

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
DIREITO DA SAÚDE: DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

MATHEUS MARTINS SANT'ANNA

FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE MAUÁ/SP

Santos/SP

2022

MATHEUS MARTINS SANT'ANNA

FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE MAUÁ/SP

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde sob a orientação da Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto.

Santos/SP

2022

MATHEUS MARTINS SANT'ANNA

FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE MAUÁ/SP

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde.

Data da aprovação ____/____/____

DEDICATÓRIA

Ao meu filho **Maurício**, pois sem ele, nada teria sentido.

Aos meus familiares, em especial aos meus irmãos, pelo apoio cotidiano.

AGRADECIMENTO

A presente dissertação de mestrado jamais chegaria ao êxito sem o precioso apoio de várias pessoas. Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Rosa, por toda a paciência e empenho, bem como pela praticidade e objetividade com que sempre me orientou neste trabalho. Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas do Mestrado em Direito da Saúde, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos. Por último, quero agradecer à minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram.

Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos”.

(NIETZSCHE, 1900)

RESUMO

Há notório debate sobre a necessidade de maior aporte de recursos para o Sistema Único de Saúde – SUS; entretanto, pouco se tem buscado discutir as raízes do seu financiamento e a participação de cada ente federativo na execução dos serviços em comparação a sua capacidade contributiva. Neste aspecto, o presente trabalho propõe a análise inicial sobre a participação federativa, sob enfoque do marco constitucional no financiamento da saúde na cidade de Mauá e, para isso, foram analisadas a estrutura e cobertura do sistema de saúde, inclusive no âmbito legal, a formação histórica e demográfica do município e a sua execução orçamentária com a participação do estado de São Paulo e União, uma vez que o implemento do serviço de saúde mauaense engloba o recebimento de usuários do SUS dos municípios vizinhos. Notou-se uma possível ineficiência na alocação de recursos em ações de saúde pública e gestão de suprimentos público hospitalar, caráter regionalista dos atendimentos de saúde pública mauaense e a necessidade de maior aporte orçamentário e financeiro dos entes federados no SUS de Mauá.

Palavras-chave: Saúde pública. Financiamento da saúde. SUS.

ABSTRACT

There is a notorious discussion about the need for a greater contribution of resources to the Sistema Único de Saúde – SUS. However, little has been sought to discuss the roots of its financing and the participation of each federative entity in the execution of services in comparison with its contributive capacity. In this aspect, the present work proposes an initial analysis of the federative participation, under the focus of the constitutional framework in the financing of health care in Mauá city. To this end, the structure and coverage of the health system were analyzed, including the legal framework, the historical and demographic formation of the municipality and its budget execution with the participation of the São Paulo State and the Union, since the implementation of Mauá's health service includes receiving SUS users from neighboring cities. There was a possible inefficiency in the allocation of resources in public health actions and management of public hospital supplies, the regionalist nature of public health care in Mauá and the need for greater budgetary and financial support from the federated entities in the SUS in Mauá city.

Key-words: Public health. Health financing. SUS.

INTRODUÇÃO	10
1. ESTRUTURA, LEGISLAÇÃO E COBERTURA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	15
1.1 Estrutura e cobertura do sistema de saúde brasileira.....	17
1.2 Os gastos com saúde pública.....	18
1.3 Infraestrutura e equipamentos usados para a prestação dos serviços de saúde.....	19
1.4 Gastos com medicamentos e o nível de acesso.....	20
1.5 Estratégia de Saúde da Família.....	21
1.6 Geradores de informação e responsável pela produção da pesquisa.....	23
1.7 Ordenamento do setor da saúde e regulamentação dos cuidados.....	24
1.8 Monitoramento das atividades que impactam a saúde.....	25
1.9 Avaliação do sistema e participação dos cidadãos na gestão e avaliação do sistema.....	26
1.10 Inovações implementadas e os seus impactos.....	27
1.11 Desafios e perspectivas do sistema de saúde.....	31
2. GASTOS GERAIS COM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	32
2.1 Parceria público-privada no Brasil.....	38
2.2 Crise no SUS.....	46
2.3 Financiamento do SUS como política de bem-estar social	50
2.4 Do financiamento municipal do SUS.....	56
3. MAUÁ: HISTÓRIA, GEOGRAFIA E ORÇAMENTO	59
3.1. Geografia e demografia da saúde de Mauá.....	60
3.2 Sistema de saúde pública municipal.....	61
3.2.1 Características dos municípios vizinhos.....	67
3.3. Planejamento de saúde local participativo.....	67
3.3.1 Conselhos Municipais de Mauá.....	68
3.3.2 Avaliação dos munícipes sobre o SUS.....	70
3.3.3 Considerações em relação à questão do financiamento da saúde.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	77

INTRODUÇÃO

Um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) é a descentralização de poder e responsabilidade entre os entes federativos. O processo de descentralização ganhou força e forma na Constituição de 1988, pela Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e, principalmente, através de inúmeras regulamentações provenientes do Ministério da Saúde a partir de 1990.

Ao escolher a descentralização, o legislador objetivou que o SUS preste serviços com maior qualidade e garanta o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. Sendo assim, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas em condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

No âmbito operacional, a descentralização do SUS enfrenta uma série de obstáculos, tais como a rigidez normativa e a excessiva burocracia para gasto e recebimento de recursos diante de uma pactuação federativa que ainda tropeça com a realidade regional e a assimetria dos municípios brasileiros. Nesse sentido, haverá sempre a coexistência com um grau variável de centralização, na dependência das forças políticas atuantes em cada momento histórico, em especial no que concerne ao financiamento do SUS.

A descentralização, portanto, implica na transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais, pressupondo a definição de novas competências para os entes federados envolvidos, bem como a organização de novas estruturas administrativas, porém havendo necessidade de financiamento que, neste caso, boa parte está concentrada no governo federal.

Na prática, há necessidade de se consolidar a capacidade de cada ente para executar novas funções e interagir com funções executadas pelas demais esferas de governo, mantendo um equilíbrio entre autonomia e interdependência, mas também financiamento.

Não é “possível tratar as questões da política de saúde de forma isolada, e sem considerar a sua articulação e dependência das questões econômicas, porque delas decorre, por exemplo, o nível de investimentos a serem realizados nessa política”¹.

¹ Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312960> Acesso em: 20 jun. 2022

No caso concreto, os desafios da descentralização encontram experimento prático. Mauá está na região metropolitana do Grande ABC, contudo, diante das especificidades econômica e social da região, está inserida na microrregião dos três municípios: Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.

Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra são municípios que, embora relativamente povoados, não possuem equipamentos de saúde para alta complexidade, sendo comum se socorrerem do Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini para o atendimento de seus munícipes.

O subfinanciamento do SUS por qualquer ente federativo afeta diretamente a prestação de serviços de saúde pública. No caso mauaense, o subfinanciamento pelo governo estadual sufoca diretamente o município de Mauá, que possui a peculiaridade geográfica de atender as demandas de outros municípios menores e até mesmo da capital paulistana pelo sistema CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde).

Conforme dados fornecidos pela Prefeitura de Mauá, cerca de R\$ 320.000.000,00 (trezentos e vinte milhões de reais) são despendidos no sistema de saúde mauaense anualmente

Pela característica regional, há de se verificar a participação de cada ente federativo e se os equipamentos públicos mauaenses possuem característica municipal ou estadual. Dada a importância do tema, optou-se por tomar como **objeto** de estudo o financiamento da saúde pública no município de Mauá/SP.

Assim, o presente trabalho tem como principal **objetivo** analisar o processo de financiamento, com base no princípio da descentralização do SUS do município de Mauá diante de sua característica regional e, como objetivos específicos: a) avaliar o subfinanciamento do governo estadual quanto aos equipamentos de nítida natureza regional e b) avaliar como o descumprimento dos princípios constitucionais do SUS podem afetar o atendimento da população mauaense.

Trata-se de pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo, descritivo e exploratório, a qual consiste na síntese de múltiplas pesquisas que já foram publicadas, as quais são responsáveis por dar base científica nas tomadas de decisão para melhoria das práticas. Sendo assim, para haver uma elaboração de revisão de relevância e contribuir diretamente para boas discussões e reflexões do financiamento da saúde pública no município de Mauá/SP, é necessário seguir alguns padrões metodológicos.

Tais padrões devem ser necessariamente compostos por seis etapas distintas, conforme afirmam Ribeiro, Vieira e Naka (2020) - as etapas auxiliam diretamente na clareza da apresentação dos resultados finais e darão aos leitores a clareza da identificação das reais características da pesquisa.

De início, ocorre a definição do tema, seleção dos artigos que estão nas bases de dados, incluindo os critérios de inclusão e exclusão que são estabelecidos, cujo processo auxilia diretamente na diminuição dos números de estudo na fase final e, por fim, definição das informações que serão extraídas dos estudos que foram selecionados, automaticamente, criando um banco de dados para realizar um resumo das principais informações de cada estudo.

Os dados foram coletados através do DATASUS, incluindo suas estatísticas, bem como por meio de busca da literatura científica nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed. De acordo com a classificação dos descritores em ciências da educação, os descritores adotados foram: saúde pública, financiamento da saúde, SUS.

Os artigos foram selecionados a partir das bases de dados previstas, utilizando como palavra chave considerada para o estudo, incluindo ainda artigos que abordassem a temática da saúde pública SUS, financiamento da saúde pública. Foram adotados para este estudo: evidências publicadas nos anos de 2012 a 2022, escritos nos idiomas português e inglês, publicados on-line na íntegra e que abordam o tema financiamento da saúde pública no município.

Foram analisados os dados através de leituras e releituras das publicações científicas, interpretação dos dados obtidos após a leitura do material, apresentando e descrevendo os dados qualitativos sobre o problema de pesquisa abordados neste estudo.

Na busca de atender o problema de pesquisa sobre o tema Financiamento da Saúde Pública no município de Mauá/SP, foram realizadas pesquisas bibliográficas e documentais.

Pesquisa bibliográfica nada mais é que a busca por conhecimento apoiada em livros, revistas, publicações em periódicos, jornais, monografias, entre outros; de cunho qualitativo pela interpretação de fenômenos estudados, descritivo pelo fato de descrever os conteúdos observados sem interferir neles e exploratório por proporcionar maiores informações sobre determinado assunto.

Demo (2012, p. 34) insere a pesquisa como atividade cotidiana, considerando-a, um “[...] questionamento sistemático crítico e criativo, mais a intervenção competente na realidade ou o diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático”.

Do ponto de vista de sua natureza, essa pesquisa será classificada como pesquisa aplicada, vez que se direciona à solução de problema específico e importante para a população. Tem caráter descritivo, quanto aos seus objetivos, por envolver técnicas padronizadas de coleta de dados e observação, quando da realização dos levantamentos identificadores mais utilizados.

Não há pesquisa sem método e, corroborando essa assertiva, define-se o método científico como:

Todas as ciências caracterizam-se pela utilização de métodos científicos (...) Não há ciência sem o emprego de métodos científicos. Assim, o método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais (...) permite traçar o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista (MARCONI; LAKATOS, 2017, p. 83).

Com base nestas autoras, para que haja fidedignidade em uma pesquisa, torna-se necessário a adoção de critérios norteadores para o transcorrer do estudo. Partindo deste pensamento, Demo (2012) ressalta que ciência é questão de método e o conhecimento científico só é considerado científico se realizado sob estratégia metodológica e controlada. Diante do proposto pelos autores, o método é o ápice de toda pesquisa científica, pois através do mesmo há um direcionamento sistêmico e direcional ao objeto que se faz estudar.

Nesse sentido, os fatos foram registrados, classificados, sem a interferência do pesquisador, envolvendo o uso de técnicas padronizadas para coleta de dados, tendo como ponto central a análise do financiamento da saúde pública no município de Mauá/SP.

Complementando Gil (2018), a pesquisa exploratória é:

Este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: levantamento bibliográfico (...); e análise de exemplos que estimulem a compreensão. (GIL, 2018 p. 45).

Na assertiva de melhor delineamento do tema e a fixação dos objetivos propostos, Marconi e Lakatos (2017) posicionam-se que a pesquisa exploratória possi-

bilita maior afinidade com o assunto, pois realiza um levantamento prévio bibliográfico, que possui experiência prática no assunto.

Desta forma, a revisão bibliográfica é necessária para que o pesquisador possa discorrer a respeito da temática de forma explícita e coerente, bem como a possibilidade do levantamento de questões com base em pesquisa que tem a vivência prática em determinadas áreas.

Diante de tais informações, a pesquisa deve buscar, levantar e apresentar os dados, de forma que estes sejam o retrato fidedigno do objeto estudado.

Essa investigação qualitativa do tipo exploratória foi desenvolvida pelo método indutivo utilizando-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, com acesso às informações oficiais do SUS da região do município de Mauá, bem como a teoria geral do financiamento do SUS, com ampla discussão no tocante à participação imposta pela constituição aos entes federativos, a qual propiciou a coleta de informações e dados teóricos dos principais fenômenos relacionados com o assunto e, conseqüentemente, o entendimento das diferentes contribuições científicas atuais existentes sobre a temática.

Esse estudo está estruturado em três capítulos e as considerações finais. No primeiro capítulo, tratou-se da estrutura e cobertura do sistema de saúde no Brasil. No segundo, foi abordado sobre os gastos gerais com a saúde pública no Brasil. No terceiro, discorreu-se da história da saúde na região metropolitana de Mauá e, em seguida, as considerações finais.

1. ESTRUTURA, LEGISLAÇÃO E COBERTURA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O sistema de saúde brasileiro é composto por um grande setor público - o Sistema Único de Saúde (SUS), que abrange 75% da população², um setor privado crescente, que inclui o Sistema de Assistência Médica Suplementar - SAMS e o que poderíamos chamar de um sistema de desembolso direto, que cobre os 25% restantes³.

O SUS presta serviços de forma descentralizada por meio de suas redes de clínicas, hospitais e outros tipos de estabelecimentos federais, estaduais e municipais, bem como em estabelecimentos privados. Com apoio técnico e financeiro dos níveis estadual e federal, cada município é responsável pelo atendimento à sua população ou pelo encaminhamento dos usuários para outros municípios.

Existem outras entidades públicas que prestam serviços de saúde: hospitais universitários e unidades do Ministério da Educação e das Forças Armadas. O SUS é responsável por coordenar o setor público e regular o setor privado, com cujas entidades estabelece convênios ou contratos por meio de pagamento por serviço.

O setor privado complementa a assistência dos serviços públicos. O SAMS é um sistema de seguros que inclui medicina de grupo com planos de saúde para empresas e famílias, cooperativas médicas, planos auto administrados ou sistemas de seguros empresariais e planos privados individuais. O subsistema de desembolso direto é composto por consultórios privados, hospitais, clínicas e laboratórios não vinculados ao SUS, embora regulamentados pelas autoridades de saúde e utilizados predominantemente pela população de maior renda.

A Constituição Federal de 1988 postula o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e responsabiliza o Estado pela prestação dos serviços.

O setor público é responsável pelos serviços de saúde pública relacionados à vigilância epidemiológica e sanitária, bem como pelo controle de doenças

² Demografia Médica no Brasil. 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.

³ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 1), 2017

transmissíveis. Também oferece serviços de atendimento a 75% da população, conforme dito acima. Parte da população coberta por planos e seguros privados também faz uso de serviços públicos para ações de prevenção e tratamentos complexos e/ou caros.

Os hospitais universitários também fazem parte do SUS e contam com recursos desse sistema e do Ministério da Educação. Já os serviços de saúde das Forças Armadas prestam cuidados de saúde aos militares ativos, pensionistas e seus familiares.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite, define vários princípios básicos do direito à saúde no Brasil: o direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde; direito a tratamento adequado; respeito pela pessoa, seus valores e seus direitos; responsabilidades do cidadão e compromisso de todos os gestores de saúde. O SUS é responsável pela atenção básica à população e tem como eixos a universalidade, a integralidade e a equidade com base na organização descentralizada e no controle social da saúde.

O SUS define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde nas esferas individual e coletiva, incluindo promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Esse atendimento é voltado para populações localizadas em territórios bem definidos e para a resolução dos problemas de saúde mais frequentes e relevantes. Pelo menos em termos formais, não há restrição quanto ao tipo de doenças cobertas pelo SUS.

No entanto, esse sistema tem sido subfinanciado, o que tem impedido a cobertura universal de serviços integrais. Esse subfinanciamento se expressa em longos tempos de espera para acesso a atendimentos especializados, cirurgias e tratamento de emergência. Isso também gerou conflitos de ordem jurídica, pois alguns pacientes demandam que sejam cobertos para doenças de alto custo que ainda estão em fase experimental.

O instrumento para avançar para a cobertura universal tem sido o Programa Estratégia de Saúde da Família, cujo principal desafio é reorientar a prática médica para a atenção primária à saúde, por meio da criação de equipes de saúde que atendem tanto nas unidades de saúde quanto nas residências. As equipes mínimas são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes

comunitários de saúde. No caso das equipes de saúde bucal, somam-se dentistas, técnicos e auxiliares de consultório dentário.

Nos municípios com mais de 100 mil habitantes, as equipes costumam ser complementadas por outros profissionais. O objetivo é criar um vínculo de corresponsabilidade entre essas equipes profissionais e a população para facilitar a identificação e o cuidado de doenças. Atualmente, o Programa Estratégia de Saúde da Família abrange cerca de 50% da população.

Neste sentido, verifica-se que a atenção básica possui notória relevância na engrenagem do SUS, com especial reconhecimento sobre o avanço da cobertura estatal na saúde.

1.1 Financiamento do sistema de saúde

O SUS é financiado com impostos e contribuições sociais dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Em 2004, a participação do governo federal no financiamento do SUS era de 50,7%, enquanto as unidades da federação participavam com 26,6% e os municípios com 22,7%.

O financiamento do SUS é garantido por uma reforma à Constituição, aprovada em 2000, que garantiu as fontes de destinação dos recursos para a saúde. Até 2007, as quatro principais fontes de financiamento dos recursos federais eram a Contribuição Provisória sobre Movimentos Financeiros, a Contribuição para o Financiamento da Previdência Social, os recursos ordinários e a contribuição sobre o lucro das pessoas jurídicas. A principal fonte de financiamento dos estados e municípios são os respectivos orçamentos fiscais.

Em 2008, o Senado aprovou uma nova regulamentação segundo a qual, até 2011, a federação destinaria um mínimo de 10% de sua receita à saúde, somando a esse valor 12% dos recursos dos estados e do Distrito Federal mais 15% dos municípios. No caso da federação, essas contribuições vêm aumentando gradativamente de 8,5% em 2008 para 9,5% em 2010. Em 2011, chegarão a 10%⁴.

Os recursos orçamentários do SUS devem ser depositados nos Fundos de Saúde. Parte dos recursos federais é repassada aos estados e municípios. Da mesma forma, parte dos recursos dos estados são repassados aos municípios. O

⁴ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 1), 2017

setor privado é financiado com recursos de empresas que contratam planos e seguros privados para seus funcionários e com recursos de famílias que compram planos de saúde pré-pagos ou fazem pagamentos diretos por serviços.

