

O DIREITO À SAÚDE: EQÜIDADE *VERSUS* ALTA COMPLEXIDADE

THE LAW TO HEALTH: EQUITY VERSUS HIGH COMPLEXITY

Sandra Maciel-Lima

Mestrado em Direito Empresarial e Cidadania do Unicuritiba

Miguel Kfourì Neto

Mestrado em Direito Empresarial e Cidadania do Unicuritiba

RESUMO

O direito à saúde no Brasil iniciou suas conquistas com o Movimento da Reforma Sanitária em 1988 e com a definição na Constituição Federal relativa ao setor saúde. O artigo 196 da Constituição Federal conceitua que *a saúde é direito de todos e dever do Estado*, propondo a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo uma grande mudança da situação vigente na época. A universalidade, por sua vez, é condição fundamental para a equidade, entendida como igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais. Discutir a equidade significa considerar a diferença, a diversidade, a pluralidade da condição humana. No bojo dessa discussão, o presente artigo visa discutir a equidade no contexto da gestão do SUS, buscando verificar se esse conceito aparece nos serviços de alta complexidade. Utilizando-se a pesquisa bibliográfica conclui-se que a prioridade nas transferências de recursos para os procedimentos de alta complexidade no SUS, indica uma proximidade com o conceito de equidade na saúde, na medida em que esses recursos estarão atendendo, não somente a classe média, mas toda a população que necessite.

Palavras-chave: Direito à Saúde; SUS; Equidade; Financiamento.

ABSTRACT

The Law to health in Brazil began its achievements with the Health Reform Movement in 1988 and with the definition in the Constitution relating to the health sector. Article 196 of the Constitution defines that health is everyone's law and duty of the state, proposing the universality of coverage of the Unified Health System (SUS), constituting a major change in the situation prevailing at the time. Universality, in turn, is a prerequisite for equity, understood as equality of opportunity in the use of health services for equal needs. Discuss equity means considering the difference, diversity, plurality of the human condition. In the midst of this discussion, this article aims to discuss fairness in the context of NHS management, seeking to verify if this concept appears in the services of high complexity. Using the literature concludes that the priority in transfers of resources to high-complexity procedures in SUS, indicates a closeness with the concept of health equity to the extent that these resources will be attending, not only the middle class but all people in need.

Keywords: Law to Health; SUS; Equity; Financing.

INTRODUÇÃO

O tema da equidade vem sendo abordado por vários autores no âmbito das políticas públicas de saúde, visando, por meio da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), encontrar saídas para melhorar as condições de saúde da população brasileira. Um debate complexo primeiro, pela dificuldade na escolha do conceito de equidade mais apropriado para o campo da saúde e, segundo, pelo próprio contexto histórico da situação socioeconômica e cultural brasileira.

O presente artigo não visa discutir a operacionalização das diretrizes constitucionais de descentralização e de participação social para a organização e gestão do SUS, mas discutir a equidade no contexto da gestão do Sistema Único de Saúde, buscando verificar se esse conceito aparece nos serviços de alta complexidade. Assim, entender o significado de equidade na saúde é fundamental para a presente discussão. Como afirma Lucchese (2003, p. 441), “encontrar a interpretação do conceito de equidade mais adequada ao campo de atuação em saúde para então operacionalizá-la em tarefas de gestão do sistema orientadas à redução de desigualdades é um grande desafio”.

Autores como Lucchese (2003), Viana, Fausto e Lima (2003) e Escorel (2001), fazem referência à discussão presente na literatura internacional, que vem adotando como ponto de partida para novas definições do termo equidade, o conceito desenvolvido por Whitehead (1990) em seu trabalho intitulado “*The concepts and principles of equity in health*”. Para Whitehead (1990, p.7) “equidade implica que idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial, se isso puder ser evitado¹”. Ou ainda, que iniquidades em saúde “referem-se às diferenças desnecessárias e inevitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis²” (WHITEHEAD, 1990, p. 5).

Na opinião de Chetre (2000, s/p), “equidade sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas necessidades de saúde e que o nível de saúde observado entre pessoas diferentes não deve ser influenciado por fatores além do seu controle³”. Nesse sentido, a iniquidade ocorre quando diferentes grupos têm acesso diferenciado a serviços de saúde ou diferenças nas condições de saúde.

¹ “Equity in health implies that ideally everyone should have a fair opportunity to attain their full health potential and no one should be disadvantaged from achieving this potential if it can be avoided”.

² “It refers to differences which are unnecessary and avoidable but, in addition, are also considered unfair and unjust”.

³ “Equity suggests that different people should have access to sufficient health resources for their health needs and that the level of health that is observed among different people is not influenced by factors beyond their control”.

Assim, a equidade é “a introdução da diferença no espaço da igualdade e é parte do processo histórico de lutas sociais que conformam em diversos contextos (tempo e espaço) padrões de cidadania diferenciados”. Uma cidadania ampliada “na medida em que, ao contrário dos direitos individuais civis e políticos, exigem a intervenção do Estado e incorporam novos princípios ao desenvolvimento de padrões de cidadania” (SCOREL, 2001, p.2-3).

Os princípios da igualdade e da universalidade na saúde tendem à homogeneização e acabam por diluir as diferenças, prejudicando os cidadãos menos favorecidos. No entanto, quando se introduz na discussão a equidade, no sentido de considerar a diferença, possibilitamos a incorporação da diversidade, da pluralidade da condição humana, no contexto das políticas sociais. É possível, entretanto, aproximar os conceitos de igualdade e equidade, pois ambos “partem do princípio que a humanidade é diversa, plural, que os seres humanos diferem entre si em suas personalidades, identidades e necessidades” (SCOREL, 2001, p.5).

Incorporar a equidade no contexto da igualdade é para Scorel (2001), um avanço no contexto das lutas sociais e das discussões sobre cidadania, no entanto, é preciso ficar atento para a exacerbação do termo “cidadanias diferenciadas”, pois corre-se o risco de ressaltar a inferiorização, a desqualificação dos mais pobres.

Sendo assim, a primeira parte do presente trabalho apresenta discussão sobre os dilemas presentes entre os conceitos de justiça, eficiência e equidade. Para tanto, busca-se referencial teórico em Bustelo (1994), Figueiredo (1997), Travassos (1997), Coelho (1998), Vita (1999) e, principalmente, na discussão sobre “justiça como equidade” desenvolvida por John Rawls (2002). Na segunda parte, discute-se a universalidade e a integralidade no SUS, evidenciando-se os desafios da universalidade e do financiamento público em saúde. Na sequência, busca-se verificar a presença do conceito de equidade no serviço de alta complexidade do SUS por meio de dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS), pelos estudos do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), pelo DATASUS, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pelos resultados do PNAD (2003) apresentados por Travassos (2005) e pela pesquisa coordenada por Vianna (2005). Por fim, conclui-se, por meio dos dados apresentados, que nos procedimentos de alta complexidade o SUS aproxima-se mais dos princípios de universalidade no atendimento e integralidade no acesso, pois está atingindo praticamente a totalidade da população. A prioridade nas transferências de recursos para os procedimentos de alta complexidade no SUS indica uma

proximidade com o conceito de equidade na saúde, na medida em que esses recursos estarão atendendo, não somente a classe média, mas toda a população que necessite.

1 DESIGUALDADE VERSUS EQUIDADE

Bustelo (1994), em seu texto “Hood Robin: Ajuste e equidade na América Latina” apresenta algumas reflexões sobre os ajustes e as reformas econômicas, o aumento da pobreza e da desigualdade social, no período da década de 1980. Utilizando-se de dados de diferentes pesquisas (Banco Mundial, Cepal e outros), conclui que, nesse período, se acentuaram as disparidades de renda, a pobreza aumentou, sobretudo nas áreas urbanas; a população mais pobre sofreu perda maior de sua renda, em contrapartida os mais ricos melhoraram a renda em números absolutos. Quanto aos gastos sociais, constatou-se que houve uma diminuição em percentuais significativos, reduzindo a despesa real per capita em saúde, educação e seguridade social⁴.

