

Saúde no Brasil 1



O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios

Jairnilson Paim, Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia, James Macinko

O Brasil é um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais. Neste trabalho, examinamos o desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde brasileiro, com foco no processo de reforma dos últimos quarenta anos, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde. Uma característica fundamental da reforma sanitária brasileira é o fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais. O Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado. Ainda há muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal. Nos últimos vinte anos houve muitos avanços, como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde. Para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado.

Introdução

Neste trabalho, examinamos a organização, o desenvolvimento histórico e o estado atual do sistema de saúde brasileiro. Revisamos estudos publicados e analisamos dados originais provenientes de fontes oficiais, para apresentar uma visão geral do sistema de saúde brasileiro e descrever seus desafios futuros.

O Brasil é uma república federativa cujo território possui 8,5 milhões de quilômetros quadrados, o que representa 47% da América do Sul. Com uma população estimada de 190.732.694 em 2010,¹ é o quinto país mais populoso do planeta. Seu sistema político é composto por diversos partidos e três níveis autônomos de governo – governo federal, 26 estados, um distrito federal e 5.563 municípios. O país é governado pelo poder executivo – chefiado pelo presidente –, pelo legislativo bicameral e pelo judiciário independente. O Brasil foi uma colônia de Portugal desde 1500, mas apesar de ter conquistado a independência política em 1822, só se tornou uma república em 1889. A escravidão foi abolida em 1888. A população brasileira é miscigenada: em 2008, cerca da metade da população se autocalificava, em termos de raça e cor da pele, como parda (43,8%) ou preta (6,8%) e 0,6% se autocalificava como indígena.² No século XX, o Brasil passou por um intenso período de industrialização, concomitante à instabilidade política, golpes militares e governos autoritários, com breves períodos democráticos. Os últimos 25 anos representaram o mais longo período democrático no país.

A reforma sanitária brasileira foi impulsionada pela sociedade civil, e não pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais. O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, baseia-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

Brasil: um breve resumo

O Brasil passou por grandes transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais nos últimos 40 anos.

Mensagens principais

- Desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo (o Sistema Único de Saúde – SUS), baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. O SUS tem o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo.
- A reforma do setor de saúde brasileiro ocorreu de forma simultânea ao processo de democratização, tendo sido liderada por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil.
- A implementação do SUS foi complicada pelo apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e pelo subfinanciamento crônico.
- Apesar dessas limitações, o SUS conseguiu melhorar amplamente o acesso à atenção básica e de emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país.
- Alguns dos desafios futuros do SUS são a reforma de sua estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a universalidade, igualdade e sustentabilidade no longo prazo, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país e a promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.
- Em última análise, os desafios enfrentados pelo SUS são políticos, pois não podem ser resolvidos na esfera técnica; só poderão ser solucionados com os esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade.

Publicado Online

9 de maio de 2011

DOI:10.1016/S0140-

6736(11)60054-8

Veja Online/Comentário

DOI:10.1016/S0140-

6736(11)60433-9,

DOI:10.1016/S0140-

6736(11)60354-1,

DOI:10.1016/S0140-

6736(11)60318-8,

DOI:10.1016/S0140-

6736(11)60326-7 e

DOI:10.1016/S0140-

6736(11)60437-6

Este é o primeiro da *Séries de seis fascículos em Saúde no Brasil*

Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

(Prof J Paim PhD); **Centro de**

Comunicação e Informação

Científica e Tecnológica

(Prof C Travassos PhD), e **Escola**

Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca

(Prof C Almeida PhD), **Fundação**

Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro,

Brasil; Universidade Federal do

Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,

Brasil (L Bahia PhD); e New York

University, New York, NY, EUA

(J Macinko PhD)

Correspondência para:

Prof Jairnilson Paim, Instituto

de Saúde Coletiva, Rua Basílio

da Gama, s/n, Canela, CEP:

40110-040, Salvador, Bahia,

Brasil

jairnil@ufba.br

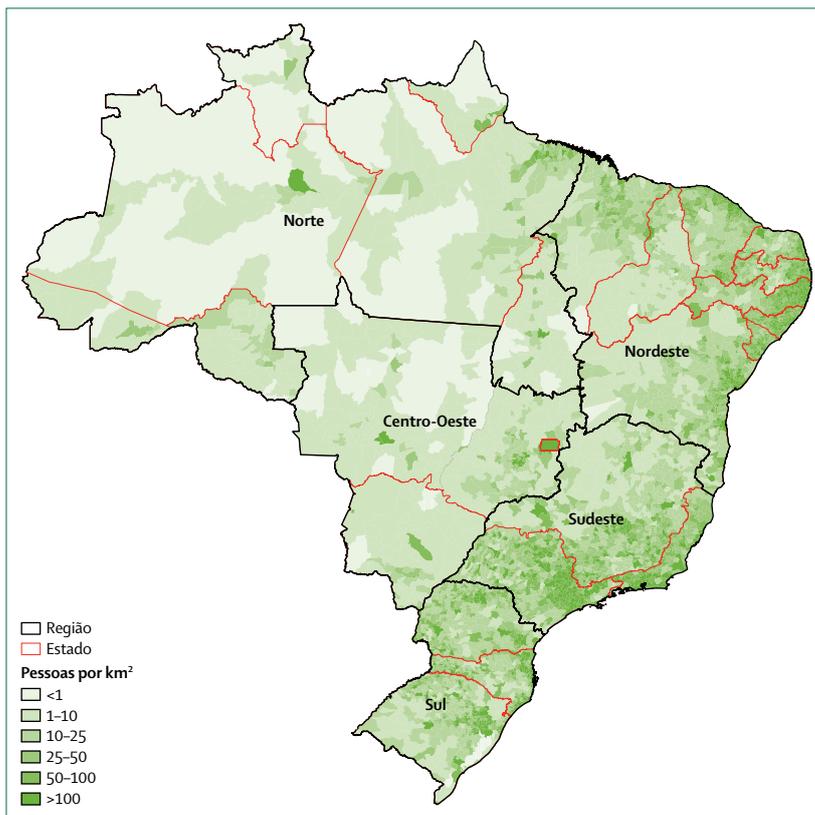


Figura 1: Densidades populacionais nas cinco regiões do Brasil

Em 1970, sob o regime militar, apresentou um dos maiores crescimentos econômicos do mundo, mas as melhorias na qualidade de vida beneficiaram de forma desproporcional os setores mais privilegiados da população. Embora a democracia tenha sido restaurada em meados da década de 1980, durante um período de instabilidade econômica, o crescimento econômico e a expansão das políticas sociais só foram retomados no século XXI.

O país se divide em cinco regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul; Figura 1), com diferentes condições demográficas, econômicas, sociais, culturais e de saúde e amplas desigualdades internas. Por exemplo, a região Sudeste cobre apenas 11% do território brasileiro, mas representa 43% da população e 56% do produto interno bruto. A região Norte, que contém a maior parte da Floresta Amazônica, tem a menor densidade populacional (3,9 pessoas por km²) e é a segunda região mais pobre, depois da região Nordeste.

Entre 1970 e 2000, o país passou por uma transição demográfica: a proporção de pessoas com mais de 60 anos (10% em 2009) dobrou e a urbanização aumentou de 55,9% para 80%.¹ As taxas de fertilidade diminuíram (de 5,8 em 1970 para 1,9 em 2008), assim como a mortalidade infantil (de 114 por 1.000 nascidos vivos em 1970 para 19,3 por 1.000 nascidos vivos em 2007). Em virtude disso, a expectativa de vida ao nascer aumentou cerca de 40%, chegando a 72,8 anos em 2008 (Tabela 1).

Em 2007, o desemprego era baixo (8,2%), mas muitos trabalhadores (43,8%) estavam no setor informal – 56% deles tinham cobertura da previdência social. Em 2020, espera-se que a taxa de dependência dos idosos seja de 68 pessoas com mais de 60 anos para cada 100 crianças e adolescentes,⁹ e a proporção da população com idade para entrar no mercado de trabalho deverá atingir o maior valor na história do país.¹⁰ A frequência escolar tem aumentado desde 1990, a taxa de analfabetismo caiu de 33,7% em 1970 para 10,0% em 2008 (Tabela 1).

Entre 1991 e 2008, o produto interno bruto brasileiro duplicou e seu coeficiente de Gini caiu em 15%, passando de 0,637 para 0,547, embora ainda esteja entre os maiores do mundo.⁵ O índice de pobreza diminuiu de 68% em 1970 para 31% em 2008 – essa melhoria pode ser atribuída a uma combinação de políticas sociais, como o sistema de seguridade social, o programa de transferência condicionada de renda chamado Bolsa Família (que, em 2008, distribuiu R\$ 13 bilhões – cerca de US\$ 7,2 bilhões – entre 10,5 milhões de famílias)¹¹ e aumentos no salário-mínimo.

As condições de vida também sofreram mudanças substanciais. Em 1970, apenas 33% dos domicílios tinham água encanada, 17% possuíam saneamento básico e menos da metade tinha eletricidade (Tabela 2). Em 2007, 93% dos domicílios dispunham de água encanada, 60% tinham acesso a serviço de esgoto e a maioria, à eletricidade. A posse de bens de consumo também aumentou; em 2008, mais de 90% dos domicílios possuíam um refrigerador e um aparelho de televisão, 75% tinham telefones celulares, 32% tinham um computador pessoal e 80% dos brasileiros com 15 anos de idade ou mais tinham acesso à internet banda larga.¹

Tais mudanças nas condições de vida afetaram a saúde e o comportamento de saúde dos brasileiros. A prevalência de sobrepeso e de obesidade está aumentando; 47,3% dos homens que vivem nas capitais brasileiras estão acima do peso.^{13,14} Cerca de um terço das famílias afirma não dispor de comida suficiente para se alimentar.¹⁵ Embora apenas 19% dos adultos, nas capitais, declarem comer uma quantidade suficiente de frutas e legumes (isto é, ao menos cinco porções de frutas ou suco de frutas e legumes por dia, cinco dias por semana ou mais), a qualidade da dieta da população parece estar melhorando com o tempo.¹⁶ A prática de atividade física é baixa nas capitais,² mas o tabagismo diminuiu em virtude do Programa Nacional de Controle do Tabaco; em 2008, 17,2% da população fumava, em comparação com 34,5% em 1989, quando o programa teve início. O abuso do álcool é outro desafio; 17,6% das pessoas com 15 anos de idade ou mais afirmam passar por episódios de ingestão excessiva de bebida alcoólica.⁹

As mudanças nas taxas de mortalidade e morbidade estão relacionadas a essas transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais. As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte, seguidas pelo câncer e por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito).¹⁷ As doenças crônicas são as que