1.2 Os gastos com saúde pública

Estima-se que os recursos públicos destinados aos gastos com saúde em 2007 foram de 94,4 bilhões de reais; 47% corresponderam a gastos federais, 26% aos estados e 27% aos municípios. O gasto privado direto com saúde foi um pouco maior: 98,4 bilhões de reais. Cerca de 50 bilhões corresponderam a planos e seguros, 21 bilhões a desembolsos e 27 bilhões a medicamentos. Parte dos recursos privados inclui a participação pública correspondente à renúncia fiscal: 8 bilhões de reais em 2007⁵.

A participação dos gastos com saúde como proporção do PIB em 2008 foi de 8,4%. O gasto *per capita* com saúde foi de R\$ 904 milhões. O gasto público representou 44% do gasto total com saúde. Os gastos diretos representaram 57,1% do total dos gastos privados; o restante correspondeu a planos pré-pagos⁶.

No período de 2009 a 2019, o gasto público com saúde da União passou de R\$ 103.134.977,54 milhões em 2009, para R\$ 114.066.592,01 milhões, em 2019, apresentando aumento percentual de 12,39%.

Do mesmo modo, o gasto público com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) houve um aumento de 10,59%, enquanto o gasto público com não ASPS teve crescimento de 65,21%.

Nota-se, portanto, que os gastos com ações que não são computadas na saúde ao longo do período apresentaram um maior crescimento.

Outrossim, os planos de saúde contaram com pesados incentivos governamentais, cujos subsídios favoreceram e favorecem o consumo de bens e serviços privados.

Utilizando como base os dados oficiais da Receita Federal do Brasil, verifica-se que a renúncia associada aos planos de saúde, a partir do modelo completo do Imposto de Renda – Pessoa Física e de Pessoa Jurídica era no montante de R\$ 18,3 bilhões em 2012, o que representa 23% dos R\$ 80 bilhões aplicados pelo MS.⁷

⁵ ibid

⁶ ibid

⁷ Ipea. Brasil em Desenvolvimento 2014: Estado, Planejamento e Políticas Públicas.

1.3 Infraestrutura e equipamentos usados para a prestação dos serviços de saúde

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o número de estabelecimentos de saúde passou de 35.701 em 1990 para 77.004 em 2005; 58,6% pertencem ao setor público e 41,4% ao setor privado. Excluindo-se os mais de 14.500 estabelecimentos que oferecem apenas serviços de apoio diagnóstico ou diagnóstico e terapia, em 2005, 62.483 estabelecimentos ofereciam assistência à saúde; 70,4% eram públicos e 29,6% privados. A maioria (88,5%) oferecia atendimento ambulatorial e 11,5% tinha atendimento hospitalar⁸.

A disponibilidade de leitos hospitalares caiu de 533.558 em 1990 para 443.210 em 2005. A participação do setor privado em 2005 era superior à do setor público, com 294.244 leitos (66,4%), dos quais 82% estavam disponíveis para usuários do SUS . Em 2005, o Brasil possuía 49.987 equipamentos de diagnóstico por imagem de diversas categorias, sendo 2.642 mamógrafos simples e 703 com estereotaxia, 3.345 mamógrafos e 1.961 equipamentos de tomografia computadorizada⁹.

Em relação aos recursos humanos prestados aos serviços, em 2005 o Brasil tinha 527.625 médicos, para uma razão de 2,86 médicos por 1.000 habitantes. O número total de profissionais enfermeiros foi de 116.126 (0,63 por 1.000 habitantes). No entanto, deve-se considerar a existência de mais de 161.336 técnicos de enfermagem e 325.834 mil auxiliares de enfermagem. Somando todos esses recursos de enfermagem, chega-se a uma proporção de 3,28 enfermeiros de todos os níveis por 1.000 habitantes. Os dentistas totalizaram 71.386 (0,39 por 1.000 habitantes)¹⁰.

⁸ Ministério da Saúde. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília: Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2018.

⁹ Ministério da Educação, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Produção científica brasileira é a 15ª em todo o mundo. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Ministério da Educação, 2008.

¹⁰ idem

1.4 Gastos com medicamentos e o nível de acesso

Desde 1998 existe uma Política Nacional de Medicamentos com base na qual foi elaborada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. O governo federal é responsável por garantir a disponibilidade de produtos considerados estratégicos (antirretrovirais, hemoderivados e outros medicamentos de alto custo). A legislação sobre medicamentos oferecidos pelo SUS como parte da chamada Atenção Básica foi recentemente modificada, definindo 82 medicamentos para o tratamento das doenças mais comuns.

O financiamento da assistência farmacêutica depende das três esferas de gestão do SUS. Em 2007, foram definidos três componentes dos recursos federais destinados a esta rubrica: a) básico, b) estratégico (controle de endemias e antirretrovirais do programa contra doenças sexualmente transmissíveis e AIDS) e c) medicamentos com distribuição excepcional.

O financiamento da assistência farmacêutica da Atenção Básica do SUS tem origem tripartite: governo federal, governos estaduais e governos municipais. Em 2008, os valores mínimos para investimento em medicamentos por habitante/ano eram de R\$ 4,10 em nível nacional, R\$ 1,50 para os estados e Distrito Federal e R\$ 1,50 para os municípios. Isso representa um investimento total de 1,3 bilhão de reais, dos quais 754 milhões correspondem ao Ministério da Saúde e 550 milhões aos estados e municípios¹¹.

O mercado brasileiro oferece, em primeiro lugar, medicamentos de referência, registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que possuem marca reconhecida. Em segundo lugar, oferece medicamentos genéricos aprovados em testes de bioequivalência realizados "in vitro" em laboratórios expressamente autorizados pela ANVISA. Existem também medicamentos similares que não foram verificados quanto à bioequivalência pela ANVISA.

A indústria farmacêutica de origem estrangeira fabrica principalmente medicamentos de marca, embora também produza genéricos e até similares. Estes dois são produzidos predominantemente pela indústria farmacêutica nacional.

O programa Farmácia Popular no Brasil visa ampliar o acesso a medicamentos básicos e essenciais a baixo custo para quem utiliza serviços

¹¹ Ministério da Saúde, Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. - Brasília: Secretaria Executiva, 2016.

privados e tem dificuldade de adquiri-los devido ao seu alto custo nas farmácias comerciais. Funciona a partir da colaboração entre o MS, governos estaduais e municipais e instituições privadas autorizadas a instalar esse tipo de farmácia.

1.5 Estratégia de Saúde da Família

A família, por anos, teve a Unidade Básica de Saúde (UBS) como sendo a porta de entrada, com objetivo de atender 80% dos problemas de saúde da população, prestando atendimento eficiente e melhorando a qualidade de vida das pessoas, não havendo a necessidade de encaminhar para os serviços de maior complexidade. O Brasil, até setembro de 2011, contava com 38 mil UBSs, onde a população poderia realizar consultas médicas, tratamento odontológico, curativo, entre outros serviços de saúde (BARRETO, 2013).

A Saúde da Família constitui o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto e a porta de entrada do atendimento. A estratégia adotada propõe a reorganização do atendimento primário para ações de promoção de saúde, prevenção de riscos de agravos, resolutividade na assistência, recuperação e cuidados paliativos. A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa a superação do modelo pautado em medicina curativa e da visão fragmentada do ser humano na direção de uma compreensão integral na dimensão orgânica individual, familiar e coletiva e, deste modo, busca o resgate da prática generalista, a contextualização e compreensão dos processos de saúde e doença a que estão expostos os indivíduos dentro de sua realidade local, comunitária e familiar (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Por meio da implantação desse sistema de saúde, algumas questões clínicas foram sendo trabalhadas ou acompanhadas de uma forma mais incisiva por parte dos órgãos de saúde, com destaque para as doenças mais presentes ou frequentes junto ao ambiente familiar, promovendo todo o suporte necessário para os indivíduos ao longo do seu quadro clínico, tanto para conceder orientação como um auxílio junto aos medicamentos ou procedimentos clínicos necessários para uma maior estabilidade dos indivíduos.

Silva (2005) evidencia como a saúde familiar pode ser desenvolvida principalmente por parte dos enfermeiros, uma vez que esses têm o maior contato com a saúde pública familiar em nosso país, destacando principalmente quais são as principais doenças apresentadas ou desenvolvidas dentro do ambiente familiar,

apresentando como as mesmas devem ser acompanhadas ou tratadas - algo que pode colaborar positivamente para o desenvolvimento eficiente da prática dos enfermeiros dentro do contexto da saúde da família.

Mesmo com a implantação desse sistema de saúde voltado para as famílias, ainda existem muitos problemas relacionados a prática de atendimento ou acolhimento realizado. Uma das grandes dificuldades apresentadas e ressaltadas pelos profissionais da saúde consistem na qualificação profissional, seleção de novos profissionais e quadro de funcionários administrativos ou clínicos capazes de atender a todas as demandas. Por conta disso, algumas unidades de atendimento apresentam um sério problema no que se refere a realizar demandas espontâneas, assim como promover de uma forma mais efetiva o atendimento dos pacientes com determinadas necessidades clínicas.

Silva *et al.*, (2005, p. 79) realizam uma importante reflexão sobre o papel do Agentes Comunitários de Saúde. Para os autores, o fato desse profissional residir na mesma comunidade em que trabalha, permite o desenvolvimento de uma integração muito forte entre a comunidade e a equipe de saúde.

Ao vivenciar a realidade da comunidade em que trabalha, consegue fazer uma leitura ampla desta e levar até a equipe as questões percebidas. Estar próximo à comunidade permite construir vínculos e processos de corresponsabilização em que todos se responsabilizam pelo cuidado em saúde. Afirmam os autores que “o vínculo através do agente comunitário é também um elemento que possibilita a permeabilidade do espaço institucional à experiência do cuidado como prática do cotidiano”. Evidencia-se assim a busca pela reorganização do trabalho em saúde, centrando-o em novas práticas efetivamente produtoras do cuidado.

Reflexões sobre os programas implantados pelo Ministério da Saúde e pelos conselhos para as estratégias de saúde da família acerca da promoção de saúde, podem ajudar a identificar as lacunas a serem preenchidas de modo prioritário.

É possível que, ao se comparar o que vem sendo realizado no Brasil com o que acontece no Canadá, que inspirou a implantação da ESF no país, se desvende as causas dos problemas que dificultam o êxito do programa nacional. O objetivo do presente estudo é o de comparar o SUS com o sistema de saúde canadense, discutindo possíveis causas de alguns problemas que atingem o programa de saúde da família brasileiro na perspectiva da promoção da saúde (DIAS; VIEIRA; RAMOS, 2011).

1.6 Geradores de informação e responsável pela produção da pesquisa

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão da Secretaria Executiva do MS, é responsável pela coleta, processamento e divulgação das informações em saúde. O DATASUS é o centro tecnológico de suporte técnico e normativo sobre o qual são construídos os sistemas informatizados e de informação em saúde em geral e possui ramais em todo o país que prestam suporte técnico às secretarias estaduais e municipais de saúde.

O DATASUS mantém as bases de dados nacionais do Sistema de Informação em Saúde; divulga informações para gestão, controle social do SUS e pesquisas em saúde; desenvolve sistemas e tecnologias de informação informática necessária ao funcionamento do SUS; estabelece normas relativas aos procedimentos e bases tecnológicas de informação; capacita o pessoal encarregado do processamento da informação e, por fim, apoia a formação da Rede Nacional de Informação em Saúde na Internet.

O DATASUS também coordena as informações geradas por uma multiplicidade de sistemas sobre temas específicos: sistemas de gestão de informações financeiras do SUS; Informações de Cuidados Básicos; de Informação Ambulatorial do SUS; Gestão do Ambulatório Especializado; Informações Hospitalares do SUS e Informações sobre Mortalidade, entre outras.

A pesquisa em saúde recebeu um investimento médio anual de R\$ 573 milhões entre 2000 e 2002 (72,8% de investimento público, 23,7% de fundos privados e 3,5% de fundos externos). Naqueles anos não havia política nacional de ciência e tecnologia em saúde e o MS raramente intervinha na determinação das prioridades de pesquisa¹².

Em 2003, um grupo de pesquisadores indicados pelo Conselho Nacional de Saúde propôs 20 subagendas para abordar o desenvolvimento de uma política de pesquisa em saúde e definir prioridades. Em 2004, a II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, com a participação de delegados de 307 municípios de 24 estados, aprovou a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e

¹² Ministério da Saúde. Regionalização Solidária e Cooperativa (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática, 2016.

Inovação em Saúde com base na qual a Agenda Nacional de Pesquisa elaborou prioridades em saúde¹³.

Entre 2003 e 2007, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos investiu mais de 410 milhões de reais em pesquisa em saúde. A este valor acresce o que é dedicado por várias entidades de desenvolvimento. Somente em pesquisas sobre doenças transmissíveis, foram investidos 65 milhões de reais, com mais de 100 estudos sobre aids e doenças sexualmente transmissíveis, cujo financiamento foi superior a 25 milhões de reais.

Entre 1997 e 2001, o Brasil ficou em 21º lugar em número de publicações científicas na área biomédica. Brasil e México (29º lugar) são os únicos países latino-americanos que fizeram parte da lista de 30 países. Em 2007, o Brasil ocupava a 15ª posição entre os países com maior número de publicações científicas em periódicos indexados.

1.7 Ordenamento do setor da saúde e regulamentação dos cuidados

A Constituição de 1988 descentralizou os serviços do SUS para os estados e municípios. Cabe ao governo federal preservar e promover os princípios do SUS, definir as prioridades nacionais, acompanhar os resultados dos programas e políticas e participar do financiamento tripartite, garantindo a equidade entre os estados. O pacto federal pela saúde se baseia na unidade doutrinária do SUS e na diversidade operacional a partir das especificidades dos estados e municípios.

A partir de 2006, as diretrizes do Pacto pela Saúde definiram as áreas prioritárias do SUS por meio da consolidação dos processos de regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação, bem como o Plano Diretor Regionalizado, o Plano Diretor de Investimentos e a Programação Acordada e, seguindo esse processo de descentralização, estruturou-se a implementação da Política Nacional de Regulação, sob responsabilidade do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas do MS.

Essa política regulamenta as ações dos diversos prestadores de serviços de saúde da rede federal aos níveis estadual e municipal. Os planos e seguros privados de saúde são regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, uma dependência do MS. A regulamentação profissional é de responsabilidade do

¹³ idem

Congresso Nacional, do Ministério do Trabalho, do Ministério da Educação por meio do Conselho Nacional de Educação e, no caso de profissões relacionadas à saúde, dos Conselhos Fiscalizadores reconhecidos e autorizados para o exercício profissional.

O Ministério da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do MS é responsável pela formulação de políticas de formação, desenvolvimento profissional e educação permanente dos profissionais de saúde, nos níveis técnico e superior do SUS. Entre seus objetivos está a integração dos setores de saúde e educação.

1.8 Monitoramento das atividades que impactam a saúde

Em 1998, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em conjunto com um grupo de instituições da administração pública coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O conselho consultivo da ANVISA é composto por representantes de instituições da administração pública, sociedade civil e comunidade científica e é presidido pelo MS. Seu objetivo é promover a proteção da saúde da população por meio do controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária (ambientes, processos, insumos e tecnologias) e o controle de portos, aeroportos e fronteiras.

Em junho de 2003, a Secretaria de Vigilância Sanitária assumiu a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária Epidemiológica e Ambiental (SINVSA) e desde março de 2005 foi regulamentado o Subsistema Nacional de Vigilância Sanitária Ambiental, que coordena, avalia, planeja, fiscaliza e supervisiona as ações de vigilância relacionadas à água para consumo humano, poluição do ar e do solo, desastres naturais, poluentes ambientais e substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, efeito de fatores físicos e condições saudáveis do ambiente de trabalho.

O SINVSA também desenvolve indicadores e sistemas de informação para vigilância em saúde ambiental, para promover a troca de experiências e estudos, além de ações educativas e outras voltadas à democratização do conhecimento na área. O Sistema Nacional do Meio Ambiente é responsável pela política ambiental. Seu órgão executivo é o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis.

1.9 Avaliação do sistema e participação dos cidadãos na gestão e na avaliação do sistema

Com a criação do SUS em 1990, ficou estabelecido que o controle e avaliação do sistema seriam de responsabilidade das três esferas de governo e contemplariam diversas instâncias: Conselhos de Saúde, Comissões Intergestoras e Sistema Nacional de Auditoria, entre outras. Entretanto, somente em 2002 os estados e municípios começaram a implementar e desenvolver ações de controle contábil, financeiro e assistencial sobre as ações dos prestadores de serviços de saúde. Mais recentemente, o Pacto de Gestão do SUS estabeleceu as responsabilidades do gestor municipal e estadual no controle e avaliação dos serviços e na definição de indicadores para o monitoramento do desempenho.

Desde 2003, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DERAC) é responsável pela coordenação da política nacional de regulação, controle e avaliação e por facilitar o desenvolvimento financeiro das ações e serviços de atendimento ambulatorial e hospitalar do SUS.

Além disso, o DERAC desenvolve as diretrizes e coordena a execução das atividades de controle e avaliação da produção de serviços de saúde nos estados e municípios e cuida do controle e a avaliação da execução das ações de saúde por meio do Sistema de Informação Ambulatorial e do Sistema de Informação Hospitalar. Ademais, O DERAC é responsável pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares, Pesquisa de Satisfação e Prêmio Qualidade Hospitalar.

A participação da comunidade é parte fundamental do SUS e é garantida por uma rede de mais de 5.000 Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, do qual participam mais de 100.000 voluntários.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do SUS em cada uma das três esferas de governo e fazem parte da estrutura básica do MS e da Secretaria de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Existem também conselhos regionais, locais e distritais.

Os Conselhos de Saúde participam da formulação e proposição de estratégias, controle da execução das políticas de saúde, decisões sobre alocação de recursos, construção de equipamentos e implementação de programas de saúde. Nos Conselhos de Saúde há representantes da comunidade (50% dos membros), do

governo, prestadores e gestores dos serviços de saúde (25%) e dos trabalhadores da saúde (25%). O seu presidente é eleito em assembleia plenária.

Os Conselhos de Saúde orientam o debate sobre saúde e funcionamento do SUS a partir das Conferências Nacionais de Saúde, que reúnem centenas de milhares de pessoas em eventos municipais e estaduais. A primeira foi realizada em 1941 e, a partir de 1986, deixaram de ser apenas fóruns de discussões técnicas para incluir uma visão política de saúde pública.

Em 2003, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde publicou os resultados da segunda pesquisa sobre conhecimento, avaliação e opinião dos brasileiros sobre os serviços do SUS. Para 24,2% dos pesquisados, o principal problema que enfrentam no dia a dia é a saúde, seguido do desemprego (22,8%) e das preocupações financeiras (15,9%). Mais de 96% dos pesquisados utilizaram algum serviço de saúde pelo menos uma vez durante nos dois anos anteriores à pesquisa (LARA, 2015).