A equidade é segundo Bustelo (1994), o ponto político, social e econômico mais delicado na agenda latino-americana. Equacionar a equidade com a eficiência implica evitar o aumento das distâncias sociais, pois os equilíbrios macrossociais são tão importantes quanto os equilíbrios macroeconômicos. Para o autor é importante abrir e ampliar os espaços de integração social nos quais se reconciliem as complementaridades entre a equidade e a eficácia. Então, para melhorar a equidade, além de requerer o crescimento, requer políticas sociais que atuem sobre a distribuição da renda e da riqueza e não apenas políticas de combate, as que configuram as metas “brandas” – metas relacionadas à tecnologia simples e de baixo custo, porém de alto impacto, como é o caso da morbi-mortalidade infantil. Portanto, falar em equidade implica falar de uma política social e econômica mais eficiente, proporcionando uma maior cobertura, integração e qualidade dos serviços e políticas públicas.

No entanto, uma das grandes dificuldades em se definir uma distribuição social adequada de recursos na área de saúde é conciliar justiça e eficiência (COELHO, 1998). Dilemas entre justiça e eficiência repetem-se quando se procura estabelecer prioridades nas políticas de saúde. Por um lado, “afirmar o princípio da eficiência significa negar socorro ao mais necessitado ou discriminar certas categorias de indivíduos, o que é injusto e bárbaro”, por outro lado, “afirmar princípios de justiça pode (...) significar que recursos que

⁴ Rocha (2005) aponta que o gasto social no Brasil – que inclui a totalidade dos gastos da previdência, da saúde, da educação – equivale à cerca de 20% do PIB.

provavelmente salvariam determinados pacientes serão consumidos por outros sem que resultem para estes últimos em benefícios significativos ou duradouros” (COELHO, 1998, p. 115).

No entendimento de Figueiredo (1997), a distribuição com base no critério da necessidade gera um resultado mais igualitário. No entanto, distribuir de acordo com necessidade requer uma alocação diferenciada de recursos, pois as necessidades são diferentes. Os sistemas de seguridade social são, em geral, mistos com ênfase maior no mérito ou na necessidade. Ao mesmo tempo em que garantem acesso a todos, distribuem de forma a contemplar as necessidades, por meio de regras de seletividade e, o mérito, por meio da manutenção do vínculo entre benefício e contribuição. Eis, novamente, o dilema.

Para Rawls (2002, p. 7), não é possível avaliar uma concepção da justiça unicamente por seu papel distributivo, é preciso levar em conta suas conexões mais amplas, “pois embora a justiça tenha uma certa prioridade (...), ainda é verdade que, em condições iguais, uma concepção de justiça é preferível a outra quando suas conseqüências mais amplas são mais desejáveis”. Os princípios da justiça social, na teoria de Rawls, fornecem um modo de atribuir direitos e deveres nas instituições básicas da sociedade e definem a distribuição apropriada dos benefícios e encargos da cooperação social.

Rawls (2002, p. 64) trabalha com dois princípios de justiça:

Primeiro: cada pessoa deve ter um direito igual ao mais abrangente sistema de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdades para as outras. Segundo: as desigualdades sociais e econômicas devem ser ordenadas de tal modo que sejam ao mesmo tempo (a) consideradas como vantajosas para todos dentro dos limites do razoável, e (b) vinculadas a posições e cargos acessíveis a todos (grifos meus).

Para o autor, todos os valores sociais devem ser distribuídos igualmente a não ser que uma distribuição desigual de um ou de todos esses valores traga vantagens para todos. Nessa visão, a injustiça se constitui de desigualdades que não beneficiam a todos.

Rawls apresenta três princípios distintos de acordo com os quais a distribuição de benefícios sociais e econômicos poderia ocorrer: a liberdade natural, a igualdade liberal de oportunidades e a igualdade democrática.

O sistema de liberdade natural defende que um complexo institucional justo será aquele que combinar uma economia competitiva de mercado com uma igualdade formal (ou legal) de oportunidades.

O princípio de igualdade liberal de oportunidades visa assegurar um ponto de partida igual para aqueles que têm talentos e capacidades semelhantes e estão similarmente motivados a empregá-los. O que se exige são instituições e políticas que tenham por objetivo

neutralizar, tanto quanto possível, as contingências sociais e culturais que condicionam as perspectivas que cada pessoa tem de cultivar seus próprios talentos. Na opinião de Vita (1999), para os que têm sentimentos igualitários a desigualdade social fundada em diferenças de talento e qualificação é ainda mais odiosa do que as desigualdades de renda e de riqueza consideradas em si mesmas.

A igualdade democrática requer que os ricos abram mão de tirar proveito das circunstâncias sociais e naturais que os beneficiam, a não ser que o benefício se estenda também aos pobres.

Na discussão de uma justiça eqüitativa, Rawls adota a interpretação da igualdade democrática como a mais indicada e utiliza o princípio da diferença como solução para enfrentar as arbitrariedades das políticas sociais. O princípio da diferença afirma que “não importa o quanto a situação de cada pessoa seja melhorada; do ponto de vista do princípio da diferença, não há ganho algum a não ser que o outro também ganhe⁵” (RAWLS, 2002, p. 80). Na interpretação de Vita (1999), só são moralmente legítimas as desigualdades sociais e econômicas estabelecidas para melhorar a sorte daqueles que se encontram na posição inferior da escala de quinhões distributivos.

Percebe-se que o autor aposta na eqüidade para aparar os feitos negativos da desigualdade.

No entanto, a forma como se dá a distribuição de recursos sociais ainda é um dilema. Um dilema que se repete quando se procura estabelecer prioridades nas políticas de saúde (COELHO, 1998).

Há um consenso de que a eficiência dos sistemas públicos de saúde depende de uma alocação equilibrada dos recursos entre seus diversos setores. No entendimento do CONASS (2006, p. 85), “problemas complexos como os da Saúde exigem soluções complexas e sistêmicas”. Portanto, é preciso equilibrar as ações e os investimentos do sistema de saúde nos níveis de baixa, média e alta complexidade. Veremos mais adiante que isso não ocorre. A

⁵ Na perspectiva de Rawls, o princípio da diferença considera a desigualdade justificável apenas se a diferença de expectativas for vantajosa para os mais pobres. Ao aplicar esse princípio deve-se distinguir entre dois casos. O primeiro caso é aquele em que as expectativas dos mais pobres estão de fato maximizadas. Nenhuma mudança nas expectativas dos mais ricos pode neste caso, melhorar a situação dos mais pobres. O segundo caso é aquele em que as expectativas de todos os mais ricos de qualquer forma contribuem para o bem-estar dos mais pobres. Ou seja, se as suas expectativas fossem diminuídas as expectativas dos pobres cairiam da mesma forma. No entanto, um esquema desses é injusto quando uma ou mais das maiores expectativas são excessivas. Se essas expectativas fossem diminuídas, a situação dos mais pobres seria melhorada. A medida da injustiça de um ordenamento depende de quão excessivas são as expectativas mais altas e da extensão em que sua realização depende da violação dos outros princípios de justiça, por exemplo, a igualdade eqüitativa de oportunidades (RAWLS, 2002).

tendência dos investimentos do Ministério da Saúde (MS) não é de equilíbrio entre os três níveis, e sim de prioridade dos investimentos em alta complexidade.

2 SUS: UNIVERSALIZAÇÃO E INTEGRALIDADE EM ANÁLISE

A seção de saúde da Constituição Federal de 1988 e as Leis n. 8.080 e 8.142 de 1990 constituem as bases jurídicas do SUS. A criação do Sistema Único incorpora grandes demandas do movimento sanitário, tais como:

a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; a saúde como direito de todos e dever do Estado; a relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (CONASS, 2006, p. 25).