	1970	1980	1990	2000	2010
Demografia					
População	95.993.400 (1971)	121.611.375	147.593.859	170.143.121	190.732.694
Idade					
0-4 anos (n [%])	13.811.806 (14,4%)	16.423.700 (13,5%)	16.521.114 (11,2%; 1991)	16.375.728 (9,6%)	15.687.927 (8,2%)
60-69 anos (n [%])	3.007.637 (3,1%)	4.474.511 (3,7%)	6.412.918 (4,3; 1991)	8.182.035 (4,8%)	10.625.402 (5,5%)
≥70 anos (n [%])	1.708.571 (1,8%)	2.741.506 (2,3%)	4.309.787 (2,9%; 1991)	6.353.994 (3,7%)	8.802.684 (4,6%)
Mortalidade infantil (n por 1.000 nascidos vivos)	113,90 (1975)	69,10	45,22	27,4 ³	19 (2007) ⁴
Taxa de fertilidade	5,8	4,35	2,85 (1991)	2,38	1,86 (2008)
Expectativa de vida (anos)	52,3	62,6	66,6	70,4	72,8 (2008)
Homens (anos)	..	59,7	63,1	66,71	68,7
Mulheres (anos)	..	65,7	70,9	74,35	76,4
Expectativa de vida com idade > 60 anos (anos)	..	76,4	78,3	80,4	81,01 ³
Homens (anos)	..	75,2	77,4	78,3	79,3
Mulheres (anos)	..	77,6	79,9	81,7	82,3
Taxa de dependência	88,31	73,18	72,5 (1991) ³	61,7 ²	47,9 (2008)
Razão entre os sexos (homens por 100 mulheres)	98,9	98,7	97,5 (1991)	96,9	96,6 ² (2007)
População urbana	55,9%	67,5%	75,5%	81,2%	83,8%
Raça ou cor da pele autodeclarada¹					
Brancos	61,1% (1960)	54,2%	51,6% (1991)	53,7%	48,3% (2008) ²
Pardos	29,4% (1960)	38,8%	42,4%	38,5%	43,8% (2008) ²
Negros	8,7% (1960)	5,9%	5,0%	6,2%	6,8% (2008) ²
Indígenas	..	..	0,2%	0,4%	0,6% (2008) ²
Amarelos	0,7% (1960)	0,6%	0,4%	0,4%	0,3% (2008) ²
Famílias chefiadas por mulheres (% das famílias)	13,0% ¹	15,4% (1977)	22,7% (1993)	27,34% (2001)	33,0% (2007)
Educação formal					
≥7 anos	19,2% (1976)	..	19,6%	37,5%	47,0% (2008) ²
≥10 anos	16,7%	..	17,8%	21,7%	30,1%
Analfabetismo em pessoas ≥ 15 anos (%)	33,6	25,5	20,1	13,6	10
Analfabetismo funcional [†]	36,9 (1992)	27,3 (2001)	20,3 (2009)
Emprego					
Taxa de desemprego em pessoas >10 anos de idade (%)	4,2% (1968) ⁵	3,1% ⁵	9,9% ⁵	9,4% (2001) ⁵	8,2% (2007) ⁵
Proporção de pessoas que trabalham no setor informal (%)	45,6% (1976)	50,2% (1982)	39,9% (1992) ⁵	42,5% (1999)	43,8% (2007) ⁵
Renda					
Distribuição da renda total (%)					
Quintil de mais baixa renda	2,4% (1977)	2,6% (1981)	2,1%	2,3%	2,9% (2007)
Quintil de maior renda	66,6%	63,1%	65,6%	63,8%	59,6%
Média do rendimento mensal					
População >10 anos de idade que ganha a metade do salário mínimo ou menos (%)	7,8% (1976)	11,0% (1982)	6,3%	6,7% (2001)	9,0% (2008)
População >10 anos de idade que ganha mais de cinco vezes o salário-mínimo (%)	5,8%	4,3%	12,7%	13,0%	8,7%
População >10 anos de idade sem renda (%)	49,0%	44,5%	40,4%	38,5%	31,1%
Índice de Gini	0,57 ⁴	0,59 ⁴	0,64 (1991) ⁵	0,56 (2001)	0,55 (2008)
Bolsa Família (transferência condicionada de renda)					
Famílias beneficiadas (n)	..	..	..	10.945.505 (2006) ⁵	10.536.662 (2008) ⁵
Valor total dos benefícios (R\$ por mês)	..	..	..	685.435.000	904.079.028
Indicadores macroeconômicos					
Carga tributária (% do produto nacional bruto)	25,98% ⁵	24,41% ⁵	29,60% ⁵	30,36% ⁵	33,83% (2005) ⁵

(Continua na próxima página)

	1970	1980	1990	2000	2010
(Continuação da página anterior)					
Produto interno bruto per capita (paridade do poder de compra; US\$) ⁶	2.061,56 (1975)	3.671,14	5.282,68	7.366,20	10.465,80 (2008)
Taxa de pobreza (%) ^{‡5}	67,9%	39,4%	45,4%	34,0%	30,7%
Gastos com saúde					
Gastos com saúde per capita (paridade do poder de compra; US\$)	..	..	473 (1995) ⁶	572 ⁵	771,56 (2008) ⁷
Proporção do produto interno bruto gasta com saúde	..	..	6,7% ⁸	7,2% ⁸	8,4% (2007) ⁸
Proporção dos gastos em saúde no setor privado	..	..	56,9% ⁷	59,97% ⁷	57,14% (2007) ⁷
Proporção dos gastos privados com planos de saúde	..	..	32,0% ⁷	33,9% ⁷	29,8% (2008)
Despesa pública federal (créditos liquidados; R\$)					
Atenção primária	..	..	..	12,0% ⁷	14,3% ⁷
Atenção ambulatorial e hospitalar	..	..	..	49,1% ⁷	52,0% ⁷
Apoio profilático e terapêutico	..	..	..	1,6% ⁷	9,7% ⁷

Dados extraídos da referência 1, salvo indicação. O ano de obtenção dos dados é apresentado entre parênteses; caso contrário, o ano é aquele no cabeçalho da coluna. ..=dados não disponíveis. * = número de pessoas com idade maior ou igual a 65 anos para cada 100 crianças e adolescentes. † = pessoas com idade maior ou igual a 15 anos com menos de quatro anos de educação formal. ‡ = proporção de famílias com renda per capita abaixo de meio salário-mínimo.

Tabela 1: Indicadores demográficos, sociais e macroeconômicos do Brasil, 1970–2010

	1970	1980	1990	2000	2010
Domicílios com água encanada	32,84%	79,6% (1981)	90,67%	91,45% (2001)	93,10% (2007)
Domicílios com sistema de esgoto	17,46%	39,81% (1981)	47,95% (1992)	52,8%	59,5%
Domicílios com coleta de lixo	..	..	64,48%	83,2%	88,4%
Domicílios com eletricidade	48,6%	67,4%	88,8% (1992)	96,0%	98,5%
Domicílios que consomem lenha (10 ³ unidades de energia termoeletrica) ²²	19.070	14.974	7.960	6.325	5.713

Dados extraídos da referência 1, salvo indicação em contrário. O ano de obtenção dos dados é apresentado entre parênteses; caso contrário, o ano é aquele no cabeçalho da coluna. ..=dados não disponíveis.

Tabela 2: Os bens materiais, 1970–2010

mais contribuem para a carga de doença, e as doenças transmissíveis, apesar de estarem diminuindo, ainda afetam uma parcela considerável da população. Estima-se que 40 a 50% dos brasileiros com mais de 40 anos sejam hipertensos e que 6 milhões sejam diabéticos,⁹ o que representa um enorme desafio para um sistema de saúde organizado predominantemente para oferecer cuidados a enfermidades agudas (Tabela 3).²²

Existem desigualdades geográficas e sociais nas taxas de morbidade e mortalidade. Em 2006, a taxa de mortalidade infantil da região Nordeste era 2,24 vezes mais alta que a da região Sul, embora essa desigualdade tenha diminuído.⁴ No Brasil, as pessoas que identificam sua raça ou cor da pele como parda ou preta tendem a pertencer a grupos de renda mais baixa e menor escolaridade, e existem desigualdades nas condições de saúde (como a prevalência de hipertensão) entre pessoas de diferentes raças ou cor de pele. Entretanto, no caso de outros indicadores, como a autoavaliação do estado de saúde, os desfechos são essencialmente semelhantes após o ajuste para a posição socioeconômica.²³⁻²⁵ Por

mais que raça e classe social também estejam relacionadas com a saúde em outros países, os meios pelos quais as relações raciais afetam a saúde dos brasileiros são diferentes.²⁶

Contexto do sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde brasileiro é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos (Figura 2). No início do século XX, campanhas realizadas sob moldes quase militares implementaram atividades de saúde pública. A natureza autoritária dessas campanhas gerou oposição de parte da população, políticos e líderes militares. Tal oposição levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola sancionada por Oswaldo Cruz, o então Diretor Geral de Saúde Pública (Figura 3).^{24,26} O modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho.²⁶

	1970	1980	1990	2000	2010
Immunisation coverage by the SUS					
BCG	88,29% (1994)	111,74%*	105,86%* (2009)
<i>Haemophilus influenzae</i> do tipo B (Hib)	87,85%	0,64%
Influenza	67,46%	82,77%
Hepatite B (HepB)	8,85%	91,08%	97,88%
Sarampo	71,35%	105,35%*	..
Poliomielite oral (VOP)	58,23%	101,44%*	100,76%*
Difteria, coqueluche, tétano (DPT)	64,75%	94,71%	0,08%
Sarampo, rubéola e caxumba (MMR)	77,5%	101,64%*
Sarampo e rubéola	0,13%
Rotavírus humano oral (VORH)	84,26%
Tetravalente DPT-HepB	99,34%
Influenza A H1N1	37,0% (2010)
Planos de saúde privados					
Cobertura (%) ²	24,4% (1998)	24,4% (2003)	25,9% (2008)
População coberta (n) ²	38 680 406 (1998)	45 035 243 (2003)	49 186 989 (2008)
Cobertura do Programa de Saúde da Família					
População atendida por agentes comunitários de saúde	29,6% (1998) ³	42,8% ³	60,4% (2008) ³
População atendida por equipes de saúde da família	6,6% ³	17,4%	49,5% ³
População atendida por equipes de saúde oral	0% ³	0% ³	45,3% ³
Internações hospitalares (SUS)					
Brasil	5 582 942 (1968) ¹⁸	13 070 832 (1982) ¹⁹	12 646 200 (1995) ²⁰	11 937 323 ²⁰	11 109 834 (2009) ²⁰
Região Norte ²⁰	839 013	914 104	993 575
Região Nordeste ²⁰	3 796 425	3 601 780	3 132 711
Região Centro-Oeste ²⁰	846 231	901 731	880 832
Região Sudeste ²⁰	5 125 620	4 536 395	4 215 241
Região Sul ²⁰	2 038 911	1 983 313	1 887 475
Internações hospitalares no SUS por especialidade					
Clínicas (n[%]) ²⁰	..	7 422 199 (56,8%; 1982)	4 736 535 (37,5%; 1995)	4 089 745 (34,3%)	3 967 626 (35,7%; 2009)
Cirúrgicas (n[%]) ²⁰	..	1 971 851 (15,1%)	2 485 977 (19,7%)	2 747 254 (23,0%)	3 198 391 (28,8%)
Obstétricas (n[%]) ²⁰	..	3 234 619 (24,7%)	3 271 479 (25,9%)	2 871 045 (24,1%)	2 163 655 (19,5%)
Pediátricas (n[%]) ²⁰	1 630 866 (12,9%)	1 762 573 (14,8%)	1 429 563 (12,9%)
Psiquiátricas (n[%]) ²⁰	..	419 775 (3,2%)	436 319 (3,5%)	394 889 (3,3%)	229 636 (2,1%)
Psiquiátricas (hospital dia; n[%]) ²⁰	6 575 (0,1%)	19 893 (0,2%)	22 157 64 (0,2%)
Gerátricas (hospital dia; n[%]) ²⁰	211 (0,005%)
Outras (n[%]) ²⁰	78 449 (0,6)	51 924 (0,4%)	..
Internações hospitalares (por 100 pessoas) ²	..	7,2 (1981) ¹⁸	6,9 (1998)	7,0 (2003)	7,0 (2008)
Taxas de internação de pessoas com planos de saúde privados (%) ²	8,0%	8,3%	8,2%
Procedimentos ambulatoriais no SUS (n) ²⁰	..	178 751 174 ¹⁹	1 230 880 494 (1995) ²⁰	1 583 844 132 ²⁰	3 230 759 585 (2009) ²⁰
Públicos (n[% do total]) ²⁰	914 060 997 (74,3%)	1 281 403 329 (80,9%)	2 861 269 985 (88,6%)
Municipais (n[% dos públicos]) ²⁰	704 741 029 (77,1%)	1 058 439 150 (82,6%)	1 974 276 290 (69,0%)
Privados (n[% do total]) ²⁰	316 819 497 (25,7%)	302 440 794 (19,1%)	369 489 627 (11,4%)
Nível de complexidade					
Cuidado primário (n[%])	961 830 090 (78,1) ³	990 243 733 (63,0) ³	1 592 995 777 (49,3) ²¹
Complexidade média (n[%]) ²¹	939 701 073 (29,1)
Complexidade alta (n[%]) ²¹	662 735 573 (20,5)
Outros ²¹	35 327 162