Mais de três quartos (75,9%) compareceram a consultas médicas, 71,2% receberam vacinas, 67% realizaram exames laboratoriais, 54,9% foram a serviços odontológicos, 44,6% a serviços de radiologia ou ultrassom, 27,1% foram internados e 15,3% passaram por alguma cirurgia (LARA, 2015).

Como falhas do sistema, os entrevistados destacaram a falta de médicos e equipe de enfermagem (19,4%); falta de medicação (9,5%); os longos tempos de espera para receber atendimento com a mesma qualificação que a falta de hospitais (8,3%) e a demora no agendamento da consulta (7%). 41,3% consideram que o principal problema do SUS é a fila de espera para conseguir uma consulta, 14,4% que é a fila de espera para exames e 7,5% a fila de espera para internação (LARA, 2015).

1.10 Inovações implementadas e os seus impactos

A saúde como direito do cidadão e dever do Estado é o ponto de partida da reestruturação do sistema de saúde brasileiro, cujo elemento central é a criação do SUS e sua implementação a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990. O sistema tem três objetivos: a) atenção universal sem restrições ou cláusulas de cobertura; b) equidade na atenção e c) integridade das ações (promoção,

proteção, prevenção, reabilitação e diagnóstico precoce), incluindo atenção ao indivíduo e à comunidade e atenção para o meio ambiente.

Para isso, foram definidas três estratégias básicas: a) descentralização da prestação de serviços aos estados e municípios com apoio da esfera federal; b) coordenação única por meio de um comando único em cada nível de governo e c) participação social. A gestão do SUS ocorre por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde com funções bem definidas e participação no planejamento e controle das ações.

A participação democrática das entidades e movimentos da sociedade civil na definição das políticas, na gestão e no controle de sua execução tem sido um elemento fundamental no desenvolvimento do SUS e do sistema de saúde brasileiro.

A descentralização é uma das principais inovações desde a Conferência Nacional de Saúde de 1986, e mesmo antes, com as Ações Integradas de Saúde e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde. Desde então, impactos positivos têm se manifestado, como a ampliação da oferta de serviços e o aumento da participação popular. Estudos mais recentes mostram avanços na expansão da rede de provedores e na diversificação da oferta.

A descentralização também possibilitou aumentar a base técnica da gestão da saúde pública nos níveis local, regional e central. A partir de 1998, expandiu-se a rede de atenção básica e em sua base um dos maiores programas públicos de imunização e um programa de controle de HIV/AIDS amplamente reconhecido.

No que se refere ao Programa de Saúde da Família, diversos estudos realizados entre 1999 e 2004 documentaram seu sucesso, confirmando o aumento da cobertura dos serviços de atenção básica de 14% para quase 60% da população e uma redução de aproximadamente 13% no número de mortalidade para o período (MACINKO *et al.*, 2016).

Neste ponto, Cação (2019) menciona com precisão que a implementação da Rede de Atenção à Saúde - RAS tem como desafio a construção de sistemas integrados de saúde que se articule em todos os níveis de atenção de forma confederativa mais harmônica possível.

As redes têm sido propostas para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção em saúde, onde há interação de diferentes agentes e onde se manifesta uma crescente demanda por ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e por participação da sociedade civil organizada.

No âmbito da saúde, todos esses aspectos estão presentes nas RAS, que devem ter foco na população, de forma integral, por meio de um serviço contínuo de cuidados que visem prioritariamente à promoção da saúde. Dessa forma, as RAS são definidas, oficialmente, segundo o anexo da Portaria GM nº 4.279/20101 que as instituiu no SUS, como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de/ qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Na Portaria que instituiu as RAS no âmbito de SUS, é possível identificar seis características importantes e inerentes à sua matriz conceitual. Assim, as RAS podem ser caracterizadas por:

a) Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção: essa característica pressupõe que os pontos de atenção passem a ser entendidos como espaços onde são ofertados alguns serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para que sejam cumpridos os objetivos da rede de atenção. Assim, para a lógica das RAS, um pronto socorro e um centro de especialidades, por exemplo, são igualmente importantes na garantia da atenção à saúde do usuário, pois ambos cumprem papéis específicos para necessidades específicas.

b) Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação: a lógica de organização do SUS em redes de atenção a partir da APS reafirma o seu papel de (1) ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde; (2) de ser responsável por coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS; (3) e de manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, entre outros), mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede. Essa posição estratégica da APS, no fluxo da atenção à saúde do usuário, objetiva potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde. A figura 01 a seguir ilustra bem a APS como centro de comunicação da RAS.

c) Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica: as ações, serviços e programações em saúde devem basear-

se no diagnóstico da população adscrita à equipe de saúde, considerando fatores e determinantes da saúde desta população.

d) Ofertar atenção contínua e integral: serviços e sistemas integrados poderão ser capazes de dar atenção integral aos usuários na medida em que, conseguindo solucionar aproximadamente 80% dos problemas de saúde que são demandados pela APS18, os outros 20% dos casos seguem um fluxo cuja densidade tecnológica do tratamento aumenta a cada nível de atenção que se sucede. Ao final, a continuidade da atenção deverá ser mantida pelas equipes da APS.

e) Cuidado multiprofissional: faz-se necessária a composição multiprofissional das equipes de saúde porque os problemas de saúde muitas vezes são multicausais e complexos, e necessitam de diferentes olhares profissionais para o devido manejo. Porém, mais do que a multiprofissionalidade, a ação interdisciplinar desta equipe deve ser um objetivo a ser estabelecido, de modo a garantir o compartilhamento e a corresponsabilização da prática de saúde entre os membros da equipe.

f) Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos: a missão de uma equipe de saúde deve contemplar objetivos sanitários de modo a gerar o melhor custo-benefício para a população atendida. As Redes de Atenção à Saúde são formadas por três elementos sem os quais não seria possível implantar uma rede capaz de cumprir plenamente seu papel: população, estrutura operacional e modelo de atenção. Esses elementos permitem que as RAS sejam organizadas segundo atributos e fundamentos que levem em consideração a realidade e os determinantes de saúde específicos de um território sanitário e das pessoas que nele vivem. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. Outra grande estratégia das redes é promover a mudança de hábitos que possam estar agindo em uma determinada população e com isso determinar uma menor incidência e melhora dos índices de prevalência de determinadas doenças. É nestas redes básicas que pode ser possível, por exemplo, racionalizar o uso de medicamentos, evitando assim

medidas intervencionistas; conduzir a procura de serviços terciários da saúde para a efetividade, pois causando menores filas e menores custos com exames desnecessários, geralmente solicitados nos serviços de urgência, possam levar a eficiência no tratamento através de hipóteses diagnósticas mais próximas ao que realmente está acontecendo com este.

1.11 Desafios e perspectivas do sistema de saúde

Os avanços são reconhecidos em termos de abrangência, igualdade e ampliação da cobertura. No entanto, é preciso aprofundar as conquistas para enfrentar os problemas e os limites. Em primeiro lugar, é preciso colocar o usuário-cidadão no centro do desenho das ações e políticas de saúde.

Para isso, várias estratégias têm sido propostas, dentre as quais se destacam: romper o isolamento do setor, envolvendo outras áreas relacionadas às necessidades básicas da população; estabelecer claramente as responsabilidades e direitos dos usuários do sistema de saúde, considerando as particularidades de cada região e microrregião; intensificar a participação e o controle social, fortalecendo os Conselhos e Conferências de Saúde e estimulando a formação dos conselheiros; aumentar a cobertura e a resolutividade das unidades do sistema público por meio de uma mudança no modelo assistencial que priorize não apenas a atenção básica, mas também o usuário-cidadão.

Também, podemos citar: evitar a precarização, privatização e terceirização das relações de trabalho do SUS, articulando as políticas dos setores de saúde e educação; aprofundar o modelo de gestão e promover a descentralização solidária e cooperativa com base na corresponsabilidade estabelecida em contratos mistos de gestão e financiamento; ampliar as capacidades regulatórias do Estado, reconhecendo a saúde como um bem social, regulando as relações público-privadas e garantindo o respeito aos direitos dos usuários e, por fim, superar o subfinanciamento da saúde como resultado de imperativos econômicos.

O governo do presidente Lula lançou o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) 2008 - 2011, cujo componente de saúde é o Programa Mais Saúde: Direito de Todos. Esse programa contempla 73 medidas e 165 metas, com investimentos de quase 90 bilhões de reais.

Os eixos de intervenção do programa assentam num conjunto de orientações estratégicas, entre as quais se destacam: avançar na implementação do sistema de saúde universal, igualitário e integral por meio de ações que permitam associar desenvolvimento econômico e social; consolidar ações de promoção da saúde e intersetoriais com orientação do padrão de desenvolvimento brasileiro a partir de um modelo assistencial voltado para a busca da qualidade de vida; priorizar os objetivos do Pacto pela Saúde; aprofundar a regionalização, a participação social e o federalismo e elevar a qualidade e eficiência das unidades produtoras de bens e serviços ou gestão da saúde.

2. GASTOS GERAIS COM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O Brasil construiu e consolidou um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo nas últimas três décadas. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro proporcionou avanço nas políticas sociais do país, permitindo que milhões de brasileiros antes sem cobertura tenham acesso aos serviços de saúde. Com a criação do SUS, houve uma considerável expansão da rede pública de prestação de serviços de saúde, com grande cobertura e acesso aos serviços de saúde e melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira (BENEVIDES, 2016).

Isso se coaduna com as metas estabelecidas pela OWG – OPEN WORKING GROUP, setorial das Nações Unidas estabelecido em 22 de janeiro de 2013 para o desenvolvimento sustentável.

As metas do ODS Saúde¹⁴, no total de 13, visam assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”, abrangendo o enunciado inicial amplo de elementos da atenção médica individual e curativa.

O gasto público *per capita* em saúde foi estimado para cada nível de governo, com base no gasto comprometido de 2010 a 2018, apresentando-o, em moeda nacional, em valores de 2018 com correção monetária pela média do IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo, (BENEVIDES, 2019). A consolidação do SUS tem sido pautada no debate sobre o adequado gasto público em saúde e a eficiência do uso desses recursos. O gasto total com saúde do Brasil é comparável ao gasto médio entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). O Brasil destinou o equivalente a 9,2% de seu Produto Interno

¹⁴(<http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>)

Bruto (PIB) à saúde em 2018, enquanto os países da OCDE alocaram, em média, 8,8%.

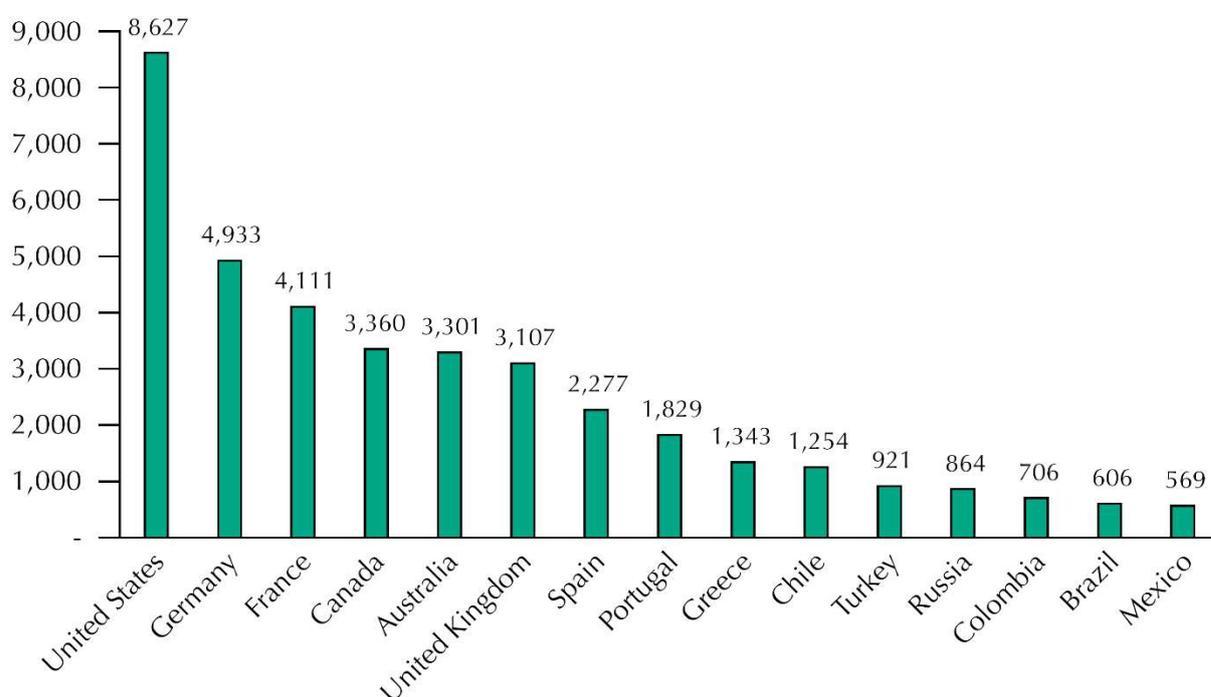
Para o governo federal, adicionalmente, foram identificadas as despesas efetivamente pagas por modalidade de aplicação para analisar sua execução segundo as esferas de governo, agrupando essas modalidades em: i) repasses aos estados e ao Distrito Federal; (ii) transferências para municípios; (iii) solicitações diretas (do Ministério da Saúde – MS) e transferências para o exterior e iv) outras modalidades. Esses valores, que são desembolsos reais efetuados pela administração pública, resultam da soma das despesas pagas no exercício e o valor remanescente a ser pago naquele exercício. Restantes valores a pagar são despesas que foram autorizadas em exercícios anteriores, mas não foram pagas até 31 de dezembro do ano em que foram autorizadas, podendo ser lançadas e reintroduzidas para pagamento em exercícios subsequentes (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

As transferências do National Health Fund (Fundo Nacional de Saúde), por área de atividade, foram identificadas de 2010 a 2017 pelos seis blocos de financiamento designados nos arquivos de transferências anuais. Para 2018 e 2019, as informações sobre o bloco não são suficientes devido às mudanças na alocação de recursos do Ministério da Saúde pela Portaria MS nº 3.992/2017, que organizou os repasses em dois blocos de financiamento. Nestes dois anos, os valores para investimentos são provenientes do bloco “investimentos”, e as demais despesas são obtidas a partir da abertura do bloco “custeio” por grupo.

O total de gastos pagos nas modalidades aplicação direta e transferências ao exterior do governo federal também foi classificado pelas áreas de atuação do SUS e áreas intermediárias mencionadas. Para tanto, os dados obtidos junto ao *Siga Brasil* para essas duas modalidades foram abertas por grupo de natureza da despesa (GEN), para identificar custos e despesas de investimento, por subfunção, para discriminar a área de despesa e, por ação orçamentária, para analisar a consistência da classificação por subfunção e para realocação de despesas, se necessário. Os gastos com aquisição de vacinas, outros imunobiológicos e insumos foram realocados da vigilância epidemiológica para os farmacêuticos, uma vez que os imunobiológicos representam parte significativa do orçamento e são medicamentos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Ao longo da figura 1 mostra-se o gasto público *per capita* em 2017 dos países selecionados. A magnitude da diferença entre os gastos do Brasil e dos países que também contam com sistema universal de saúde é significativa, sendo maior para o Reino Unido (que é 5 vezes o gasto brasileiro), o da Espanha (3,8 vezes) e o de Portugal (3 vezes). Os gastos do Brasil são menos da metade dos gastos do Chile, um país que tem um sistema público de proteção social limitado.

Figura 1: gasto público *per capita* em 2017 dos países



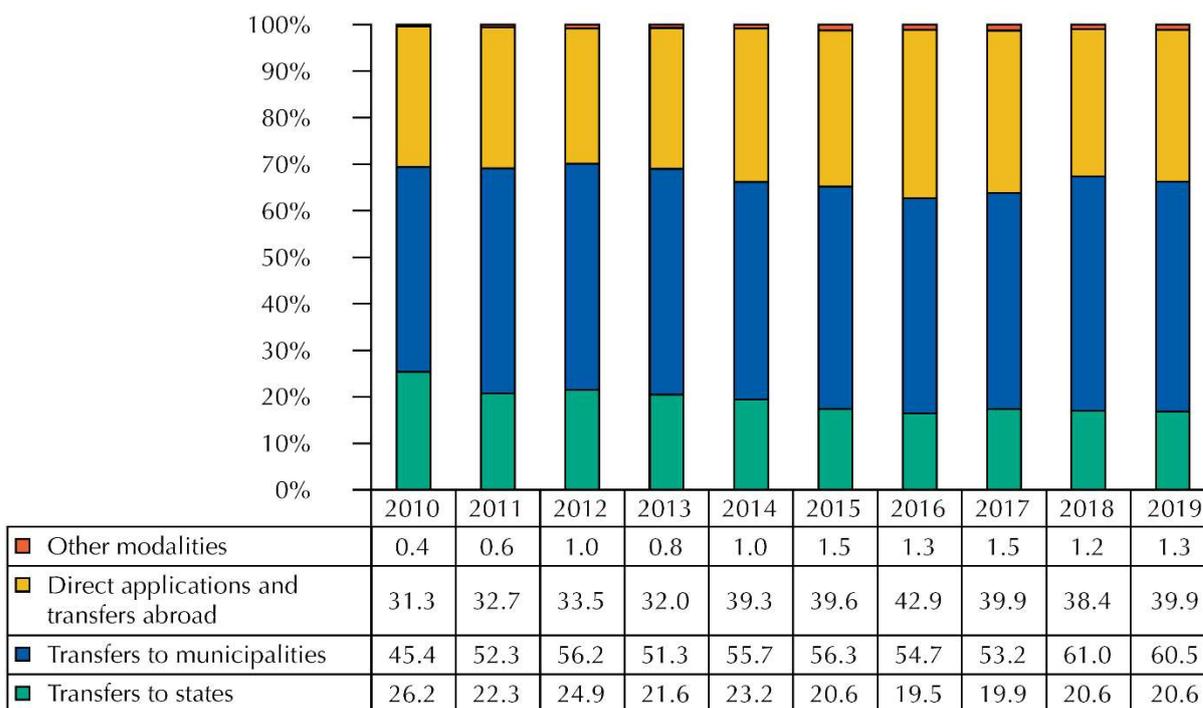
Fonte: Vieira (2016).

Como evidenciado na figura acima, o gasto público *per capita* com saúde do Brasil foi reduzido nos últimos anos e é muito baixo em comparação com os países com sistema de saúde universal. As perspectivas não são boas, pois a posição brasileira no contexto internacional tende a piorar com a EC 95. Já há um aumento da participação das famílias nos gastos com bens e serviços de saúde, de 53,5% em 2010 para 56,8% em 2017.

A figura 2 mostra o detalhamento da execução federal quanto às despesas efetivamente pagas por modalidade de aplicação, a partir da qual é possível verificar uma redução dos repasses do Ministério da Saúde para as secretarias estaduais de saúde (-21%), e um aumento das despesas diretas - pedidos mais transferências

para o exterior (28%) e transferências para secretarias municipais de saúde (33%) entre 2010 e 2019. O valor das despesas efetivamente pagas aumentou 18%, passando de R\$ 103,3 bilhões para R\$ 122,4 bilhões nesse período.