O SUS, segundo dados do CONASS (2006), organiza-se por meio de uma rede diversificada de serviços, que envolve cerca de 6 mil hospitais, com mais de 440 mil leitos contratados e 63 mil unidades ambulatoriais. São 26 mil equipes de saúde da família, 215 mil agentes comunitários e 13 mil equipes de saúde bucal prestando serviços de atenção primária em mais de 5 mil municípios brasileiros. Anualmente o SUS contabiliza 12 milhões de internações hospitalares, mais de 1 bilhão de procedimentos em atenção primária à saúde, 150 milhões de consultas médicas, 2 milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão de tomografias computadorizadas, 9 milhões de exames de ultra-sonografia, 140 milhões de doses de vacina, mais de 15 mil transplantes de órgãos, entre outros.

Apesar desses números, o SUS ainda tem grandes desafios a superar, dentre eles, o desafio da universalidade e o desafio do financiamento.

2.1 OS DESAFIOS DA UNIVERSALIDADE

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios do SUS, previsto na Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 2007), assim como a integralidade na assistência; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população, entre outros.

A universalidade no acesso aos serviços de saúde é, portanto, condição fundamental para a equidade (TRAVASSOS, 1997). Na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais⁶. Definição que, de forma humilde, admite a complexidade no campo da saúde.

Para Mendes (1995) a universalização da saúde consagrada na Constituição de 1988 tinha como pretensão a inclusão de todos nos benefícios do sistema público de saúde, no entanto, a expansão da universalização do sistema de saúde veio acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente a queda na qualidade dos serviços públicos que acaba por expulsar do subsistema público segmentos sociais de camadas médias, absorvidos pelo subsistema privado. Nesse sentido, o mandamento constitucional é reinterpretado na prática social não como um universalismo inclusivo, mas como um universalismo excludente que garante a incorporação ao sistema público de segmentos mais pobres. Cria-se para clientela distintas, diversas modalidades assistenciais, tornando o sistema público mais uma modalidade assistencial para pobres. Entretanto, os segmentos sociais expulsos não são totalmente excluídos do sistema público porque continuam a depender dos serviços de alta complexidade, com alto custos, que normalmente não são cobertos pelo sistema médico privado.

Falar em igualdade no acesso aos serviços de saúde, ou ainda, na igualdade de oportunidade para necessidades iguais, sem avaliar as desigualdades nas condições socioeconômicas dos indivíduos é permanecer na obscuridade. Nesse sentido, Travassos (1997) alerta para a importância em considerar que os custos incorridos no consumo de serviços de saúde incluem, também, custos de transporte, de espera para o atendimento, de aquisição de medicamentos etc. Esses tendem a ser, proporcionalmente à renda, maiores para os grupos de menor renda, que geralmente vivem em áreas onde a disponibilidade de serviços é menor dificultando o acesso. Não há igualdade no acesso à saúde, há sim desigualdade, diferença; uma realidade que reflete as desigualdades sociais.

Nas palavras de Travassos (1997, s/p.):

As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer.

⁶ O termo equidade não consta no texto da Constituição Brasileira de 1988, aparece na 8ª Conferência – Princípio da Reforma Sanitária.

Na prática, a maioria dos países apresenta sistemas mistos de equidade. No Brasil, o SUS vem se consolidando como parte de um sistema segmentado que incorpora dois outros subsistemas relevantes, o Sistema de Saúde Suplementar (sistema privado de assistência à saúde) e o Sistema de Desembolso Direto (serviços de saúde adquiridos em prestadoras privadas mediante gastos diretos dos bolsos das pessoas). Isso se dá, por várias razões, “especialmente pelas dificuldades de se criarem as bases materiais para a garantia do direito constitucional da universalização” e pelo fato do SUS se estruturar para responder demandas dos setores mais pobres da população e demandas setorializadas, especialmente dos serviços de maiores custos, da população integrada economicamente (CONASS, 2006, p. 50).

Na definição do CONASS (2006), sistemas públicos universais caracterizam-se por ofertar a todos os cidadãos uma carteira bastante ampla, independentemente de gênero, idade, renda ou risco, com financiamento público. Os sistemas segmentados, por sua vez, caracterizam-se por segregar diferentes clientelas em nichos institucionais singulares. Nesse caso, os sistemas público e privado são complementares, visto que atendem, mais ou menos amplamente, a clientelas distintas.

A Tabela 1 apresenta a composição relativa dos usuários do SUS, reforçando a característica de um sistema de saúde segmentado. Esses dados foram obtidos pelo CONASS (2003) em pesquisa realizada para saber a opinião dos brasileiros sobre o SUS. Foram entrevistadas 3200 pessoas distribuídas proporcionalmente em cinco grandes regiões. Observa-se que 28,6% dos brasileiros pesquisados são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são usuários não exclusivos e 8,7% são não-usuários.

Pode-se afirmar, então, que 61,5% dos brasileiros utilizam-se também do sistema privado e que 8,7% são usuários exclusivos dos sistemas privados.

TABELA 1 – PERCENTUAIS DE USUÁRIOS EXCLUSIVOS, NÃO EXCLUSIVOS E NÃO-USUÁRIOS DO SUS

CATEGORIAS	USUÁRIO SUS EXCLUSIVO	USUÁRIO SUS NÃO EXCLUSIVO	NÃO-USUÁRIO SUS
GERAL	28,6	61,5	8,7
REGIÃO GEOGRÁFICA			
CENTRO-OESTE	20,6	69,2	8,5
NORDESTE	25,6	67,1	5,0
NORTE	31,9	64,2	3,4
SUDESTE	29,6	57,7	11,8
SUL	33,0	57,6	8,7
PARTE DO MUNICÍPIO			
CAPITAL	30,1	55,7	13,0
INTERIOR	27,6	65,2	5,9
ZONA RESIDENCIAL			
URBANA	28,3	61,0	9,8
RURAL	29,9	63,6	3,9

FONTE: CONASS (2003). Adaptação dos autores.

A mesma pesquisa identificou os diferentes graus de complexidade dos serviços utilizados. Os resultados são apresentados na Tabela 2. Dos 86,8% do total de usuários considerados exclusivos e compartilhados SUS, somente 5,8% dos pesquisados utilizaram serviços de alta complexidade do SUS, enquanto 98% utilizaram os serviços de atenção básica.

TABELA 2 – TIPOS DE SERVIÇO DO SUS UTILIZADOS NOS ANOS DE 2001 A 2003 – Em %

TIPOS DE USUÁRIOS	GERAL	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL
	86,8	86,0	89,1	92,7	85,0	85,5
Usuário de atenção básica	98,0	97,7	97,9	97,8	98,1	98,1
Usuário de atenção média complexidade	81,9	82,8	79,1	77,3	84,8	80,9
Usuário de pronto atendimento	43,7	48,5	41,6	35,1	47,1	39,9
Usuário de atenção hospitalar	40,6	42,7	44,6	40,5	38,7	38,0
Usuário de atenção de alta complexidade	5,8	6,4	4,0	3,0	6,9	7,2

FONTE: Adaptado de CONASS, 2003.

Percebe-se que há uma concentração maior na demanda por serviços de atenção básica e de média complexidade. Enquanto que, um percentual pequeno, 5,8% no geral, busca serviços de alta complexidade.

2.2 OS DESAFIOS DO FINANCIAMENTO

O desafio do financiamento da Saúde no Brasil, segundo o CONASS (2006), pode ser analisado sob vários aspectos. O mais comum é o da insuficiência dos recursos financeiros

para se construir um sistema público universal. Nesse aspecto, o desafio está em, não só, aumentar os investimentos, mas, também, melhorar a qualidade desse investimento.

De acordo com Carvalho (2007, s/p.), no Brasil,

mais de 30% da população vive em estado de pobreza (renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo), e os gastos das famílias com habitação, alimentação e transportes têm, em média, uma participação superior a 82% no total das suas despesas, não incluídos aí os gastos com saúde, equivalentes a 5,35% do total.