Dados extraídos da referência 1, salvo indicação em contrário. O ano de obtenção dos dados é apresentado entre parênteses; caso contrário, o ano é aquele no cabeçalho da coluna. ..=dados não disponíveis.
*Estimativas >100% são resultados de inconsistências em estimativas populacionais.

Tabela 3: Cobertura e uso dos serviços de saúde, 1970–2010

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
Colonialismo português (1500-1822)²⁴	Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI: • Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda • Organização sanitária incipiente	Doenças pestilenciais e assistência à saúde para a população
Império (1822-89)²⁵	Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades	• Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária • Administração da saúde centrada nos municípios • Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)	Doenças pestilenciais e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio)
República Velha (1889-1930)²⁶	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais	• Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) • Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907) • Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923) • Incipiente assistência à saúde pela previdência social • Dicotomia entre saúde pública e previdência social	Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais)
Ditadura Vargas (1930-45)²⁷	Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária	"Estado Novo" - Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazifascismo	• Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública • Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio • Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose • Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38)	Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais
Instabilidade democrática (1945-64)²⁸	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional	Governos liberais e populistas	• Criação do Ministério da Saúde (1953) • Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) • Expansão da assistência hospitalar • Surgimento de empresas de saúde	Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)
Ditadura militar (1964-85)²⁹	Internacionalização da economia Milagre econômico (1968-73) Final do milagre econômico Penetração do capitalismo no campo e nos serviços	• Golpe militar, ditadura (1964) • Reforma administrativa (1966) • Crise política (eleições de 1974) Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79) • Liberalização Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais • 1º. Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) • Transição política (1974-84) Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979)	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966) • Capitalização da medicina pela previdência social • Crise do sistema de saúde • Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes • Crise na previdência social • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977) • Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado • INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura	Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito) Persistência de endemias rurais com urbanização Doenças infecciosas e parasitárias predominando nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste
Transição democrática (1985-88)³⁰	Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica	• Início da "Nova República" (1985) • Saúde incluída na agenda política • 8ª Conferência Nacional de Saúde • Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária • Assembleia Nacional Constituinte • Nova Constituição (1988)	• INAMPS continua a financiar estados e municípios • Expansão das AIS • Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987) • Contenção das políticas privatizantes • Novos canais de participação popular	• Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização • Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres • Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS • Epidemia de dengue

(Continua na próxima página)

O sistema de proteção social brasileiro se expandiu durante o governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-45) e dos governos militares (1964-84). O processo de tomada de decisão e a gestão do sistema eram realizados sem

(Continuação da página anterior)

<p>Democracia (1988-2010)³¹</p>	<p>Crise econômica (hiperinflação)</p> <p>Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994)</p> <p>Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista</p>	<p>Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a <i>impeachment</i></p> <p>Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco</p> <p>Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) — Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)</p> <p>Reforma do Estado (1995)</p> <p>Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 e 2007-10) — Partido dos Trabalhadores³²</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do SUS • Descentralização do sistema de saúde <p>9ª Conferência Nacional de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extinção do INAMPS (1993) • Criação do Programa de Saúde da Família (1994) • Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996) • Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS • Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998) • 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde • Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização) • Regulamentação dos planos de saúde privados • Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999) • Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000) • Criada a lei dos medicamentos genéricos • Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS • Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000) • Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) • Expansão e consolidação do PHC • Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (2003) • Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006) • Política Nacional de Atenção Básica (2006) • Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) • 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde • Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (<i>Brasil Sorridente</i>; 2006) • Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100-000 (2008) • Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008) 	<p>Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito)</p> <p>Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres</p> <p>Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária</p> <p>Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006) • Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização • Expectativa de vida sobe para 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres; 2008)
---	---	--	---	---

Figura 2: O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde

participação da sociedade e estavam centralizados em grandes burocracias.³³ O sistema de proteção social era fragmentado e desigual.³⁴ O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (p. ex., bancários, ferroviários etc.), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura.²⁶ As pessoas com empregos esporádicos tinham uma oferta inadequada de serviços, composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso.³⁴ Após o golpe militar de 1964, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. Seguiu-se uma rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais (Figura 2).

Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados;²⁶ a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais.³⁵ Os subsídios diretos a empresas

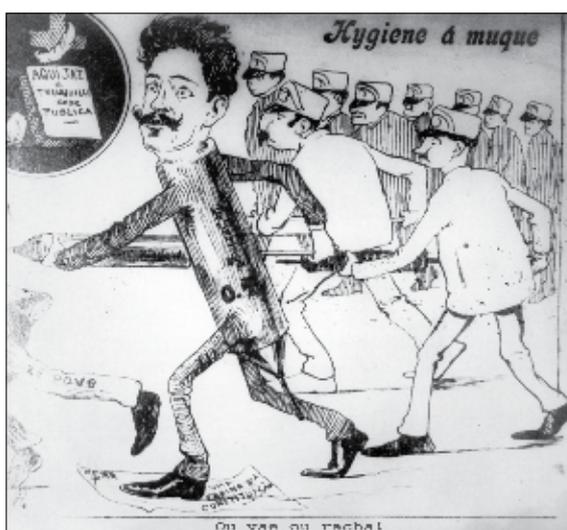


Figura 3: Oswaldo Cruz retratado numa campanha de vacinação contra a varíola.

privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados.³⁶ A

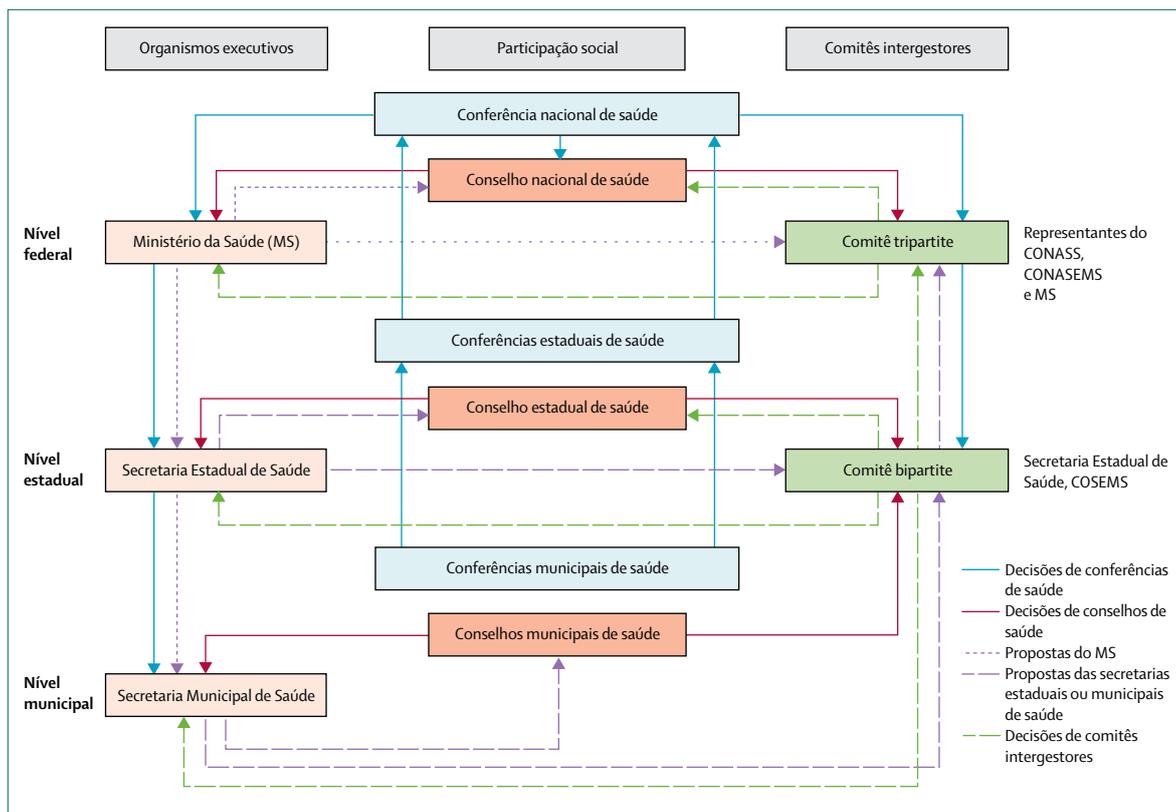


Figura 4: SUS formulação de políticas e participação no processo social

CONNAS=Conselho Nacional de Oficiais de Estado. CONASEMS=Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. CONSEMS=Conselho Estadual dos Funcionários Municipais. Dados da referência 47.

maior cobertura da previdência social e um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados (*fee for service*) geraram uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou os anseios pela reforma.³⁷

A reforma no setor saúde brasileiro

A reforma do setor de saúde no Brasil estava na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social.³⁸ A proposta brasileira, que começou a tomar forma em meados da década de 1970, estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país,³⁹ reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade – desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos –, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público.^{37,40} Professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e profissionais de saúde de

orientação progressista se engajaram nas lutas dos movimentos de base e dos sindicatos. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi fundado em 1976, organizando o movimento da reforma sanitária e, em 1979, formou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas propiciaram a base institucional para alavancar as reformas.³⁷

O movimento da reforma sanitária cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais. De 1979 em diante foram realizadas reuniões de técnicos e gestores municipais, e em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).²⁹

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado (Figura 2).^{37,41} A Constituição de

1988 foi proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado.⁴²

O sistema de saúde atual

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada sobretudo por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsectores: o subsector público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsector privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsector de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsectores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento.

O subsistema público de saúde

A implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente eleito por voto popular desde a ditadura militar, que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o *impeachment* do presidente por corrupção. A descentralização aumentou⁴³ e foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF). Um novo plano de estabilização econômica (Plano Real) foi introduzido em 1994, trazendo políticas de ajuste macroeconômico e projetos de reforma do Estado.⁴⁴ Fernando Henrique Cardoso foi eleito em 1994 (e reeleito em 1998), promovendo novos processos de ajuste macroeconômico e de privatização. Luiz Inácio Lula da Silva (eleito em 2002 e reeleito em 2006) manteve alguns aspectos da política econômica de seu antecessor, mas suspendeu as privatizações e, em seu segundo mandato, promoveu um programa desenvolvimentista.