Figura 2: Execução federal - despesas pagas por modalidade



Fonte: Benevides (2019).

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o financiamento do SUS tem sido uma preocupação constante de pesquisadores e gestores públicos comprometidos em garantir o acesso a bens e serviços de saúde de forma universal, igualitária e integral. A apreensão com o presente e o futuro do sistema é ampliada diante das decisões dos agentes públicos, especialmente dentro do governo federal, em sentido diverso daquele expresso na Constituição (SANTOS; VIEIRA, 2018).

A Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95) impõe uma importante restrição ao financiamento do SUS. Até recentemente, essa medida era considerada o grande atentado à efetivação do direito à saúde no Brasil, e as ameaças se agravaram com a possível eliminação do gasto mínimo obrigatório em saúde pelos níveis de governo e com a Proposta de Emenda à Constituição nº 188, cujo objetivo é que as despesas adicionais com saúde ou educação além do piso de cada área possam ser descontadas das demais, para verificar as aplicações mínimas.

Considerando as despesas pagas pelo Ministério da Saúde por modalidade de aplicação, a execução direta pelo governo federal e os repasses aos municípios têm sido priorizados nos últimos anos. Como o valor dessas despesas executadas aumentou 19% entre 2010 e 2019 e as aplicações nas modalidades mencionadas aumentaram 28% e 33%, respectivamente, houve um deslocamento da alocação de recursos em detrimento dos repasses aos estados, que diminuiu 21%. Há também perdas na vigilância em saúde em prol da atenção básica e farmacêutica.

As transferências para o CMS na série analisada tiveram um aumento menor do que o observado para a atenção primária. Além disso, essas transferências foram mais afetadas pela crise econômica e pelas contingências de pagamento de despesas do MS entre 2014 e 2016. Na aplicação direta do MS, a queda na execução desde 2014 pode ser parcialmente explicada pela diminuição dos recursos repassados à universidades hospitalares do Programa Nacional de Reestruturação de Hospitais Universitários Federais, que foi da ordem de R\$ 630,3 milhões em 2014, em valores constantes, e sem nenhum repasse em 2019 para pagamento de despesas correntes. As ações e serviços de CMS são fundamentais para garantir a integralidade da atenção no SUS, e esses dois níveis de complexidade são frequentemente apontados como gargalos do sistema. Assim, a baixa prioridade que tiveram nos últimos anos é preocupante.

A situação do financiamento do SUS nos últimos anos e as mudanças na estruturação das políticas geram incertezas sobre o futuro da saúde no país. As políticas de austeridade fiscal implementadas em resposta às crises econômicas têm sido apontadas como fator determinante no agravamento da situação de saúde da população mundial, especialmente entre os grupos mais vulneráveis socioeconomicamente (SANTOS; VIEIRA, 2018). No Brasil, o impacto dessas políticas no SUS tem gerado preocupação com a possibilidade de retrocessos na oferta de bens e serviços de saúde e o alcance das metas relacionadas ao controle das doenças crônicas não transmissíveis, dos ODS em geral e dos ODS 3 relacionado à tuberculose.

O fato de o Governo Federal ser o órgão da Federação com maior capacidade fiscal, permite esperar maior esforço do governo federal para financiar o SUS, uma vez que estados e municípios já estão no limite de suas possibilidades financeiras. Assim, uma maior alocação de recursos federais é necessária para que o Brasil alcance os Objetivos do Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) 3.

Embora o alcance dessas metas dependa de um conjunto de ações e serviços oferecidos em todo o sistema de saúde e também de outras políticas públicas que atuem sobre os determinantes sociais da saúde, pode-se dizer que, no que depende do SUS, essas finalidades estão mais associadas a uma ou outra área finalística do sistema (MARQUES, MENDES, 2012). As seguintes metas dos ODS 3 estão intimamente relacionadas à atenção primária, MHC e vigilância em saúde: 3.1 – redução da mortalidade materna; 3.2 – redução da mortalidade neonatal; 3.3 – fim das epidemias de aids, tuberculose, malária e doenças tropicais; 3.4 – redução da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, com promoção da saúde mental, saúde do trabalhador e prevenção do suicídio; 3.5 – fortalecer a prevenção e o tratamento pelo uso de substâncias (entorpecentes e abuso de álcool).

Com base nos dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde, estima-se que os gastos com Ações e Serviços de Saúde Pública (ASPS) nas três esferas de governo tenham atingido 4,83% do PIB em 2020. O gráfico 2 mostra que, em 2020, os gastos com saúde somaram R\$ 358 bilhões, um aumento de 44,3% em relação aos gastos totais de 2011 (R\$ 241 bilhões), em valores constantes de dezembro de 2020. No entanto, 2020 foi atípico devido à pandemia de COVID-19, quando recursos extraordinários foram alocados em resposta à pandemia. Comparado com o período pré-pandemia, 2019 (R\$ 304 bilhões), o crescimento chega a 26,2%, um crescimento geométrico anual real dos gastos públicos com saúde de 2,6% ao ano ao longo do período (CARVALHO, 2018).

A participação dos gastos federais em saúde foi reduzida em 3% de 2010 para 2019. Essa redução foi revertida em 2020 com o aumento dos recursos federais para responder à pandemia, superando o percentual de participação observado em 2010 (46% em 2020), devido ao papel do governo na assistência aos estados e municípios na implantação de infraestrutura, compra de equipamentos, insumos e vacinas para combater a pandemia. Ao considerar todo o período pré-pandemia, observa-se um aumento da participação das esferas de governo local, estados e municípios, com destaque para este último, que, em 2020, contribuiu com 29% do total de gastos públicos do setor, ante os 26% das esferas estatais.

Esses resultados corroboram evidências anteriores que demonstram ineficiências no sistema público de saúde do Brasil. Embora as restrições de recursos decorrentes do baixo gasto público sejam uma das razões para a

consolidação limitada do SUS, o sistema opera com níveis relativamente altos de ineficiência. Se essas ineficiências fossem sanadas, o SUS poderia obter melhores resultados de saúde mesmo sem mais recursos, principalmente na crise fiscal brasileira (MARQUES; MENDES, 2012).

Propor uma agenda de eficiência ao SUS é essencial para consolidar e ampliar os avanços dos últimos 30 anos. Alcançar melhores resultados de gastos com saúde é um desafio global e a maioria dos países enfrenta esses desafios ao fornecer serviços de saúde eficientes e sustentáveis para sua população. A experiência de países que consolidaram seus sistemas de saúde com reformas periódicas, que mostra que a consolidação do SUS depende da capacidade de adotar medidas de modernização e reformas estruturais, considerando a qualificação dos gestores, a ciência e o diálogo entre as múltiplas perspectivas dos agentes envolvidos na melhoria do sistema.

2.1 Parceria público-privada no Brasil

As parcerias entre a administração pública e os particulares surgem como instrumento de realização eficiente dos serviços públicos, uma vez que a ineficiência da atuação administrativa, exclusivamente estatal, provoca insatisfação dos usuários do serviço público.

As Parcerias Público-Privadas – PPP's foram instituídas no Brasil, por meio da lei n.º 11.079/2004, que estabeleceu novas normas para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública, como uma nova forma de concessão de serviços.

A referida lei, conforme Di Pietro (2019, p. 143), revela a influência legislativa exercida no direito pátrio pelo direito estrangeiro, “seja no sistema da *common law*, seja no direito comunitário europeu, onde o instituto vem sendo também adotado sem que haja um modelo único para parcerias”. Dada a relevância da matéria em comento, deve-se, então, tomar contato com os principais elementos do conceito jurídico das PPPs, com relação a sua natureza jurídica e categorias previstas no ordenamento jurídico pátrio em torno deste instituto administrativo novo e importante para a concretização de atividades públicas.

A lei 11.079/04 – Lei das PPP's, no seu art. 2º, define PPP como contrato administrativo de concessão em duas modalidades: a patrocinada, concessão que

tem por objeto a execução de serviço público, precedida ou não de obra pública, remunerada mediante tarifa paga pelo usuário e contraprestação pecuniária do parceiro público e a administrativa, quando a administração pública seja a usuária direta ou indireta da prestação de serviço, com ou sem execução de obra e fornecimento e instalação de bens, mediante contraprestação do parceiro público (BRASIL, 2004).

O art. 1º, § único, alterado pela Lei nº 13.137/2015, por seu turno, institui que o regime jurídico das PPP's "aplica-se aos órgãos da administração pública direta dos Poderes Executivo e Legislativo, [...]" (BRASIL, 2015, s.p.), bem como a outros. Assim, se observa que a legislação atual pretende afastar a aplicação das PPP's do âmbito do Poder Judiciário, devendo a mesma se restringir aos poderes Executivo e Legislativo. Em março de 2014, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) já havia decidido que o instrumento das PPP's não deveria ser utilizado por órgãos do Poder Judiciário; naquela ocasião o Ministro Ayres Britto argumentou que os dispositivos da lei das PPP's "são incompatíveis com o desempenho de atividades do Poder Judiciário, mesmo aquelas não relacionadas à atividade jurisdicional" (FREIRE, 2014, s.p.). Neste sentido, o legislativo acabou por positivar, de modo acertado, o entendimento sufragado no CNJ.

A expressão PPP, consoante assenta Sundfeld (2011, p. 20), pode ser utilizada de "duas formas paralelas": uma, em sentido amplo, e, outra, em sentido estrito. Em sentido amplo, se pode conceber que as PPP's "são múltiplos vínculos negociais de trato continuado estabelecidos entre a administração pública e particulares para viabilizar o desenvolvimento, sob a responsabilidade destes, com algum coeficiente de interesse geral". Neste sentido, podem ser englobadas como PPP's diversas modalidades de negociações encetadas pelo Poder Público, tais como: "concessões comuns, patrocinadas e administrativas; concessões e ajustes setoriais; contratos de gestão com Organizações Sociais – OS's; Termos de Parceria com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP's, dentre outros" (SUNDFELD, 2011, p. 21). Desse modo, emerge a compreensão de que o regime jurídico do instituto está disciplinado por diversas legislações específicas.

Comporta, pois, em sentido estrito, compreender as PPP's como "vínculos negociais que adotem a forma de concessão patrocinada ou administrativa, de acordo com a definição que lhes é conferida pela Lei n.º 11.079/04", de modo que somente tais contratos sujeitam-se ao regime jurídico criado por esta lei

(SUNDFELD, 2011, p. 24). Assim, se pode perceber que a Lei 11.079/04 não é uma lei geral sobre parcerias, mas um instrumento normativo que trata de duas modalidades de parcerias, a concessão patrocinada e a concessão administrativa. No mesmo sentido, Alvarenga (2005, p. 01) assevera que a legislação não traz normas gerais sobre as parcerias, que já existiam, mas que flexibiliza “a legislação existente afastando, aqui e ali, esta modalidade de contrato das regras gerais de direito público, aproximando os contratos – tanto quanto possível – das regras de direito privado”.

Ademais, cogita-se que o instituto jurídico da Parceria Público-Privada tem natureza jurídica de concessão de serviços públicos, porém, com a peculiar característica da contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado. Além disso, evidencia-se que a PPP é uma espécie peculiar de concessão, precedida de licitação na modalidade concorrência, que se realiza por tempo determinado, como os contratos administrativos em geral, porém, com a limitação temporal definida pela lei das PPP's, nos artigos 2º e 5º, os quais determinam que o contrato de uma PPP terá o prazo mínimo de 5 anos e máximo de 35 anos.

Nos termos do art. 2º, § 4º, I, da mencionada lei, o contrato da PPP deverá ter um valor superior a R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais) e o parceiro público divide os riscos com o parceiro privado, sendo pactuada a criação de uma sociedade de propósito específico, incumbida de implantar e gerir o objeto da parceria (BRASIL, 2004). Além disso, deve-se considerar que a legislação brasileira sobre PPP's visa reduzir o comprometimento de recursos públicos futuros e oferecer garantias para atrair os investimentos particulares.

Acerca do primeiro ponto, redução do comprometimento de recursos públicos futuros, a Lei das PPP's estabelece, no seu artigo 10, uma série de medidas que visam evitar um endividamento estatal descontrolado, em face da contratação da parceria. Assim, determina que a abertura do procedimento licitatório da parceria está condicionada a autorização da autoridade competente, fundamentada em estudo técnico que demonstre o não comprometimento das finanças públicas¹⁵.

¹⁵ De acordo com o artigo 10 da Lei n.º 11.079/2004, o gestor deve demonstrar, em estudo técnico, o seguinte: a) a conveniência e a oportunidade da contratação, mediante identificação das razões que justifiquem a opção pela forma de parceria público-privada; b) que as despesas criadas ou aumentadas não afetarão as metas de resultados fiscais previstas no anexo referido no § 1º do art. 4º da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, devendo seus efeitos financeiros, nos períodos seguintes, ser compensados pelo aumento permanente de receita ou pela redução permanente de despesa; e c) quando for o caso, conforme as normas editadas na forma do art. 25 desta Lei, a observância dos limites e condições decorrentes da aplicação dos arts. 29, 30 e 32 da Lei

Ademais, o administrador deve respeitar estritamente as normas orçamentárias advindas da CRFB/1988, especialmente, o que consta do seu art. 167, bem como as disposições da lei n.º 4.320/1964 e Lei Complementar n.º 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF.

Nesse ponto, cumpre destacar o teor do art. 22 da Lei das PPP's, que traz uma importante regra de limitação de despesas que não pode ser negligenciada pelos gestores públicos, sob pena da incursão em crime de responsabilidade.

No que se refere às garantias, a legislação das parcerias de 2004 trouxe um organizado sistema de garantias dos compromissos financeiros de longa duração do Estado, não deixando dúvidas quanto a legalidade da permissão de garantias. Neste sentido, determina o art. 8º da referida lei que as obrigações pecuniárias contraídas pela administração pública, em contrato de PPP, poderão ser asseguradas mediante diversas modalidades de garantias, as quais encontram-se discriminadas na nota de rodapé de nº 19 da presente pesquisa.

A legislação determina ainda, em seu art. 16, o limite global de participação da União. Desse modo, se pode perceber que a legislação das parcerias permitiu a criação de uma entidade jurídica nova para a finalidade de prestar garantias no contrato de PPP, o Fundo Garantidor de PPPs (SUNDFELD, 2011).

O FGP (Fundo Garantidor de PPPs), regulado pelos arts. 16 e 20 da Lei das PPP's, é entidade dotada de personalidade jurídica própria, de natureza privada. De acordo com a legislação de regência, art. 16, § 1º, o FGP “terá natureza privada e patrimônio próprio separado do patrimônio dos cotistas, e será sujeito a direitos e obrigações próprios”. O patrimônio do FGP se constitui pelo “aporte de bens e direitos realizados pelos cotistas, por meio da integralização de cotas e pelos rendimentos obtidos com sua administração” (BRASIL, 2004, s.p.).

Desse modo, a percepção que aflora é que o FGP é uma pessoa jurídica de direito privado de capital integralmente público, constituída com a finalidade de prestar garantia para o pagamento das obrigações pecuniárias que foram assumidas pelos parceiros públicos, em razão das parcerias realizadas por estes entes. Diante

Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, pelas obrigações contraídas pela Administração Pública relativas ao objeto do contrato; II – elaboração de estimativa do impacto orçamentário-financeiro nos exercícios em que deva vigorar o contrato de parceria público-privada; III – declaração do ordenador da despesa de que as obrigações contraídas pela administração pública no decorrer do contrato são compatíveis com a lei de diretrizes orçamentárias e estão previstas na lei orçamentária anual; IV – estimativa do fluxo de recursos públicos suficientes para o cumprimento, durante a vigência do contrato e por exercício financeiro, das obrigações contraídas pela administração pública; V – seu objeto estar previsto no plano plurianual em vigor no âmbito onde o contrato será celebrado.

disso, pode-se perceber que a natureza jurídica do fundo é de empresa pública, devendo, pois, ser constituída nos moldes do art. 37, inc. XIX da CRFB/1988 (SUNDFELD, 2011).

No mesmo sentido, Ribeiro e Prado (2010, p. 350) concebem que do art. 16, § 1º da lei das PPP's se pode extrair que o FGP se constitui como pessoa jurídica de direito privado, o que tem dois efeitos principais: "afastar o regime de direito público incidente sobre os bens que compõem seu patrimônio e a aplicação da regra de pagamentos por meio de precatórios, em caso de sentença judicial condenatória". Assim, "a execução contra o FGP será privada, porque privada é a sua personalidade e, portanto, privados são os seus bens". Desse modo, "são lícitas a desafetação e a transferência de bens do domínio público para o privado justamente para permitir sua utilização como lastro real de garantias oferecidas em regime privado pelo FGP aos concessionários" (SUNDFELD, 2011, p. 45).

O art. 31 da Lei 9.074/1995, o art. 21 da Lei 8.987/1995, bem como o art. 3º, *caput* e § 1º, da Lei das PPP's, este último regulamentado atualmente pelo Decreto 8.428/2015, autorizam que entes privados requeiram autorização da administração pública para proposição de projetos, estudos, levantamentos ou investigações a serem usados em modelagens de PPP's; tal ferramenta é conhecida como Procedimento de Manifestação de Interesse da Iniciativa Privada — PMI.

O PMI previsto pelo referido Decreto 8.428/2015, possibilita que o particular (pessoa física ou jurídica) elabore e apresente à administração pública projetos, estudos, levantamentos ou investigações, com o objetivo de subsidiar a administração pública na estruturação de empreendimentos objeto de concessão ou permissão de serviços públicos, de parceria público-privada.

Tais estudos podem ou não ser aplicados em futura licitação para a contratação de PPPs. Se esses estudos não forem empregados, o particular não terá, em regra, direito ao ressarcimento pelos custos com a sua elaboração, pois conforme dispõem os incisos III e IV do supracitado decreto, a autorização para apresentação de projetos não gerará direito de preferência no processo licitatório do empreendimento, não obrigará o Poder Público a realizar licitação e não implicará, por si só, direito a ressarcimento de valores envolvidos em sua elaboração.

Porém, a regulamentação determina no seu art. 12 que, em caso de rejeição do projeto, sendo esta parcial, os valores de ressarcimento serão apurados apenas em relação às informações efetivamente utilizadas em eventual licitação; sendo total,

ainda que haja licitação para contratação do empreendimento, não haverá ressarcimento pelas despesas efetuadas.

Por outro lado, caso tais projetos, estudos, levantamentos ou investigações sejam utilizados para a realização de licitação, o licitante vencedor e não o Poder Público ressarcirá o seu autor os custos com os quais tiver incorrido, conforme dispõe o art. 16 do referido Decreto regulamentar; portanto, os valores relativos a projetos, levantamentos, investigações e estudos selecionados, nos termos do regulamento, serão ressarcidos à pessoa física ou jurídica de direito privado autorizada exclusivamente pelo vencedor da licitação, desde que os projetos, levantamentos, investigações e estudos selecionados tenham sido efetivamente utilizados no certame. Assim, em nenhuma hipótese, será devida qualquer quantia pecuniária pelo Poder Público em razão da realização de projetos, levantamentos, investigações e estudos.