No entendimento de Travassos (1997), uma situação mais igualitária no sistema de saúde brasileiro depende de maior disponibilidade de recursos financeiros para o setor, além de um melhor uso dos já existentes com a implementação de uma política redistributiva na alocação de recursos entre as esferas de governo e organização da rede local de serviços de saúde para garantir uma melhor distribuição espacial desses serviços, adequando a oferta às necessidades dos diversos grupos populacionais.

Na Constituição de 1988 ficou estabelecido que a responsabilidade do financiamento seria compartilhada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. O SUS contava também com o Orçamento da Seguridade Social – OSS, destinado ao financiamento das áreas de Previdência Social, Saúde e Assistência Social e que estava apoiado na arrecadação das Contribuições Sociais. A Constituição previa, no entanto, somente a participação da União, que deveria destinar 30%, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o desemprego, para o setor de saúde (BRASIL, 2005).

Apesar da previsão legal, até o ano de 1993, esse volume de recursos não chegou a ser efetivado. Nesse ano instaurou-se uma crise no financiamento com a interrupção dos repasses de recursos arrecadados pelo OSS. O MS assumiu o financiamento contraindo empréstimos junto ao Fundo de Amparo do Trabalhador – FAT, pagos nos anos de 1997 e 1998. Na busca por soluções, criou-se a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira⁷ (CPMF), uma contribuição vinculada à saúde e baseadas na movimentação financeira. Dois anos depois, ela perdeu a sua exclusividade para a saúde, embora tenha sido prorrogada “após intensos debates legislativos” (CARVALHO, 2007). Somente em 2000, e após um processo de negociação no Congresso, a Emenda Constitucional 29 – EC 29 estabeleceu a vinculação de recursos para ações e serviços públicos de saúde para União, Estados e Municípios. Para a União, o limite mínimo de gasto foi estabelecido como o valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e nos

⁷ A Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) foi extinta em 31 de dezembro de 2007.

anos subseqüentes, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB. Para Estados, o montante mínimo de recursos a ser aplicado em saúde é de 12% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais e, para os Municípios, esse percentual chega em 15% (BRASIL, 2005; CONASS, 2006).

Observando a Tabela 3, em termos de percentual do Produto Interno Bruto, os recursos destinados às ações e serviços de saúde dos três níveis de governo cresceram entre 2000 e 2002, passou de 3,09% em 2000 para 3,48% em 2002, com ligeira queda em 2003, atingindo 3,45% do PIB. A redução em 2003 deveu-se ao investimento federal, que apresentou uma redução em termos de percentual do PIB destinado à saúde (BRASIL, 2005).

TABELA 3 – RECURSOS DESTINADOS ÀS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR NÍVEL DE GOVERNO EM PERCENTUAL DO PIB, 2000 A 2003

	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
	Em % do PIB				Índice 2000 = 100			
União	1,85	1,87	1,84	1,75	100,0	101,1	99,5	94,6
Estados	0,57	0,69	0,77	0,79	100,0	121,1	134,4	138,6
Municípios	0,67	0,77	0,87	0,91	100,0	114,9	129,9	135,8
Total	3,09	3,34	3,48	3,45	100,0	108,1	112,5	111,7

FONTE: SIOPS/SCTIE/MES. Notas técnicas 10/2004 e 09/2005 e IBGE. In: BRASIL, 2005, p. 4

De acordo com os dados do SIOPS, pode-se afirmar que essa redução, de 2002 para 2003, é uma tendência observada ao longo dos anos (Tabela 4) e a queda de participação federal após a implantação da EC 29 decorre, principalmente, do crescimento dos recursos transferidos pelos demais níveis de governo.

TABELA 4 – PARTICIPAÇÃO NOS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE SEGUNDO O NÍVEL DE GOVERNO 1980-2003

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1980	75,0	17,8	7,2
1985	71,7	18,9	9,5
1990	72,7	15,4	11,8
1995	63,8	18,8	17,4
2000	59,7	18,5	21,7
2001	56,2	20,7	23,2
2002	52,9	22,0	25,1
2003	50,7	22,8	26,5

FONTE: Equipe SIOPS/DES/SCTIE/MS. In: BRASIL, 2005, p.5

Obs.: Dados 1980 – 1990 – Despesa total com saúde; 1995- Gasto público com saúde 2000 a 2003 – ações e serviços públicos de saúde, segundo a EC-29.

A Tabela 5 mostra a evolução dos investimentos do MS, nos últimos dez anos, com algumas categorias, merecendo destaque o incremento de 479% para medicamentos de dispensação em caráter excepcional (drogas de alto custo e de uso permanente e, por vezes, com indicação terapêutica para doenças raras), em valores corrigidos pelo IPCA de dezembro

de 2004, tendo aumentado sua participação no gasto total com medicamentos (excepcionais, estratégicos e farmácia básica) de 14% em 1995 para 34% em 2004.

TABELA 5 - EVOLUÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995 A 2004 – R\$ MILHÕES DE DEZEMBRO DE 2004 - IPCA

TIPO DE GASTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1) Média e Alta Complexidade	11.819	11.797	13.685	12.501	13.568	14.447	15.017	14.358	14.817	15.807
Serviços Produzidos (AIH/SIA)	10.583	9.159	9.509	6.901	8.271	6.304	5.631	6.104	5.870	1.290
Fundo a Fundo	1.236	2.638	4.178	5.598	5.296	8.142	9.386	8.254	8.947	14.517
Gestão Plena (ou Semiplena)	1.093	2.515	3.892	5.329	5.011	7.632	8.792	7.714	8.392	13.691
Medicamentos Excepcionais (1)	143	123	286	271	285	512	596	539	555	826
2) Atenção Básica	2.557	2.277	3.035	3.662	3.943	4.382	4.894	4.972	5.122	5.997
PAB Fixo	2.152	2.017	2.358	2.833	2.683	2.460	2.369	2.192	2.036	2.094
PAB Variável	405	260	677	829	1.259	1.922	2.525	2.780	3.086	3.903
Epidemiologia e Controle de Doenças	-	-	202	204	281	482	708	649	662	641
Farmácia Básica	-	-	-	74	187	234	222	195	190	186
Ações Básicas Vigilância Sanitária	6	9	35	82	91	56	87	88	93	83
PACS / PSF	152	195	269	372	489	935	1.282	1.550	1.747	2.163
Bolsa Família, Alimentação e Combate, Carências Nutricionais	249	56	171	97	211	217	225	299	394	830
3) Medic. Estratégicos (2)	875	407	953	864	1.262	1.178	1.136	1.349	1.275	1.418
4) Saneamento Básico	125	60	152	235	304	227	1.587	670	109	471
5) Emendas Parlamentares	0	123	341	408	535	546	823	516	548	753
6) Demais Ações OCK	3.530	3.011	3.602	3.710	4.327	4.473	2.808	3.728	3.790	4.447
7) Pessoal Ativo	4.726	4.160	4.092	3.702	3.777	3.749	3.478	3.498	3.590	3.810
AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE - TOTAL	23.632	21.835	25.861	25.082	27.715	29.001	29.743	29.091	29.249	32.703

FONTE: Departamento de Economia da Saúde / SCTIE / MS, cálculo de deflação pelo - IPCA realizado pelo IPEA. In: CARVALHO, 2007, s/p.

(1) Inclui os relacionados a procedimentos de alta complexidade / custo, como transplantes e câncer, p.ex.;

(2) inclui os relacionados à hanseníase, TB e AIDS, entre outros.

A atenção básica foi o segmento assistencial que teve maior aumento (134,5%), tendo sido de 33,7% o da atenção de média e alta complexidade, responsável pelo financiamento da maior parte da assistência hospitalar.

