preventivo.

Tabela 03 – Percentual de Pedidos de Hemocomponentes em Relação ao Atendimento por Hemocentro, Santa Catarina 2004/2006

ANO	CHAPECÓ	CRICIÚMA	FPOLIS	JOAÇABA	JOINVILLE	LAGES	HEMORREDE
2004	97,8	100,0	90,6	99,1	100,0	99,6	97,7
2005	99,4	98,0	94,6	99,7	99,6	99,9	98,5
2006	99,4	98,2	96,0	99,3	98,0	99,7	98,4

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Relatório institucional 2006, elaborado pelo CPQ do Hemocentro Coordenador.

Conforme os resultados apresentados na tabela 03, a Hemorrede alcançou no período um índice de 98,2% de atendimento das solicitações de hemocomponentes, sendo que o ideal seria atender 100%. Vale salientar que este índice não está retratando a realidade, podendo ser inferior ao apresentado, pois muitas cirurgias foram adiadas após consultas telefônicas pelos conveniados, não chegando a gerar o pedido oficial. Desta forma, verificamos a situação deficitária com relação à oferta e demanda do produto, explicitando a dificuldade no atendimento. Verifica-se ainda, que a dificuldade maior de atendimento está no hemocentro de Florianópolis. Situação explicada pelo fato da grande Florianópolis ser uma região com maior número de hospitais de grande porte e clínicas.

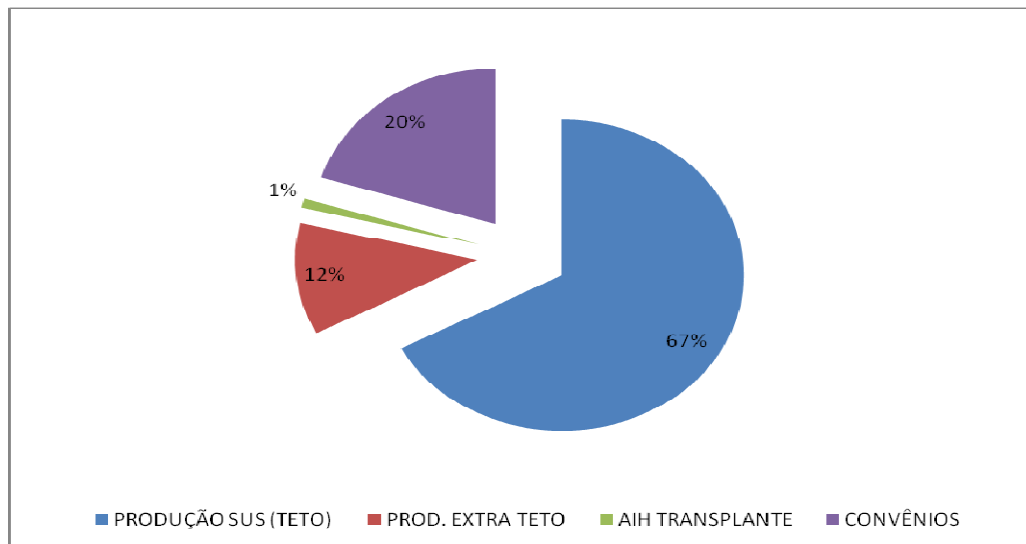
4.3.5 Fontes de recursos

Assim como as demais instituições públicas de saúde, a Hemorrede Pública de Santa Catarina tem no SUS sua maior fonte de receita. Não sendo total em função de algumas particularidades em relação às demais unidades vinculadas à Secretaria de Estado de Saúde, visto que possui autonomia financeira e administrativa, possibilitando o gerenciamento de

seus recursos, através da FAHECE. Como entidade credenciada pelo Sistema Único de Saúde – SUS para o fornecimento de assistência médico-hospitalar em procedimentos ambulatoriais, exames e internações nas áreas de hematologia, hemoterapia e oncologia, a principal fonte de recursos da FAHECE decorre da prestação de serviços ao SUS.

A eficiência e agilidade do modelo fundacional, a gestão racional dos recursos do SUS e as prerrogativas de entidade filantrópica vêm garantindo, ao longo da existência da FAHECE, o custeio dos serviços prestados, bem como os investimentos em projetos e programas específicos, que resultam na melhoria e expansão do atendimento. No Gráfico 03 se pode verificar a composição da receita da Hemorrede Pública de Santa Catarina – 2004 a 2006.