Ainda que a reforma sanitária tenha se tornado uma prioridade política secundária durante a década de 1990, foram lançadas várias iniciativas, como um programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, maiores esforços para o controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde

Suplementar e a criação de um modelo de atenção à saúde indígena. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Política Nacional de Saúde Bucal (*Brasil Sorridente*) foram iniciativas, entre muitas outras, implementadas após 2003, durante o governo Lula (Figura 2).

Descentralização e gestão participativa

A descentralização do sistema de saúde esteve vinculada a um processo mais amplo de transição política e de reconfiguração da Federação Brasileira, iniciado pelos movimentos democráticos da década de 1980 e moldado, posteriormente, pelos programas de ajuste macroeconômico. Esse novo acordo federativo deu mais autonomia aos municípios, mas também expandiu os recursos e controles do nível federal. A saúde foi o único setor que implementou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal.

A descentralização do sistema de saúde foi a lógica subjacente da implementação do SUS; para isso, foram necessárias legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis do governo. Normas aprovadas pelo Ministério da Saúde – destinadas a redefinir responsabilidades – estabeleceram mecanismos de repasse financeiro (como o Piso da Atenção Básica – PAB –, um valor *per capita* transferido pelo Ministério da Saúde aos municípios de modo a financiar a atenção básica) e novos conselhos representativos e comitês de gestão em todos os níveis de governo. Desde 2006, algumas dessas normas foram substituídas pelo Pacto pela Saúde, um acordo no qual os gestores de cada nível de governo assumem compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades em saúde.⁴⁵

Para administrar essa política descentralizada, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos.⁴⁶ Além das conferências nacionais de saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) nos quais as decisões são tomadas por consenso (Figura 4).⁴⁸⁻⁵³

Essas estruturas políticas representam grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que maior número e variedade de atores participasse do processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no passado, assegurando que cada nível de governo apoiasse a implementação da política nacional de saúde.^{51,54-56}

O subsistema privado de saúde

Historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, seja pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas,

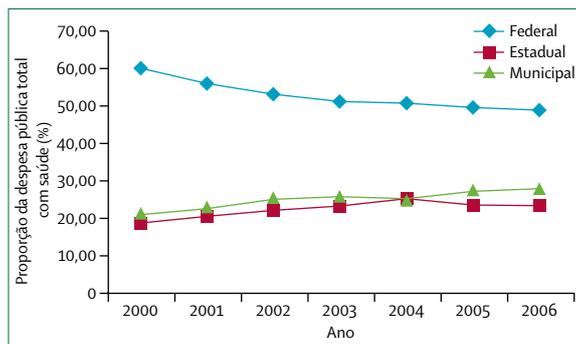


Figura 5: Gastos públicos na saúde por nível de governo
Dados extraídos da referência 7.

	R\$m (%)	% GDP
Impostos e contribuições sociais	53 329 (39,05%)	3,14
Federais	27 181 (19,90%)	1,6
Estaduais	12 144 (8,89%)	0,7
Municipais	14 003 (10,25%)	0,8
Setor privado	83 230 (60,95%)	4,89
Despesas familiares ^{66*}	65 325 (47,84%)	3,84
Despesas das companhias empregadoras ^{60,†}	17 905 (13,11%)	1,05
Total	136 559 (100%)‡	8,03

Dados extraídos das referências 6 e 7, salvo indicação. PIB=produto interno bruto.
*Estimada com base na pesquisa nacional por amostras de domicílios 2002-03 (corrigida pela inflação segundo o índice de preços ao consumidor). †Estimativa com base em informações sobre a receita de empresas de planos e seguros de saúde privados fornecidas à agência reguladora nacional de seguros de saúde.
‡PIB em 2006=R\$ 1,7 trilhões.

Tabela 4: Despesa estimada com saúde em 2006

hospitais, ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. O subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Parte dessa oferta é financiada pelo SUS e o restante, por fontes privadas. A demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas que oferecem tais benefícios a seus funcionários.

Em 1998, 24,5% da população brasileira possuía um seguro de saúde – dos quais 18,4% eram planos privados e 6,1% para funcionários públicos. Essa proporção cresceu para 26% em 2008 e, em 2009, gerou rendimentos de R\$ 63 bilhões (cerca de US\$ 27 bilhões). Os planos privados de atenção odontológica também cresceram consideravelmente.⁵⁷

O mercado de planos e seguros de saúde privados se concentra na região Sudeste, onde estão instaladas 61,5% das empresas de saúde e são realizados 65,5% de todos os contratos.⁵⁸ Além disso, das 1.017 empresas de saúde existentes, umas poucas dominam o mercado: 8,2% das empresas oferecem planos e seguros de saúde para

80,3% dos clientes – muitas empresas menores estão localizadas nas periferias das grandes cidades e em cidades menores.

A maior parte (77,5%) dos planos e seguros de saúde privados (tanto de empresas estatais quanto de privadas) é provida por empresas comerciais. Alguns empregadores que oferecem planos de saúde a seus empregados (planos de autogestão) constituem o segmento não comercial do mercado.⁵⁹ Os planos de saúde privados atendem fundamentalmente uma população mais jovem e saudável² e oferecem planos com diferentes níveis de livre escolha de prestadores de assistência à saúde. Como a demanda é estratificada pela situação socioeconômica e ocupacional de cada pessoa, a qualidade do cuidado e das instalações disponíveis aos empregados de uma mesma empresa pode variar consideravelmente, desde planos executivos que oferecem uma gama maior de serviços³⁴ até planos básicos direcionados aos empregados situados mais abaixo na hierarquia ocupacional.

As pessoas com planos e seguros de saúde privados afirmam ter melhor acesso a serviços preventivos e uma maior taxa de uso dos serviços de saúde que aquelas que não dispõem de tais planos ou seguros (Tabela 3).² Entretanto, as pessoas com planos ou seguros de saúde privados frequentemente recebem vacinas, serviços de alto custo e procedimentos complexos, como hemodiálise e transplantes, por meio do SUS.⁶⁰

Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para garantir a regulamentação legal e administrativa do mercado de seguros privados de saúde. A Lei 9.656/98 tornou ilegais a negação de cobertura, por parte dos planos de saúde privados, a pacientes com doenças e lesões preexistentes, e vedou a limitação do uso de serviços ou procedimentos de saúde específicos. Ainda assim, como a expansão contínua do subsector privado é subsidiada pelo Estado, o subsector público se torna subfinanciado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar a qualidade do cuidado e o acesso da população aos serviços.⁶¹

Componentes do sistema de saúde

O SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar.

Financiamento

O sistema de saúde brasileiro é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas – gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores. O financiamento do SUS

não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público. Como as contribuições sociais têm sido maiores que os recursos advindos de impostos, que são divididos entre os governos federal, estadual e municipal, o SUS tem sido subfinanciado. Em 2006, a receita advinda das contribuições sociais (17,7%) foi maior que a proveniente dos impostos (16,7%). No âmbito federal, as contribuições sociais representam cerca de 60% da receita, enquanto os impostos representam menos de 30%.⁶² Além disso, o governo federal retém 58% das receitas de impostos, ao passo que os governos estaduais recebem 24,7% e os municípios, 17,3%.⁶²

Até mesmo os recursos provenientes de uma contribuição social criada em 1997 especificamente para financiar a saúde (a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF) foram utilizados para outros setores, em detrimento da saúde: em 2006, o setor de saúde recebeu apenas cerca de 40% dos R\$ 32.090 bilhões (US\$ 13.645 bilhões) arrecadados pela CPMF⁶³ e uma proporção considerável dos fundos restantes foi utilizada para o pagamento de juros da dívida pública.⁶⁴ Em 2007, tal contribuição social foi revogada e os fundos previamente destinados à saúde não foram repostos. Em 2007, a redução no financiamento federal do SUS só foi parcialmente contrabalançada por um aumento na despesa estadual e municipal com saúde (Figura 5).

A despesa federal com saúde tem aumentado desde 2003 em termos nominais, mas o ajuste pela inflação mostra uma redução líquida (Tabela 1). Em 2007, apenas 8,4% do produto interno bruto foi gasto com a saúde. Nesse ano, a proporção pública da despesa com saúde foi de 41%,⁸ um valor baixo quando comparado a países como Reino Unido (82%), Itália (77,2%) e Espanha (71,8%), sendo também mais baixa que a de países como EUA (45,5%) e México (46,9%).⁶⁵ Fontes privadas de financiamento – o gasto direto de famílias e empresas, com subsídios governamentais diretos e indiretos – custeiam a maior parte dos planos e seguros de saúde privados e a compra de medicamentos (Tabela 4). O gasto por desembolso direto como proporção da despesa total varia pouco entre a parcela mais pobre (5,83%) e a mais rica (8,31%) da população. Todavia, existem diferenças no modo como cada grupo gasta esses recursos; os mais pobres gastam mais com medicamentos, enquanto os mais ricos gastam mais com planos e seguros de saúde privados (Figura 6).

O SUS, portanto, dispõe de menor volume de recursos públicos para o atendimento às necessidades de saúde da população que aquele previsto quando o sistema foi criado, com o objetivo de se tornar um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil, financiado com recursos públicos. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)² mostram que, em 1981, 68% do total de atendimentos de saúde realizados no mês anterior à pesquisa foram financiados com

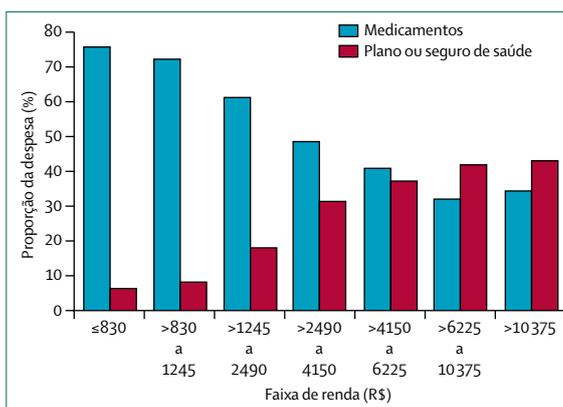


Figura 6: Despesas com saúde por desembolso direto. Dados extraídos da referência 7.

recursos públicos, 9% por planos ou seguros de saúde privados e 21% por gastos por desembolso direto. Em 2003, a proporção do consumo de serviços de saúde financiados com recursos públicos caiu para 56%, permanecendo nesse nível em 2008. Porém, a contribuição dos seguros de saúde aumentou de forma expressiva (21% da despesa total em 2008) – o volume de atendimentos financiados por esse setor cresceu 466% de 1981 a 1998. A proporção dos pagamentos do próprio bolso aumentou de forma contínua: passou de 9% em 1981 e 1998 para 15% em 2003 e 19% em 2008. Em 1981, o sistema de previdência social pagou 75% das internações hospitalares, enquanto em 2008 o SUS pagou apenas 67% das internações. Em 1981, 6% das internações hospitalares foram pagas por planos de saúde privados, uma proporção que cresceu para 20% em 2008. Já a proporção de internações hospitalares pagas por desembolso direto (cerca de 10% em 2008) se manteve constante desde 1981.