Apesar dos esforços ao longo dos anos, os recursos financeiros para o SUS têm sido insuficientes para dar suporte a um sistema público universal de qualidade. Isso se deve, também, pela característica dos investimentos em saúde. Os investimentos crescem constantemente em razão da existência de forças expansivas e problemas estruturais, afastando o SUS de um ideal de universalização. Devido à transição demográfica as populações envelhecem e aumentam sua longevidade, aumentando os investimentos com os mais velhos. A transição epidemiológica reforça o investimento com doenças crônicas e doenças infecciosas emergentes e reemergentes. A incorporação tecnológica constante aumenta as expectativas da população e dos profissionais de saúde em relação às novas soluções sanitárias, assim como, são demandadas pelos prestadores de serviços, pela indústria

biomédica e pela indústria farmacêutica. Sem falar da existência de incentivos intrínsecos aos sistemas de saúde que expandem as estruturas e as práticas médicas, estimulando a construção de novas unidades de saúde, a formação de recursos humanos e a incorporação de formas de pagamentos indutoras de uma sobreutilização (CONASS, 2006).

Em comparação com outros países (Tabela 6), o Brasil investe pouco em saúde. Em 2003, o Brasil situava-se abaixo da Argentina e dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), que, em média, direcionam 8,5% do PIB com saúde. Mas o que chama atenção é o investimento per capita do Brasil em 2003, 212 dólares anuais, valor inferior aos da Argentina (426 dólares), Chile (282 dólares), Costa Rica (305 dólares) e México (372 dólares). O investimento público per capita do Brasil é de 96 dólares anuais, o mais baixo de todos os países analisados.

TABELA 6 – INVESTIMENTO EM SAÚDE EM PAÍSES SELECIONADOS, 2003

PAÍS	% DO PIB	PER CAPITA (US\$)	PER CAPITA PÚBLICO (US\$)
ARGENTINA	8,9	426	300
BRASIL	7,6	212	96
CANADÁ	9,9	2669	1866
CHILE	6,2	282	137
COSTA RICA	7,3	305	240
ESTADOS UNIDOS	15,2	5711	2548
ITÁLIA	8,4	2139	1607
MÉXICO	6,2	372	172
PORTUGAL	9,6	1348	940
REINO UNIDO	8,0	2428	2081

FONTE: World Health Organization (2006). In: Conass (2006).

Os investimentos estimados em saúde apresentados, na Tabela 7, revelam que em 2005 o gasto público em saúde foi de 68,8 bilhões. Os investimentos privados somaram 83 bilhões, dos quais 36,2 bilhões no Sistema de Saúde Suplementar e 46,8 bilhões no Sistema de Desembolso Direto.

De acordo com o CONASS (2006, p. 72) o aumento no investimento público em saúde encontra limites na carga fiscal e nas dificuldades que o país tem tido em crescer de forma sustentada. Portanto, esse aumento remete a uma disputa distributiva nos orçamentos públicos com outras categorias de investimentos e essas decisões se realizam na esfera política. “O que define, ao fim e ao cabo, os direcionamentos dos recursos escassos são as opções preferenciais da população que se transformam em demandas sociais e chegam aos agentes de decisão política”.

TABELA 7 – INVESTIMENTOS ESTIMADOS EM SAÚDE, POR SEGMENTOS. BRASIL, 2005

SEGMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE	INVESTIMENTO ANUAL R\$ BILHÕES	%
SUS	68,8	45,3
SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	36,2	23,8
SISTEMA DE DESEMBOLSO DIRETO	46,8	30,9
TOTAL	151,8	100,0

FONTES: Ministério da Fazenda, STN. In: Afonso (2006). Agência Nacional de Saúde Suplementar (2006). World Health Organization (2006). In: CONASS (2006)

Outro argumento apresentado é que os segmentos da classe média retiram-se do SUS⁸ e abrigam-se no Sistema de Saúde Suplementar e por isso não tem interesse em defender mais recursos para o sistema público de saúde. Por outro lado, “a experiência internacional demonstra que a adesão dos estratos médios da sociedade foi um determinante importante na implantação dos sistemas públicos universais” (CONASS, 2006, p. 73).

Entretanto, essa retirada é parcial, pois usam o SUS em dois pólos de serviços: o mais simples, nas imunizações e o mais denso tecnologicamente, representado por serviços de alta complexidade que não são ofertados pelo sistema privado nem custeados diretamente pelas famílias, pelo alto custo (VIANNA, 2005). É o caso de alguns programas de excelência do SUS, como o Programa Nacional de Imunizações, o Sistema Nacional de Transplantes e o Programa e Controle de HIV/AIDS.

Nesse ponto o SUS parece aproximar-se efetivamente dos princípios da universalização do acesso e da integralidade na atenção, um dos principais desafios da política nacional de saúde. Na medida em que, em sua grande maioria, esses serviços de alto custo são ofertados exclusivamente pelo SUS, como é o caso dos medicamentos de dispensação em caráter excepcional, e dos transplantes, com poucas exceções (córnea, por exemplo). O detalhamento será feito na próxima seção.

Outros aspectos interessantes para serem analisados em relação ao desafio do financiamento da saúde é o da redução das despesas no sistema público de saúde e o da eficiência na utilização dos recursos. Entretanto, esses dois aspectos serão apresentados neste trabalho somente como indicadores de uma mobilização já existente, por parte das entidades representativas do setor de saúde, em encontrar alternativas para alcançar a integralidade na saúde (discutida na próxima seção).

A Tabela de Procedimentos, utilizada como referência para a remuneração de serviços hospitalares prestados ao SUS, foi implantada no início da década de 1980, como

⁸ A chamada “universalização excludente” discutida no item anterior – Dilema da Universalização.

parte integrante do então denominado Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social – SAMHPS, que se caracterizava como um sistema de remuneração fixa por procedimento, baseado no conceito de valores médios globais. Com a implantação do Sistema Único de Saúde, o SAMHPS foi renomeado SIH – Sistema de Informações Hospitalares (em 1991) e continua até os dias de hoje sendo utilizado como base para o pagamento de hospitais, embora os valores atualmente constantes da tabela guardem pouca ou nenhuma relação com os custos (CARVALHO, 2007).

O SIH passou a ser utilizado como um dos mecanismos de transferência de recursos financeiros, sendo fortemente afetado pelas políticas implantadas. Carvalho (2007, s/p) cita como exemplo destas políticas:

as limitações estipuladas em relação ao número de internações passíveis de apresentação pelos estados e municípios, para pagamento com recursos federais, pelo SIH (equivalente a 9% da população residente ao ano) e em relação ao valor a ser com elas despendido, definido pelo teto financeiro atribuído por portarias do Ministério da Saúde. Outro exemplo é a indução à redução da proporção de partos cesáreos ocorridos no país, operada por meio da Portaria GM /MS nº 2.816 de 1998, que limitou o número de partos cesáreos a serem remunerados, a partir de sua proporção no total de cada hospital, registrado pelo sistema.

Também, no sentido da redução de custos, outras iniciativas podem ser citadas. No decorrer de 2004 e 2005, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promoveu encontros regionais com representantes do MS, das três esferas do governo, do Ministério Público e demais entidades representativas do setor para construção de uma agenda comum de modo a aperfeiçoar o sistema de saúde nacional. Entre outros acordos, houve consenso sobre a necessidade urgente da construção de uma política de incorporação tecnológica e da regulação da oferta e da demanda por serviços de saúde. Essas medidas passam por uma política nacional de gestão de tecnologias (já em elaboração coordenada pelo MS) e pelo planejamento e implantação de centrais de internação, consultas e exames, com utilização de protocolos pré-determinados, de forma a evitar procedimentos desnecessários ou duplicados (diretrizes de regulação de acesso já pactuadas pelas três esferas de governo⁹) (CARVALHO, 2007).