O PMI permite ao Poder Público ter acesso a estudos, propostas e levantamentos referentes a projetos dos mais variados setores de infraestrutura, sem que isso represente qualquer custo direto aos cofres públicos. Se tal procedimento for usado com critérios objetivos e para projetos de efetivo interesse público, afigura-se como um importante meio de a sociedade colaborar com o Poder Público na estruturação de projetos sem que isso represente custo ao erário (RIBEIRO, 2010).

Compete, ainda, esclarecer que o PMI não se confunde com o diálogo competitivo, não conhecido no ordenamento jurídico pátrio, pois este último instituto, que é previsto pela legislação da União Europeia, fundamenta-se em dois paradigmas: o primeiro no sentido de estabelecer um diálogo envolvendo os licitantes e a administração e o segundo relativo à competição a que serão submetidos os licitantes no curso do procedimento, visando à obtenção de uma ou mais soluções satisfatórias ao Poder Público (RIBEIRO, 2010).

Na verdade, trata-se de um passo anterior à contratação, mas de vital importância para o sucesso futuro do projeto de PPP. O regime contratual das parcerias público-privada, de um modo geral, segue o estatuído na regulamentação

contratual das concessões comuns, consoante o disposto no artigo 3º, § 1º¹⁶ da Lei das PPP's.

Assim, regras relativas ao teor do contrato, encargos do concessionário e do Poder Concedente, intervenção e extinção do contrato, seguem o disposto na Lei das Concessões, exceto no que se refere ao instituto da subconcessão que é inaplicável no âmbito das PPP's.

Todavia, há algumas peculiaridades intrínsecas ao regime contratual das PPPs que são dispostas, especialmente, no art. 5º da Lei de regência das PPP's. O primeiro ponto particular que deve ser ressaltado no regime contratual das parcerias é a delimitação, pela lei, dos prazos mínimo e máximo de vigência da relação contratual, de modo que “o prazo de vigência do contrato, compatível com a amortização dos investimentos realizados, será não inferior a 5 (cinco), nem superior a 35 (trinta e cinco) anos, incluindo eventual prorrogação” (BRASIL, 2004, s.p.). Destarte, se verifica que o prazo máximo do contrato que verse sobre PPP's é de 35 anos, já incluindo as eventuais prorrogações.

A lei prevê, também, de maneira singular para esta espécie contratual, no art. 5º, inciso V, que o contrato de PPP deve dispor sobre “os fatos que caracterizem a inadimplência pecuniária do parceiro público, os modos e o prazo de regularização e, quando houver, a forma de acionamento da garantia” (BRASIL, 2004, s.p.). Permite-se, outrossim, na contratação das PPP's, um regime de atualização dos valores contratuais mais ágil, consentindo que o concessionário realize a homologação tácita do reajuste ou correção do preço, consoante disposto no art. 5º, § 1º, “as cláusulas contratuais de atualização automática de valores baseadas em índices e fórmulas matemáticas, quando houver, serão aplicadas sem necessidade de homologação pela Administração Pública[...]” (BRASIL, 2004, s.p.).

A legislação em apreço, igualmente, no mesmo dispositivo legal acima mencionado, aduz que, excepcionalmente, a administração pública poderá rejeitar a atualização, mas desde que publique, na imprensa oficial, até o prazo de 15 dias, após a apresentação da fatura, razões fundamentadas para tal rejeição. Percebe-se, pois, que a rejeição da atualização automática é uma exceção, sendo regra, desse modo, a aceitação da mesma sem a necessidade de homologação pela

¹⁶ Art. 3º As concessões administrativas regem-se por esta Lei, aplicando-se-lhes adicionalmente o disposto nos arts. 21, 23, 25 e 27 a 39 da Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, e no art. 31 da Lei nº 9.074, de 7 de julho de 1995. § 1º As concessões patrocinadas regem-se por esta Lei, aplicando-se-lhes subsidiariamente o disposto na Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, e nas leis que lhe são correlatas.

administração pública, o que confere uma maior agilidade a esta modalidade contratual.

Os contratos poderão prever adicionalmente cláusula que implique a assunção do controle societário do concessionário diretamente pelo banco, para promover a reestruturação do negócio, conforme disposto no art. 5º, § 2º, incs. I, II e III¹⁷ da Lei n.º 11.079/04. Segundo Sundfeld (2011, p. 39), estes pagamentos servem como “quitação parcial ou total das obrigações financeiras do concessionário com o banco”.

Um dos caracteres mais importantes do contrato de concessão da PPP é a contraprestação financeira realizada pelo Poder concedente em favor do concessionário, que se pode dar por meio das seguintes modalidades: ordem bancária; cessão de créditos de natureza não tributária; outorga de direitos em face da administração pública; outorga de direitos sobre bens públicos dominicais e por outros meios autorizados pela lei.

Outro aspecto contratual das PPP's que não existe nas concessões comuns realizadas pela Lei n.º 8.987/95 é a previsão de garantias de adimplemento das obrigações nas espécies previstas no art. 8º da Lei n.º 11.079/04, já discriminadas na nota 19 desta pesquisa.

A legislação das PPP's fornece diversos mecanismos de adequação da atividade do Poder Concedente às normas orçamentárias, limitando ou reduzindo o risco de um endividamento público expressivo e não planejado. Ademais, os dispositivos legais em comento não deixam de lado a aplicação da LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar n.º 101/2000, que impõe limites bem definidos para o endividamento público, mediante o estabelecimento de normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, configurando instrumento normativo essencial para o fiel desenvolvimento dos investimentos públicos.

¹⁷ Art. 5º [...].§ 2º Os contratos poderão prever adicionalmente: I - os requisitos e condições em que o parceiro público autorizará a transferência do controle ou a administração temporária da sociedade de propósito específico aos seus financiadores e garantidores com quem não mantenha vínculo societário direto, com o objetivo de promover a sua reestruturação financeira e assegurar a continuidade da prestação dos serviços, não se aplicando para este efeito o previsto no inciso I do parágrafo único do art. 27 da Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; II – a possibilidade de emissão de empenho em nome dos financiadores do projeto em relação às obrigações pecuniárias da Administração Pública; III – a legitimidade dos financiadores do projeto para receber indenizações por extinção antecipada do contrato, bem como pagamentos efetuados pelos fundos e empresas estatais garantidores de parcerias público-privadas.

2.2 Crise no SUS

Em meio à turbulência econômica, a instabilidade política surgiu em 2013, inicialmente envolvendo protestos de cidadãos contra a corrupção e demandas por melhores serviços públicos. Seguiu-se uma série de escândalos de corrupção. A presidente Dilma Rousseff sofreu impeachment em 2016 devido a polêmicas acusações de irregularidade financeira. Um novo governo de centro-direita foi instalado posteriormente, com Michel Temer como presidente, que instituiu uma agenda de reforma econômica neoliberal, com a privatização de grandes ativos do Estado (SOUSA, 2014).

A Emenda Constitucional 95 (EC 95/PEC 55/PEC 241) aprovada pelo Congresso em dezembro de 2016, limitou os gastos primários federais com saúde nos próximos 20 anos, limitando os gastos em 2017 a 15% da Receita Corrente Líquida e, a partir de então, níveis de gastos de 2017 ajustados pela inflação, com um declínio projetado no orçamento da saúde de R\$ 415 bilhões até 2036. As reformas de financiamento introduzidas pelo Ministério da Saúde encerraram o financiamento direcionado para componentes específicos do SUS, como por exemplo, APS, vigilância, medicamentos (ARAÚJO; CIELO, 2010).

Políticas nacionais de saúde, incluindo Estratégia Saúde da Família (ESF) e saúde mental, foram revisadas, com novas regulamentações para planos de saúde privados visando reduzir a demanda por serviços públicos e introduzir 'planos de saúde populares', de baixo custo com benefícios restritos.

Em 2000–2014, o gasto total em saúde aumentou de 7,0% para 8,3% do PIB, e o gasto *per capita* em saúde aumentou de US\$ 263 em 2000 para US\$ 947 em 2014. Embora o nível de gasto total em saúde seja comparável ao de outros países da América Latina, nos Estados Unidos, o gasto público é baixo para um sistema de saúde universal e sobrecarrega os indivíduos com grandes custos diretos (SOUSA, 2014).

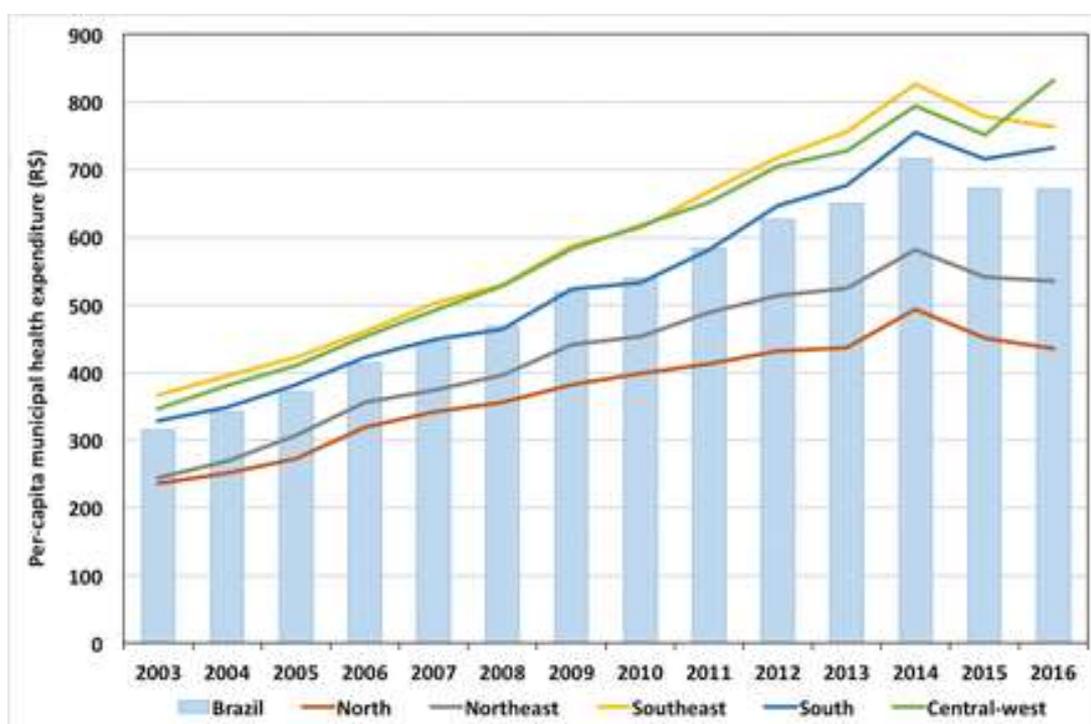
O Brasil tem uma das menores proporções de gastos públicos em saúde (46,0%) na América Latina e Caribe (média de 51,28%), nos países de renda média alta (55,2%) e nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (62,2%). Além disso, embora o Brasil tenha reduzido os gastos diretos (como proporção dos gastos privados, parte dos quais é contabilizado por contribuições para seguros privados), eles ainda representam um encargo financeiro

considerável para as famílias - cerca de 50% dos gastos privados na saúde (ARAÚJO; CIELO, 2010).

A participação dos governos estaduais e municipais passou de 22,3% e 25,5%, respectivamente, em 2003, para 27,0% e 32,2%, respectivamente, em 2016. De 2003 a 2014, o total de gastos municipais em saúde *per capita* (incluindo recursos próprios e fontes) cresceu 226%, passando de R\$ 315,7 para R\$ 716,5 (ajustado pela inflação).

No entanto, desde 2015, o gasto *per capita* diminuiu 6,3% para R\$ 617,1 em 2016 (figura 3).

Figura 3: Total de gastos municipais em saúde per capita



Fonte: Souto; Oliveira (2016)

Persistentes desigualdades regionais e sociais na alocação de recursos deixaram os pobres, aqueles com menor escolaridade e as populações que vivem nas regiões do norte, com maiores necessidades de saúde não atendidas. A escassez de médicos persiste nas zonas rurais e ao nível dos Centros de Políticas Sociais (CPS), com especialistas concentrados no setor privado e distribuídos de forma desigual pelo país, levando a grandes disparidades.

Embora várias políticas tenham sido desenvolvidas para lidar com a distribuição desigual de profissionais de saúde, problemas burocráticos não resolvidos na contratação de recursos humanos em níveis locais, levaram a dificuldades na retenção de médicos (SENA; SILVA, 2011). Em resposta, em 2013, o governo Dilma Rousseff lançou o 'Programa Mais Médicos', para expandir a APS, distribuindo mais de 18 mil médicos, a maioria de Cuba, para áreas carentes de todo o país.

Melhorar o acesso a medicamentos também foi uma prioridade dos governos Lula e Dilma Rousseff. As políticas nacionais aumentaram o número de medicamentos disponíveis na lista de medicamentos essenciais de 327 em 2002 para 869 em 2017, melhoraram o acesso a medicamentos e incentivaram o uso de genéricos. O Programa Farmácia Popular, iniciado em 2004, ampliou o acesso a medicamentos com preços subsidiados e baixo nível de copagamento (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Em 2011, foi criada uma Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para apoiar a tomada de decisão, baseada em evidências, para adoção de novos medicamentos e tecnologias no SUS. A grande demanda por medicamentos no SUS tem incentivado a produção industrial nacional de medicamentos por meio de parcerias público-privadas (PIOLA, 2017).

Os investimentos no sistema de saúde aumentariam a resiliência do SUS e permitiriam que absorvesse melhor os efeitos adversos dos choques econômicos e políticos.

No entanto, desde 2015, houve redução na média de recursos *per capita* alocados pelos municípios ao SUS, agravando o histórico de subfinanciamento e escassez de recursos no sistema de saúde e, de acordo com notícias recentes da mídia, levando ao desabastecimento de medicamentos básicos, piorando as condições de trabalho para profissionais de saúde e escassez de médicos nas unidades de saúde pública, especialmente hospitais onde os pacientes enfrentam longas filas (SOUSA, 2014).

Apesar das restrições orçamentárias, o SUS ainda atende a maioria dos brasileiros, incluindo aqueles que perderam planos de saúde privados recentemente. Embora os serviços hospitalares estejam sob pressão, a cobertura da ESF manteve-se relativamente estável durante a crise econômica e política, apoiada em níveis locais por meio do Programa Mais Médicos.

No entanto, decisões políticas recentes alteraram as alocações para o financiamento da ESF e modificaram o modelo da ESF definido pelo governo federal. Essas novas políticas míopes, que permitem desviar recursos da ESF e alterar a natureza multiprofissional das equipes da ESF, prejudicarão os princípios fundamentais e o sucesso da Atenção Primária da Saúde (APS), especificamente sua integralidade e o enfoque familiar e comunitário. Em algumas cidades, as consequências do enfraquecimento do serviço de APS são evidentes, com a renúncia dos cidadãos aos cuidados de saúde e o aumento do uso de serviços de emergência (PIOLA, 2017).

Embora o impacto de longo prazo da crise e das medidas de austeridade ainda não tenham sido totalmente revelados, os efeitos adversos sobre os resultados em saúde e as desigualdades provavelmente serão mais intensos no Brasil altamente desigual do que o que pode ser experimentado em países de alta renda. Apesar das conquistas na última década na superação da pobreza extrema e da fome, os problemas sociais estruturais que assolam o país farão com que essas conquistas sejam facilmente reversíveis (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Da mesma forma, é improvável que o progresso do sistema de saúde alcançado nas últimas duas décadas seja sustentado devido ao subfinanciamento, medidas de austeridade e alocação ineficiente de recursos que serão exacerbados por novas políticas.

As crises políticas e econômicas abalaram o SUS, e os direitos constitucionais à saúde foram prejudicados pelas políticas de austeridade do atual governo. A perspectiva de congelamento de longo prazo dos gastos públicos cria uma situação que torna cada vez mais impossível a busca e sustentação dos princípios de universalidade e integralidade do SUS.

Dadas as desigualdades consideráveis do Brasil e os encargos de saúde não resolvidos, reverter o progresso para a cobertura universal de saúde pode ter um grande impacto negativo sobre as populações mais pobres e vulneráveis e quebrar o contrato social duramente conquistado da era pós-ditadura militar (SENA, 2011).

Portanto, é imperativo monitorar com muito cuidado as mudanças nos principais indicadores de saúde, resultados de saúde da população e gastos empobrecidos para garantir que quaisquer efeitos adversos sejam observados precocemente e políticas apropriadas sejam introduzidas para assegurar a proteção das pessoas afetadas adversamente.

2.3 Financiamento do SUS como política de bem-estar social

Segundo Guerra (2017), os conceitos marxistas de mais-valia (valor excedente apropriado pelo capitalista em relação ao salário) e de taxa de lucro (relação entre o lucro e o capital, a rentabilidade do investimento), são colunas basilares de perpetuação ou de efeito perene do motor de alimentação da desigualdade social.

Em outras palavras, no sistema do capital, aqueles que detêm do controle dos meios de produção, necessariamente, exploram e enriquecem em detrimento da pobreza daquele que meramente detém do controle da força de trabalho.

Nestes termos, o capitalismo é, ao menos em tese, a indústria da desigualdade social. Aliado ao fundamento clássico exposto acima, está o conceito de “Exército Industrial de Reserva”.

[...] constitui parte do exército de trabalhadores em ação, mas com ocupação totalmente irregular. Ela proporciona ao capital reservatório inesgotável de força de trabalho disponível. Sua condição de vida se situa abaixo do nível médio normal da classe trabalhadora, e justamente isso torna-a base ampla de ramos especiais de exploração do capital. Duração máxima de trabalho e o mínimo de salário caracterizam sua existência. Conhecemos já sua configuração principal, sob o nome de trabalho a domicílio. (MARX, 2001, p. 746).

A existência de um exército industrial de reserva permite ao capital ter sempre à sua disposição material humano suficiente para a incorporação imediata na produção. Essa lógica capitalista cria, em regra, uma massa de manobra essencial de manutenção de condição econômica do *status quo* do capital.

[...] se uma população trabalhadora excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza no sistema capitalista, ela se torna, por sua vez, a alavanca da acumulação capitalista e, ao mesmo tempo, condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se fosse criado e mantido por ele. Ela proporciona o material humano a serviço das necessidades variáveis de expansão do capital e sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro incremento da população. (MARX, 2001, p. 735).

Deste modo, a consequência natural da existência do exército industrial de reserva é de regulação do valor da mão de obra necessária ao capitalista. Em situação de pleno emprego, o valor da venda da força de trabalho aumenta relativamente aliada à alta demanda, contudo, quanto maior o número de

trabalhadores ávidos por trabalho, maior a oferta e com isso, maior margem de manobra dos salários da classe produtiva.

Com efeito, em apertada síntese, podemos concluir que é processo necessário e intrínseco do capitalismo, a existência de parcela marginalizada da sociedade para manutenção do ambiente de perene favorecimento do capital.