Gráfico 03 – Composição da Receita da Hemorrede Pública de Santa Catarina – 2004 a 2006.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Razão contábil emitida pela empresa de contabilidade ORSITEC⁷

Analisando o gráfico 03, destaca-se como mais importante a receita oriunda da produção SUS (teto), na ordem de 67%. A receita SUS teto trata-se do repasse, regular e automático, feito por meio de transferência direta do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismos instituídos pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. O teto do HEMOSC é estabelecido com base no atendimento ao doador, desde a coleta do sangue até os resultados de exames e atendimento ambulatorial a pacientes com problemas hematológicos. Com 20% de participação está à receita dos Convênios, que

⁷ Empresa contratada pela FAHECE para fazer a contabilidade da fundação e intermitentes beneficiários (HEMOSC e CEPON).

provém de procedimentos hemoterápicos fornecidos a instituições particulares, planos de saúde e Autorização de Internação Hospitalar – AIH (procedimentos hemoterápicos inclusos na AIH dos hospitais, que são pagos pelo SUS aos mesmos e transferidos para o HEMOSC quando do recebimento). Ou seja, o hospital recebe pelo procedimento efetuado pelo HEMOSC e repassa a este último como forma de ressarcimento. Participando da receita na ordem de 12 % está à produção Extra Teto, que compreende todos os serviços de exames para transplantes em geral: coleta, exames de histocompatibilidade e cadastro no Registro de Doadores de Medula Óssea – REDOME. Embora pequena, ainda pode-se registrar a representatividade da AIH-Transplante (1 %) que se traduz em serviços hematológicos exclusivos para o setor de Transplante de Medula Óssea – TMO.

Na Tabela 04, pode-se visualizar a composição da receita e despesa da Hemorrede para o período analisado.

Tabela 04 – Composição da Receita e Despesa da Hemorrede, Santa Catarina 2004/2006

ANO	2004	2005	2006
RECEITA	(EM R\$)	(EM R\$)	(EM R\$)
PRODUÇÃO SUS (TETO)	10.578.399,07	11.347.358,89	11.971.351,89
PROD. EXTRA TETO	1.845.180,00	2.374.465,00	3.486.832,00
AIH TRANSPLANTE	148.378,72	200.746,40	196.380,12
CONVÊNIOS	3.180.051,03	3.725.090,81	4.600.022,55
RECEITA TOTAL	15.752.651,82	17.647.663,10	20.260.474,56
(-) GESTÃO FAHECE – 3%	472.579,55	529.409,89	612.955,61
RECEITA LÍQUIDA	15.280.072,27	17.118.338,33	19.647.518,95
DESPESA DE CUSTEIO	15.120.167,00	16.558.243,00	17.726.932,00
SALDO (RECEITA - DESPESA)	159.905,27	560.200,40	1.920.586,95

Fonte de dados: Relatório de Atividades 2006, elaborado pelo CPQ com base nos dados da empresa de contabilidade ORSITEC

Em termos de evolução dos componentes da receita, merece destaque o crescimento proveniente da receita Extra Teto e Convênios, na ordem de 88,96% e 44,65% respectivamente.

Além disso, o desempenho financeiro da Hemorrede teve um crescimento do superávit, que passa de R\$ 159.905,27 para R\$1.920.586,95 no período⁸.

4.3.6 Composição de superávit/déficit acumulado por hemocentro

Em virtude da evolução da hemoterapia e hematologia em nível nacional, cresceu a importância e a necessidade do Estado de Santa Catarina acompanhar este ritmo, e se estruturar para cumprir o Decreto nº. 3015, de 27 de novembro de 1989, no qual o HEMOSC passa a ser reconhecido como um órgão de complexidade, Central e Coordenador das Ações na Área de Hemoterapia e Hematologia no Estado.

O HEMOSC, como Hemorrede Pública de Santa Catarina, sempre direcionou seus esforços no sentido de adequar a produção à demanda. Para tanto, ao longo dos anos vem expandindo sua rede física pelo Estado, conforme pudemos perceber no histórico apresentado anteriormente.

Embora a Hemorrede esteja absorvendo de forma emergencial o aumento da demanda no Estado, não está tendo o devido suporte financeiro do SUS, pois o teto para Hematologia e Hemoterapia no Estado elevou aquém do necessário, havendo necessidade de receita suplementar. Caso dependesse apenas da receita SUS, não permitiria o aumento de produção, que já se encontrava no limite da capacidade instalada. Observa-se nas tabelas 05, 06 e 07, que demonstram a situação de superávit/déficit acumulado por hemocentro nos anos de 2004, 2005 e 2006, respectivamente, que o resultado consolidado da Hemorrede vem crescendo ano a ano.