Organização e oferta de serviços de saúde

Atenção básica

O desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica, como é chamada no Brasil – tem recebido muito destaque no SUS. Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, a atenção básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (p. ex., assistência especializada e hospitalar), bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. Para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos (p. ex., o PAB) e organizacionais, em particular o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses dois programas fizeram parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS. Criado inicialmente como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a

	1970 ²	1980	1990	2000	2010 ³
Serviços					
Postos e centros de saúde	2149	8767 (1981)	19 839	..	41 667
Públicos (%)	..	98,9	98,3	..	98,7
Ambulatórios especializados	..	6261	8296	..	29 374
Públicos (%)	..	53,9	20,6	..	10,7
Policlínicas	32	..	..	..	4501
Públicas (%)	26,0
Unidade de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico	4050 (1992)	7318 (1999)	16 226
Públicos (%)	5,4	4,9	6,4
Serviços de emergência gerais e especializados	100	292 (1981)	286	..	789
Públicos (%)	..	43,5	65,7	..	77,9
Hospitais	3397 (1968)	5660 (1981)	6532	7423 (2002) ⁵	6384
Públicos (%)	14,9	16,4	21,1	34,8	31,90
Equipamentos					
Mamógrafo (n)	1311 (2006)	1753
Públicos (%)	25,9%	28,4%
Aparelhos de raios X (n)	13 676	15 861
Públicos (%)	54,3%	58,9%
Aparelhos de tomografia computadorizada(n)	952	1268
Públicos (%)	22,4%	24,1%
Aparelhos de Ressonância magnética (n)	212	409
Públicos (%)	14,6%	13,4%
Aparelhos de ultrassonografia (n)	6789	8966
Públicos (%)	48,9	51,0
Equipes de saúde da família¹²					
Agentes comunitários de saúde (n)	78 705 (1998)	134 273	244 000 ⁶²
Equipes de saúde da família (n)	3062	8503	33 000
Profissionais especializados nas equipes de saúde bucal (n)	0	0	17 807 (2008)
Dados extraídos da referência 1, salvo indicação em contrário. O ano de obtenção dos dados e apresentado entre parênteses; caso contrário, o ano e aquele no cabeçalho da coluna. ..=dados não disponíveis.					

Tabela 5: Oferta de serviços, equipamentos e recursos humanos, 1970–2010

populações mais carentes ou de alto risco, o PSF tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998. Uma característica inovadora do PSF é sua ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas.

O PSF funciona por meio de equipes de saúde da família – compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde – e, desde 2004, começou a incluir equipes de saúde bucal, que já eram 17.807 em 2009.⁶⁷ As equipes de saúde da família trabalham em unidades de Saúde da Família que atuam em áreas geográficas definidas e com populações adscritas, com 600 a 1.000 famílias para cada Estratégia Saúde da Família (ESF). As equipes representam o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde local, coordenam a atenção e procuram integrar com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar. Os serviços de saúde e as

atividades de promoção de saúde funcionam nas unidades, nas casas dos pacientes e na comunidade. O PSF tem se expandido grandemente: em 2010, havia aproximadamente 236.000 agentes comunitários de saúde e 30.000 equipes de saúde da família, que atendiam cerca de 98 milhões de pessoas em 85% (4.737) dos municípios brasileiros.

A tendência à criação e ao fortalecimento de estruturas regulatórias nas secretarias municipais de saúde e nas unidades de saúde da família, embora ainda esteja em seus estágios iniciais, tem sido fortemente influenciada pela expansão do PSF. Alguns municípios investiram em sistemas regulatórios descentralizados e computadorizados para monitorar as listas de espera para serviços especializados, aumentar a oferta de serviços, implementar diretrizes clínicas e utilizar prontuários médicos eletrônicos como estratégias para a integração do cuidado primário com a rede de serviços especializados. O Ministério da Saúde também implementou diretrizes clínicas baseadas em evidências para a gestão de doenças crônicas.⁶⁸

Os investimentos na atenção básica trouxeram alguns resultados positivos. Em 2008, 57% dos brasileiros referiram a atenção básica como seu serviço de saúde de uso habitual (em 1998 essa porcentagem era de 42%), enquanto a proporção de pessoas que descreveram os ambulatórios hospitalares como sua fonte habitual de cuidados diminuiu de 21% para 12% no mesmo período.² Alguns usuários das unidades de saúde da família afirmaram que os encaminhamentos a serviços secundários são mais efetivos quando feitos por uma equipe de saúde da família e que o tempo de espera é mais curto que nos casos de encaminhamentos feitos por outras fontes.⁶⁹ Entretanto, uma proporção significativa ainda buscava serviços especializados sem encaminhamento da atenção básica.⁶⁹

O uso de serviços do PSF também está associado a melhorias em alguns resultados em saúde, como a redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal (amplamente atribuível à redução no número de mortes por doença diarreica e por infecções do aparelho respiratório).⁷⁰⁻⁷² Esse efeito é mais pronunciado nos municípios que assumiram a gestão dos serviços ambulatoriais previamente administrados pelo governo federal ou estadual.⁷³ Outros benefícios para o sistema de saúde incluem melhorias na notificação de estatísticas vitais e reduções em internações hospitalares potencialmente evitáveis, que caíram quase 15% desde 1999.⁷⁴⁻⁷⁶

Mesmo que o número de contratos de trabalho temporários tenha diminuído, a força de trabalho na atenção básica ainda apresenta alta rotatividade, particularmente por conta das distintas estruturas salariais e contratos de emprego oferecidos pelos diferentes municípios.⁷⁷ A expansão e a consolidação do PSF são dificultadas ainda mais pela presença de muitas unidades tradicionais de atenção básica criadas antes do PSF,⁷⁸ localizadas muitas vezes na mesma área geográfica das unidades de saúde da família. Em geral, esses dois serviços distintos não estão integrados e a população utiliza um ou outro, de acordo com a facilidade de acesso e a sua conveniência.⁷⁸ Em 2010, 15% dos municípios não tinham equipes do PSF.⁶⁷ Também é ainda insuficiente o investimento na integração da atenção básica com outros níveis assistenciais; a oferta de serviços especializados é dificultada também pela baixa integração entre prestadores dos níveis municipal e estadual, especialmente na oferta de exames de apoio diagnóstico. A capacidade administrativa no nível municipal é muitas vezes deficiente, assim como a regulamentação nacional. Tais obstáculos impedem a atenção básica de atingir plenamente seus objetivos⁶⁹ e ressaltam o fato de que estratégias como a de saúde da família são processos em construção. Para abordar semelhantes problemas, melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, o governo lançou, em 2006, a *Política Nacional de Atenção Básica* e, em 2008, os *Núcleos de Apoio à Saúde da Família* (NASF). Tais equipes

Painel 1: Serviços e agências de saúde adicionais

- A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, formulada em 1996 mas não operacionalizada até que a Lei Arouca,⁸⁶ de 1999, definiu 34 distritos sanitários especiais, provê cuidados primários a populações indígenas por meio de equipes de saúde multidisciplinares, sendo organizada em associação com o PSF.
- O Sistema Nacional de Transplantes é um dos maiores sistemas públicos de transplante de órgãos do mundo.⁸⁷ Em 2009, foram feitos 5.834 transplantes de órgãos sólidos no Brasil, o que representa um aumento de 62% desde 2000.^{88,89}
- A Política Nacional de Promoção da Saúde tem o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade das pessoas a riscos de saúde ligados a determinantes sociais.
- O Ministério da Saúde tem fomentado a integração da Secretaria de Vigilância em Saúde com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária para melhorar a promoção de saúde, a vigilância epidemiológica, a saúde ambiental, a saúde do trabalhador, a vigilância sanitária, a análise da situação de saúde e estatísticas vitais.⁹⁰
- Políticas e programas específicos asseguram a atenção à saúde à população negra,⁹¹ às pessoas portadoras de deficiências, pessoas que precisam de cuidados de emergência, pessoas com doenças renais⁹² e cardiovasculares,⁹³ pessoas com transtornos mentais e pessoas com problemas da saúde bucal, além de melhorar o acesso a tratamentos farmacológicos para toda a população.

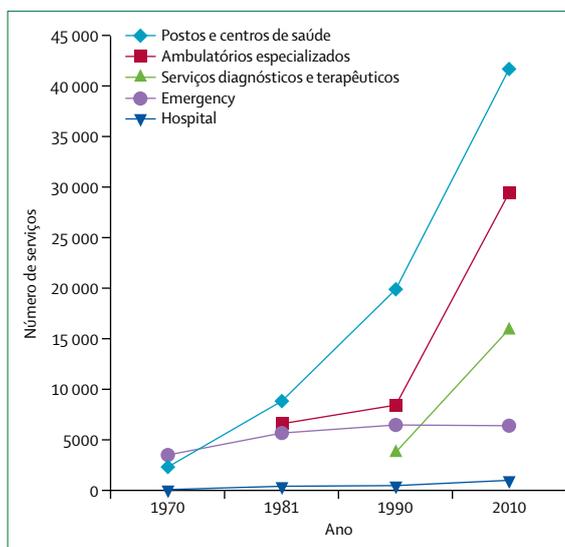


Figura 7: Tipos de serviços de saúde no Brasil, 1970–2010

Dados extraídos das referências 21, 102, 103.

multiprofissionais se associam ao PSF para expandir a cobertura e o escopo da atenção básica e apoiar o desenvolvimento das redes de referência e contrarreferência regionais.

Painel 2: Recursos humanos no SUS

A Constituição de 1988 deu ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação dos recursos humanos em saúde.

- O Projeto de Profissionalização de Profissionais na Área de Enfermagem – o maior projeto de educação em saúde e capacitação técnica na história do Brasil – empregou 13.200 enfermeiros para educar 230.000 auxiliares de enfermagem.¹⁰⁶
- O Ministério da Saúde dá apoio aos cursos de graduação e de pós-graduação em saúde e o Ministério da Educação supervisiona a qualificação de profissionais da saúde em nível de graduação.
- O Ministério da Saúde dá incentivos financeiros a instituições de educação superior para que implementem modificações curriculares que favoreçam a atenção básica, de acordo com diretrizes do Conselho Nacional de Educação – mais de 350 faculdades (com mais de 97.000 alunos) participam do programa.
- O projeto Universidade Aberta do SUS, criado em 2008, envolve 12 universidades públicas, duas secretarias estaduais de saúde e unidades de telemedicina.^{84,107,108}

Painel 3: Medicamentos, vacinas e derivados do sangue

- O mercado farmacêutico brasileiro é dinâmico. Até 2013, espera-se que o mercado de medicamentos brasileiro seja o 8º maior do mundo. Entre 1997 e 2009, os rendimentos da venda de medicamentos cresceram 11,4% ao ano (em valor atual), atingindo R\$ 30,2 bilhões (US\$ 17,6 bilhões), dos quais 15% vieram da venda de medicamentos genéricos.
- A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais assegura o acesso e o uso racional de medicamentos, o que resulta em uma maior despesa pública, um melhor acesso a medicamentos e uma política bem-sucedida de medicamentos genéricos,¹¹² embora o acesso universal a produtos farmacêuticos ainda não tenha sido alcançado.¹¹³
- O Ministério da Saúde promoveu a produção de medicamentos genéricos e busca reduzir a importação de outros medicamentos pelo fortalecimento de empresas farmacêuticas brasileiras de modo a produzir 20 produtos essenciais para o SUS dentro do Brasil até 2013. O antirretroviral Zidovudina tem sido produzido no Brasil desde 1994 e há laboratórios que produzem Efavirenz desde 2007.
- O panorama das vacinas é promissor. O Brasil exporta vacinas contra febre amarela e meningite. Em 2007, 83% das imunizações no Brasil usaram vacinas produzidas em território nacional.
- Em 2014, a Hemobras (um fabricante de derivados do sangue) irá produzir albumina e outros derivados do sangue essenciais a custos mais baixos que os de produtos importados.
- Existem 79.010 farmácias e drogarias comerciais no Brasil.