Em 2004, em resposta à crise crônica dos hospitais de ensino, pertencentes às três categorias (pública, filantrópica e privada lucrativa), os Ministérios da Saúde e da Educação criaram o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Portarias Interministeriais nº 1000, 1005, 1006 e 1007 de 2004) que alterou a forma de certificação e de financiamento desses estabelecimentos, prevendo a celebração de contratos em que são incluídas cláusulas

⁹ Diretrizes incluídas no “Pacto pela Saúde”, Portaria GM/MS nº 399 de 2006 (CARVALHO, 2007, s/p.).

relacionadas a metas e indicadores de qualidade e de produção de serviços, configurando a modalidade de orçamentação global (CARVALHO, 2007). Esse Programa define como base de cálculo para o repasse fixo mensal a série histórica de serviços produzidos, acrescida dos valores do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS), de novos incentivos e do impacto dos reajustes futuros dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, entre outros, constantes da Portaria Interministerial 1006 de maio de 2004, art. 4º.

Além disso, o MS vem buscando formas alternativas de provocar as mudanças no setor, em vez de Normas Operacionais foi concebido um novo acordo entre as instâncias, o “Pacto pela Saúde”, publicado em 22 de fevereiro de 2006 pela Portaria GM/MS nº 399, constitui-se como a somatória de três outros, quais sejam, o “Pacto pela Vida”, o “Pacto pelo SUS” e o “Pacto de Gestão”¹⁰.

Todas essas mudanças são resultado de um consenso entre os gestores das três esferas de governo, que acreditam que a responsabilização pelo planejamento, regulação, controle e avaliação de ações e serviços é requisito necessário para melhorar a eficiência na utilização dos recursos na saúde e para tornar as ações de saúde quantitativa e qualitativamente mais adequadas a cada realidade.

Falar de eficiência na utilização dos recursos é falar da integralidade regulada, por ações de superação de ineficiências econômicas e alocativas e pela diminuição das iniquidades na alocação dos recursos financeiros do SUS.

3 A INTEGRALIDADE E A ALTA COMPLEXIDADE NO SISTEMA DE SAÚDE

A integralidade é um dos princípios do SUS, assim como a universalização. Todavia difere em sua aplicação. A integralidade na saúde possibilita instituir, mediante consensos fundamentados na evidência científica e em princípios éticos, validados socialmente, regras claras e transparentes que imprimam racionalidade à oferta dos serviços de saúde (CONASS, 2006, p 75). Entendida dessa forma, a integralidade na saúde possibilita a racionalização na oferta de serviços, transformando-se em um instrumento fundamental de melhoria e eficiência dos gastos em saúde (VIANNA, 2005; CONASS, 2006).

Mas nem sempre a integralidade foi entendida dessa forma. Na Constituição Federal (BRASIL, 1988), integralidade é definida como “atendimento integral, com prioridade para as

¹⁰ Mais informações sobre o Pacto pela Saúde ver CARVALHO, 2007.

atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Historicamente, foi assim que se desenvolveu a assistência à saúde no Brasil. As ações de saúde foram divididas em ações médico-assistenciais e preventivas. Atualmente busca-se oferecer assistência integral por meio de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico (CAMPOS, 2003).

Segundo Vianna (2005, p. 146), o princípio constitucional da integralidade na saúde é o que mais se aproxima da questão da atenção de alta complexidade, pois é na alta complexidade que o SUS alcança total consistência aos princípios que lhes dão sustentação, como a universalidade do acesso e a integralidade da atenção. Isso se deve a três fatores:

- a) ausência de inúmeros procedimentos de alto custo do menu dos planos de saúde, inclusive dos contratados depois da regulamentação dessa modalidade;
- b) o custo de alguns serviços (transplantes, hemodiálise, medicamentos de dispensação em caráter excepcional) são inacessíveis, fora do SUS, a quase totalidade da população;
- c) a percepção do usuário quanto a melhor qualidade dos serviços SUS de mais densidade tecnológica em comparação aos demais, conforme pesquisa do CONASS.

Resta saber identificar quais são os serviços considerados de alta complexidade. Para o IBGE (2006, p. 20), os serviços de alta complexidade são “os serviços selecionados que exigem ambiente de internação com uso de tecnologia avançada e pessoal especializado para sua realização, como transplantes, cirurgias cardíacas, em queimados” etc. Uma conceituação vaga e imprecisa, pois muitos procedimentos considerados de alta complexidade pelo MS, não exigem internação.

Segundo Vianna (2005), o tratamento dado pelo próprio MS ao conceito de alta complexidade, também dá margem a dúvidas. São considerados procedimentos hospitalares de alta complexidade aqueles que demandam tecnologias mais sofisticadas e profissionais especializados, definidos pela Portaria SAS/MS n.º 968, de 11 de dezembro de 2002. Entretanto, alto custo e alta complexidade nem sempre são sinônimos, assim como não significa que um procedimento considerado de alta complexidade tenha, necessariamente, que ter alta densidade tecnológica.

Um procedimento de alta complexidade teria três atributos que o distingue dos demais: a) alta densidade tecnológica e/ou exigência de especialistas e habilidades especiais acima dos padrões médios; b) baixa frequência relativa; de um modo geral procedimentos de alta complexidade tem uma frequência menor aos demais; c) alto custo unitário e/ou do tratamento; nesse caso estão os transplantes múltiplos e o implante coclear, entre outros (VIANNA, 2005). O autor alerta ainda para o caráter dinâmico do conceito no tempo, como é

o caso dos equipamentos de raios X que já representaram uma tecnologia de ponta no passado e, hoje, esse status é da ressonância magnética e da tomografia computadorizada.

Procedimentos estratégicos, no caso específico desta Portaria, significam prioritários; procedimentos que recebem financiamento do MS por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Fundo criado pelo MS em abril de 1999 pela Portaria GM/MS n.º 531, com o objetivo de garantir financiamento pelo gestor federal de procedimentos de alta complexidade.

Após várias mudanças, a destinação dos recursos do FAEC pelo MS ficou dividida em quatro blocos: a) ações assistenciais estratégicas: campanhas de cirurgia eletivas; transplantes, medicamentos excepcionais etc. b) incentivos para estimular a parceria com o sistema público ou a realização de ações assistenciais; Integrasus: adicional pago aos hospitais filantrópicos; c) novas ações programáticas: humanização do parto; triagem neonatal etc. d) Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC): financiamento de procedimentos de alta complexidade para usuários do SUS provenientes de outros estados que não dispõem desses recursos (VIANNA, 2005; OPAS, 2002).

No Quadro 1, observa-se a forma de financiamento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade pelo SUS em 2004. Todos os transplantes, assim como os procedimentos associados, entre os quais está a captação de órgãos, são pagos pelo MS por meio do FAEC, não afetando, portanto, o teto financeiro de estados e municípios.