Tabela 05 – Superávit/Déficit (em Reais) Acumulado por Hemocentro até Dezembro de 2004.

Contas	Fpolis	Lages	Joaçaba	Chapecó	Criciúma	Joinville	TMO	Consolidado
Receita	9.577.932	694.372	724.327	1.330.157	651.353	2.301.932	-	15.280.073
Despesa	8.451.005	848.764	881.476	1.546.045	1.029.162	2.220.256	143.460	15.120.167
Sup./Def.	1.126.927	(154.392)	(157.149)	(215.887)	(377.809)	81.676	(143.460)	159.906

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Razão contábil emitida pela empresa de contabilidade ORSITEC

⁸ Todo o superávit obtido no fechamento do ano é mantido na FAHECE como reserva para investimento e ou cobertura de déficit possível.

Tabela 06 – Superávit/Déficit Acumulado por Hemocentro até Dezembro de 2005.

Contas	Fpolis	Lages	Joaçaba	Chapecó	Criciúma	Joinville	TMO	Consolidado
Receita	10.5598.701	812.641	842.464	1.379.560	835.870	2.543.274	105.934	17.118.445
Despesa	9.332.517	968.596	940.760	1.591.748	1.227.762	2.496.860	-	16.558.243
Sup./Def.	1.266.184	(155.955)	(98.296)	(212.189)	(391.892)	46.414	105.934	560.201

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Razão contábil emitida pela empresa de contabilidade ORSITEC

Tabela 07 – Superávit/Déficit Acumulado por Hemocentro até Dezembro de 2006.

Contas	F.polis	Lages	Joaçaba	Chapecó	Criciúma	Joinville	TMO	Consolidado
Receita	11.974.407	859.298	958.523	1.522.386	944.872	3.197.645	190.387	19647.518
Despesa	10.274.331	1.061.078	1.047.391	1.500.032	1266.821	2.577.278	-	17.726.932
Sup./Def.	1.700.075	(201.780)	(88.868)	22.354	(321.949)	620.367	190.387	1.920.586

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Razão contábil emitida pela empresa de contabilidade ORSITEC

De um ano para outro, o Plano de Trabalho da Hemorrede é elaborado levando em consideração as arrecadações e as despesas do ano anterior. Diante do cenário apresentado nesses anos, a diretriz principal tem sido garantir a operacionalização da Hemorrede e a manutenção do padrão de qualidade dos produtos e serviços. Por ser uma rede, a dificuldade de alguns Hemocentros é sanada por Hemocentros que se encontram em situação positiva. O que mais preocupa os gestores da Hemorrede é a falta de capital para investimento, podendo levar a rede a um sucateamento. Os resultados financeiros não foram piores em função da queda do dólar, haja vista que boa parte dos insumos é importada diretamente, cotada pela moeda norte-americana. Assim, o câmbio favorável ajudou a evitar uma crise financeira na Hemorrede Pública de Santa Catarina⁹.

⁹ O dólar no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2006 teve uma queda na ordem de 25,92%, o que refletiu positivamente nas finanças da hemorrede.

VI – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

Neste estudo, buscou-se avaliar as condições de financiamento e indicadores de desempenho de saúde no caso da Hemorrede Pública de Santa Catarina. A evolução da abrangência física e o aumento da produção de serviços (contemplando coleta e transfusão de sangue) demonstram o esforço da Hemorrede no sentido de adequar sua produção à demanda. Embora a Hemorrede Pública de Santa Catarina tenha no SUS sua maior fonte de receita, estas são insuficientes, pois o teto para Hematologia e Hemoterapia no Estado aumenta aquém do essencial, havendo necessidade de receita complementar (Extra Teto, AIH Transplante e convênios), conforme se verificou nos resultados financeiros apresentados. É relevante analisar que, no período estudado esboça-se uma tendência favorável de melhoria dos indicadores apresentados, o que indica uma maior cobertura dos serviços no padrão de qualidade exigido pela VISA.