Atenção secundária

A prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados.⁷⁹ A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo.⁸⁰ O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico;⁶⁹ apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é desigual.⁸¹

Apesar disso, políticas destinadas ao aumento da oferta pública levaram ao crescimento do número de procedimentos ambulatoriais especializados no SUS nos últimos dez anos.⁶¹ Em 2010, tais procedimentos representaram cerca de 30% das consultas ambulatoriais (Tabela 5).

Em 2001, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica, com o propósito de desinstitucionalizar a atenção e reforçar os direitos das pessoas com transtornos mentais, levando à implementação de serviços ambulatoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de serviços de residência terapêutica (SRT) para egressos de longa internação. Essa reforma levou à redução de 20.000 leitos psiquiátricos entre 2001 e 2010.⁸³ Desde a aprovação da lei, o número de CAPS aumentou mais de três vezes (de 424 para 1.541) e o número de residências terapêuticas aumentou cinco vezes (de 85 para 475) (Figura 2).^{84,85}

A atenção secundária também passou a contar com centros de especialidades odontológicas, serviços de aconselhamento para HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, centros de referência em saúde do trabalhador e serviços de reabilitação. Em 2008, foram criadas unidades de pronto-atendimento (UPA) que funcionam 24 horas para aliviar a demanda nas emergências hospitalares. Essas unidades se articulam com o SAMU, que conta com ambulâncias (equipadas para o suporte básico ou avançado), helicópteros, embarcações e até motocicletas capazes de atender pessoas nas ruas, em casa ou no trabalho. Em maio de 2010, havia 391 UPA e o SAMU estava presente em 1.150 municípios, cobrindo 55% da população brasileira.⁸⁴ Em 2008, o SUS assegurou 74% de toda a assistência domiciliar de emergência.²

Com a reforma no sistema de saúde, a tendência tem sido estruturar subsistemas paralelos dentro do SUS para atender a necessidades específicas, o que leva as dificuldades de coordenação e continuidade do cuidado (Painel 1). Em 2007, o Ministério da Saúde criou uma diretoria responsável pela integração entre a atenção básica, a vigilância em saúde e os serviços especializados e de emergência de modo a melhorar a gestão clínica, a promoção de saúde e o uso racional de recursos.⁹⁴

Atenção terciária e hospitalar

A atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado.⁸¹ Como ocorre em vários outros sistemas de saúde em todo o mundo, os desafios da assistência hospitalar no Brasil incluem o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da atenção e da segurança do paciente, a provisão de acesso a cuidados abrangentes, a coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas.^{2,95,96} O sistema de saúde brasileiro não é organizado como uma rede regionalizada de serviços e não existem mecanismos eficazes de regulação e de referência e contrarreferência.⁹⁷ No entanto, existem no SUS políticas específicas para alguns procedimentos de alto custo (p. ex., o sistema de gerenciamento de listas de espera para transplantes de órgãos) e para algumas especialidades, como cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise e transplante de órgãos, que estão sendo organizadas na forma de redes.

O Ministério da Saúde tem tentado organizar redes de serviços por meio do fortalecimento do PSF e da implementação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS).⁹⁴ Contudo, obstáculos estruturais, procedimentais e políticos, como desequilíbrio de poder entre integrantes da rede, falta de responsabilização dos atores envolvidos, descontinuidades administrativas e a alta rotatividade de gestores por motivos políticos, tendem a comprometer a efetividade dessas iniciativas.^{22,97-99} No setor privado, o modelo de atenção gerenciada (*managed care*) só foi adotado por poucas empresas de planos de saúde privados, predominando um modelo de atenção focado na demanda individual, e não em estratégias de promoção da saúde de base populacional.

A probabilidade de um paciente ser internado num hospital aumenta com a disponibilidade de leitos e de unidades de atenção básica e diminui com a distância entre o município onde vive o paciente e o local onde o serviço está disponível.¹⁰⁰ Essa situação é preocupante, pois uma em cada cinco internações hospitalares no SUS ocorre em hospitais de municípios diferentes daqueles onde o paciente vive. Assim, habitantes de municípios pobres têm menos possibilidade de obter internação que habitantes de municípios mais ricos, o que exige políticas não somente para regionalizar e assegurar o transporte de pacientes ao hospital, mas também para modificar os modelos de cuidado de modo a reduzir tais desigualdades no acesso. A regulação do SUS tem sido influenciada por vários grupos de interesse, desde o setor privado até grupos associados ao movimento pela reforma sanitária.¹⁰¹ Infelizmente, os mecanismos regulatórios existentes ainda não são suficientemente robustos para promover mudanças significativas nos padrões históricos da assistência hospitalar.

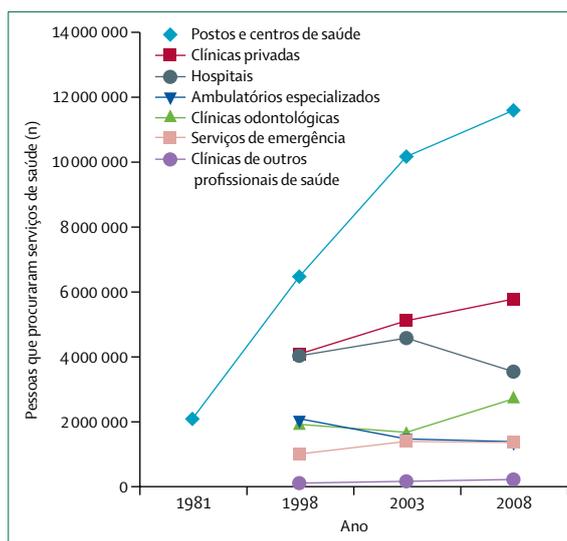


Figura 8: Demanda por serviços de saúde segundo o tipo de serviço
Dados extraídos da referência 1.

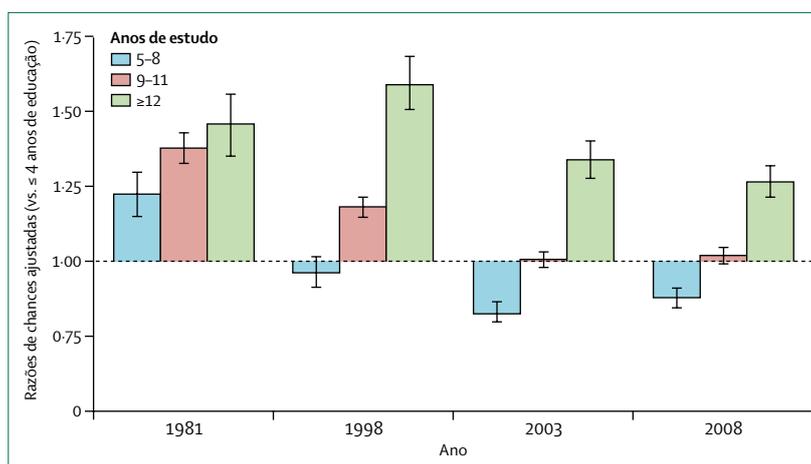


Figura 9: Utilização dos serviços de cuidados de saúde nas duas últimas semanas, por nível de educação e ano

Infraestrutura (oferta)

Na sua grande maioria, as unidades de atenção básica e as de emergência são públicas, enquanto os hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) são majoritariamente privados. Em 2010, apenas 6,4% dos SADT eram públicos. Entre 1968 e 2010, foram criadas 39.518 unidades de atenção básica (postos e centros de saúde). Nos últimos 10 anos, o modelo de cuidado foi modificado, com aumentos no número de serviços ambulatoriais especializados (29.374 clínicas em 2010) e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (16.226 em 2010, Tabela 5). Entre 1990 e 2010 o número de hospitais – especialmente hospitais privados – diminuiu (Figura 7).

O Brasil tem 6.384 hospitais, dos quais 69,1% são privados. Apenas 35,4% dos leitos hospitalares se encontram no setor público; 38,7% dos leitos do setor

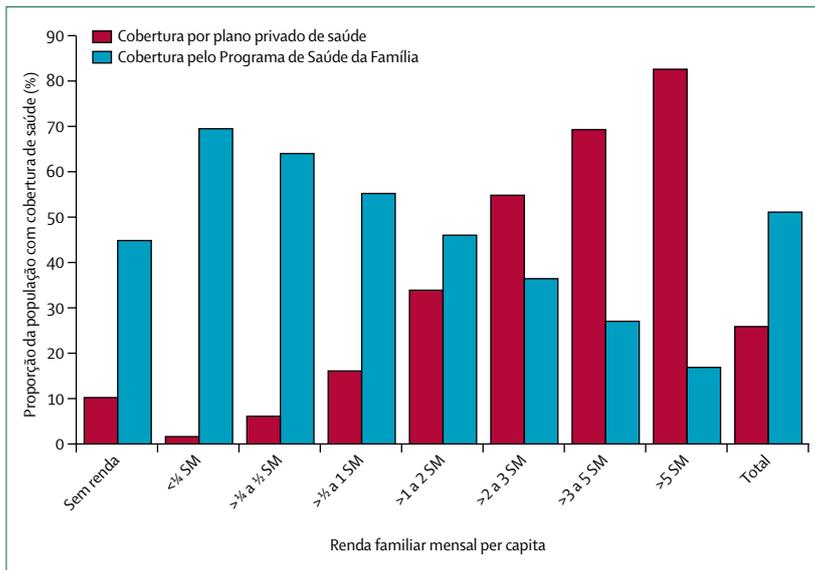


Figura 10: Cobertura por cuidados de saúde segundo a renda, 2008
Dados extraídos da referência 2.

privado são disponibilizados para o SUS por meio de contratos.²¹ Os governos municipais controlam um quarto dos hospitais públicos. Após a descentralização, foram criados vários novos hospitais, com uma média de 35 leitos cada. Como resultado, cerca de 60% dos hospitais possuem 50 leitos ou menos.¹ Esses hospitais novos e de menor dimensão – sobretudo municipais e privados com fins lucrativos – tendem a ser menos efetivos e eficientes que os hospitais maiores.¹⁰⁴ No extremo oposto, em 2005, havia 67 hospitais com mais de 400 leitos, especialmente na região mais rica do Brasil (o Sudeste). A região Norte não possui hospital com mais de 400 leitos, mas contém 9,5% dos hospitais menores.¹⁰⁵

A oferta de leitos hospitalares financiados pelo setor público não é suficiente. Em 1993, a densidade de leitos hospitalares no Brasil era de 3,3 leitos por 1.000 habitantes, indicador que caiu para 1,9 por 1.000 habitantes em 2009, bem mais baixo que o encontrado nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, com exceção do México (1,7 por 1.000 habitantes em 2007).⁶⁴ O número de profissionais de saúde, todavia, se avolumou nos últimos dez anos. Em 2007, havia percentual de 1,7 médicos por 1.000 habitantes, embora a distribuição geográfica fosse desigual.³ O percentual de enfermeiros era 0,9 e o de dentistas, 1,2 por 1.000 habitantes, com uma distribuição bastante semelhante à dos médicos. As universidades privadas tiveram um papel importante no aumento do número de profissionais da saúde, por oferecerem muitas vagas nos cursos de profissões da saúde, especialmente enfermagem. Entre 1999 e 2004, o número de formandos em enfermagem cresceu 260% (Tabela 5; Painel 2).¹⁰⁹