Segundo Vianna (2005), a tendência ao aumento da demanda por serviços de alta densidade tecnológica, leva a custos crescentes atribuíveis a fatores como:

a) aumento da população e da longevidade: entre as pessoas mais velhas, o gasto com assistência médica tende a crescer, devido a taxas de internação mais elevadas, maior complexidade e a frequência dos procedimentos médicos utilizados;

b) crescente complexidade tecnológica: a incorporação de novas tecnologias é, em geral, cumulativa e não substitutiva. A inclusão de um novo recurso terapêutico ou de diagnóstico não substitui outros mais antigos;

c) modificações nos padrões de morbidade pela população: o surgimento de novas doenças cresce ao mesmo tempo em que cresce a incidência de moléstias crônicas e degenerativas e do trauma, problemas que, geralmente, demandam terapias complexas.

d) papel reduzido do mercado: alguns serviços e/ou procedimentos altamente especializados já estão sendo providos quase que exclusivamente pelo setor público. Seja pelo poder aquisitivo reduzido da população, seja pelo alto custo do tratamento. É o caso dos transplantes, como os de fígado e de coração, e dos chamados medicamentos excepcionais;

QUADRO 1 - SUS: PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE CONFORME A FORMA DE FINANCIAMENTO - 2004

PROCEDIMENTOS	FAEC*	TETO ESTADUAL**
AMBULATORIAIS		
Hemodinâmica		
Ressonância Magnética		
Tomografia Computadorizada		
Medicina Nuclear		
Imunologia		
Terapia Renal Substitutiva		
Radioterapia		
Quimioterapia		
Hemoterapia		
Radiologia intervencionista		
Medicamentos “excepcionais”		
HOSPITALARES		
UTI		
Transplantes		
Polissonografia		
Cirurgia Oncológica		
Tratamento da Aids		
Cardiologia		
Hemoterapia		
Ortopedia		
Neurocirurgia		
Tratamento Cirúrgico de Epilepsia		
Gastroenterologia (Gastroplastia)		
Deformidades Crânio-Faciais/Lábio-palatais		
Implante Coclear		
Órteses e próteses na AIH		

FONTE: VIANNA, 2005, p. 20

* Fundo de Ações Estratégicas e de Alta Complexidade

** Limite Financeiro Estadual

e) aumento do grau de consciência de cidadania: a população está cada vez mais exigente em relação ao atendimento de seus direitos entre os quais os de acesso a atenção integral à saúde.

Esses fatores estariam exercendo pressão sobre o redirecionamento dos investimentos em saúde, como mostra a Tabela 8. Em relação ao investimento total do MS com ações e serviços públicos de saúde, o valor destinado à alta complexidade passou de 13,1%, em 1995, para 19,2% em 2003, um crescimento de 46,6% nesse período.

TABELA 8 – SUS: INVESTIMENTO DO MS COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE E COM ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE 1995/2003

ANO	AÇÕES E SERVIÇOS	ALTA COMPLEXIDADE	% (H)*100
1995	12.211,6	1.600,9	13,1
2003	27.179,5	5.214,3	19,2
INCREMENTO %	122	226	46,6

FONTE: VIANNA, 2005, p. 25

Esse incremento na participação da alta complexidade nos gastos do MS indica o grau de prioridade da atenção de alta tecnologia na política nacional de saúde (CONASS, 2006). Em relação à média complexidade, os investimentos federais do MS caíram de 78,49% em 1999 para 59,12% em 2005, uma queda muito acentuada num período muito curto. A Tabela 9 mostra que, em termos absolutos, os valores nominais no período cresceram 2,6 vezes na média complexidade e 6,7 vezes na alta complexidade.

TABELA 9 – INVESTIMENTO DO SUS EM BILHÕES DE REAIS E EM TERMOS PERCENTUAIS, NAS ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE, 1999-2005

ANO	MÉDIA COMPLEXIDADE		ALTA COMPLEXIDADE		TOTAL	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
1999	3,28	78,49	0,89	21,51	4,17	100,0
2000	5,35	66,41	2,70	33,59	8,05	100,0
2001	5,59	63,83	3,16	36,17	8,75	100,0
2002	6,52	63,93	3,68	36,07	10,20	100,0
2003	7,71	63,45	4,44	36,55	12,15	100,0
2004	8,26	61,19	5,24	38,81	13,50	100,0
2005	8,68	59,12	6,00	40,88	14,68	100,0

FONTE: MS: SAI/SIH/SUS. In: CONASS, 2006, p.88

Nesse ponto, talvez seja possível identificar um indício da presença da equidade na saúde, na medida em que esses recursos estarão atendendo, não somente à classe média, mas toda a população. Recursos destinados a custear demandas geradas tanto pelas características de uma população em crescimento, que vive mais tempo e que tem vivenciado a redução de seu poder aquisitivo, como pela complexidade tecnológica à disposição no atendimento a novas doenças ou como nova alternativa para velhas e conhecidas doenças.

A distribuição interna do investimento em alta complexidade subdivide-se quanto ao tipo de procedimento (diagnóstico, terapêutico e outros) e em relação à partição ambulatorial ou hospitalar (Tabela 10).

TABELA 10 – SUS: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO INVESTIMENTO DO MS COM PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE – 1995-2003

PROCEDIMENTOS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I – AMBULATORIAIS	60,86	60,94	63,32	60,36	57,24	61,03	59,75	57,43	56,84
(a) Serviços/Procedimentos Diagnósticos	5,16	5,26	4,69	4,86	6,22	5,92	4,85	4,75	4,60
(b) Serviços/Procedimentos Terapêuticos	51,06	51,70	50,09	47,82	44,43	44,55	43,21	41,96	40,91
(c) Outros ambulatoriais	4,63	3,97	8,54	7,68	6,59	10,56	11,70	10,72	11,33
II – HOSPITALARES	39,14	39,06	36,68	39,64	42,76	38,97	40,25	42,57	43,16
(a) Serviços/Procedimentos	31,84	31,06	29,00	31,61	36,38	31,95	32,67	34,10	33,32
(b) Outros Hospitalares	7,31	8,00	7,68	8,03	6,38	7,02	7,58	8,48	9,84
TOTAL GERAL	100								

FONTE: Assistência à Saúde no SUS: Média e Alta Complexidade (2003) e DATASUS (2003); In: VIANNA, 2005, p. 29

Observa-se uma redução relativa na participação do investimento ambulatorial de 60,86%, em 1995 para 56,84%, em 2003. Enquanto que a participação do investimento hospitalar apresenta um crescimento relativo, passando de 39,14% em 1995 para 43,16% em 2003. Um comportamento inverso que se deve, “não só a adoção de tecnologias que exigem menos internações, mas também ao crescimento de programas como os de atenção básica (...) e os de assistência farmacêutica neste caso em função da pressão dos medicamentos de alto custo” (VIANNA, 2005, p. 28).

Para 2001, o MS indicava uma oferta de serviços hospitalares de alta complexidade, no SUS, composta por 2.256 centros credenciados, unidades com internação que atendiam os requisitos técnicos específicos fixados pelo MS. Observa-se na Tabela 11, que os serviços de alta complexidade mais numerosos são os de terapia intensiva (25,9%), seguidos pelos serviços de transplante (12,9%). Serviços menos numerosos como o item “Outros” (na tabela) correspondem a 4,4% do total. Desses serviços, 32% são de queimados e 26% são de tecnologias de incorporação recente (1999) como a gastroplastia.

TABELA 11 – SUS: FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DE SERVIÇOS HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE POR ESPECIALIDADE - 2001

ESPECIALIDADES	FREQUÊNCIA	%
Terapia Intensiva (UTI)	585	25,9
Transplantes	292	12,9
Neurocirurgia	272	12,1
Oncologia	257	11,4
Gestação de Alto Risco	246	10,9
Cardiologia	207	9,2
Ortopedia	176	7,8
Urgência/ Emergência	121	5,4
Outros	100	4,4
TOTAL	2256	100

FONTE: Assistência à Saúde no SUS – Média e Alta Complexidade. In: VIANNA, 2005, p. 23.

De acordo com a pesquisa do CONASS (2006), a posição privilegiada dos procedimentos de alta complexidade, nos repasses de recursos financeiros pelo SUS, pode ter relação, dentre outros fatores, com:

a) a eficácia da articulação de interesses profissionais de saúde de mais prestígio social, da indústria biomédica, da indústria farmacêutica, dos prestadores de serviços de maior densidade e de grupos de usuários mais organizados; e,

b) com a oferta limitada de serviços de alta complexidade nos Sistemas de Saúde Complementar, por apresentarem custos muito altos, impossíveis de serem cobertos por desembolso direto.

O primeiro fator pode ser elucidado por uma frase de Biancarelli (2003, s/p.): “viver ou morrer depende não só da doença que se pega, mas também do ‘lobby’ que se organiza em torno dela”. E mais, “o nível de gravidade e de letalidade das patologias costuma depender igualmente do grau de organização dos seus pacientes e familiares”. O autor relata diversos casos de grupos de familiares articulados em torno de doenças graves, que conseguem medicamentos específicos para garantir a sobrevivência de seus filhos, mediante pressão sobre o MS e ações na justiça. Essas diversas organizações populares, tais como, associações de pacientes com fibrose cística, anemia falciforme, doença de Parkinson, diabetes, Aids etc., muitas vezes “chegam a ter mais força do que o Estado”.