A marginalização ganha contornos dramáticos quando o assunto é América Latina. Eduardo Galeano na obra histórica “Veias Abertas da América Latina” (1976, p. 13) afirma que:

“Há dois lados na divisão internacional do trabalho: um em que alguns países especializam-se em ganhar e outro em que se especializam em perder. Nossa Comarca do mundo, que hoje chamamos de América Latina, foi precoce: especializou-se em perder desde os remotos tempos em que os europeus do Renascimento se abalancharam pelo mar e fincaram os dentes em sua garganta”.

Darcy Ribeiro em “O Povo Brasileiro” (2006, p. 160), menciona que “no plano econômico, o Brasil é produto da implantação e da interação de quatro ordens de ação empresarial, com distintas funções, variadas formas de recrutamento de mão-de-obra e diferentes graus de rentabilidade.”

Prossegue ao dizer que “a principal delas, por sua alta eficácia operativa, foi a empresa escravista, dedicada seja à produção de açúcar, seja à mineração de ouro, ambas baseadas na força de trabalho importada da África.”

Desta forma, o Brasil possui um ingrediente a mais na tônica da desigualdade social, que é justamente o passado escravocrata, inclusive em seus efeitos após a tardia abolição de 1888.

Jessé de Souza em “A Elite do Atraso” (2019, p.74), menciona que “ser considerado branco era ser considerado útil ao esforço de modernização do país, daí a possibilidade mesma de se embranquecer, inexistente em outros sistemas com outras características”.

Assim, há no Brasil uma singularidade no tocante à desigualdade social e, conseqüentemente, à qualidade de vida do cidadão.

Para enfrentar essa crise e afastar o “perigo comunista”, alguns países decidiram aumentar a intervenção estatal com o objetivo de ampliar o emprego e o nível de renda. Neste contexto é que o economista inglês John Maynard Keynes publica o livro “Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda” em 1936, com críticas à teoria clássica liberal, defendendo a intervenção do Estado na economia em períodos de crise do capitalismo, mesmo que gerasse deficit público, possibilitando o aparecimento do welfare state: como irmão siamês do modelo keynesiano, o welfare é

implantado nos países capitalistas depois da segunda guerra mundial, que, além do incremento das políticas sociais, até mesmo como forma de enfrentar a “guerra fria”, acabou se diversificando em um conjunto de setores .

“O welfare state iniciado no segundo pós-guerra ofereceu diversas medidas com vistas à regulação do mercado de trabalho (entre elas) as aposentadorias contributivas de não contributivas; a proibição do trabalho infantil; o impedimento do trabalho de imigrantes sem autorização de permanência; a licença maternidade remunerada para mulheres; microcrédito para autônomos e microempreendedores; os salários indiretos (apoio à mobilidade, refeição e riscos); regras que estabelecem cotas de contratação das pessoas com deficiência por parte dos empregadores; a proteção contra a demissão sem justa causa; existência de jornada de trabalho máxima; etc.” (GUERRA, 2017, p. 51).

Ocorre do período pós duas grandes guerras mundiais o surgimento das políticas, especialmente na área da saúde, estruturadas de duas formas: o modelo alemão bismarckiano e o modelo inglês beveridgiano.

No governo alemão do chanceler Otto Von Bismarck, em 1883 foi constituído um sistema previdenciário conhecido como sistema de seguridade social, organizado em forma de caixa de seguros, com financiamento de empregadores e empregados e gerenciado exclusivamente pelo Estado.

Já o plano inglês Beveridge, pelo Lord Beveridge, difere do modelo bismarckiano - o acesso é para todos, com o princípio da universalização da proteção e seguridade social.

No caso brasileiro, o capitalismo industrial foi tardio e somente por meio da lei Eloy Chaves foram criadas as caixas de aposentadorias e pensões, restritas a algumas atividades.

O modelo brasileiro, portanto, é híbrido, sendo que em particular para previdência utiliza o modelo alemão, com direitos derivados e dependentes do trabalho, para a saúde o modelo inglês, que aplica a universalidade com acesso garantido a todos e seletivos na assistência social. Destacam-se a Previdência Rural e o seguro-desemprego: “A previdência social rural constitui-se num dos principais direitos sociais alcançados pelos trabalhadores e trabalhadoras rurais e em uma das mais efetivas políticas públicas que chega ao campo brasileiro. Fruto de uma histórica e intensa luta desde o início da década de 1960, a proteção previdenciária só foi efetivamente alcançada pelos trabalhadores e trabalhadoras do campo com a Lei Complementar n.º 11/71.

A principal mudança ocorreu com a Constituição Federal de 1988, que incluiu os trabalhadores e as trabalhadoras rurais no Regime Geral de Previdência Social, tendo como suporte para a manutenção de seus direitos o sistema de seguridade social com sua diversificada base de financiamento. Depois foi aplicado o princípio da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, por meio das Leis 8.212 e 8.213, promulgadas em 1991, gerando um conjunto

de decretos e atos normativos que inovaram e alteraram os direitos previdenciários vigentes” (CONTAG, 2017, p.4).

Na Constituição de 1988, o artigo 194 traz as diretrizes que devem orientar as políticas de previdência, saúde e assistência social: universalidade na cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, diversidade do financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração e equidade no custeio.

Na ordem jurídica pátria, o direito à saúde possui correlação com a dignidade da pessoa humana e com o direito à vida, encontrando-se expressamente consagrado como direito fundamental social do artigo 6º da Constituição de 1988.

Percebe-se, portanto, que o Brasil adotou o *Welfare State* como paradigma de sua ambição constitucional, sendo preceito fundamental e princípio positivado que organiza as atuações estatais.

Para Ingo Sarlet, em que pese a previsão no artigo 6º, o direito à saúde encontra sua concretização de maneira mais efetiva no artigo 196 da CF/1988, ao estabelecer-se a necessidade de uma regulamentação normativa infraconstitucional, assegurando que tal direito, além de pertencer a todos, impõe aos poderes públicos o dever de promoção de políticas sociais e econômicas que busque a diminuição do risco de doenças e de outros agravos, bem como a permissão de acesso universal e igualitário às ações e prestações que lhes digam respeito.

O SUS foi criado a partir de um debate democrático. Apesar disso, as atividades de democratização não devem permanecer apenas em sua criação, mas devem estar presentes no dia a dia. Para credenciar isso, foram criados os Conselhos e Conferências de Saúde, com o objetivo de formular estratégias, supervisionar e avaliar a aplicação da execução das políticas de saúde (SANTOS, 2017).

Os Conselhos de Saúde existem nos três níveis de governo, de forma permanente e com composição paritária (metade representa usuários do SUS e os demais prestadores de serviços, gestores e profissionais de saúde). Estes foram criados por lei na respectiva esfera de governo, onde foram definidas a composição e as características de seu funcionamento. Além de garantir a participação da população no sistema, cabe aos Conselhos a fiscalização dos gastos e o controle da aplicação dos recursos destinados à saúde.

A cobertura universal é o acesso de todas as pessoas, em um estado ou país, a intervenções essenciais de saúde. Essas intervenções podem ser preventivas, terapêuticas ou reabilitadoras e devem ser selecionadas em termos de eficácia (SANTOS, 2017). Seguindo esse princípio, o SUS garante o acesso à saúde para todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características pessoais ou sociais.

A saúde é concebida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Nesse nível, a equidade se concentra na ideia de que todos os indivíduos de uma sociedade devem ter uma oportunidade justa de desenvolver todo o seu potencial de saúde (WENDHAUSEN, 2016).

No entanto, alguns fatores determinantes, como as condições de vida definidas por fatores socioeconômicos e variações biológicas naturais, fazem com que os escassos recursos para a saúde não atendam de forma eficiente e com cobertura suficiente para atender a todas as necessidades de saúde da população (LIMA; MACHADO, 2014).

Existem dois parâmetros de equidade que a distinguem da noção de igualdade: a economia e a justiça. O econômico refere-se a uma distribuição mais eficiente dos recursos e a justiça à correção da igualdade dos elementos (condições de vida, exposição a fatores de risco), para legitimar que a equidade produz efeitos igualitários.

O princípio da integridade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. No SUS, esse princípio garante ao usuário um cuidado que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema (WENDHAUSEN, 2016).

Nessa perspectiva, o orçamento assistencial está centrado no indivíduo, na família e na comunidade e não no corte de ações voltadas para as doenças. A integridade pressupõe uma articulação da saúde com outras políticas públicas, de modo a garantir a intersetorialidade entre as diferentes áreas que impactam na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (LIMA, 2014). O SUS pressupõe uma atenção integral aos usuários em todo o processo de cuidado e atenção no sistema.

O acesso ao SUS é universal, mas exige a entrada regulamentada dos pacientes em sua rede de atendimento. As portas do sistema e a integridade do cuidado são pautadas por normas técnicas, protocolos de conduta, recursos

financeiros e planejamento epidemiológico, para todos aqueles que desejam acessá-lo. O poder público regula o nível de integração científica e técnica dos cuidados.

Uma das diretrizes do SUS, a descentralização tem sua aplicação através do financiamento a cargo das três esferas de governo e a execução de serviços por conta dos municípios. Esse processo de descentralização no Brasil envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a municipal. Ao longo da década de 1990, foi verificada uma grande aceitação dos municípios pela municipalização, a qual pode ser explicada pelo interesse em aumentar a renda orçamentária de suas receitas, o que é perceptível quando, no ano de 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Procurando promover um desenvolvimento eficiente da saúde dentro do ambiente nacional, alguns estudiosos consideram que as micro intervenções funcionam como um direcionamento às principais necessidades, carências ou dificuldades enfrentadas pelo setor para promover uma saúde de qualidade para os cidadãos.

Dessa forma, ao longo do trabalho serão abordadas três das micro intervenções que mais tem sido observadas dentro do ambiente nacional e gerados grandes impactos no ambiente da saúde. São elas: acolhimento da demanda espontânea e programada (ressaltando a importância de se aplicar os procedimentos de saúde para todas as pessoas, independentemente da programação realizada tanto pela organização como pelo profissional), atenção à saúde das crianças (são diversos os casos de problemas de saúde envolvendo crianças, sendo dessa forma necessário um acompanhamento mais próximo e aprofundado das principais doenças que estão alcançando as crianças), crescimento e desenvolvimento (buscando promover uma ampliação dos programas de saúde aplicados dentro da rotina social, assim como promover pesquisas voltadas para um aperfeiçoamento dos processos realizados pelas organizações de saúde), controle das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária da saúde (realizar estudos e pesquisas sobre as principais doenças crônicas que estão presentes dentro da sociedade, identificando quais processos podem ser aplicados para conceder uma maior estabilidade aos cidadãos que se encontram com esse quadro clínico).

Historicamente, o Brasil nunca foi protagonista significativo na oferta e/ou financiamento da atenção ambulatorial. Prestadores privados, modernos e tradicionais, bem como prestadores informais, têm sido protagonistas dominantes no mercado de saúde. Enquanto a saúde pré-colonial ainda estava em grande parte dentro do domínio das transações, o estabelecimento da medicina moderna durante o período colonial gradualmente a moveu na direção da mercantilização. Hoje, o sistema de saúde é dominado pela medicina moderna e os cuidados de saúde disponíveis em grande parte como uma mercadoria (BARRETO, 2019).

2.4 Do financiamento municipal do SUS

Conforme já dito acima, a história sócio-econômica brasileira e da luta social para a previsão constituinte do Welfare State justifica o modelo de financiamento estatal da saúde pública. Em linhas gerais, o Estado se apropria, por meio de impostos, de parte da riqueza gerada pela sociedade, visando a criação de um fundo público o qual, a um só tempo, sustenta o próprio capitalismo em período de crise e integra as classes dominadas por intermédios das políticas sociais com a finalidade do bem estar social amplo.

A gestão da saúde pública no país com alta demanda social e histórico de permanente desigualdade econômica no vasto território apresenta, naturalmente, diversos desafios norteados pela busca de ascensão de seus indicadores, por meio da implantação e implementação de políticas públicas de saúde de qualidade.

Nos últimos 30 anos, em especial, após a promulgação da Constituição de 1988, ocorreram avanços significativos para o fortalecimento das ações do Estado, garantindo o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) à população brasileira.

Sob o enfoque do financiamento de ações estatais voltadas à área da saúde, vale lembrar que o Brasil é um país que adotou o modelo federativo. O federalismo brasileiro é singular, uma vez que se trata de federalismo cooperativo, ou seja, possui como característica a submissão ao interesse de todos os entes federativos com personalidade jurídica e regramento próprio, diferente do federalismo competitivo estadunidense.

No âmbito constitucional da saúde, em que pese a existência de definições de algumas competências, é certo que pela característica intraestatal, o financiamento e

execução do SUS é de responsabilidade concomitante de todos os entes federativos, o que significa dizer que o federalismo brasileiro, devido a sua singularidade, possui os municípios como entes federativos de notória autonomia, sendo que sua plenitude, no que se trata ao financiamento e execução da saúde pública, é incomum no que se refere ao direito comparado.

A constituinte, no pêndulo contrário à centralização dos tempos ditatoriais, adotou a corrente da municipalização autárquica, em que o município recebe a incumbência de ofertar os serviços de saúde e, concomitantemente, financiá-lo com piso constitucional mínimo.

Parte da doutrina aborda a deficiência desse federalismo no tocante à dificuldade orçamentária dos municípios. Segundo dados disponibilizados pela FIRJAN, no seu anuário Índice Firjan de Gestão Fiscal (IFGF), considerando dados do exercício fiscal de 2015, diagnostica 87,4% dos municípios brasileiros em situação fiscal difícil ou crítica.

Entre os motivos elencados para a situação delicada dos municípios, destaque para alto gasto com pessoal, dificuldade em gerir e arrecadar seus impostos próprios, além da alta dependência de transferências governamentais de outros entes federativos, como União e estados.

No âmbito tributário, há concentração de receitas tributárias na União com alta concentração de poder normativo no Governo Federal, que contribui com menos de 50% dos gastos do SUS e concentra o poder normativo que exerce por meio de milhares de portarias.

Historicamente e atualmente, a União (Governo Central), é o principal financiador da saúde pública no Brasil, sendo responsável por metade dos gastos. No nível federal, as políticas nacionais são formuladas e sua implementação é realizada por seus parceiros - estados, municípios, organizações não governamentais e setor privado (BARROS, 2013).

Cada bloco de financiamento tem seus próprios regulamentos. Por exemplo, os medicamentos utilizados na atenção básica são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde; os medicamentos utilizados nos programas específicos são obtidos pelo Ministério da Saúde e distribuídos às secretarias; como os medicamentos de alto custo e o tratamento crônico são adquiridos pelas secretarias de saúde, o Sindicato reembolsa aproximadamente 80% após comprovada a entrega ao paciente (CARVALHO, 2018).

O financiamento do SUS é garantido por uma reforma da Constituição, aprovada no ano 2000, que garantiu as fontes de alocação de recursos para a saúde. Até 2007, as quatro principais fontes de financiamento dos recursos federais eram o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira, a Contribuição para o Financiamento da Previdência Social, os recursos ordinários e o imposto sobre o lucro das pessoas jurídicas. A principal fonte de financiamento dos estados e municípios são os respectivos orçamentos fiscais (BARROS, 2013).

A melhoria alcançada pelo SUS é atribuída à aplicação de um complexo sistema de relações intergovernamentais. As atribuições e responsabilidades de cada nível são basicamente segregadas pelo poder legislativo do Ministério da Saúde (gestor federal), enquanto a prestação das ações de atenção primária à saúde é de atribuição exclusiva dos órgãos municipais de saúde (gestor local). O financiamento e a prestação de procedimentos de média e alta complexidade são de responsabilidade das três camadas; no caso de procedimentos de média e alta complexidade, pode haver a participação do prestador privado (HENNIGAN, 2010).

O SUS pressupõe atendimento universal e integral ao cidadão, mesmo no caso de residentes de uma jurisdição que não oferece alguns dos tipos de serviços de saúde. Assim, pela descentralização e hierarquização, as ações e serviços de saúde de menor complexidade são disponibilizados aos usuários em unidades de saúde mais próximas de suas residências. Os procedimentos especializados ou mais complexos são alcançados por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores dos sistemas de saúde (local, estadual e federal); isso cria um fluxo de pacientes e recursos, que varia de acordo com a capacidade de cada município em realizar procedimentos de média ou alta complexidade.

3. MAUÁ: HISTÓRIA, GEOGRAFIA E ORÇAMENTO

A história do município de Mauá remete seu início às expedições lusitanas no interior do território brasileiro com a fundação da Vila de Santo André por João Ramalho. O ponto de virada histórica no tocante à ocupação local é a fundação da Igreja da Nossa Senhora do Pilar no território do atual município de Ribeirão Pires.

Puntschart (2012) afirma que o nome “Mauá” faz alusão à zona portuária do Rio de Janeiro em que Irineu Evangelista de Souza, o Barão de Mauá, desenvolveu o empreendimento da Estrada de Ferro Santos-Jundiaí.

O Barão de Mauá investiu na aquisição de terras no território mauaense, entre eles a fazenda Bocaina. Atualmente, o Museu Municipal de Mauá está localizado na casa que foi do então Barão na referida fazenda. Com a pequena ocupação local consolidada em virtude da capela, o aumento gradual da população ocorre principalmente após o desenvolvimento econômico trazido no século XIX pela “São Paulo Railway”, companhia que construiu a Estrada de Ferro Santos-Jundiaí, instituída em 1856.

O pequeno vilarejo, que ainda recebia o nome de Pilar, pertencia inicialmente ao Município de São Bernardo do Campo e foi denominado Distrito de Mauá em 1934. Depois, foi transferido ao município de Santo André, permanecendo até 1953. A Lei Orgânica dos Municípios, de 18 de outubro de 1947, disciplinava que, para um território se instituir como município, haveria necessidade de que sua população fosse superior a 4 mil habitantes e arrecadação que superasse 200 mil cruzeiros anuais.

Naquele período, Mauá já superava os 9 mil habitantes e a arrecadação era estimada em Cr\$ 3.269.500,00 (três milhões, duzentos e sessenta e nove mil e quinhentos cruzeiros). A criação do município de Mauá ocorreu em 30 de dezembro de 1953, através da Lei Estadual nº 2.456, embora a cidade comemore seu aniversário no calendário oficial na data de 08 de dezembro. Em 3 de novembro de 1954 foi realizada a primeira eleição para os cargos do legislativo e do executivo no município.

3.1 Geografia e demografia da saúde de Mauá

O município de Mauá possui uma área de 61.909 m² e uma população de 417.064 habitantes, segundo os dados do IBGE (2010). Em que pese o IBGE não ter feito Senso Oficial em 2020, o instituto projeta que atualmente a população de Mauá seja de 481.725¹⁸.

A formação geográfica mauaense é, em boa parte, de morros e picos íngremes, típicos da Serra do Mar que, posteriormente, foram ocupados de forma desordenada, trazendo complicações na instituição de políticas urbanas. Mauá integra a região do Grande ABC, composta também pelos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.