Este trabalho apoiou-se em uma revisão teórica sobre Políticas Públicas de Saúde como função do Estado, financiamento e alocação de recursos, que são conceitos que estão sendo utilizados para retratar a realidade do setor saúde brasileiro e da Hemorrede Pública de Santa Catarina. Ainda, utilizou-se uma abordagem teórica sobre Economia da Saúde, permeada por estudos recentes dentro do contexto de Políticas Públicas e teoria da escolha social. Desse modo, a contribuição teórica constituiu-se em definir e sistematizar cada conceito envolvido nas decisões de produção e atendimento. Assim, o gerenciamento da Saúde Pública é visto como núcleo estratégico importante, considerando que as organizações procuram ofertar seus produtos de maneira rápida, barata e mais eficiente a fim de cumprir com o princípio da universalização implantado pelo SUS. Isso ocorre porque entende-se a necessidade de um conjunto multidisciplinar integrando cada elo de uma grande cadeia na tentativa de solucionar os problemas identificados.

Quanto aos resultados empíricos obtidos, mediante os indicadores da Hemorrede Pública de Santa Catarina e do envolvimento desta com as demais áreas da saúde no Estado é possível afirmar que o atendimento dos prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde – SUS pode ser eficiente se houver financiamento adequado, permitindo oferecer qualidade na prestação de serviços, equipamentos, medicamentos, insumos, corpo médico e pessoal de apoio.

Dentro dos principais resultados, destaca-se o aumento da receita oriunda do Extra Teto e Convênio, que vem crescendo consideravelmente, caracterizando a complementaridade do serviço privado e público no setor saúde.

Outro resultado que merece destaque é a importância da utilização de conceitos econômicos de mercado, para avaliar o desempenho dos serviços em saúde. Ao longo dos anos, os avanços tecnológicos na área da saúde e o acesso às informações para uma melhor qualidade de vida, impuseram uma nova concepção. Como qualquer empresa produtora de bens ou serviços, um prestador de serviços de saúde – público ou privado pode ser visto como uma entidade transformadora de recursos: ela utiliza os recursos físicos, humanos e tecnológicos de que dispõe, ou que obtém, para produzir serviços de saúde que, por sua vez, são entregues à população, seja gratuitamente ou contra pagamento.

A ineficiência pública, percebida ao longo dos anos, em manter o sistema de universalidade implantado pelo SUS, leva a pensar até que ponto a assistência à saúde deve, ou não, ser assumida integralmente pelo Estado, a fim de garantir a igualdade de oportunidades para toda a população.

Nessa direção, o setor saúde deve ser pensado como um espaço econômico onde as operações estratégicas de mercado, sejam públicas e/ou privadas, são de suma importância. Não descartando a necessidade do Estado e da sociedade como reguladores.

Em resumo, podemos dizer que tanto os espaços públicos quanto os privados estão passando por um processo de transformação no modelo de gestão e organização da produção de bens e serviços de saúde. Nesse sentido, essa nova concepção de gestão e desempenho está relacionada à qualidade do produto e serviço, minimização de custos e compromissos de atendimento de populações ou clientela específicas. Não podemos deixar de observar, no entanto, que a coexistência de um setor público e um privado possa gerar desigualdade no nível das relações entre indivíduos, segmentos sociais e regionais. Porém, este movimento deve ser encarado como a alternativa viável para expansão do sistema e atendimento da demanda.

REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA, C M, TRAVASSOS C, PORTO S & BAPTISTA TWF de B 1999a. **A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade.** Relatório Final de pesquisa. Research in Public Health, Technical Report, Washington, D.C.: PAHO. 89pp.
- BAMBAS, A & CASAS, JA 2001. **Assessing equity in health: conceptual criteria**, pp. 12-21. In Pan American Health Organization. *Equity and health: views from Pan American Sanitary Bureau*. Washington (DC). (Occasional Publications, n. 8).
- BRAGA, J.C.S. e MEDICI, A.C. **Política social e dinâmica econômica: elementos para uma reflexão.** — São Paulo: Ed. Fundap/IESP, 1993.
- CAMPOS, A.C. **Saúde: o custo de um valor sem preço.** — Lisboa: Livros Técnicos e Científicos, 1983
- FAXINA, E; NEUMANN, N. A. **O uso do Sistema de Informação para avaliação e melhoria do gerenciamento do serviço comunitário de saúde.** Disponível em <www.rebidia.gov.br>.
- GIAMBIAGI, Fábio. ALÉM, Ana Cláudia. **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil.** Campus, Rio de Janeiro, 1999.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002.
- GUARESCHI, Neuza; COMUNELLO, Luciele Nardi; NARDINI, Milena; HOENISCH, Júlio César. **Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência.** In: Strey, Marlene N.; Azambuja, Mariana P. Ruwer; Jaeger, Fernanda Pires (orgs.). *Violência, gênero e políticas públicas.* Porto Alegre: Edipucrs, 2004.
- HOCHMAN, Gilberto. **A era do Saneamento – as bases da Política de Saúde Pública no Brasil.** Ed Hucitec Ampcs. São Paulo, 1998.
- IPEA. (1996). TEXTO PARA DISCUSSÃO NO. 401- **Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas.** Brasília. Edição Especial 09 Disponível em www.ipea.gov.br>.
- IPEA. (2007). **Políticas Sociais - acompanhamento e análise.** Edição Especial 13. Brasília. Disponível em <www.ipea.gov.br>.