Em 2005, o setor público brasileiro gerou 56,4% dos empregos no setor de saúde, sobretudo em nível

municipal (38,8%). Os médicos ocupavam 61% dos empregos, os enfermeiros, 13% e especialistas em saúde pública, apenas 0,2%.⁹

Nas décadas de 1970 e 1980, foram criados alguns dos mais importantes sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informações Hospitalares do SUS. O Sistema de Informações sobre Mortalidade foi implantado em 1975 e, em 1990, foi lançado o Sistema de Informações de Nascidos Vivos, que executa procedimentos padronizados de coleta de dados em todos os hospitais – em 2002, esse sistema incluiu dados relativos a 86% de todos os nascidos vivos no país.¹¹⁰ São necessárias políticas mais consistentes para melhorar a cobertura e a qualidade das informações de saúde, assim como dos dados administrativos, que, atualmente, variam nos diferentes sistemas de informação em saúde.¹¹¹

O Brasil possui institutos de pesquisa de prestígio, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e várias universidades públicas de nível internacional. A pesquisa e a tecnologia recebem apoio do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, que promovem a pesquisa em saúde e a incorporação de novas tecnologias pelo SUS e pelo setor da saúde, buscando fortalecer as indústrias farmacêutica e de equipamentos no Brasil (Painel 3).

Acesso e uso dos serviços de saúde

O acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou consideravelmente após a criação do SUS. Na PNAD realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde.² O número de pessoas que busca a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008 (Figura 8). Esse aumento pode ser atribuído a um crescimento vultoso no tamanho da força de trabalho do setor da saúde e do número de unidades de atenção básica. Em 1998, 55% da população consultou um médico, e esse número cresceu para 68% em 2008. Porém, esse número ainda é baixo quando comparado aos países mais desenvolvidos, que varia de 68% nos EUA a mais de 80% em países como Alemanha, França e Canadá.¹¹² Em 2008, 76% das pessoas no grupo de renda mais alta afirmaram ter consultado um médico, em comparação com 59% das pessoas no grupo de renda mais baixa, o que mostra a existência de desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica.² A desigualdade não existe, todavia, entre pessoas que autot classificam seu estado de saúde como ruim,¹¹⁴ o que indica que indivíduos com transtornos de saúde graves conseguem buscar o cuidado e receber tratamento, independentemente de sua situação socioeconômica.

Em 2008, 93% das pessoas que buscaram os serviços de saúde receberam tratamento, o que sugere que o

cuidado está disponível para a maioria das pessoas que o procuram e que as desigualdades sociais registradas no uso de serviços podem, na verdade, ser atribuídas a diferenças de comportamento no momento de buscar cuidados de saúde. As pessoas dos grupos de mais baixa renda talvez adiem a decisão de buscar cuidado de saúde em função das experiências negativas para obter atendimento no passado ou relacionadas ao cuidado que receberam, ou ainda devido a outros fatores, como a impossibilidade de faltar ao trabalho.¹¹⁵

As desigualdades por nível educacional no uso de serviços de saúde estão diminuindo de forma consistente (Figura 9). Embora a utilização de serviços varie amplamente entre pessoas que possuem seguros de saúde e as que não os possuem, a diferença entre esses dois grupos também está diminuindo. Em 1998, pessoas com planos de saúde privados tinham uma probabilidade 200% maior de usar um serviço de saúde quando precisassem do que pessoas sem planos de saúde, mas essa diferença se reduziu a 70% em 2008.²

No que se refere à saúde bucal, em 1981, apenas 17% da população brasileira havia consultado um dentista e pouco havia mudado em 1998, quando cerca de 30 milhões de pessoas (19% da população) declararam nunca ter ido ao dentista.² Em 2000, as Equipes de Saúde Bucal foram introduzidas no PSF e em 2008, 40% da população afirmava ter consultado um dentista no ano anterior e apenas 11,6% afirmava nunca ter ido ao dentista.² No entanto, permanecem grandes as desigualdades socioeconômicas; em 2008, 23,4% das pessoas do grupo de renda mais baixa nunca haviam consultado um dentista, contra apenas 3,6% das pessoas do grupo de renda mais alta.² Existem também desigualdades socioeconômicas entre pessoas cobertas por planos de saúde privados e aquelas cobertas pelo PSF (Figura 10), situação que indica que as populações rica e pobre recebem diferentes padrões de cuidado no sistema de saúde brasileiro.

Instituído em 1973, o Programa Nacional de Imunização é um dos mais bem-sucedidos programas de saúde pública no Brasil, o que é demonstrado por sua alta cobertura e sustentabilidade – as vacinas são fornecidas ao SUS, sendo o Brasil autossuficiente na produção de várias vacinas, o que garante livre acesso e alta cobertura populacional. O Brasil não registra casos de poliomielite desde 1989, nem de sarampo desde 2000 (Tabela 3).¹¹⁶

Apesar do aumento no tamanho da população e de seu considerável envelhecimento, as taxas de internação hospitalar para a maior parte dos transtornos (cerca de sete internações por todos os transtornos por 100 pessoas) não se modificaram entre 1981 e 2008.³ O número de internações financiadas pelo setor público diminuiu nesse mesmo período. Em 1982, o sistema de previdência social financiou 13,1 milhões de internações por ano – número que caiu para 11,1 milhões em 2009 (financiadas pelo SUS). As taxas de internação são consistentemente mais altas entre pessoas com seguros de saúde privados

(cerca de oito internações por 100 pessoas) do que entre pessoas sem planos privados (Tabela 1). O Ministério da Saúde restringiu as despesas hospitalares por estado, limitando o pagamento de internações segundo o tamanho da população, fato que poderia explicar parcialmente a redução no acesso ao cuidado hospitalar e a subutilização da assistência hospitalar por pessoas que dependem de serviços financiados com recursos públicos.¹¹⁴

Apesar de uma crescente conscientização sobre a importância da qualidade da atenção à saúde no Brasil, ainda é necessário avançar muito para assegurar padrões consistentemente elevados. O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária promovem iniciativas da OMS para assegurar a segurança dos pacientes, mas a adesão a essas iniciativas por parte dos serviços é baixa. Por exemplo, a ocorrência de eventos adversos evitáveis em hospitais é muito alta (acredita-se que 67% de todos os eventos adversos sejam evitáveis).^{94,115} A alta frequência de eventos adversos a medicamentos também é motivo de preocupação,¹¹⁷ assim como a frequência de infecções hospitalares.¹¹⁸ Apenas uma pequena proporção dos serviços de saúde foi submetida a um processo de acreditação. Existem profissionais da saúde altamente qualificados e serviços de saúde de alta qualidade, mas há uma carência de políticas ministeriais firmes para a melhoria da qualidade. Como resultado, uns poucos estados (p. ex., São Paulo e Minas Gerais)⁶ e secretarias municipais de saúde desenvolveram suas próprias abordagens para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde¹¹⁹ e o Código de Ética Médica reforçam os direitos dos pacientes¹²⁰ e reduzem os casos de discriminação, mas são necessárias melhorias e novas políticas para assegurar melhor qualidade do cuidado, segurança e direitos dos pacientes nos serviços de saúde brasileiros.

Conclusões

Em 1988, a Constituição brasileira reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do SUS, que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. Esse reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após longa luta política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária. A implantação de um sistema de saúde universal no Brasil teve início em um contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva essa reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais ou que defendiam etapas intermediárias para atingi-los.

Nos últimos 20 anos, houve avanços na implementação do SUS. Realizaram-se inovações institucionais, como um intenso processo de descentralização que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos

serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema. Neste trabalho, mostramos como o SUS aumentou amplamente o acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população brasileira, atingindo-se a cobertura universal para a vacinação e a assistência pré-natal; aumentou a conscientização da população sobre o direito à saúde vinculado à cidadania; e investiu na expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde, incluindo a produção da maior parte dos insumos e produtos farmacêuticos do país.

No entanto, o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde. Embora o financiamento federal tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos.

Outros desafios surgem por conta de transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, o que obriga a transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersectorial da saúde e na integração dos serviços de saúde. O Pacto pela Saúde e sua proposta de uma rede de serviços de saúde organizada com fundamentos na atenção básica, associados às recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, segundo as quais é essencial abordar as causas primordiais dos problemas de saúde, podem ajudar nessa conformação de modelos de atenção mais abrangentes, por mais que ainda seja necessário superar enormes dificuldades.

Em última análise, para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas. Portanto, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. Questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica. As bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional. Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica.

Colaboradores

JP e CT conceberam este artigo e coordenaram a redação da versão final. CA, LB e JM participaram da concepção do projeto, da coleta e análise de dados e da redação da versão final.

Conflitos de interesses

Ao autores declaram não ter conflitos de interesses.

Agradecimentos

JP, CT e CA são parcialmente apoiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Agradecemos a David Sanders pelos comentários numa versão inicial deste trabalho e a Evangelina Xavier Gouveia pela produção da Figura 1.

Referências

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Séries estatísticas & séries históricas. Rio de Janeiro: O Instituto. http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/ (acesso em 20/08/2010).
- 2 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados PNAD. Rio de Janeiro: O Instituto; 1981, 1998, 2003 e 2008.
- 3 Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. Indicadores e Dados Básicos – Brasil, 2008 - IDB. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2008/matriz.htm#recur> (acesso em 21/08/2010).
- 4 Victora CG, Aquino EML, Leal MdC, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
- 5 IPEA <http://www.ipeadata.gov.br/ipeaweb.dll/ipeadata?968882109> (acesso em 20/08/2010).
- 6 World Health Organization – WHO. Statistical Information System Whosis. Geneva: The Organization. <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp> (acesso em 23/08/2010).
- 7 Ministério da Saúde. Sistema de Informações Orçamentos de Saúde. Brasília-DF: O Ministério; 2008. http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-2008.pdf (acesso em 23/08/2010).
- 8 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais. Contas Nacionais, número 29. Conta Satélite de Saúde. Brasil 2005-2007. Rio de Janeiro: O Instituto; 2007.
- 9 Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Brasília-DF: O Ministério; 2010. (Série Cadernos de Planejamento, 9)
- 10 Pochmann M. Pobreza e crise econômica: o que há de novo no Brasil metropolitano. Nota Técnica. Rio de Janeiro: IPEA; 2009.
- 11 Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- 12 Pereira AP. Consumo residencial de energia e desenvolvimento: um estudo da realidade brasileira [dissertação]. Itajubá: Universidade de Itajubá; 2008.
- 13 Schmidt MI, Duncan BB, e Silva GA, et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
- 14 Ministério da Saúde. Datasus. Vigilatel - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - state capitals only, 2006 and 2008. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0207> (acesso em 19/08/2010).
- 15 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009. Rio de Janeiro: O Instituto; 2010. <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pof/default.asp> (acesso em 20/08/2010).
- 16 Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Divulgados resultados do Vigilatel 2008. Rio de Janeiro: A Sociedade; 2009. <http://www.endocrino.org.br/divulgados-resultados-do-vigilatel-2008/> (acesso em 23/08/2010).
- 17 Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet* 2011; publicado em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60053-6.
- 18 Brasil. Ministério da Previdência Social. AEPS infólogo. <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423> (acesso em 23/08/2010).
- 19 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil, 1983. Rio de Janeiro: O Instituto, 1983.
- 20 DATASUS. Informações de Saúde. Assistência à Saúde. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202> (acesso em 24/08/2010).