O município, assim como outras cidades da região metropolitana de São Paulo, passou por um crescimento populacional vertiginoso conforme tabela 1:

Tabela 1: Demonstrativo de crescimento populacional

Ano	População Geral	Percentual de crescimento populacional
1940	4973	
1950	9472	90%
1960	28924	205%
1970	102188	253%
1980	205817	101%
1990	294631	43%
2000	363392	23%
2010	417064	15%

Fonte: IBGE (2022)

A taxa de crescimento populacional mauaense é de 14,83% no período de 2000 e 2010. Os municípios que fazem fronteira com Mauá são: Santo André, Ferraz de Vasconcelos, Ribeirão Pires e São Paulo.

¹⁸ Estimativas da População Residente no Brasil e Unidade da Federação com data de referência em 1° de julho de 2021. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf

No que tange ao “ABC Paulista”, Mauá é o terceiro município mais populoso, sendo o décimo em relação aos municípios do Estado de São Paulo. Na tabela do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Mauá tem índice de 0,781 classificado como alto e acima da média nacional, mas antepenúltimo, se comparado aos demais municípios que compõem as sete cidades do Grande ABC, ficando a frente apenas de Rio Grande da Serra (0,741) e Diadema (0,757) - (FUNDAÇÃO SEADE, 2000).

Esse índice será melhor tratado no decorrer desta dissertação, uma vez que será demonstrado a dependência dos municípios vizinhos, em especial de Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra no que se refere aos equipamentos públicos de saúde. Mesmo com o crescimento desordenado e considerável número de residências precárias em favelas, Mauá apresenta elevado número no tocante ao saneamento básico.

De acordo com o IBGE, 90,7% de domicílios mauaenses possuem esgotamento sanitário adequado, ficando na posição de 411 de 5570 no ranking de municípios do Brasil, estando acima da média nacional. No Relatório SNIS – Sistema Nacional de Saneamento Básico de 2014 – Mauá figura na posição de 47º dos 100 maiores municípios no que diz respeito ao índice de coleta e tratamento de esgoto sanitário.

Quanto ao perfil socioeconômico, 35% da população mauaense possui rendimento nominal mensal *per capita* de até meio salário mínimo, o que indica a necessidade da presença estatal em políticas públicas. A economia é impulsionada principalmente pelo Polo Petroquímico de Capuava e pelo Polo Industrial de Sertãozinho. Atualmente, a fusão de quatro empresas da região trouxe ao polo a maior empresa do setor no país, a Quattor, colocando Mauá em posição de destaque por ter empresas petroquímicas entre as cinco maiores e mais competitivas mundialmente (FUNDAÇÃO SEADE, 2000).

Somado a outros motivos de cunho empreendedor, a economia alcançou o 62º - maior PIB na relação dos municípios brasileiros (IBGE, 2010).

3.2 Sistema de saúde pública municipal

Na saúde pública, a taxa de mortalidade infantil de Mauá é de 10.02 para 1.000 nascidos vivos, ficando na posição 311 de 645 municípios do Estado de São Paulo.

Mauá possui 30 estabelecimentos de saúde pública, sendo o mais importante o Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini, na Vila Bocaina.

Os estabelecimentos são assim divididos: 02 hospitais gerais – 01 hospital de administração pública e 01 hospital filantrópico conveniado; 23 Centros/Unidades Básicas (UBS); 12 estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial – 07 Clínicas/Ambulatórios especializados, 03 Centros de Atenção Psicossocial; 16 estabelecimentos de urgência e emergência – 04 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 12 Unidades Móveis de nível pré-hospitalar; 04 estabelecimentos de gestão em saúde – 03 Centrais de regulação e a Secretaria Municipal de Saúde; 02 estabelecimentos de Vigilância em Saúde.

O Hospital Nardini tem 11.978 m² e conta com 177 leitos cadastrados no Ministério da Saúde; é referência em partos de alto risco e possui 20 leitos de UTI, sendo destaque no atendimento na região metropolitana, em especial, na microrregião de Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. A próxima tabela traz um panorama de Mauá em relação aos demais municípios do Grande ABC.

Tabela 2: Indicadores socioeconômicos e demográficos por município da Região de Saúde Grande ABC

Município	População	Densidade Demográfica	IDH-M	PIB per capita (R\$)	Renda mensal per capita (R\$)	Cobertura por planos de saúde
Mauá	468.148	6.741,0	0,766	35.251,59	583,61	39,0%
Diadema	420.934	12.537,0	0,757	32.097,86	564,99	40,9%
Ribeirão Pires	122.607	1.140,7	0,784	25.002,17	726,35	45,6%
Rio Grande da Serra	50.241	1.210,0	0,749	12.365,16	487,07	28,2%
Santo André	716.109	3.848,0	0,815	38.408,12	1.021,51	57,5%
São Bernardo do Campo	833.240	1.869,4	0,805	53.998,54	944,67	52,3%
São Caetano do Sul	160.275	9.736,0	0,862	82.199,69	1.578,74	61,6%
Região de Saúde – Grande ABC	2.771,554	3.031,6	-	-	-	49,1%

Fonte: IBGE (2019)

Mauá possui um índice de 0,5 leitos SUS por mil habitantes - o penúltimo índice do Grande ABC e abaixo do Estado de São Paulo. Ao incluir os leitos hospitalares da rede privada, Mauá permaneceu com a menor oferta de leitos da região, com 1,1 leitos por mil habitantes, fatos discriminados na tabela 3.

A título de comparação, Diadema, cidade com mesmo perfil econômico e social de Mauá, possui Hospital Municipal com disponibilização de 212 leitos. Contudo, possui Hospital Estadual com 267 leitos¹⁹, o que praticamente duplica a oferta de leitos.

Tabela 3: Recursos hospitalares totais e público (SUS), índice de leitos hospitalares por habitante população total, por município da Região da Grande ABC

Município	Hospitais de administração pública	Nº de leitos (SUS)	Nº de leitos (SUS) por mil habitantes	Número de leitos	Nº de leitos por mil habitantes
Mauá	1	225	0,5	478	1,1
Diadema	4	487	1,6	584	1,8
Ribeirão Pires	1	51	0,4	176	1,4
Rio Grande da Serra	-	-	-	-	-
Santo André	4	729	1,3	1.804	2,8
São Bernardo do Campo	6	691	0,9	1.827	2,3
São Caetano do Sul	2	412	1,3	842	5,3
Região Grande ABC	19	2.397	0,9	5.711	2,1

Fonte: IBGE (2019)

Verifica-se, ainda, que o repasse estadual ao município de Diadema em 2021 foi de R\$ 5.444.771,48²⁰ (cinco milhões, quatrocentos e quarenta e quatro mil, setecentos e setenta e um reais e quarenta e oito centavos), semelhante ao repasse

¹⁹Disponível em: <https://painel.tce.sp.gov.br/pentaho/api/repos/%3Apublic%3ApainelSaude%3ApainelSaude.wcdf/generatedContent?userid=anony&password=zero>

²⁰ Disponível em: https://www.cmdiadema.sp.gov.br/cidadao/audiencia_publica/ap-2021-05-26-saude-anexo.pdf

realizado à Mauá no valor R\$ 5.877.458,17(cinco milhões oitocentos e setenta e sete mil quatrocentos e cinquenta e oito reais e dezessete reais²¹.

Contudo, importante reforçar que naquele município existe equipamento estadual de grande porte que dobra número de leitos de internação, além de toda a gama de serviços de saúde, o que exemplifica um subfinanciamento estadual e excessiva oneração do tesouro municipal, uma vez que Diadema, com perfil sócio econômico semelhante ao de Mauá, não está inserido em micro-região.

Há necessidade de separar a população coberta e não coberta por planos de saúde para verificar a demanda da saúde pública pela municipalidade, conforme tabela 4.

Tabela 4: índice de leitos hospitalares SUS e privado pela população SUS dependente e com cobertura por planos privados de saúde, por município da Região da Grande ABC

Município	Nº de leitos (SUS)	Nº de leitos (SUS) por mil hab. s/ cobertura de plano	Nº de leitos (privado)	Nº de leitos por mil hab. c/ cobertura de plano de saúde
Mauá	225	0,8	253	1,4
Diadema	487	2,0	97	0,6
Ribeirão Pires	51	0,8	125	2,2
Rio Grande da Serra	-	-	-	-
Santo André	729	2,4	1.075	2,6
São Bernardo do Campo	691	1,7	1.136	2,6
São Caetano do Sul	214	3,5	628	6,4
Região Grande ABC	2.397	1,7	3.314	2,4

Fonte: IBGE (2019)

Para a população que utilizava exclusivamente o SUS em Mauá, o índice foi de 0,8 leitos por mil habitantes e a população coberta por planos de saúde contava com 1,4 leitos, mantendo-se ainda com o menor índice da região.

Ressalta-se que o índice acima tratado tem um caráter ainda pior no tocante à rede hospitalar pública de gestão municipal mauaense. O Hospital Nardini é

²¹ Disponível em: <https://www.transparencia.tce.sp.gov.br/municipio/maua/2021>

referência de média complexidade de uma microrregião de saúde dentro do Grande ABC, que engloba dois outros municípios – Rio Grande da Serra e Ribeirão Pires, um em que não há recursos hospitalares e o outro que apresentava o mesmo índice de Mauá.

Todas as cidades do Grande ABC custeiam a saúde em percentuais acima do mínimo esperado pela Lei Federal n.º 141 de 2012, que é 15% da arrecadação municipal. A tabela 5 demonstra que o município, antes da pandemia, tem segundo menor gasto público com saúde *per capita* da região.

Tabela 5: Gasto público com saúde e gasto público de orçamento municipal total e *per capita* por município da Região do Grande ABC

Município	Gasto público com saúde (R\$)	Gasto público com saúde por capita (R\$)	Gasto municipal (R\$)	Gasto municipal com saúde per capita (R\$)	% das receitas dos municípios com gastos em saúde
Mauá	290.838.174	621	164.744.563	352	22,7
Diadema	398.945.807	948	303.331.937	721	37,7
Ribeirão Pires	92.266.956	753	62.464.027	509	29,2
Rio Grande da Serra	20.227.325	403	11.085.142	221	20,1
Santo André	561.698.886	784	427.884.226	598	26,3
São Bernardo do Campo	894.328.434	1.073	517.443.234	621	22,0
São Caetano do Sul	367.785.772	2.295	323.394.436	2.018	31,8

Fonte: IBGE (2019)

O referido índice demonstra a insuficiência do aporte dos recursos do tesouro municipal, mas aliando o fato de que o município arca com tratamento de média e alta complexidade de habitantes dos municípios vizinhos, ou seja, o caráter regional e não municipal do equipamento público - há possibilidade de se auferir que pelo princípio da descentralização, o ente federativo estadual não repassa recursos suficientes para o atendimento.

Na análise do orçamento estadual no início da década, verifica-se que as despesas com pessoal e encargos sociais, quando comparados aos demais gastos,

não apresentaram participação alta, representando 25,86%, 24,46% e 25,58% em 2010, 2011 e 2012, respectivamente.

O marco temporal acima definido foi a guinada do governo estadual em despendar recursos com as Organizações Sociais de Saúde (OSSs) e, ao mesmo tempo, assegurar que a despesa com pessoal permaneça no limite máximo exigido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), isto é, 60% da receita corrente líquida.

O mesmo fenômeno ocorre em Mauá, que desde 2010 adota modelo de gestão terceirizada à OSS Fundação do ABC. A Fundação do ABC foi instituída pelos municípios de Santo André, São Bernardo e São Caetano e atualmente é qualificada como Organização Social de Saúde e entidade filantrópica e assistência social.

Criada como mantenedora da Faculdade de Medicina do ABC, a Fundação do ABC se consolidou como OSS e mantém contratos de gestão com Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Mauá, Guarulhos, Itatiba, Itapevi, Sorocaba, São Paulo (capital) e Mogi das Cruzes, bem como a gestão de equipamentos do governo estadual paulista²².

O início do contrato de gestão 01/2015 com a Fundação do ABC ocorreu em fevereiro do exercício de 2015, com a proposta de unificar os dois contratos anteriores, sendo criado o Complexo de Saúde (COSAM), uma espécie de filial de sua mantenedora.

Abrange os estabelecimentos e serviços da rede Hospitalar, de Urgência e Emergência, Atenção Básica, Atenção Especializada, Proteção da Saúde e Vigilâncias e Farmácia Popular. O contrato de gestão nº 01/2015 disciplina que todas as unidades e serviços de saúde do município já abordados, são objetos do contrato, incluindo o Complexo de Regulação Municipal.

Em que pese o contrato ter efetivado o controle dos equipamentos públicos, a manutenção, ampliação e reforma desses espaços é de responsabilidade da prefeitura municipal. Em outras palavras, além dos dispêndios mensais no contrato de gestão, o município precisa arcar com a manutenção dos equipamentos, ressaltando a necessidade de análise do financiamento do SUS.

²² Histórico – Fundação do ABC. Disponível em: <https://fuabc.org.br/quem-somos/historico/> Acesso em: 20 jun. 2022

3.2.1 Características dos municípios vizinhos

O panorama da região vizinha caracterizou-se por uma tendência crescente da pobreza, a presença de desigualdades econômicas dentro dos municípios e o comércio desigual, bem como a perda de liderança dos processos políticos, situações concomitantes quando todos traçaram um horizonte sombrio para poder cumprir a meta de saúde para todos.

Os sistemas locais constituem áreas territoriais delimitadas, nas quais se combinam recursos setoriais, extrasetoriais e locais, em interação com a população neles assentada, para promover e atender a saúde com base na estratégia de atenção primária. Nos sistemas locais de saúde, todas as ações destinadas a estimular e fortalecer os processos de participação social são particularmente importantes, uma vez que o apoio coletivo à saúde é um fator primordial. Nos municípios vizinhos, o sistema de saúde é representado por um pequeno espaço, que atingiu um alto grau de organização e funcionalidade, com a adoção da estrutura político-administrativa.

Os sistemas locais de saúde, independentemente de estarem localizados em um território, não representam um simples espaço geográfico; é também um espaço demográfico, epidemiológico, tecnológico, econômico, social e, sobretudo, político, inserido numa totalidade histórica onde, por um lado, as unidades produtoras de serviços e, por outro, a população com as suas diferentes necessidades e possibilidades são articuladas.

Diferentes textos e pesquisas documentaram exemplos de aplicações bem-sucedidas com resultados positivos na saúde das localidades dessa estrutura tático-operativa. Não obstante, a análise das publicações e os documentos disponíveis sugerem que, como muitas outras estratégias ou táticas operacionais - como foi chamada, foi útil em muitos lugares, exigiu esforços do sistema da Saúde. Contudo, houve lugares onde não teve o apoio das autoridades políticas em alguns casos e, em outros, as mudanças estruturais não se estabilizaram.

3.3 Planejamento participativo de saúde local

Uma aplicação ou forma de participação social está no campo do planejamento, e este por sua vez é mais efetivo quando ocorre em nível local; as

tendências desse processo estão atreladas a outros grandes processos que são as reformas dos estados e dos sistemas de saúde. Essas abordagens modernas ocorreram na maioria dos municípios da região nas últimas décadas, mudanças nas estruturas e operações setoriais, como descentralização, autonomia institucional jurídico-administrativa, novas formas de financiamento, ênfase no controle e recuperação de custos e desenho de pacotes básicos de atenção à saúde, criam a necessidade de identificar, analisar e reduzir desigualdades em saúde.

Para desenvolver a saúde no nível local, a tomada de decisão deve ser descentralizada, de modo que a estrutura de poder existente seja modificada e que a tomada de decisão não fique apenas na delegação de funções com alto grau de dependência das estruturas centrais dos organismos, no caso particular, que ocupa os organismos centrais do setor da saúde.

E, para que essa descentralização dê frutos, a localidade deve ter a possibilidade de poder decidir sobre suas prioridades, definir as ações, ter os recursos e o financiamento, a partir da participação direta dos beneficiários em todo o processo que implica cumprir as metas de saúde propostas.

Apesar de nos últimos anos ter havido um forte movimento que privilegia o conceito de planejamento local participativo, havia uma proposta de planejamento participativo que propunha a incorporação da população na organização e execução das atividades de saúde como forma reativa ao método que havia ganhado força e que se originava das ciências e instituições econômicas, quando aplicado ao planejamento em saúde levava a considerar o planejador como alguém sem qualquer relação de interesses, nem com o sistema que planeja, nem com o todo social.

No entanto, a proposta mais operativa do ponto de vista da participação social é representada pela Gestão Estratégica como ferramenta de trabalho para os governos locais; neste espaço municipal é onde se identificam problemas e se buscam soluções. Há, assim, uma tríade insubstituível para atingir os objetivos de saúde de uma localidade.

3.3.1 Conselho Municipal de Mauá

O Conselho Municipal de Saúde - CMS, é um órgão de instância colegiada e de caráter permanente e deliberativo, instituído pela Lei Municipal nº 4.923/13,

integrante da estrutura básica da Secretaria de Saúde do Município de Mauá, conforme determinação do art. 198, inciso III, da Constituição Federal, e das Leis Orgânicas do SUS nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

O CMS/MAUÁ, conforme o disposto no art. 8º da Lei Municipal nº 4.923/13, com funções de caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, tem como objetivo estabelecer, acompanhar e avaliar a Política Municipal de Saúde e efetivar a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, constituindo-se no órgão colegiado por ele responsável.

O CMS/MAUÁ possui 32 (trinta e dois) membros e composição tripartite, com representação dos usuários, trabalhadores da saúde e instituições participantes do SUS, prestadores de serviços públicos e privados e instituições de ensino da área da saúde.

A participação dos usuários é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos com representação no CMS/MAUÁ, da seguinte forma: 50% (cinquenta por cento) ou 16 (dezesseis) membros representantes dos usuários; 25% (vinte e cinco por cento) ou 8 (oito) membros representantes dos trabalhadores da saúde; 25% (vinte e cinco por cento) ou 8 (oito) membros representantes institucionais, do governo, de prestadores de serviços, públicos e privados, e instituições de ensino da área da saúde.

O segmento dos usuários com 16 (dezesseis) titulares e 16 (dezesseis) suplentes tem representação fracionada da seguinte forma: a) 8 (oito) representantes de usuários dos Conselhos Gestores de Unidade de Saúde de base territorial; b) 4 (quatro) representantes de usuários dos Conselhos Gestores de Unidade de Saúde; c) 2 (dois) representantes sindicais; d) 2 (dois) representantes de associações de moradores, entidades dos aposentados e da 3ª idade e portadores de patologias ou deficiências;

Já o segmento de trabalhadores de saúde com 8 (oito) titulares e 8 (oito) suplentes possui a representação proporcional dividida em 4 (quatro) representantes de trabalhadores de Conselhos Gestores de Unidade de Saúde; 3 (três) representantes dos Sindicatos e Associações dos Servidores Públicos e Autárquicos de Mauá; 1 (um) representante de entidades sindicais de trabalhadores do setor privado da saúde ou de entidades de classe de categorias da saúde.