LEI Nº 8.080, **Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, Ministério da Saúde, Brasília, 1990.

MATIAS, Pereira J. **Economia e Política: O futuro da democracia**. (Resenha RAE). Revista de Administração de Empresa, v. 46, p. 64, 2006.

MATIAS, P. J. (2006). **Finanças Públicas: a Política Orçamentária no Brasil**. Atlas, Ed.:3.

MEDICI, André C., **Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde**. In: PIOLA, Sérgio F. e VIANNA, Solon M. **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: 2002. Capítulo I (pp23 - 67).

MEDICI, A.C. **Estado, regulação e fiscalidade: uma abordagem introdutória**. **Ensaio FEE**, v. 12, n. 23, p. 86-100, 1991.

MEDICI, A.C. **Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras**. Planejamento e Políticas Públicas, n.4, p. 83-98. — Brasília: IPEA, dez. 1990.

MEDICI, A.C. e BELTRÃO, K.I. **As contribuições da economia a análise dos problemas enfrentados pelo setor saúde na América Latina**. — México: nov. 1993.

MENDES, A. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único da Saúde: a gestão Descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)** [tese de doutorado]. Campinas: Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas; 2005.

NICZ, Luiz F. **Previdência Social no Brasil**. In: GONÇALVES, Ernesto L. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. *(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petropolis: Vozes, 1985. 360 p.

POLIGNANO, M.V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: www.medicina.umg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf.

PORTO, SM. **Equidade na distribuição geográfica de recursos em saúde: uma contribuição para o caso brasileiro** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 1997.

PORTO, S. M. (1995). **Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde**. In: Piola, S. F. e Vianna, S. M. (Orgs.). *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília, DF: IPEA.

PORTO, SM, VIACAVAL, F, LANDMANN, C, MARTINS, M, TRAVASSOS C, VIANNA, SM, et al. **Alocação equitativa de recursos financeiros**: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde Debate*. 2003; 27(65):376-88.

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho** – a crise da Previdência Social. Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 p.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. Rio de Janeiro: UNESP, 1994.

MENDES, E. V. – **Atenção Primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

RUA, M. G. **Análise de Políticas Públicas**: Conceitos básicos. Brasília: 1997.

RUA, M. G. **Acompanhamento e Avaliação de Políticas Públicas**. Cadernos da Asfco Câmara Legislativa do Distrito Federal. , v.01, n.01, p.15 - 16, 1996.

SARAIVA, F. (2006). **Em defesa do SUS. A Situação da Saúde no Brasil**. Saraiva, Felipe. Edição Especial. Brasília.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (org). **Reforma Sanitária** – em busca de uma teoria. Coleção Pensamento Social e Saúde, vol. 3. ed. Cortez Abrasco, São Paulo: 1989

TEIXEIRA, HV & TEIXEIRA, MG 2003. **Financiamento da saúde no Brasil**: a experiência do SIOPS. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(2):379-391.

VIANNA, D. Mesquita E T. **Economia da Saúde**: ferramenta para a tomada de decisão em Medicina. *Revista da SOCERJ* 2003: 258-261;

VIANA, A. L. D., Lima, L. D., Oliveira, R. G. (2002). **Descentralização e Federalismo**: A Política de Saúde em Novo Contexto – Lições do Caso Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3), 493 – 507.

ZUCCHI, P., Nero, C. e Malik, A. M. (1998). **Gastos em Saúde**: os Fatores que Agem na Demanda e na Oferta dos Serviços de Saúde. *Revista de Administração Pública*, 32 (5), 125 – 147.