- 21 Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – May 2010. Brasília-DF: O Ministério. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663> (acesso em 21/08/2010).
- 22 Mendes E. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
- 23 Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 41: 641–57.
- 24 Singer P, Campos O. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1978.
- 25 Machado R, Loureiro A, Luz R, Muricy K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
- 26 Braga JC, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.
- 27 Fonseca CMO. Saúde no Governo Vargas (1930–1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- 28 Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
- 29 Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- 30 Teixeira S. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: Berlinguer G, Teixeira SM, Campos GWS. Reforma sanitária Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec/Cebes; 1988.
- 31 Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- 32 Machado CV, Lima LD, Baptista TWF, Castro ALB. Política de Saúde no Governo Lula: continuidades e mudanças. *Rev Política, Planej Gestão* 2010; 1: 11–32.
- 33 Almeida MH. Federalismo e políticas sociais. In: Affonso RBA de, Silva PLB. Federalismo no Brasil: descentralização e políticas sociais. São Paulo: Fundap; 1996: 13–40.
- 34 Draibe SM, Silva PLB. Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso brasileiro. Campinas: NEPP/UNICAMP/OPAS; 1990. Mimeó.
- 35 Almeida CM. A assistência médica ao trabalhador rural: FUNRURAL, a história de uma política social [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1981.
- 36 Bahia L. Padrões e mudanças das relações público-privado: os planos e seguros saúde no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
- 37 Pego RA, Almeida CM. Teoría y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y Mexico. *Cad Saúde Pública* 2002; 4: 971–89.
- 38 Almeida CM. As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição? [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
- 39 Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. *Physis Rev Saúde Coletiva* 1991; 1: 77–96.
- 40 Birman J. A Physis da Saúde Coletiva. *Physis Rev Saúde Coletiva* 1991; 1: 16.
- 41 Teixeira SMF. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. *Rev Adm Pública* 1987; 4: 94–115.
- 42 Médici AC. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. *Planej Polit Públicas* 1990; 4: 83–98.
- 43 Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. Brasília-DF: O Ministério; 1993. 67.
- 44 Lamounier B, Figueiredo R (orgs.). A era FHC, um balanço. São Paulo: Cultura Editores Associados; 2002.
- 45 Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília-DF: O Ministério; 2006.
- 46 Maio MC, Lima MT. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. *Cad Saúde Pública* 2009; 7: 1611–13.
- 47 Almeida, C. La implementación de la reforma en Brasil: la dinámica del Sistema Único de Salud y algunos resultados. In: Chiara M, Di Virgilio MM, Medina A, Miraglia M (eds.). Gestión Local en salud: conceptos y esperiencias. Colección Libros de la Universidad. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2008: 65–122.
- 48 Côrtes SV. Fórum. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad Saúde Coletiva* 2009; 7: 1626–33.
- 49 Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 3: 795–805.
- 50 Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadora. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008: 979–1010.
- 51 Miranda AS. Intergovernmental health policy decisions in Brazil: cooperation strategies for political mediation. *Health Policy Plan* 2007; 22: 186–92.
- 52 Müller Neto JS, Schrabber FAT, Pereira MJVS, Nascimento IF, Tavares LB, Motta AP. Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003–2005. *Saúde Debate* 2006; 30: 248–74.
- 53 Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E (org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
- 54 Carvalho AI. Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAN/FASE; 1995: 136.
- 55 Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18: S47–S55.
- 56 Guizardi FC, Pinheiro R, Mattos RA, Santos AS, Matta G, Gomes MCPA. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2004; 14: 15–39.
- 57 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Brasília-DF: ANS; 2009. http://www.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE2012696316C9F7E90/caderno_informaca_06_2009.pdf (acesso em 21/08/2010).
- 58 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2010. http://www.ans.gov.br/data/files/8A9588652A8083EC012A86EEC6B13A31/Caderno_2010-06- WEB_FINAL.pdf (acesso em 21/08/2010).
- 59 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: O Instituto; 2010. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm. (acesso em 21/08/2010).
- 60 Heimann L, Ibanhes C, Barboza R. O público e o privado na saúde. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 61 Noronha J, Santos I, Pereira T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: Santos NR, Amarante PDC (orgs.). Gestão pública e relação público-privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2011: 152–79.
- 62 Afonso JR. Fisco e equidade no Brasil. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas-NEPP/Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP; 2010. (Caderno de Pesquisa, 83).
- 63 Hickmann C, Salvador E. A arrecadação e o destino dos recursos da CPMF. Nota Técnica 6/2007. Brasília-DF: Departamento de Estudos Técnicos do Unafisco Sindical; 2007. http://www.sindifisconacional.org.br/index.php?option=com_content&view=cateory&layout=blog&id=76&Itemid=172&lang=pt (acesso em 21/08/2010).
- 64 Mendes A, Marques RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 3: 841–50.
- 65 OECD Health Data 2009 - Frequently Requested Data. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH> (acesso em 05/08/2010).
- 66 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002/2003. Rio de Janeiro: O Instituto; 2005. www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao/pdf/2002/default.shtm (acesso em 19/08/2010).
- 67 Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2010.
- 68 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. “Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais”. *Cad Atenção Básica* 2006; 14.
- 69 Almeida PF, Giovannella L, Mendonça MH, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2010; 2: 286–98.

- 70 Macinko J, Sousa MFM, Guanais F, Simões CS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Soc Sci Méd* 2007; **65**: 2070–80.
- 71 Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; **1**: 87–93.
- 72 Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics* 2010; **126**: 534–40.
- 73 Guanais F, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Aff* 2009; **28**: 1127–35.
- 74 Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* 2010; **10**: 380.
- 75 Alfradaque E, Bonolo P, Dourado I, Lima-Costa M, Macinko J. Project ICSAP–Brazil (2009). Ambulatory care sensitive conditions: elaboration of Brazilian list as tool for measuring health system performance. *Cad Saúde Pública* 2009; **6**: 1337–49.
- 76 Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: Evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage* 2009; **32**: 114–21.
- 77 Girardi S, Carvalho CL, Der Mass LW, Farah J, Araujo JF. O Trabalho em saúde: tendências e perspectivas na estratégia da Saúde da Família. *Divulg Saúde Debate* 2010; **45**: 11–25.
- 78 Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília-DF: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2006. 215. (Série Técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).
- 79 Piola SF, Vianna SM, Marinho A, Carvalho D, Ribeiro JA, Silva JR, et al. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF: Cepal; 2009. <http://www.cepal.org/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR2009SaudenoBrasil.pdf> (acesso em 10/08/2010).
- 80 Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. SUS: avanços e desafios. Brasília - DF: O Conselho; 2006. <http://www.conass.org.br/arquivos/file/susavancosedesafios.pdf> (acesso em 08/2010)
- 81 Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008: 627–73.
- 82 Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Brasília-DF: O Ministério; 2008. http://189.28.128.100/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf (acesso em 24/08/2010).
- 83 Delgado PG. A nova fronteira intersectorial ainda está por ser conquistada. *Radis* 2010; **97**: 18.
- 84 Ministério da Saúde. Saúde em destaque. Brasília-DF: O Ministério; 2010. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/default.cfm> (acesso em 08/07/2010).
- 85 Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- 86 Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Jr CEA, Chaves MBG. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovanella L, et al. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008: 1035–56.
- 87 Ministério da Saúde. Decreto Nº 2.268 de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Decreto_2268_de_30_06_1997.pdf. (acesso em 05/2010).
- 88 Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO). http://abto.org.br/abto02/portugues/populacao/rbt/anoXVI_n2/index.aspx (acesso em 17/08/2010).
- 89 Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. *Cad Saúde Pública* 2010; **4**: 786–96.
- 90 Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial União* 2009; **245**: 65–9.
- 91 Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília-DF: O Ministério; 2010. 56p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 92 Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Brasília-DF: O Ministério; 2004: 221.
- 93 Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Brasília-DF: O Ministério; 2004.
- 94 Ministério da Saúde. Brasília-DF. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1468 (acesso em 26/08/2010).
- 95 Escorel S, Giovanella L, de Mendonca MH, Senna MCM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Rev Panam Salud Pública* 2007; **21**: 164–76.
- 96 Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; **4**: 825–39.
- 97 Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004; **20**: S331–S336.
- 98 Silva SF. Redes de atenção à saúde no SUS. O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: Idisa/Conass; 2008.
- 99 Lopes CMN. Regionalização em saúde: o caso de uma microrregião no Ceará (1998–2002 e 2007–2009) [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2010.
- 100 Oliveira EXG de, Travassos C, Carvalho MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; **20**: S298–S309.
- 101 Farias SF. Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS [tese]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fiocruz; 2009.
- 102 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Assistência Médico-Sanitária (AMS). Rio de Janeiro: O Instituto. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204> (acesso em 21/08/2010).
- 103 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: O Instituto; 1970. <http://memoria.nemesis.org.br/pub/90000/90000030r.pdf>. (acesso em 21/08/2010).
- 104 La Forgia B, Couttolenc B. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. The World Bank. São Paulo: Singular; 2009.
- 105 Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - 2009. Brasília-DF: O Ministério. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663> (acesso em 10/06/2009).
- 106 Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp> (acesso em 31/01/2010).
- 107 Ministério da Saúde. Decreto presidencial institui Universidade Aberta do SUS. http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dsdpdetahenoticia&id_area=931&CO_noticia=11981 (acesso em 21/02/2011).
- 108 Ministério da Saúde. Situação atual sobre o Monitoramento do Programa Telessaúde Brasil http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34187&janela=1 (acesso em 21/02/2011).
- 109 Nogueira R. Composição público versus privado, gestão de unidades e recursos humanos no SUS. Brasília-DF: ObservaRH, Universidade de Brasília; 2007.
- 110 Almeida M, Alencar G, Schoeps D. Sistema de Informações sobre nascidos vivos – Sinasc: uma avaliação de sua trajetória. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde: produção e disseminação de informação sobre saúde no Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 1).
- 111 Viacava F, Ramos C. Introdução. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde: falando sobre os sistemas de informação em saúde no Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 2). <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/default.cfm>. (acesso em 08/07/2010).
- 112 van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 2006; **17**: 174–83.
- 113 Szwarcwald C, Souza Júnior P, Damacena G. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the world health survey. *BMC Health Serv Res* 2010; **10**: 217.

- 114 Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L, et al (orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008: 665–704.
- 115 Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* 2009; 21: 279–84.
- 116 Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60202-X.
- 117 Cano FG, Rozenfeld S. Adverse drug events in hospitals: a systematic review. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: S360–S372.
- 118 Conselho Regional de Medicina (São Paulo). Programas de controle da infecção hospitalar são deficientes em mais de 90% dos hospitais de São Paulo. São Paulo: O Conselho; 2009. http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/infeccao_hospitalar_abril09.pdf (acesso em 28/09/2010).
- 119 Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília-DF: O Ministério. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342 (acesso em 03/07/2010).
- 120 Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília-DF: O Conselho. Available at: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp> (acesso em 30/08/2010).