Por fim, o segmento de representantes institucionais, governo, prestadores de serviços, públicos e privados e instituições de ensino da área da saúde com 8 (oito)

titulares e 8 (oito) suplentes, possui representação de 4 (quatro) membros da Secretaria de Saúde; 1 (um) representante do Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini; 2 (dois) representantes dos prestadores de serviços, públicos e privados, de saúde; 1 (um) representante de instituições de ensino da área da saúde.

O mandato dos conselheiros do CMS/MAUÁ é de 02 (dois) anos, admitida uma recondução.

3.3.2 Avaliação dos municípios sobre o SUS

A participação da comunidade é parte fundamental do SUS e é garantida por uma rede de mais de 5.000 Conselhos Municipais de Saúde, 27 Conselhos Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, do qual participam mais de 100.000 voluntários.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do SUS em cada uma das três esferas de governo e fazem parte da estrutura básica do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Existem também conselhos regionais, locais e distritais (BRASIL, 2009).

Os Conselhos de Saúde participam da formulação e proposição de estratégias, controle da execução das políticas de saúde, decisões sobre alocação de recursos, construção de equipamentos e implementação de programas de saúde. Nos Conselhos de Saúde há representantes da comunidade (50% dos membros), do governo, prestadores e gestores dos serviços de saúde (25%) e dos trabalhadores da saúde (25%). O seu presidente é eleito em assembleia plenária (MARINHO, 2016).

Os Conselhos de Saúde orientam o debate sobre saúde e funcionamento do SUS a partir das Conferências Nacionais de Saúde, que reúnem centenas de milhares de pessoas em eventos municipais e estaduais. A primeira foi realizada em 1941 e, a partir de 1986, deixaram de ser apenas fóruns de discussões técnicas para incluir uma visão política de saúde pública.

3.3.3 Considerações em relação à questão do financiamento da saúde

O problema do financiamento da saúde pode ser caracterizado através de três questões principais: quanto deve ser gasto em saúde, de onde devem vir os recursos e como alocar recursos. Sendo assim, o quanto deve ser gasto em saúde, tem sido uma das maiores preocupações da economia da saúde e motivou uma variedade de estudos. Há uma série de variáveis a serem consideradas para se chegar a uma resposta adequada e estão relacionadas aos níveis de saúde da população, aos modelos dos sistemas de saúde e ao tamanho da economia.

Que proporção dos gastos com saúde deve ser alocada para hospitais e serviços de saúde? Até poucos anos atrás, o planejamento e a programação dos recursos de saúde eram orientados por modelos regulatórios que estabeleciam padrões para a oferta de serviços.

De acordo com esses modelos, foi possível estabelecer quantos médicos deveria haver por leito hospitalar, quantos pacientes – ou potenciais usuários – por médico e serviço, etc., através do qual não foi difícil estabelecer os níveis adequados de gastos hospitalares para um país, uma província ou município.

Posteriormente, vários fatores enfraqueceram esse modelo normativo de programação de recursos. Em primeiro lugar, a inovação tecnológica aumentou notavelmente a produtividade dos recursos físicos e humanos. Por outro lado, a composição da demanda por serviços está em constante mudança. Dentro do subsetor de saúde pública, a proporção dos gastos em saúde alocados ao financiamento de serviços depende, pelo menos:

- a) da oferta de serviços
- b) da composição das ações

A oferta de serviços, obviamente, uma maior capacidade instalada, implica em uma maior despesa operacional do setor. Em todo o mundo, os hospitais consomem uma parte muito significativa dos orçamentos da saúde. Uma das falhas de mercado é a demanda induzida, que em nível hospitalar demonstrou que o crescimento hospitalar gera aumentos na demanda pelos serviços prestados por tais instituições, de tal forma que, à medida que as províncias aumentam a sua oferta hospitalar, são obrigadas a destinar uma maior proporção do seu orçamento de saúde à sua manutenção. Por esse motivo, há uma forte tendência global de evitar a ampliação da oferta de infraestrutura hospitalar pública.

Em composição das ações, os gastos com saúde também são função do perfil de produção dos estabelecimentos. A falta de planejamento adequado das redes assistenciais tem levado à distorção dos perfis assistenciais dos estabelecimentos no país. Por um lado, o sistema de referência e contrarreferência foi diluído.

Os estabelecimentos de menor nível de complexidade perderam a capacidade de drenar pacientes dos estabelecimentos de nível superior. Isso pode ser atribuído tanto a uma baixa taxa de resolução, quanto a mudanças na demanda da população, que em muitos casos é capaz de percorrer vários quilômetros e suportar longas esperas para ser atendida em centros de maior hierarquia.

Em relação de onde devem vir os recursos, as alternativas que se abrem em relação às possíveis fontes de financiamento são: a) recursos do tesouro público; b) cobrança direta por cobrança aos usuários (copagamento ou bilhete moderador) e c) cobrança direta por cobrança a terceiros.

O financiamento dos serviços públicos de saúde por meio de recursos orçamentários justifica-se na medida em que os bens e serviços prestados constituem bens públicos ou meritórios. Infelizmente, no Brasil, dos mais de R\$ 700 bilhões gastos por ano com saúde, são destinados menos da metade para o SUS, conforme apresenta a figura 4 e, mesmo com toda a soma das despesas do governo federal, juntando municípios e estados, não chega a metade dos recursos que são gastos com a saúde²³.

Figura 4: Gastos da saúde



Fonte: Levi; Peres (2020).

Mas, com esse argumento, fica muito difícil justificar que nos maiores estabelecimentos das grandes cidades, uma parte das despesas de internação seja

²³ LEVI, M. L.; PERES, U. D. Público e Privado, dois modelos em disputa no Sistema de Saúde brasileiro. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/publico-e-privado-dois-modelos-em-disputa-no-sistema-de-saude-brasileiro/> Acesso em: 03 ago. 2022

destinada ao atendimento de acidentados de alto nível socioeconômico e até mesmo à realização de cirurgias estéticas.

Na maioria dos casos, os hospitais privados são financiados por terceiros pagadores. A expansão dos seguros de saúde públicos e privados tem sustentado o crescimento da frota hospitalar em quase todo o mundo. No entanto, a dependência de pagamentos de terceiros às vezes pode ser uma faca de dois gumes. Como já foi referido, o mercado tende para o oligopsônio e isso introduz riscos como a possibilidade de as seguradoras atrasarem os pagamentos por muito tempo ou decidirem unilateralmente reduzir os preços.

Um caminho amplamente seguido pelos maiores hospitais privados tem sido buscar a integração vertical a montante, desenvolvendo seus próprios planos de saúde pré-pagos. Em outros casos, a integração vertical é realizada a jusante; é quando uma seguradora de saúde desenvolve seu próprio centro médico ao invés de contratar a prestação com outras já existentes.

Por fim, vale analisar o peso da cobrança direta dos usuários. O maior argumento a favor dessa fonte é a facilidade de cobrança do serviço sem a necessidade de intermediários ou trâmites burocráticos. O maior argumento contra ela reside em sua alta regressividade e nas dificuldades em estabelecer mecanismos de isenção para os mais carentes.

No entanto, para que isso aconteça, é requisito que a arrecadação e a destinação dos recursos sejam coordenadas e regulamentadas pelos órgãos públicos. A cobrança por meio de entidades terceirizadas, como fundações e cooperativas, representa o risco de desvio de recursos ou de destinação a itens e funções que não atendem às prioridades de saúde.

Já, como alocar os recursos, tradicionalmente, distinguem-se duas grandes modalidades de alocação (subsídio de oferta e subsídio de demanda), mas nas últimas duas décadas ganhou peso uma terceira modalidade, na qual o financiamento é orientado para resultados. A forma mais tradicional de financiamento dos serviços de saúde é chamada de subsídio à oferta.

Na Argentina esta modalidade tem sido chamada de orçamento global. O conceito difere muito de seu significado europeu, pois em nosso país se refere a um modelo muito rígido, onde cada hospital tem um valor fixo por item, rubrica ou categoria de despesa, que em geral não está vinculado a nenhum tipo de produção e as autoridades do estabelecimento não têm poderes para realocar itens.

Em contraste, o termo 'orçamento global' é frequentemente usado para referir-se a um modelo prospectivo, ou seja, onde critérios rígidos são utilizados para programar o gasto global do estabelecimento com base em metas de produção, mas a administração do serviço pode realocar recursos entre os itens.

As vantagens do financiamento pelo lado da oferta são o que facilitam o planejamento vertical e dão às autoridades centrais de saúde o máximo controle sobre a oferta de recursos, permitindo que sua alocação esteja relacionada às prioridades de saúde. Suas desvantagens estão ligadas a todas as limitações da centralização administrativa.

O modelo mais extremo de orçamentação centralizada é a chamada orçamentação bolsista, onde não há discriminação de recursos por estabelecimento, mas simplesmente por rubrica. Outra desvantagem dessa modalidade é que ela estimula o incrementalismo, ou seja, a tendência de os recursos serem orçados todos os anos com base no ano anterior.

Em reação a essas fragilidades, desde meados da década de 1980 foram incorporadas modalidades de subsídio à demanda onde o conceito é "deixe o dinheiro seguir o paciente". A proposta consiste em fortalecer o papel do Estado como comprador antes de reformar o financiamento global dos sistemas. Avanços nos sistemas de pagamento de fornecedores foram promovidos e, ao mesmo tempo, permitiram esse desenvolvimento, facilitando a substituição do financiamento da oferta pelo financiamento da demanda. A suposição é que a concorrência no setor público pode ser simulada, eliminando o financiamento por meio de orçamentos históricos e incrementais e substituindo-o por mecanismos de distribuição vinculados às atividades (produção).

Nos últimos anos, prosperou uma modalidade de alocação de recursos centrada em contratos ou acordos que buscam vincular recursos ao desempenho. Em outras palavras, trata-se de estabelecer um vínculo contratual entre o prestador e o financiador que envolva o cumprimento de determinados objetivos. Em termos financeiros, é a aplicação de um modelo de orçamento global prospectivo para financiar a implementação de um determinado programa de saúde. Assim, existem dois modelos de contrato:

Os compromissos de gestão ou contratos de programa são mais uma ferramenta de programação do que contratual, através da qual são explicitados os critérios de política, responsabilidades e mecanismos de alocação de recursos entre

os ministérios e os serviços de saúde. Se as autoridades ministeriais forem renovadas ou a política mudar, o contrato programado pode ser cancelado sem inconvenientes para as autoridades centrais.

Os contratos de gestão são instrumentos jurídicos, cujo incumprimento por uma das partes pode dar origem a reclamações judiciais da outra. O modelo de contrato estabelece anualmente o tipo de serviço a ser prestado, a alocação e transferência de recursos, bem como os indicadores de desempenho que devem ser avaliados.

Desta forma, são definidos os mecanismos de delegação de autoridade e responsabilidades, permitindo a avaliação e supervisão do que foi delegado. Os resultados e os indicadores de gestão passam a ser as variáveis determinantes para a alocação de recursos. Esses indicadores podem incluir taxas de atividade, metas de crescimento e/ou avaliações de desempenho.

Um dos processos mais importantes de construção e definição deste instrumento é a análise dos aspectos de qualidade dos serviços de saúde e a relevância dos indicadores correspondentes. A modalidade de sua implementação é participativa, envolvendo um jogo de poder em sua negociação, uma vez que os serviços de saúde definem sua missão, objetivos e necessidades financeiras em conjunto com os ministérios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicam que os gastos territoriais em saúde tiveram como principal destino financiar a atenção da população filiada ao regime subsidiado, enquanto uma pequena proporção foi usada para apoiar as ações de promoção, prevenção e investimento na rede hospitalar pública. Em outras palavras, as despesas de investimento em saúde que as entidades territoriais realizaram com recursos públicos tinham uma abordagem curativa e não preventiva, além de pouca orientação para a modernização dos hospitais públicos.

Portanto, é necessário que o esquema de gastos seja mais equilibrado, de tal forma que possa melhorar o estado de saúde dos brasileiros e a qualidade dos serviços de atendimento, sem gerar um maior nível de gastos, assumindo que cada categoria de despesa é eficaz em seu propósito. Apesar de que os recursos

destinados às ações de promoção e prevenção e de investimento na rede hospitalar pública foram baixos, estes aumentaram o período estudado.

De acordo com o exposto, nota-se uma possível ineficiência na alocação de recursos em ações de saúde pública e gestão de suprimentos público hospitalar. Esses inconvenientes persistiram desde o início da década de 90, apesar das reformas introduzidas para corrigi-los, fortalecendo a descentralização administrativa e promovendo a gestão recursos eficientes.

Assim, no campo da saúde pública, recomenda-se: (i) fortalecer a capacidade técnica das entidades territoriais, especialmente dos municípios; (ii) alinhar dentro do mesmo objetivo o componente de promoção e prevenção; (iii) definir competências claras entre os diferentes atores, limitando a sobrecarga, duplicidade e ambiguidade de funções e (iv) vincular a distribuição de recursos ao alcance de metas setores de acordo com os ODM e critérios de base.

Do lado da oferta hospitalar pública, recomenda-se: (i) dar prioridade à modernização dos hospitais públicos por meio do investimento em tecnologias custo-benefício, a renovação de equipamentos e o fornecimento de talento humano adequado e treinado para sua gestão; (ii) promover e incentivar a adoção de boas práticas de negócios dentro de cada provedor; (iii) melhorar a capacidade das instalações e a infraestrutura de atendimento dessas instituições com base em padrões internacionais e critérios básicos, e, finalmente, (iv) associar o alocação de recursos, do plano bienal de investimentos, para avançar em termos de eficiência e qualidade na prestação de serviços.

Portanto, o Estado deve definir se a cobertura total e a equalização dos planos vão continuar sustentando-se em grande parte das contribuições da Nação, e o que é mais importante: determinar se pode, a partir do orçamento geral, manter esta linha.

Por fim, na análise discricionária dos números e dos dados da saúde pública mauaense, fica evidenciado o caráter regionalizado da rede pública no município.

Tal caráter se contrapõe ao aporte orçamentário e financeiro dos entes federados, onerando, a princípio, o tesouro municipal que, diante das características geográficas para o atendimento do SUS, ultrapassa o piso constitucional encadeado à saúde pública, contudo, carecendo ainda de melhores índices no atendimento.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. O ultrapresidencialismo estadual. In: Andrade RC, organizadores. **Processo de Governo no Município e no Estado**. São Paulo: EDUSP; 2018.

ARAÚJO.E.C; CECÍLIO. L. C. O. **Políticas Públicas no Brasil: SUS e Pactos Pela Saúde**, Módulo Gestor; Especialização em Saúde Familiar; pag.27-47, 2010.

BARRETO, M. L. **Impacto do Programa Saúde da Família na mortalidade infantil em municípios brasileiros**. Am J Saúde Pública, 2019; 99(1): 87-93.

BARROS, E. **Financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento dos gastos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.

BENEVIDES, R. P. S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor**. Brasília, DF: Ipea; 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Trabalho e redes de saúde: Valorização dos trabalhadores da saúde (2ª Ed). Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Tecnologia da Informação do SUS: Sistema de Informação Hospitalar SUS**. Brasília: DATASUS; 2009.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 1), 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2018.

BRASIL. **Ministério da Educação, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**. Produção científica brasileira é a 15ª em todo o mundo. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Ministério da Educação, 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde, Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização**. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. - Brasília: Secretaria Executiva, 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Regionalização Solidária e Cooperativa (Série Pactos pela Saúde 2016, v. 3. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática, 2016.

BRASIL. IPEA. **BRASIL EM DESENVOLVIMENTO 2014: ESTADO, PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS.**

CAÇÃO, Eugenio Gonzalez. **Avaliação da Demanda de Atendimentos Emergenciais no Pronto Socorro da Cidade de Cubatão e o Direito Constitucional à Saúde.** Dissertação de Mestrado. Santos, UNISANTA, 2019.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad . Saúde Públ., v . 23, n. 2, p . 399-407, fev. 2007.

CARVALHO, G. **Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88.** Tempus Atas de Saúde Coletiva 2018;2(1):39-51.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil. Participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 2015.

DEMO, P. **Cuidado metodológico:** Signo crucial da qualidade. Sociedade e Estado, Brasília - DF: v. 17, n° 2, p. 333-348, jul/dez 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.unb.br/index.php/estado/article/view/3730>. Acessado em: 2 ago 2022.

DUARTE, C. M. R. **Equidade na legislação:** um princípio do sistema de saúde brasileiro?. Cienc Saúde Coletiva. 2010; 5(2): 443-63.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia.** São Paulo – SP: ed. Saraiva, 5. ed.,2016.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 °ed. São Paulo –SP: Atlas, 2018.

HENNIGAN, T. **O sucesso econômico ameaça as aspirações do sistema público de saúde do Brasil.** BMJ 2010;341:c5453.

LABRA E. **Conselhos de saúde:** dilemas, avanços e desafios. In: Lima N et al. (ogs) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

LIMA, L. D, MACHADO, C. V. **A gestão do Sistema Único de Saúde:** características e tendências. No Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

MARINHO, M. **Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família na mortalidade infantil no Brasil, 1990-2002.** J Epidemiol Community Health 2016; 60:13-19.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 8° ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MACINKO J, *et al.*, **Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002.** J Epidemiol Community Health 2016

MARQUES, RM, MENDES, A. **A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008.** Econ Soc. 2012;21(2),345-62.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F., GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** Petrópolis, R.J.: Vozes, 2016.

OLIVEIRA, NA. Participação nos Conselhos Municipais de Saúde nos municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes. **Divulgação em Saúde para Debate.** 2018;43(6):48-61.

PIOLA, S. F. **Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012.** Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 1990. 2017.

RIBEIRO, LM; VIEIRA, TA; NAKA, KS. Síndrome de burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19. 2020. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health | ISSN 2178-2091. REAS/EJCH | Vol.12(11) | e5021 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5021.2020>.**

SANTOS, L. O SUS não é uma farmácia pública. **Revista do Movimento Democrático do Ministério Público.** 2017; 4(13): 30-31.

SANTOS, IS, VIEIRA, FS. **Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional.** Cienc Saude Coletiva. 2018;23(7):2303-14.

SENA, R. R; SILVA, K. L. A enfermagem como parceira solidária do Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1792-1796, Dec. 2011.

SILVA, Rafael Vieira Braga da; et al. Do Elo ao Laço: **O agente comunitário de saúde na construção da integralidade em saúde.** In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni (orgs). Cuidado as fronteiras da integralidade. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2015. p. 75 - 90.

SOUSA, F. M. **A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde.** Tempus, Acts de Saúde colet, Brasília; v. 8, n. 1, p. 11-16, mar, 2014.

SOARES, A. **O subfinanciamento da saúde no Brasil: uma política de Estado.** (tese). Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312960> Acesso em: 20 jun. 2022

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal.** Saúde em Debate, v. 40, p. 204-218, 2016.

VIEIRA, FS, BENEVIDES, RPS. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília, DF: Ipea; 2016.

WENDHAUSEN, AL. **Relações de poder e democracia em conselhos de saúde no Brasil:** um estudo de caso. Rev Esp Saúde Pública. 2016; 80(6): 697-704.