Da mesma forma, dados do CONASS (2006) mostram que o incremento com medicamentos de dispensação em caráter excepcional, vem repercutindo nos orçamentos federal e estadual da Saúde. Medicamentos de alto custo, geralmente exclusivos de determinados laboratórios ou indústrias farmacêuticas.

Entretanto, em sentido contrário, Coelho (1998, p. 126) alerta para possíveis fatores institucionais na determinação destes resultados. A autora indica que “há um limite nas teorias que interpretam o conteúdo e o resultado de certas políticas públicas como reflexo direto da força e dos interesses dos atores em disputa”, nesse sentido, aponta a importância de se levar em consideração políticas prévias e o próprio desenho institucional do SUS na determinação desses resultados.

Com relação ao segundo fator, é fato que o custo de alguns serviços os tornam inacessíveis mediante pagamento direto a quase totalidade da população, os transplantes são um exemplo. Da mesma forma, esses procedimentos não estão previstos na cobertura de diversos planos de saúde, favorecendo a demanda no SUS.

Essa exclusividade na oferta de serviços de alta complexidade aproxima o SUS da equidade na saúde (RAWLS, 2002, p.80), pois essa situação pode ser benéfica a partir do momento em que gerar ganhos para todos os demais usuários SUS. Repetindo, “não importa o quanto a situação de cada pessoa seja melhorada; do ponto de vista do princípio da diferença, não há ganho algum a não ser que o outro também ganhe”.

Apesar dos esforços ao longo dos anos, os recursos financeiros para o SUS têm sido insuficientes para dar suporte a um sistema público universal de qualidade. Isso se deve, também, pela característica dos investimentos em saúde. Os investimentos crescem constantemente em razão da existência de forças expansivas e problemas estruturais, afastando o SUS de um ideal de universalização. Pois, além dos interesses, também as políticas prévias e as instituições – que com suas regras, procedimentos normativos e

capacidades administrativas acabam fortalecendo certos atores, enquanto fragilizam outros – contribuíram para esse resultado (COELHO, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos dados apresentados, o que tudo indica é que nos procedimentos de alta complexidade o SUS aproxima-se mais dos princípios de universalidade no atendimento e integralidade no acesso, pois está atingindo praticamente a totalidade da população. No entanto, princípios como igualdade e universalidade na saúde tendem à homogeneização e acabam por diluir as diferenças. Diferenças que aparecem no efetivo consumo de serviços de saúde. Custos de transporte, de espera para o atendimento, de alimentação, de aquisição de medicamentos etc., tendem a ser maiores para os grupos de menor renda, que, geralmente, vivem em áreas onde a disponibilidade de serviços é menor dificultando o acesso. Há oferta de serviços a toda população, mas nem todos podem usufruir por dificuldades nem sempre previstas no processo.

Sendo assim, a prioridade nas transferências de recursos para os procedimentos de alta complexidade no SUS, indica uma proximidade com o conceito de equidade na saúde, na medida em que esses recursos estarão atendendo, não somente a classe média, mas toda a população que necessite. Pode-se questionar, então, se essa política é justa. Na visão de Rawls (2002, p. 26), “justas são aquelas instituições e ações que das alternativas possíveis tiram o bem maior, ou pelo menos tanto bem quanto quaisquer outras instituições e ações acessíveis como possibilidades reais”, nesse sentido, nem sempre o justo maximiza o bem. A justiça como equidade é uma teoria deontológica no sentido de que não interpreta o justo como maximizador do bem. Presume-se que as pessoas na posição original escolheriam um princípio de liberdade igual e restringiriam as desigualdades econômicas e sociais àquelas do interesse de todos, portanto, não há razão para pensar que instituições justas maximizarão o bem.

Na justiça como equidade o conceito de justo precede o de bem, então, a prioridade no financiamento dos procedimentos de alta complexidade juntamente com sua proximidade aos princípios de universalização no atendimento e integralidade no acesso, pode ser considerada uma política justa, no sentido de Rawls, embora não maximize o bem para todos.

REFERÊNCIAS

BIANCARELLI, A. Pacientes organizados têm mais benefícios. **Folha de São Paulo**, 13 abr. 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> Acesso em 05 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da EC 29**: apresentação dos dados do SIOPS, 2000 a 2003. Elaborada pela Equipe SIOPS/DES/SCTIE, Brasília, julho de 2005. Disponível em <<http://siops.datasus.gov.br/textpub.php?esc=10> > Acessado em 05 fev 2007.

BRASIL. **Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <<http://www.novohamburgo.rs.gov.br/sec/semsas/legislacao/nob.htm>> Acesso em 05 fev. 2007.

BUSTELO, E. Hood Robin: ajuste e equidade na América Latina. **Planejamento e políticas públicas**, n. 11, jun./dez., p. 5-48, 1994.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, 6. 569-584, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 26 Jan 2007.

CARVALHO, D.M.T.de. **Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil – 0050/2007**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=477> Acesso em 16 mar 2007.

CHETRE. What is equity? In: AN AREA HEALTH SERVICE TAKING ACTION TO ACHIEVE HEALTH FOR ALL. Newsletter 1, April 1990. Centre for Healty Equity, Training, Research and Evaluation. The University of New South Wales. School of Public Health & Community Medicine, Austrália. Disponível em <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5471.pdf>> Acesso em 24 de junho de 2008.

COELHO, V. S. R. P. Interesses e instituições na política de saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 13, n. 37, jun, p. 115-128, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A saúde na opinião dos brasileiros**: um estudo prospectivo. Brasília, 2003. Disponível em <http://www.conass.org.br/?page=publicacao_livro> Acesso em 24 fev 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006. Disponível em <http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf > Acesso em 19 fev. 2007.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade da saúde**: aspectos conceituais. 2001. Disponível em < www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Sala256.pdf> Acesso em 20 mar 2007.

FIGUEIREDO, A.C. Princípios de justiça e avaliação de políticas. **Lua Nova**, n. 39, p. 73-104, 1997.

IBGE. **Estatísticas de saúde**: assistência médico-sanitária 2005. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

LUCCHESI, P. T. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. 3. ed. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p. 19-91.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Série técnica do projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília, 2002.

RAWS, J. **Uma teoria da justiça**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Coleção Justiça e Direito).

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil**. Afinal, do que se trata. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2005.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200024&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 27 fev 2007.

TRAVASSOS, C. (Apres.) **Acesso e utilização de serviços de saúde**: primeiros resultados do suplemento saúde da PNAD 2003. Rio de Janeiro: DIS, CICT, FIOCRUZ, 2005. Disponível em <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br/downdocsv.asp>> Acesso em 24 fev 2007.

VIANA, A.L.d'Á. FAUSTO, M. C.R.; LIMA, L.D.de. Política de saúde e equidade. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p. 58-68, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan 2007.

VIANNA, S.M. (Coord.). **Atenção de alta complexidade no SUS**: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília: Ministério da Saúde/IPEA, 2005. v.1. Disponível em <http://getinternet.ipea.gov.br/economiasaude/adm/arquivos/destaque/alta_complexidade.pdf> Acesso em 19 fev. 2007.

VITA, A. de. Uma concepção liberal-igualitária de justiça distributiva. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14. n. 39, p. 41-60, 1999.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen, 1990. Disponível em <http://www.dssp.uniroma1.it/convegni/Documentazione_Corso_ADE_Salute_Globale_ed_Equit%C3%A0_in_Salute/19_gennaio_2008/Whitehaed_1990.pdf> Acesso em 24 de junho de 2008.